

„La chirurgie ambulatoire, une culture de l'excellence.“

(Pr Corinne Vons)

David Petermann, david.petermann@chuv.ch
Henri Vuilleumier, henri.vuilleumier@chuv.ch
Nicolas Demartines, demartines@chuv.ch

La chirurgie ambulatoire, établie depuis des décennies, a un grand potentiel de développement notamment grâce aux nouvelles technologies, comme par exemple la laparoscopie en chirurgie digestive, et grâce aux grands progrès de l'anesthésie et à l'application systématique de l'analgésie multimodale. Malheureusement, cette manière de procéder est souvent insuffisamment mise en pratique, et contrairement à certaines idées reçues, il s'agit d'un type de chirurgie spécialisée dont les patients sont les premiers bénéficiaires. Nous présentons ici un entretien avec le Pr Corinne Vons, secrétaire générale de la Société Française de Chirurgie Ambulatoire et experte en chirurgie ambulatoire. Nous présentons aussi un exemple de partenariat à Lausanne entre l'hôpital universitaire (CHUV) et une structure privée permettant une pratique de chirurgie ambulatoire moderne.

La chirurgie ambulatoire est définie comme un acte chirurgical nécessitant le recours à un bloc opératoire et pour lequel le séjour du patient est inférieur à 12 heures. Cette définition est établie par l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS). La durée du séjour est donc réduite au strict temps nécessaire pour maîtriser et gérer les risques postopératoires d'une intervention donnée. Actuellement, on évalue qu'aux Etats-Unis plus de 80% des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire. En Grande-Bretagne, ce chiffre est de 70%, alors qu'en France il se situe aux alentours de 38%. En 2008, une estimation en Suisse établit que moins de 20% des actes chirurgicaux réalisés en milieu hospitalier sont réalisés en ambulatoire (Source: OECD Health Data 2010). La réduction du temps de séjour du patient n'est rendue possible que par une maîtrise parfaite et minutieuse de tous les paramètres qui entourent l'acte chirurgical. La gestion des risques postopératoires par la connaissance de l'incidence des complications, de leurs conséquences et de leurs traitements, n'est qu'une partie des critères de réussite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire. La prise en charge ambulatoire doit en effet être spécifique ou „dédiée“ dès le premier entretien entre le chirurgien et son patient jusqu'au terme du traitement. Un point crucial dans ce cheminement est la nécessité de disposer d'une infrastructure totalement consacrée à la pratique ambulatoire. La part organisationnel englobant tous les paramètres requis pour un traitement ambulatoire performant n'est pas non plus à minimiser. Ces différents points sont abordés ici avec le Professeur Corinne Vons.

En quelques phrases pouvez-vous vous présenter et en particulier nous décrire comment vous êtes-vous intéressé en particulier à la chirurgie ambulatoire?

Je suis Corinne Vons, chirurgien viscéral, Professeure des Universités en France. Le début de mon histoire remonte à mon travail dans la banlieue Sud de Paris, dans un Hôpital Universitaire de la santé publique de Paris où l'on a inauguré une unité de chirurgie ambulatoire en 1998. On a commencé assez tôt à faire de la chirurgie „lourde“ ambulatoire (vésicule, thyroïde). Forte de cette expérience, on m'a demandé en 2007 d'aller de l'autre côté de Paris dans le département 93, l'endroit où les gamins brûlent les voitures, la zone

sous-développée, et de monter une unité de chirurgie ambulatoire là-bas. Ce projet a réussi avec un taux de chirurgie ambulatoire de l'hôpital à 44% après 18 mois de travail. J'ai réussi; ce qui pourrait prouver que ma méthode a l'air d'être bonne. Voilà pourquoi je suis à la fois secrétaire générale de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire et Cheffe du projet de développement de la chirurgie ambulatoire de toute l'Assistance Hôpitaux de Paris, ce qui représente 35 hôpitaux sur la région parisienne.

Quelle structure avez-vous développée en France et en quoi celle-ci est-elle innovante?

