

Quelle place pour les urgences en chirurgie ambulatoire ?

Jean-Pierre Triboulet

CHRU de Lille, hôpital Claude-Huriez, service de chirurgie digestive et générale,
consultant-chirurgie ambulatoire, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur internet le :
12 février 2014

jean-pierre.triboulet@chru-lille.fr

■ Key points

Ambulatory emergency surgery

Development of outpatient cases in emergency is still a controversy.

Ambulatory surgery is possible in ambulatory surgical unit (ASU), or in emergency surgical units (ESU).

Quality of care and safety need to be associated to patients' ambulatory management without impairment of ASU and ESU organization.

Patient eligibility concerns not only traumatic hand surgery but also general or visceral surgery.

■ Points essentiels

Le développement des urgences en ambulatoire est encore discuté.

La chirurgie des urgences en ambulatoire est réalisée dans les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) ou au sein des unités de chirurgie d'urgence (UCU).

Cette prise en charge doit être compatible avec le respect de la qualité et la sécurité des soins sans altérer l'organisation du programme chirurgical programmé des UCA, et le déroulement du programme des urgences des UCU.

Les pathologies concernent principalement la chirurgie traumatique de la main mais aussi certains actes de chirurgie générale.

La chirurgie ambulatoire est jusqu'à ce jour considérée comme une chirurgie programmée, basée sur une organisation optimale et des procédures solidement établies, chez des patients sélectionnés ayant bénéficié d'une consultation d'anesthésie dédiée [1].

La qualité d'un fonctionnement d'unité de chirurgie ambulatoire nécessite des efforts de vigilance et de rigueur de tous les acteurs impliqués. La prise en charge d'urgences chirurgicales

en ambulatoire ajoute un niveau supplémentaire de complexité. Quel est l'intérêt dans ces conditions de développer ces activités de chirurgie ambulatoire, non encadrées de surcroît par des textes réglementaires ?

La prise en charge en ambulatoire des gestes d'urgences permet d'éviter les longues files d'attente au service des urgences, une prise en charge chirurgicale tardive dans un programme opératoire établi, une hospitalisation injustifiée, une occupation abusive des lits d'hospitalisation conventionnelle, une désorganisation des flux de patients programmés

dans une unité de chirurgie ambulatoire (UCA). En libérant des places dans les services d'aval d'urgence, le flux des patients des urgences chirurgicales est amélioré.

La prise en charge ambulatoire des urgences est particulièrement adaptée à certaines disciplines ; la chirurgie de la main fait l'objet d'expériences concluantes dans des centres spécialisés, centres indépendants de chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger.

Problématique et enjeux

L'inclusion d'urgences dans un programme de chirurgie ambulatoire doit répondre aux principes fondamentaux de la chirurgie ambulatoire, garant de sa qualité reconnue. En amont, elle doit garantir une anticipation de l'organisation, et une sélection mûrement réfléchie et validée par les acteurs. Une excellence de l'organisation, une fluidité du parcours des urgences permettent une prise en charge en ambulatoire sous réserve de respecter les règles habituelles de fonctionnement d'unité, et de satisfaire à l'ensemble des étapes préopératoires avant l'accueil en UCA : consultation d'anesthésie à l'admission, information, éducation du patient.

Il est capital de définir les pathologies d'urgences éligibles à la prise en charge en ambulatoire en collaboration avec les urgentistes et les conditions de leur réalisation (appropriation, par les professionnels chargés de l'accueil, des critères d'orientation du patient des urgences vers l'unité de chirurgie ambulatoire, ou vers la filière ambulatoire du service des urgences, information sur la faisabilité de la chirurgie non programmée : créneau opératoire dédié à l'urgence) [2].

Recommendations

Les recommandations formalisées d'experts sur l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire de la Société française d'anesthésie réanimation de 1990, actualisées en 2009, incluent la possibilité de prise en charge de la chirurgie d'urgence en ambulatoire sous certaines conditions : « *Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient* » [3].

Contraintes

L'impossibilité de prendre en charge les urgences en ambulatoire est liée au patient lui-même (co-morbidités méconnues, incompatibles avec l'ambulatoire), à l'heure d'arrivée tardive, à la pathologie (traumatologie multi-site, pathologie nécessitant une surveillance prolongée). Elle peut être également due aux conditions de la structure d'accueil (saturation des blocs, pic d'admission) ou aux critères fondamentaux de l'ambulatoire non réunis (absence d'accompagnant pour le retour, pas de téléphone, etc.).

Stratégies de prise en charge

Deux stratégies de prise en charge de la chirurgie d'urgence en ambulatoire sont décrites dans la littérature et/ou observées dans les centres spécialisés.

Intégration de la chirurgie ambulatoire dans un service d'urgences

L'organisation du service d'urgences doit permettre de réaliser une part d'actes non programmés en ambulatoire : le service des urgences de l'hôpital de la Salpêtrière est ouvert 24 heures sur 24 [4] et permet, dans une unité d'ambulatoire intégrée au service, une prise en charge en ambulatoire également 24 heures sur 24. Cette unité respecte les règles imposées par l'ambulatoire. Si le geste est compatible avec un retour précoce du patient au domicile, celui-ci entre dans la filière ambulatoire. Les critères de sortie sont identiques à l'ambulatoire programmée. Le séjour du patient reste inférieur à 12 heures. Mais la structure étant ouverte 24 heures sur 24, les sorties peuvent s'effectuer entre 19 heures et 8 heures du matin. La réalisation de ce séjour dans les unités de chirurgie ambulatoire de l'urgence s'effectue alors à cheval sur deux journées en dehors d'une UCA classique et pose donc des problèmes de cotation et de valorisation.

Le personnel de l'unité d'urgence doit être particulièrement formé à l'ambulatoire pour être considéré comme dédié à cette prise en charge. Enfin, celle-ci ne doit pas perturber l'activité d'urgence non ambulatoire.

Activité d'urgence réalisée au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire

La prise en charge est également inférieure à 12 heures, les horaires des vacations de blocs et des ouvertures de l'unité en limitent l'évolution. Le personnel est dédié, l'horaire de passage au bloc opératoire doit être compatible avec l'ouverture de l'UCA, l'organisation des urgences non programmées au sein de cette UCA doit être particulièrement rigoureuse pour ne pas perturber l'activité ambulatoire programmée. Le développement de circuits courts en ambulatoire doit permettre une meilleure intégration des urgences dans l'activité du programme ambulatoire programmé.

Adaptations de nécessité

La consultation d'anesthésie s'effectue au plus tôt dès l'admission du patient, compte tenu des conditions de l'urgence. La demande éventuelle d'examens complémentaires pré-anesthésiques doit respecter les recommandations actuelles qui restreignent leur usage en raison d'une utilité non démontrée chez les patients dont l'interrogatoire et l'examen écartent la possibilité de co-morbidités.

Une reprogrammation de l'urgence au lendemain (J1 de l'admission aux urgences) est envisagée si le chirurgien n'a pas la possibilité d'intégrer l'urgence dans son programme avec

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3819827>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3819827>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)