

## Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire

Marc Beaussier<sup>1</sup>, Corinne Vons<sup>2</sup>

1. AP-HP, groupe hospitalier Est-Parisien, hôpital Saint-Antoine, département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, unité de chirurgie ambulatoire, université Paris 6, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France
2. AP-HP, hôpitaux universitaires de Seine St-Denis, hôpital Jean-Verdier, service de chirurgie digestive, unité de chirurgie ambulatoire, université Paris 13, 93140 Bondy, France

### Correspondance :

Marc Beaussier, hôpital Saint-Antoine, département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, unité de chirurgie ambulatoire, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France.

Disponible sur internet le :  
10 février 2014

### ■ Key points

#### Post-hospital home care after ambulatory surgery

*Ambulatory surgery should correspond to mastered acts performed on selected patients. This makes home care unnecessary in the vast majority of the cases.*

*The development of outpatient surgery toward more complex procedures on more vulnerable patients would justify a specific home care in some circumstances.*

*Justification of an overnight hospitalization only because the need for the patient to be reassured on experienced symptoms, supervision of analgesic device, wound incision overseeing or drains removal appears questionable.*

*Home care after ambulatory surgery may be considered as several different modalities. The involvement of general practitioners, home nurses and telemedicine have to be explored for several procedures.*

*Evolutions of surgical and anesthetic practices toward less invasive procedures, as well as improvement in patient's information, are the major challenges for the future of outpatient surgery.*

### ■ Points essentiels

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.

L'évolution de la prise en charge en ambulatoire vers des actes plus lourds et chez des patients plus fragiles pourrait justifier, dans certains cas, un suivi adapté au domicile du patient.

La justification d'une nuit d'hospitalisation au seul motif qu'il faut rassurer le patient sur des symptômes ressentis, contrôler un dispositif d'analgésie, revoir le lendemain l'aspect d'une cicatrice ou encore retirer un drain, est discutable.

Le relais hôpital-ville peut s'envisager sous plusieurs formes. L'implication des réseaux infirmiers, ainsi que la télémédecine sont des pistes à explorer.

Le développement de la prise en charge chirurgicale et anesthésique vers des procédures de moins en moins invasives ne justifient pas de suivi à domicile, ainsi que l'information aux patients restent les enjeux majeurs qui contribueront à l'essor de la chirurgie ambulatoire.

Il est a priori inutile de concevoir un relais hôpital-ville après une chirurgie ambulatoire standard. En effet, lorsque l'acte réalisé est maîtrisé, le patient correctement informé et sélectionné, que les équipes chirurgicales et anesthésiques sont capables de gérer les risques et que l'ensemble des procédures se déroule sans événement imprévu, la chirurgie ambulatoire n'a pas besoin de relais en ville pour assurer un suivi postopératoire particulier. La survenue d'une complication ou l'absence de contrôle des symptômes postopératoires durant le séjour ambulatoire justifient que le patient reste hospitalisé une nuit selon des protocoles propres à chaque établissement. Si ces événements surviennent après le retour à domicile du patient, celui-ci doit appeler le numéro de téléphone qui lui a été délivré à sa sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire, il peut en effet contacter 24 h sur 24 un médecin référent de l'établissement où il a été opéré, voire même d'un établissement proche de son domicile avec lequel un contrat aura été établi. Ainsi, on peut considérer qu'un acte réalisé en ambulatoire n'a par définition pas besoin d'une prise en charge postopératoire. Ce cas de figure est actuellement le plus fréquent.

