



Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire

Alexis Le Moan

► To cite this version:

Alexis Le Moan. Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01221042

HAL Id: dumas-01221042

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01221042>

Submitted on 27 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Université de Bretagne Occidentale
Faculté de Médecine de Brest
Année 2015

THESE DE DOCTORAT en MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Mr ALEXIS LE MOAN
Né le 5 mars 1986 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 6 mai 2015

**Place du médecin généraliste breton dans la
chirurgie ambulatoire.**

Devant le jury composé de :

Président du Jury : Professeur Fournier Georges,

Directeurs de Thèse :

Docteur Cuvelier Gilles,

Professeur Dubrana Frédéric,

Membres du Jury :

Professeur Couturaud Francis,

Docteur Michelet Estelle.

Le Moan Alexis

Place du médecin généraliste Breton dans la chirurgie ambulatoire :

Connaissances, évolutions et formations.

- ❖ *Etat des connaissances actuelles.*
- ❖ *Relation avec les équipes de chirurgie ambulatoire.*
- ❖ *Formation continue.*

*Etude semi-encadrée rétrospective descriptive et transversale
au sein de la population des médecins généralistes du territoire
breton.*

Investigateur principal : Alexis le Moan

Liste des professeurs de la Faculté de Médecine de Brest :

• PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Classe exceptionnelle

BOLES Jean-Michel - Réanimation Médicale

FEREC Claude - Génétique

GARRE Michel - Maladies Infectieuses

MOTTIER Dominique – Thérapeutique

1ère classe

ABGRALL Jean-François - Hématologie ; transfusion

BOSCHAT Jacques – Cardiologie

BRESSOLLETTE Luc - Médecine vasculaire

COCHENER-LAMARD Béatrice – Ophtalmologie

COLLET Michel - Gynécologie-obstétrique

De PARSCAU du PLESSIX Loïc - Pédiatrie

DE BRAEKELEER Marc - Génétique

DEWITTE Jean-Dominique - Médecine et santé au travail

FENOLL Bertrand - Chirurgie infantile

GOUNY Pierre - Chirurgie vasculaire

JOUQUAN Jean - Médecine Interne

KERLAN Véronique - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LE JEUNE Benoist - Epidémiologie, Economie de la Santé et prévention

LEFEVRE Christian – Anatomie

LEHN Pierre - Biologie cellulaire

LE MEUR Yannick - Néphrologie

LE NEN Dominique - Chirurgie orthopédique et traumatologique

LEROYER Christophe - Pneumologie

LOZAC'H Patrick - Chirurgie digestive

MANSOURATI Jacques – Cardiologie

OZIER Yves - Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

REMY-NERIS Olivier - Médecine physique et de réadaptation

ROBASZKIEWICZ Michel - Gastroentérologie ; hépatologie

SENECAIL Bernard – Anatomie

SIZUN Jacques – Pédiatrie

TILLY-GENTRIC Armelle - Gériatrie et biologie du vieillissement

2ème classe

BAIL Jean-Pierre - Chirurgie digestive
BERTHOU Christian - Hématologie ; transfusion
BEZON Eric - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc - Biologie cellulaire
BOTBOL Michel - Psychiatrie infantile
CARRE Jean-Luc - Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis - Pneumologie
DAM HIEU Phong - Neurochirurgie
DEHNI Nidal - Chirurgie générale (délégation -2 ans)
DELARUE Jacques – Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie - Rhumatologie
DUBRANA Frédéric - Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges – Urologie
GILARD Martine - Cardiologie
GIROUX- METGES Marie-Agnès - Physiologie
HU Weiguo - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
LACUT Karine - Thérapeutique
LE GAL Grégoire - Médecine interne
LE MARECHAL Cédric - Génétique
L'HER Erwan - Réanimation médicale
MARIANOWSKI Rémi - Oto-rhino-laryngologie
MISERY Laurent - Dermato-vénéréologie
NEVEZ Gilles - Parasitologie
NONENT Michel - Radiologie et imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste - Gastroentérologie ; hépatologie
PAYAN Christopher – Bactériologie virologie
PRADIER Olivier - Cancérologie ; radiothérapie
RENAUDINEAU Yves - Immunologie
RICHE Christian - Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves - Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain - Rhumatologie
STINDEL Eric - Bio statistiques, informatique et technologies de communication
TIMSIT Serge - Neurologie
VALERI Antoine - Urologie
WALTER Michel - Psychiatrie d'adultes

⇒ **PROFESSEURS EN SURNOMBRE**

BLANC Jean-Jacques - Cardiologie

CENAC Arnaud - Médecine Interne

⇒ **PROFESSEURS ASSOCIES**

LE RESTE Jean-Yves - Médecine générale

⇒ **PROFESSEURS EMERITES**

BARRA Jean Aubert (2010-13)

LAZARTIGUES Alain (2010-13)

- Serment d'Hippocrate :

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprise si j'y manque. »

Remerciements :

A mes juges,

Monsieur le Professeur Georges Fournier,

Chef de service d'Urologie du CHU de Brest.

Vous qui me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous remercie de l'intérêt porté à mon projet, de la discussion fort enrichissante lors de notre rencontre.

Monsieur le Professeur Francis Couturaud,

Professeur des universités du CHU de Brest,

Toute ma reconnaissance pour vous qui m'avez reçu sur votre temps libre et expliqué les intérêts statistiques des résultats de mon enquête.

Docteur Estelle Michelet,

Médecin généraliste à Fouesnant, membre du CHEM.

Toute ma gratitude pour vous qui m'avez inspiré par votre formation au CHEM, transmis toutes vos analyses, corrigé ma rédaction et vos encouragements jusqu'au bout.

A mes directeurs de thèse,

Professeur Frédéric Dubrana,

Professeur des universités du CHU de Brest.

Tous mes remerciements pour votre accueil, l'apport de vos connaissances et votre humanité au cours de cette thèse.

Docteur Gilles Cuvelier,

Chef de service d'urologie au CH Quimper

Toute ma reconnaissance pour votre présence, du tout début jusqu'à la fin de ma thèse, pour votre précision et vos remarques toujours justes.
Sans vous rien n'aurait été possible.

Merci aux médecins généralistes bretons qui ont répondu au questionnaire, cette thèse est le reflet de leur impression sur leur propre pratique.

A Hanaa, ma compagne dans la vie,

Merci pour ton soutien de tous les jours, ta tendresse, ton amour et pour
tout ce qui n'appartient qu'à nous.

A Marine, ma grande sœur, mon modèle,

Tu as toujours été une source continue d'inspiration et tu le resteras...

A mes parents, Jean-Marc et Anne-Marie,

De nous avoir porté toutes ces années dans la réalisation de nos projets
parfois longs, de nous avoir permis de nous épanouir, toujours présents
pour vos enfants dans les bons et mauvais moments

A ma grand-mère Hélène,

Pour nos moments de complicité, depuis toujours, et ta connaissance qui
m'ont toujours beaucoup apporté.

A tous ceux disparus trop tôt,

Qui ont influencé à jamais ma vie.

Aux copains,

Pour votre bonne humeur, votre humour « fin », nos fous rires, nos
galères partagées et nos futurs projets de vie qui nous réunissent.

Préambule :

L'idée d'une thèse abordant la chirurgie ambulatoire pour un généraliste pouvait paraître inappropriée. Elle se justifie quand on comprend que celui-ci a un rôle à jouer dans les informations données à un patient pouvant prétendre à ce mode de soins. Il est l'interlocuteur privilégié du patient, de son entourage, il détient des connaissances de son mode de vie, parfois des souhaits concernant sa santé. Il est conscient de la prise en charge globale du patient, au vu des consultations ou des questions de l'entourage, il a pu forger un lien avec le patient qui au fil de son suivi s'enrichit.

La chirurgie ambulatoire a modifié le séjour en établissement de santé pour la réalisation d'un acte chirurgical. Ces centres hospitaliers autrefois chargés de la préparation à la chirurgie et sa surveillance post interventionnelle, sont devenus « des plateaux techniques et des lieux de récupération rapide postopératoires. » La réussite de cette mutation n'a pu être effective que par une collaboration de l'équipe de chirurgie ambulatoire en lien avec la médecine de ville. De ce partenariat s'en suivent la préparation en amont d'un patient actif de sa prise en charge, son suivi en externe en aval, où est respecté un parcours de soins personnalisé, alliant sécurité et qualité. Il n'est plus question d'un séjour hospitalier unique mais de ce « parcours de soins au delà de l'hôpital. »

« Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique, mais dans ce qu'on ne voit pas à l'hôpital », a estimé le Pr René Amalberti, conseiller auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS)... En cas de problème trois jours après une opération de jour, 86 % des patients se tournent vers leur médecin traitant et non vers leur chirurgien. «C'est la raison pour laquelle les généralistes doivent être mis dans la boucle(1). »

Un sujet qui semble ne pas concerner les praticiens de ville qui éprouvent un réel désintérêt sur cette prise en charge, car se sentent exclus du processus de soins. Il arrive que certains détails organisationnels échappent au circuit hospitalier et que les vrais échecs de la chirurgie ambulatoire ne soient connus que par les médecins de ville. Le rôle prépondérant du généraliste dans le suivi d'un patient oblige une connaissance de chaque détail médical. Si les décisions pour des soins lourds sont prises en structures hospitalières, les modalités ont leur impact dans la santé du patient, le fait de caractère ambulatoire ne sera jamais anodin.

Sommaire

Liste des professeurs de la Faculté de Médecine de Brest :	3
INTRODUCTION:	14
1.1 Principe du circuit personnalisé du patient en chirurgie ambulatoire :	14
1.2 Rôle des généralistes :	17
1.3 La place du patient :	20
1.4 La chirurgie ambulatoire au niveau international : forces et limites	21
2 CADRE DE L'ETUDE :	22
2.1 Antécédents d'enquête chez les généralistes	22
2.2 Population visée	24
2.3 Constitution du fichier	24
3 MATERIEL ET METHODOLOGIE :	25
3.1 Type d'étude :	25
Cette enquête d'opinion est semi encadrée rétrospective descriptive et transversale sur l'ensemble des généralistes bretons numérisés au conseil de l'ordre et adhérents au CHEM.	
	25
3.2 Le questionnaire	26
3.2.1 La forme	26
3.2.2 Le fond	26
3.3 Déroulement de l'enquête	28
3.3.1 Période test	28
3.3.2 . Envoi	28
3.3.3 Saisie et traitement des données	28
4 RESULTATS :	29
4.1 Population visée	29
4.2 Echantillon atteint	29
4.2.1 Les échecs de localisation	29
4.2.2 Les réponses	30
4.3 Connaissance de la chirurgie ambulatoire et orientation du patient :	31
4.3.1 Participation aux formations	31
4.3.2 Connaissance de leur population ambulatoire	31
4.3.3 Connaissance des critères d'éligibilité	32
4.3.4 Connaissance des critères de jeûne	33
4.4 Temps avant l'intervention :	35
4.4.1 Informations délivrées par courrier	35
4.4.2 Organisation paramédicale et médicale en ville	35
4.4.3 Informations attendues de la part de l'équipe chirurgicale	36
4.5 Temps après l'intervention :	37
4.5.1 Prise de contact à la sortie du patient	37
4.5.2 Organisation des rendez-vous postopératoires	38
4.5.3 Critères de suivi postopératoire	40
4.5.4 Difficulté de suivi	41
4.5.5 Consignes au domicile	41
5 DISCUSSION :	42
5.1 Principaux résultats de l'étude et confrontation aux données de la littérature :	42
5.1.1 Analyse de la satisfaction :	42
La formation continue reste la meilleure source des généralistes (57%).	
5.1.2 Formation : caractères d'influence et incidence sur la pratique	43

5.1.3	Communication avec les équipes de CA :	45
5.1.4	L'organisation de la sortie et continuité des soins :	45
5.2	Validité de l'étude.	46
5.2.1	Taux de participation	46
5.2.2	Précision des résultats	46
5.2.3	Biais de sélection	47
5.3	Propositions d'amélioration	48
5.3.1	Les moyens mis en place par les hôpitaux.	48
5.3.2	Les nouveaux moyens de communication :	49
5.3.3	La formation des paramédicaux	50
5.3.4	Formation médicale initiale:	50
5.3.5	La majoration en sortie d'hospitalisation :	50
6	Liste des abréviations	54
7	ANNEXES:	55
8	BIBLIOGRAPHIE :	75

Sommaire des schémas / annexes :

- 1) Annexe 1: les structures comprenant une Unité de chirurgie ambulatoire en Finistère avril 2012 : **page 56.**
- 2) Annexe 2 : Critères d'inclusion en chirurgie ambulatoire : facteurs sociaux : **page 57.**
- 3) Annexe 3 : Critères d'inclusion en chirurgie ambulatoire : facteurs médicaux : **page 57.**
- 4) Annexe 4 : Score de Chung : **page 58.**
- 5) Annexe 5 : Résultat d'une enquête auprès de 557 médecins traitants de la région de la Bretagne (Collège des hautes études médicales CHEM 2013) : **page 59.**
- 6) Annexe 6 : Démographie médicale en région Bretagne en 2011 : **page 60.**
- 7) Tableau 1 : tranches d'âge des généralistes interrogés : **page 30.**
- 8) Tableau 2 : taux de participation aux formations du CHEM en 2012 : **page 31.**
- 9) Tableau 3 : taux d'ambulatoire estimé dans la patientèle des généralistes interrogés : **page 31.**
- 10) Annexe 7 : Définition de la CA selon les généralistes bretons : **page 60.**
- 11) Annexe 8 : Connaissance des critères d'inéligibilité. environnementaux : **page 61.**
- 12) Schéma : Critères cités d'inéligibilité à la CA : **page 33.**
- 13) Schéma : Connaissances de types de liquides clairs. **Page 34.**
- 14) Annexe 9 : organisation au domicile : **page 61.**
- 15) Annexe 10 : délai de réception du courrier : **page 62.**
- 16) Schéma : délai de réception du courrier : **page 37.**
- 17) Schéma : informations attendues par les généralistes dans les courriers : **page 38.**
- 18) Annexe 11 : Motif de prise de RDV en postopératoire ambulatoire : **page 62.**
- 19) Schéma : motif de consultation en postopératoire. : **page 39.**
- 20) Annexe 12 : Type de suivi au domicile : **page 62.**
- 21) Schéma : prise de rendez-vous en postopératoire : **page 40.**
- 22) Tableau 4 : Ordre décroissant de difficulté pour les effets secondaires : **page 42.**
- 23) Annexe 13 : échelle PPMP pédiatrique : **page 63.**
- 24) Annexe 14 : Influence de la formation sur la prise de décision d'un processus de chirurgie ambulatoire : **page 64.**
- 25) Annexe 15 : Participation à la formation en fonction de l'âge : **page 64.**
- 26) Schéma : participation à la formation en fonction de l'âge : **page 44.**
- 27) Annexe 16 : influence du taux d'ambulatoire sur la participation antérieure à une formation sur la CA : **page 65.**
- 28) Schéma : Influence de la formation sur la prise de décision d'un processus de chirurgie ambulatoire : **page 45.**
- 29) Annexe 17 : Influence de la formation sur la gestion du suivi postopératoire : **page 65.**
- 30) Annexe 18 : Questionnaire soumis au généraliste (format texte) : **page 66.**

Résumé :

Introduction :

La chirurgie ambulatoire représente actuellement 41% des actes chirurgicaux en France. Le médecin généraliste occupe **un rôle en amont et en aval dans le circuit de soins** du patient lors d'une chirurgie ambulatoire. Son intégration semble encore difficile.

Méthode :

Entre **octobre et décembre 2014**, nous avons mené une **étude semi-encadrée descriptive et transversale** sur le rôle du généraliste au sein de la chirurgie ambulatoire dans la région Bretagne. Un questionnaire semi encadré de 31 questions par formulaire envoyé par mail, les réponses étaient centralisées par une feuille de calcul Excel.

