



CHIRURGIE AMBULATOIRE

Ecole IBODE de Montpellier

Mars 2025

Nicole LEZIN CDS IADE CHU de MONTPELLIER

PLAN DE LA PRESENTATION

- Définitions
- Emergence des alternatives à l'hospitalisation complète
- Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire
 1. Du côté des patients
 2. Du côté des établissements (agrément ARS)
- Coté bloc : rôle de l'IBODE (check list)
- Avantages de l'ambulatoire
- Liste des interventions éligibles à une PEC ambulatoire
- Scores ASA et CHUNG
- Exemple de traçabilité
- Quelques chiffres
- Tarifs 2022
- Sigles et vocabulaire.
- Webographie

DEFINITIONS

- ▶ Ambulatoire : adjectif issu du latin : qui concerne le fait ou la possibilité de marcher. Par extension, se dit d'un traitement durant lequel les activités normales du malade ne sont pas interrompues. Se disait d'une juridiction itinérante, qui n'avait pas de lieu fixe pour exercer ses fonctions.(Larousse)
- ▶ L'ambulatoire est un mode de prise en charge chirurgicale, qui permet au patient de séjourner à l'hôpital pour une intervention pendant une durée de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit.
- ▶ A ne pas confondre avec les soins ambulatoires qui selon l'INSEE sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, ou en cure thermale par exemple. Ces soins sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux au titre de leur activités libérales.



DEFINITIONS

- ▶ La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire relève d' un concept d'**organisation**, centré sur le patient. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif **d'optimiser le séjour du patient** au strict temps utile et nécessaire dans la structure tout au long de sa PEC.
L'organisation ambulatoire est le fruit d'une **dynamique collective** reposant sur une optimisation de l'organisation des équipes et de la gestion des flux hospitaliers (flux patients, professionnels de santé, logistiques. . .). Elle est source d'efficience (meilleure qualité des soins, économies de temps et de ressources).
- ▶ Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur **expertise** et à l'**organisation** mise en place. Cette **liste est évolutive** pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en **colloque singulier** avec le patient.(recommandations 2009 SFAR)



DEFINITIONS

- L'organisation de l'ambulatoire est le fruit d'une dynamique et d'une volonté collectives.
- Cette organisation doit impliquer les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs.
- Concept : « Ce n'est pas le patient qui crée la PEC ambulatoire mais bien l'acte de chirurgie »



EMERGENCE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE

- ▶ En 2010, selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent.
- ▶ L'article D. 6124-301 du Code de la santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient.
- ▶ Les « Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire : outils et guide » ont été publiées en mai 2013. (toujours d'actualité)

CRITERES D' ELIGIBILITES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

- ▶ Le patient correctement informée **accepte** ce mode de prise en charge et collabore. (barrière de langue, barrière de compréhension, barrière d'adhésion, barrière sociale = colloque singulier)
- ▶ Une intervention, un mode d'anesthésie, un patient compatible avec ce mode de prise en charge.
- ▶ Etre accompagné au retour (trajet)
- ▶ Passer la nuit suivant la PEC en ambulatoire avec une personne majeure et capable.
- ▶ La consultation d'anesthésie : le pivot de la prise en charge (le score ASA)

CRITERES D' ELIGIBILITES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Disposer de locaux adaptés. (parking-circuits-confort-interfaces)
- Avoir élaborer des protocoles de prise en charge consensuels par type d'intervention (chirurgicaux et anesthésiques : pas de redon pas de morphine)
- Disposer d'un outil de programmation et d'un process de programmation standardisé.
- Avoir défini des horaires de fonctionnement adaptés (12h00)
- Avoir fléché un parcours type de PEC en ambulatoire, **chemin clinique** (circuit du patient, étiquettes et pré-admission/VPA)
- Avoir défini un protocole de PEC pour les patients non éligibles au retour au domicile. (mise à la rue)
- Disposer de personnel médical, paramédical et administratif formé à la PEC ambulatoire. (analyse clinique – réactivité)
- Disposer d'un binôme opérationnel CDS + anesthésiste/chirurgien au pilotage.
- Connaitre les règles spécifiques en matière de sécurité du médicament en HDJ.
- Evaluer la satisfaction des patients.



