



HAL
open science

Étude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017

Lauren Nielsen

► **To cite this version:**

Lauren Nielsen. Étude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01969215

HAL Id: dumas-01969215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01969215v1>

Submitted on 3 Jan 2019

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.

Étude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017

Lauren Nielsen

► **To cite this version:**

Lauren Nielsen. Étude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01969215

HAL Id: dumas-01969215

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01969215>

Submitted on 3 Jan 2019

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°170

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 7 Novembre 2018
Par Lauren NIELSEN
Née le 18 aout 1989 à Brou Sur Chantereine (77)

**Etude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes
dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la
polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017**

Sous la direction du Docteur ACHARIAN Victor,

Membres du jury :

Monsieur le Professeur SZTARK François,	Président de jury.
Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves,	Rapporteur.
Monsieur le Docteur PETREGNE François,	Juge.
Monsieur le Docteur CHAUDOT Jean pierre,	Juge.
Monsieur le Docteur ACHARIAN Victor,	Directeur de thèse.

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun :

L'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	10
II. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ET SES ENJEUX	12
A. Rappels historiques et définitions.....	12
B. Taux de chirurgie ambulatoire en France et comparaisons internationales	13
C. Mesures incitatives pour le développement de la chirurgie ambulatoire en France	15
D. Les actes.....	16
E. Critères d'éligibilité.....	16
F. L'unité de chirurgie ambulatoire, modèles organisationnels.....	17
G. Le cas de la Polyclinique de Navarre de Pau.....	17
H. Le parcours patient : modèle général et pour la polyclinique de Navarre	18
I. Les enjeux.....	23
J. Le contexte de notre étude.....	30
III. MATERIELS ET METHODES	32
A. Effectif de l'échantillon de patients	32
B. Méthodologie.....	32
C. Le questionnaire adressé aux médecins traitants.....	33
IV. RESULTATS	34
V. DISCUSSION.....	44
A. Discussion des résultats	44
B. Forces et faiblesses de l'étude	49
VI. CONCLUSIONS.....	54
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	55
VIII. ANNEXES	61

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Taux de chirurgie ambulatoire et taux souhaité en France.....	14
Figure 2 : Taux de chirurgie ambulatoire à la polyclinique Navarre comparé au taux souhaité au niveau national depuis 2014.....	18
Figure 3 : Schématisation du parcours patient	19
Figure 4 : Taux d'infection du site opératoire selon les études	25
Figure 5 : Fréquence du symptôme "douleur" pendant les premières 24h post opératoires..	27
Figure 6: Fréquence du symptôme "nausées/vomissements" pendant les premières 24h post opératoires	28
Figure 7 : Incidence of postoperative severe pain by type of surgery.....	28
Figure 8: Incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV) by type of surgery.....	29
Figure 9 : Postoperative symptoms 24 hr after ambulatory surgery by telephone interview..	29
Figure 10 : Taux de médecin ayant reçu une formation sur la chirurgie ambulatoire	35
Figure 11 : Milieu d'exercice des médecins.....	36
Figure 12 :Taux de médecins qui s'estiment suffisamment informés selon le milieu d'exercice.....	36
Figure 13 : Taux de consultation post opératoire	37
Figure 14 : Motifs de consultation	37
Figure 15 : Gestion de la douleur.....	38
Figure 16 : Gestion de l'infection	38
Figure 17 : La remise d'un document complémentaire par l'UCA aurait-elle pu vous guider dans la prise en charge ?	39
Figure 18 : Utilité d'un document complémentaire pour la prise en charge des patients ayant consultés pour une complication.....	40
Figure 19 : Documents choisis par les médecins qui auraient pu les guider dans la prise en charge de leur patient opéré en ambulatoire.....	40
Figure 20 : Document souhaité en plus des consignes post opératoires et de surveillance..	41
Figure 21 : Document souhaité autre que les consignes post opératoires et de surveillance	41
Figure 22 : Le patient respectait-t-il les critères d'éligibilité de la SFAR ?	42
Figure 23 : Supports pour un outil d'aide choisis par les médecins.....	43

Diagramme des flux

Diagramme des flux 1 : Population de patients et de médecins de notre étude :	34
---	----

Tableau

Tableau 1 : Le risque de décès ou de complications graves selon les études.....	24
---	----

LISTE DES ABREVIATIONS

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

IAAS : Société internationale de chirurgie ambulatoire

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

GHM : Groupe homogène de malades

CMD : Catégories majeures de diagnostic

PIE : Prestations Inter Etablissements

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ANAP : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

HAS: Haute Autorité de santé

MSAP : Mise sous accord préalable

CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CSP : Code de Santé Publique

ARS : Agence régionale de santé

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle

PADSS: Post Anesthetic Discharge Scoring System

PAR: Post Anaesthesia Recovery

AS: Aide soignante

CME: Commission médicale d'établissement

CRH : Compte rendu d'hospitalisation

RRAC: Récupération Rapide Après Chirurgie

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

BPCO : Broncho pneumopathie obstructive

IDM : Infarctus du myocarde

AIT : Accident Ischémique cérébral

HTA : Hypertension artérielle

GHS : Groupement homogène de séjour

VSL : Véhicule sanitaire léger

NVPO : Nausée Vomissement post opératoire

HAD: Hospitalisation a domicile

ASA: American Society of Anesthesiologists

I. INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire a fait une entrée timide dans le monde chirurgical français dans les années 1970 et sans réel cadre juridique, mais elle constitue une réalité médicale incontournable de nos jours.

En effet le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les pouvoirs publics lui ont donné une impulsion forte.

Lors de la création de la société internationale de chirurgie ambulatoire (IAAS) en mars 1995, Simone Veil, Ministre de la santé française, écrivait au premier Président de l'IAAS (1) :

"Il n'est plus permis aujourd'hui de douter du développement de la chirurgie ambulatoire en France et en Europe ; la vraie question est de savoir dans quelles conditions l'essor que nous appelons de nos vœux interviendra dans les toutes prochaines années.

Ma conviction est que lorsque l'indication le justifie, la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de traiter le patient mais la meilleure façon de le traiter."

Le « virage ambulatoire » est en place et c'est tout le visage des séjours en établissement de santé pour la réalisation d'actes chirurgicaux qui en est modifié.

L'organisation a dû être repensée : les centres hospitaliers et les cliniques ne sont plus chargés de la préparation en amont du patient, ni de sa surveillance post interventionnelle. C'est une mutation qui implique les praticiens hospitaliers qui ont dû s'adapter, mais pas seulement.

La réussite d'un tel projet ne peut être effective que par la collaboration des équipes de chirurgie ambulatoire avec la médecine de ville : un « parcours de soin du patient » personnalisé, de qualité et sécurisé est envisagé et requiert le partenariat de tous.

Si les textes réglementaires élaborés au cours des années par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) avec la Haute Autorité de santé (HAS) (2) et la SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) (3) détaillent précisément les rôles de chacun dans le monde hospitalier, il est évident que cette restructuration concerne également les praticiens de ville qui ne se sentent pourtant pas impliqués.

Malgré ces changements majeurs dans le monde hospitalier, le médecin généraliste conserve ce rôle d'interlocuteur privilégié pour le patient, il lui confie ses peurs, ses attentes, son mode de vie et son environnement social et familial.

Une thèse concernant la chirurgie ambulatoire par un médecin généraliste prend tout son sens lorsqu'on comprend le rôle qu'il peut jouer dans le parcours de soin de son patient. En amont il peut conseiller le mode de prise en charge ambulatoire à son patient et l'aider à se préparer dans les jours précédant l'intervention. Dans les suites opératoires, il peut le rassurer et surveiller d'éventuelles complications.

Selon l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales « Le développement en chirurgie ambulatoire de gestes progressivement plus lourds ou concernant des patients porteurs de comorbidités va renforcer le besoin d'une coopération de l'hôpital avec les soins de ville » (4).

L'information et l'implication du médecin généraliste en amont et en aval de la chirurgie en ambulatoire de son patient semble indispensable au bon déroulement du parcours de soin du patient.

La polyclinique de Navarre a débuté son activité de chirurgie ambulatoire en 2003, et ne cesse de se développer depuis pour se rapprocher du taux fixé au niveau national.

Le souhait des acteurs de santé de la polyclinique de Navarre impliqués dans la chirurgie ambulatoire est de renforcer la continuité des soins au décours de l'intervention : les médecins généralistes consultés dans les suites opératoires sont encore trop souvent démunis car non informés de l'intervention de leurs patients, et non formés aux suites attendues pour le mode de prise en charge ambulatoire.

Nous avons donc réalisé cette étude dans le but d'identifier la fréquence et la nature des problèmes rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge des patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017.

II. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ET SES ENJEUX

A. Rappels historiques et définitions

Selon la définition du Code de Santé Publique, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires mettent en œuvre des actes médicaux ou chirurgicaux « nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire (...) dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même » (5).

L'hospitalisation ambulatoire est centrée sur le patient et cherche à optimiser l'organisation des équipes et la gestion des flux hospitaliers afin de limiter le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire.

Elle repose sur un concept organisationnel ancien décrit par le chirurgien écossais Nicoll en 1909 « organisation patient-centrée » et repris dans la théorie organisationnelle du Lean management décrite en 1970 dans l'industrie automobile Toyota par Taichi Ohno « Nous faisons une seule chose : nous examinons une chronologie depuis le moment où le client passe une commande jusqu'au moment où nous recevons le paiement. Et nous réduisons ce délai en supprimant le gaspillage qui n'ajoute pas de valeur » (6).

Si dans la littérature médicale, la notion de chirurgie ambulatoire apparaît dès le début du XX^{ème} siècle, ce n'est véritablement que dans les années 1970 qu'elle a commencé à se développer. Trois pays encouragent cette pratique (USA, Canada, Grande-Bretagne) où elle est rapidement considérée comme un élément de contribution à la diminution des dépenses hospitalières. Elle connaît une croissance rapide dans les années 1980, en particulier aux États-Unis.

En France, c'est la loi du 31 juillet 1991(7) portant la réforme hospitalière qui a défini la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

La chirurgie ambulatoire a longtemps été définie en France comme étant « substitutive » et « qualifiée », car les prestations délivrées doivent être « équivalentes par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation complète » (8).

L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) est la société savante représentant la chirurgie ambulatoire en France (9). Elle est membre de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), l'organisme international officiel représentant la chirurgie ambulatoire(10).

L'IAAS a été formée en 1995 et compte 19 pays. Les membres fondateurs insistent : « La chirurgie ambulatoire moderne n'est pas réductible à un séjour hospitalier raccourci ou à un modèle architectural. Bien plus, elle est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives » (11).

La conférence de consensus de mars 1993 (12) propose une définition : « La chirurgie ambulatoire concerne des actes chirurgicaux [...] réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire [...] permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même ».

Le 5 décembre 1994 est publié le décret relatif aux conditions de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie en ambulatoire (13).

Concernant les actes réalisés, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) publiera la même année qu'il s'agit d'une façon générale d'interventions programmées, de courte durée (jusqu'à environ 1h - 1h30), à risque faible (notamment hémorragique et respiratoire) et aux suites simples (14).

Ces critères ont depuis été élargis : depuis les premières recommandations les progrès pharmacologiques ont permis d'allonger la durée des interventions prévues en ambulatoire et le champ des indications opératoires a été étendu y compris aux âges extrêmes de la vie (15).

En 2009 ont été éditées les premières « recommandations formalisées d'experts » (3) par la SFAR concernant la pratique de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoire : il s'agissait du premier document de ce type en français, alliant des recommandations organisationnelles et médicales.

Aucune stratégie de prise en charge anesthésique n'y est détaillée : « le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place ».

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel : la programmation des patients est une clé essentielle de réussite car elle permet de faire arriver les patients de façon échelonnée, de désengorger les flux et de minimiser les temps d'attente. Si les interventions sont donc toujours très majoritairement programmées, la chirurgie de certaines urgences simples peut être réalisée dans les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA) à condition qu'elle respecte la qualité et la sécurité des soins sans altérer l'organisation du programme chirurgical prédéfini des UCA (3).

B. Taux de chirurgie ambulatoire en France et comparaisons internationales

Les données en France sont issues du PMSI utilisé dans le cadre de la T2A.

Le taux de chirurgie ambulatoire peut être calculé de multiples façons (16) :

- En prenant en compte toutes les chirurgies ou bien seulement les gestes « traceurs » utilisés pour les comparaisons internationales.
- En se basant sur le taux de consommation des séjours de chirurgie ambulatoire par la population de chaque région ou bien en se basant sur le taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire par les établissements de chaque région : taux de consommation et taux de production des séjours de chirurgie ambulatoire peuvent différer au niveau régional.

En général, le taux de chirurgie ambulatoire est le nombre d'actes pratiqués en ambulatoire rapporté au nombre d'actes de chirurgie. Il est calculé sur le périmètre des GHM (groupe homogène de malades) en «C» (donc chirurgicaux).

Dès 2015, le périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire a évolué pour refléter davantage l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales. Il a donc été ajouté sept racines de GHM (17).

En 2015 le ministère des affaires sociales et de la santé a défini les orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour les années 2015- 2020 : l'objectif est « *d'atteindre un taux global de chirurgie ambulatoire de 66,2% à horizon 2020* » (17).

En figure 1 : Progression du taux de chirurgie ambulatoire en France selon les données du nouveau périmètre, en comparaison au taux souhaité au niveau national jusqu'en 2020 (18,19).

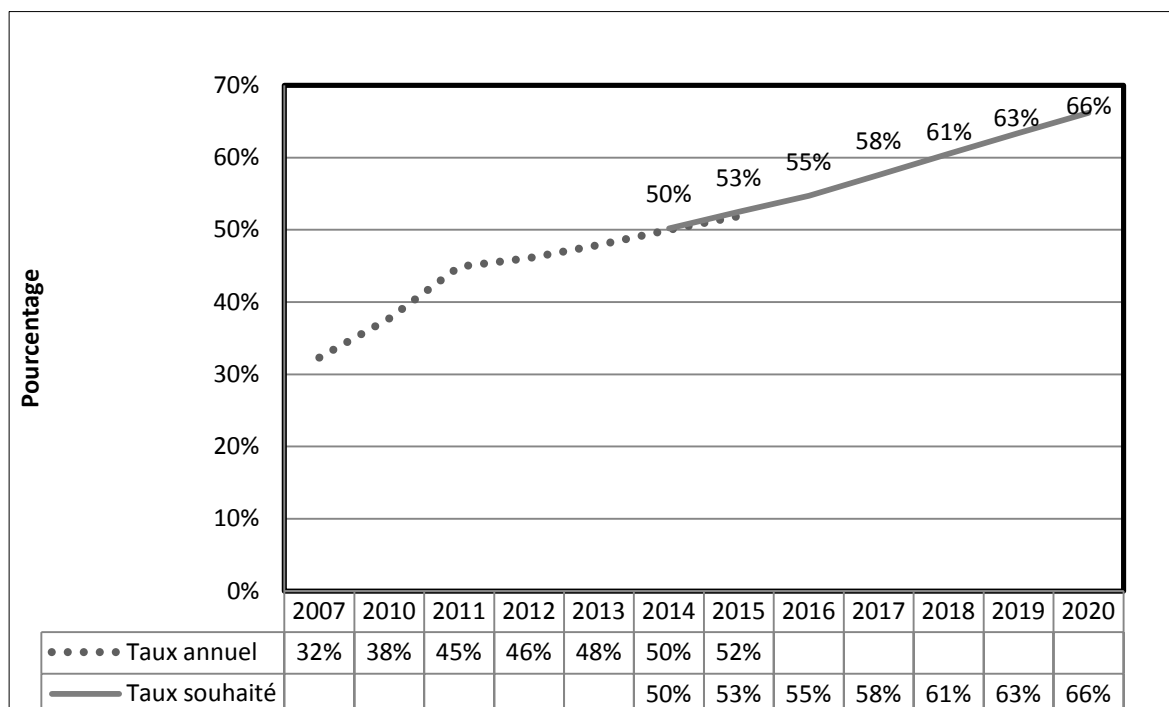


Figure 1 : Taux de chirurgie ambulatoire et taux souhaité en France.

L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité et pour certaines racines de GHM (ANNEXE 1) souligne une forte variabilité entre les spécialités et selon les racines de GHM.

L'actuelle ministre de la santé Agnès Buzyn a relevé ce taux souhaité à 70% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire pour 2022.

Cet objectif va nécessiter une dynamique très forte de tous les établissements et un transfert vers une prise en charge ambulatoire d'actes chirurgicaux lourds et innovants (20).

L' IAAS a défini une liste de 18 puis 37 interventions représentatives de la pratique ambulatoire (21) qui permet de comparer les pratiques entre les pays. Ce sont les gestes traceurs.

En France, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à celui de nombreux pays européens, bien que les comparaisons internationales soient à interpréter avec prudence du fait des divergences dans les définitions.

Afin de permettre la comparaison des taux de chirurgie ambulatoire au niveau international, l'IAAS a mené quatre enquêtes successives et utilisé la même définition pour tous les pays. La terminologie internationale « day surgery » est retenue et retrouve la notion de chirurgie d'un jour.

La dernière enquête internationale en 2009 (21,22) montre que sur 37 gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord et de 83,5 % en 2004 aux États-Unis. Les États Unis ont en effet réalisé une véritable restructuration de l'activité chirurgicale dès 1970 en créant des « centres de chirurgie ambulatoire indépendants ».

Pour l'ensemble de la chirurgie, le taux de chirurgie ambulatoire était de seulement 36 % en France alors qu'il dépassait les 50 % au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède (21,22).

Cette activité connaît donc des disparités territoriales. Mais il existe également des disparités intersectorielles puisqu'en 2010 le taux de chirurgie ambulatoire représentait 46% de la chirurgie dans le secteur privé et 26,3% dans le secteur public (23,24).

Même si la chirurgie ambulatoire progresse plus vite dans le secteur public depuis quelques années, elle est encore pratiquée majoritairement par des établissements de santé privés, principalement à but lucratif.

Le retard français du développement de la chirurgie ambulatoire par rapport aux autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) a amené les pouvoirs publics à impulser une nouvelle dynamique à partir de 2010. Pour répondre au besoin de disposer d'éléments de référence sur le sujet, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont conclu un partenariat pour élaborer un document « socle des connaissances sur la chirurgie ambulatoire » en 2012 (22) puis des recommandations organisationnelles publiées en mai 2013 (25) à destination des professionnels de santé, des gestionnaires d'établissements et des Agences Régionales de Santé.

C. Mesures incitatives pour le développement de la chirurgie ambulatoire en France

1. La mise sous accord préalable (MSAP)

La caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) a développé la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en 2008 (24).

La MSAP consiste à postuler que la prise en charge d'un acte chirurgical se fait à priori en ambulatoire sauf conditions dûment argumentées, pour donner lieu à un remboursement par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

La procédure de mise sous accord préalable concernait initialement 5 gestes mais son périmètre s'est considérablement étendu dans le temps : le nombre de gestes est passé à 17 dès 2009 puis 37 en 2012, 43 en 2013 et enfin 55 en 2015.

En pratique, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'Assurance Maladie pour tout acte chirurgical visé par la mise sous accord préalable impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins une nuit (26). La réponse est donnée dans un délai de 24h.

Prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, ce dispositif entend impulser le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements hospitaliers dans lesquels elle est peu pratiquée.

2. Incitation financière

Le ministère chargé de la santé cherche également à favoriser la prise en charge en chirurgie ambulatoire et mène une politique d'incitation tarifaire (23,24).

Dès 2007 le financement à l'activité (T2A mis place en 2004 et 2005) a été renforcé par des mesures visant spécifiquement la chirurgie ambulatoire (22).

L'incitation financière a consisté en une valorisation, pour les mêmes gestes, de la prise en charge en ambulatoire et à une diminution des tarifs correspondant aux prises en charge en hospitalisation complète.

Sur les gestes ciblés qui ont fait l'objet de cette incitation tarifaire et qui représentent 40% de l'activité globale de chirurgie, on peut aujourd'hui observer une nette progression du taux de chirurgie ambulatoire(23).

D. Les actes

Il n'existe aucune recommandation de caractère réglementaire concernant l'anesthésie et les actes pouvant être réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, mais seulement des recommandations établies par les sociétés savantes et l'AFCA (27). Les acteurs d'une même structure définissent la liste des actes ambulatoires qu'ils jugent adaptés à leur expertise.

Mais depuis la rédaction de ces recommandations, la liste des 55 actes dits « marqueurs » a été établie, ils sont donc définis par les collèges de chirurgie comme pouvant être réalisés en ambulatoire (20). C'est cette liste, amenée à s'élargir, qui sert de base aux procédures de Mises sous accord préalable (MSAP).

E. Critères d'éligibilité

La SFAR a défini en 2009 les critères d'éligibilité d'un patient à l'hospitalisation en ambulatoire (3) qui s'appuie sur des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux.

L'analyse bénéfice-risque pour le patient repose sur le triptyque « acte-patient-structure ».

Concernant l'acte :

- Les risques, la durée et les suites des actes ambulatoires sont maîtrisés.
- Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.
- Les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire.

Concernant le patient :

- Les modalités de prise en charge doivent être comprises et acceptées par le patient.
- Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal.
- L'âge minimum est de 3 mois pour la SFAR.
- Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations.
- Le lieu de résidence post opératoire doit être compatible avec la prise en charge ambulatoire.

Concernant la structure :

Une convention entre établissements doit être formalisée afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire si la structure n'est pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, selon l'article D6124-304 du Code de Santé Publique (CSP) (28).

Le décret 2012-969 du 20 août 2012 (29) a précisé certains aspects réglementaires :

- Il est nécessaire d'identifier les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) avec une charte de fonctionnement propre, la prise en charge est limitée à 12h.
- « les structures (...) font l'objet d'une organisation spécifique (...) et disposent de « locaux dédiés » à la chirurgie ambulatoire ».
- Il est maintenu l'obligation d'une équipe médicale et paramédicale dédiée.
- La distinction spatiale et organisationnelle entre hôpitaux de jour et unités de chirurgie ambulatoire a été clairement précisée.

F. L'unité de chirurgie ambulatoire, modèles organisationnels

En mars 2013 la HAS et l'ANAP ont proposé des processus organisationnels permettant aux acteurs de terrain de développer la chirurgie ambulatoire(25). En France, la chirurgie ambulatoire est une activité soumise à l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) mais la réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier pour l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Elle peut être intégrée à l'unité d'hospitalisation classique avec partage d'un bloc opératoire commun mais avec un accueil et un séjour ambulatoire dédiés.

Elle peut être autonome et disposer de locaux d'accueil, de séjour et d'un bloc opératoire dédiés à l'ambulatoire.

Elle peut être « satellite » et que l'ensemble des moyens matériels et humains de l'ambulatoire soient réunis au sein d'une structure dédiée au sein de l'établissement.

Enfin elle peut être indépendante si l'ensemble de ces moyens sont réunis au sein d'une structure entièrement dédiée à cette activité.

Il est obligatoire d'avoir une équipe médicale et paramédicale dédiée pour la chirurgie ambulatoire, la seule mutualisation possible avec l'hospitalisation complète concerne les personnels de bloc opératoire (29).

G. Le cas de la Polyclinique de Navarre de Pau

L'activité de chirurgie ambulatoire à Navarre est autorisée depuis 2003. Une charte de fonctionnement (30) a été élaborée par la directrice de l'établissement, la responsable de la qualité, la gestionnaire des risques et la cadre de santé de la structure ambulatoire en concertation avec les médecins coordonnateurs du service et les membres de la CME (commission médicale d'établissement). La dernière version de ce document régulièrement actualisé date de 01/2018.

Elle précise les horaires d'ouverture du secteur ambulatoire (8h-18h) respectant les dispositions définies dans le Code de Santé publique.

Des moyens et des locaux sont dédiés à l'activité ambulatoire qui comporte une capacité de 40 places disponibles. Ces locaux sont au premier étage de la clinique à côté du bloc opératoire (non dédié) avec un secrétariat d'accueil ambulatoire propre.