Résultats :

L'échantillon regroupe **10,6%** de la population cible soit 212 généralistes. On découvrait une différence significative entre ceux qui ne se sentent pas intégrés à la décision et les autres RRR (**IC 95% [23,3% ; 40,2%]**). Malgré une définition de la chirurgie ambulatoire acquise pour **68%** d'entre eux, les critères de jeûne, d'éligibilité et contre-indications ne sont pas connus. Le suivi postopératoire est difficile pour la majorité (54%) dont la différence est peu significative RRR **IC 95% (-1,4% ; 18%)**.

Discussion :

Une étude multicentrique menée par les instances de santé augmenterait la participation des généralistes à ce type d'étude. Ses critères qualitatifs ont ciblé des connaissances péri opératoires à approfondir, des liens coopératifs et une demande d'informations sur la continuité des soins. L'enseignement de cours spécifiques au programme de la formation initiale médicale intégrerait définitivement les futurs généralistes à la boucle de l'ambulatoire.

INTRODUCTION:

1.1 Principe du circuit personnalisé du patient en chirurgie ambulatoire :

La chirurgie ambulatoire permet de mettre en œuvre « dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes chirurgicaux nécessitant le recours à un secteur opératoire » (**art. R.6121-4 du CSP**).⁽²⁾⁽³⁾.

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire sont désormais reconnus par une majorité d'acteurs de la santé. Le sujet de cette thèse ne sera pas de revenir sur ces bénéfices mais d'en apprécier le fonctionnement. En France plus de 41% des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire dans les établissements de santé français (42,6% *relevés en cours d'année 2014 selon ANAP*), en 2016 ils seront 50%.⁽⁴⁾

A ce jour, il existe un parcours de soins ⁽⁵⁾ débuté par le généraliste dans l'hypothèse d'un acte chirurgical. Il existe dans le département du Finistère plusieurs structures susceptibles d'accueillir ces prises en charge (**annexe 1**). Les unités de chirurgie ambulatoire mettent en place, pour la décision d'un acte ambulatoire, des critères sociaux (**annexe 2**) et médicaux (**annexe 3**) d'inclusion à l'ambulatoire. Ce qu'on nomme « équipe ambulatoire » est une association pluri professionnelle composée du chirurgien, de l'anesthésiste, d'infirmières, d'aides-soignantes ainsi que d'un secrétariat dédié aux actes ambulatoires. Si le futur opéré est éligible à l'ambulatoire, Le chirurgien confirme l'indication opératoire et adresse le patient en consultation d'anesthésie en proposant un mode de prise en charge ambulatoire. L'éligibilité à l'ambulatoire sera confirmé par l'anesthésiste et l'intervention sera alors programmée.

Lors du jour programmé de la chirurgie, l'accueil du patient à jeun est réalisé au minimum 1 heure avant. L'IDE contrôle une dernière fois au vu de la programmation opératoire du jour, le dossier patient, débute la check-list préopératoire (identification, préparation cutanée, marquage, critères de jeûne, biologie et médicaments préopératoires éventuelles) s'assure qu'il a réalisé sa préparation cutanée (cf. recommandation récente : simple savon) puis on procède à l'installation du patient sur un fauteuil ou dans une chambre du service de chirurgie de jour. L'équipe paramédicale effectue une prise des constantes (pouls, température corporelle et tension artérielle).

Le Dossier de soins infirmiers complété, le patient rejoint le bloc opératoire où est réalisé l'acte chirurgical avec les modalités d'anesthésie. Le passage en SSPI est la règle générale après anesthésie générale ou une anesthésie locale avec sédation. Parfois des circuits « shunt ou by-pass » permettent un retour dans le service sans le passage en SSPI. Il consiste à éliminer l'activité de salle de réveil pour des patients à faible risque postopératoire, particulièrement pour des patients sous anesthésie locorégionale périphérique. L'évaluation des patients se fait à la sortie de la salle d'intervention, via un score de type Aldrete modifié identique à celui de la sortie de SSPI. Dans ce cas, les patients rejoignent directement une salle d'aptitude à la rue.

Au Retour de bloc dans l'UCA, l'équipe de chirurgie ambulatoire veille à une surveillance postopératoire en lien avec l'intervention (pansement, écoulement, gestion de la douleur, soins de sondes ou drains avec ablation éventuelle, reprise de miction, .etc.). Tout l'intérêt d'une équipe de soins dédiée à l'UCA est dans l'expertise de l'équipe à réhabiliter précocement le patient et à le rendre « apte » à la sortie (lever et mobilisation, réalimentation, réassurance, informations et explications sur les suites prévisibles les soins ultérieurs la surveillance les signes d'alertes de complications éventuelles)

Dans une majorité d'établissements, l'anesthésiste donne une heure prévisionnelle de sortie de l'UCA lors de son passage en SSPI. Les infirmiers peuvent donc se baser sur cet horaire prévisionnel pour réaliser le score de sortie basé sur le **score de CHUNG (annexe 4)**, s'en suit une préparation des documents de sortie souvent préalablement rédigés par le chirurgien en fonction de l'intervention et des recommandations de l'anesthésiste.

L'étape de « **Remise à la rue** » se fait après délivrance des ordonnances médicales liées à la sortie, selon l'horaire de sortie décidé par le chirurgien. L'équipe ambulatoire s'assure de la disponibilité de fourniture des médicaments (La prescription a été anticipée à la consultation préopératoire suivant la localisation du lieu d'habitation et de la pharmacie la plus proche, afin d'organiser leur remise.) passage IDE pour les soins, entourage auprès du patient).(6)

Ce parcours de soins est depuis plusieurs années le choix privilégié dès qu'il est possible des structures hospitalières conventionnées à l'ambulatoire. Les services hospitaliers ont constitué un circuit personnalisé du patient afin de le connaître, s'assurant d'une compréhension, d'une autonomie, d'un environnement sécuritaire où il peut de façon directe ou indirecte (entourage ou personnel paramédical) des complications postopératoires.(7) (8)

Comme décrit ci-dessus la chirurgie ambulatoire a totalement revisité l'importance du séjour en établissement de soins. La notion de récupération rapide postopératoire nécessaire à la réduction du temps hospitalier repose sur le lien avec la médecine de ville et la qualité de sa continuité des soins.

1.2 Rôle des généralistes :

Devant un nombre croissant d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, les équipes chirurgicales tendent à gagner en maturité lors de leurs gestes opératoires ; développent les actes de haute technicité et prennent en charge des patients à comorbidité de plus en plus importante. Les UCA se trouvent pourvues de plus de lits alloués à la chirurgie de jour, leurs structures acquièrent de l'expérience quant à la prise en charge des effets secondaires liés aux chirurgies.

Qu'en est-il des généralistes qui doivent faire face à ce nouveau type de prise en charge, aux angoisses des patients dont la convalescence en structure hospitalière postopératoire reste un concept populaire. Les médecins généralistes qui ont vu leurs formations s'allonger de 7 à 9 ans au début des années 2000 bénéficient des formations complémentaires variées, adaptées à tout type de pratique dans le but de s'adapter à des patients dont la consommation en soins médicaux est croissante.

La place du médecin généraliste français dans le système de soin de l'ambulatoire est bien précisée, il est en amont et en aval de l'acte opératoire(9) .Il existe 3 temps essentiels pour le médecin traitant dans le circuit ambulatoire : le temps précédant la consultation, le temps intermédiaire entre la consultation puis l'opération et le temps consécutif à l'opération. Lorsqu'il adresse un patient au chirurgien, le médecin traitant fait état dans son courrier des antécédents du patient, des traitements en cours, du contexte social et de l'environnement familial.

Ce sont là autant d'éléments lui permettant d'établir si le patient est ou non éligible à une éventuelle prise en charge chirurgicale et ambulatoire. La question de l'éligibilité doit désormais être posée dès les premiers échanges entre le médecin traitant et le spécialiste. Le chirurgien informe le médecin traitant de l'indication opératoire et de la décision de prise en charge en CA. Il précise dans son courrier la date d'intervention, les éventuels avis spécialisés (cardiologue, pneumologue, gériatre, etc.), les examens complémentaires d'opérabilité, les consignes péri opératoires.

Les substitutions de traitement (anticoagulants, antiagrégants) ou adaptation de posologie seront validées ultérieurement par l'anesthésiste suivant le geste thérapeutique.

Le médecin traitant peut être amené à communiquer des informations complémentaires à son patient sur la nature, les risques et les bénéfices d'une prise en charge ambulatoire dans sa situation. Il pourra aider le patient à remplir le questionnaire d'anesthésie en précisant notamment les traitements poursuivis, les facteurs de risques d'anxiété, de nausées et vomissements. Il réexpliquera éventuellement les conditions de jeûne préopératoire, la préparation cutanée.

L'anesthésiste, au cours de la consultation de pré interventionnelle, réévaluera l'éligibilité à l'ambulatoire ; déterminera le mode d'anesthésie, les examens biologiques préopératoires valideront les substitutions de traitement. En cas de contre-indication anesthésique, le médecin traitant sera tenu informé par courrier.

En cas d'événements intercurrents précédant la chirurgie (modification de traitement, maladie, accident, anomalie biologique, ECBU positif, etc.) ou de modification des conditions sociales pouvant entraver la prise en charge en CA, le médecin traitant en informera le chirurgien, son secrétariat ou l'UCA.

Après l'intervention, à la sortie de l'UCA, un dossier de liaison est remis au patient. Ce dossier contient : un document précisant la nature de l'intervention et les suites opératoires immédiates, au mieux les comptes-rendus opératoires et d'hospitalisation. Dans ces documents sont détaillés les suites habituelles et la conduite à tenir en cas de complication, les consignes postopératoires, les ordonnances de sortie, les rendez-vous postopératoires, les adresses et numéros de téléphone utiles pour la continuité des soins.

Dans l'idéal, l'usage d'une messagerie sécurisée devrait permettre de transmettre au médecin traitant l'ensemble des courriers et comptes-rendus, l'ordonnance de sortie le jour même du retour à domicile du patient. L'absence de solution informatique généralisée fait privilégier la remise des documents en mains propres. En cas de besoin, le patient est ainsi à même de transmettre physiquement l'information à son médecin traitant ou à un collègue (autre généraliste, urgentiste, SOS médecins).

La continuité des soins relève du chirurgien et de l'UCA. Le médecin traitant coordonne la reprise du traitement antérieur et informe le chirurgien ou l'UCA de la survenue de complications plus tardives. Ce retour d'information alimentera la démarche qualité de l'UCA.

En conclusion, le médecin traitant constitue un acteur indispensable dans notre système de soins. Il a une vision différente selon son type d'exercice, sa distance à l'établissement, son implication dans des réseaux de soins. Son rôle important tient à son positionnement en amont et en aval de l'hospitalisation ambulatoire. Il représente un interlocuteur central en raison de sa proximité avec le patient, de sa connaissance du contexte social (hygiène, entourage, difficultés) et historique (pathologies familiales, interactions médicamenteuses, difficultés, etc.) de ce dernier.

Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. L'équipe de l'UCA est chargée de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins).

1.3 La place du patient :

L'ambulatoire responsabilise le patient, elle incite ce dernier à prendre une part encore plus active dans sa propre prise en charge. Le patient intervient dès le début dans la détermination de l'éligibilité à l'ambulatoire : l'implication du patient et son interaction avec les professionnels de santé font partie des facteurs importants de réussite du processus. Le patient et son entourage sont invités à prendre part aux décisions le concernant.

Le modèle de prise de décision retenu est aujourd'hui celui de la décision partagée. L'information médicale est rendue disponible au patient, ses préférences écoutées et entendues. Le consentement véritablement éclairé forme la pierre angulaire de la prise de décision.

La prise de décision repose sur la présentation de l'état actuel des connaissances et en particulier du meilleur niveau de preuves scientifiques de toutes les options possibles, associées à leurs risques et bénéfices. Le patient doit être en mesure de bien comprendre quels sont les choix disponibles, les risques encourus et les bénéfices présumés pour chacun d'entre eux.

Le respect des consignes préopératoires (hygiène, traitements, jeûne), éléments de surveillance sont des règles que le patient doit s'imposer dans le cadre d'une alliance thérapeutique efficace.

1.4 La chirurgie ambulatoire au niveau international : forces et limites

Au niveau international, les États-Unis ont connu un véritable essor de l'ambulatoire pendant les années 70(10), le Canada et le Royaume uni (pionnier européen) ont développé leur secteur à la même époque pour faire face au manque de lits et à l'augmentation de la demande de soins en lien à un vieillissement de la population (11).

Le développement de l'ambulatoire par rapport à la chirurgie classique s'est accéléré dans plusieurs pays scandinaves (Norvège, Danemark, Suède) et aussi les Pays-Bas. Il existe cependant une forte hétérogénéité de pratique à l'intérieur de chaque pays, avec des modèles de financements régionaux différents.

L'étude « Kroneman et Al » réalisée en 2001 (12) montrait que les pays européens dont le système de soins primaires était développé avaient un secteur de chirurgie ambulatoire plus important, le généraliste étant un coordonnateur de santé au rôle prépondérant. Les soins primaires, de premier niveau, constituent donc la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins.

La fonction de « *Gate Keeping* » (gardien de la porte), attribuée au médecin généraliste, voire au centre de santé, traduit cette organisation hiérarchique en niveaux de soins. La limite de l'ambulatoire dans les pays Anglo-Saxons, est qu'il existe un réseau de soins de suite en postopératoire, dans le secteur exclusivement privé, dépendant des mutuelles. Les Patients transitent parfois dans ces centres et sont malgré tout considérés comme extrahospitaliers. En France nous gardons une culture de l'hospitalisation-hébergement datant de l'époque des hospices où l'on ne soignait guère.(13)

2 CADRE DE L'ETUDE :

2.1 Antécédents d'enquête chez les généralistes

En avril 2012, Le **CHEM** (Collège des hautes études en médecine) dans le cadre d'une formation cognitive sur la chirurgie ambulatoire ; a analysé les pratiques des généralistes de la région Bretagne .(14) Cette analyse s'est décomposée en 3 phases :

La Phase 1 non présentielle d'observation des pratiques et recueil des données selon un mode rétrospectif. Les médecins généralistes ont effectué un relevé de pratique à partir de 5 dossiers de patients sur une plateforme internet dédiée. Les questions abordées ciblaient deux temps importants : pratique et questionnement en amont de la chirurgie, puis en aval de la chirurgie.

Les Phases 2 présentielle: Une réunion physique avec les experts (chirurgiens, anesthésistes, encadrants du CHEM) était organisée pour présenter la CA, son déroulement, ses indications/contre-indications, ses risques illustrés par des cas cliniques. Des compléments d'information sur la chirurgie ambulatoire ont pu être rapportés à partir de petites situations cliniques. Une mise en avant des problèmes existants amenait logiquement à une proposition d'amélioration du dispositif en place localement.

La Phase 3 non présentielle, était un nouveau recueil de données sur les pratiques en aval de la chirurgie, avec un principe similaire à la phase 1, évaluation en mode rétrospectif sur des cas pratiques.

Lors de la proposition du programme aux médecins généralistes, les praticiens se sont dits peu confrontés à la prise en charge péri ambulatoire. Ces réunions ont cependant permis une information des généralistes sur les modalités de pratique de la chirurgie ambulatoire, son contexte de réglementation stricte et de sécurisation contrôlée. La rencontre entre généralistes, chirurgiens et anesthésistes du secteur, fut profitable à tous, permettant une connaissance du travail de chacun, préalable indispensable à l'amélioration de la communication interprofessionnelle.

La participation à cette formation faisait état de 557 généralistes, associant aussi des spécialistes hospitaliers et libéraux (ORL, dermatologues, angiologues, cardiologues...) tous praticiens de la région Bretagne (**Annexe 5: satisfaction des généralistes**).

En amont de la chirurgie ; 68% des généralistes informaient l'équipe chirurgicale, 45% informaient leurs patients et 28% se sentaient concernés dans la décision de chirurgie ambulatoire.

