



# La Chirurgie ambulatoire Bilan du forum citoyen à Auxerre

Juin 2022



La chirurgie ambulatoire se développe en France particulièrement depuis le début des années 90 sous l'impulsion des pouvoirs publics. Elle représente aujourd'hui 62% des opérations chirurgicales. Même si l'on en parle peu, cette prise en charge qui rompt avec le fonctionnement conventionnel de l'hôpital, fait partie intégrante de l'amélioration du système de soins. Les progrès des techniques d'anesthésie sont à l'origine de son développement. Les patients récupérant plus vite, les temps d'hospitalisation ont pu être réduits. Peu médiatisée, elle pose néanmoins de nombreuses questions à la population, toujours plus soucieuse des problématiques de santé. Si elle évite nombre d'infections nosocomiales et répond à la demande des patients de voir se réduire les temps d'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire rend usagers et familles acteurs des parcours de soins.

Sensibiliser la population et donner un regard positif sur cette prise en charge est un enjeu majeur de son développement.

L'Union régionale et départementale des associations familiales de l'Yonne (Uraf bfc et Udaf 89) avec le soutien de l'ARS, ont organisé un forum citoyen, le 9 juin 2022 à Auxerre.

Les principaux éléments évoqués lors des échanges sont présentés ci-après.

## La chirurgie ambulatoire : établissements hospitaliers et médecine de ville

Depuis les débuts de la chirurgie ambulatoire, le nombre d'indications chirurgicales augmente sans cesse. Le vieillissement de la population n'est pas spécifiquement un frein à son développement, de grands progrès ayant été faits en matière de récupération post-chirurgicale. La chirurgie ambulatoire conduit les établissements de santé à repenser leurs organisations, les professionnels de soins à développer leurs compétences et les familles à dédramatiser cette prise en charge à laquelle elles sont parties prenantes. Si l'entente au sein du binôme chirurgien/anesthésiste est

indispensable, l'hôpital doit répondre à de nouveaux besoins. De nouveaux métiers apparaissent ou réapparaissent pour organiser cette prise en charge (par exemple, les infirmiers coordinateurs, les cadres responsables de blocs ou le secrétariat). Les diverses professions autour du patient développent de nouvelles compétences (exemple les brancardiers). La nécessaire coordination des soins entre hôpital et soins de ville invite à repenser l'organisation des soins dans son ensemble.

## Le développement de l'ambulatoire dans le département de l'Yonne :



Si le virage ambulatoire est amorcé dans le département de l'Yonne, seulement 4 interventions sur 10 sont programmées en ambulatoire contre 6 sur 10 dans le territoire métropolitain. Entre 2016 et 2019, on est passé de 13 000 à 15 000 interventions par an. L'arrivée de nouveaux praticiens dans l'Auxerrois favorise son développement. Le secteur privé a plus vite réorganisé son offre de soins que le secteur public. A la Polyclinique Sainte Marguerite, 80% des opérations sont désormais réalisées en ambulatoire. 50 à 60 patients sont pris en charge chaque jour dans ces conditions.

Les infirmières observent un développement plus accentué dans le nord du département où de nombreux patients sont soignés dans les établissements de la région parisienne. Les médecins des grands pôles urbains sont plus familiarisés à ces pratiques. En effet, le virage ne peut s'opérer que si les praticiens y sont favorables. Pour autant, l'aménagement du territoire joue un rôle central, puisqu'il est recommandé que les usagers ne résident pas à plus de 30 minutes du centre hospitalier qui les prend en charge.

## Organisation d'une prise en charge en ambulatoire :



Si les progrès techniques rendent éligibles à l'ambulatoire un grand nombre de chirurgies, la prise en charge ambulatoire est proposée par le binôme chirurgien/anesthésiste au patient en fonction de plusieurs critères :

- Son état de santé.
- Sa compréhension du protocole.
- Son lieu d'habitation, il ne doit pas résider à plus de 30 kilomètres du centre hospitalier.
- Son environnement social : il doit être accompagné par un tiers pour son retour à domicile. Une personne doit être présente à son domicile la nuit après l'opération.

Le grand âge n'est pas une contre-indication. Cette prise en charge diminue l'incidence des déficits cognitifs post-opératoires par rapport à une hospitalisation classique.

### La préparation :

Non urgentes, les opérations en ambulatoire demandent un temps de préparation organisé par les équipes des établissements de santé. Informant le patient, ce temps d'accompagnement permet également de vérifier :

- S'il a compris l'organisation de la prise en charge le jour J.
- La préparation qu'il doit opérer la veille.