COTE BLOC : ROLE DE L'IBODE

- ▶ Identifier les patients pris en charge en ambulatoire (respect des protocoles)
 - ▶ Respecter des règles de programmation : ordre de passage au BO
 - ▶ Réaliser la check-list
 - ▶ Réaliser des transmissions ciblées avec le service d'ambulatoire pour anticiper la PEC (retards, analgésie etc...)
- 

Check list IBO Bloc

- 04-BLOC OPERATOIRE - CHECK LIST HAS BLOC - [GARRIS ANNE SOP	
1-IDENTITE DU PATIENT	
Autorisation d'opérer signée par parents / représentant légal	Non applicable
Le patient a décliné son nom et date de naissance	Oui
Contrôle identité bracelet	Oui
Contrôle identité Etiquette à jour	Oui
Contrôle identité du dossier	Oui
2-L'INTERVENTION ET SITE OPERATOIRE SONT CONFIRMES 	
Intervention confirmée idéalement par le patient et par dossier	Oui
Documentation clinique et para clinique dispo en salle	Oui
3-MODE D'INSTALLATION	
Mode instal connu équipe (cohérent / site-interv, non dangereux)	Oui
4-PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE DOCUMENTEE	
Préparation cutanée de l'opéré documentée	Oui
5-L'EQUIPEMENT/MATERIEL POUR L'INTERVENTION	
Matériel Chirurgical vérifié	Oui
Matériel anesthésique vérifié	Oui
6-RISQUES PATIENT	
Le patient présente-t-il un risque allergique	Non
A-t-il risque inhalation / diff intubation / ventil au masque ?	NON
Le patient a-t'il un risque de saignement important ?	NON
IDENTIFICATION - Risque PRION	Pas d'information
7-VERIFICATION ULTIME CROISEE EN EQUIPE AVANT INTERVENTION	
Identité Patient confirmée	Oui
Intervention prévue confirmée	Oui
Site opératoire confirmé	Oui
Installation correcte confirmée	Oui
Documents nécessaires disponibles	Oui

Check list IBO Bloc

8-PARTAGE ORAL DES INFOS ESSENTIELLES	
Partage oralement des infos essentielles au plan chirurgical	Oui
Partage oralement des infos essentielles au plan anesth	Oui
9-ANTIBIOPROPHYLAXIE FAITE SELON RECOMMANDATIONS ET PROTOCOLES CHU	
Antibioprophylaxie faite selon recommandations et protocoles CHU	Oui
Champ opératoire réalisé selon protocoles CHU	Oui
GO - NO GO	
GO - No GO	GO (Ok pour incision)
10-CONFIRMATION ORALE EN EQUIPE	
Intervention enregistrée	Oui
Comptage final des compresses	Non applicable
Comptage final des aiguilles	Non applicable
Comptage final des instruments	Non applicable
Etiquetage des prélèvements et pièces opératoires	Non Applicable
Si Evènement indésirable ou porteur de risques, déclaration FIL?	Non Applicable (aucun évènement)
Y-a-t-il un écart avec la check-list ?	Non
11-PRESCRIPTIONS ET SURVEILLANCE POST OPERATOIRE	
Prescriptions / surveillance post-op faites en équipe (CHIR+MAR)	Oui



AVANTAGES DE L'AMBULATOIRE

- ▶ L'ambulatoire permet de réaliser des bénéfices pour **les patients**. En effet, la chirurgie ambulatoire permet une prise en charge rapide (on peut dormir dans son lit le soir), elle réduit les risques infectieux et thromboemboliques et la perte de repères pour les personnes âgées notamment.
- ▶ **Pour les équipes hospitalières : gain d'efficacité** et optimisation des temps d'utilisation des infrastructures, des blocs et des RH.
- ▶ **Pour notre système de santé : une réduction des coûts**
La chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources, c'est donc un potentiel d'économies important

LISTE DES INTERVENTIONS ELIGIBLES A UNE PEC EN AMBULATOIRE

► ORL :