En aval de la chirurgie ; 23% n'étaient jamais informés du retour de leur patient au domicile, 8% ne recevaient pas de courrier. Seuls 3% des interrogés estimaient résoudre difficilement les nausées, vomissements et douleurs, prouvant en 2012 une prise en charge satisfaisante sur ce point.

Cette étude mettait le point sur deux attentes des généralistes :

- améliorer l'information du patient,
- améliorer la communication et renforcer la coordination entre le généraliste et les équipes chirurgicales ;

Les acteurs de ce circuit ont-ils évolués depuis ?

L'interrogation principale reste la place qu'occupe le généraliste au sein du circuit de la chirurgie ambulatoire. Si la position de « référent de santé » de ses patients est indéniable, elle l'est moins lorsqu'ils intègrent la structure hospitalière. Quelle est la qualité de communication avec l'équipe de chirurgie ambulatoire? Le médecin généraliste est-il suffisamment renseigné sur la pratique de la chirurgie ambulatoire ? La formation continue a-t-elle un rôle à jouer ?

Nous avons souhaité redonner la parole aux médecins généralistes en réalisant une enquête. Cette enquête a pour objectif d'explorer les représentations que les médecins généralistes ont de leurs patients entrants et sortants d'une UCA, afin de mieux comprendre la réalité de leur pratique quotidienne et les contradictions qu'elle comporte en regard de recommandations scientifiquement établies. Elle nous a permis d'approfondir de comprendre les difficultés rencontrées au quotidien dans leur relation avec les patients, et de faire le point sur ce que peut être la place du médecin généraliste dans le circuit de la chirurgie ambulatoire à l'heure actuelle.

Ce constat de pratiques fait, quelques pistes d'améliorations seront suggérées pour encourager cette prise en charge.

2.2 Population visée

La population visée de l'enquête comprendrait comme critères d'inclusion simples : être médecin généraliste ayant validé sa thèse, installé en cabinet libéral ou hospitalier dans la région Bretagne (Finistère, Morbihan, Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine), être inscrit numériquement au conseil de l'ordre des médecins afin de disposer d'une adresse mail valide pour recevoir les mails officiels émanant des instances de Santé.

La Bretagne est un bassin d'activité important de l'exercice médical avec parfois une démographie à deux vitesses (**Annexes 6**), le généraliste fait partie intégrante du système de soins primaires qui reste le plus étendu sur notre région (15). Le généraliste est le premier prestataire de soins, accessible aux patients, il faut donc s'intéresser à son fonctionnement lors de la prise en charge d'un patient rentrant en circuit de chirurgie ambulatoire.

2.3 Constitution du fichier

Le Conseil national de l'Ordre des médecins en lien avec les autres Ordres des professions de santé, les Fédérations hospitalières, les Régions et les éditeurs conduisent à la mise en œuvre d'un annuaire numérique offrant la possibilité aux professionnels de santé d'échanger des commentaires, liens ou réunions.

Cependant conformément aux dispositions de la **loi n°78-17 du 6 janvier 1978** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les internautes disposent d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui les concernent. Ainsi le conseil de l'ordre n'a pas pu autoriser notre demande d'accès direct à l'annuaire des généralistes bretons.

Les investigateurs principaux ont sollicité le CHEM qui dispose de l'annuaire de médecins traitants effectuant des formations continues ou désireux de s'y inscrire. L'inconvénient était l'absence de contact physique privilégiant par l'intermédiaire d'internet, un contact indirect avec les généralistes. Cependant les participants pouvaient nous joindre à tout moment de l'enquête, en joignant leurs adresses professionnelles seulement en cas d'informations supplémentaires désirées.

3 MATERIEL ET METHODOLOGIE :

3.1 Type d'étude :

Cette enquête d'opinion est **semi encadrée rétrospective descriptive** et **transversale** sur l'ensemble des généralistes bretons numérisés au conseil de l'ordre et adhérents au CHEM.

La **question principale** de l'enquête a pour but de déterminer la « place du médecin traitant dans le parcours de soins de la chirurgie ambulatoire en Bretagne. »

Cette place , nous avons essayé de la décrire selon différents paramètres en amont et aval de la chirurgie, correspondant aux compétences du médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient (*inspirées de la définition européenne de la médecine générale ,WONCA 2002(16)*). Les principaux axes du questionnement se composaient de **critères qualitatifs**:

- ⇒ **Education du patient à sa santé et sur sa maladie** : les généralistes ont-ils la connaissance suffisante sur la CA pour expliquer et orienter leurs patients ? Quelles sont leurs sources d'information sur la CA ?
- ⇒ **Travail en équipe** : Comment s'opèrent les échanges avec les autres professionnels de santé en lien avec la CA ? Les informations de l'équipe ambulatoire sont-elles suffisantes ? Quelles informations leur semblent utiles à communiquer à l'équipe ambulatoire?
- ⇒ **Assurer le suivi au long cours et la continuité des soins** : comment organisent-ils le suivi des patients sortant de CA ? Quelles difficultés rencontrent-ils ?
- ⇒ **Entretenir ses compétences** : comment évaluer sa pratique, organiser et maintenir sa formation professionnelle ? (désir de formation).

Nous avons tenté de distinguer des facteurs influents les réponses **en fonction de plusieurs autres critères** caractérisant notre population étudiée :

- Participation à une formation antérieure au sujet de la CA.
- Intervalle d'âge.
- Taux de chirurgie ambulatoire chez les patients.
- Intérêt pour une formation complémentaire.

3.2 Le questionnaire

3.2.1 La forme

Le support utilisé est un questionnaire (**Annexe 18**) créé sur l'utilitaire GOOGLE doc® nécessitant la création d'un compte associé. Il est conçu sur une plateforme internet à laquelle seuls quelques administrateurs ont accès et peuvent modifier la trame. Chaque participant validait un questionnaire fourni par un lien internet ci-dessous :

(https://docs.google.com/forms/d/1IA8zv8ec6DoHiF8rIOK6CGu72oL0CNgFuN9yhRzpZk/viewform?usp=send_form)

Une fois le questionnaire validé, un lien permettait de consulter le résumé des résultats et de connaître les réponses des autres confrères de façon non nominative.

3.2.2 Le fond

Le questionnaire a été conçu sur le constat des formations du CHEM en 2012, sur les questions relevées par les praticiens (**Annexe 5**) dont la rencontre avec les spécialistes permettait pour la première fois un échange au sujet de l'ambulatoire.

Le questionnaire est composé de plusieurs pages réparties en **4 temps**. La **participation antérieure** à une formation concernant le sujet, le **temps préopératoire pré-programmation**, le **temps préopératoire post-programmation**, le **temps postopératoire** sont les 4 temps composant le questionnaire.

Le questionnaire regroupe 31 questions semi-encadrées, à choix multiples, dont le temps de remplissage était estimé entre 5 et 10 minutes.

La première partie du questionnaire recherchait les antécédents de formation dans le domaine étudié, les sources de recueils d'informations. Dans un second temps on cherchait à savoir chez les participants la connaissance de la définition de la CA, des critères d'éligibilité, les contre-indications à celle-ci, les critères de jeûne selon les âges et type d'aliments ingérés.

La troisième partie intervient sur les renseignements qui semblaient importants, aux yeux des généralistes, à communiquer pour une bonne prise en charge de leur patient.

La dernière partie cherche à connaître l'organisation du suivi, les difficultés sur la gestion du postopératoire et du suivi chirurgical au long terme.

3.3 Déroulement de l'enquête

3.3.1 Période test

La diffusion du questionnaire s'est déroulée entre le 6 octobre 2014 et le 15 décembre 2014. Tous les mails ont été adressés le 6 octobre avec des dates de réception méconnues du fait des différents FAI, une relance a été effectuée le 15 décembre.

3.3.2 . Envoi

Un email provenant de l'informaticien du CHEM était transmis aux généralistes (au nombre de 1997), relayant notre mail de présentation de l'étude avec les raisons, méthodes et premiers résultats interactifs de l'étude. Une relance a été réalisée un mois et une semaine après le début de l'étude.

Une question, non obligatoire ; demandait le mail des participants afin de recevoir une correction personnalisée, créée par un module complémentaire nommé *QCM Quiz*. Une correction détaillait les différentes questions théoriques et pour les questions quantitatives faisait le comparatif avec les réponses obtenues des généralistes lors de la réunion du CHEM en 2012.

3.3.3 Saisie et traitement des données

Les résultats enregistrés arrivent dans une feuille de calcul nommée « *Google Sheet* » sous forme de tableau *Excel* . Les colonnes sont chacune associées à une question convertie en fonction (*Fx*). Les lignes représentent les participants à l'enquête qui sont comptabilisés par un horodateur. Chaque ligne représente les réponses de chaque participant aux questions, celles-ci pouvant être corrélées en tableau croisé rapprochant deux caractéristiques ciblées par les questions.

4 RESULTATS :

4.1 Population visée

D'après les données de 2013 du Conseil de l'Ordre national des médecins, on dénombrait 3091 généralistes sur le territoire breton , « Les médecins s'étant inscrits au tableau de l'Ordre pour la première fois en 2007,, dans les départements de la Bretagne, sont représentés à 44 % par les hommes et à 56% par les femmes »

On apprend d'un point de vue géographique que « 82% d'entre eux sont nés en France ». D'un point de vue local, parmi les médecins qui sont nés en France et qui exercent en Bretagne, « 52% sont originaires d'un des quatre départements. 84% ont obtenu leur diplôme en France et majoritairement à Rennes et Brest (82%). » (17)

Le nombre de médecins visés par la forme du questionnaire fut restreint par la possibilité de joindre numériquement les professionnels de santé. Moins de 2000 médecins généralistes bretons ont communiqué leurs adresses informatiques au conseil de l'ordre en octobre 2014. Les demandes de formations continues ont permis au CHEM de se constituer un annuaire équivalent de médecins, évalué à 1997 membres. Ce fut donc cette population cible dont l'échantillon de notre étude est issu.

4.2 Echantillon atteint

4.2.1 Les échecs de localisation

La forme du Questionnaire, via le réseau internet, a été communiquée par l'intermédiaire du service informatique du CHEM. Le contrôle de la diffusion fut indépendant des investigateurs principaux de l'étude, soumettant indirectement leurs directives. Un email provenant de l'informaticien du CHEM était transmis à 1997 généralistes, relayant notre mail de présentation de l'étude avec les raisons, méthode et premiers résultats interactifs de l'étude. Une relance a été réalisée, un mois et 3 semaines, après le début de l'étude.

4.2.2 Les réponses

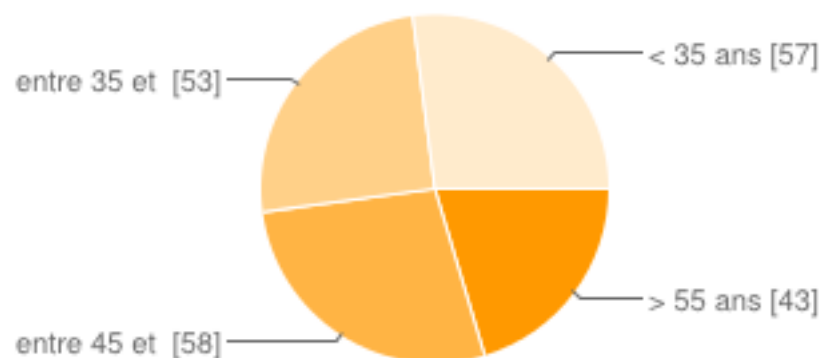
Lors de la première phase de diffusion du mail (à J30), nous avons obtenu 130 réponses au questionnaire. Une dizaine de généralistes dans les premiers jours de l'étude a émis certains défauts dans la formulation du questionnaire ou dans les réponses proposées, ce qui a pu améliorer la transcription de leur impression quant à la prise en charge d'un patient en lien avec la chirurgie ambulatoire.

D'autres ont stipulé le fait de ne pas vouloir divulguer d'information sur Google, d'autres ont échoué à valider la question des effets secondaires en me signalant leurs difficultés sur la graduation croissante. Le problème a pu être résolu par explication supplémentaire par mail. Les modifications apportées au questionnaire n'ont pas pour autant modifié les recueils précédents.

Un deuxième lien ciblait les généralistes ne voulant pas répondre à l'étude, via internet, mais désirant tout de même évoquer le motif de non-participation. Le deuxième recueil a permis d'atteindre **211 généralistes**. On a recueilli une population, en sous-catégories, de tranche d'âge homogène.

Tranche d'âge	Nb	%
> 55 ans	43	20 %
entre 45 et 55 ans	58	27 %
entre 35 et 45 ans	53	25 %
< 35 ans	57	27 %
Totaux	211	

Tableau1 : tranches d'âge des généralistes interrogés.



4.3 Connaissance de la chirurgie ambulatoire et orientation du patient :

4.3.1 Participation aux formations.

oui	63	30 %
non	137	65 %
non prévenu	11	5 %

Tableau 2 : taux de participation aux formations du CHEM en 2012.

L'échantillon étudié retrouve une population qui n'a majoritairement pas participé aux formations du CHEM (65%) contre 30% de participants en 2012. On remarque que seuls 5% des généralistes interrogés n'étaient pas au courant d'une formation sur la CA.

4.3.2 Connaissance de leur population ambulatoire

Taux d'Ambulatoire		
entre 10 et 20%	48	23 %
entre 20 et 40%	56	27 %
entre 40 et 50%	21	9 %
entre 50 et 70%	16	8 %
entre 70 et 90%	4	2 %
ne sait pas	66	31 %

Tableau 3 : taux d'ambulatoire estimé dans la patientèle des généralistes interrogés.

Le questionnaire distinguait une population ne connaissant pas son taux d'ambulatoire (**31%**) car ils ne disposent pas de cotation ou référence sur les logiciels médecin. Pourtant la définition exacte de la CA semble être maîtrisée par la majorité (68%) (**Annexe 7**).

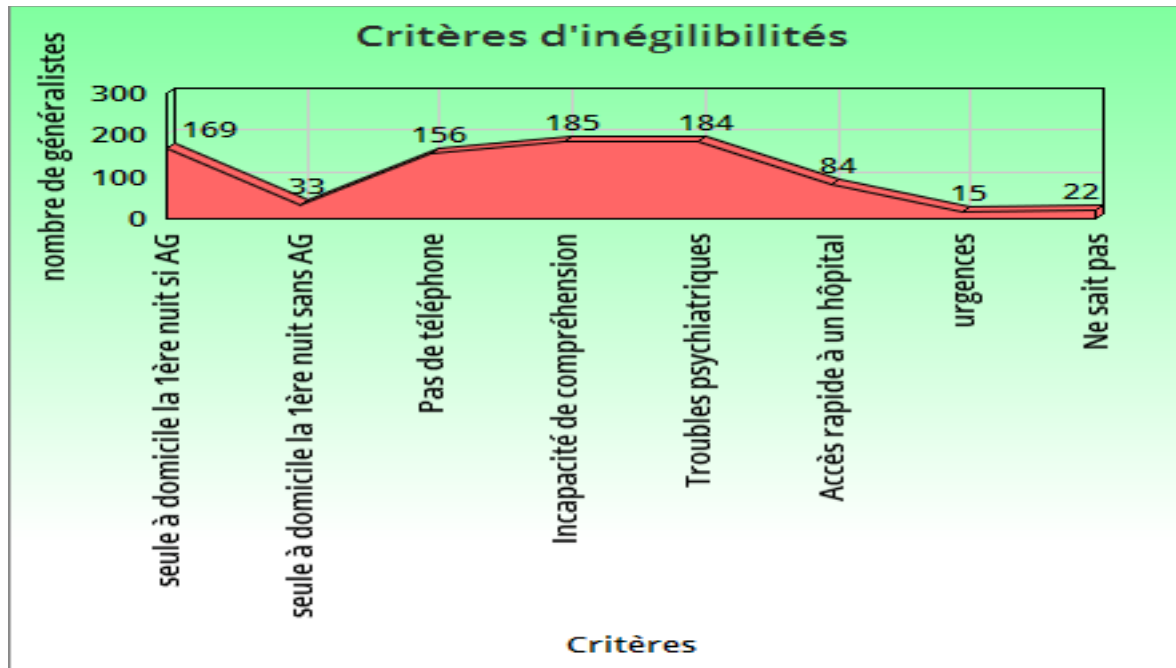
4.3.3 Connaissance des critères d'éligibilité.

