



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

—
**PRISE DE POSITION DU CONSEIL
SCIENTIFIQUE DU DOMAINE DE LA
SANTÉ**

2 0 2 2

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	3
1.1. ARGUMENTAIRE	3
1.2. DÉFINITIONS ET PRINCIPES	6
1.2.1. La chirurgie ambulatoire	6
1.2.2. Le bloc opératoire	7
2. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU PATIENT	8
2.1. CRITERES DE SELECTION MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	8
2.2. CRITERES DE SELECTION PSYCHO-SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX	8
3. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU GESTE CHIRURGICAL	9
4. L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE	10
5. CRITÈRES ORGANISATIONNELS	10
6. BIBLIOGRAPHIE	13
7. GROUPE DE TRAVAIL	14

1. INTRODUCTION

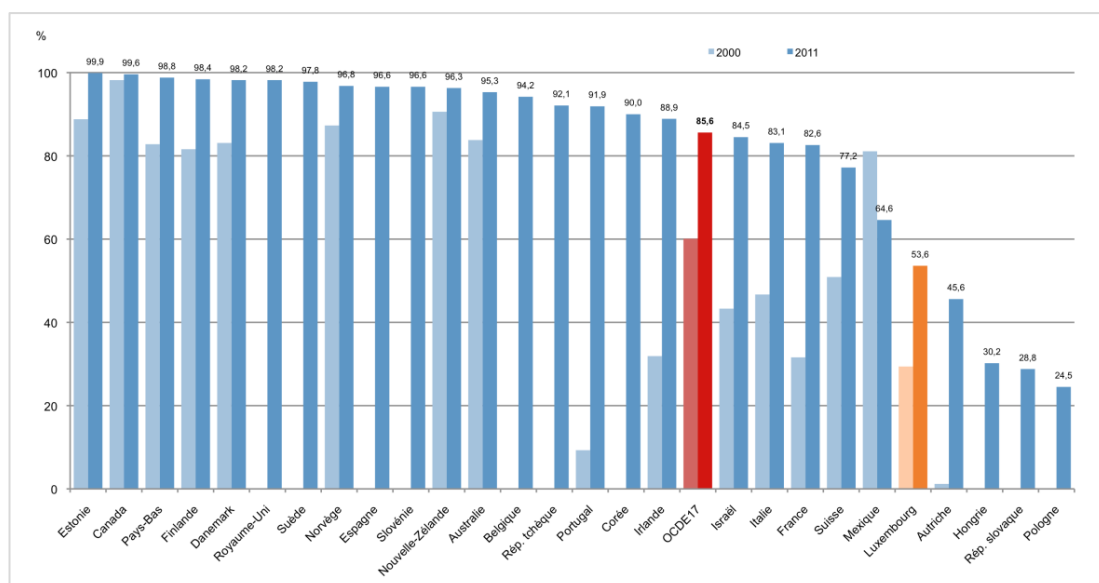
1.1. ARGUMENTAIRE

La chirurgie ambulatoire, pratique centrée sur le patient, a largement démontré ses bénéfices: d'abord et surtout un bénéfice pour le patient mais aussi un bénéfice en faveur de la qualité et de la sécurité des soins chirurgicaux en matières d'optimisation et d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie et de satisfaction des personnels. La chirurgie ambulatoire a ainsi connu un développement considérable dans la majorité des pays depuis les années 1980.¹