Cervicotomie-tympanoplastie-thyroidectomie et para thyroidectomie –pose d'aérateur trans tympanique-adénoïdectomie-ablation des amygdales-endoscopies-implantologie oreille interne-chirurgie endonasale courte et longue-septoplastie-rhinoplastie-endoscopie du sommeil-sialendoscopie-reprise de cicatrices-ablation de naevus-pose et ablation de portacath – microchirurgie laryngée en suspension-injection de graisse dans les cordes vocales-thyroplastie-otoplastie-

► NCH

Hernie discale lombaire-changement de stimulateur-thermocoagulation lombaire

► CMF /Plastie et Odontologie

Soins dentaires-extractions dentaires-fracture des os propres du nez-blépharoplastie-greffe de peau-pose d'implant mammaire

► OPH

Chirurgie de la cataracte – ablation de chalazion - vitrectomie décollement de rétine

► Neuroradiologie

Examens sous anesthésie générale en pédiatrie –artériographies diagnostic ou contrôle

► DIGESTIF

Cure de hernies, endoscopies

LISTE DES INTERVENTIONS ELIGIBLES A UNE PEC EN AMBULATOIRE

► ORTHOPEDIE

Chirurgie du pied et de la main (doigt à ressort, canal carpien, chirurgie dentineuse de la main-arthroscopie-ablation de matériel-transposition du nef ulnaire-ongles incarnés-hallus valgus-urgence plaies/fracture de la main.

Clinique de l'Union (Toulouse) : prothèse totale de genou !

► GYNECOLOGIE

IVG-conisation

► PEDIATRIE

Pas d'enfant de moins de 6 mois, mais l'âge peut être abaissé si PEC par équipe expérimentée (cf webographie)

► UROLOGIE

Cystoscopie-méatoplastie-orchidopexie-hydrocèle-phimosi-ponction biopsie de prostate-lithotricie-dilatation urétérale-pose changement ablation de sonde JJ-vasectomie-urétérographie pyéloretrograde

SCORES : ASA

SCORE ASA

American Society of Anesthesiologists

Score	Définition	Exemples, mais sans s'y limiter
ASA 1	Patient en bonne santé	En bonne santé, Consommation d'alcool nulle ou minimale, non-fumeur.
ASA 2	Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction	Maladies légères sans limitations fonctionnelles substantielles. Exemples incluent (mais sans s'y limiter): fumeur actuel, buveur d'alcool social, grossesse, obésité ($30 < \text{IMC} < 40$), Diabète / HTA bien contrôlée, maladie pulmonaire légère, anémie.
ASA 3	Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité	Limitations fonctionnelles substantielles; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Les exemples incluent (mais sans s'y limiter): Diabète ou HTA mal contrôlés, BPCO, obésité morbide ($\text{IMC} \geq 40$), hépatite active, dépendance à l'alcool ou abus, pacemaker implanté, réduction modérée de la fraction d'éjection, insuffisance rénale terminale subissant une dialyse régulière, d'IDM, AVC, AIT ou maladie coronaire / stents.
ASA 4	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital	Les exemples incluent (mais sans s'y limiter): IMD récent (< 3 mois), AVC, AIT ou Maladie coronaire / stents, ischémie cardiaque en cours ou dysfonctionnement sévère valvulaire, réduction sévère de la fraction d'éjection, septicémie, CIVD, Insuffisance rénale terminale sans dialyse régulière.
ASA 5	Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures sans intervention chirurgicale.	Les exemples incluent (sans s'y limiter): anévrisme abdominal / thoracique rompu, traumatisme massif, hémorragie intracrânienne avec effet de masse, intestin ischémique face à une pathologie cardiaque significative ou dysfonctionnement de plusieurs organes / système
ASA 6	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.	