Les critères d'éligibilité sont bien définis par la SFAR (18), les patients éligibles :

- Comprennent et acceptent la prise en charge ambulatoire
- Peuvent être accompagnés par un tiers, voir ne pas rester seul la première nuit, quelque soit le type d'anesthésie.
- Sont en mesure de comprendre et respecter les consignes pré et postopératoires.
- Ne sont pas atteints de troubles psychiatriques de nature à empêcher la collaboration avec l'équipe de chirurgie ambulatoire.
- Vivent de façon acceptable avec accès au téléphone.
- Un âge supérieur à 3 mois.

Les critères médicaux de non-éligibilité doivent, quant à eux, être évalués, au cas par cas, en fonction du triptyque acte/patient/structure. L'apnée du sommeil et l'obésité avec IMC > 40 étant des contre-indications strictes sur le plan anesthésique.

Les critères environnementaux d'inéligibilité retenus par le questionnaire sont : la personne seule la nuit si AG **(80%)**, l'absence de téléphone (74%), l'incapacité de compréhension **(88%)** et les troubles psychiatriques empêchant la collaboration soignants-famille **(87%)**. **(Annexe 8)**.



Les âges extrêmes ne semblent pas connus puisque seuls **25%** estiment l'âge >3mois accessible en ambulatoire alors que **40%** l'estiment à 1 an. Plus de **33%** semblent penser qu'un grand âge est une limitation.

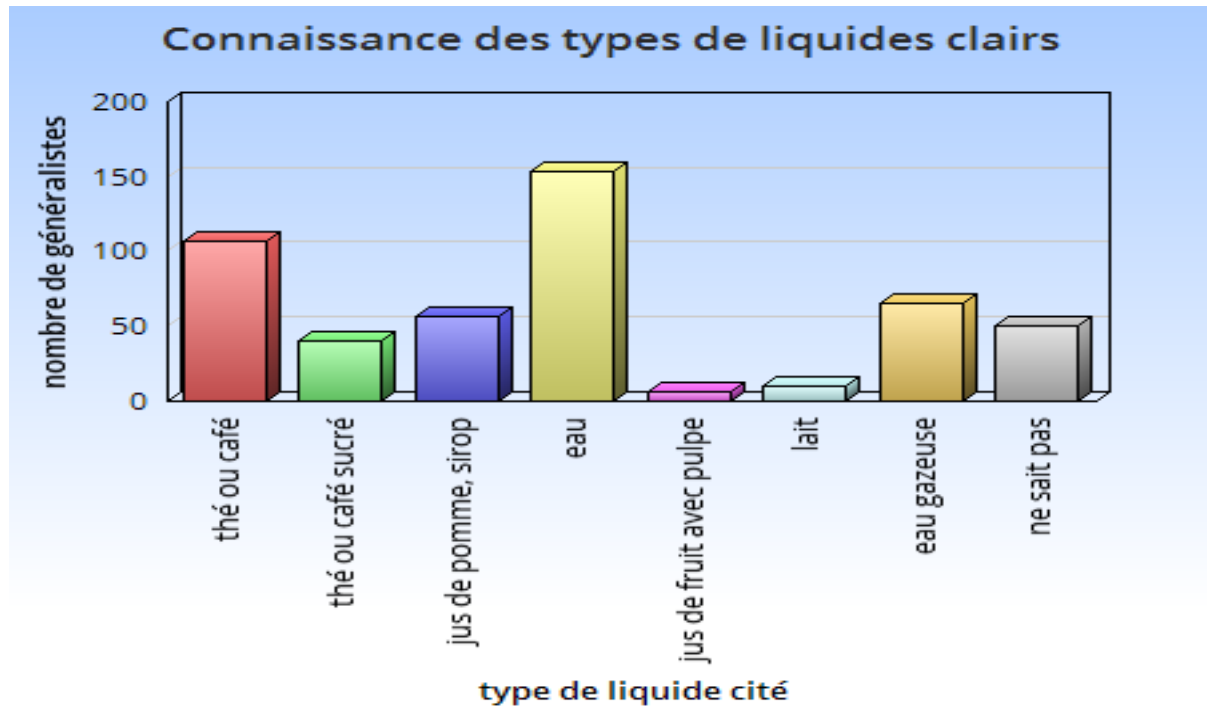
Les contre-indications citées par les généralistes et concordantes aux vraies limitations sont : l'obésité avec IMC>40 (**54%**) et l'apnée du sommeil (**34%**). Ils citent tout de même la démence (59%) et le grand âge (36%) qui ne sont pas un frein à l'ambulatoire.

4.3.4 Connaissance des critères de jeûne.

Les critères de jeûne comprennent les consignes suivantes (19) (20) (21) (22) (23):

- Une ingestion de solides > 6 h,
- Une ingestion de liquides > 2 h,
- Un tabagisme actif > 2h,
- Une mastication de chewing-gum > 2h.

En ce qui concerne la connaissance d'un liquide clair, on définit ceux ci en : eau, eau gazeuse, jus de fruits sans pulpe, limonade.



Seuls 23 généralistes interrogés (**10,8%**) connaissaient la **liste exacte des liquides clairs**. L'eau et le Thé/café restent les plus mentionnés des liquides clairs. **43%** connaissent le principe d'ingestion > 2h en préopératoire.

Seuls **27%** savent que le tabagisme actif doit être > 2h, **39%** pour l'ingestion du Chewing-gum > 2h.(24)

Au contraire, l'ingestion des solides > 6h est connue par **82%** d'entre eux mais seuls **61%** le reconnaissent chez l'enfant. Toutefois le critère de jeûne du liquide clair chez l'enfant est presque aussi bien connu chez l'enfant que chez l'adulte (**40%**). (23)

4.4 Temps avant l'intervention :

4.4.1 Informations délivrées par courrier.

83% des médecins de l'échantillon délivrent un courrier à l'équipe chirurgicale.

Les médecins de ville trouvent nécessaire de relater les antécédents (85%), de remettre l'ordonnance récente (82%), d'évoquer le mode de vie (49%) ou d'évoquer les éventuelles addictions (43%).

Les conditions de sécurité au domicile ainsi que les capacités d'aides de l'entourage n'ont d'intérêt que pour 31% des praticiens. Les autres critères comme l'hygiène, l'état psychologique ou les attentes du patient sur la chirurgie n'ont pas été retenus comme intéressants à communiquer aux équipes de CA.

Entre la programmation de l'acte et sa réalisation, **76%** des médecins traitants décident de renseigner les équipes hospitalières sur une pathologie intercurrente (70%), un nouveau traitement (63%) et peu sur les craintes du patient (16%).

4.4.2 Organisation paramédicale et médicale en ville.

En règle générale, les consignes postopératoires médicamenteuses sont dispensées par le chirurgien ou l'anesthésiste en consultation préopératoire.(25) (26) (27) Des documents sur les effets secondaires, des ordonnances d'examens complémentaires, pour le suivi, ainsi que la prise de contact avec une IDE sont réalisés par l'équipe ambulatoire.(28)

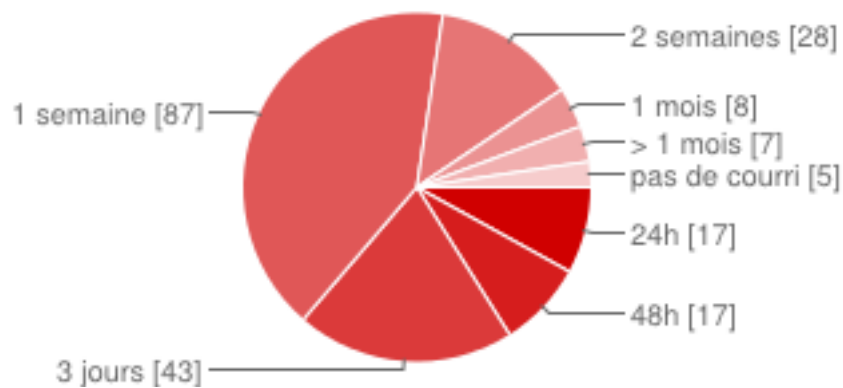
Cependant, il est stipulé dans les conditions de prise en charge ambulatoire que le médecin traitant peut-être contacté pour le suivi biologique et la reprise de traitements. Exemple : anticoagulants.(29) (30)

Si **72%** des médecins interrogés semblent connaître le rôle d'organisation paramédicale extrahospitalier de l'équipe ambulatoire, 25% mettent en place un passage d'IDE au domicile ou à défaut les coordonnées à disposition (19%) ainsi que le passage de proches pour 23% d'entre eux. (**Annexe 9**).

Au niveau médical, **64%** estiment que l'unité ambulatoire se charge des prescriptions. 37% cependant préfèrent gérer l'arrêt des AVK et leur reprise contre 9% qui ne font rien.

4.4.3 Informations attendues de la part de l'équipe chirurgicale.

Les délais de réception du courrier sont courts (**Annexe 10**) avec en majorité le délai d'une semaine (41%) et 3 jours en moindre mesure (20%). 2% des généralistes interrogés disent ne pas recevoir de courrier.



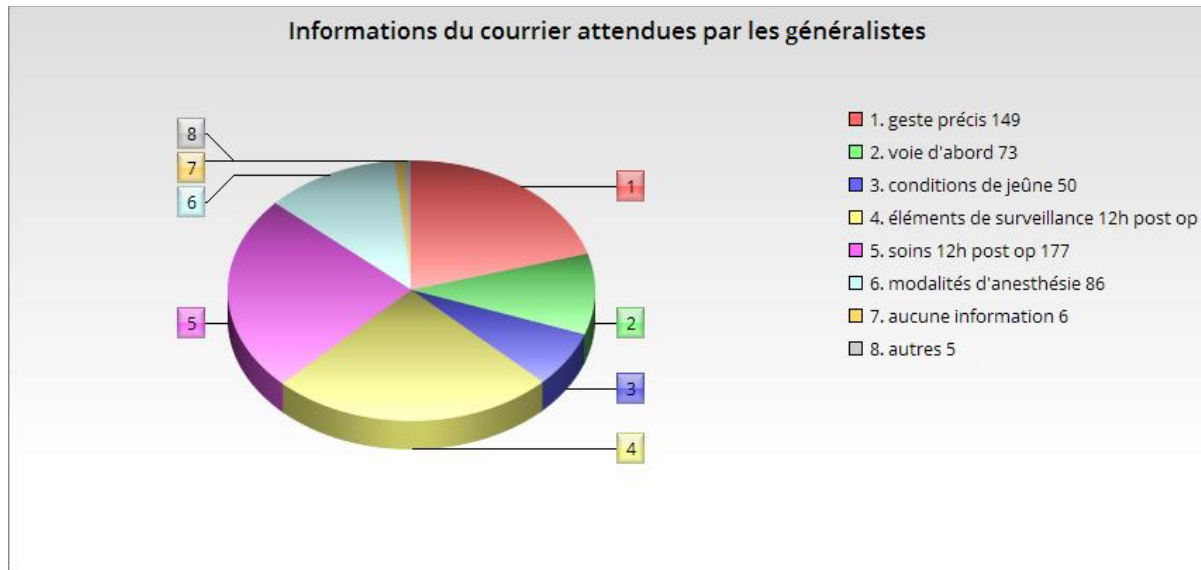
Délai de réception du courrier de sortie 1

Sur l'acte chirurgical, les généralistes attendent comme informations : les éléments de surveillance (85%), les soins (83%) pour les 12 heures postopératoires ainsi que le geste technique précis (70%).

Les modalités anesthésiques qui furent énoncées lors du DPC de 2012 comme éléments à indiquer sur le courrier le restent pour 41% des médecins.

Les conditions de jeûne et la voie d'abord ne sont pas sollicitées.

Concernant les informations attendues, sur le suivi, demeurent les effets secondaires et la surveillance dans les 12h suivant le geste (85%), la continuité des soins (82%) et la médication postopératoire (75%).



4.5 Temps après l'intervention :

4.5.1 Prise de contact à la sortie du patient.

Le patient dispose des coordonnées du service dont il vient de sortir, il bénéficie, par la même occasion, d'un rendez-vous à distance avec le chirurgien qui a pratiqué le geste opératoire.

Aucune consigne n'est donnée au patient dans le fait de communiquer sa sortie de soins au généraliste. Souvent, il ne le contacte que pour un effet secondaire imprévu ou un renouvellement d'ordonnance.

Il est convenu dans tout acte orienté par le médecin généraliste, dans le parcours de soins, que celui-ci reçoit un compte rendu opératoire. Les délais sont cependant variables entre les différents établissements chirurgicaux ou entre les différents services.

On peut néanmoins citer l'exemple du centre hospitalier de Perpignan, qui appelle le médecin traitant le jour même de l'intervention et envoie par télécopie tous les comptes-rendus au S.A.M.U. afin de garantir une continuité d'information en cas d'indisponibilité du généraliste référent.

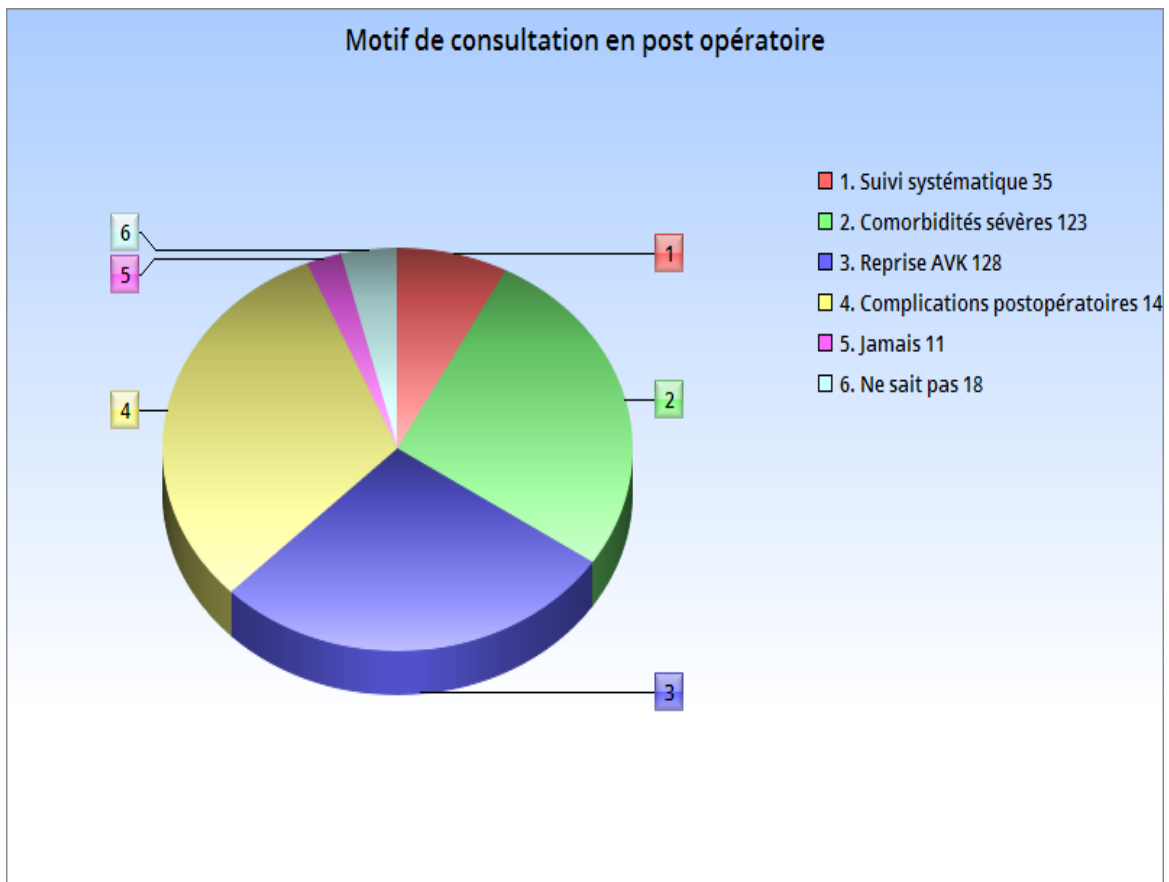
Ce procédé démontre l'importance et le souci de garantir une bonne coordination des professionnels autour du patient, qu'il se trouve en milieu hospitalier ou ambulatoire. Il est important de ne pas rompre ce circuit du patient et d'assurer la sécurité du patient.