La structure compte 9,6 infirmières, 1,3 secrétaire, 1 cadre et 1,61 aide-soignante en équivalent temps plein dédiées au service. Le nombre des personnels médicaux et d'auxiliaires médicaux est adapté selon le volume d'activité et les soins dispensés.

L'effectif médical se compose de deux médecins coordonnateurs référents (un chirurgien et un anesthésiste), chacun possède un suppléant, mais chaque spécialité a nommé un référent ambulatoire afin de faciliter le travail de la CME.

Des interventions sont réalisées en ambulatoire à la polyclinique de Navarre dans les spécialités suivantes : gynécologie, urologie, chirurgie digestive et gastro-entérologie, orthopédique, ORL, stomatologie, esthétique, ophtalmologique, neurochirurgie et vasculaire (détail en ANNEXE 2).

En 2017, le taux de chirurgie ambulatoire pour la structure était de 54,5%, soit proche du taux souhaité au niveau national de 58% (cf. figure 2).

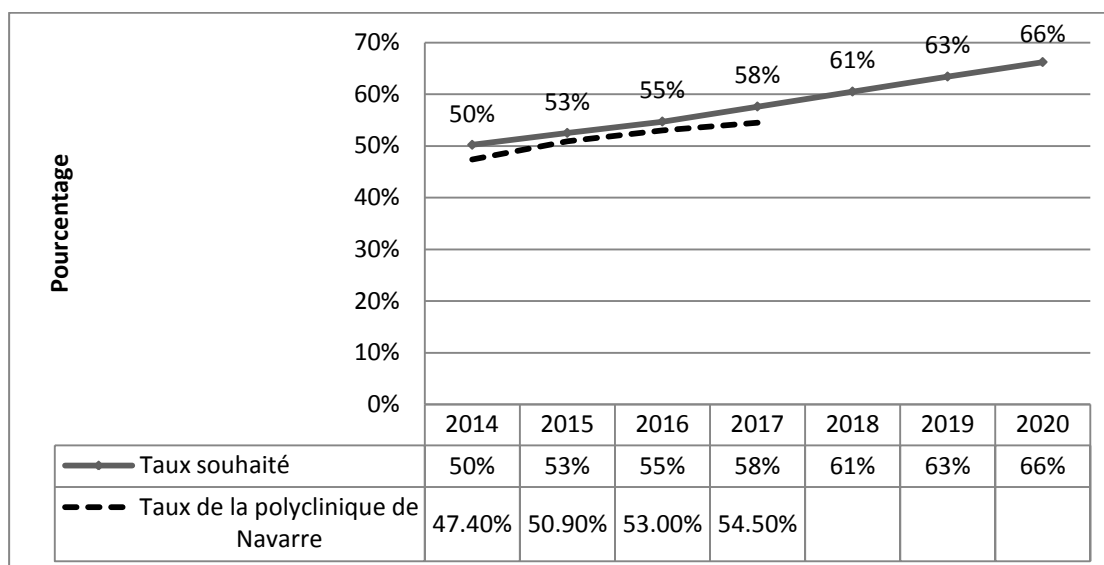


Figure 2 : Taux de chirurgie ambulatoire à la polyclinique Navarre comparé au taux souhaité au niveau national depuis 2014.

H. Le parcours patient : modèle général et pour la polyclinique de Navarre

Les acteurs défendent la vision d'une chirurgie ambulatoire « qualifiée » et « substitutive » (22,23,31). Elle n'est pas synonyme de « petite » chirurgie, et peut aussi recouvrir des actes de haute technicité : l'acte chirurgical et l'anesthésie pratiqués sont les mêmes que ceux réalisés lors d'une hospitalisation à temps complet.

Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. Dès lors, la prise en charge repose sur une organisation structurée de l'UCA permettant la sortie du patient le jour même : le parcours patient est au centre de cette organisation.

Le temps de prise en charge d'un maximum de 12 heures oblige l'optimisation des flux à chaque étape, en réduisant les temps sans « valeur ajoutée ».

La HAS et l'ANAP ont explicité les principes fondamentaux pour développer la chirurgie ambulatoire : il s'agit entre autres d'identifier les étapes clés (32).

Six grands segments ont alors été identifiés :

- Segment 1 : éligibilité du patient
- Segment 2 : organisation de la prise en charge du patient éligible
- Segment 3 : actions à mener la veille ou l'avant-veille de l'intervention prévue
- Segment 4 : prise en charge du patient le jour de l'intervention (J0)
- Segment 5 : suivi immédiat après la sortie (J+1)
- Segment 6 : à distance de la sortie

S'appuyant sur ces grandes lignes, l'organisation du chemin clinique du patient est propre à chaque structure qui est libre de l'ajuster. Le parcours patient présenté ci-dessous détaille le modèle général et les particularités de la Polyclinique de Navarre.

1. Les acteurs de la décision

Un médecin (généralement le médecin traitant, ou un autre spécialiste) va demander un avis chirurgical pour l'un de ses patients. Il peut inciter au mode ambulatoire s'il adresse le patient vers un chirurgien dont il connaît l'habitude d'opérer en ambulatoire, ce qui peut être justifié pour les personnes âgées que l'éloignement du cadre de vie habituel perturbe. Si le patient remplit les critères d'éligibilité, le chirurgien propose la prise en charge ambulatoire et recherche l'accord de l'anesthésiste. Le consentement du patient est recherché, puisque selon l'article L 1111-4 du CSP (1): « aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

2. Le parcours patient

Le modèle général est schématisé en figure 3.

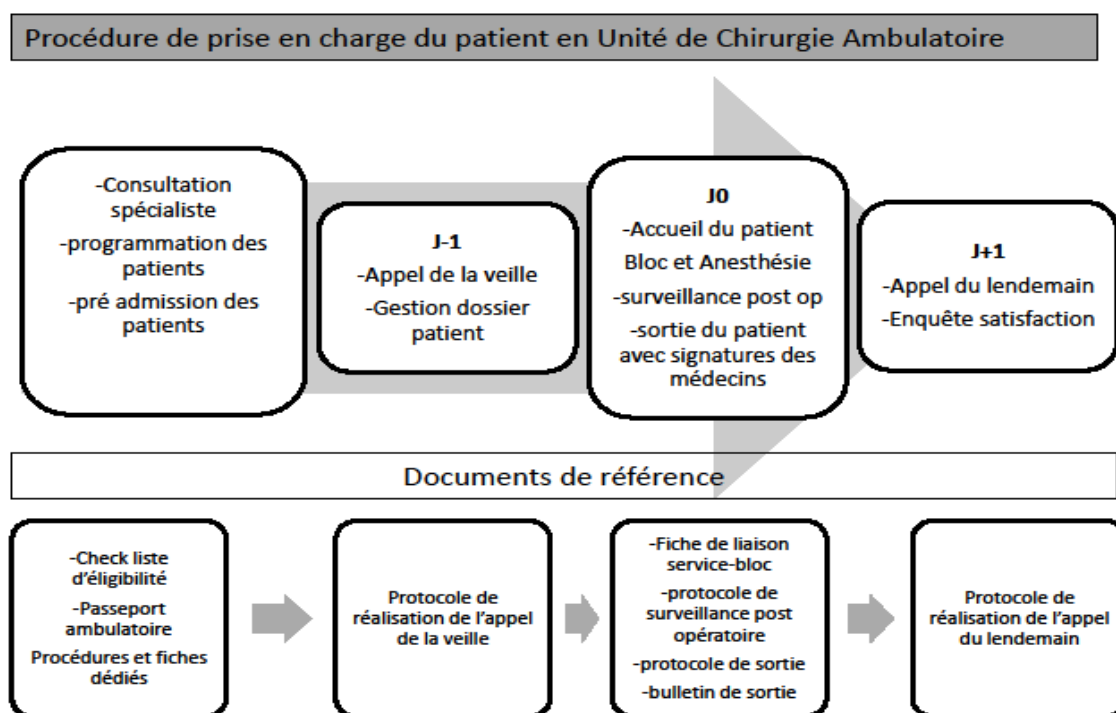


Figure 3 : Schématisation du parcours patient (35) : Document inspiré de la présentation « DE L'UCA à l'UMA Modélisation » par le CHRU de Nancy, lors de la Journée régionale Chirurgie ambulatoire ARS Grand-Est le 5 décembre 2017.

a) Programmation de l'intervention

Le patient bénéficie d'une consultation chirurgicale : les informations médicales issues de cette consultation (diagnostic, rapport bénéfice/risque de l'intervention pour le patient, choix de l'acte et de la technique chirurgicale) doivent figurer dans le dossier du patient, tout comme la copie du courrier adressé par le chirurgien au médecin traitant précisant le projet de prise en charge en ambulatoire (33).

A la polyclinique de Navarre, le chirurgien peut remettre au patient ses ordonnances d'IDE ou kinésithérapie post interventionnelles dès cette étape si besoin.

Le patient doit être reçu en consultation pré-anesthésique pour confirmer cette prise en charge. Elle peut être réalisée 3 mois à 48h avant la date de la chirurgie programmée (sauf urgence), par un anesthésiste qui peut être différent de celui présent lors de l'acte chirurgical.

Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque, d'anticiper les effets secondaires prévisibles dont la douleur pour laquelle des ordonnances d'antalgiques (dont ceux de palier 3) vont être délivrées de manière anticipée. De manière générale l'analgésie en ambulatoire fait appel à des antalgiques tels que le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) associés éventuellement en seconde intention aux opiacés par voie orale (15).

Il n'existe pas de spécificité pour les règles de jeûne en chirurgie ambulatoire (20).

L'anesthésiste et une infirmière coordinatrice de l'UCA informent le patient sur la gestion des traitements, les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie, les conditions de sortie au décours de l'intervention et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence.

L'infirmière coordinatrice a donc un rôle très important à jouer car elle influe ainsi sur la cohérence du parcours de soins.

A la polyclinique de Navarre, le patient réalise sa pré-admission juste après cette consultation et reçoit un « passeport ambulatoire » : il s'agit d'un livret remis au patient pour lui détailler le « parcours patient ». Il contient les données de sécurité issues à la fois du patient et des professionnels de santé et servira de support partagé autour duquel s'organisera la prise en charge du patient.

b) La veille de l'intervention

Il est recommandé que la structure (l'UCA) prenne contact avec le patient dans les jours précédant la chirurgie ambulatoire afin de lui rappeler les consignes de jeûne, de toilette, d'amener les documents médicaux et préciser l'heure d'admission.

Ce contact permet d'anticiper les annulations de dernières minutes : c'est une recommandation formelle d'organisation (33).

A la polyclinique de Navarre, le programme opératoire du lendemain est déterminé avant 15h. L'IDE de l'ambulatoire appelle alors les patients programmés : cette démarche est guidée et tracée par une « trame d'appel de la veille » (ANNEXE 3), issue d'un « protocole d'appel de la veille » validé par la cadre de l'ambulatoire, les anesthésistes et chirurgiens de la structure.

Un patient qui ne serait pas joignable au bout de plusieurs tentatives d'appel serait décalé dans le programme opératoire afin d'être joint le lendemain.

c) Le déroulement de l'intervention

Le jour de l'intervention, le patient arrive à l'heure fixée préalablement au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire et est préparé en vue de son intervention. Une visite pré anesthésique est faite par l'anesthésiste présent lors de la chirurgie pour vérifier qu'aucun changement n'est survenu. Le patient est ensuite transporté vers le bloc.

Les actes chirurgicaux pratiqués sont les mêmes que lors d'une hospitalisation traditionnelle. Toutefois, le développement de la chirurgie ambulatoire favorise le développement de techniques mini invasives (endoscopie, coelioscopie, chirurgie assistée par robot, thermo ablation par laser ...). Sur le plan anesthésique le patient bénéficie de la même surveillance qu'en hospitalisation complète. Tous les modes d'anesthésie peuvent être utilisés mais certains produits à durée de vie courte et à effets secondaires réduits sont privilégiés.

d) Après l'intervention

- Le réveil post opératoire

Au décours de l'intervention, le patient passe systématiquement en salle de soins post-interventionnelle (SSPI) pour une durée minimale déterminée par l'anesthésiste. L'étape du réveil y est fondamentale afin de détecter les complications chirurgicales précoces qui pourraient remettre en question la sortie du patient le jour même.

A la polyclinique de Navarre, la sortie de SSPI est validée dès que le score d'Aldrete est à 10 (ou score modifié à 12) (ANNEXE 4).

En France, cette étape est obligatoire, fixée par le décret d'anesthésie de 1994. S'inspirant des pratiques des autres pays (USA), il a été suggéré que les patients opérés sous anesthésie locale ou locorégionale et ayant les critères de sortie de SSPI dès la sortie du bloc opératoire pourraient ne plus passer par cette étape selon le principe du « fast-tracking » (34) répondant au problème d'engorgement des SSPI. Mais ce chemin du patient ne correspond pas aux obligations fixées par le décret d'anesthésie de 1994 et ne peut être recommandé à l'heure actuelle. Toutefois, la SFAR travaille avec les pouvoirs publics pour modifier le décret à ce sujet (20).

Les signes de récupération constatés en SSPI, le patient est reconduit dans l'UCA, sous la surveillance du personnel soignant pendant toute la période de réhabilitation. L'IDE renseigne dès le retour du patient un score « d'aptitude à la rue ».

Il peut s'agir du PADSS modifié (Post Anesthetic Discharge Scoring System)(35,36), le PAR (Post Anaesthesia Recovery) score modifié pour l'ambulatoire ou le score d'Aldrete (37). De nombreux critères sont évalués mais il n'est pas obligatoire d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie ni d'exiger une miction pour autoriser la sortie (3)(20).

Ces scores permettent de fournir une donnée objective, indépendante de l'appréciation subjective du soignant pour autoriser la sortie du patient

A la polyclinique de Navarre, le « score d'aptitude à la rue » (ANNEXE 5) s'inspire du score de Chung modifié et contient les critères d'aptitude au domicile du patient.

Chaque critère est coté entre 0 et 2 points par l'IDE. Le score est renouvelé toutes les heures jusqu'à l'obtention d'un score supérieur ou égal à 9. Tant que ce score n'est pas obtenu, le patient n'est pas sortant : si un score n'a pas pu être validé à 19h, un transfert vers un service traditionnel est organisé.

Ce document fait partie du dossier du patient, élaboré à partir d'un protocole validé par la cadre de l'ambulatoire, les anesthésistes et chirurgiens de la structure.

- L'autorisation de sortie

Le « score d'aptitude à la rue » validé, c'est l'anesthésiste qui autorise la sortie du patient en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, selon l'article D. 6124-101 du CSP (38). La SFAR précise que « l'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Donc une seule signature suffit (...) »(39).

Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, « chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes » (3).

La double signature médecin anesthésiste-réanimateur/chirurgien n'est donc pas obligatoire, mais en termes de responsabilité, elle doit rester la norme.

Chaque patient reçoit avant son départ un compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie, définis réglementairement par l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique (28) et signé par l'un des médecins, mentionnant les recommandations en matière de surveillance post opératoire ou anesthésique, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la continuité des soins et un numéro d'urgence.

La date d'une consultation post opératoire est communiquée au patient avant son départ.

- La sortie accompagnée

La nécessité qu'un accompagnant conduise le patient jusqu'à son domicile après chirurgie ambulatoire reste une recommandation forte (20).

En revanche, l'obligation d'une présence de l'accompagnant auprès du patient à domicile est évaluée en fonction de l'acte chirurgical, du patient et de ses conditions de vie. Elle sera définie au préalable.

Dans tous les cas, le patient doit être informé des effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence.

A la polyclinique de Navarre, la sortie du patient a lieu au décours d'un dernier entretien avec l'IDE, en présence de l'accompagnant. Celle-ci remplit la macro cible de sortie et rappelle les consignes post opératoires.

3. La phase post opératoire

a) La permanence des soins

Au décours de la sortie du patient de l'UCA, la continuité des soins est nécessaire.

Elle se concrétise par une information claire délivrée au patient à chaque étape de sa prise en charge y compris sur les suites attendues et par la présence d'un proche pour la sortie de l'UCA.

Le patient peut joindre la structure par téléphone 24h/24h. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé en cas de complication éventuelle.

A la polyclinique de Navarre, une convention de coopération a été établie avec des partenaires dont le centre hospitalier de Pau, de Bayonne, la clinique Marzet, le SSR des jeunes chênes de Saint Odile ou des Acacias.

b) Appel du lendemain

Les infirmiers de l'UCA contactent le patient par téléphone le lendemain de son opération afin de s'assurer de son bon état de santé depuis sa sortie de l'hôpital.

A la polyclinique de Navarre, une « trame générale d'appel du lendemain en ambulatoire » (ANNEXE 6) guide l'entretien téléphonique.

L'objectif est de détecter les complications précoces. L'interrogatoire va chercher à quantifier la douleur du patient, ses nausées, l'abondance des saignements, cherche la présence de fièvre, l'impression de malaise, la levée d'un éventuel bloc moteur en cas d'anesthésie loco régionale, et enfin détermine la satisfaction globale du patient. Chaque spécialité a ajouté des particularités à cette trame afin qu'elle soit la plus adaptée à l'acte chirurgical concerné (validé par les chirurgiens de la spécialité et l'anesthésiste). A titre d'exemple, l'appel du lendemain « dents de sagesse » s'attachera à l'abondance des saignements et aux vertiges, tandis que l'appel du lendemain « hernie discale » recherchera des troubles sensitifs ou moteurs des membres inférieurs ou des troubles sphinctériens.

A noter que les patients concernés par les actes d'ophtalmologie ne reçoivent pas d'appel car tous sont revus systématiquement le lendemain de l'opération.

Les données recueillies lors de l'appel sont tracées et conservées dans le dossier du patient, en cas de besoin le chirurgien ou l'anesthésiste de garde sont contactés pour planifier une consultation ou une ré-hospitalisation immédiate.

Depuis peu, le dossier du patient est informatisé via le logiciel IMED®. Un module « mon hospitalisation en ligne » se développe inspiré de l'application E-Fitback® (détaillée en ANNEXE 7) : il s'agit d'un questionnaire en ligne à remplir par le patient qui génère des alertes en fonction des réponses apportées.

Ainsi, un patient pour lequel le logiciel aura détecté une anomalie sera rappelé prioritairement par l'IDE.

Ce projet comporte des freins à son développement : en effet les assurances relèvent le risque de conflits sur les responsabilités en cas de dysfonctionnement.

I. Les enjeux

1. Les bénéfices de la prise en charge en ambulatoire

a) *Avantages médicaux*

- Les risques liés à la durée d'hospitalisation sont diminués

-le risque d'infection nosocomiale, grâce aux techniques mini invasives (40).

-le syndrome confusionnel chez les personnes âgées.

-les complications liées au décubitus prolongé (thrombose veineuse ou escarre).

- Une réadaptation fonctionnelle accélérée

Le « Fast-Track Surgery », traduit en France par « Récupération rapide après chirurgie (RRAC) » est une accélération du processus de soins pour optimiser les suites post opératoires (6). La RRAC consiste à utiliser toutes les connaissances médicales et chirurgicales pour que le patient retrouve au plus vite son autonomie après une intervention chirurgicale : le temps d'hospitalisation est raccourci et le taux de complications post opératoires diminué (41).

RRAC et chirurgie ambulatoire étaient initialement différenciés et reposent sur deux concepts différents : professionnel pour le premier et organisationnel pour le second. Mais ils partagent des principes tels que le bénéfice d'une réadaptation rapide et d'une responsabilisation du patient, et « ces deux démarches se rejoindront, tant l'évolution des pratiques professionnelles est indissociable de celles des pratiques organisationnelles ».

C'est ce que démontre le « projet RRAC pour l'opération de la prothèse totale de hanche en ambulatoire » à la polyclinique de Navarre (détaillé en ANNEXE 8).

- Des complications majeures rares

Les publications nord-américaines ont rapporté des taux de complications majeures faibles après chirurgie ambulatoire sur des grandes séries.

Les principaux résultats de certaines d'entre elles sont détaillés dans le tableau ci-dessous (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Le risque de décès ou de complications graves selon les études.

Etude :	Résultats :
En 1980, par Herbert E. Natof, 13 433 patients (42)	-106 complications dont seulement 16 hospitalisations, sans survenue de décès.
En 1993, Warner et al, sur 38 958 patients (43)	-Le risque de décès en chirurgie ambulatoire dans les 30 jours suivant l'acte était de 1/11 273 patients -l'incidence d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'embolie pulmonaire était très faible et paraissait même en dessous de la fréquence de ces incidents dans une cohorte de patients similaires non opérés.
En 2012, Majholm et al, étude danoise de suivi prospectif d'une cohorte pendant 3 ans, incluant 57 709 actes (44)	-l'incidence des complications était de 0,17% - Le taux de ré hospitalisation était de 1,21% pour hémorragie ou hématome (0,5% des cas), infection (0,44%) ou un évènement thromboembolique (0,03%).
En mars 2018, étude rétrospective de Theissen et al a analysé les décès rapportés en France dans les trente jours suivant une chirurgie ambulatoire et déclarés à la « Société hospitalière d'assurance mutuelle » dans les dix dernières années (45)	-33962 réclamations déclarées en lien avec la chirurgie et 11 concernaient un décès après chirurgie ambulatoire (2 décès sont survenus après les trente jours post opératoires et ont été exclus de l'étude, 3 décès en lien avec l'anesthésie, 1 suite à une embolie pulmonaire, et 5 décès en lien avec une complication chirurgicale). -Dans un seul de ces cas, le retard de prise en charge a aggravé le pronostic du patient qui n'avait pas reçu suffisamment d'informations sur les critères de ré-hospitalisation. Dans les autres cas, le décès serait probablement survenu de la même façon lors d'une hospitalisation traditionnelle.

D'autres études insistent sur les facteurs qui peuvent être associés à ces complications :

-L'étude de De Oliveira GS et al sur 53 667 actes réalisés en ambulatoire montre que les personnes âgées (plus de 70 ans) sont plus à risque d'une ré hospitalisation dans les trente jours post opératoires (46).

-Concernant les facteurs de risque de complication, Mathis et al ont publié une étude sur 244397 interventions réalisées en ambulatoire (47). 232 (0.1%) cas de mortalité et morbidité précoces ont été rapportés avec sept facteurs de risque indépendants identifiés : le surpoids, l'obésité, la BPCO, les antécédent d'IDM ou d'AIT, l'HTA, une intervention cardiaque antérieure ou un temps opératoire prolongé.

Les infections du site opératoire sont également rares, les études montrent des taux concordant (Figure 4) :

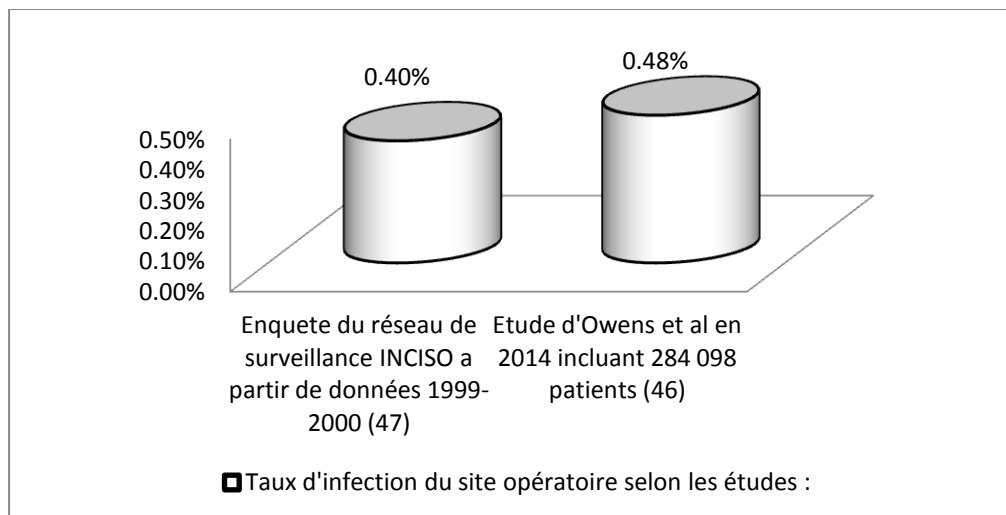


Figure 4 : Taux d'infection du site opératoire selon les études

En 2015 l'étude de Chanu Rhee et al (48) retrouve des taux d'infection du site opératoire allant de 0 à 3,2% pour les interventions les plus courantes (le taux le plus élevé étant retrouvé lors des appendicectomies) mais cette étude était réalisée avec un nombre très faible de patients.