SCORE : CHUNG

Les scores de Chung

Chung = PADSS

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
Ou douleurs	Sévères	0
	Boit et urine	2
	Boit OU urine	1
	Noit pas, n'urine pas	0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

Chung modifié = PADSS modifié

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
Douleurs	Sévères	0
	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

Un score de 9 ou 10 permet la sortie

Chung CJA 199

- Unité de diagnostic et de thérapeutique ambulatoire (UDTA), CHRU de Tours Pôle Anesthésie Réanimation, CHRU Tours Unité INSERM U1253, Université F Rabelais, Tours f.remerand@chu-tours.fr ; francis.remerand@univ-tours.fr 30 janvier 2019

EXEMPLES DE TRACABILITE

Planification Opératoire Recueil soignant x

Filter : Dossier complet - Filtre temporel activé

Depuis [] jours, ou depuis le []

Séjour courant

20/06/2022 07:00 - 20/06/2022 17:22 : 7105778903

0582 - ORL UCAA 20/06/2022 07:00 - 20/06/2022 17:22

- 04.A-Formalité d'accueil
 - 20/06/2022 07:07 - Fiche accueil U.C.A.A.
- 04.B-Connaissance de la personne
 - 20/06/2022 07:28 - Prise en charge en HDJ (V2) - ORL CMF
- 04.C-Suivi infirmier
 - 20/06/2022 17:08 - Nutrition adulte
 - 20/06/2022 13:13 - Cathéter V. Central et Périph.
 - 20/06/2022 10:03 - Nutrition adulte
- 04.F-Scores-Evaluations
 - 20/06/2022 17:11 - Critères de retour à domicile
 - 20/06/2022 17:09 - Score de CHUNG modifié
- 04.G-Surveillance du patient
 - 20/06/2022 14:22 - Surveillance et signes vitaux
 - 20/06/2022 10:00 - Surveillance et signes vitaux
- 04.N-Fiche de liaison
 - 20/06/2022 07:27 - Liaison service-bloc (Version 2)
- 04-BLOC OPERATOIRE
 - 20/06/2022 08:21 - CHECK LIST HAS BLOC
 - 20/06/2022 07:51 - Suivi intervention
 - 20/06/2022 07:48 - Fiche de vérification/validation
 - 20/06/2022 07:20 - Ressources
- 04-CHIR AMBULATOIRE (UCAA)
 - 21/06/2022 09:26 - Appel du lendemain
 - 17/06/2022 14:50 - Appel de la veille

Questionnaires Favoris Groupes

Filtrer les favoris

Favoris de Emmanuelle CHABROL (questionnaires)

- (Non assigné)
 - Appel de la veille
 - Appel du lendemain
 - Critères de retour à domicile
 - Echelle de somnolence / sédation
 - Echelle DESS
 - Echelle douleur Algoplus
 - Echelle douleur BPS/RASS
 - Echelle douleur CHEOPS
 - Echelle douleur COMFORT B
 - Echelle douleur DOLOPLUS
 - Echelle douleur EVA
 - Echelle douleur EVENDOL
 - Fiche accueil U.C.A.A.
 - Liaison service-bloc (Version 2)
 - MC Sortie /Fiche Liaison Paraméd
 - Prise en charge en HDJ (V2)
 - RAAC
 - RAAC: appel retour à domicile
 - Recueil pré-anesthésique DAR C
 - Score de CHUNG modifié
 - SCORES douleurs Enf-Adult-Senior
 - Sortie contre avis médical
 - UCAA unité pédiatrique

Critères de retour à domicile	
Date et Heure de l'examen	20/06/2022 17:09
Nom de l'IDE ayant réalisé l'examen	01940497 - YALAOUI Ali
Nom de Médecin ayant validé la sortie	CRAMPETTE Louis
Evaluation douleur EN (0-10)	0
Accès aux échelles de douleur	
Echelle d'auto évaluation (Adulte communiquant): tout type de douleur	
EVS: Echelle Verbale Simple (0-4)	
Echelle Verbale Simple	
EVS (Echelle Verbale Simple)	0 - Pas de douleur
SCORE DE CHUNG MODIFIE	
Constantes vitales (température, pouls, respiration, TA)	Variation < 20% par rapport à la valeur pré-opératoire
Déambulation	Déambulation assurée. sans vertige
Nausées et/ou vomissements	Minimes
Douleurs	Minimes
Saignement chirurgical	Minimes
Score	10