67% des médecins généralistes sont informés le jour même de la sortie du patient. Une information quasi similaire de la sortie le jour même du patient: 33% (2014) contre 28% (2012) RRR IC 95% (-2%; 12%).

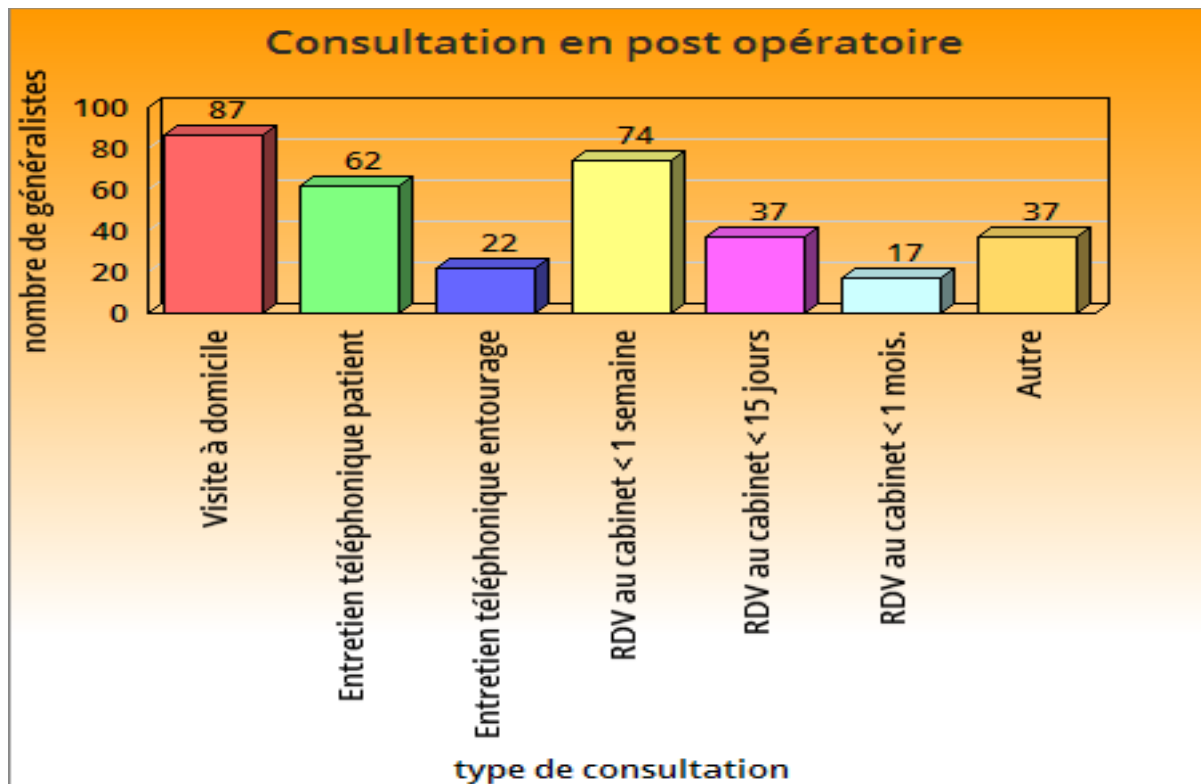
4.5.2 Organisation des rendez-vous postopératoires.

Pour les généralistes, il paraît important de revoir le patient en systématique lors de complications postopératoires (67%), la reprise des AVK (60%) ou les comorbidités sévères (58%). Le rôle du généraliste, dans le suivi en sortie d'hospitalisation, est un des piliers du secteur de soins primaires et convenu dans le circuit de la CA (31).

En revanche, seuls 5% ne revoient pas le patient en post-intervention ambulatoire (**Annexe 11**).



Le type de suivi choisi privilégie la visite au domicile (41%), le rendez-vous en cabinet, inférieur à 1 semaine, est, lui aussi, le plus fréquent (35%). L'entretien au téléphone reste un moyen utile de contact pour 29% d'entre eux, l'entretien téléphonique avec l'entourage est limité (10%) (**Annexe 12**). Les délais de visite à domicile privilégiés sont 48 heures (32%) et une semaine (28%).



4.5.3 Critères de suivi postopératoire.

Le suivi postopératoire d'un patient ayant subi une intervention chirurgicale en ambulatoire constitue pour le médecin traitant une lourde responsabilité à assumer. Il suppose, en effet, une disponibilité plus importante, des réponses à des appels d'urgence le jour ou la nuit. De plus, ce suivi postopératoire pose le problème de partage de responsabilités entre le médecin traitant et l'équipe chirurgicale.

La douleur est un des effets secondaires les plus courants en postopératoire (32) qui nécessite une prise en charge adaptée en fonction de chaque patient. (33)

Plusieurs outils sont utilisés, des échelles d'auto-évaluation ou pour les enfants, une hétéro évaluation où la douleur est recensée par un tiers (professionnel de santé, parents...) (34). Pour exemple l'existence de l'échelle PPMP pour le suivi de la douleur chez l'enfant de 2 à 12 ans. (**Annexe 13**).

A chaque patient est remis une feuille de consignes avec les effets secondaires les plus fréquents en fonction de la chirurgie mais il est précisé de rappeler le service de chirurgie ou de contacter le médecin traitant dès qu'une anomalie alertant le patient survient.(35) (36)

L'infection du site opératoire est de règle générale un signe de reconsultation immédiate en chirurgie et donc n'a pas été induit dans la liste des effets secondaires.

Il existe une différence entre les généralistes ayant des difficultés à gérer le postopératoire (54%) et ceux qui n'en ont pas (46%). On retrouve une proportion non négligeable de généralistes rencontrant des difficultés **IC 95% (46,9 %; 55,1%)**.

4.5.4 Difficulté de suivi.

Concernant les effets indésirables difficilement gérables en ville, parmi les cinq plus difficiles, les saignements des plaies inquiètent le plus les généralistes, viennent ensuite les soins de sonde / drains, l'hématurie, l'apparition de fièvre concomitante et la cicatrisation des plaies.

En revanche, la prise en charge des troubles du transit, de la persistance de nausées, d'apparition de vertiges postopératoires, des troubles de la miction ou même la gestion de la douleur apparaissent comme des effets secondaires amplement maîtrisables.

Tableau 4 : ordre décroissant de difficulté pour les effets secondaires

Type d'effet secondaire	Classement décroissant selon difficulté
Saignements	1
Soins de drains	2
Soins de sonde	3
Hématurie	4
Fièvre	5
Plaies	6
Hémodynamique	7
Locomotion	8
Gestion de la douleur	9
Miction	10
Vertiges	11
Nausées	12
Transit	13

4.5.5 Consignes au domicile.

La mise en décharge, avec reprise de l'appui progressif, représente la contrainte majeure des médecins de ville. La reprise d'une activité physique est aussi source d'appréhension ou d'échec. Il paraît aussi difficile dans une proportion plus faible de prodiguer des consignes de repos au domicile.

5 DISCUSSION :

5.1 Principaux résultats de l'étude et confrontation aux données de la littérature :

5.1.1 Analyse de la satisfaction :

Les généralistes semblent en marge du circuit de la chirurgie ambulatoire. Le taux de généralistes ayant le sentiment d'être impliqués dans la décision de l'acte ambulatoire est compris dans un intervalle de confiance (IC 95 [9,9% ; 19,7%]). Il y a une différence significative entre ceux qui ne se sentent pas intégrés et ceux qui s'y sentent intégrés

RRR (IC 95% [23,3% ; 40,2%]).
(Annexe 14).

Ils connaissent son fonctionnement puisque **68%** de la population étudiée connaît la définition établie en santé publique. On déplore que les critères physiologiques et environnementaux, à son accès, soient encore méconnus. La médecine rurale et la centralisation des plateaux techniques diminuent la confrontation à des patients issus d'une prise en charge ambulatoire, créant un faible taux d'ambulatoire rencontré.

La formation continue reste la meilleure source des généralistes (57%).

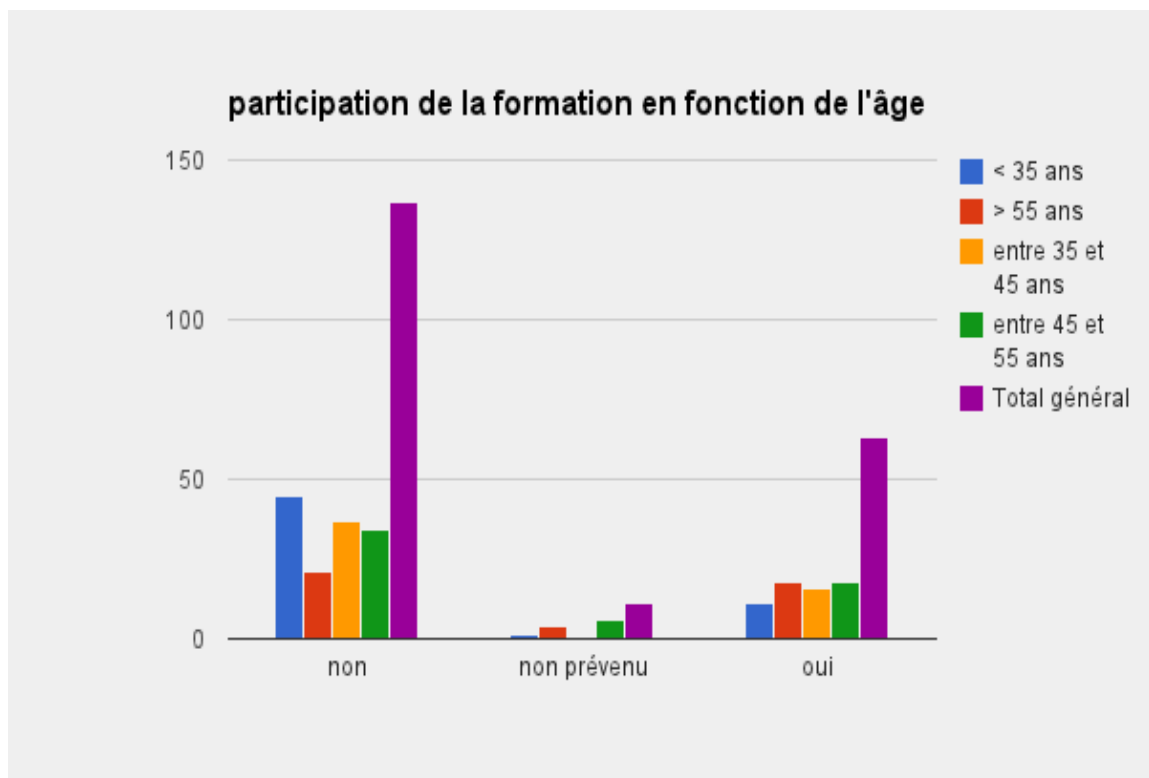
Le désir de formation reste mitigé en corrélation avec le sentiment de ne pas être impliqué dans la décision du mode ambulatoire lors des chirurgies. 40% désirent participer à une formation, 25% n'ont pas d'avis. On ne peut pas affirmer qu'il y ait une réelle envie de formation, comme l'atteste la **Réduction du risque relatif avec IC95% [-3,5% ; 15%].**

Une Réunion pluridisciplinaire est souhaitée par les généralistes interrogés afin de rencontrer les spécialistes impliqués dans l'organisation des soins de CA.

5.1.2 Formation : caractères d'influence et incidence sur la pratique

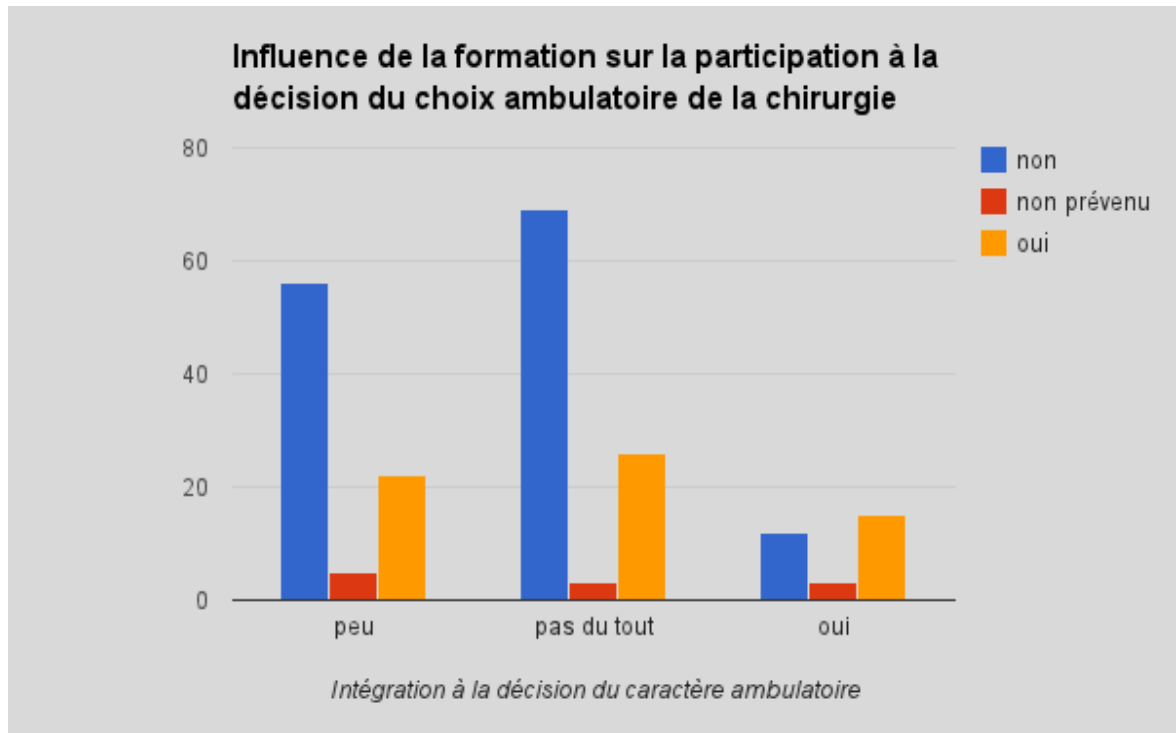
L'âge aurait une influence sur la participation aux formations (**Annexe 15**). On recherche p , la probabilité qu'un événement soit le fait du hasard. Le test de KHI carré permet de vérifier s'il y a une différence significative entre une distribution statistique observée et une distribution théorique donnée. On considère que si la répartition théorique confirme la répartition théorique ($p < 0,05$), les différences observées sont uniquement dues au hasard. Dans le cas contraire ($p > 0,05$) il y a une différence et une dépendance possible des facteurs X et Y étudiés.

Si on caractérise les deux valeurs (X : la participation antérieure à une formation et Y : l'âge des patients), la formule du KHI 2 retrouve un $p > 0,05$ (0,1) ne pouvant démontrer l'indépendance des deux variables. Le désir de formation est probablement dépendant de l'âge ($p = 0,11$).