Selon les études, les causes les plus fréquentes de réadmission ou de consultation sont liées à la chirurgie et plus particulièrement à des saignements post opératoires (49,50) mais l'incidence des complications graves reste faible.

La morbidité grave est donc rare (0,08 à 0,8%) et la mortalité très rare 0 à 0,01% pendant ou après les interventions chirurgicales ambulatoires selon Chung et Mezei qui ont recueilli les résultats de 5 études incluant de 6000 à 38598 patients (51).

b) Avantages humains

- Pour les patients

Le patient participe à sa prise en charge, et est satisfait de pouvoir combiner une prise en charge de qualité avec un éloignement bref de son cadre de vie et de sa famille. Il peut plus rapidement reprendre ses activités habituelles et éventuellement le travail. L'entourage et l'employeur n'ont pas à s'adapter à une absence prolongée.

- Pour le personnel soignant

La prise en charge en ambulatoire est source de satisfaction des personnels, par l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail. L'échange avec le patient est de qualité car plus responsabilisé. Il n'y a pas d'horaire de nuit.

- Une satisfaction globale

L'étude de Canoui Poitrine et al menée en 2008 (52) au sein de l'UCA de l'hôpital Bicêtre a évalué les taux de satisfaction des professionnels de santé et des patients. Le score de satisfaction vis-à-vis du service rendu au patient par l'UCA était de 86,9% et de 74,4% vis-à-vis de l'organisation (le taux était meilleur pour les médecins que pour les infirmières et les cadres qui sont moins satisfaits du temps d'attente du patient et de l'organisation de sa sortie).

Concernant les patients, ils étaient satisfaits de l'information délivrée en pré opératoire à 89,6% sauf pour l'item concernant les potentiels effets indésirables où seuls 66,3% pensaient avoir reçu une information suffisante.

Dans l'étude de Loterstajn et al concernant la coelioscopie gynécologique en ambulatoire (53), le mécontentement des patientes (11 sur 50 interrogées) venait d'un manque d'information sur la prise en charge, sur les douleurs et sur le fait de minimiser un geste opératoire notamment auprès de l'entourage.

Les études démontrent une meilleure récupération post opératoire à domicile chez les patients ayant reçu suffisamment d'informations sur l'opération et l'anesthésie, permettant de mieux anticiper la douleur et l'anxiété (54).

Plus récemment Debono et al ont montré que le taux de satisfaction des patients est satisfaisant (87.5%) et reste bon pendant la période post opératoire (55).

c) Avantages économiques

L'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire est un postulat souvent évoqué pour justifier son développement. La prise en charge ambulatoire, moins consommatrice de ressources, permet d'entraîner des économies liées à la substitution des prises en charge de l'hospitalisation complète.

Dans leur rapport sur les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France de juillet 2014, l'IGAS et l'IGF estiment les économies potentielles de fonctionnement des établissements de santé entre 400 et 700 millions d'euros selon les différentes possibilités de développement de la chirurgie ambulatoire (24).

Les études internationales montrent que la prise en charge ambulatoire mobilise moins de ressources que la chirurgie classique en termes de coûts hospitaliers directs. Toutefois, que ce soit en France ou à l'étranger, les coûts indirects (arrêt de travail, aidants, transports, etc.) n'ont été que très rarement évalués, et les coûts tous financeurs (participation financière des patients ou des organismes de protection sociale complémentaire) ne sont pas renseignés dans les études (40).

En décembre 2017, l'économiste Frédéric Bizard a publié une étude concernant l'impact économique de la chirurgie ambulatoire (56).

Celle-ci visait à analyser les impacts du développement de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble du parcours du patient hospitalisé en quantifiant de manière rétrospective de 2013 à 2015 les économies générées pour les financeurs institutionnels (Assurance Maladie et organismes d'assurance privés, les patients et les établissements de santé), soit en analysant les coûts supplémentaires éventuels induits tels que les ré-hospitalisations et soins de suivi liés à l'ambulatoire.

Auparavant, aucune étude comparative sur les coûts entre un séjour en chirurgie ambulatoire et un séjour en hospitalisation classique n'avait été réalisée comprenant l'analyse des dépenses générées sur le parcours complet du patient avant, pendant et après son séjour hospitalier.

De son étude ressort un impact économique positif pour les établissements : la baisse des coûts de production d'un acte réalisé en ambulatoire par rapport à un acte réalisé en hospitalisation classique est en moyenne de 23%.

L'impact économique est également positif pour l'Assurance Maladie : le retour au travail des patients en ambulatoire est plus précoce, et ils dépensent en moyenne moins d'indemnités journalières (dé dramatisation de l'acte chirurgical sans nuitée). Ils utilisent moins les transports remboursés par l'Assurance Maladie (taxi, VSL) que suite à une hospitalisation complète : cette observation pourrait s'expliquer par l'obligation de la présence d'un accompagnant lors de la sortie du patient, qui le raccompagne lui-même au domicile.

Concernant les ré-hospitalisations et les dépenses de soins post opératoires, il ne ressort pas de différence significative entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète. L'étude conclue donc au « maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité » et « l'absence de déport de soins vers la ville » avec l'ambulatoire (56).

« Les économies générées bénéficient avant tout aux Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire qui couvrent 96% de la population française » (56) .

2. Les limites de la prise en charge en ambulatoire

Les critères de sélection des patients à qui l'on propose une intervention en ambulatoire ont évolués. Ainsi, en comparant ce qui se faisait en 1970 et ce qui se fait maintenant, seule la possibilité de complications chirurgicales et/ou la gestion des pathologies préexistantes semblent être un frein à la pratique de l'ambulatoire.

a) Des complications mineures fréquentes (Figure 4)

Une étude publiée par Fox concernant 3, 821,670 patients opérés en ambulatoire dans 1295 centres en Californie, Floride et au Nebraska a montré que le taux de ré-hospitalisation était rare, de l'ordre de 0,11% en post opératoire (57). Mais le taux de consultation aux urgences dans la première semaine post opératoire était trente fois plus élevé (3,18 %) toutes interventions confondues.

La douleur post opératoire, les nausées et vomissements, la somnolence, les étourdissements, la céphalée et les troubles cardio-vasculaires constituent les symptômes les plus fréquents 24 h après une chirurgie ambulatoire (51,58).

Mais les évènements susceptibles de générer de la morbidité sont avant tout la douleur et les Nausées-Vomissements Post Opératoires (NVPO) loin devant les autres effets secondaires de l'anesthésie en particulier locorégionale.

• La douleur

Alors que sa fréquence est de 4,7% en SSPI, elle diminue à 1,9% de retour dans l'UCA puis elle atteint un taux de 26,9% 24h après la chirurgie ambulatoire selon l'étude de Chung et Mezei (51) (illustré en figure 5).

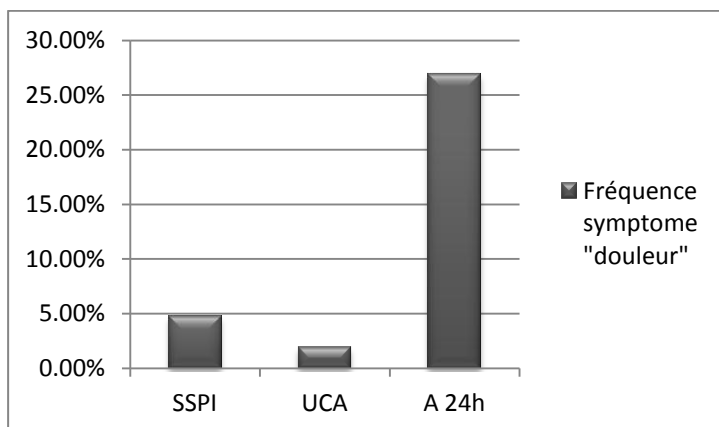


Figure 5 : Fréquence du symptôme "douleur" pendant les premières 24h post opératoires (51)

Selon les études, des douleurs modérées à sévères gênant les activités quotidiennes concernent jusqu'à 40% des patients durant les 24 h suivant l'opération (59,60) et engendrent une sollicitation médicale. Elles concernent le plus souvent le site opératoire (26,9% des cas, et jusqu'à 50% pour les patients soumis à une laparoscopie, des interventions orthopédiques et chirurgicales générales).

Mais des douleurs pharyngées suite à l'intubation sont possibles, tout comme les myalgies ou les céphalées (11,6%) selon le type d'anesthésie (58).

La douleur post opératoire a longtemps été un facteur limitant de la prise en charge en chirurgie ambulatoire : dans les 30 jours suivant l'intervention, environ 5 % des patients sont réadmis à l'hôpital, un tiers d'entre eux en raison de douleur (61).

- Les nausées et vomissements post opératoires

Selon l'étude de Chung et Mezei (51), la fréquence des NVPO atteint 2,2% en SSPI puis 3,9% en UCA et atteint 7,1% des patients 24h après la chirurgie ambulatoire (illustré en figure 6).

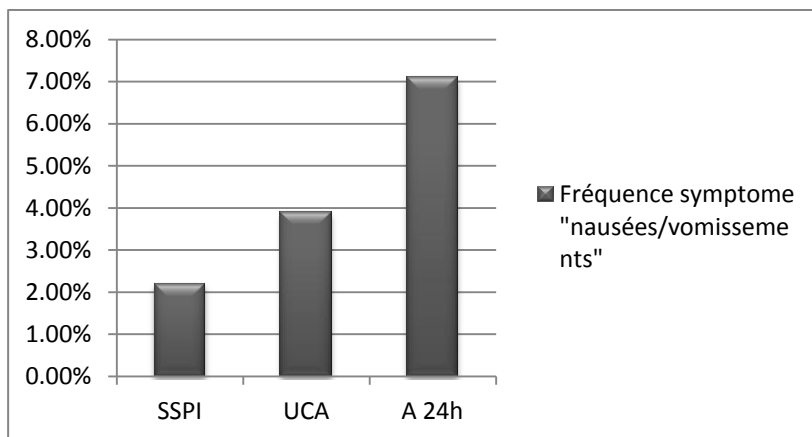


Figure 6: Fréquence du symptôme "nausées/vomissements" pendant les premières 24h post opératoires (51)

Dans les 24h suivant une chirurgie réalisée en ambulatoire, l'incidence des NVPO était de 17,4% au décours d'une chirurgie générale, de 11,2% après chirurgie orthopédique et 9,4% après laparoscopie (58).

Ces symptômes à l'origine d'une grande morbidité sont variables selon les types de chirurgie, comme illustré dans les figures 5 et 6 ci-dessous.

Figure 7 et 8: Incidence de la douleur et des nausées/ vomissements en post opératoire selon le type de chirurgie, selon Chung F et al.

Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. Can J Anesth. 1999. (51).

(ENT = Ear, nose, throat and dental surgery, ORT = orthopedic, PLA = plastic surgery, URO = urology, GYN = gynecology, NEU = neurosurgery, GEN = general surgery, OPT = ophthalmology, CPB = chronic pain block)

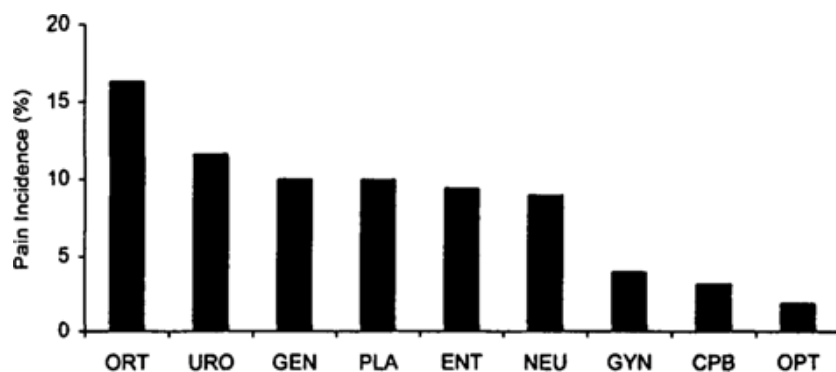


Figure 7: Incidence of postoperative severe pain by type of surgery.

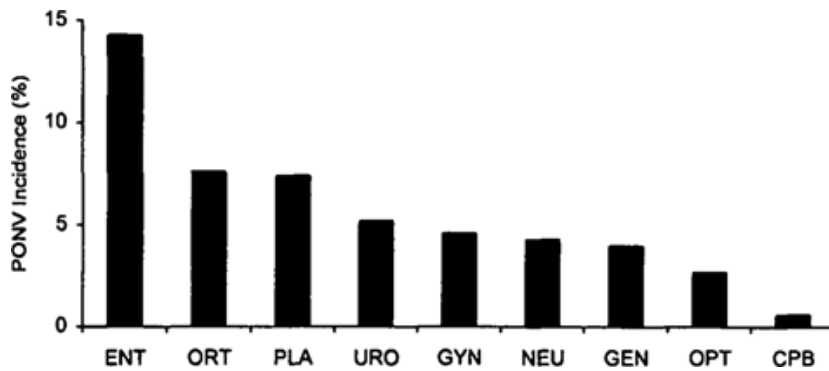


Figure 8: Incidence of postoperative nausea and vomiting (PONV) by type of surgery.

- La somnolence

Elle concerne 11.5% des patients 24h après une chirurgie ambulatoire, et l'incidence est la plus élevée après une laparoscopie (26,1%)(58) ce symptôme étant influencé par la durée de l'anesthésie.

- Les étourdissements ou sensations vertigineuses

9,7% des patients se plaignent d'étourdissements 24h suivant la chirurgie ambulatoire. Les étourdissements sont les plus fréquemment observés après laparoscopie (24,1%) (58), ce symptôme étant également lié à la durée de l'anesthésie.

Les symptômes post opératoires les plus fréquents dans les 24h après chirurgie ambulatoire :

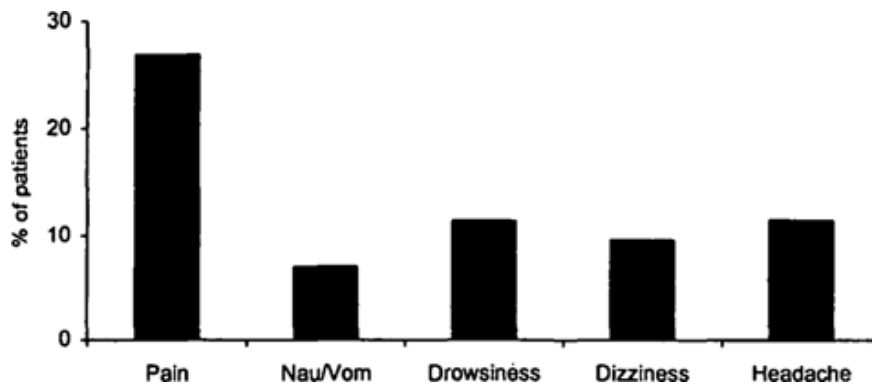


Figure 9 : Postoperative symptoms 24 hr after ambulatory surgery by telephone interview (n=778).Nau/Vom =nausea/vomiting. Chung F et al. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. Can J Anesth. 1999. (51).

Ces incidents mineurs peuvent entraîner un séjour post opératoire prolongé, une admission non prévue à l'hôpital ou une réadmission, et ils peuvent aussi affecter la satisfaction du patient et son autonomie post opératoire. Leur incidence peut être réduite en mettant au point des techniques chirurgicales moins invasives, en utilisant de nouveaux agents anesthésiques d'action rapide aux effets secondaires minimaux et en améliorant le traitement des douleurs post opératoires (51).

b) Relai hôpital-ville en chirurgie ambulatoire, implication des médecins généralistes

Malgré un développement important de la chirurgie ambulatoire, les dispositifs structurés d'aval (HAD ou réseaux dédiés) n'y sont pas associés : les conditions d'une prise en charge optimisée à domicile sont théoriquement maîtrisées et mises en place avant la sortie du patient de la structure ambulatoire.

C'est donc naturellement vers son médecin traitant que le patient se tourne en cas d'inquiétude ou de complication post opératoire de chirurgie ambulatoire.

Une enquête de suivi post opératoire publiée par Langlois J. montre que dans 11 % des actes ambulatoires, le médecin généraliste est consulté dans les suites (62).

Dans l'étude de Kong et al. (63) 16,7% des patients ont consulté leur médecin généraliste dans les sept jours suivant la chirurgie ambulatoire, principalement pour douleur (34,3% des consultations), des NVPO (6%) ou une complication telle que l'infection ou le saignement (19,8%).

Selon d'autres études, entre 3% et 12% des patients consulteront leur médecin de famille ou un service d'urgence essentiellement pour ces mêmes problèmes dans les 30 premiers jours suivant l'intervention (49,64).

La réglementation précise l'organisation de la sortie d'hospitalisation du patient : le code de déontologie rappelle son obligation confraternelle et sa nécessité pour une meilleure qualité des soins. Selon l'article 45 du Code de Déontologie Médicale (65) : le « médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins ». Le Code de la Santé Publique légifère également l'organisation de la sortie et le contenu du dossier médical dans le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 (66) article R. 1112-60 : « le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales (...). Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade ».

Selon l'AFCA, l'objectif n'est pas « *de refaire l'hôpital à la maison* » mais de « *poursuivre la démarche [...] de simplification des soins, de pertinence des actes [...] associés à la chirurgie ambulatoire* » (67).

Pourtant les défauts de transmission sont fréquents lors de la sortie d'hospitalisation et ils peuvent nuire à la qualité des soins apportés aux patients (68,69) : une meilleure communication entre les acteurs de l'UCA et la médecine de ville doit être mise en place.

J. Le contexte de notre étude

L'hospitalisation ambulatoire est centrée sur le patient. Il est alors acteur de sa préparation pré opératoire et de sa réhabilitation post opératoire, il doit donc recevoir une information détaillée. L'organisation au sein de la structure doit être renforcée, et il est nécessaire d'anticiper une bonne continuité des soins par la coordination entre les acteurs : l'information doit être partagée entre les acteurs hospitaliers et ceux de la médecine de ville qui seront nécessairement impliqués dans le suivi du patient après sa sortie.

Selon le ministère des affaires sociales et de la santé « l'enjeu est d'inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture » (17).

Cet objectif ne peut être atteint que via un partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier. La mise en place d'interfaces entre l'UCA et les professionnels de ville, tels que la lettre de sortie ou l'utilisation de messagerie sécurisée favorisent les échanges et une meilleure coordination des soins.

La chirurgie ambulatoire correspond à des actes maîtrisés chez des patients sélectionnés. Ainsi, la majorité des actes réalisés en ambulatoire ne nécessitent aucun suivi particulier au domicile du patient (70).

Mais l'évolution de la chirurgie ambulatoire tend vers des actes plus lourds (tels que les colectomies pour pathologies bénignes ou malignes (71)) et chez des patients plus fragiles. Cela peut justifier une formation des médecins généralistes pour un suivi adapté au domicile du patient. Cette idée est mentionnée par l'économiste Frédéric Bizard, « si l'ambulatoire s'étendait de façon importante à des gestes chirurgicaux plus complexes (...) il n'est pas sûr qu'une consommation plus importante de soins post opératoires ne soit pas constatée en ville » (56).

L'implication et l'information du médecin généraliste dans la gestion des potentielles complications post opératoires de chirurgie ambulatoire devient en ce sens indispensable.

Comme mentionné par le Pr R Amalberti « Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique mais dans ce que nous ne voyons pas à l'hôpital » (72).

III. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective transversale et quantitative. Elle a été menée par le biais d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes et envoyé par voie postale.

A. Effectif de l'échantillon de patients

Les études les plus récentes (49,62,64) rapportent qu'entre 3% et 12% des patients consulteront leur médecin de famille ou un service d'urgence en post opératoire de chirurgie ambulatoire pour des complications.

Notre but était d'obtenir un échantillon de patients pouvant présenter des complications post opératoires les amenant à consulter leur généraliste, afin d'interroger ces derniers sur leurs problèmes rencontrés dans la prise en charge de ces complications.

Dans notre étude, le nombre minimal de sujets nécessaires pour que les résultats soient pertinents avec un intervalle de confiance fixé à 95%, une marge d'erreur de 5% est de 162 patients.

Pour un taux de complication évalué à 12% maximum, le statisticien de la polyclinique de Navarre a raisonné selon la formule suivante : $(N = 1,96^2 \times 0,12 (1 - 0,12) / 0,05^2 = 162 \text{ patients})$.

Pour pallier les impondérables tels que les perdus de vus, nous ajoutons 5% de sujets soit 171 patients.

Afin de réduire le risque d'erreur, nous avons choisi un échantillon de 220 patients sélectionnés aléatoirement parmi ceux opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau en 2017 dans les spécialités chirurgicales suivantes : gynécologie, urologie, chirurgie digestive et gastro-entérologie, orthopédique, ORL, vasculaire, stomatologique, esthétique, ophtalmologique, neurochirurgie.

B. Méthodologie

Nous avons utilisé le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) de la Polyclinique de Navarre afin d'identifier les actes de chirurgie ambulatoire, et nous avons créé une population composée de tous les patients opérés selon ce mode à la polyclinique de Navarre de Pau en 2017.

Notre échantillon de 220 patients est issu de cette population via une sélection aléatoire informatisée (le nombre de patients total divisé par le nombre de patients nécessaires à notre étude nous a fourni le pas de sélection).

Nous avons ensuite recueilli les noms et les coordonnées postales des médecins traitants mentionnés dans les dossiers médicaux des patients de cet échantillon.

L'obtention de ces données a fait l'objet d'un dépôt et de l'approbation du projet auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) (ANNEXE 9).

L'adresse postale de tous les médecins concernés a été confirmée par contact téléphonique, permettant ainsi d'obtenir, lorsque cela était possible, un accord de principe de participer à l'étude.

220 questionnaires mentionnant chacun le nom et l'intitulé de l'opération chirurgicale subie par le patient ont été imprimés afin d'être adressés par voie postale aux médecins traitants.

Chaque enveloppe contenait un courrier de présentation de l'étude et une enveloppe affranchie destinée au retour du ou des questionnaire(s).

Certains médecins ont préféré recevoir le questionnaire par e-mail.

Nous avons contacté les médecins généralistes libéraux quels que soit leur âge, sexe, le lieu ou le mode d'exercice, étant les médecins traitants des 220 patients sélectionnés.

Ont été exclus de l'enquête les médecins généralistes ayant refusé de participer à l'étude ou nous ayant informé qu'ils n'exerçaient plus de médecine générale (départ en retraite ou autre motif).

Pour l'analyse des données une fois les questionnaires retournés, nous avons établi une base de données rapportant les réponses au questionnaire dans une feuille de calcul sous la forme d'un tableau Excel®. Chaque ligne du tableau représentait les réponses de chaque participant aux questions, celles-ci pouvant être corrélées en tableau croisé rapprochant deux caractéristiques ciblées par les questions.

Les données recueillies ont été traitées de façon anonyme.

C. Le questionnaire adressé aux médecins traitants (ANNEXE 10)

Nous avons élaboré un questionnaire facile à remplir et peu chronophage pour augmenter la participation des médecins généralistes à cette étude. Il se présentait majoritairement sous la forme de cases à cocher et possédait une possibilité de réponse libre.