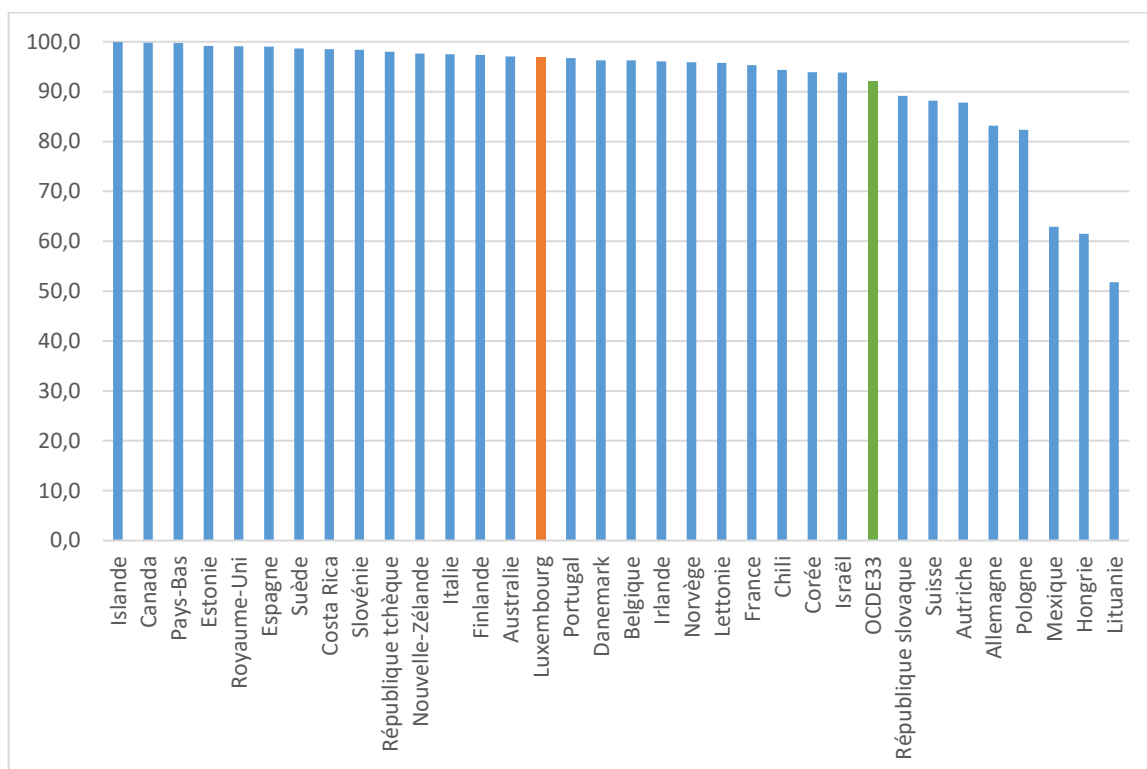
A la fin des années 2010, le Luxembourg recensait des taux inférieurs à la moyenne européenne pour des interventions spécifiques pratiquées en chirurgie ambulatoire telle que la chirurgie de la cataracte². Depuis le Luxembourg a largement corrigé son retard.³ Grâce au progrès constant des techniques opératoires, des conditions d'anesthésie et de l'organisation des hôpitaux, de plus en plus d'interventions sont proposées en hospitalisation ambulatoire.

La mise à jour de cette recommandation publiée pour la première fois en 2014, fait le point sur les évolutions de cette pratique chirurgicale. En 2022, et en lien avec la généralisation de cette pratique, il n'y a généralement plus de liste indicative des gestes à réaliser en chirurgie ambulatoire. Ces listes, si elles existent encore, sont utilisées comme indicateurs pour suivre l'évolution de la pratique chirurgicale ambulatoire. En effet, pour la plupart des interventions qui peuvent techniquement être réalisées en chirurgie ambulatoire, ce sont l'état de santé et l'environnement social du patient qui sont les critères de décisions pour poser (ou non) l'indication d'un geste à réaliser en chirurgie ambulatoire.

Graphique 1 : Evolution des taux (%) de chirurgie de la cataracte réalisée en chirurgie ambulatoire en 2000 et en 2011 (ou année la plus proche). (D'après Panorama de la santé 2013 de l'OCDE)



Graphique 2 : Taux (%) de chirurgie de la cataracte réalisées en chirurgie ambulatoire en 2019 (ou année la plus proche). (D'après Panorama de la santé 2021 de l'OCDE)