De même la participation à la formation serait dépendante du taux d'ambulatoire rencontré selon la formule du *KHI 2*, on calcule un $p = 0,94$ (**Annexe 16**).

En revanche sur les bénéfices apportés par la formation nous ne pouvons conclure à une amélioration du sentiment d'intégration à la prise de décision d'une chirurgie ambulatoire (**Annexe 14**).



Il y a indépendance entre la participation à une formation antérieure et la participation à la décision du choix ambulatoire de la chirurgie, selon une loi de *KHI 2* avec $p = 0,03 (< 0,05)$.

De même la formation ne permettrait pas une meilleure gestion du suivi postopératoire. Connaissant les deux paramètres (X : difficulté de gestion du suivi postopératoire, Y : participation à une formation antérieure) en appliquant un modèle de *KHI 2* on retrouve un p du test à 0.02 ($< 0,05$) prouvant l'indépendance des deux variables. (**Annexe 17**)

5.1.3 Communication avec les équipes de CA :

Il existe une meilleure transmission aux spécialistes du dossier médical. L'envoi du dossier médical à l'équipe chirurgicale est réalisé à 83% (2014) contre 68% (2012) avec **réduction du risque relatif** calculée à **IC 95 (8% ; 21,3%)**.

On constate une amélioration sur le délai de réception du courrier relatant l'acte thérapeutique et son suivi. Création d'une meilleure relation de confiance chez la majorité des généralistes sur l'organisation paramédicale de l'équipe de CA. La sortie est mieux renseignée afin de planifier leur suivi, renseignement de la sortie à 28% (2012) contre 33% (2014) où on calcule **RRR IC 95% (-2%; 12%)**. Les médecins de ville gardent le maintien du contrôle de certains terrains à risque avec préférence pour une visite au domicile dans un délai court.

5.1.4 L'organisation de la sortie et continuité des soins :

Les généralistes choisissent toujours les terrains à risques pour anticiper une visite qui se fera en majorité au domicile ou au cabinet dans un délai inférieur à une semaine. Ils font confiance aux consignes données par l'équipe de CA aux équipes paramédicales, gardant sous contrôle la reprise des AVK.

Malgré le dossier de sortie dispensé au patient, il persiste des difficultés notamment sur les saignements, soins de drains/sondes, plaies nécessitant des informations supplémentaires dans les courriers ou feuille de consignes du patient. Au contraire, la gestion est améliorée sur la prise en charge des mictions / transit, nausées et vertiges. Les consignes de repos au domicile semblent difficiles à évaluer.

5.2 Validité de l'étude.

5.2.1 Taux de participation

On dénombre une participation de **10,6%**, soit un échantillon de 212 généralistes en exercice, sur une population cible de 1997 généralistes inscrits au conseil de l'ordre et ayant communiqué leur mail à celui-ci.

Le second questionnaire proposait à ceux ne voulant pas participer à l'étude de répondre sur le motif de leur non-participation, et de proposer sous quelle forme ils auraient aimé être interrogés.

- ⇒ **4** non-participants préféraient l'entretien physique personnalisé
- ⇒ **13** non-participants n'ont pas validé leur questionnaire, n'ayant pas voulu donner des informations sur un questionnaire de la firme Google.
- ⇒ **11** participants ont rencontré des difficultés à remplir le questionnaire et ont communiqué leur arrêt de participation.
- ⇒ **3** généralistes ont signalé être en retraite de leur activité professionnelle.

5.2.2 Précision des résultats

La taille de l'échantillon de 212 médecins bretons confère, néanmoins, un nombre de participants satisfaisant pour une étude qualitative avec un intervalle de confiance : IC 95 (9,3% ; 12,1%), contenant dans chaque questionnaire un nombre important de valeurs par participant.

5.2.3 Biais de sélection

Il existe un **biais de sélection** certain sur la population cible car nous avons choisi d'utiliser l'outil internet pour joindre les médecins.

La population numérisée recense **65%** des généralistes bretons (P (%) =1997/3091). Ces médecins issus des listes du CHEM sont aussi une population de praticiens plus ouverts à la formation continue.

Toutefois l'âge moyen des généralistes bretons est de **53,8 ans**, l'échantillon retrouvait une majorité de médecins généralistes dans la catégorie d'âge des **45-55 ans**, notre étude a donc une population ayant le profil de la population cible.

De plus, le questionnaire nécessitait un compte GOOGLE® afin d'avoir accès au résumé des réponses (**12** participants ont signalé par la non-validation du questionnaire devant l'absence de compte ou de création de compte), on a donc un **biais de « non-réponse »** dû au droit de refus.

Un second questionnaire, plus sur les motifs de non-participation, a été élaboré pour ne pas contenir les informations des praticiens sur la plateforme GOOGLE® et cibler ceux non-intéressés par la chirurgie ambulatoire, mais il n'a réuni que **4** participants.

L'autre biais consistait en un **biais de volontariat**, lié au fait que les caractéristiques des personnes volontaires ayant répondu au questionnaire soient différentes des personnes qui ont décidé de ne pas y participer.

5.3 Propositions d'amélioration

5.3.1 Les moyens mis en place par les hôpitaux.

5.3.1.1 Les campagnes d'information au public :

Il est réalisé, progressivement, une campagne d'information auprès des patients pour expliquer les raisons de la chirurgie ambulatoire (médias, réunions publiques, affiches...) afin de sensibiliser la notion d'acte chirurgical et suivi ambulatoire. Les établissements de santé publiques et privés ont développé leur site internet de façon interactive pour les particuliers comme pour les professionnels de santé, détaillant l'organisation d'une prise en charge ambulatoire, passant en revue les consignes péri opératoires et les actes pratiqués. Des livrets professionnels adressés aux généralistes pourraient ainsi renseigner des dispositions et structures mises en place par les établissements de santé pour la continuité des soins.

5.3.1.2 La notion de médecin référent hospitalier :

Les médecins traitants recherchent, également, à avoir un interlocuteur de chirurgie ambulatoire, dans chaque établissement. Il apparaît évident qu'ils doivent être informés du type et du taux des actes pratiqués, le plus souvent en chirurgie ambulatoire, par établissement. L'évolution de ce taux, au niveau du département, est un reflet de l'activité et de la réussite des actes, incitant chez les praticiens de ville un renouvellement des connaissances sur les moyens à disposition.

En France, la création d'une unité de chirurgie ambulatoire nécessite un **médecin coordonateur(3)**. Celui-ci doit être identifié dans chaque unité de chirurgie ambulatoire, et sa fonction est définie réglementairement dans l'article D. 6124-308 du Code de la santé publique. Son rôle est d'organiser le fonctionnement de l'UCA, en veillant à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients ainsi que la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins. Bien que les comptes-rendus opératoires indiquent l'équipe ayant réalisée l'acte chirurgical (opérateur, anesthésiste, IBODE, IADE) ils ne précisent pas toujours le médecin référent, peut être une notion à développer dans les courriers à venir.

5.3.2 Les nouveaux moyens de communication :

La mise en place d'une « *mailing-list* » semblable à celle présente dans les hôpitaux pourrait favoriser la circulation d'informations interprofessionnelles. Il reste la sortie des informations en extra-hospitaliers à encadrer juridiquement concernant le secret médical.

Cette transmission présente également des inconvénients. Elle ne permet pas d'introduire un dialogue entre deux confrères. Par ailleurs, certains commentaires soulevaient la question de la légalité et de la sécurité.

Depuis plusieurs années un système d'échange d'informations par messagerie électronique sécurisée entre les médecins libéraux et les établissements de santé a été intégré à leur système informatique. En effet, celui-ci fonctionne déjà depuis plusieurs années, au sein d'autres centres hospitaliers. Nous avons pris l'exemple d'APICRYPT® qui est « un procédé de cryptage des données médicales confidentielles circulant par messagerie ». Il a été développé par l'Association, pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine (APICEM), qui détient le brevet. Il permet aux médecins de communiquer, entre eux, ainsi qu'avec les établissements de soins, tout en assurant une confidentialité dans la transmission des données.

On entend, par données, les résultats des laboratoires, mais également, tout type de compte-rendu d'hospitalisation, de consultations externes ou de radiologie. De la même manière, les correspondants externes peuvent envoyer un message sécurisé à un médecin de l'hôpital. Il permet au généraliste d'être prévenu, quasi instantanément, de l'entrée, de la sortie ou du décès de l'un de ses patients.

Dans le contexte particulier du CHU de Poitiers, un projet de ce type est en cours, débuté fin 2010 (37), en attendant le lancement officiel du Dossier Médical Personnel (DMP) unique et informatisé.

Une autre innovation, le MEMOQUEST®, est un prototype selon un algorithme défini par l'UCA. Il envoie les SMS au patient, à dates et heures prévues, (consignes préopératoires) recueille les effets secondaires (ex : si température > 38 tapez TEM), cela crée des alertes qui sont envoyées sur la boîte mail de l'UCA ou du médecin.

5.3.3 La formation des paramédicaux:

La formation des paramédicaux libéraux, par des infirmières hospitalières référentes, sont des propositions émises dans certaines régions (ex : proposition en région PACA pour 2015) (38) .Le but est de sécuriser le relais ville-hôpital.

Des réunions, entre médicaux et paramédicaux de ville, sont déjà effectives pour l'organisation des territoires de santé primaires depuis l'apparition des maisons médicales ; la prise en charge post CA pourrait y être associée.

5.3.4 La formation initiale médicale :

Chaque faculté de médecine devrait pouvoir intégrer dans le deuxième cycle des études médicales des cours expliquant les généralités, l'organisation et les pratiques de la chirurgie ambulatoire. Cette formation est déjà disponible à la faculté de médecine de Rennes, les cours y sont enseignés en DCEM2 depuis 2011(39). Un ajout au programme national du DCEM serait judicieux au vu de la transformation des établissements de santé envers l'ambulatoire.

5.3.5 La majoration en sortie d'hospitalisation :

Au niveau économique, peu de généralistes l'utilisent mais il existe une cotation CCAM pour une majoration de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH) rémunérée 23 euros, ce qui donne suivant le mode de consultation (C) ou visite (V):

$$\mathbf{C(S) + MSH = 46\text{€} \quad \text{ou} \quad V(S) + MD + MSH = 56\text{€}}$$

Elle peut être cotée par le médecin traitant en secteur 1 pour les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie, nécessitant : un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical.

Cela dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale ,soit une

pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante diagnostiquée durant le séjour.(40)

Cette majoration a pour but d'assurer le suivi d'hospitalisation afin que le médecin s'assure de l'état général satisfaisant, l'adéquation entre les moyens mis en place, la tolérance des traitements et le contexte socio-environnemental.

5.3.6 Enquête à l'échelle nationale :

Afin de se donner les moyens de recueil de satisfaction des généralistes sur l'ambulatoire, une étude menée par les instances de santé publique pourrait avoir plus d'influence sur la volonté de participation.

La répercussion sur la pratique des généralistes, dans l'optique d'une amélioration de leur organisation et de leur formation, ne pourra se faire que s'il y a un désir de participation.

Les moyens de diffusions multiples, par mail, courrier recommandé, rencontre physique, auraient un impact sur le biais de sélection, récupérant au gré des entretiens, des informations plus personnalisées.

L'extension de l'étude, aux autres régions, pourrait donner un avis national. On tenterait de cibler les territoires dynamiques, comme ceux plus en frein à la chirurgie ambulatoire, afin d'en ressortir les critères organisationnels à développer.

Conclusion :

Cette enquête auprès des médecins généralistes bretons a pu mettre en évidence des carences sur l'éducation pré opératoire entourant la chirurgie ambulatoire. La population interrogée a souligné l'amélioration des informations délivrées par les équipes chirurgicales et des délais de réception plus courts des courriers. Le médecin généraliste semble vouloir un rôle dans le suivi des patients opérés en ambulatoire. Il anticipe déjà sa pratique pour dépister les complications. Il tente de voir au domicile ou dans des délais courts ses patients à risque. Il persiste une difficulté de gestion des effets secondaires postopératoires, encore source d'interrogation par le manque d'information.

Ce besoin d'informations devra d'autant plus être satisfait au vu de l'apparition d'actes plus techniques, habituellement programmés en chirurgie classique.

La création de moyens de communication devrait simplifier les liens entre acteurs de la chirurgie ambulatoire des établissements de soins et médecins généralistes. Le but est d'apporter des améliorations sur la rapidité des informations délivrées, sur les caractéristiques utiles pour l'ambulatoire et la continuité des soins.

Le patient et son entourage peuvent gagner en responsabilité sur leur suivi postopératoire. Ils doivent collaborer avec l'équipe ambulatoire ou le médecin généraliste, en répertoriant les signes cliniques objectifs évoqués en pré opératoire dans le circuit personnalisé de soins.

Le développement professionnel continu avait tenté d'intégrer les médecins généralistes bretons au circuit de l'ambulatoire. Ils ne semblent pas encore prêt à se former spécifiquement mais tendent à se rapprocher des acteurs de l'ambulatoire par des réunions pluridisciplinaires. Il s'opère activement en France, une mutation des établissements de santé envers la pratique de l'ambulatoire. Il serait impensable que l'ensemble des facultés de médecine françaises n'intègre pas au programme national d'enseignement du deuxième cycle, des cours sur la chirurgie ambulatoire.

Les futures générations de médecins généralistes devront y être préparées devant l'accroissement du taux d'ambulatoire qui devait atteindre 50% en 2016.

L'équipe de chirurgie ambulatoire, se donne actuellement les moyens de développer ses techniques thérapeutiques et sa meilleure gestion des risques notamment en région Bretagne. Les actes chirurgicaux sont plus lourds et dispensés à des patients aux pathologies plus avancées qu'avant.

Ce nouveau dispositif de soins impose la prise en compte des niveaux de sévérité en ambulatoire. Cela repose sur l'implication à plusieurs niveaux du médecin traitant. L'acte opératoire n'est qu'une étape du parcours de soins. Le médecin généraliste doit être présent en amont pour l'éducation du patient, pour la programmation de l'acte et en aval pour assurer la continuité des soins.

6 Liste des abréviations

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

AG : Anesthésie Générale.

ASA : American Society of Anesthesiologists (Société Américaine d'Anesthésistes).

AVK : Anti-Vitamines K

CA : Chirurgie Ambulatoire.

CCAM : classification commune des actes médicaux.

CSP : Code de Santé Publique.

CHEM : Collège des Hautes Etudes en Médecine.

DCEM : Deuxième cycle des études médicales.

DPC : Développement Professionnel Continu.

FAI : Fournisseur d'Accès Internet.

IADE : infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat.

IBODE : infirmier(e) de Bloc opératoire diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.

QCM : Questionnaire à Choix Multiples.

RRR : Réduction du Risque Relatif

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire.