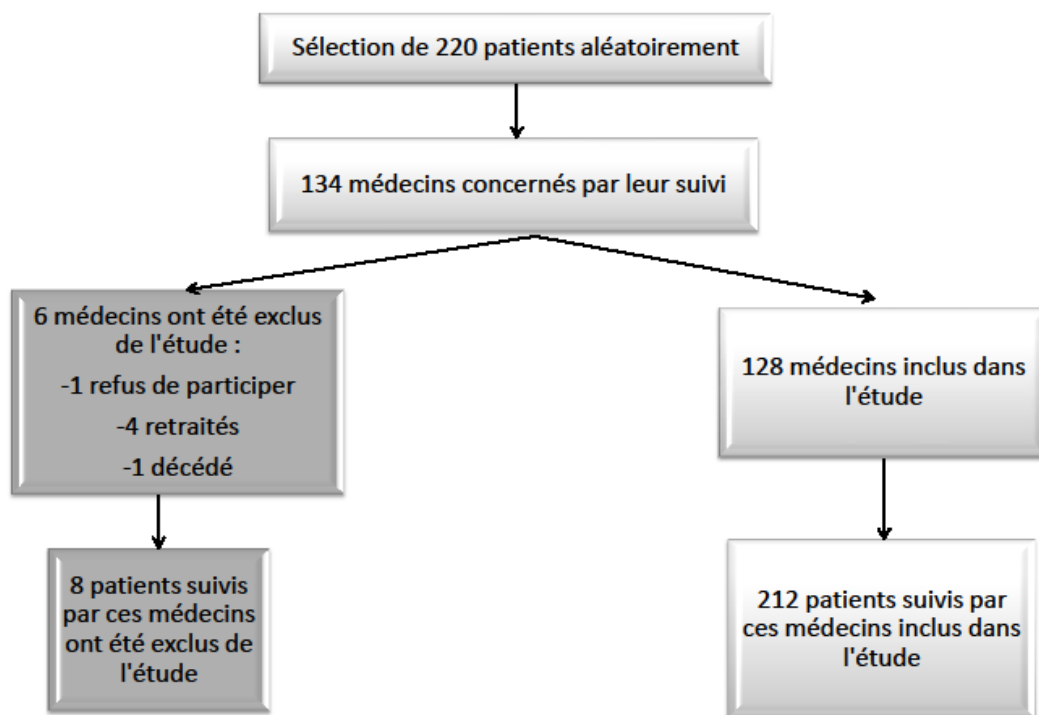
Il comportait 12 questions :

- Les trois premières interrogeaient le médecin sur sa Formation Professionnelle Continue sur la chirurgie ambulatoire, sur sa capacité à informer ses patients en post opératoire et sur son mode d'exercice rural semi rural ou urbain.
- Six questions concernaient le(s) patient(s) suivi(s) en post opératoire de chirurgie ambulatoire à Navarre.
Trois questions cherchaient à déterminer s'il avait été nécessaire de voir le(s) patient(s) dans les 72h en post opératoire, pour quel motif, si un avis spécialisé (auprès de l'UCA) avait été nécessaire et s'il avait été facilement obtenu.
Deux questions s'intéressaient aux documents complémentaires qui auraient pu faciliter la prise en charge du médecin traitant s'ils avaient été fournis.
Enfin une question souhaitait déterminer si le(s) patient(s) opéré(s) respectai(en)t les critères d'éligibilités à une prise en charge en ambulatoire : les critères de la SFAR ont été rappelés aux médecins.
- Deux questions abordaient le sujet d'un éventuel outil d'aide destiné aux médecins généralistes afin de les guider dans la prise en charge des patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire. Nous cherchions à déterminer s'ils voyaient un bénéfice à l'élaboration de cet outil et le questionnaire leur proposait différents supports.
- Une dernière question ouverte proposait aux médecins généralistes de nous faire part d'éventuelles remarques et suggestions.

IV. RESULTATS

A. La population de patients et de médecins concernée

Diagramme des flux 1 : Population de patients et de médecins de notre étude :



Lors de la réalisation de cette étude, 134 médecins ont été contactés pour les 220 patients sélectionnés aléatoirement parmi ceux ayant été opérés en ambulatoire à la clinique de Navarre en 2017.

Six médecins ont été exclus de l'étude : un seul ne souhaitait pas y participer, 4 autres médecins avaient pris leur retraite et n'avaient plus accès au dossier médical de leur patient et un dernier médecin était décédé.

Les 8 patients suivis par ces six médecins ont donc également été exclus de notre étude.

Notre population était donc composée de 128 médecins et de 212 patients pris en charge en chirurgie ambulatoire à la polyclinique de Navarre en 2017.

Les 128 médecins inclus dans l'étude ont été sollicités pour remplir un ou plusieurs questionnaires. 212 questionnaires leur ont été adressés, portant les noms et l'intitulé de l'intervention subie par les 212 patients de l'étude.

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale au début du mois de mars 2018. Des relances ont été effectuées un mois après l'envoi postal par contacts téléphoniques ou physiques auprès des médecins n'ayant pas répondu. Nous avons exploité les questionnaires retournés jusqu'à la date du 1^{er} mai 2018.

B. Les réponses au questionnaire

Entre le mois de mars et mois de mai 2018, 60 médecins ont retournés 94 questionnaires soit un taux de participation à l'étude de 46,8% des médecins nous informant sur 44,3% des patients.

1. Participations aux formations et informations des patients

Parmi ces 60 médecins, seuls 6 ont reçu une formation sur la chirurgie ambulatoire (soit 10%) (Figure 10).

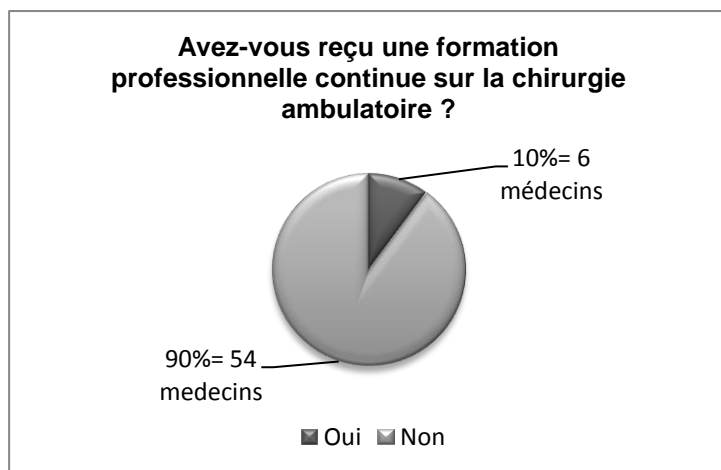


Figure 10 : Taux de médecin ayant reçu une formation sur la chirurgie ambulatoire (n=60 médecins)

72% des médecins interrogés déclaraient ne pas de sentir suffisamment informés sur la chirurgie ambulatoire pour apporter à leur patient des informations sur les suites attendues. A noter que sur les 6 médecins ayant reçu une formation sur la chirurgie ambulatoire, seuls 2 se sentaient suffisamment informés.

2. Le milieu d'exercice

Les médecins participant à l'étude exerçaient majoritairement en milieu semi rural (58%) et urbain (29%) (Figure 4 et 5). Seuls 14% exerçaient en milieu rural : ce sont ceux qui se sentaient le moins formés sur les suites post opératoires de la chirurgie ambulatoire, seuls 13% des médecins « ruraux » se sentent suffisamment formés tandis que ce taux atteint 26% des médecins exerçant en milieu semi rural et 35 % en milieu urbain.

Aucun des médecins « ruraux » de l'étude n'a reçu de formation sur la chirurgie ambulatoire. Aucun n'a été consulté pour une complication post opératoire.

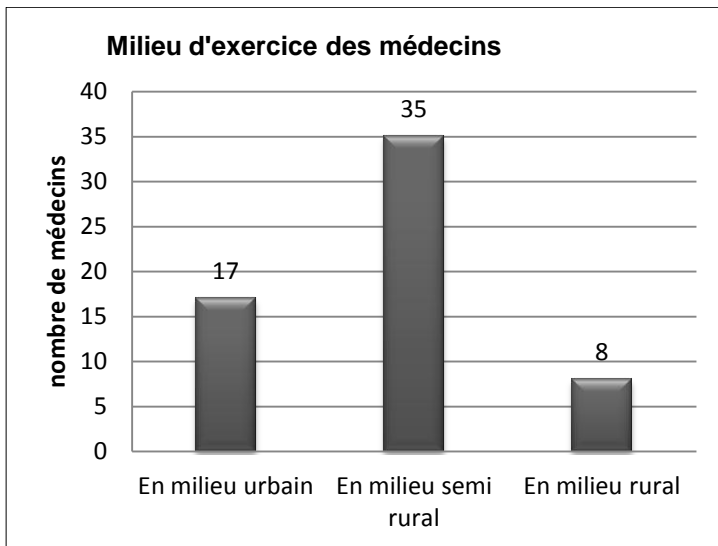


Figure 11 : Milieu d'exercice des médecins. (n=60 médecins)

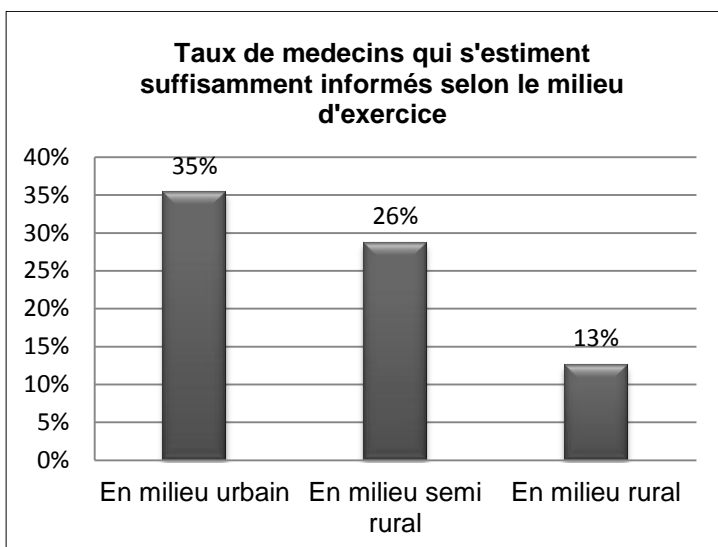


Figure 12 : Taux de médecins qui s'estiment suffisamment informés selon le milieu d'exercice. (n=60 médecins)

3. Fréquence et motifs des consultations post opératoires

Les 94 questionnaires retournés ont révélé une consultation chez le médecin généraliste pour une complication dans les 72h post opératoires de chirurgie ambulatoire chez 8 patients (soit 9% de l'échantillon). Ils ont été pris en charge par 8 médecins différents.

Très majoritairement, les symptômes à l'origine de cette consultation étaient la douleur (7 patients soit 88% des cas) et la suspicion d'infection (5 patients soit 63% des cas). Les autres motifs de consultations décrits étaient la décompensation d'une comorbidité, des troubles digestifs ou les soins locaux de plaie (Figure 13 et 14).

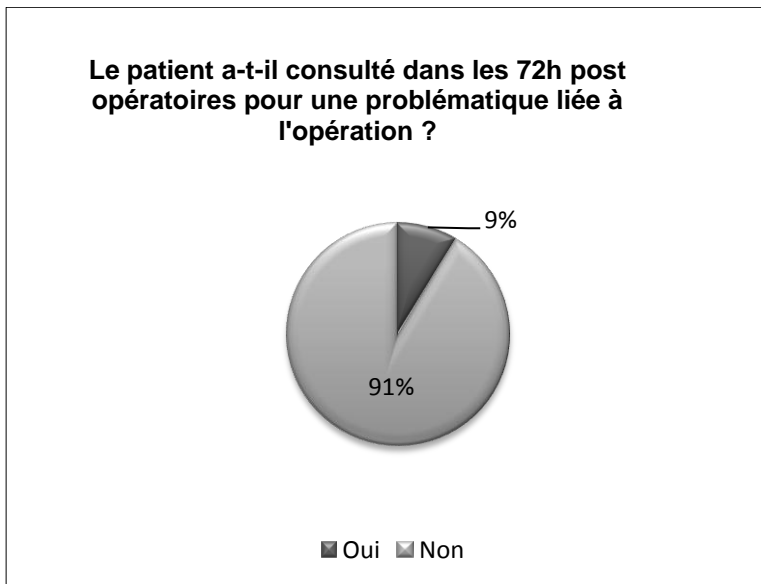


Figure 13 : Taux de consultation post opératoire (n=94 patients)

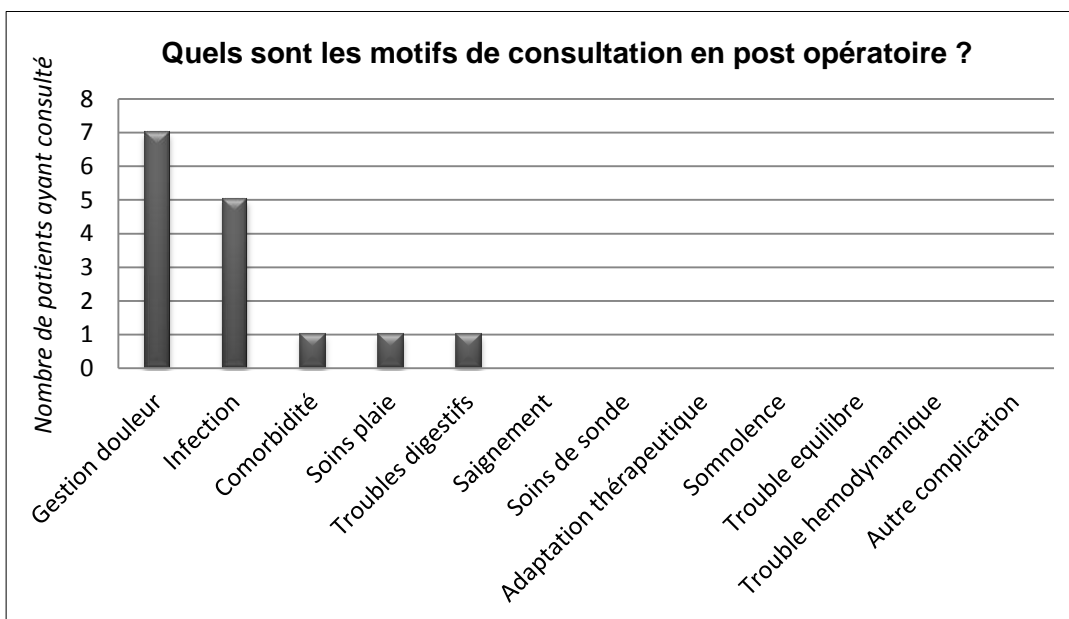


Figure 14 : Motifs de consultation (n=8 patients avec complications)

a) *La douleur*

Parmi les 8 patients ayant consulté leur généraliste, 7 patients sont venus pour « douleur ».

La gestion de la douleur n'a pas été difficile pour la majorité des médecins ayant revu leur patient consultation, mais ce symptôme a été abordé avec une « difficulté légère » pour un patient et une « difficulté modérée » pour deux patients, justifiant un contact auprès de l'UCA pour deux de ces patients (figure 15).

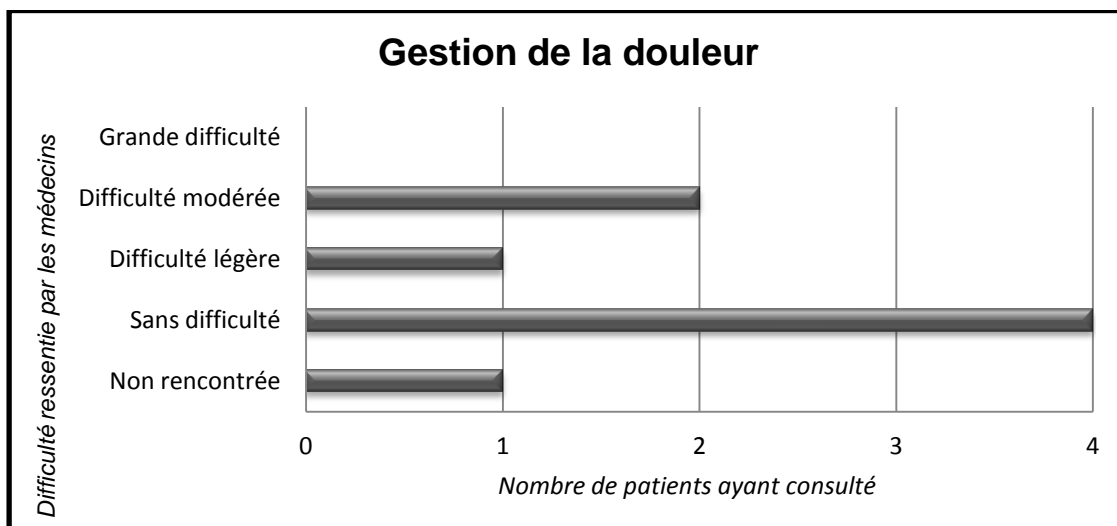


Figure 15 : Gestion de la douleur (n=8 patients avec complications)

b) Les infections

Parmi les 8 patients ayant consulté leur généraliste, 5 patients ont consulté pour des signes infectieux (fièvre ou signes locaux).

Ce symptôme a été traité sans difficulté pour la majorité d'entre eux, un seul patient ayant été à l'origine d'une « difficulté légère » pour le médecin dans sa prise en charge (Figure 16).

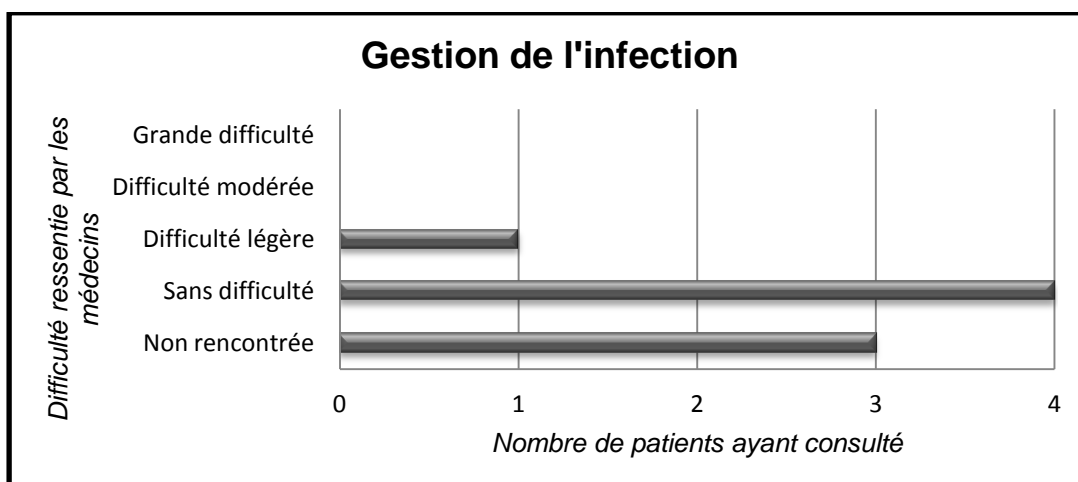


Figure 16 : Gestion de l'infection (n=8 patients avec complications)

c) Les autres motifs de consultation

Les autres motifs de consultations moins fréquents étaient la décompensation d'une comorbidité (1 cas), les soins de plaie (1 cas) et les troubles digestifs (1 cas). Tous ont été abordés avec une difficulté légère mais n'ont pas justifié un avis auprès de l'UCA.

4. Nécessité de prendre un avis spécialisé auprès de l'UCA

Pour deux patients concernés par les complications, les médecins ont souhaité prendre un avis auprès de l'UCA. Les informations n'ont pas été difficiles à obtenir. Pour 6 autres patients sur les 94 de l'échantillon, un médecin a souhaité joindre un interlocuteur pour un avis spécialisé ou des informations sur le dossier du patient. Ce contact n'était jamais en lien avec une complication post opératoire. Pour ces 6 patients suivis par un seul médecin, l'interlocuteur de l'UCA de la polyclinique de Navarre a été difficile à joindre.

5. Les documents complémentaires

Les questions 7 et 8 du questionnaire portaient sur la remise d'un document qui aurait pu faciliter la prise en charge d'une complication éventuelle.

Ces questions devaient être explicitement réservées aux médecins qui avaient eu à gérer une complication chez un patient dans les 72h post opératoires de chirurgie ambulatoire, les autres médecins devaient passer directement à la question N° 9.

Mais alors que 8 patients ont été revus dans les 72h post opératoires de chirurgie ambulatoire pour une complication, les médecins ont déclaré que des documents complémentaires auraient été utiles pour 48 patients soit 51% des cas (Figure 17).

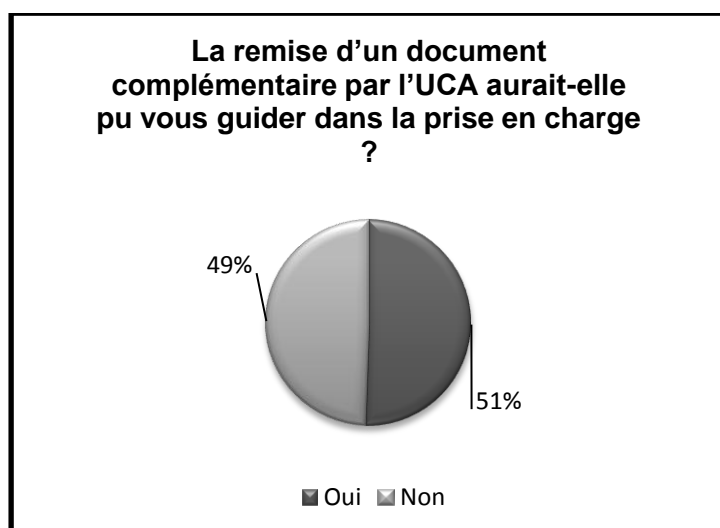


Figure 17 : La remise d'un document complémentaire par l'UCA aurait-elle pu vous guider dans la prise en charge ? (n=94 patients)

Pour 48 des patients opérés (soit 51% de l'échantillon) et selon les 36 médecins qui les ont suivis un document complémentaire aurait été utile. On souligne que pour 7 des 8 cas concernés par une complication en post opératoire de chirurgie ambulatoire les médecins ont répondu qu'ils auraient eu besoin d'un document complémentaire (Cf. Figure 18).

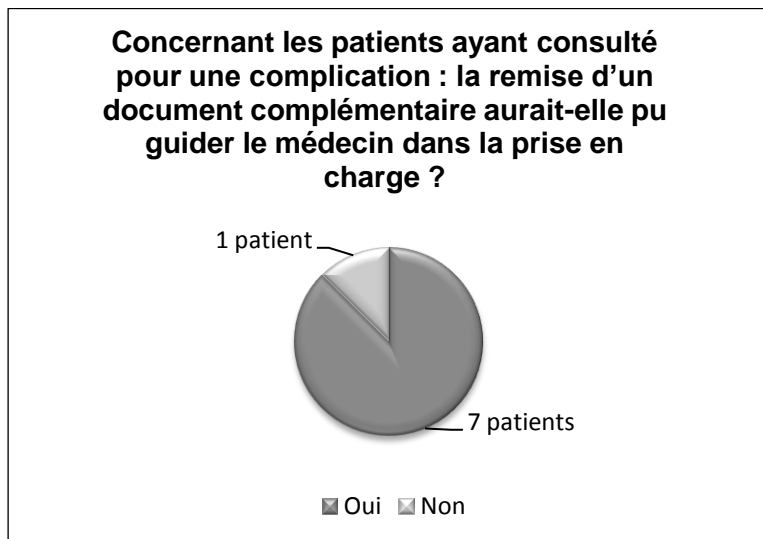


Figure 18 : Utilité d'un document complémentaire pour la prise en charge des patients ayant consultés pour une complication (n=8 patients)

Afin d'identifier les informations nécessaires aux médecins généralistes, plusieurs documents leur étaient proposés : compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, ordonnance de sortie, détail des suites attendues ou consignes post opératoires et de surveillance. Il existait une possibilité de réponse libre. Le document pouvant leur être utile étant différent pour chaque patient, les médecins ont apporté une réponse spécifique à chaque cas lorsqu'ils suivaient plusieurs patients de l'étude.

Pour 40 des 48 patients pour lesquels un document est jugé nécessaire par leurs médecins (soit 83% des cas), le document qui aurait pu faciliter la prise en charge post opératoire était des consignes post opératoires et de surveillance (figure 19).