La Polyclinique Sainte Marguerite, propose un « passeport », document auquel le patient peut se référer s'il a besoin de vérifier le protocole.

Les visites préopératoires permettent également d'organiser le retour à la maison. Des ordonnances sont déjà confiées au patient pour lui éviter de se rendre à la pharmacie à l'issue de l'opération.

Plus le patient est préparé, plus l'anxiété est réduite. D'ailleurs, de plus en plus d'enfants sont pris en charge en ambulatoire.

### Le jour de l'opération :

L'équipe hospitalière vérifie que le patient a bien respecté toutes les étapes de préparation. En cas de doute, une chambre est par exemple réservée à la polyclinique. Elle permet de rassurer patients et praticiens. Le suivi post opératoire nécessitera peut-être un séjour hospitalier.

Après l'intervention, un retour en chambre est organisé pour la journée. Selon les établissements, une chambre individuelle peut être proposée.

Une fois la collation prise, plusieurs éléments sont vérifiés pour autoriser la sortie du patient et donne lieu à un score de sortie (dit score PADSS) :

- Etat d'éveil, constantes vitales et saignement du site chirurgical.
- L'absence de nausées ou vomissements post-opératoires.
- Les douleurs bien contrôlées par les antalgiques classiques.

- La reprise spontanée de la diurèse.
- L'alimentation normale bien tolérée sans incident.
- A la sortie, le patient repart avec des numéros d'urgence. Certains médecins communiquent leur numéro direct permettant de les joindre.

### Le suivi post-opératoire :

Un appel est effectué le lendemain. Un questionnaire type est proposé. Cela permet d'évaluer s'il y a besoin d'un nouveau contact avec le chirurgien. Les appels du centre hospitalier peuvent avoir lieu à J1, J2 et J3. Tout est axé sur la pédagogie. Les soins sont ensuite organisés avec la médecine de ville.

### Les soins post-opératoires par la médecine de ville :

Médecins traitants, infirmières libérales, kinésithérapeutes... sont autant d'acteurs qui agissent auprès du patient, une fois sorti de l'hôpital. Ils prennent le relais en fonction des indications du chirurgien.

Les infirmières prennent notamment en charge les soins. Elles gèrent de plus en plus la régulation de la douleur. Leurs interventions peuvent être programmées dès la sortie de l'hôpital jusqu'à 6 jours après.

Les besoins de coordination sont donc importants et nécessitent d'être encore améliorés.

### Organisation de la vie quotidienne au retour à domicile :

La vie quotidienne peut être compliquée en fonction de l'opération. Il est important de prévoir en amont l'organisation domestique. Si la famille est généralement mobilisée, les services d'aide à domicile apportent des solutions. Les mutuelles et la CPAM peuvent prendre en charge sur un plan financier certaines de ces dépenses. Les services d'aide à domicile sont souvent mobilisés par le biais des plateformes de mise en relation avec les familles

## Les pistes pour développer l'ambulatoire :



1. En devenant acteurs de leur santé, les patients ont de nouveaux besoins. Ils ont aujourd'hui, plus besoin qu'hier de retour sur leur prise en charge et leur état de santé. La traçabilité est un axe fort de ces dernières années. **Face à ces besoins administratifs, il est nécessaire de réorganiser la répartition des rôles. Les soignants doivent d'abord se consacrer à la prise en charge médicale, des personnels doivent être formés aux besoins administratifs et organisationnels.**

Exemple : Des secrétaires formées spécifiquement sont recrutées pour répondre à cette nécessité.

2. La plupart des professionnels libéraux adhèrent à cette prise en charge, elle met en valeur leur métier mais cette organisation des soins nécessite de nouvelles compétences :
  - De nouveaux métiers apparaissent tels que médecin coordinateur de bloc, aide-soignante de flux, directeur de parcours de soin, ingénieur coordinateur de bloc, infirmière de coordination.
  - De nouvelles compétences sont demandées aux professions qui existent déjà (cadre de santé, infirmières, secrétaires...).

**Il est important de valoriser et qualifier les compétences de chaque métier.**

Exemple : Les infirmières libérales prennent de plus en plus en charge la gestion de la douleur. Des adaptations sont nécessaires sur ce dernier volet, la gestion de la douleur n'étant pas prise en charge dans leur nomenclature.