WONCA : World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners/Family Physicians

7 ANNEXES:

Annexe 1: les structures comprenant une Unité de chirurgie ambulatoire en Finistère avril 2012 :

Zone	Ville	Hôpital	Pourcentage de chirurgie ambulatoire (en %)
Finistère nord	Brest	CHU de Brest	21,6
		Clinique Pasteur Lanroze	59,3
		Hôpital interarmées	30,1
		Clinique du grand large	35,4
		Polyclinique de Keraudren	38,3
	Landerneau	CH Landerneau	34,2
	Morlaix	CH Morlaix	22,9
		CMC de Morlaix	48,5
Finistère sud	Quimper	CH Laennec	30,6
		Clinique Saint Michel Saint Anne	56,6
		Polyclinique Sud	36 ,6
	Douarnenez	CH Douarnenez	53
	Pont l'Abbé	Hôtel Dieu	37,6

Annexe 2 : Critères d'inclusion en chirurgie ambulatoire : facteurs sociaux

Facteurs sociaux

- Eloignement géographique inférieur à 1 heure d'une structure de soins adaptés depuis son domicile ; Compréhension suffisante de ce qui est proposé

- Accès rapide à un téléphone

- Aptitude à observer les prescriptions médicales

- Disponibilité d'une personne accompagnante, responsable et valide (raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui)

- Conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation

Annexe 3 : Critères d'inclusion en chirurgie ambulatoire : facteurs médicaux :

Critères	Indications	Contre indications
1. Age	3 mois < âge < 85 ans	< nouveau né
2. ASA	1 et 2	ASA 3 avec : - traitements anticoagulants - apnées du sommeil. - âge >75 ans
3. Femme enceinte	Suivant les produits anesthésiques utilisés	
4. Traitement	Négligeable	Nombreux

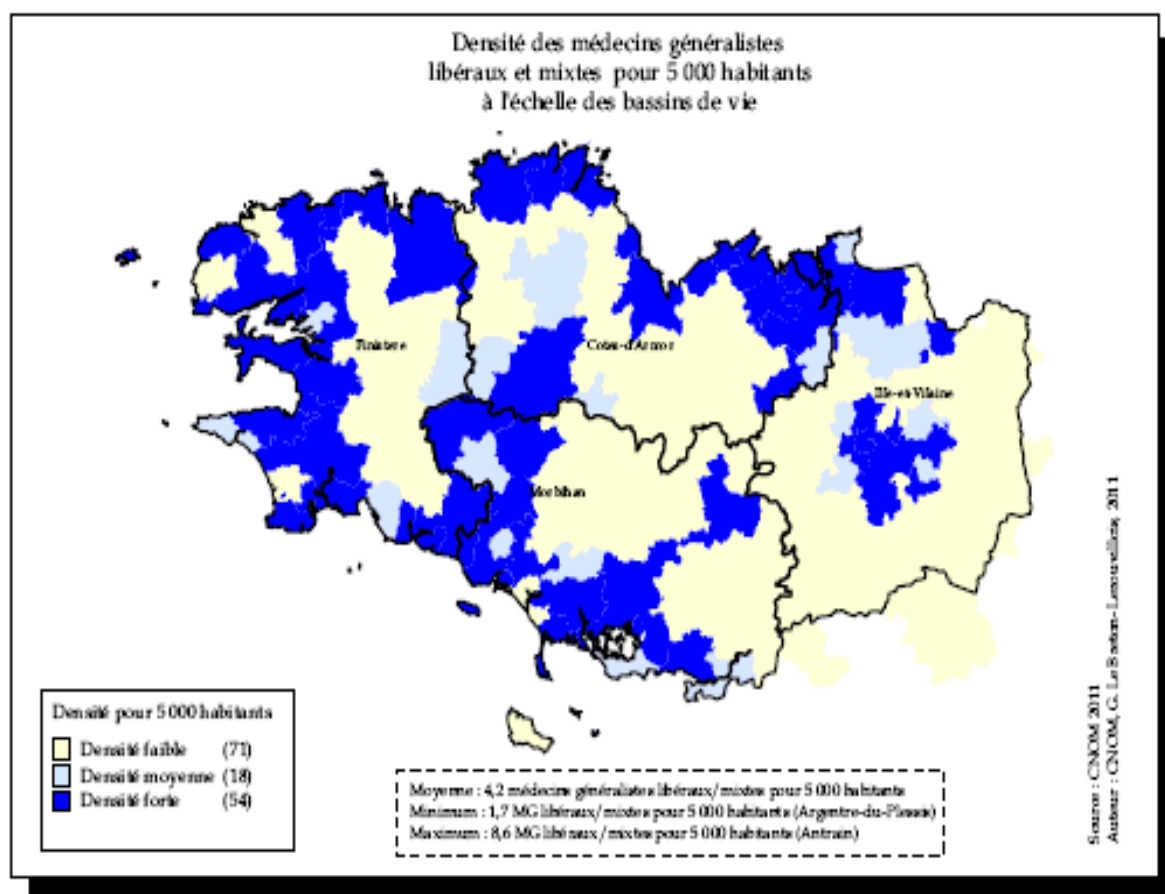
Annexe 4 : Score de Chung :

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Douleurs	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

Annexe 5 : Résultat d'une enquête auprès de 557 médecins traitants de la région de la Bretagne (Collège des hautes études médicales CHEM 2013).

En amont de la chirurgie		
J'informe les patients de la possibilité et des conditions d'un acte chirurgical ambulatoire	Jamais	7 %
	Parfois	48 %
	Toujours	45 %
Je suis associé en amont à la décision de réalisation de l'acte chirurgical ambulatoire	Jamais	33 %
	Parfois	39 %
	Toujours	28 %
Je transmets à l'équipe chirurgicale les éléments du dossier médical nécessaires à la prise en charge du patient	Jamais	3 %
	Parfois	29 %
	Toujours	68 %
Je reçois un courrier précisant la prise en charge ambulatoire avec la date, les conditions et les modalités	Jamais	16 %
	Parfois	45 %
	Toujours	39 %
En aval de la chirurgie		
Je suis informé du retour à domicile du patient et des conditions de ce retour	Jamais	23 %
	Parfois	49 %
	Toujours	28 %
Je reçois un courrier comportant le compte-rendu opératoire et les consignes de l'équipe	Jamais	8 %
	Parfois	33 %
	Toujours	59 %
Les ordonnances et prescriptions utiles sont mises à la disposition du patient	Jamais	2 %
	Parfois	35 %
	Toujours	63 %
La douleur et l'anxiété du patient sont habituellement correctement contrôlées	Jamais	3 %
	Parfois	63 %
	Toujours	35 %
Les nausées et les vomissements sont habituellement correctement contrôlés	Jamais	3 %
	Parfois	57 %
	Toujours	40 %
Les mesures antithrombotiques éventuellement nécessaires sont précisées sur le courrier et/ou les ordonnances	Jamais	3 %
	Parfois	34 %
	Toujours	63 %
L'entourage est correctement informé des éléments de surveillance et du numéro à appeler en cas de besoin	Jamais	4 %
	Parfois	49 %
	Toujours	47 %
L'information des infirmiers(ères) à domicile et la coordination équipe chirurgicale/médecin/infirmier se passe habituellement correctement	Jamais	3 %
	Parfois	59 %
	Toujours	38 %

Annexe 6 : Démographie médicale en région Bretagne en 2011 :



Annexe 7 : Définition de la CA selon les généralistes bretons :

Définition de la CA selon les praticiens de ville		
Un séjour de moins de 24h	33	16%
Un séjour de moins de 12h	19	9%
Eventuellement une nuit d'hospitalisation en moins de 24h	8	4%
Un acte chirurgical associé au séjour	2	1%
Un acte de consultation (ablation de tumeur cutanée, biopsie de prostate, cystoscopie...)	5	2%
L'association d'un acte chirurgical, d'un séjour de moins de 12h (entrée/sortie à la même date)	144	68%

Annexe 8 : Connaissance des critères d'inéligibilité environnementaux.

Critères d'inéligibilité de la CA selon les généralistes		
Personne seule à domicile la première nuit si anesthésie générale	169	80 %
Personne seule à domicile la première nuit sans anesthésie générale	33	16 %
Pas de téléphone	156	74 %
Incapacité de compréhension (du patient ou de l'entourage)	185	88 %
Troubles psychiatriques empêchant la collaboration soignants-famille	184	87 %
Accès rapide à un hôpital en cas de nécessité	84	40 %
Prise en charge en urgence	15	7 %
Ne sait pas	22	10 %

Annexe 9 : organisation au domicile :

Organisation du généraliste à la sortie du domicile		
Coordonnées d'une IDE à disposition du patient	40	19 %
Passage d'IDE planifié	52	25 %
Passage des proches	48	23 %
Passage d'aide à domicile	34	16 %
Possibilité d'accès à une pharmacie le jour de la sortie	30	14 %
Possibilité de délivrance spécifique des médicaments avant le jour de la sortie programmée	29	14 %
Portage de repas ou courses	18	9 %
Je ne fais rien	25	12 %
C'est l'équipe "ambulatoire" (chirurgien/anesthésiste/unité) qui s'en charge	152	72 %
Autre	5	2 %

Annexe 10 : délai de réception du courrier :

Délai de réception du courrier :		%
24h	17	8 %
48h	17	8 %
3 jours	43	20 %
1 semaine	87	41 %
2 semaines	28	13 %
1 mois	8	4 %
> 1 mois	7	3 %
pas de courrier	5	2 %

Annexe 11 : Motif de prise de RDV en postopératoire ambulatoire :

Motif de prise de contact		
Suivi postopératoire systématique	35	17 %
Comorbidités sévères	123	58 %
Reprise AVK	128	60 %
Complications postopératoires	143	67 %
Jamais	11	5 %
Ne sait pas	18	8 %

Annexe 12 : Type de suivi au domicile :

Type de suivi :		
Visite à domicile	87	41 %
Entretien téléphonique avec le patient	62	29 %
Entretien téléphonique avec l'entourage	22	10 %
RDV au cabinet dans un délai inférieur à une semaine	74	35 %
RDV au cabinet dans un délai inférieur à 15 jours	37	17 %
RDV au cabinet inférieur à un mois.	17	8 %
Autre	37	17 %

Annexe 14 : Influence de la formation sur la prise de décision d'un processus de chirurgie ambulatoire.

Intégration à la décision de CA	Formation antérieure			
	Non	Non prévenu	Oui	Total général
Oui	12	3	15	30
Pas du tout	69	3	26	98
Peu	56	5	22	83
Total général	137	11	63	211

Annexe 15 : Participation à la formation en fonction de l'âge :

	< 35 ans	> 55 ans	Entre 35 et 45 ans	Entre 45 et 55 ans	Total général
Non	45	21	37	34	137
Non prévenu	1	4	0	6	11
Oui	11	18	16	18	63
Total général	57	43	53	58	211

Annexe 16 : influence du taux d'ambulatoire sur la participation antérieure à une formation sur la CA.

Participation à la formation	Taux d'ambulatoire						
	entre 10 et 20%	entre 20 et 40%	entre 40 et 50%	entre 50 et 70%	entre 70 et 90%	ne sait pas	Total général
non	31	37	15	9	4	41	137
non prévenu	2	3	1	0	0	5	11
oui	15	16	5	7		20	63
Total général	48	56	21	16	4	66	211

Annexe 17 : Influence de la formation sur la gestion du suivi postopératoire :

Participation antérieure à la formation	Difficultés de gestion du suivi		
	Non	Oui	Total général
Non	57	80	137
Non prévenu	3	8	11
Oui	37	26	63
Total général	97	114	211

Médecine générale:Quelle est la place du médecin généraliste en chirurgie ambulatoire?

But: Deux ans après le premier DPC organisé par le CHEM (Collège des hautes études médicales) autour de la "chirurgie ambulatoire ", la prise en charge en chirurgie ambulatoire a-t-elle évoluée au niveau de la médecine de ville? Où en est l'état de connaissance des jeunes et moins jeunes généralistes?Où en est la coordination ville-Hôpital? Quelle est la place et le vécu des médecins généralistes?Etes vous satisfait de l'évolution après 3 ans de DPC?

Vos réponses aux questions vous orienteront vers d'autres questions (un maximum de 31 en 7 items en moins de 6 minutes).Un ensemble de graphiques vous permettra de connaître les réponses non nominatives déjà apportées par vos confrères, une correction des questions vous sera également adjointe à condition de fournir votre email.

Merci pour votre intérêt à participer à une étude portant sur le rôle des médecins généralistes dans la chirurgie ambulatoire.

Les résultats individuels sont compilés afin d'obtenir un point de vue général sur les domaines abordés par le questionnaire.

Vos réponses sont-elles aussi confidentielles;elles ne sauraient pas être utilisée dans un autre but que celui indiqué précédemment, ni transmises à une tierce partie sans votre autorisation. Vous pouvez interrompre à tout moment votre participation à l'étude en fermant la fenêtre du questionnaire.

*Obligatoire



1. email

si vous désirez recevoir la correction pour certaines question, indiquez moi votre mail.

.....

.....

.....

.....

.....

2. Avez-vous déjà participé à une DPC concernant la chirurgie ambulatoire? *

Une seule réponse possible.

☐

oui

Après avoir répondu à la dernière question de cette section, recommencez à remplir ce formulaire.

☐

non

☐

non prévenu

3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ☐ > 55 ans
☐ entre 45 et 55 ans
☐ entre 35 et 45 ans
☐ < 35 ans

4. Dans votre expérience personnelle quel est le taux (%) d'ambulatoire dans vos chirurgies programmées? *

Une seule réponse possible.

- ☐ entre 10 et 20%
☐ entre 20 et 40%
☐ entre 40 et 50%
☐ entre 50 et 70%
☐ entre 70 et 90%
☐ ne sait pas

5. Comment définiriez vous la chirurgie ambulatoire? *

Cocher la réponse exacte

Une seule réponse possible.

- ☐ un séjour de moins de 24h
☐ un séjour de moins de 12h
☐ éventuellement une nuit d'hospitalisation en moins de 24h
☐ un acte chirurgical associé au séjour
☐ un acte de consultation (ablation de tumeur cutanée, biopsie de prostate, cystoscopie...)
☐ l'association d'un acte chirurgical, d'un séjour de moins de 12h (entrée/sortie à la même date)

Sources d'informations à propos de la chirurgie ambulatoire:

6. Si oui, quelles sont vos sources d'information?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA)
☐ Agence régionale de la santé (ARS)
☐ sociétés savantes
☐ assurance maladie
☐ revues
☐ conseil de l'ordre des médecins
☐ formation initiale
☐ formation continue

**Temps avant la programmation de l'intervention:
Orientation en chirurgie ambulatoire:**

7. Vous sentez-vous intégrés dans le choix de prise en charge ambulatoire du patient? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ peu
☐ pas du tout

8. Connaissiez-vous les critères d'éligibilité d'âge vers une chirurgie ambulatoire? *

cocher la ou les bonnes réponses

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ age >3 mois
☐ age > 1 an
☐ moins de 90 ans
☐ moins de 85 ans
☐ ne sait pas

9. Connaissiez-vous les contre indications environnementales pour une chirurgie ambulatoire? *

cocher les bonnes réponses

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ personne seule à domicile la première nuit si anesthésie générale
☐ personne seule à domicile la première nuit sans anesthésie générale
☐ pas de téléphone
☐ incapacité de compréhension (du patient ou de l'entourage)
☐ troubles psychiatriques empêchant la collaboration soignants-famille
☐ accès rapide à un hôpital en cas de nécessité
☐ prise en charge en urgences
☐ ne sait pas

10. Quels critères sont contre indiqués lors d'une chirurgie ambulatoire? *

cocher les bonnes réponses

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ apnée du sommeil appareillée
☐ obésité avec IMC entre 35 et 40
☐ obésité avec IMC > 40
☐ démence
☐ grand âge
☐ ne sait pas
☐ Autre :

11. **Connaissez-vous la définition d'un liquide clair ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ thé ou café
- ☐ thé ou café sucrés
- ☐ jus de Pommes, sirops
- ☐ eau
- ☐ jus avec pulpe de fruits
- ☐ lait
- ☐ eau gazeuse
- ☐ ne sait pas

12. **Connaissez-vous les critères de jeûne des liquides en pré opératoire ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ absorption de liquide clair > 6h
- ☐ absorption de liquide clair > 2h
- ☐ ne sait pas

13. **Connaissez-vous les critères de jeûne pré opératoire avec le tabac ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ tabac > 2h
- ☐ tabac > 6h
- ☐ ne sait pas
- ☐ Autre :

14. **Connaissez-vous les critères de jeûne pré opératoire ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ absorption de solides > 6h
- ☐ absorption de solides > 2h
- ☐ chewing gum > 1h
- ☐ chewing gum > 2h
- ☐ ne sait pas
- ☐ Autre :

15. **Connaissez-vous les critères de jeûne pré opératoire chez l'enfant ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ absorption de liquide clair > 6h
- ☐ absorption de liquide clair > 2h
- ☐ absorption de solides > 6h
- ☐ absorption de solides > 2h
- ☐ ne sait pas
- ☐ Autre :