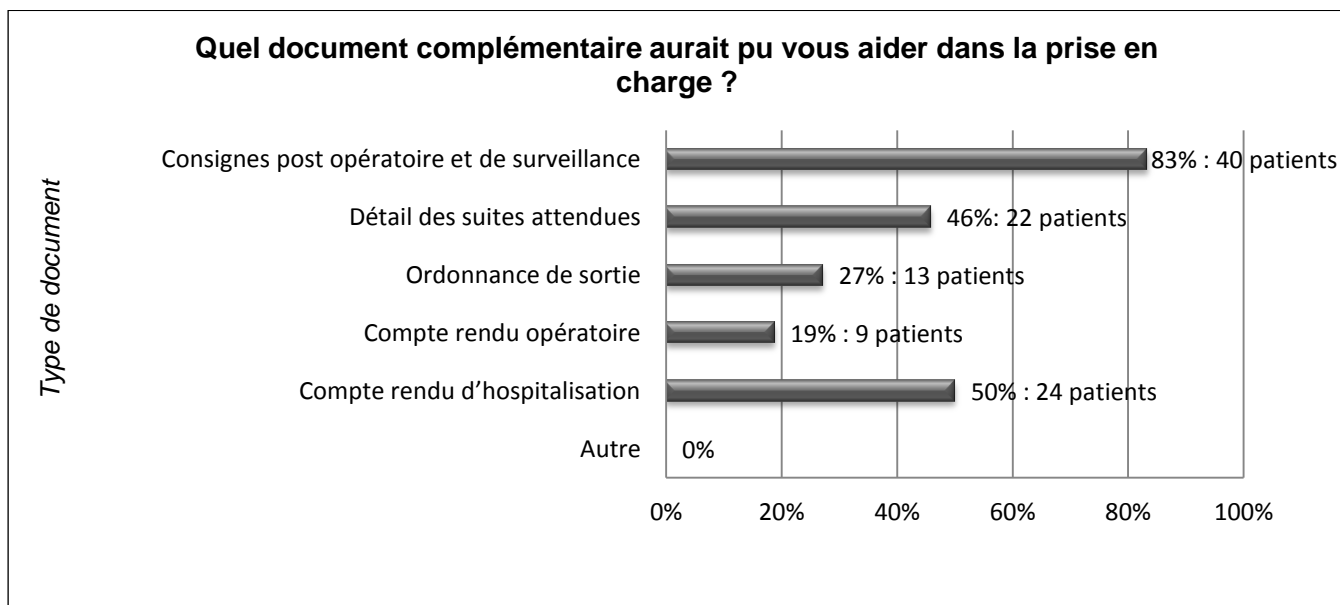


Figure 19 : Documents choisis par les médecins qui auraient pu les guider dans la prise en charge de leur patient opéré en ambulatoire (n=48 patients)

Les « consignes post opératoires et de surveillance » ont été choisies comme seul document nécessaire pour seulement 14 patients sur les 40 (soit 36%). Ce document seul ne suffirait donc pas puisque pour 64% des patients un document supplémentaire était également sélectionné (plusieurs réponses pouvaient être choisies) (Figure 20).

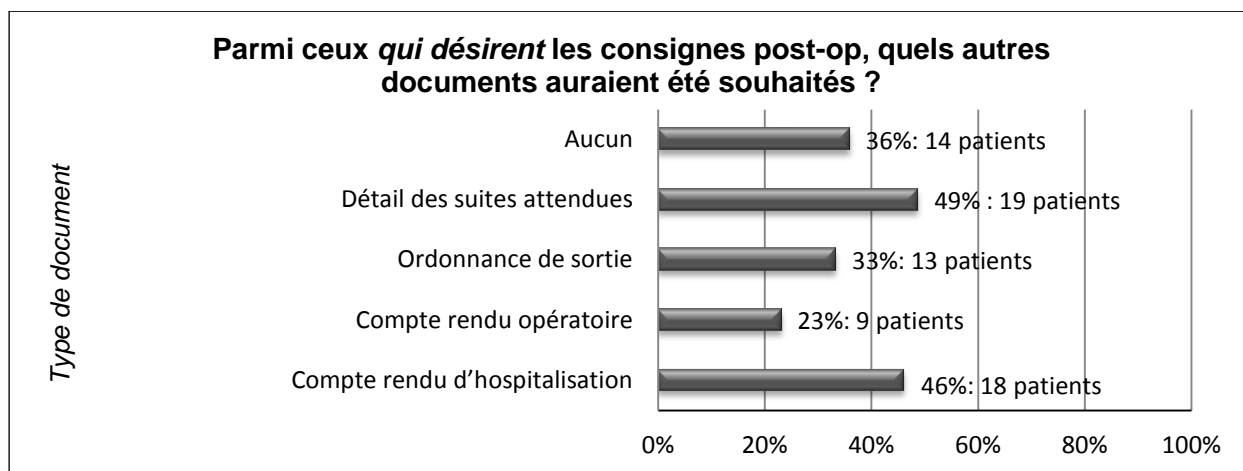


Figure 20 : Document souhaité en plus des consignes post opératoires et de surveillance (n= 40 patients pour lesquels les consignes post opératoires et de surveillance seraient utiles).

Pour les 8 patients (soit 17% des cas) pour lesquels un document aurait été utile pour la prise en charge mais où les consignes post opératoires et de surveillance n'ont pas été choisies, c'est le Compte Rendu d'Hospitalisation (75 %) ou le détail des suites (38%) qui étaient systématiquement sélectionnés (Figure 21).

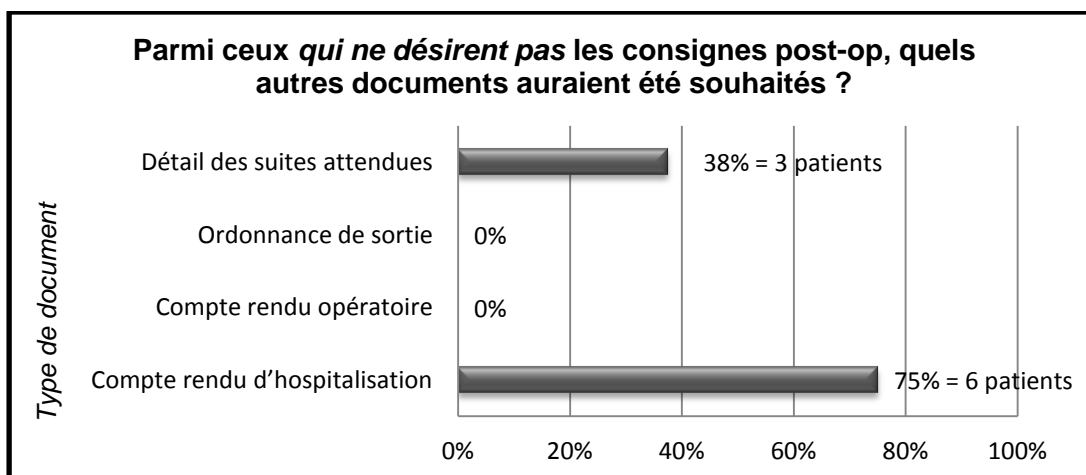


Figure 21 : Document souhaité autre que les consignes post opératoires et de surveillance (n=8 patients pour lesquels un document aurait été utile mais où les consignes post opératoires et de surveillance n'ont pas été choisies)

Les autres propositions :

Sur les 9 cas ayant coché le Compte Rendu Opérateur, ils sont 9 à avoir coché toutes les réponses proposées (100 %).

Sur les 13 cas ayant choisi l'ordonnance de sortie, ils sont 13 à avoir coché les consignes post opératoires et le détail des suites attendues (100%).

Le document le plus fréquemment sélectionné par les médecins pour les guider dans la prise en charge de leur patient en post opératoire de chirurgie ambulatoire était donc les « consignes post opératoire et de surveillance ».

Aucun médecin n'a rempli la partie « autre document » qui permettait une suggestion libre.

6. Le respect des critères d'éligibilité

92 patients opérés en ambulatoire sur les 94 pour lesquels le questionnaire nous a été retourné (soit 98%) respectaient les critères d'éligibilité de la SFAR (cf. Figure 22), selon leur médecin traitant.

Seuls deux patients ont été décrit comme inéligibles : les motifs renseignés étaient « patiente vivant seule et compréhension de la surveillance post op insuffisante » et « enfant dont la mère n'était pas capable de gérer les suites post opératoires ».

Ces deux patients ne faisaient pas partie des 8 cas ayant été revus en consultation pour une complication en post opératoire de chirurgie ambulatoire.

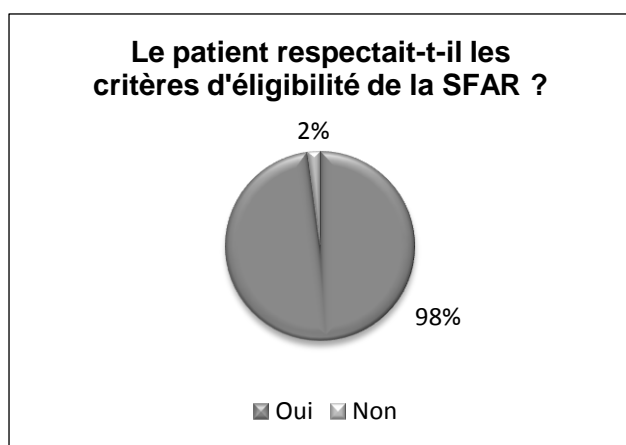


Figure 22 : Le patient respectait-t-il les critères d'éligibilité de la SFAR ? (n=94 patients)

7. La proposition d'un outil d'aide pour les généralistes

Parmi les 60 médecins ayant participé à l'étude, 58 (soit 97% des médecins) déclaraient pouvoir tirer bénéfice d'un outil d'aide pour les guider dans la prise en charge post opératoire de leur patient opéré en ambulatoire à la polyclinique de Navarre.

Plusieurs supports étaient proposés, et les médecins ont coché en moyenne deux propositions.

Pour 55 % des médecins, cette aide à la prise en charge devrait être un référent en ambulatoire joignable 24h/24h à la polyclinique de Navarre.

Ensuite leurs choix se portaient sur un livret de conseils remis au patient à sa sortie pour 45% d'entre eux, des fiches reprenant les protocoles pour les complications prévisibles pour 43% d'entre eux et un site internet qui recueillerait les conseils des chirurgiens pour 38% d'entre eux.

Seuls 23% des médecins souhaiteraient que cet outil se présente sous la forme d'une application mobile et 5% sous la forme d'une mailing liste où adresser leurs difficultés (Figure 23).

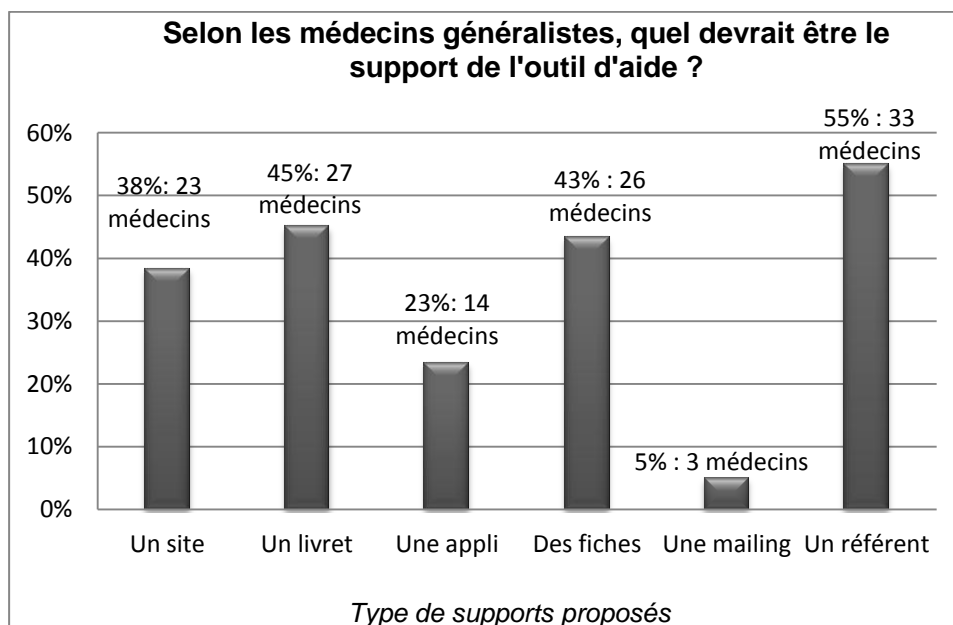


Figure 23 : Supports pour un outil d'aide choisis par les médecins (n=60)

8. Les commentaires libres

Le questionnaire possédait une possibilité de remarque(s) libre(s).

Les principales remarques des généralistes portaient sur le manque de communication autour de l'intervention : les comptes-rendus d'hospitalisation ou opératoires leur sont trop rarement adressés et certains médecins n'avaient pas été informés que leur patient allait être opéré en ambulatoire.

Un souhait était mentionné de pouvoir communiquer avec un référent si besoin, notamment pour prendre connaissance de l'ensemble du dossier médical du patient ayant subi une intervention.

Enfin, ils sont 7, soit 12% des 60 médecins ayant répondu au questionnaire à déclarer un mécontentement de devoir gérer les suites post opératoires et la surveillance des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire : « les médecins généralistes étant déjà surchargés de travail, cette surveillance revient aux chirurgiens décidant de ce mode de prise en charge et qui doivent donc l'assumer ».

V. DISCUSSION

A. Discussion des résultats

1. Formation professionnelle continue sur la chirurgie ambulatoire

Seuls 10% des médecins ayant participé à l'étude répondent positivement à la question « Avez-vous reçu une formation professionnelle continue sur la chirurgie ambulatoire ? » et 72% des médecins répondent négativement à la question « Vous sentez vous suffisamment informé sur la chirurgie ambulatoire pour apporter les informations nécessaires à votre patient en post opératoire de chirurgie ambulatoire ? ».

Ce résultat concorde avec le taux de 97% de médecins qui pensent pouvoir tirer bénéfice d'un outil d'aide à la prise en charge des patients opérés en ambulatoire.

Les non répondants au questionnaire se considèrent-ils suffisamment informés pour ne pas avoir de bénéfice à la création d'un outil d'aide ? Se sentent-ils exclus du parcours de soin de leurs patients opérés en ambulatoire au point qu'ils n'ont pas souhaité participer à l'étude ? Ou le seul manque de temps des médecins peut-il expliquer ce taux de participation ?

Peut-être aurions-nous dû poser la question explicitement aux médecins généralistes de leur intérêt pour s'impliquer dans le suivi des patients opérés en ambulatoire.

2. Le milieu d'exercice

Nous souhaitons étudier dans la question 3 l'influence du milieu d'exercice sur la formation et l'information des médecins. Les médecins exerçants en milieu rural de notre étude n'ont pas reçu de formation sur la chirurgie ambulatoire et se sentent les plus démunis lors de la prise en charge post opératoire de leurs patients. L'éloignement des agglomérations pourrait donc être un frein à la formation et pourrait favoriser la sensation de ne pas être compétents dans ce domaine. La survenue de complications chez les patients de ces médecins ne semble pas favorisée par le lieu de vie ou d'exercice : aucun des patients pris en charge dans le milieu rural de l'étude n'a présenté de complication post opératoire de chirurgie ambulatoire.

Il est possible que les cliniques dont celle de Navarre fonctionnent avec un réseau de praticiens de proximité. En effet la population des médecins interrogés était constituée de praticiens exerçant majoritairement en milieu semi rural et urbain, soit dans les lieux sans difficulté d'accès aux soins pour les patients qui consultent aisément leur chirurgien ou l'UCA.

On peut aussi supposer que le niveau socio-économique des patients pris en charge par la filière privée, telle que la polyclinique de Navarre, est plus élevé que celui des patients pris en charge par la filière publique.

Or il est démontré que toutes pathologies confondues, les patients vivant en situation de précarité sont atteints d'un plus grand nombre de troubles par personne que les patients de même catégorie socioprofessionnelle (73).

Les pathologies associées à la précarité peuvent être liées aux maladies eux-mêmes (conditions de vie) et aux maladies qui diffèrent de celles observées dans le reste de la population. De plus les personnes les moins favorisées auraient une moindre connaissance des filières de soins, un rapport différent au corps ou à la maladie et une qualité de communication différente avec leur médecin (74).

Les patients étudiés à la polyclinique de Navarre peuvent alors présenter moins de complications et un meilleur suivi médical que les patients opérés en ambulatoire dans un établissement public.

3. Fréquence des consultations pour complication post opératoire

La question 4 « A-t-il été nécessaire de voir en consultation dans les 72h post opératoires ce patient pour une problématique en lien avec sa chirurgie en ambulatoire ? » permettait d'identifier les patients et les médecins concernés par la prise en charge d'une complication post opératoire de chirurgie en ambulatoire.

9% des patients de l'échantillon ont consulté leur médecin pour une complication. Ce taux concorde avec la moyenne des études antérieures : 11% des patients avaient consulté leurs médecins dans l'étude de Langlois en 1996 (62), 4,3 % dans l'étude de S. Ghosh en 1994 (64) et entre 3 et 12 % dans l'étude de Marshall et Chung en 1999 (49). Bien que ces études soient anciennes, on constate que le taux de recours au médecin traitant n'a pas été majoré avec le développement de la chirurgie ambulatoire et la plus grande complexité des interventions réalisées.

Devant ce taux de complication faible et le fait que les patients ne soient pas systématiquement amenés à consulter leur médecin traitant dans les suites post opératoires, il apparaît que le développement de la chirurgie ambulatoire n'apporte pas de réel surcroît de travail aux généralistes dans leur ensemble.

Cette notion est relative : les 8 médecins concernés par la prise en charge de complications, bien qu'ils soient peu nombreux, ont pu ressentir un surcroît de travail. Le nombre de médecins concernés par les complications post opératoires pourrait néanmoins augmenter avec les innovations techniques et chirurgicales réalisées en ambulatoire, apportant un surcroît de travail à un nombre significatif d'entre eux. Le faible surcroît de travail pour les généralistes pourrait donc être remis en question notamment si le développement de la chirurgie ambulatoire atteint l'objectif des 70% à l'horizon 2022.

Le taux de complication aurait peut-être été différent si nous avions posé la question aux patients : nombre d'entre eux ont recours à d'autres types de soignants (IDE, chirurgien) ou directement aux services d'urgences. Les complications peuvent alors être mineures ou bien plus graves : ces dernières sont rares, et ne concernent pas les généralistes.

Mais notre étude ne cherchait pas à déterminer la fréquence des complications en post opératoire de chirurgie ambulatoire, elle se centrait plutôt sur le ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge des complications post opératoires de chirurgie ambulatoire qu'ils rencontrent, et à quelle fréquence ils sont sollicités.

4. Motifs de consultation en post opératoire et difficultés des médecins

Pour chaque patient amené à consulter son médecin traitant pour une complication post opératoire, nous souhaitions déterminer le type de complication en cause et la difficulté ressentie par le médecin lors de sa prise en charge. Un tableau était proposé avec les complications les plus fréquentes et quatre niveaux de difficultés. Une réponse libre était possible. Ce tableau était introduit par la question 5 « Si oui, veuillez cocher parmi les propositions suivantes le motif de consultation et votre difficulté ressentie dans la gestion de cette complication ».

Les symptômes post opératoires les plus fréquents 24h après la chirurgie ambulatoire sont, selon Chung et al (58), la douleur, les céphalées, la somnolence, les nausées et vomissements, et les vertiges.

Les études rapportent un recours aux généralistes surtout pour des saignements (49) et très rarement pour une cause infectieuse qui ne survient que dans 0,4% des cas (75,76).

Pourtant dans l'étude que nous avons réalisée, ce sont la douleur (7/8 patients) et les causes infectieuses (5/8 patients) qui ont représenté la majorité des consultations dans les 72h post opératoires.

Ces différences pourraient se justifier par l'évolution des pratiques chirurgicales et anesthésiques, mais peuvent aussi être liées aux conditions de réalisation de notre étude.

En effet celle-ci peut être critiquée pour la petite taille de notre échantillon (3,5% des opérations réalisées en ambulatoire à la polyclinique de Navarre) et parce que les interventions sélectionnées ne concernent pas toutes les opérations réalisables en ambulatoire mais seulement celles pratiquées à la polyclinique de Navarre de Pau.

Ces éléments peuvent expliquer les différences de résultats concernant les motifs de consultation en post opératoire entre notre étude et les études antérieures.

Néanmoins compte tenu de l'implication dans le développement de la chirurgie ambulatoire de la clinique (avec un taux d'actes réalisés proche de celui souhaité au niveau national) on peut considérer que les opérations étudiées via l'échantillon de patients sélectionnés restent représentatives des complications potentielles attendues. De plus, la chirurgie ambulatoire est encore pratiquée majoritairement par des établissements de santé privés à but lucratif qui réalisent des actes chirurgicaux plus complexes, la consommation de soins post opératoires est d'autant plus intéressante à étudier dans ce contexte.

Nous aurions pu étudier la totalité des patients sur une période plus courte que l'année complète et obtenir un échantillon de patients plus grand. Mais une sélection aléatoire entraîne une répartition homogène des patients selon les chirurgies pendant une année entière. Si nous avions sélectionné tous les patients opérés en ambulatoire sur une période plus courte de la même année nous aurions été exposés à un biais relatif au caractère saisonnier de certaines interventions chirurgicales.

Concernant les difficultés ressenties, notre étude montre que les généralistes se sentent majoritairement à l'aise avec la gestion des symptômes post opératoires : la gestion des nausées, des vomissements, de l'asthénie ou des troubles digestifs font partie de leur exercice quotidien et leur survenue dans le contexte post opératoire ne nécessite pas de formation supplémentaire.

Néanmoins, la douleur a été source de difficulté légère et modérée pour deux médecins concernant deux patients, l'infection a été source de difficulté légère pour un seul médecin, et chaque cas de décompensation de comorbidité, de soins de plaie ou de troubles digestifs ont été source de difficulté légère.

Ce sont donc sur ces points que l'information des médecins généralistes doit être développée et sur lesquels les chirurgiens de la polyclinique de Navarre doivent insister s'ils souhaitent apporter des conseils aux généralistes.

Malgré les difficultés exprimées, seul deux médecins ont souhaité joindre l'UCA pour un avis concernant des complications post opératoires.

La question 6 « avez-vous eu des difficultés à joindre un interlocuteur ou à obtenir des informations » a révélé qu'un seul autre médecin avait eu des difficultés pour obtenir un avis spécialisé. Il n'avait pas de patient concerné par une complication post opératoire.

5. Le choix d'un document complémentaire

Les questions 7 « La remise d'un document complémentaire par l'Unité de Chirurgie Ambulatoire aurait-elle pu vous guider dans la prise en charge de cette complication ? » et 8 « Si oui, lequel » ont été remplies pour plus de la moitié des patients tandis qu'une réponse n'était attendue que pour les patients concernés par une complication post opératoire. Notre questionnaire a donc été mal interprété en raison d'une mauvaise formulation de ces questions. Cette limite de l'étude aurait pu être évitée si nous avions testé notre questionnaire avant de le soumettre aux médecins généralistes de l'étude.

Cette confusion révèle néanmoins un besoin de communication et d'information de la part des médecins généralistes concernant leurs patients opérés en ambulatoire.

Des documents supplémentaires, mais lesquels ?

Les médecins ont sélectionné plusieurs documents, avec en premier lieu des « consignes post opératoires et de surveillance », accompagnées du « détail des suites attendues » ou du « compte rendu d'hospitalisation ».

Ces choix traduisent le manque d'informations délivrées aux médecins généralistes qui souhaitent être guidés dans les modalités de surveillance.

Ils ne peuvent pas différencier les suites observées habituellement au décours d'une opération des suites « anormales » qui doivent alerter : ces éléments diffèrent pour chaque intervention (telles que l'abondance d'un saignement ou l'intensité de la douleur).

De plus la surveillance sera adaptée selon les habitudes du chirurgien, les conditions de l'intervention et le déroulement de l'anesthésie; les médecins généralistes ont besoin de connaître les points critiques pour le patient selon ce que le chirurgien a effectué.

Concernant les autres propositions de documents complémentaires, les médecins ayant choisi le « compte rendu opératoire » ou « l'ordonnance de sortie » avaient coché au moins deux autres propositions : ces deux documents ne sont donc pas suffisants pour la prise en charge mais sont souhaitables car complémentaires.