3. **Le développement de la coordination entre tous les acteurs est indispensable à l'amélioration de cette organisation de soins. Il est primordial de développer la communication et ses moyens. Tous les professionnels doivent être convaincus.**
  - La crise du Covid a renforcé les collaborations entre les secteurs hospitaliers publics et privés, l'hôpital et la ville. Il est important de les poursuivre.
  - **La dématérialisation des ordonnances est un objectif à atteindre pour faire gagner du temps à tous et limiter les retards de prise en charge post-opératoire.** Il arrive encore trop souvent que les ordonnances et les rapports médicaux arrivent avec du retard dans les cabinets des médecins traitants ou des infirmières. Internet n'est pas toujours utilisé pour des questions de confidentialité des messageries. L'utilisation accrue de cette dématérialisation a besoin :
    - Du développement des réseaux dans l'ensemble du département.
    - Du développement de messageries sécurisées dans les espaces santé des patients.



- D'éduquer la population à savoir utiliser internet et à se connecter. L'Udaf 89 organise des formations grâce à l'embauche d'un conseiller numérique.

4. **L'environnement social et environnemental du patient est un élément essentiel à appréhender pour une prise en charge en ambulatoire plus que pour une prise en charge conventionnelle.**

- Les professionnels qui interviennent à domicile comme les infirmiers pourraient organiser des visites du domicile avant l'opération. Il n'est pas rare de voir que l'environnement du patient n'est pas toujours celui décrit. Le logement doit pouvoir être adapté.
- Les services d'aide à domicile travaillent beaucoup sur l'observation des personnes. Ces éléments peuvent aider également les professionnels de santé.
- Les pharmaciens sont des acteurs à mobiliser.

5. **Patient et familles deviennent acteurs du système de soins : il faut veiller à ce que cela n'induisse pas un report de l'organisation de la prise en soins et de son financement sur l'usager et/ou ses aidants, ainsi que leur responsabilisation à un niveau trop important.**

- Il est important de fluidifier tant les parcours que les modes de financement.
- Le domicile doit rester le domicile et ne doit pas se transformer en chambre d'hôpital où toute la vie de la famille tourne autour de la maladie.
- Il faut soutenir les aidants (sans oublier les jeunes aidants) dans l'accompagnement dans le parcours de soins ou de vie de leurs proches malades ou porteurs d'un handicap.
- Valoriser l'action des acteurs du domicile (SIAD,...)
- Assurer la permanence et la polyvalence des compétences au domicile du patient sur tout le territoire
- Il faut promouvoir le programme PRADO de l'Assurance maladie pour les chirurgies qui y sont éligibles.



Au-delà de la prise en charge en ambulatoire, les participants au forum se sont beaucoup interrogés sur la question des déserts médicaux, la prise en charge ambulatoire reposant sur une coordination soins de ville/soins hospitaliers.

- Il est important de communiquer sur la stratégie de l'ambulatoire qui génère une restructuration complète des soins. Si l'on évoque souvent les fermetures de lits, il convient de les considérer au regard des nouveaux besoins et nouveaux modes de prise en charge.

Exemple : La baisse de la durée des séjours hospitaliers s'accompagne d'une nouvelle affectation des lits avec des besoins de lits d'accueil.

La communication et la pédagogie doivent permettre de faire comprendre ces nouvelles filières de soins.

Le développement de modes innovants de prise en charge peut constituer un important facteur d'attractivité pour les jeunes professionnels intéressés de connaître de telles pratiques, conditions de travail, possibilités de compléter l'activité de soins proprement dite (ex : recherche, enseignement...).

**Il est donc important que soit organisée une délivrance des soins au domicile, fondée sur une coordination étroite entre les équipes hospitalières (en particulier à travers l'action des hôpitaux de proximité, l'hospitalisation à domicile, les services hospitaliers de jour...), la médecine de ville (notamment les équipes de soins primaires, les maisons médicales,...) les acteurs du domicile (services de soins et d'aide à domicile, équipes mobiles, réseaux de santé ...) les structures d'amont et d'aval (services de soins et de rééducation, établissements médico-sociaux etc.) et les patients et leurs aidants qui coordonnent souvent l'action de l'ensemble de ces acteurs au sein du domicile.**

Intervenants du forum :

**Florian FANGET**

Chirurgien à l'hôpital Auxerre

**Carine CHEESMAN,**

Directrice des soins à la Polyclinique Sainte-Marguerite

**Catherine JOCHMANS,**

Infirmière libérale

**Clément RIBAUCCOURT,**

Directeur de la fédération ADMR

**Mme Catherine VERNE**

Représentante des usagers