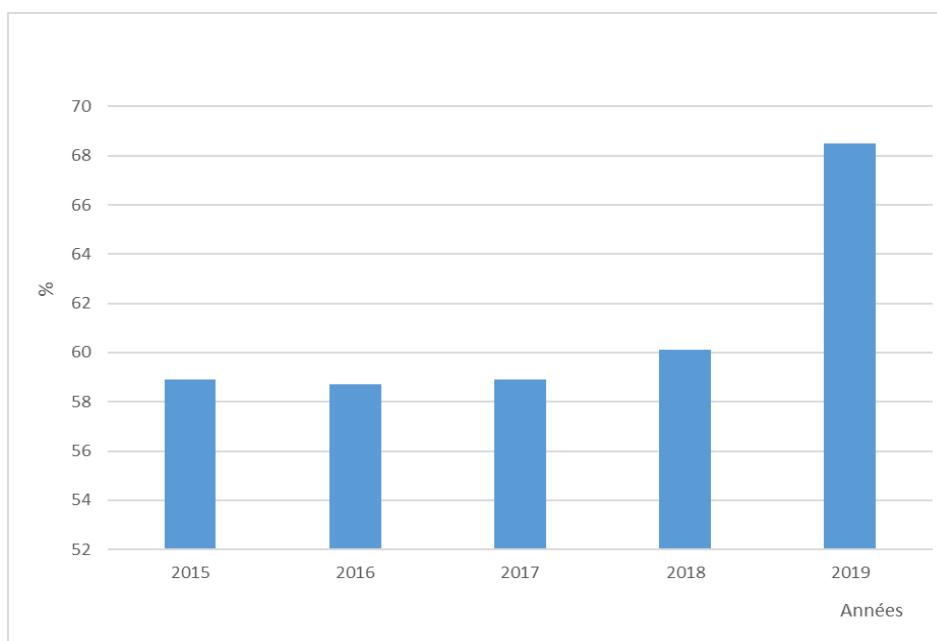


Pour 5 « actes traceurs » déterminés en 2014, la carte sanitaire 2012 relevait que ce retard à l'adoption de la pratique ambulatoire par rapport aux pays voisins et aux pays de l'OCDE n'était pas restreint à la chirurgie de la cataracte mais qu'il affectait plusieurs spécialités chirurgicales, à savoir :

- La chirurgie ophtalmologique (cataracte)
- L'ORL (amygdalectomies et adénoïdectomies)
- L'orthopédie (arthroscopies du genou)
- La chirurgie vasculaire (stripping de varices)
- La chirurgie viscérale (cures de hernie inguinale)⁴

En 2021, la carte sanitaire met en évidence une augmentation de la pratique de la chirurgie ambulatoire au Luxembourg. En effet, le taux moyen de chirurgie ambulatoire de 58,9% en 2015 a progressé à 68,5% en 2019.⁵

Graphique 3 : Evolution du taux moyen de chirurgie ambulatoire de 2015 à 2019, pour les actes traceurs (Données de la carte sanitaire 2021)



L'amélioration de la qualité qui peut, selon les données de la littérature, être attendue lors d'une adoption élargie de la pratique ambulatoire réside plus particulièrement dans les dimensions suivantes:

- Sécurité du patient (adoption de protocoles stricts en matière de gestion des risques, diminution des infections nosocomiales)
- Centrage sur les besoins du patient
- Efficacité (choix précis du geste le plus approprié / le moins invasif)
- Temporalité (gestion précise des délais, temps d'attente réduits)
- Efficience (utilisation optimale des ressources, gestion appropriée des flux)

Cette présente mise à jour de la recommandation pour la chirurgie ambulatoire couvre les domaines suivants :

- Définitions et principes
- Critères d'éligibilité du patient
- Critères d'éligibilité du geste chirurgical
- Critères organisationnels
- Critères structurels.

1.2. DÉFINITIONS ET PRINCIPES

1.2.1. La chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est définie au Luxembourg selon la définition française établie dès 1995 lors d'une conférence de consensus.⁶

La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire*, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

* Voir point 1.2.2

Cette définition répond aux principes suivants :