LES CRITERES QUALITE (certification)

- Appel de la veille (heure de convocation + règles du jeûne + mesures d'hygiène, géolocalisation, livret d'accueil)
- Préadmission/VPA
- Respect intimité et secret médical
- Feuille de conseils post opératoire par type d'intervention
- Documents de sortie : explication des soins et ordonnances (tracées)
- Obligatoire : le compte rendu opératoire signé du chirurgien (1 patient et 1 courrier généraliste)



QUELQUES CHIFFRES

► **CHU DE MONTPELLIER**

- Bilan annuel activité UCAA GDC 2013 : 3 563 séjours
 - Bilan annuel activité UCAA GDC 2021 : 3 931 séjours (Covid)
 - Bilan annuel activité UCAA GDC 2022 : 4397 séjours
 - Bilan annuel activité UCAA GDC 2023 : 4912 séjours
 - Bilan annuel activité UCAA GDC 2024 : 5328 séjours
-
- Le virage en chirurgie ambulatoire, amorcé en France en 2010, s'inscrit dans une évolution internationale, partagée par tous les pays, quelles que soient les différences entre leurs systèmes de santé . La France est membre de l'International Association for Ambulatory (IAAS) depuis sa création, en 1995, et l'Afca (Association française de chirurgie ambulatoire) rencontre régulièrement ses homologues étrangers.

QUELQUES CHIFFRES

Taux d'actes de chirurgie ambulatoire déclarés par les représentants de pays membres de l'assemblée générale de l'IAAS- 2022

Pays	Taux de chirurgie ambulatoire
États-Unis	65-85 %
Australie	95 %
Danemark	60-70 %
Royaume-Uni	60-85 %
Belgique	50 %
Pays Bas	70 %
Finlande	NR
Italie	45 %
Espagne	47 %
Portugal	65 %*
Inde	15 %
France	59 %

NR : non rapporté.

* Inclus les séjours de 23 heures (pour tous les autres pays, séjours de moins de 12 heures).



TARIFS en euros

	2024	2025
➤ 24 heures en hospitalisation complète de chirurgie :	1722,62	1794,94
➤ 12 heures en chirurgie ambulatoire :	1378,46	1436,33
➤ Obstétrique ambulatoire 12 heures :	1414,17	1322,11
➤ Hospitalisation à domicile 1 jour :	794,26	666,92
➤ 24 heures en hospitalisation en réanimation :	3096,68	3226,68

SIGLES ET VOCABULAIRE

- ▶ UCA : unité de chirurgie ambulatoire (UCAA ; UMA...)
- ▶ PEC : prise en charge
- ▶ VPA : visite pré anesthésie
- ▶ RAAC : récupération rapide après chirurgie ou réhabilitation précoce ou « *Fast-Track-Chirurgie* » en anglais
- ▶ ASA : American Society of Anesthesiologists en 1941 crée le Physical Status Score
- ▶ CHUNG : score pondéré d'évaluation de l'aptitude à la rue d'un patient.

SIGLES ET VOCABULAIRE

- ▶ Colloque singulier : relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Hippocrate : « c'est la rencontre d'une confiance et d'une conscience ».
- ▶ HAS : Haute Autorité de Santé (Seine Saint Denis 93)
- ▶ ARS : Agence Régionale de Santé (Pour l'Occitanie : Montpellier)
- ▶ BO : bloc opératoire
- ▶ SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation;
- ▶ PNM : Personnel Non Médical – PM : Personnel Médical



WEBOGRAPHIE :

- [Les questions fréquentes au sujet de la « Prise en charge anesthésique des patients en ambulatoire » - La SFAR](#)
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/tc_chir_ambu_axe2_vf.pdf
- [De nouvelles unités de chirurgie ambulatoire à l'AP-HP | APHP](#)
- [guide securite du patient en chirurgie ambulatoire.pdf \(has-sante.fr\)](#)
- [ANESTHESIE AMBULATOIRE PEDIATRIQUE \(sfar.org\)](#)



Merci de votre attention