Aucun médecin n'a fait de suggestion pour un autre type de document complémentaire, nos propositions étaient probablement adaptées à leur besoin.

Le désir d'obtenir le « compte rendu d'hospitalisation » souligne un manque d'information et de communication entre l'UCA et le médecin traitant, qui ne peut effectuer de bonne prise en charge sans connaître l'intervention réalisée chez son patient.

Cette sensation de ne pas être impliqués dans le parcours du patient se retrouve dans d'autres études (77).

6. Les critères d'éligibilité

Nous cherchions à déterminer un éventuel lien entre la survenue de complications post opératoires et le non-respect des critères d'éligibilité des patients par la question 9 « Selon vous, le patient respectait-il ces critères ? ».

Pour cette question, la réponse était négative pour seulement deux patients, non concernés par les complications ce qui souligne une sélection adaptée des patients par les chirurgiens et les anesthésistes de la polyclinique de Navarre.

7. L'outil d'aide

Cette enquête pourrait conduire à l'élaboration d'un outil destiné aux médecins généralistes afin de limiter les cas où la prise en charge du patient en post opératoire leur pose une difficulté.

Nous souhaitions recueillir leur opinion sur le support le plus adapté par la question 10 « Selon vous, le support devrait être : » suivie de plusieurs propositions et d'une possibilité de réponse libre.

La question 11 « pensez-vous pouvoir tirer bénéfice d'un tel outil » montre qu'une très large majorité des médecins pensent pouvoir en tirer un bénéfice (97%).

Aucun des supports proposés n'a emporté de large majorité, et les médecins préféraient en général pouvoir joindre un référent en ambulatoire, ou qu'un livret de conseils soit remis au patient ou encore des fiches détaillant les protocoles de prise en charge.

Ces choix sont conformes aux recommandations de certaines études (68,78) qui préconisent que le médecin traitant soit informé de la nature de l'intervention et, éventuellement des problèmes prévisibles, de la stratégie thérapeutique, particulièrement analgésique, antiémétique, thrombo-prophylactique... afin de sécuriser la prise en charge du patient.

Les versions numériques (site internet, applications mobiles ou mailing liste) ont été les moins sélectionnées.

La population de médecins de la région de Pau et alentours est majoritairement âgée de plus de 40 ans (973 médecins sur les 1246 médecins généralistes installés dans les Pyrénées Atlantiques en 2016, soit 78% selon le Ministère des solidarités et de la Santé (79)). Cette donnée peut expliquer en partie le choix des moyens les moins numériques. Nous aurions pu questionner les médecins généralistes sur leur âge, susceptible d'influencer les réponses.

Ce sont pourtant ces supports qui sont majoritairement en voie de développement, comme le prouve le projet E-Fitback® (détaillé en ANNEXE 7).

C'est selon la définition de la HAS, la promotion de la « télémédecine » : une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (80).

En effet de nouvelles solutions ont été inventées pour permettre le développement de la chirurgie ambulatoire en maintenant la sécurité des patients : les technologies de l'information et de la communication (téléphones mobiles, Smartphones, ordinateurs, tablettes) constituent une piste intéressante pour répondre à cette problématique.

Les applications pour téléphones mobiles et Smartphones pour la télémédecine sont en pleine expansion. Leur utilisation a déjà été testée dans de nombreux domaines : sevrage tabagique, suivi des patients diabétiques, asthmatiques ou hypertendus avec des résultats intéressants (72,80–82).

Dans une thèse en 2016, un étudiant a évalué une application web pour le rappel à J+1 des patients de chirurgie ambulatoire et a cherché à déterminer l'intérêt des applications de télémédecine pour le suivi post opératoire (83). Son étude révèle que ces technologies sont efficaces pour le suivi post opératoire des patients de chirurgie ambulatoire et que les patients adhèrent à ces nouveaux moyens de communication.

Ces technologies développées pour faciliter la surveillance post opératoire des UCA peuvent constituer une interface de communication avec le médecin généraliste.

Les conseils ou des fiches détaillant les protocoles de prises en charge demandés par les médecins dans notre étude peuvent facilement y être intégrés.

Néanmoins ces systèmes numérisés posent encore des problèmes de fiabilité et de sécurité des données, et engendrent une modification de la relation médecin-soignant qui reste à étudier.

Les réticences du corps médical concernant l'utilité de ces outils et leurs capacités à détecter des complications post opératoires sont des freins au développement de la télémédecine en France identifiés par la HAS (80).

B. Forces et faiblesses de l'étude

Lors des échanges téléphoniques préalables à l'envoi des questionnaires, les médecins généralistes s'étaient montrés intéressés par le sujet puisqu'un seul médecin avait exprimé un refus de participer à notre étude.

Pourtant le taux de participation final des médecins est de 46,8% : les appels de relance auprès des secrétariats l'ont justifié par la surcharge de travail des médecins généralistes qui ne peuvent accorder du temps pour toutes les sollicitations reçues.

Les questions concernant les suites opératoires étant assez précises, elles amenaient le médecin traitant à se replonger dans le dossier de son (ou ses) patient(s) afin de rechercher la date de l'opération et d'éventuelles complications post opératoires. Les interventions sélectionnées pouvant dater de toute l'année 2017, on peut imaginer que cette enquête ait découragé certains médecins.

La présentation sous la forme d'un questionnaire papier à remplir et à renvoyer a peut-être semblé fastidieuse, malgré l'enveloppe pré affranchie fournie.

Nous souhaitions initialement leur adresser le questionnaire par mail, mais trop peu de médecins disposaient d'une messagerie sécurisée.

Le questionnaire était majoritairement constitué de réponses fermées afin d'être traité rapidement et pour augmenter le taux de participation.

Il existait néanmoins une possibilité de réponses et de commentaires libres non obligatoires, que certains médecins ont exploitée.

Ces commentaires libres peuvent laisser penser que le sujet des complications post opératoires est sensible et que certains médecins n'ont pas souhaité s'impliquer davantage.

En effet 12% ont manifesté un mécontentement de devoir gérer les suites post opératoires et la surveillance des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

Ils ne sont pas toujours informés de la prise en charge chirurgicale de leur patient, et jugent que le chirurgien doit alors assumer seul les conséquences d'un acte mené sans communication avec le médecin traitant.

Un sondage de l'Observatoire régional de la chirurgie ambulatoire (ORCA) (84) à l'AFCA montre que 70 % des médecins traitants ne sont jamais intégrés au choix de la prise en charge en ambulatoire (à noter que 65 % pensent que la validation de l'indication par le médecin traitant n'est pas nécessaire). 50 % s'estiment peu informés sur l'intervention et ses potentielles complications. Le délai de réception du compte-rendu est d'au moins 7 jours dans 75 % des cas.

Selon l'étude d'Hubert et al. (77) « les praticiens de ville ont le sentiment que les médecins hospitaliers ne collaborent pas avec eux » et 94% des médecins généralistes trouvent le délai de réception du Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) long ou trop long : ce délai apparaît dans leur étude comme un dysfonctionnement majeur.

En effet la médecine de ville n'est que trop rarement impliquée dans la prise en charge en chirurgie ambulatoire et surtout dans les suites à en attendre : la continuité des soins est non communiquée au médecin traitant.

De la même façon, aucune transmission n'est destinée à l'infirmier libéral qui intervient pour les injections, les pansements ou l'ablation de fils en dehors des prescriptions de soins. Il peut pourtant éviter certaines complications et rassurer le patient s'il connaît les conseils spécifiques à apporter et la surveillance nécessaire : une formation des professionnels de santé libéraux s'avère aussi nécessaire (85).

Selon J Langlois dans son article sur « l'Anesthésie du patient ambulatoire » (86), la participation du médecin traitant aux soins post opératoires « n'est pas toujours souhaitée ni par les opérateurs qui préfèrent souvent assumer seuls les suites opératoires, ni par les médecins traitants eux-mêmes qui peuvent se sentir incompetents car non formés à ce type de soins particulier ».

Ceci découle d'une confusion entre coordination ville hôpital et transfert de responsabilités concernant les événements post opératoires.

Mais selon la HAS, « réglementairement, il n'y a aucun transfert possible de responsabilité de l'opérateur / anesthésiste vers le médecin de ville, chaque professionnel restant responsable de son acte et de son suivi » (2).

En pratique, il est souhaitable qu'un document écrit soit fourni au patient pour qu'il garde une trace des informations qui lui sont délivrées. Mais il faut prendre en compte la confusion du patient qui existe indéniablement au décours d'une anesthésie, et qui entraîne une amnésie de certains faits et des certains conseils pourtant délivrés avant la sortie de l'UCA : le patient ne peut intégrer toutes les informations nécessaires à son suivi.

La HAS et l'ANAP ont alors bien distingué les rôles de chacun (2) :

L'unité de chirurgie ambulatoire se doit d'organiser la continuité des soins post opératoires et le médecin traitant gère le suivi médical des pathologies préexistantes à l'acte ambulatoire.

Les réticences des médecins généralistes face au mode de prise en charge ambulatoire s'observent en amont et en aval de l'intervention.

En 2014, « l'inspection générale des finances et des affaires sociale » a publié un rapport « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France » (4). Y sont décrits les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire.

Parmi les freins, sont mentionnées les réticences psychologiques des patients dont les médecins généralistes n'ont pas suffisamment valorisé la qualité de la prise en charge ainsi que la sécurité des interventions chirurgicales. Ce scepticisme des médecins proviendrait principalement d'un manque d'information : il est alors proposé une formation initiale relative à la chirurgie ambulatoire dès la première année de médecine.

Les propositions faites dans ce rapport concernent alors le projet d'une « action nationale de sensibilisation et d'information des médecins de ville et aux bénéficiaires de la chirurgie ambulatoire et intégrer cette thématique dans les modules de développement professionnel continu qui leur sont destinés », et veille à ce que « l'information systématique des médecins traitants soit assurée en amont et en aval des séjours de chirurgie ambulatoire et encourager la mise en place d'outils d'interface adaptés pour les UCA ».

Les propositions d'amélioration faites par la HAS et l'ANAP (2) concernent :

-la période pré opératoire : formation et information des professionnels de ville sur les actes réalisables en ambulatoire, les critères d'éligibilité du patient, etc.... et propose de formaliser des livrets informatifs.

-et la période post opératoire : bien spécifier la répartition des rôles et responsabilités entre l'équipe de l'UCA et les intervenants de ville : c'est bien l'UCA qui organise, coordonne et gère la continuité des soins post opératoires mais c'est le médecin traitant qui gère le suivi médical des pathologies préexistantes à l'acte ambulatoire.

En pratique, cette distinction n'est pas si simple à appliquer.

Le rôle de la médecine de ville est encore mal défini dans le parcours patient en chirurgie ambulatoire. L'implication des médecins généralistes dans le suivi post opératoire est encore fragile et la coopération entre médecine hospitalière et « de ville » est mal établie. Le taux de participation à ce sujet de thèse en est peut être un reflet.

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années (87–93) et arrivent à cette même conclusion : le médecin généraliste n'est pas encore bien intégré dans le parcours du patient opéré en ambulatoire, mais une meilleure information de celui-ci tant sur le plan théorique que pratique, serait bénéfique pour le patient opéré.

Les acteurs hospitaliers souhaitent que les médecins traitants soient en mesure d'informer et de rassurer les patients en amont et en aval de l'intervention.

Mais les généralistes ne se sentent pas associés à la prise en charge de leurs patients, ce qui limite leur désir d'investissement et de formation sur le sujet.

Pourtant un premier pas vers une meilleure communication de la part des médecins généralistes aurait été de participer plus largement à notre étude.

Il s'agissait pour les chirurgiens de la polyclinique de Navarre de leur proposer ensuite un outil d'aide et d'information adapté à leurs besoins dans la prise en charge de leur patients opérés en ambulatoire : le manque d'investissement dans le projet de leur part rend moins légitime la sensation de ne pas être suffisamment impliqués par les soignants hospitaliers.

Bien que la réalisation de cet outil ne soit pas l'objectif de ce travail de thèse, il est un préalable nécessaire. En effet, les chirurgiens de la polyclinique de Navarre souhaitent savoir si cet outil pouvait être utile aux médecins généralistes, quels étaient leurs supports préférentiels et les difficultés exprimées. Elaboré à la suite de cette étude, l'outil pourra répondre au mieux aux besoins exprimés par les médecins généralistes en ajustant le contenu et le choix du support à nos résultats.

La fréquence des recours au médecin généraliste va sans doute évoluer avec l'inclusion progressive en ambulatoire de patients présentant des maladies chroniques (dont les traitements devront être interrompus, dont les pathologies peuvent se décompenser), et pour des actes chirurgicaux plus lourds.

Les coopérations organisées entre l'hôpital et la ville sont actuellement peu répandues même si la plupart des établissements souhaitent renforcer ce lien pour sécuriser le parcours des patients. Le développement de la chirurgie ambulatoire suppose d'améliorer l'articulation de l'hôpital avec les soins de ville en amont et en aval des interventions et de faciliter l'implication des médecins généralistes.

Toutefois, la nécessité d'impliquer les professionnels de ville dans les parcours des patients ambulatoires peut être critiquée.

Les textes de la HAS et de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire soulignent que la qualité et de la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire réside dans l'anticipation et la maîtrise des besoins du patient à l'issue de son intervention une fois revenu à son domicile.

Le patient doit donc posséder des ordonnances pour les traitements et les dispositifs médicaux nécessaires, il doit aussi avoir reçu toutes les informations sur les suites de l'intervention et être en mesure d'y faire face.

En cas de signe clinique d'alerte, il doit savoir comment joindre l'établissement où il a été opéré.

En théorie donc, il n'y a pas besoin de l'intervention du médecin généraliste, ce qui explique qu'il n'ait pas de place définie pour lui dans ce parcours de soin.

Pourtant, le recours spontané des patients vers leur médecin traitant en cas de besoin impose une implication du médecin généraliste.

Il reste leur interlocuteur privilégié et le représentant de la continuité des soins.

Il connaît leur environnement social, culturel et familial ainsi que le reste de leur passé médical.

Il sera la présence rassurante au domicile du patient qui se voit confier la responsabilité d'être acteur de sa santé.

Il est alors nécessaire de développer l'information et la formation des médecins traitants en amont de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire et de préciser leurs conditions d'intervention éventuelles lors de la gestion des complications, en aval.

L'exemple de la polyclinique Sévigné questionne sur l'intérêt du suivi post opératoire systématique à domicile (73,74). L'expérience menée depuis 2005 à la polyclinique Sévigné (Cesson Sévigné) consistait à organiser la visite systématique d'un médecin généraliste le lendemain d'une intervention réalisée en ambulatoire. Il s'agissait d'une étude centrée sur la clinique, réalisée par elle et dans le but d'améliorer son fonctionnement propre.

Durant cette étude, le médecin traitant était précocement informé de la chirurgie ambulatoire programmée de son patient. Un rendez-vous de consultation le lendemain de l'intervention était planifié de façon systématique.

Lors de cette consultation, le médecin généraliste (qui avait reçu une formation) devait remplir une fiche d'évaluation clinique qu'il faxait ensuite à la polyclinique. Le médecin devait procurer des informations aux patients, les rassurer sur des symptômes ressentis, gérer des problèmes d'analgésie et à vérifier l'état local du site opératoire. Les médecins ont estimé que cette consultation avait permis d'éviter une ré-hospitalisation dans certains cas.

Elle a démontré que les médecins généralistes pouvaient être intégrés à la prise en charge ambulatoire et que la qualité de celle-ci pouvait s'en trouver améliorée : tant du point de vue des patients qui sont moins anxieux que du point de vue des médecins qui travaillent dans de meilleures conditions.

Dans un premier temps, quelques changements dans les habitudes de l'UCA pourraient facilement améliorer la prise en charge des patients par leurs médecins traitants : informer systématiquement par courrier de l'intervention programmée pour leur patient, et joindre au dossier du patient l'un des documents demandés par les médecins lors de cette étude.

Informé directement par téléphone le médecin de la sortie de son patient en ambulatoire serait idéal pour l'impliquer dans la prise en charge et limiter les problématiques liées au délai de création et de réception des CRH.

Cette initiative étant difficilement réalisable par le personnel de l'UCA, le développement d'applications mobiles (telle que MONALI®, E-Fitback® (détaillée en ANNEXE 7) ou de messageries sécurisées (telle que APICRYPT) avec envoi automatisé des informations sont en voie de développement et devront être évaluées.

VI. CONCLUSIONS

Notre étude à la polyclinique de Navarre démontre que jusqu'à présent le médecin traitant est rarement appelé à intervenir dans la prise en charge post opératoire du patient opéré en ambulatoire, mais que lorsqu'il est sollicité il se sent trop peu informé par l'équipe de l'UCA ni associé à la prise en charge de son patient.

Selon les médecins ayant participé à notre étude, des documents complémentaires fournis par l'UCA seraient nécessaires pour faciliter la prise en charge des patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire tels que des consignes post opératoires et de surveillance ou le compte rendu d'hospitalisation du patient.

Plus de la moitié d'entre eux souhaiterait pouvoir joindre un référent en ambulatoire à toute heure pour obtenir des informations.

Tenant compte de leurs préférences, un outil d'aide élaboré au décours de notre étude pourra se présenter sous la forme d'un livret de conseils remis au patient ou de fiches détaillant les protocoles de prises en charge, ciblés sur les principales complications post opératoires attendues.

Les difficultés des médecins mises en évidence lors de la gestion de la douleur, des infections, du risque de décompensation de comorbidité, des soins de plaie ou des troubles digestifs chez leurs patients devront y être abordées.

Quel que soit le support de cet outil, il sera souhaitable qu'il bénéficie d'un système de retour d'informations afin de pouvoir s'améliorer et de continuer à répondre aux besoins des généralistes.

Il contribuera ainsi à la formation des médecins, et favorisera leur sensation d'implication dans la qualité de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.

La proposition d'un outil d'aide à la prise en charge des complications post opératoires de chirurgie ambulatoire marque le désir d'une meilleure communication entre l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire de la polyclinique de Navarre et les médecins traitants. Les informations apportées permettront une meilleure prise en charge des patients, toujours favorisée par le développement des relations « ville-hôpital ».

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la santé et CNAMTS. Thème 1B : « Le patient peut-il intervenir dans le choix de sa prise en charge ? ». Abécédaire de chirurgie ambulatoire-règlementation, organisation, pratique. 2009. p. 11-17.
2. HAS, ANAP. Fiche n°13 : Améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire - Recommandation Organisationnelles-15 fiches technique explicatives, évaluatives de mise en œuvre [internet]. 2013 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/fiches-techniques_v3.pdf
3. SFAR. Recommandations formalisées d'expert. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. 2009.
4. Bert T, Hausswalt P, Weill M, Autume C. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. France: Inspection générale des finances; 2015; 288p.
5. Code de la santé publique. Article R6121-4. [Internet] Legifrance. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022072779>
6. Bontemps G. Récupération rapide après chirurgie : situation actuelle en France. Anesth Réanimation. 1 oct 2015;1(5):401-8.
7. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [Internet]. Legifrance. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
8. Code de la santé publique - Article D6124-301-1[Internet]. Legifrance. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid>
9. AFCA. Chirurgie Ambulatoire [Internet]. Site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/>
10. International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). About the IAAS [Internet]. Site de l'IAAS; 2016 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.iaas-med.com/>
11. Parmentier G. Suggested international terminology and definitions A short presentation. In: IAAS Recommendations for the development of Day Surgery Programmes». 2005.
12. Hollender L-F. La chirurgie sans hospitalisation : rapport de la conférence. Paris: Coopérative d'information et d'édition mutualiste; 1993. 20p.
13. Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique [Internet]. Legifrance. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id>
14. Pr. A. Lienhart. L'anesthésie du patient ambulatoire 2ème édition – 1990 -1994 [Internet]. Paris : SFAR. [Cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://sfar.org/lanesthesie-du-patient-ambulatoire/>
15. Gentili M, Dufeu N, Lienhart A. Complications et risques au cours de la chirurgie ambulatoire. Prat En Anesth Réanimation. 1 déc 2009;13(6):429-37.
16. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Programme national chirurgie ambulatoire. 2016.

17. Direction générale de l'offre de soins. Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 [Internet]. 2015[cité 29 avr 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf
18. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Fiche 2-3 : L'ambulatoire en chirurgie et en médecine. Recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière [Internet] [internet]. 2017 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur:http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-3_ambulatoire_chirurgie_et_medecine.pdf
19. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Fichier de résultats 2011-2015 pour chaque indicateur et décliné par région [Internet]. 2015 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/programme-national-chirurgie-ambulatoire>
20. Beaussier M. Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017 ? Prat En Anesth Réanimation. 1 avr 2017;21(2):85-9.
21. HAS, ANAP. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. État des lieux et perspectives [Internet]. 2013 [cité 4 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/rapport_dorientation_-_tarification_de_la_chirurgie_ambulatoire_en_france_et_a_letranger.pdf
22. HAS, ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances [Internet]. 2012 [cité 20 mai 2018]. Disponible sur:https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. La chirurgie ambulatoire. Une alternative à l'hospitalisation conventionnelle [Internet]. 2017 [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/chirurgie-ambulatoire-10602/chirurgie-ambulatoire>
24. Gaillard L. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2015; 207p.
25. HAS, ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Recommandations organisationnelles [Internet]. 2013 [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf
26. Ameli.fr pour les médecins. Accord préalable et chirurgie ambulatoire [Internet]. Mars 2017 [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-chirurgie-ambulatoire>
27. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanimation. janv 2010;29(1):67-72.
28. Code de la santé publique - Article D6124-304[Internet]. Legifrance. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026306012>
29. Code de la santé publique. Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation [Internet]. Legifrance. 2012 [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/8/20/2012-969/jo/texte>
30. Gaucher M, Phan E, Miquel, Kelechian. Charte de fonctionnement: structure ambulatoire de la polyclinique de Navarre, deuxième version. 2018.
31. Jouffroy L. Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité. Ann Chir. 1 sept 2001;126(7):686-91.
32. HAS, ANAP. Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : outils et guide [Internet]. 2013 [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf

33. HAS. Chirurgie ambulatoire - Grille de contrôle interne [Internet]. mars 2015 [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/grille_controle_interne_chir_ambu.pdf
34. Bloc S, Mercadal L, Cuny P, Renault F, Dessieux T, Garnier T, et al. Fast-tracking en anesthésie locorégionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité. *Ann Fr Anesth Réanimation*. oct 2010;29(10):716-9.
35. Palumbo P, Tellan G, Perotti B, Pacilè MA, Vietri F, Illuminati G. Modified PADSS (Post Anaesthetic Discharge Scoring System) for monitoring outpatients discharge. *Ann Ital Chir*. déc 2013;84(6):661-5.
36. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*. sept 1995;7(6):500-6.
37. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. févr 1995;7(1):89-91.
38. Code de la santé publique. Article D6124-101 [Internet]. Legifrance. [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006917096>
39. Theissen A, Beaussier M, Bouregba M, Rouquette-Vincenti I, Niccolai P, Lienhart A. La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en chirurgie ambulatoire. *Anesth Réanimation*. 1 déc 2016;2(6):381-90.
40. HAS, ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire en 12 questions [Internet]. avr 2012 [cité 26 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf
41. Lemanu DP, Singh PP, Berridge K, Burr M, Birch C, Babor R, et al. Randomized clinical trial of enhanced recovery versus standard care after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Br J Surg*. mars 2013;100(4):482-9.
42. Natof HE. Complications Associated With Ambulatory Surgery. *JAMA*. 5 sept 1980;244(10):1116-8.
43. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major Morbidity and Mortality Within 1 Month of Ambulatory Surgery and Anesthesia. *JAMA*. 22 sept 1993;270(12):1437-41.
44. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik A-MG, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1 mars 2012;56(3):323-31.
45. Theissen A, Fuz F, Bouregba M, Autran M, Beaussier M. A ten-year analysis of the reasons for death following ambulatory surgery: Nine closed claims declared to the SHAM insurance. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 20 mars 2018.
46. De Oliveira GS, Holl JL, Lindquist LA, Hackett NJ, Kim JYS, McCarthy RJ. Older Adults and Unanticipated Hospital Admission within 30 Days of Ambulatory Surgery: An Analysis of 53,667 Ambulatory Surgical Procedures. *J Am Geriatr Soc*. août 2015;63(8):1679-85.
47. Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, et al. Patient selection for day case-eligible surgery: identifying those at high risk for major complications. *Anesthesiology*. déc 2013;119(6):1310-21.
48. Chanu Rhee C, Huang SS, Berríos-Torres SI, Kaganov R, Bruce C, Lankiewicz J, et al. Surgical Site Infection Surveillance Following Ambulatory Surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol*. févr 2015;36(2):225-8.
49. Marshall SI, Chung F. Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery: *Anesth Analg*. mars 1999;88(3):508-17.

50. Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery — a prospective study. *Can J Anaesth*. 1 juill 1998;45(7):612.
51. Chung F, Mezei G. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Can J Anesth*. 1 mai 1999;46(5):R18-34.
52. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Prat Organ Soins*. 2008;39(4):323.
53. Loterstajn N, Villefranche V, Pizzoferrato A-C. Faisabilité de la coelioscopie gynécologique en ambulatoire. Une étude prospective à propos de 50 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 janv 2016;45(1):29-35.
54. Mitchell M. Home recovery following day surgery: a patient perspective. *J Clin Nurs*. 1 févr 2015;24(3-4):415-27.
55. Debono B, Sabatier P, Garnault V, Hamel O, Bousquet P, Lescure J-P, et al. Outpatient Lumbar Microdiscectomy in France: From an Economic Imperative to a Clinical Standard-An Observational Study of 201 Cases. *World Neurosurg*. oct 2017;106:891-7.
56. Bizard F. Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire ? *Mém L'Académie Natl Chir*. déc 2017;13.
57. Fox JP, Vashi AA, Ross JS, Gross CP. Hospital-based, acute care following ambulatory surgery center discharge. *Surgery*. mai 2014;155(5):743-53.
58. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth*. 1 nov 1996 ;43(11):1121-7.
59. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth*. avr 1998;45(4):304-11.
60. 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. *Can J Anaesth J Can Anesth*. nov 2004;51(9):886-91.
61. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth*. 1 août 2002 ;14(5):349-53.
62. Langlois J, Mazoit JX, Eschwège P, Spraul JM, Samii K. Confort postopératoire après chirurgie ambulatoire. *Ann Fr Anesth Réanim* .1996.
63. Kong KL, Child DL, Donovan IA, Nasmyth-Miller D. Demand on primary health care after day surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. juill 1997;79(4):291-5.
64. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg*. 1 nov 1994;81(11):1635-8.
65. Code de la santé publique. Article R.4127-45 [Internet]. Legifrance. 2012 [cité 26 mai 2018]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E6980DEE848AB6A4E34983CAB068D24.tplgfr28s_2?idArticle=LEGIARTI000025843580&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
66. Code de la santé publique. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique [Internet]. Legifrance. sept 2018 [cité 26 mai 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000228784>

67. Vons C. Newsletter d'informations : Ambulatoire/Sortie précoce, HAD après chirurgie : la grande "confusion" [Internet]. Chirurgie Ambulatoire - site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire; 2016 [cité 28 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletters.html>
68. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831.
69. 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.
70. Beaussier M, Vons C. Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire. *Presse Médicale*. mars 2014;43(3):305-8.
71. Gignoux B, Gosgnach M, Lanz T, Vulliez A, Blanchet M-C, Frering V, et al. Short-term Outcomes of Ambulatory Colectomy for 157 Consecutive Patients. *Ann Surg*; 1 mai 2018.
72. Beaussier M, Marchand-Maillet F, Dufeu N. Nouveautés organisationnelles de l'ambulatoire. 2013;6.
73. Daneshpouy M, Farge D. Sujets en situation de précarité. *Rev Prat*. 2005;6.
74. Romon I, Fagot-Campagna A. Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, *Entred* 200. nov 2006;(45):8.
75. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire: résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000. *Ann Chir*. avr 2002;127(4):262-7.
76. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA*. 19 févr 2014;311(7):709-16.
77. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. oct 2009;38(10):1404-9.
78. Vernes E, Viel E, Ripart J, Eledjam J. Rôle du médecin généraliste : facteur limitant ou partenaire de la période post-opératoire. *JEPU* 13 juin 2004; 2004.
79. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016 [cité 2 juin 2018] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
80. HAS. Efficacité de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. 2013 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficacite_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf
81. Kolltveit B-CH, Gjengedal E, Graue M, Iversen MM, Thorne S, Kirkevold M. Telemedicine in diabetes foot care delivery: health care professionals' experience. University of British Columbia; 2016.
82. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. John Wiley & Sons, Ltd; 2015.
83. Amelon F-X. Évaluation d'une application web pour le rappel à J+1 des patients de chirurgie ambulatoire. *Médecine humaine et pathologie*. 2016

84. Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire. Questionnaire médecins traitants [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/24-non-classe/98-sondages-en-ligne.html>
85. Guillon M-O. La suite des soins à domicile après chirurgie ambulatoire. La revue de l'infirmière. 5 oct 2017;66(234):26-7.
86. Langloy J. Anesthésie du patient ambulatoire. Encyclopédie médico-chirurgicale. Elsevier; 2000. 12 p.
87. Hubert J-C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des complications de la chirurgie ambulatoire .Thèse d'exercice; Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis faculté de Médecine; 2009.
88. Delangre A. Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire, représentations des patients: étude qualitative réalisée dans le Nord - Pas de Calais. Thèse d'exercice, Lille: Université du droit et de la santé; 2014.
89. Foncelle C. Place du médecin généraliste dans le suivi postopératoire immédiat en chirurgie ambulatoire viscérale.Thèse d'exercice, Picardie : Université Jules Verne; 2014.
90. Jung J. Chirurgie ambulatoire et médecine générale en Maine-et-Loire: outils de communication pour la continuité des soins. Thèse d'exercice, Angers: Faculté de santé; 2014.
91. Saïch E. Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire, point de vue des médecins généralistes: étude qualitative sur 10 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais .Thèse d'exercice, Lille : Université du droit et de la santé; 2014.
92. Vermersch C. Représentations de la coordination des soins ville-hôpital par les professionnels de santé paramédicaux: une étude qualitative à partir d'un service de chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille. Thèse d'exercice, Lille : Université du droit et de la santé; 2014.
93. Le Moan A, Cuvelier G, Dubrana F. Place du médecin généraliste breton dans la chirurgie ambulatoire. 2015.
94. E-fitback, solution digitale de suivi patients et de gestion des parcours de soins [Internet]. Nouveal e-santé [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: <https://nouveal.com/fr/>
95. La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Instruction DGOS/R3 n°2015-296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. [Internet]. 2015 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=40158>
96. ARS. La chirurgie ambulatoire [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/node/3317>

VIII. ANNEXES

« Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité chirurgicale et pour certaines racines » (ANNEXE 1)

« Interventions réalisées en ambulatoire à la polyclinique Navarre » (ANNEXE 2)

« Trame d'appel de la veille » (ANNEXE 3)

Score d'Aldret (ANNEXE 4)

Le « score d'aptitude à la rue » (ANNEXE 5)

« Trame générale d'appel du lendemain en ambulatoire » (ANNEXE 6)

E-Fitback® (ANNEXE 7)

Livret « Consignes post opératoires après une chirurgie de prothèse totale de hanche en ambulatoire dans le programme RRAC » (ANNEXE 8)

Accord obtenu auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté CNIL (ANNEXE 9)

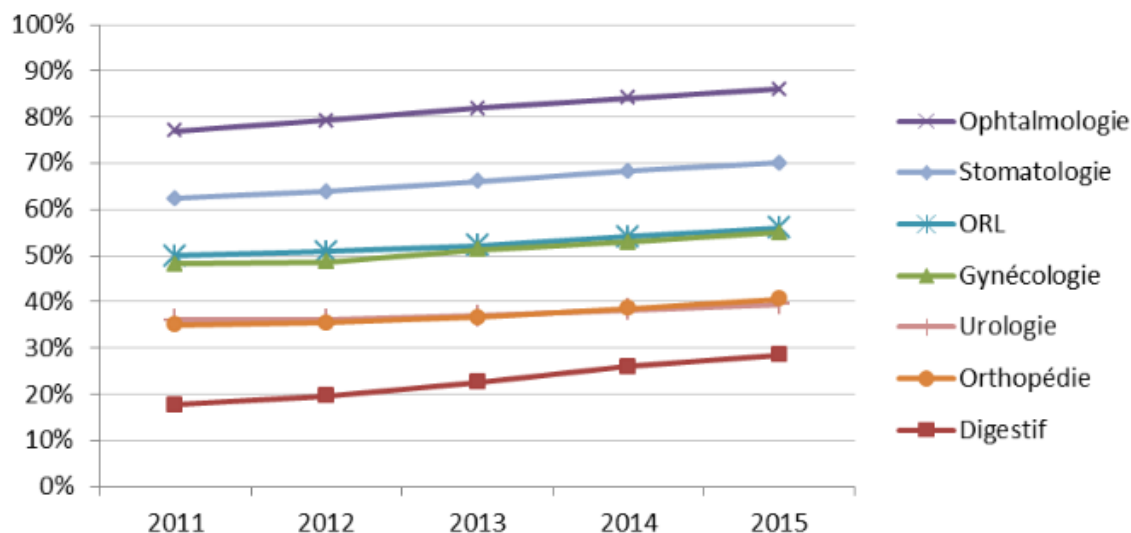
Le questionnaire adressé aux médecins traitants (ANNEXE 10)

ANNEXE 1

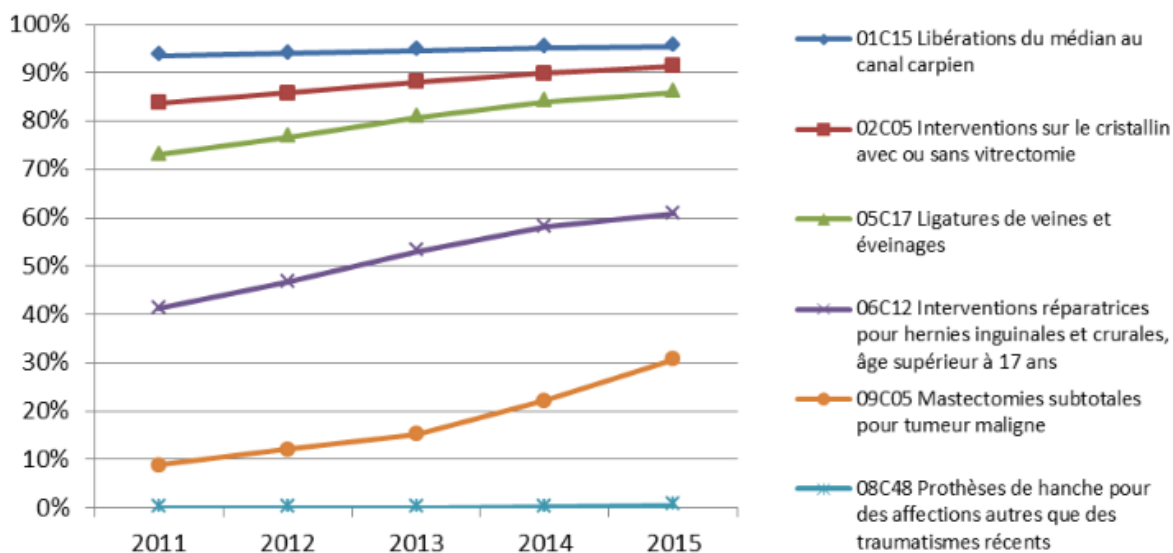
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité chirurgicale et pour certaines racines.

Graphiques issus de « Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire » publié en 2016 par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (16).

Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par spécialité chirurgicale



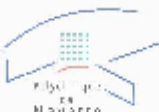
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour certaines racines



ANNEXE 2 : « Interventions réalisées en ambulatoire à la polyclinique Navarre »

<i>GYNECOLOGIE</i>	<i>FIV Hystéroskopie Tumorectomie IVG Coelio ligature trompe Abcès sein Essure Ablation nodule sein Cancer du sein Kyste de l'ovaire</i>	<i>Conisation DIU K30 Coelio explo Aspiration Biopsie sein TOT Condylomes Curage axillaire Annexectomie</i>
<i>DIGESTIF</i>	<i>Fissure anale Hemorroïdectomie vésicule Hernie Ombilicale Lipome</i>	<i>Abcès KSC Hernie inguinale PAC Hernie inguinale</i>
<i>ORTHOPEDIE</i>	<i>Canal carpien Arthroscopie (mbre inf) Hallux valgus Nerf cubital Doigt à ressaut Ablation et pose matériel osteosynthèse</i>	<i>Ablation Kyste doigt Hygroma Ablation corps étranger Kyste synovial Ostéotomie metatarsien</i>
<i>NEUROCHIRURGIE</i>	<i>Canal carpien PIL Myelo</i>	<i>Hernie discale Biopsie vertébrale Stimulateur medullaire</i>
<i>OPHTALMOLOGIE</i>	<i>Cataracte Combiné Sondage canal lacrymal</i>	<i>Ptérygion Glaucome Détachement rétine</i>
<i>ESTHETIQUE</i>	<i>blépharo basocellulaire Greffe de peau</i>	<i>Lipo aspiration Oreille décollée</i>
<i>ORL</i>	<i>amygdalectomie ATT Reconstruction nasale Endoscopie Section de frein Ablation corps étranger Rhinoplasie</i>	<i>Végétation FOPN MCL panendoscopie Dacryo Ethmoidectomie Septoplastie</i>
<i>STOMATO</i>	<i>DDS Extraction dent surnum Chirurgie reconstructrice</i>	<i>DDS Extraction dent surnum</i>
<i>GASTRO</i>	<i>Coloscopie</i>	<i>Fibroscopie</i>
<i>UROLOGIE</i>	<i>Pose Ablation JJ LEC Fixation testiculaire Pose de grain d'or Endoscopie uro (Urétéroscopie Cysto)</i>	<i>Circoncision PBP vasectomie TOT</i>
<i>CHIRURGIE VASCULAIRE</i>	<i>Ablation KT jugulaire Amputation orteil Biopsie artère temporale Cathéter jugulaire</i>	<i>Dilatation FAV Fistule AV PAC (pose ablation changement) Phlébectomie</i>

ANNEXE 3 : « Trame d'appel de la veille »

	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT TRAME D'APPEL DE LA VEILLE EN AMBULATOIRE	Référence : DE.SOIN.145 Date d'application : 25/01/2018 Version : 1 Pages : 1/1
---	--	--

Vérification identité du patient :

Nom : Date de naissance : Motif d'hospitalisation :

Prénom : Numéro appel :

Patient non joint :

Message laissé sur répondeur (uniquement si identité du patient décliné sur la messagerie) afin que le convoqué rappelle l'établissement

Appel réalisé par : Heure : Echec 1

Appel réalisé par : Heure : Echec 2

Appel réalisé par : Heure : Echec 3 Bloc prévenu

Heure de convocation :

Heure prévisionnelle du bloc : Position au bloc :

NB : les enfants dont l'intervention est prévue le matin seront convoqués à 7h30, ceux dont l'intervention est prévue l'après-midi à 11h30. Les autres seront convoqués par principe 1h avant l'horaire de l'intervention

Vérification de l'état de santé du patient :

Absence de modification

Modification de l'état de santé :

Préciser :

Dr..... informé

Intervention annulée

Rappeler les consignes suivantes :

- Amener le passeport ambulatoire
- Amener les consentements signés
- Apporter les résultats d'imagerie médicale : écho, IRM, Scanner, Radio (entourer l'examen demandé)
- Apporter les examens préopératoires (Prise de sang, carte de groupe sanguin)
- Apporter les résultats des consultations de spécialistes : cardiologue, pneumologue
- Respecter les consignes données par l'anesthésiste pour le jeûne et la prise de traitement personnel
- Prendre une douche la veille et le jour de l'intervention
- Ne pas mettre de maquillage, vernis, bijoux
- Dépilation à domicile selon l'intervention
- Prévoir une personne pour vous raccompagner à votre domicile
- Accompagnant à domicile pour la première nuit demandé par le médecin et /ou ARE présent

Pour les patients relevant de l'urologie ayant besoin d'un ECBU :

Résultat présent au secrétariat d'urologie

ECBU négatif

ECBU positif traitement ATB depuis 24h

Résultat non présent au secrétariat

ECBU fait Nom labo :

ECBU négatif

ECBU positif traitement ATB depuis 24h

Nom IDE :

Signature :

ANNEXE 4 : Score d'Aldrete

Score utilisé par les anesthésistes de la polyclinique de Navarre, issu du site Medicalcul « <http://medicalcul.free.fr/aldrete.html> »

Motricité spontanée ou à la demande

- 0 - Immobile.
- 1 - Bouge 2 membres.
- 2 - Bouge 4 membres.

Respiration

- 0 - Apnée.
- 1 - Ventilation superficielle, dyspnée.
- 2 - Ventilation profonde, toux efficace.

Variation de la PA systolique (par rapport à la PA pré-anesthésie)

- 0 - PA \pm 50 %.
- 1 - PA \pm 20-50 %.
- 2 - PA \pm 20 %.

Conscience

- 0 - Aréactif.
- 1 - Réactif à la demande.
- 2 - Réveillé.

Coloration

- 0 - Cyanosé.
- 1 - Pâle, grisâtre.
- 2 - Normale.

Saturation en O₂

- 0 - SpO₂ < 90% malgré l'apport d'oxygène.
- 1 - SpO₂ > 90% grâce à l'apport d'oxygène.
- 2 - SpO₂ > 92 % à l'air ambiant.

Score d'Aldrete :

Score d'Aldrete modifié :

Interprétation:

Un score d'Aldrete de 10, ou un score modifié de 12, autorise la sortie de salle de réveil et le retour en chambre.

Références:

Aldrete, J. A. and Kroulik, D.: A Postanesthetic Recovery Score. Anesthesia and Analgesia. Current Researches VOL.4 9, NO. 6, Nov.-Dec., 1970.

Aldrete, J.A.. The post anaesthesia recovery score revisited [letter]. J Clin Anesth 1995;7:89-91.

Aldrete, J. A. and Kroulik, D.: Un metodo de valoracion del estado fisico en el periodo postanestesisico. Rev. Mex. Anesth. 18:17-19 (Ene.-Feb.) 1969.

ANNEXE 5 : Le « score d'aptitude à la rue »

	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT SCORE D'APTITUDE A LA RUE POUR LE PATIENT DE PLUS DE 16 ANS	Référence : DE.SOIN.123 Date d'application : Version : 4 Pages : 1/1
	PRESCRIPTION MEDICALE :	

➤ **Durée de surveillance minimale post retour SSPI** :heures

Nom et Signature Anesthésiste :

➤ **Passage souhaité de l'anesthésiste :**

OUI

Nom et Signature Anesthésiste :

➤ **Passage souhaité du praticien :**

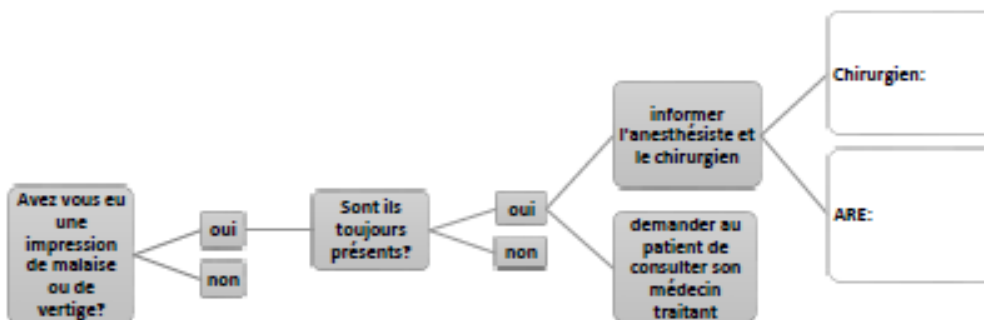
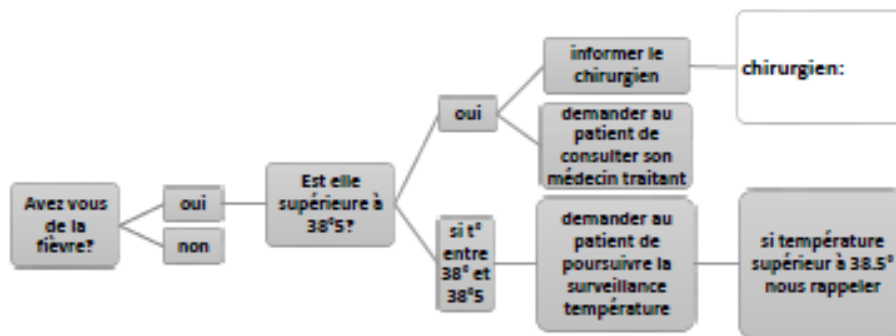
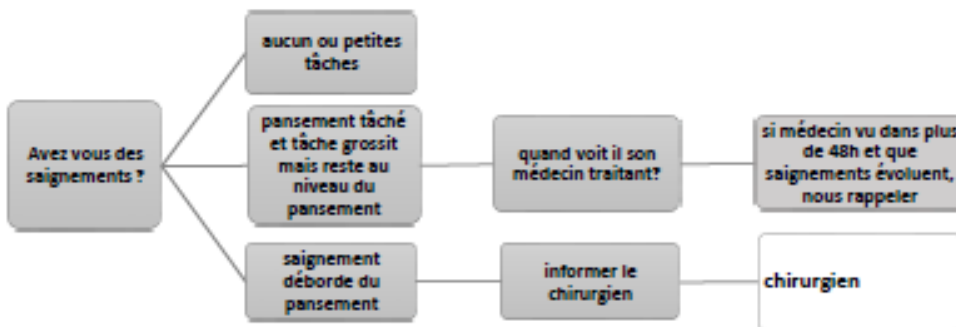
OUI

Nom et Signature Praticien :

Etiquette patient Nom – Prénom : Date de naissance :
--

	Heure	Heure	Heure	Heure	Heure
CRITERE 1 : CONSTANTES VITALES (t°, pouls, respiration)					
<i>Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire</i>	2	2	2	2	2
<i>Variation comprise entre 20 et 40% par rapport au préopératoire</i>	1	1	1	1	1
<i>Variation supérieure à 40% par rapport au préopératoire</i>	0	0	0	0	0
CRITERE 2 : DEAMBULATION					
<i>Démarche assurée, sans vertige</i>	2	2	2	2	2
<i>Marche possible avec assistance</i>	1	1	1	1	1
<i>Démarche non assurée, vertiges</i>	0	0	0	0	0
CRITERE 3 : NAUSEES et/ou VOMISSEMENTS					
<i>Minimes</i>	2	2	2	2	2
<i>Modérés</i>	1	1	1	1	1
<i>Sévères</i>	0	0	0	0	0
CRITERE 4 : DOULEUR					
<i>Minime</i>	2	2	2	2	2
<i>Modéré</i>	1	1	1	1	1
<i>Sévère</i>	0	0	0	0	0
CRITERE 5 : SAIGNEMENT CHIRURGICAL					
<i>Minime</i>	2	2	2	2	2
<i>Modéré</i>	1	1	1	1	1
<i>Sévère</i>	0	0	0	0	0
TOTAL					
SIGNATURE IDE					

Au-delà de la durée de surveillance post-SSPI prescrite par l'ARE et si le score est supérieur ou égal à 9/10, le patient est alors apte à rentrer à son domicile en présence de son accompagnant et/ou d'une personne pouvant passer la nuit avec lui.