- Seuls des actes chirurgicaux programmés chez un patient sélectionné peuvent correspondre à la définition de chirurgie ambulatoire, les actes relevant de l'urgence étant exclus de cette définition (et du modèle organisationnel spécifique de prise en charge ambulatoire)
- L'impératif de la sécurité d'un bloc opératoire exclut du champ de la chirurgie ambulatoire les actes chirurgicaux réalisés en consultation, même lorsque ces actes sont réalisés dans l'enceinte d'un établissement hospitalier
- L'acte chirurgical réalisé en ambulatoire ne constitue pas une nouvelle technique ; cet acte est le même que celui qui est réalisé en séjour stationnaire classique, mais ses conditions de réalisation répondent à une organisation spécifique à l'ambulatoire
- La chirurgie ambulatoire n'est pas limitée à un mode d'anesthésie spécifique ; c'est l'évaluation du risque, tant anesthésique que chirurgical chez un patient donné, qui définit son éligibilité à la prise en charge ambulatoire
- La surveillance postopératoire en chirurgie ambulatoire fait l'objet de dispositions spécifiques afin de contrôler les risques
- La sortie du patient le jour-même de son admission et de son intervention (c.-à-d. le même jour du calendrier) indique que, quel que soit le temps de séjour du patient dans l'établissement, ce séjour est inférieur à 24h et ne peut comporter de « présence à minuit ».

Cette définition indique clairement que, pour de nombreux actes chirurgicaux programmés, la chirurgie ambulatoire doit être considérée comme la chirurgie de 1^{ère} intention. Ainsi que le précisent la Haute

autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), « A contrario, si une hospitalisation avec une nuit complète est envisagée, alors il est indispensable de se demander quelles stratégies pourraient être employées pour rendre la prise en charge ambulatoire possible pour ce patient. »^{7, 8}

1.2.2. Le bloc opératoire

Définition^{9, 10}

Le bloc opératoire est un lieu présentant une organisation complexe situé dans un établissement hospitalier au sein duquel sont effectuées des interventions invasives. L'infrastructure du bloc doit garantir une asepsie du champ opératoire que les interventions soient réalisées dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire ou non.

Il est recommandé que la chirurgie ambulatoire soit organisée au sein d'une filière dédiée, avec un bloc opératoire spécifique, ceci pour faciliter et optimiser les flux de prise en charge.

Tout bloc opératoire doit être agencé de façon à permettre le déroulement correct des 3 phases d'une intervention chirurgicale :

- Phase pré-opératoire : accueil du patient et préparation
- Phase per-opératoire : anesthésie et chirurgie
- Phase post-opératoire : réveil et surveillance.

Le bloc opératoire doit être une unité architecturale fermée limitant l'accès aux personnes autorisées, il est divisé en :

- Zones d'accès non-restreint (accueil patients, bureaux)
- Zones d'accès semi-restreint (stockage du matériel, vestiaires personnel, couloirs entre les salles d'interventions)
- Zones d'accès restreint (salles d'interventions, uniquement accessibles par une zone d'accès semi-restreint).

Le bloc opératoire doit respecter certains critères :

- Présence du matériel nécessaire à l'induction et à la surveillance de l'anesthésie ainsi que matériel de réanimation dans chaque salle d'intervention,
- Ventilation filtrée avec flux contrôlé,
- Présence de sas entre les différentes zones,
- Le personnel y travaille en tenues et chaussures dédiées et porte un masque chirurgical et une coiffe,
- Existence d'un lieu dédié au stockage du matériel,
- Accès au service de stérilisation et d'emballage stérile du matériel,
- Accès à une salle de réveil pour la surveillance des patients en phase post-opératoire,
- Si présent dans l'établissement, accès court et rapide aux services d'urgence, de soins intensifs, d'imagerie médicale, d'obstétrique/néonatalogie (selon spécialités) et hôpital de jour.

2. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU PATIENT

Selon la revue de la littérature réalisée par la HAS et l'ANAP, « la sélection des patients est un facteur clé de réussite et permet d'éviter les complications postopératoires ainsi que les retards et annulations, tout en augmentant la satisfaction des patients (...). La littérature converge sur le fait que l'analyse de la balance bénéfices/risques pour chaque patient, pour chaque intervention et dans chaque organisation, repose sur des critères médicaux et chirurgicaux d'une part et psycho-sociaux et environnementaux d'autre part. ».