Mais les choses ne sont pas si simples. Certaines techniques d'analgésie, certains actes chirurgicaux nécessitent un contrôle spécifique ou une intervention ponctuelle durant les premiers jours postopératoires. La justification d'une nuit d'hospitalisation au seul motif qu'il faut contrôler un dispositif d'analgésie, revoir le lendemain l'aspect d'une cicatrice, ou encore retirer un drain, est discutable. Par ailleurs, développer la chirurgie ambulatoire et amener la France au niveau de ses voisins européens ne se fera pas sans un élargissement des indications chirurgicales vers des actes de plus en plus lourds, et sans l'extension de cette prise en charge à des patients de plus en plus fragiles. L'un et l'autre justifieront, tout du moins dans certains cas, un suivi postopératoire en ville. Comme l'a souligné le Pr René Amalberti, conseiller sécurité auprès de la HAS, « Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique, mais dans ce qu'on ne voit pas à l'hôpital ». Ainsi, l'organisation du suivi à domicile figure désormais dans les recommandations de pratiques en ambulatoire [1,2]. Rappelons que cette organisation des soins, après la sortie du patient, dépasse largement le rôle dévolu à l'accompagnant. C'est dans ce cadre que l'on peut envisager la mise en place de réseaux hôpital-ville après chirurgie ambulatoire. D'autres facteurs très importants tels que l'information délivrée aux patients jouent par ailleurs un rôle majeur dans la sécurité des patients à domicile.

## Avantages de la chirurgie ambulatoire

Toutes les données scientifiques convergent pour montrer que la chirurgie ambulatoire, sous réserve qu'elle soit bien maîtrisée et bien organisée, est bénéfique aux patients. Le risque d'infections nosocomiales et de thrombophlébite est

significativement réduit par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. L'attention portée par les chirurgiens à réaliser des actes les moins invasifs possibles en développant de nouvelles techniques et de nouvelles voies d'abord (coelioscopie avec trocart unique.) et celle déployée par les anesthésistes pour prévenir la douleur (analgésie locorégionale) et les nausées-vomissements postopératoires (NVPO) sont autant d'avancées dont bénéficient l'ensemble des patients.

Une étude récente réalisée à partir d'une grande cohorte de patients opérés en ambulatoire a montré que la mortalité à 30 jours, toutes chirurgies confondues, n'était que d'environ 1/12 000 actes, avec des délais de survenue toujours supérieurs à une semaine, et que ses causes étaient sans lien direct avec le fait que cette chirurgie ait été faite en ambulatoire [3]. Il est d'ailleurs à noter que la mortalité attendue dans cette population, indépendamment de tout acte opératoire, était supérieure à celle observée. Le taux d'admissions non programmées n'était que de 1,21 %. Les principales complications postopératoires étaient très rares, avec par ordre décroissant : les infections (0,5 %), les hémorragies (0,44 %) et les accidents thromboemboliques (0,03 %). Par ailleurs, la douleur, les NVPO et la fatigue résiduelle sont les symptômes à l'origine du plus grand nombre de plaintes des patients opérés en ambulatoire [4].

## Réseau hôpital-ville : pour qui et pourquoi ?

Se pose alors la question de l'intérêt du suivi postopératoire à domicile. Une expérience menée depuis plusieurs années, qui consiste à organiser la visite systématique d'un médecin généraliste (MG) le lendemain d'une intervention réalisée en ambulatoire (Dr H. Le Hetet, hôpital privé Sévigné, Cesson Sévigné), permet de mieux cerner les attentes des patients. Les MG jugent leur intervention utile dans environ 75 % des cas après cure de hernie inguinale, dans 81 % des cas après amygdalectomie chez l'enfant et dans 89 % des cas après cholécystectomie. Cette visite consiste essentiellement à procurer des informations aux patients, à rassurer sur des symptômes ressentis, à gérer des problèmes d'analgésie et à vérifier l'état local du site opératoire. Ces mêmes MG ont estimé que cette consultation avait permis d'éviter une ré-hospitalisation dans certains cas. Si cette expérience présente indéniablement un intérêt lors de la mise en place d'une nouvelle indication, sa systématisation et le caractère pérenne de cette visite sont discutables au fur et à mesure de l'évolution de la prise en charge. De plus, l'organisation des soins en ville, dispensés par des praticiens libéraux, est parfois complexe (absence d'unités de lieu, réseaux géographiquement distincts.).

La mise en place de dispositifs à visée analgésique, soit un peu sophistiqués soit potentiellement sources d'effets indésirables, paraît être la justification la plus courante de l'organisation d'un suivi à domicile. Il a été montré par exemple qu'après chirurgie majeure de l'épaule, la mise en place d'un cathéter interscalénaire avec système d'auto-administration de l'anesthésique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3819828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3819828>

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