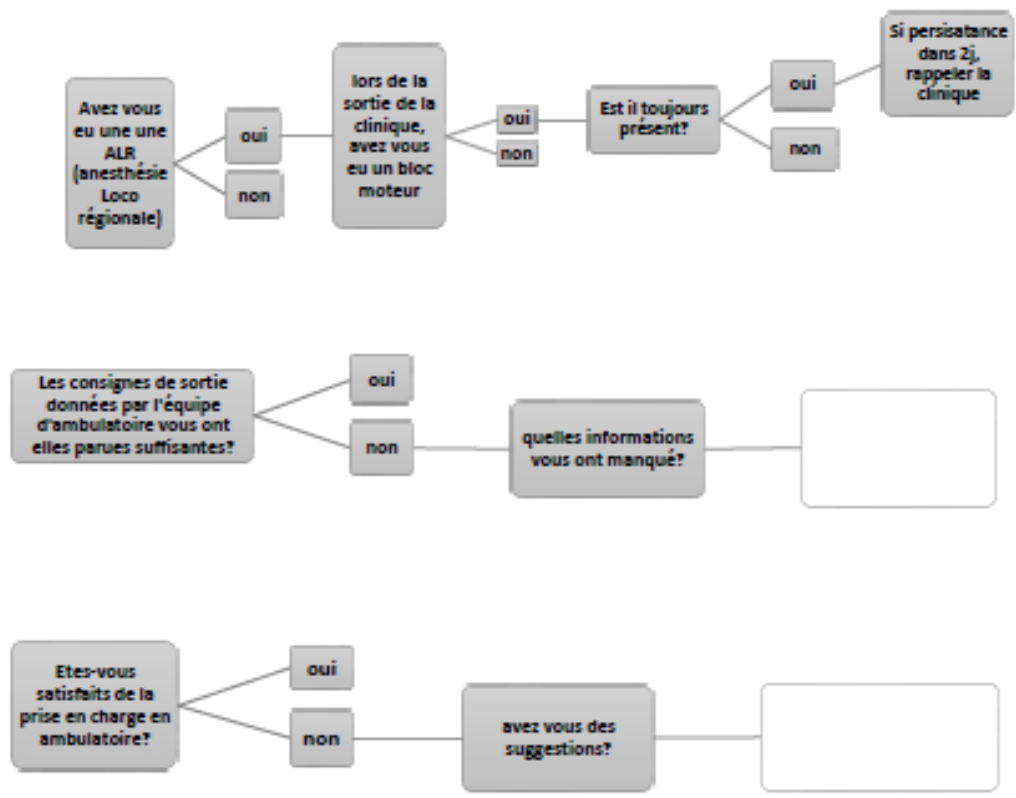




DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Trame générale d'appel du lendemain en Ambulatoire

Référence : DE.SOIN.146
Date d'application : 29/01/2018
Version : 1
Pages : 3/3



Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

NB : DES QU'UN CRITERE NECESSITE UNE INFORMATION AUX PRATICIENS OU A L'ANESTHESISTE, RAPPELER LE PATIENT POUR LUI DONNER LA CONDUITE A TENIR ET LE TRACER SUR LA FEUILLE DE SUIVI D'APPEL DU PATIENT

ANNEXE 7 : E-Fitback®

L'ambulatoire peut s'avérer déstabilisant pour les patients qui se sentent livrés à eux même lors du retour rapide au domicile : c'est pour répondre à cette problématique que « Nouveal e-santé », start up lyonnaise éditrice de logiciel en e-santé depuis 2013 (94) a développé « e-fitback® » en janvier 2016. Cette plateforme gratuite, disponible sur ordinateur, tablette et Smartphone permet un réel accompagnement depuis la pré-admission jusqu'au post opératoire et sert d'interface entre les patients et les professionnels de santé. Elle est actuellement utilisée dans une soixantaine d'établissements en France (dont la Polyclinique Bordeaux Tondu (33) en orthopédie).

L'ARS a financé près de la moitié du développement du projet dans le cadre d'un dispositif de soutien aux projets innovants en santé.

Lors de la pré-admission, les démarches sont simplifiées : les documents nécessaires peuvent être envoyés via la plateforme : photocopie de la carte d'identité, de la carte vitale, consentement éclairé.

Afin de se préparer au mieux à l'opération, le patient reçoit des notifications lui indiquant les différentes tâches à ne pas oublier : rendez-vous avec l'anesthésiste, médicament à prendre à J-2, etc. et le jour de l'opération, le patient bénéficie d'une check-list pour l'aider à s'organiser. Des documents explicatifs (PDF ou vidéo) sont mis à sa disposition sur e-fitback®, pour lui indiquer comment se préparer et comment se déroulera le retour chez lui.

Durant les jours qui suivent l'intervention, le patient remplit un questionnaire quotidien pour renseigner son niveau de douleurs, sa température, l'évolution de sa cicatrice. Des informations qui sont directement transmises aux personnels soignants qui peuvent ainsi surveiller à distance l'état de santé des patients et reçoivent une alerte en cas de problème : l'outil permet de déceler précocement des complications grâce aux protocoles informatisés.

Dans les centres qui utilisent cette interface, l'équipe médicale (IDE et médecin) reçoivent les réponses des patients et les traitent 24h/24h, 7 jours sur 7.

Il existe une messagerie sécurisée qui permet l'envoi de documents ou de photographies afin de communiquer avec l'équipe médicale. Les données sont sécurisées et soumises au secret médical. E-fitback® permettrait de favoriser la chirurgie ambulatoire et d'éliminer les tâches administratives et les appels de la veille et du lendemain très chronophages, permettant à l'établissement d'optimiser son organisation et ses protocoles grâce aux statistiques collectées par l'application.

La plateforme est entièrement modulable par les professionnels de santé qui peuvent paramétrer conseils et instructions en fonction du type d'opération, des protocoles de l'établissement, des antécédents médicaux du patient etc.

Cette solution digitale rentre dans le cadre de la RRAC (Récupération Rapide Après Chirurgie) mise en place par le groupe de santé Capio (pionnier dans ce domaine) afin de répondre à la directive émise par l'Union Européenne n°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 (95).

Le groupe Capio compte une vingtaine d'établissements de santé et est un acteur majeur de l'hospitalisation privée : en Aquitaine il est à l'origine de la clinique Belharra à Bayonne, la clinique Aguilera à Biarritz, la clinique Jean le Bon à Dax.

Bien qu'initialement destiné au suivi patient en chirurgie ambulatoire, e-fitback® a été développé de manière à pouvoir s'adapter à n'importe quel type de suivi, toutes pathologies et disciplines confondues : maladies chroniques, oncologie, psychiatrie...

ANNEXE 8 : Projet RRAC et livret « Consignes post opératoires après une chirurgie de prothèse totale de hanche en ambulatoire dans le programme RRAC »

Le projet RRAC

Il est précisé dans la charte de fonctionnement de la structure ambulatoire à la polyclinique de Navarre que la cadre et les IDE doivent être formées à la Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC) : ceci souligne que ce principe se retrouve étroitement lié à celui de la chirurgie ambulatoire.

A la polyclinique, une demande de « projet RRAC » dans le cadre de l'opération de la prothèse totale de hanche en ambulatoire a été validée en 2018.

L'objectif étant que le patient rentre chez lui au décours de l'opération le plus tôt et dans les meilleures conditions possibles.

Ainsi, une vidéo Youtube disponible sur la page Facebook de la polyclinique de Navarre présente ce protocole, et les patients concernés par cette opération en ambulatoire et éligibles à ce processus de RAAC reçoivent une documentation particulière et livret d'information pédagogique sur « les consignes post opératoires après une chirurgie de prothèse totale de hanche en ambulatoire dans le programme RRAC » (ANNEXE 7).

Le patient est impliqué : il est acteur de sa prise en charge et de sa récupération.

Dans le service d'ambulatoire, ce projet se concrétise par la présence d'une infirmière dédiée tous les après midi pour préparer la sortie des patients : en amont de la chirurgie, il s'agit d'anticiper toutes les démarches post opératoires. Elle travaille avec les données du dossier médical des patients et s'adapte selon leur environnement (type d'habitation, enfants à charge, etc.).

Elle s'assure de la bonne coordination du lien ville-hôpital en partageant les informations avec le médecin traitant et les libéraux (IDE et kinésithérapeutes) auxquels elle transmettra une fiche de liaison avant même la chirurgie en ambulatoire.

Le lendemain de l'opération, l'IDE RRAC s'occupe de l'appel du lendemain.

Avec le processus RRAC, il s'agit d'intégrer des opérations plus lourdes au mode ambulatoire en renforçant l'organisation des soins en amont de la chirurgie.



NUMERO A CONTACTER

En cas d'urgence, vous pouvez contacter la
Polyclinique de Navarre 24h/24 au :
05 59 14 54 54

Pour tous renseignements, vous pouvez
également contacter l'IDE RRAC au :
05 59 14 53 28

Du lundi au vendredi de 14h30 à 18h00

Nous vous contacterons le lendemain de votre
intervention ainsi qu'au 3^{ème} jour afin d'assurer
votre suivi post opératoire.

N'HESITEZ PAS A CONTACTER L'IDE RRAC 05 59 14 53 28

Si vous observez l'un des symptômes
suivant :

- Une peau rouge et brûlante au niveau de la cicatrice, un écoulement au niveau des points
- Une fièvre significative
- Un gonflement ou des douleurs d'un mollet
- Des douleurs importantes empêchant la marche malgré la prise du traitement antalgique.



Polyclinique de Navarre
8 bd Hauterive - BP 7539
64075 Pau Cedex

CONSIGNES POSTOPERATOIRES

Après une chirurgie de PROTHESE TOTALE DE HANCHE

en AMBULATOIRE dans le
programme RRAC

LES SOINS POST OPERATOIRES

- 1** Vous vous êtes déjà procuré le matériel nécessaire à la réfection des pansements grâce à l'ordonnance du chirurgien.

Le rendez-vous avec l'infirmière libérale est déjà fixé.

Remettez-lui les documents de liaison remis par l'IDE RRAC lors de votre hospitalisation.
- 2** L'ablation des fils sera faite par l'infirmière libérale 15 jours après votre intervention.
- 3** Vous pouvez vous doucher uniquement si l'infirmière vient en suivant refaire le pansement.


CE QU'IL FAUT EVITER

- ⊘ **N'interrompez pas** votre traitement antalgique ou anticoagulant
- ⊘ **Ne restez pas inactif :**
Vous devez vous lever du lit en suivant les consignes données à la clinique.
- ⊘ **Ne conduisez pas** tant que vous utilisez les béquilles.
- ⊘ **Ne pratiquez pas de sport**
Jusqu'à votre visite de contrôle auprès du chirurgien.
Seule la marche est autorisée.


CE QU'IL FAUT RETENIR

- Continuer à prendre en systématique le traitement qui a été prescrit
- Mettre les 2 bas de contention pendant 1 mois.
- Pratiquer quotidiennement des exercices recommandés par le kiné. C'est un facteur indispensable au succès de la chirurgie et de la rééducation fonctionnelle.
- Eviter tout foyer infectieux (panaris, ongle incarné, angine, infection urinaire...)
- Avoir une alimentation saine et équilibrée.
- Glacer votre hanche dès que vous êtes au repos.

ANNEXE 9 : Accord obtenu auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté CNIL

 Informatique et Libertés Registre des traitements de données à caractère personnel		université de BORDEAUX
FINALITÉ	MED - Etude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre à Pau en 2017.	
DESCRIPTION ET OBJECTIFS (DÉTAILS DES FINALITÉS)	Connaître les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans les zones de la prise en charge chirurgicale ambulatoire de leurs patients opérés à la polyclinique de Navarre à Pau en 2017. Autre finalité, créer par la suite un outil d'aide destiné aux médecins généralistes élaboré à partir des données recueillies par les chirurgiens de la Polyclinique de Navarre qui les guiderait dans leur prise en charge de patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire.	
CIL DESIGNÉ	Chantal Durand	
ENTITÉ	Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE TRAITEMENT	Université de Bordeaux	
RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE	Département de médecine générale	
GESTIONNAIRE DU DROIT D'ACCÈS	UFR des sciences médicales	
DATE DE MISE EN ŒUVRE	06/03/2018	
CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES	200 patients sont sélectionnés aléatoirement parmi ceux opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre à Pau en 2017. Les personnes recevant le questionnaire sont leurs médecins traitants.	
Type de données	Destinataires	Durée de conservation des données
Nom, prénom, date et type d'intervention en chirurgie ambulatoire des 200 patients sélectionnés, ainsi que les coordonnées postales de leur médecin traitant, questionnaire auprès du médecin traitant sur les comorbidités associées que présente son patient, et sur les complications post opératoires qu'il a pu rencontrer chez son patient.	le cooptante	destruction des données à l'issue de la soutenance de thèse
DATE D'INSCRIPTION AU REGISTRE	06/03/2018	
AUTEUR ORIGINAL DE LA FICHE	Laurer Nielsen	
Type de formalité	DN - Déclaration	
Nom du logiciel		
N° Déclaration CNIL		
Vérification : Information	lettre d'information accompagnant le questionnaire	
Vérification : Sécurité	ordinateur protégé par mot de passe, tableur excel protégé par mot de passe, sauvegarde hebdomadaire, pseudo anonymisation des données	
Pièces jointes		

EN TANT QUE SIGNATAIRE DU TRAITEMENT, JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS PORTÉES SUR CETTE DÉCLARATION. J'AI PRIS CONNAISSANCE DES ÉVENTUELLES ALERTES DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (CIL).

Date : 13/03/18 Nom : ACHARDIAN Signature : 

CETTE DÉCLARATION SIGNÉE EST À RETOURNER À CIL@U-BORDEAUX.FR AFIN DE VALIDER SON ENREGISTREMENT DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ. TOUTE MODIFICATION OU SUPPRESSION DES INFORMATIONS CI-DESSUS DEVRA ÊTRE SIGNALÉE À CIL@U-BORDEAUX.FR

ANNEXE 10 : Le questionnaire adressé aux médecins traitants

Questionnaire au médecin traitant :

Merci de participer à notre étude sur les complications post opératoires de la chirurgie ambulatoire.

Question 1 : Avez-vous reçu une formation professionnelle continue sur la chirurgie ambulatoire ?

- Non
 Oui

Question 2 : Vous sentez vous suffisamment informé sur la chirurgie ambulatoire pour apporter les informations nécessaires à votre patient en post opératoire de chirurgie ambulatoire ?

- Non
 Oui

Question 3 : Exercez-vous :

- En milieu rural
 En milieu semi rural
 En milieu urbain

Concernant le patient pris en charge à la Polyclinique de Navarre à Pau pour une chirurgie en ambulatoire en 2017 :

Question 4 : A-t-il été nécessaire de voir en consultation dans les 72h post opératoires ce patient pour une problématique en lien avec sa chirurgie en ambulatoire ?

- Oui
 Non

Question 5 : Si oui, veuillez cocher parmi les propositions suivantes le motif de consultation et votre difficulté ressentie dans la gestion de cette complication :

Complication	Non rencontrée	Rencontrée				Nécessité de prendre avis auprès de l'Unité Chirurgie Ambulatoire
		Sans difficulté	Difficulté légère	Difficulté modérée	Grande difficulté	
Gestion de la douleur						
Comorbidité décompensée						
Infection (signe locaux ou fièvre)						
Saignement ou hématurie						
Soins de sonde /drain						
Soins plaie / cicatrisation						
Troubles digestifs (transit, vomissement, nausées, miction)						
Adaptation thérapeutique (AVK...)						
Somnolence excessive						
Trouble de l'équilibre, locomotion)						
Trouble hémodynamique (FC,TA..)						
Autre(s) complication(s) :						

Question 6 : S'il vous a été nécessaire de prendre un avis spécialisé, avez-vous eu des difficultés à joindre un interlocuteur ou à obtenir des informations :

- Oui
- Non

Question 7 : La remise d'un document complémentaire par l'UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) aurait-elle pu vous guider dans la prise en charge de cette complication ?

- Non
- Oui

Question 8 : Si oui, lequel :

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Ordonnance de sortie
- Détail des suites attendues
- Consignes post opératoire et de surveillance
- Autre :

Question 9 : Pour rappel, la SFAR a établi des critères d'éligibilité du patient à la prise en charge ambulatoire. Ils sont psycho-socio-environnementaux (compréhension suffisante, bonne observance des prescriptions médicales, conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation, disponibilité d'un accompagnant pour accompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins, accès à un téléphone) et médicaux (âge de plus de 6 mois, comorbidités du patient stabilisées).

Selon vous, le patient respectait-il ces critères ?

- Oui
- Non. En quoi ?.....

Nous souhaiterions créer un outil d'aide destiné aux médecins généralistes afin de guider la prise en charge de leurs patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire à Navarre de Pau.

Question 10: Selon vous, ce support devrait être :

- Un site internet détaillé recueillant les conseils des chirurgiens de la Polyclinique de Navarre
- Un livret qui serait remis au patient à sa sortie
- Une application mobile
- Des fiches facilement disponibles reprenant des protocoles pour les complications prévisibles, sous la forme d'algorithmes décisionnels
- Une mailing liste où adresser vos difficultés et demander des documents complémentaires
- Un référent en ambulatoire joignable 24h/24h à la Polyclinique de Navarre en cas de besoin.

Question 11 : Pensez-vous que vous pourriez tirer bénéfice d'un tel outil ?

- Oui
- Non

Question 12 : Remarque(s) libre(s) : Si vous avez rencontré des difficultés dans la prise en charge post opératoire de vos patients opérés en ambulatoire, votre expérience pourra nous guider dans la rédaction de notre outil d'aide afin qu'il soit au plus proche de vos besoins.

N'hésitez pas à nous faire part de votre vécu et de vos suggestions :



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Titre : Etude des problèmes rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients opérés en ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau durant l'année 2017.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : chirurgie ambulatoire, coordination ville-hôpital, suivi post opératoire, médecine générale

Adresse de L'U.F.R.: Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales, 146 rue Léo Saignat 33076, Bordeaux

INTRODUCTION

Le ministère des affaires sociales et de la santé a fixé comme objectif de développement « *un taux global de chirurgie ambulatoire de 66,2% à horizon 2020* ».

Les médecins généralistes sont encore trop peu intégrés au parcours de soin de leur patient et non formés aux suites attendues pour le mode de prise en charge ambulatoire.

Nous avons donc réalisé cette étude dans le but d'identifier la fréquence et la nature des problèmes rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge des patients en post opératoire de chirurgie ambulatoire à la polyclinique de Navarre de Pau en 2017.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective transversale et quantitative menée par le biais d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes et envoyé par voie postale.

134 médecins ont été contactés au début du mois de mars 2018 pour les 220 patients sélectionnés aléatoirement parmi ceux ayant été opérés en ambulatoire à la clinique de Navarre en 2017. Nous avons exploité les questionnaires retournés jusqu'à la date du 1^{er} mai 2018.

Les réponses aux questionnaires ont été rapportées dans une feuille de calcul sous la forme d'un tableau Excel® et ont été traitées de façon anonyme.

Le projet a été approuvé auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

RESULTATS

Entre le mois de mars et mois de mai 2018, 60 médecins ont retourné 94 questionnaires soit un taux de participation à l'étude de 46,8% des médecins nous informant sur 44,3% des patients.

72% des médecins interrogés déclarent ne pas se sentir suffisamment informés sur les suites attendues et seuls 10% ont reçu une formation sur la chirurgie ambulatoire.

8 des patients de notre échantillon ont consulté leur médecin généraliste pour une complication dans les 72h post opératoires de chirurgie ambulatoire.

Les motifs de consultation étaient la douleur (88% des cas) et la suspicion d'infection (63% des cas). Les autres motifs de consultations décrits étaient la décompensation d'une comorbidité, des troubles digestifs ou les soins locaux de plaie.

La prise en charge de la douleur a été source de difficulté légère et modérée pour deux médecins concernant deux patients, l'infection a été source de difficulté légère pour un seul médecin, et chaque cas de décompensation de comorbidité, de soins de plaie ou de troubles digestifs ont été source de difficulté légère. Les médecins jugent qu'un document complémentaire leur aurait été utile pour la prise en charge de 51% des patients, notamment les « consignes post opératoires et de surveillance », accompagnées du « détail des suites attendues » ou du « compte rendu d'hospitalisation ».

97% des médecins déclaraient pouvoir tirer bénéfice d'un outil d'aide pour les guider dans la prise en charge post opératoire de leur patient opéré en ambulatoire.

55 % des médecins souhaitent pouvoir joindre un référent en ambulatoire 24h/24h à la polyclinique de Navarre.

Puis leurs choix se portaient sur un livret de conseils remis au patient à sa sortie pour 45% d'entre eux, des fiches reprenant les protocoles pour les complications prévisibles pour 43% d'entre eux et un site internet qui recueillerait les conseils des chirurgiens pour 38% d'entre eux.

En commentaires libres, 12% des médecins déclarent un mécontentement de devoir gérer les suites post opératoires et la surveillance des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

CONCLUSION

Jusqu'à présent le médecin traitant est rarement appelé à intervenir dans la prise en charge post opératoire du patient, mais lorsqu'il est sollicité il se sent trop peu informé et associé à la prise en charge ambulatoire de son patient.

La fréquence des recours aux médecins généralistes va sans doute évoluer avec l'inclusion progressive en ambulatoire de patients présentant des maladies chroniques, et pour des actes chirurgicaux plus lourds.

Recueillir leurs difficultés et leurs besoins puis proposer au décours de l'étude un outil d'aide à la prise en charge des complications post opératoires de chirurgie ambulatoire marque le désir d'une meilleure communication entre l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire de la polyclinique de Navarre et les médecins traitants.

ABSTRACT:

Study of encountered problems by general practitioners in the management of postoperative outpatient surgery patients at the polyclinic of Navarre in Pau in 2017

Keywords : outpatient surgery, city-hospital coordination, postoperative follow-up, general practice

INTRODUCTION

The Ministry of Social Affairs and Health fixed as development objective *"a global outpatient surgery rate of 66.2% by 2020"*.

General practitioners are not enough integrated into their patient care path and not enough trained in the ambulatory care mode follow-up.

This study has been conducted in order to identify the frequency and nature of encountered problems by general practitioners in the management of postoperative outpatient surgery patients at the polyclinic of Navarre in Pau in 2017.

METHOD

We conducted a retrospective descriptive cross-sectional and quantitative study by questionnaire which was intended to general practitioners and sent by post.

134 physicians were contacted in March 2018 regarding the 220 randomly selected patients with outpatient surgery at the Navarre clinic in 2017. We used the returned questionnaires until May 1st, 2018.

The questionnaires responses were reported in a spreadsheet as an Excel® table and were processed anonymously.

The project has been approved by the CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté).

RESULTS

Between March and May 2018, 60 general practitioners returned 94 questionnaires.

The general practitioners study participation rate was 46.8% providing desired information for 44.3% of patients randomly selected. 72% of general practitioners surveyed said they did not feel sufficiently informed about the expected outcomes and only 10% received training on outpatient surgery.

9% of patients consulted their general practitioner for a complication within 72 hours postoperative outpatient surgery.

Reasons for consultation were pain (88%) and suspicion of infection (63%). Other reasons that led to consultation were comorbidity decompensation, digestive disorders, or local wound care.

The pain was dealt with mild or moderate difficulty for two practitioners working with two different patients, infection was a mild source of difficulty for one practitioner, and each case of co-morbid decompensation, wound care or digestive disorders was source of mild difficulty.

General practitioners considered that complementary document would have been useful for 51% of patients management case, including "postoperative instructions and medical supervision ", with "expected follow-up details" or "hospitalization report".

97% of general practitioners declared they could benefit from a help tool to guide them in the postoperative management of their patients operated on an outpatient surgery.

55% of general practitioners wanted to join an outpatient referring doctor available 24 hours a day at the polyclinic of Navarre.

Then, 45% of general practitioners have chosen an advice booklet given to the patient, 43% have chosen cards containing protocols foreseeable complications and 38% have chosen a website that would gather the advice of surgeons.

In open-ended comments, 12% of general practitioners reported discontent with postoperative follow-up and medical supervision of outpatient surgery patients.

CONCLUSION

Until now, general practitioner is rarely called upon to intervene in the patient's postoperative management, but in the case that practitioner has to intervene he feels not enough trained and not enough associated with his patient outpatient care.

The recourse frequency to general practitioners will probably evolve with the gradual inclusion in ambulatory patients with chronic diseases, and for heavier surgical procedures.

Collecting their difficulties and needs and then proposing a tool to help with the management of postoperative complications of outpatient surgery shows the desire for better communication between the team of the outpatient surgery unit of Navarre polyclinic and general practitioners.