Temps après la programmation de l'intervention

16. Quelle organisation paramédicale mettez-vous en place? *

Lors de la connaissance de la date de chirurgie ambulatoire
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Coordonnées d'une IDE à disposition du patient
- ☐ Passage d'IDE planifié
- ☐ Passage des proches
- ☐ Passage d'aide à domicile
- ☐ Possibilité d'accès à une pharmacie le jour de la sortie
- ☐ Possibilité de délivrance spécifique des médicaments avant le jour de la sortie programmée
- ☐ Portage de repas ou courses
- ☐ je ne fais rien
- ☐ c'est l'équipe "ambulatoire" (chirurgien/anesthésiste/unité) qui s'en charge
- ☐ Autre :

17. Quelle organisation médicale mettez-vous en place? *

Lors de la connaissance de la date de chirurgie ambulatoire
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Arrêt programmé des AVK/ anti agrégants
- ☐ Reprise programmée des AVK/ anti agrégants
- ☐ je ne fais rien
- ☐ c'est l'équipe "ambulatoire" (chirurgien/anesthésiste/unité) qui s'en charge
- ☐ Autre :

18. En pré opératoire (avant programmation de l'acte) Renseignez-vous par courrier l'état de santé du patient à l'équipe chirurgicale? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 21.*

19. Si oui, quels aspects mentionnez vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ antécédents
- ☐ ordonnance récente
- ☐ état psychologique
- ☐ mode de vie
- ☐ attentes sur la chirurgie à venir
- ☐ conditions de sécurité à domicile
- ☐ capacité de l'entourage à aider le patient opéré
- ☐ demande d'information sur la chirurgie
- ☐ hygiène
- ☐ éventuelles addictions
- ☐ Autre :

20. Dans le temps entre la programmation et la date d'intervention, informez-vous l'équipe chirurgicale si: *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ nouveau traitement
- ☐ pathologie intercurrente
- ☐ craintes du patient
- ☐ je n'informe pas
- ☐ Autre :

Temps après l'intervention: sortie du patient de l'hôpital:

21. Etes vous informé de la sortie d'hospitalisation le jour de l'intervention? *

avant l'intervention

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non

22. Quel est en général le délai de réception du courrier de sortie en chirurgie ambulatoire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ 24h
- ☐ 48h
- ☐ 3 jours
- ☐ 1 semaine
- ☐ 2 semaines
- ☐ 1 mois
- ☐ > 1 mois
- ☐ pas de courrier

23. **Qu'attendez-vous comme informations sur l'acte de chirurgie ambulatoire? ***

informations reçues à l'issue de la programmation chirurgicale en ambulatoire avant l'intervention

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ geste précis
- ☐ voie d'abord
- ☐ conditions de jeûn
- ☐ éléments de surveillance (dans les 12h post op)
- ☐ soins (dans les 12h post op)
- ☐ modalités d'anesthésie
- ☐ aucune information
- ☐ Autre :

24. **Qu'attendez-vous comme informations sur le suivi de chirurgie ambulatoire? ***

informations reçues à l'issue de la programmation chirurgicale en ambulatoire avant l'intervention

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ effets secondaires
- ☐ médication post opératoire au delà des 12h
- ☐ continuité des soins
- ☐ éléments de surveillance au delà des 12h
- ☐ aucune information
- ☐ Autre :

25. **Dans quels cas demandez-vous au patient de prendre contact avec vous en post opératoire? ***

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ suivi post opératoire systématique
- ☐ reprise AVK
- ☐ comorbidités sévères
- ☐ complications post opératoires
- ☐ jamais
- ☐ ne sait pas

26. Comment organisez-vous le suivi immédiat du patient? *

cocher une ou plusieurs réponses

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ visite à domicile
- ☐ entretien téléphonique avec le patient
- ☐ entretien téléphonique avec l'entourage
- ☐ RDV au cabinet dans un délai inférieur à une semaine
- ☐ RDV au cabinet dans un délai inférieur à 15 jours
- ☐ RDV au cabinet inférieur à un mois.
- ☐ Autre : _____

27. si visite à domicile, dans quel délai?

Une seule réponse possible.

- ☐ 48H
- ☐ une semaine
- ☐ 15 jours
- ☐ 1 mois
- ☐ > 1 mois

Temps après l'intervention: gestion des effets secondaires

28. éprouvez vous des difficultés dans le suivi post opératoire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 31.*

29. Dans quels effets secondaires physiques éprouvez vous le plus de difficultés dans le suivi post opératoire?

classer les de façon décroissante (des plus durs à gérer aux moins gênants, le 1 étant le plus difficile) vous pouvez mettre le même numéro pour les consignes si elles sont égales pour vous

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
gestion de la douleur													
hémodynamique													
saignements													
hématurie													
soins de sondes à demeure													
soins de drains, JJ													
miction													
transit													
nausées / vomissements													
vertiges / troubles de l'équilibre													
locomotion													
Plaies													
fièvre													

30. Quelles sont les consignes au malade dans lesquelles vous éprouvez le plus de difficultés?

classer de façon décroissante (du plus dur à gérer au moins gênant, 1 étant le plus difficile), vous pouvez mettre le même numéro pour les consignes si elles sont égales pour vous

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5
consignes de repos au domicile					
consignes de la reprise du sport					
mise en décharge/appui progressif					
arrêt de travail.					
autre:					

Intérêt pour une formation?

31. Participeriez-vous à la prochaine DPC de chirurgie ambulatoire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui Après avoir répondu à la dernière question de cette section, cessez de remplir ce formulaire.
- ☐ non
- ☐ pas d'avis

32. **si non, pourquoi?**

une réponse à choisir, la principale raison pour vous
Une seule réponse possible.

- ☐ manque de temps
- ☐ manque d'intérêt à propos de ce sujet
- ☐ ne se sent pas concerné
- ☐ a déjà fait la première session
- ☐ dispose d'assez d'information/expérience
- ☐ Autre :

merci d'avoir répondu au questionnaire



Fourni par
 Google Forms

8 BIBLIOGRAPHIE :

1. Pr Amalberti R. Le lien hôpital/ville en question. Le quotidien du médecin. 10 déc 2012;3.
2. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.). Paris F, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis F. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances (French). ANAPHAS, Paris, Saint-Denis; 2012 janv.
3. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis F. Chirurgie ambulatoire - socle de connaissances (French). 2012 janv.
4. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (A.T.I.H.). Lyon F. Etat des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Analyse nationale et régionale : Données 2007-2009 (French). ATIH, Lyon; 2010 janv.
5. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.). Paris F, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis F. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances (French). ANAPHAS, Paris, Saint-Denis; 2012 janv.
6. Bontemps G [b1] (analytic). Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : Chirurgie ambulatoire (French). Organ Recomm Day Surg Ambul Surg Engl. cover date 2014;43(3):309- 18.
7. Wasowicz DK, Schmitz RF, Go PM. [Assessment of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patient's satisfaction]. Ned Tijdschr Geneesk. 30 sept 2000;144(40):1919- 23.
8. Madelon W. Kroneman, Gert P. Westert, Peter P. Groenewegen, Diana M.J. Delnoij. International variations in availability and diffusion of alternatives to in-patient care in Europe: the case of day surgery. 8 août 2001;
9. Legrand G (analytic), Le Guilchet T (analytic), Branchereau J (analytic), Larue S (analytic), Murez T (analytic), Desfemmes F-R (analytic), et al. Chirurgie ambulatoire en urologie: texte des recommandations AFU (French). Prog Urol Paris. cover date 2013;23(HS6):62- 6.
10. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (A.N.A.P.). Paris F, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis La Plaine F. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : Etat des lieux et perspectives (French). HAS, Saint-Denis La Plaine; 2013 janv.
11. Arrantxa mahieu, Raffy-pihan Nadine. La chirurgie ambulatoire en France: bilan et perspectives. IRDES; 1997 nov. Report No.: 466 (Biblio n°1203).
12. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: health system review. Health Syst Transit.

2010;12(1):v - xxvii, 1- 228.

13. Vons C. Chirurgie ambulatoire: la France met les bouchées doubles. juill 2012;9:14- 6.

14. Michelet E. Rapport de session DPC avril 2012. Vannes: Collège des hautes études médicales; 2012 avr.

15. Agence Régionale de Santé de Bretagne. (A.R.S.). Rennes F. Pacte territoire de santé en Bretagne : 12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux (French). Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, Rennes; 2013.

16. Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. Eur J Gen Pract. juin 2010;16(2):113- 9.

17. Le Breton-Lerouillois. La démographie médicale en région Bretagne. 2013.

18. Jouffroy L, Perucho P. Assurance qualité et Chirurgie ambulatoire. [Httpscdproxyuniv-Brestfr2215datarevues1279796000060003194](http://scdproxyuniv-Brestfr2215datarevues1279796000060003194) [Internet]. 6 mai 2008 [cité 26 mai 2015]; Disponible sur: <http://scdproxy.univ-brest.fr:2215/article/159848/resultatrecherche/4>

19. Jouffroy L. Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité. [Httpscdproxyuniv-Brestfr2215datarevues00033944v0126i0701005867](http://scdproxyuniv-Brestfr2215datarevues00033944v0126i0701005867) [Internet]. [cité 26 mai 2015]; Disponible sur: <http://scdproxy.univ-brest.fr:2215/article/5223/resultatrecherche/3>

20. Leculée R CP. Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans : recommandations. CNCE/ADARPEF. Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant; 2010 p. 17:844- 5.

21. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(7):359:114- 7.

22. Nathan N. Règles de jeûne préopératoire 2007. Congrès National D'anesthésie et de Réanimation; 2007 p. 013- 26.

23. Schreiner MS, Nicolson SC, Martin T, Whitney L. Should children drink before discharge from day surgery? Anesthesiology. avr 1992;76(4):528- 33.

24. Leroy S, Lagouche SBD. Tabagisme et anesthésie. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007.; 2007 p. 079- 89.

25. Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC. Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot survey of general practitioners' views. Anesth Analg. nov 2002;95(5):1258- 62, table of contents.

26. Wasowicz DK, Schmitz RF, Go PM. [Assessment of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patient's satisfaction]. Ned

Tijdschr Geneesk. 30 sept 2000;144(40):1919- 23.

27. Beaussier M. Fréquence, intensité, évolution et retentissements de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie. Ann Fr Anesth Réanimation. 1998;17(6):471- 93.

28. Babre F. Douleur postopératoire: modalités d'évaluation. service anesthésie réanimation 4, Hôpital des Enfants (Bordeaux); p. 1- 2 puis 7.

29. Pernod G, Godier A, Gozalo C, Blanchard P, Sié P. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier. J Mal Vasc. sept 2008;33:S70- 1.

30. Dr Roch PONS. Les médecins généralistes face à la chirurgie ambulatoire. Conférence chirurgie ambulatoire; 2012 sept.

31. Beaussier M, Vons C. [Post-hospital home care after ambulatory surgery]. Presse Médicale Paris Fr 1983. mars 2014;43(3):305- 8.

32. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. 2004;(51):886- 91.

33. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la Sfar. Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children A. 2008. p. 27:1035- 41.

34. Biedermann S, Wodey E, De La Brière F, Pouvreau A, Ecoffey C. [Paediatric discharge score in ambulatory surgery]. Ann Fr Anesthésie Réanimation. mai 2014;33(5):330- 4.

35. Abécédaire : chirurgie ambulatoire. CNAM; 2009 janv.

36. McHugh SM, Corrigan MA, Dimitrov BD, Cowman S, Tierney S, Hill ADK, et al. Preventing infection in general surgery: improvements through education of surgeons by surgeons. J Hosp Inf 2011. 2011;78:312- 6.

37. Jourdain Jérémie. A propos de la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'hôpital Enquête concernant le CHU de Poitiers [Thèse]. [CHU Poitiers]: Poitiers; 2009.

38. Ambrosino F. Quel rôle pour l'infirmière à domicile dans la prise en charge du patient suite à une chirurgie ambulatoire? Marseille: Réseau de santé polyvalent ILHUP GIC REPASI, Réseau de la pratique avancée en soins infirmiers; 2014 oct.

39. Cuvelier G., Bazin G. Modules de la chirurgie ambulatoire. faculté de médecine de Rennes; 2011.

40. MG France. Les Majorations de suites d'hospitalisation. Nomenclature. 2014.

Médecine générale:Quelle est la place du médecin généraliste en chirurgie ambulatoire?

But: Deux ans après le premier DPC organisé par le CHEM (Collège des hautes études médicales) autour de la "chirurgie ambulatoire", la prise en charge en chirurgie ambulatoire a-t-elle évoluée au niveau de la médecine de ville? Où en est l'état de connaissance des jeunes et moins jeunes généralistes?Où en est la coordination ville-Hôpital? Quelle est la place et le vécu des médecins généralistes?Êtes vous satisfait de l'évolution après 3 ans de DPC?

Vos réponses aux questions vous orienteront vers d'autres questions (un maximum de 31 en 7 items en moins de 6 minutes).Un ensemble de graphiques vous permettra de connaître les réponses non nominatives déjà apportées par vos confrères, une correction des questions vous sera également adjointe à condition de fournir votre email.

Merci pour votre intérêt à participer à une étude portant sur le rôle des médecins généralistes dans la chirurgie ambulatoire.

Les résultats individuels sont compilés afin d'obtenir un point de vue général sur les domaines abordés par le questionnaire.

Vos réponses sont-elles aussi confidentielles;elles ne sauraient pas être utilisée dans un autre but que celui indiqué précédemment, ni transmises à une tierce partie sans votre autorisation. Vous pouvez interrompre à tout moment votre participation à l'étude en fermant la fenêtre du questionnaire.

***Obligatoire**



1. email

si vous désirez recevoir la correction pour certaines question, indiquez moi votre mail.

.....

.....

.....

.....

.....

2. Avez-vous déjà participé à une DPC concernant la chirurgie ambulatoire? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, recommencez à remplir ce formulaire.*
- ☐ non
- ☐ non prévenu

Le Moan (Alexis) - Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire.

Thèse de médecine générale, université de Bretagne Occidentale 2015

Résumé :

Le médecin généraliste occupe un rôle en amont et en aval dans le circuit de soins du patient lors d'une chirurgie ambulatoire.

Entre octobre et décembre 2014, nous avons mené une étude semi encadrée descriptive et transversale sur le rôle du généraliste au sein de la chirurgie ambulatoire dans la région Bretagne. Un questionnaire semi encadré de 31 questions par formulaire envoyé par mail, les réponses étaient centralisées par une feuille de calcul Excel.

L'échantillon regroupe 10,6% de la population cible soit 211 généralistes. On découvrait une différence significative entre ceux qui ne se sentent pas intégrés à la décision et les autres RRR (IC 95% [23,3% ; 40,2%]). Malgré une définition de la chirurgie ambulatoire acquise pour 68% d'entre eux, les critères de jeûne, d'éligibilité et contre-indications ne sont pas connus. Le suivi postopératoire est difficile pour la majorité (54%) dont la différence est peu significative RRR IC 95% (-1,4%; 18%).

Une étude multicentrique par les instances de santé augmenterait la participation des généralistes à ce type d'étude. Ses critères qualitatifs ont ciblé des connaissances péri opératoires à approfondir, des liens coopératifs et une demande d'informations sur la continuité des soins. L'enseignement de cours spécifiques au programme de la formation initiale médicale intégrerait définitivement les futurs généralistes à la boucle de l'ambulatoire.

Mots clés :

Chirurgie ambulatoire.

Lien ville-hôpital.

Rôle des Généralistes en Bretagne.

Suivi postopératoire.

Formation continue des généralistes.

Jury :

Président du Jury : Professeur Fournier Georges,

Directeurs de Thèse :

Docteur Cuvelier Gilles,

Professeur Dubrana Frédéric,

Membres du Jury :

Professeur Couturaud Francis,

Docteur Michelet Estelle.

Date de soutenance : mercredi 6 mai 2015

Adresse de l'auteur : 37 rue Lamartine 29900 Concarneau