2.1. CRITERES DE SELECTION MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Dans la mesure où la sécurité du patient prime, la réalisation de l'acte doit être évaluée au cas par cas en prenant en compte les caractéristiques du patient, de l'acte et de la structure de prise en charge. Sur le plan médico-chirurgical, il existe un large consensus sur les critères suivants :

- Le statut ASA (American Society of Anesthesiologists Status):
 - Les patients de statut I, II et III stables sont éligibles à la chirurgie ambulatoire
 - Certains patients de statut IV peuvent être éligibles.
- Le grand âge n'est pas un facteur d'exclusion.
- L'âge en pédiatrie :
 - Les nourrissons de plus de 6 mois – certaines sociétés savantes autorisent un âge de 3 mois, soumis à l'accord de l'anesthésiste et en fonction de la disponibilité d'une équipe pédiatrique sur le site
 - Les anciens prématurés de plus de 60 semaines d'âge post-conceptionnel sont éligibles – soumis à l'accord de l'anesthésiste et en fonction de la disponibilité d'une équipe pédiatrique sur le site.
- L'obésité n'est pas un facteur d'exclusion, certaines équipes acceptant même des patients dont l'indice de masse corporel est $>50\text{kg/m}^2$.
- L'éloignement du lieu de vie habituel doit être pris en compte si d'autres facteurs spécifiques exposent le patient à un risque majoré (âge p. ex.).

2.2. CRITERES DE SELECTION PSYCHO-SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX

Les critères suivants sont habituellement requis pour l'éligibilité du patient pour la chirurgie ambulatoire :

- Acceptation de la chirurgie et de sa réalisation en ambulatoire.

- Capacité du patient à comprendre la procédure des soins post-opératoires.
- Retour au domicile avec accompagnement par un adulte responsable (le patient ne doit pas conduire après son intervention).
- Présence d'un accompagnant auprès du patient si besoin pour au moins une nuit à domicile.
- Présence requise de l'accompagnant lors de la communication des modalités de prise en charge dans tous les cas où le patient est susceptible de ne pas en comprendre les explications, et en particulier :
 - Les mineurs
 - Les patients atteints d'une altération de jugement
 - Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médico-soignante
 - Les patients ne comprenant pas une des langues d'usage courant
- Accessibilité et équipement au domicile du patient, dont accès à un téléphone.

La durée du transport ou l'éloignement du lieu de résidence par rapport à l'établissement hospitalier où l'intervention est réalisée ne sont pas des facteurs d'exclusion ; dans ces cas, des dispositions avec un établissement proche du lieu de résidence du patient peuvent être conclues pour la prise en charge d'éventuelles complications.

3. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DU GESTE CHIRURGICAL

L'acte chirurgical doit pouvoir être réalisé en toute sécurité, en considération des caractéristiques des temps opératoires, de surveillance et de récupération précoce qui lui sont liés.

Les sociétés savantes internationales n'ont jamais souhaité produire de listes d'actes éligibles à l'ambulatoire. Elles les ont toujours estimées illogiques, réductrices et dangereuses. D'autre part, compte-tenu de l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, ces listes seraient rapidement obsolètes et nécessiteraient des mises à jour permanentes.

**EN EFFET, CE N'EST PAS L'ACTE QUI EST AMBULATOIRE
MAIS BIEN LE PATIENT.**

Elles soulignent la différence de nature entre de telles listes et d'éventuelles listes tarifantes ou des listes destinées à mesurer les pratiques.¹¹

4. L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

En matière d'anesthésie, bien que tous les agents et les modes anesthésie puissent être utilisés, il y a lieu de privilégier les agents à délais d'action rapide, durée de vie courte et aux effets secondaires réduits, en fonction du patient et de l'acte.

Les recommandations suivantes se dégagent de la littérature consultée :

- Le choix des modalités d'anesthésie revient à l'anesthésiste.
Remarque : En ophtalmologie, l'anesthésie locale est réalisée par l'ophtalmologue, la décision de savoir si le patient peut être opéré en anesthésie locale est donc prise par l'ophtalmologue.
- L'anesthésiste-réanimateur doit pouvoir être joint en cas de survenue d'un événement imprévu ou indésirable, dans les suites immédiates de l'intervention.
- Le patient passe par la salle de réveil post-opératoire (dans certains cas, un « fast-tracking » peut autoriser un passage immédiat vers une salle de repos post-opératoire).
Remarque : Pour les opérations oculaires, sous anesthésie locale, l'ophtalmologue décide si un passage du patient en salle de réveil est indiqué, néanmoins ce passage reste rare.
- Les instructions sont dispensées au patient après la phase de récupération post-anesthésique.