A mon arrivée, aucune structure ambulatoire n'existait, je l'ai donc créée du début à la fin. En particulier, avant d'ouvrir l'unité, j'ai réuni tous les futurs intervenants du patient ambulatoire en définissant minutieusement le parcours du patient. Le chemin clinique du patient, du moment où il voit le chirurgien pour la première fois jusqu'à la dernière consultation est défini en détail, en définissant même par exemple l'endroit où il doit parquer sa voiture. Ceci nécessite de nommer un responsable de l'unité ambulatoire, des référents pour l'anesthésiologie, la chirurgie et pour chaque intervenant. Tout le monde a participé à l'élaboration de ce chemin clinique en définissant la population éligible. Ce n'est qu'après tout ce travail de fond que l'unité ambulatoire a été ouverte. Cette unité dispose de cinq places et est entièrement dédiée à l'ambulatoire sauf les salles d'opération qui ne le sont pas, ce qui est à mon avis un handicap. Notre particularité est que l'on fait de la chirurgie „lourde“ en y réalisant en plus des cures de hernies et des cholécystectomies, la chirurgie de la thyroïde et des gastropplasties par anneau pour obésité et en développant les sleeve gastrectomy et l'appendicectomie en ambulatoire. Nous avons donc développé une véritable culture de l'ambulatoire dans cet établissement.

Est-ce que tout chirurgien peut pratiquer la chirurgie ambulatoire pour tout un éventail d'interventions? Faut-il des techniques et connaissances dédiées qui pourraient demander une formation spécifique de chirurgien ambulatoire?

On peut dire que tout chirurgien ou anesthésiste peut faire de la chirurgie am-

David Petermann



Henri Vuilleumier



Nicolas Demartines



bulatoire car il ne s'agit pas d'une technique particulière. En revanche, il faut avoir une sensibilité particulière à l'ambulatoire, être prêt à soigner le moindre détail. Il faut avoir une certaine culture ambulatoire comme par exemple l'anesthésie locale préemptive des sites de trocars ou la prévention des nausées postopératoire par l'anesthésiste. Il faut également avoir le sens de l'organisation pour, par exemple, planifier correctement les patients en ambulatoire. La technique est certes identique à une chirurgie conventionnelle, mais nécessite une part supplémentaire de réflexion. Cependant, une certaine formation est nécessaire et celle-ci demeure à l'heure actuelle largement insuffisante, de la même manière qu'insuffisamment d'unités ambulatoires sont créées. Il y a une fausse tendance à croire que la chirurgie ambulatoire est mineure et est dévalorisée, alors qu'au contraire il s'agit véritablement de la chirurgie de demain, incontournable, et de l'excellence. Elle s'affiche dans la continuité de la laparoscopie qui se traduit par la non-invasivité jusque dans la prise en charge globale. C'est la cerise sur le gâteau de la laparoscopie: non seulement le malade n'a que des petits trous mais en plus il rentre à la maison le soir de l'intervention. Ceci devrait être le top de la qualité des soins que l'on peut offrir au patient. Elle doit impérativement être valorisée. L'ancienne génération pense que plus on a de lits stationnaires plus on est „fort“, mais la future génération devrait dépasser ce paradigme. En France, il existe dans ce sens un diplôme universitaire de chirurgie ambulatoire qui intéresse de plus en plus de jeunes chirurgiens qui y sont sensibilisés. L'éducation des médecins généralistes, des étudiants en médecine et surtout de la population générale est nécessaire car beaucoup ne comprennent pas comment une intervention peut être réalisée en ambulatoire.

Quelles sont les limites de la chirurgie ambulatoire, en particulier quelles interventions réalisées classiquement lors d'un séjour hospitalier peuvent être réalisées en ambulatoire (thyroïdectomie totale, bypass gastrique, chirurgie des stomies, appendicite aiguë en urgence...)?

On ne peut pas fixer de limites. Je pense qu'il faut maîtriser l'éligibilité. Les critères de limites seraient essentiellement la capacité à gérer les risques et maîtriser les suites postopératoires. Il faut pouvoir définir chaque risque, son délai de survenue et sa gravité. Pour les thyroïdectomies, on sait que le risque principal est l'hémorragie dans les 6 premières heures, ce qui nécessite une surveillance de 6 heures après la chirurgie. On sait également que l'hémorragie peut apparaître plus tardivement, notamment lors de toux, il faut donc définir les catégories de risque et les connaître. Il est donc possible de maîtriser les suites d'une thyroïdectomie totale en ambulatoire, par exemple, tout en gérant l'antalgie et la prévention des nausées et vomissements postopératoires. Au début de notre expérience, 20% des cholécystectomies planifiées en ambulatoire nécessitaient une hospitalisation en raison de nausée. Mais après avoir défini le bon traitement préventif, les patients sont prêts à sortir 2 heures après l'intervention. En extrapolant ainsi, beaucoup d'interventions que l'on pensait il y a 15 ans irréalisables en ambulatoire le deviennent. Je répète donc qu'il n'y a pas de limite. Ceci ne signifie pas que toutes les opé-

rations seront faites en ambulatoire, mais aucune limite ne doit être fixée a priori et on doit toujours se poser la question du réalisable. Même les opérations en urgence devraient pouvoir être réalisées en ambulatoire. Il faut premièrement se poser la question de savoir si l'opération peut être différée au lendemain. Quelques publications démontrent qu'une appendicectomie peut être différée de 6 à 12 heures sans danger. Les appendicites compliquées se présentent d'emblée sous cette forme, elles ne passent pas de la forme simple à la forme compliquée, ceci de la même manière que les diverticulites. Les appendicites non compliquées peuvent donc parfaitement attendre le lendemain. La majeure partie des opérations digestives en urgence peuvent être différées. Ceci nécessite néanmoins l'établissement de protocoles précis qui garantissent la sécurité du patient et la maîtrise des suites. Il faut gérer la sécurité du patient et ensuite beaucoup de choses deviennent réalisables.

Quelle est l'infrastructure structure minimale nécessaire à la pratique de la chirurgie ambulatoire?

La chirurgie ambulatoire est au mieux réalisée par des personnes dédiées à la chirurgie ambulatoire, qui ne font que ça. A partir du moment où l'on se mutualise avec d'autres personnes, il y a une perte d'efficacité et une perte de compétence. Si le flux du patient ambulatoire est à un moment donné mélangé à l'hospitalisation conventionnelle, cela induit un ralentissement et une perte d'efficacité. L'idéal est d'avoir un centre ambulatoire totalement séparé du système d'hospitalisation conventionnelle ou au minimum une unité dédiée. Il faut absolument éviter l'ambulatoire forain, c'est-à-dire d'avoir des lits d'ambulatoire au sein d'une unité d'hospitalisation. La gestion globale et du risque doit être indépendante si on veut faire de la Chirurgie ambulatoire et pas de la „bobologie“.

Afin d'augmenter l'efficacité, un centre ambulatoire dédié doit avoir une unité dédiée et un bloc opératoire dédié. Le meilleur modèle ne doit pas contenir de chambre comme en hospitalisation mais doit être organisé en circuit de l'accueil jusqu'à la sortie, le patient ne faisant pas d'aller-retour d'un endroit à l'autre. Ceci est fondamental pour ne pas perdre de temps. Dans ce concept le patient n'attend jamais sans rien faire, mais chemine dans un parcours, il ne fait que passer jusqu'à la sortie.

Est-ce que l'âge du patient en soi est une contre-indication à la chirurgie ambulatoire?

Au contraire! Plus le patient est âgé et plus il faut qu'il soit pris en charge en ambulatoire. Une personne âgée perd vite ses repères et son autonomie lors d'une hospitalisation, il faut donc réduire au minimum ce séjour. Il est clair qu'il faut en particulier maîtriser les suites opératoires et prendre garde à la médication utilisée chez ce groupe de patient. Les compétences de l'anesthésiste sont primordiales. C'est un vrai défi.

Corinne Vons



Un mot sur les coûts. La chirurgie ambulatoire est-elle meilleure marché?

Un investissement au départ est nécessaire, mais il va de soi que les coûts sont clairement diminués. Les coûts de fonctionnement sont diminués car le personnel n'est présent que de jour. De plus, avec une organisation efficace, les places disponibles sont remplies de jour en jour par les urgences différées afin de rentabiliser au maximum la structure.