5. CRITÈRES ORGANISATIONNELS

C'est l'organisation autour du patient qui est modifiée en chirurgie ambulatoire par rapport à l'hospitalisation classique.

L'itinéraire ou chemin clinique du patient en chirurgie ambulatoire, élément central de l'organisation, est défini comme l'ensemble des étapes, clairement identifiées, menant le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'au suivi après la réalisation de l'acte.

On distingue :

1. La **phase d'évaluation préopératoire**, elle-même subdivisée en :

- Indication opératoire
L'évaluation initiale est faite par le chirurgien qui propose l'acte ambulatoire.
Si le patient est éligible a priori pour la prise en charge ambulatoire, il y a lieu de :
 - Fournir au patient une information spécifique relative à la procédure ambulatoire
 - Informer le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) extrahospitalier
 - Adresser le patient à la consultation préopératoire de chirurgie ambulatoire
- Consultation préopératoire de chirurgie ambulatoire
Cette consultation rassemble, en un seul lieu et un seul temps, la consultation de l'anesthésiste et d'un soignant infirmier qui permettra de :
 - Préciser les modalités de l'anesthésie (y inclus la préparation et le suivi post-anesthésique),

- Prévoir et anticiper les complications possibles (gestion de la douleur, prévention des nausées et vomissements, prévention thrombo-embolique entre autres),
- Explorer le milieu (critères psycho-sociaux et environnementaux)
- Informer et éduquer le patient
- Identifier les besoins péri-opératoires spécifiques au patient et prévoir la mise en place d'un environnement adapté (entourage, ...)

Au terme de cette consultation, l'éligibilité du patient pour une prise en charge ambulatoire est confirmée. Le dossier hospitalier contient toutes les informations pertinentes à la prise en charge ambulatoire du patient : le patient a reçu l'information préalable à son consentement, le rendez-vous en chirurgie ambulatoire est pris, le patient et son médecin traitant en sont informés.

■ Appel de la veille

La veille de l'intervention et après vérification de la présence de toutes les pièces utiles dans le dossier du patient, un contact téléphonique (appel ou sms) ou un courriel entre le patient et le service de chirurgie ambulatoire permet de confirmer :

- L'éligibilité du patient (absence de contre-indication intercurrente)
- Les consignes relatives à la préparation du patient (jeûne, etc.)
- L'horaire d'arrivée du patient dans le service
- Le programme opératoire auprès des divers intervenants
- Les modalités de sortie du patient du service (accompagnement)

■ Arrivée dans le service de chirurgie ambulatoire

Afin d'améliorer le flux des patients et de minimiser les temps d'attente, l'horaire d'arrivée des patients dans le service doit être programmé de manière échelonnée en fonction du passage au bloc opératoire. Tous les documents doivent être prêts pour la prise en charge et la préparation immédiate à l'intervention.

- L'accueil administratif est limité à une procédure d'admission ambulatoire courte et simple
- Le dossier médical doit être disponible et complet
- Le dossier de soins est ouvert pour le séjour, les soins nécessaires ayant été prévus antérieurement
- Le transfert du patient vers le bloc opératoire est organisé et réalisé sans retard (brancardage ou autre)

2. La **phase opératoire** proprement dite

Cette phase ne diffère en rien de la phase opératoire réalisée en hospitalisation stationnaire classique.

3. La **phase postopératoire** jusqu'à la sortie

Cette phase correspond à la phase de surveillance post-anesthésique et à la période de repos nécessaire pour que le patient soit apte à sortir du service et de l'enceinte hospitalière sans risque.

■ La surveillance post-anesthésique

Cette surveillance peut se faire en salle de réveil traditionnelle ou faire l'objet d'un « fast-tracking » pour les patients qui répondent déjà à tous les critères de réveil en salle d'opération ; ici encore, ce n'est pas le geste chirurgical qui détermine le passage en salle de réveil, mais l'état du patient.

- Le repos postopératoire et post-anesthésique

Cette phase correspond au temps nécessaire au patient éveillé pour être apte à sortir de l'établissement. Elle comprend la prise en charge spécifique de la douleur, des nausées et vomissements et des autres effets indésirables postopératoires et post-anesthésiques.