Exemple d'utilisation d'une structure privée par un hôpital universitaire pour la chirurgie ambulatoire

Dans de nombreux cas, les services de chirurgie d'hôpitaux universitaires doivent cumuler les fonctions de centre de référence tertiaire (chirurgie hautement spécialisée, recherche et enseignement) et la pratique chirurgicale générale de base moins complexe. Cette charge induit fréquemment un allongement de la liste d'attente pour les patients nécessitant une chirurgie dite moins lourde ou non oncologique. Par ailleurs, nombre de ces interventions qui pourraient être réalisées en ambulatoire sont effectuées au cours d'une hospitalisation, notamment en raison d'une structure inadaptée.

Pour pallier à une situation d'engorgement chronique au CHUV de Lausanne, la chirurgie ambulatoire a été délocalisée. Un partenariat inédit public-privé a vu le jour à Lausanne au 1^{er} juin 2004. Cette collaboration public-privé permet à un chirurgien de l'hôpital universitaire d'opérer les patients adressés au centre tertiaire dans une structure ambulatoire délocalisée privée. Ce type de coopération a été développé avec le Service de Chirurgie Viscérale du CHUV, qui cumule les fonctions de centre de référence au-delà des frontières cantonales et d'hôpital de soins primaires pour la ville de Lausanne. La majorité des patients adressés au Service de Chirurgie Viscérale et pouvant bénéficier

d'un traitement chirurgical ambulatoire sont ainsi opérés dans une structure privée, MV Santé – Artemed. Sur le plan financier, la collaboration est basée sur une stratégie économique de type „win-win“. Le centre privé facture les prestations médicales et techniques selon Tarmed, restituée à l'hôpital public la part médicale qui lui revient.

Du 1^{er} juin 2004 au 31 juin 2009, 602 interventions chirurgicales ont été réalisées sur 190 jours opératoires. Les interventions réalisées étaient les suivantes: cures de hernies inguinales, cures de hernies ombilicales/épigastriques, cholécystectomies laparoscopiques, laparoscopies diagnostiques, excisions de ganglions lymphatiques et interventions proctologiques (cure d'hémorroïdes, traitement de kyste sacro-coccygiens, condylomes, marisques, fissures et fistules anales). Durant cette période, aucune hospitalisation ne s'est avérée nécessaire, tous les patients pouvant rentrer à domicile le soir de l'intervention. Aucune réadmission à 30 jours n'a été observée et la mortalité était de 0%. L'évaluation systématique des patients par appel téléphonique le lendemain de l'intervention et questionnaire standardisé au 8^{ème} jour postopératoire a permis de démontrer que 98% des patients étaient satisfaits de la prise en charge. Le bilan après 5 ans de partenariat public-privé est positif pour les intervenants et pour les patients. Les avantages pour l'hôpital public sont: une diminution de la liste d'attente, une plateforme d'enseignement de la chirurgie de base préservée pour les chirurgiens en formation qui ont l'opportunité d'apprendre et de perfectionner les gestes chirurgicaux de base dans d'excellentes conditions. Sur le plan financier, on estime que les opérations coûtent en moyenne 20% moins cher qu'à l'hôpital universitaire qui n'est pas prévue pour l'ambulatoire. Le point principal est que les patients en sont les grands bénéficiaires. Le temps d'attente jusqu'à l'intervention est réduit (en moyenne 3 semaines), ils bénéficient d'une prise en charge ambulatoire spécialisée dans un centre dédié à cette pratique avec des moyens spécifiques et adaptés.

Au CHUV, la pratique ambulatoire universitaire va évoluer et se développer par la construction d'un bâtiment attenant au CHUV et dédié à la chirurgie ambulatoire, avec une plus grande capacité d'accueil. Ce centre sera co-administré et co-financé par un partenariat public et privé.

Comme l'a parfaitement mis en avant et démontré le Pr Corinne Vons, la chirurgie ambulatoire doit être développée et intensifiée. Il s'agit véritablement d'une chirurgie de pointe, moderne et avant-gardiste et qui répond clairement à une demande des patients. L'avenir est fait de nouvelles technologies, mais aussi d'amélioration de la prise en charge globale des patients et d'innovations structurelles et organisationnelles telles que la chirurgie ambulatoire qu'il ne faut pas rater.