Ce temps de repos est également mis à profit pour prodiguer au patient une éducation spécifique à la gestion des heures et jours suivants : surveillance, soins, conseils. Idéalement, cette éducation bénéficie d'un support écrit accessible au patient et à son/ses accompagnant(s).

La décision de sortie du patient repose sur une évaluation conjointe, soignante et médicale, du patient, dont les critères sont établis anticipativement. Cette décision, l'heure de cette décision et les personnes ayant validé cette décision (chirurgien et/ou anesthésiste) sont consignées par écrit au dossier du patient.

- La sortie du patient

Afin d'assurer au patient une sortie dans des conditions de sécurité et de continuité des soins adéquates, la sortie est accompagnée :

- D'un résumé clinique de sortie à destination du médecin traitant extra-hospitalier
- D'une fiche de liaison pour des soins infirmiers, le cas échéant
- Des documents relatifs à l'éducation du patient (cfr supra)
- Des informations relatives à la continuité des soins et à l'accessibilité de structures adéquates en cas de besoin (permanence téléphonique dans un service hospitalier de référence), consignées par écrit.

4. La continuité de la prise en charge après la sortie du patient

- Une permanence téléphonique accessible au patient à tout moment doit permettre une orientation médicalisée, reposant sur la connaissance du patient et des intervenants. L'organisation mise en place doit donc permettre un accès immédiat au dossier médical du patient afin de garantir une prise en charge répondant de manière optimale à sa situation.
- Un appel obligatoire du lendemain par le service de chirurgie ambulatoire permet de s'assurer que :
 - L'évolution immédiate est satisfaisante.
 - Le patient a compris et suit les prescriptions propres à lui assurer une convalescence optimale dans son milieu de vie.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2010 sur l'activité de chirurgie ambulatoire
2. OCDE. Panorama de la santé 2013.
Accessible en juillet 2022 sous :
<https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
3. OCDE. Panorama de la santé 2021.
Accessible en juillet 2022 sous :
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fea50730-fr.pdf?expires=1658397993&id=id&accname=guest&checksum=7030B88AD3B76D6BF02E8F59995DF414>
4. Ministère de la santé. Carte sanitaire 2012. Fascicule 3.
Accessible en juillet 2022 sous :
<https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-5e-ed-2012-fascicule3.html>
5. Ministère de la santé. Carte sanitaire 2021.
Accessible en juillet 2022 sous :
<https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2021-document-principal.html>
6. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Rev Hosp France 1995;2:156-71
7. International Association for Ambulatory Surgery and WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief day surgery: making it happen. London:IAAS;2007.
Accessible en juillet 2022 sous :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295.pdf
8. Haute autorité de santé et Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Rapport d'évaluation technologique. 2012. Accessible en juillet 2022 sous:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf
9. Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Richtlinien für die Harmonisierung in der Krankenhausplanung, Teil III, Operationsbereich, Archimeda, 2021
10. 09-11 Bloc opératoire : de la salle d'opération à la plate-forme interventionnelle. Bull. Acad. Natle Méd., 2009, 193, no 4, 981-987, séance du 28 avril 2009
Accessible en juillet 2022 sous :
<https://www.academie-medecine.fr/09-11-bloc-operatoire-de-la-salle-doperation-a-la-plate-forme-interventionnelle/>
11. Abécédaire chirurgie ambulatoire. 2009
Accessible en juillet 2022 sous :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf

7. GROUPE DE TRAVAIL

GT Chirurgie ambulatoire :

Dr Florence Romano, coordinatrice du GT, Direction de la Santé

Dr José Biedermann, consultant expert auprès de la Direction de la Santé

Mme Sandrine Colling, experte méthodologique, CEM

Dr Christian Degreef, Société de chirurgie plastique

Dr Pit Duschinger, Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique

Dr Martine Goergen, Directrice médicale du Centre Hospitalier de Luxembourg

Dr Nicole M'Bengo, Direction de la Santé

Dr Eugène Panosetti, Société luxembourgeoise d'ORL et de chirurgie cervico-faciale

Dr Isabelle Rolland, experte méthodologique, CEM

Dr Guillaume Steichen, médecin généraliste

Dr Marc Theischen, médecin spécialiste en ophtalmologie

Dr Philippe Welter, représentant du Cercle des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs du GDL

Les membres du GT ont déclaré [leurs conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225