

# RRAC ET CHIRURGIE AMBULATOIRE : NOUVEAUX ENJEUX MÉDICO-LÉGAUX

Compte-rendu du colloque  
du 07 février 2015, Paris

---

Organisé par ASSPRO et le Cabinet Branchet  
avec la participation du SNARF, d'ARRES et de l'UCDF

## DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU RRAC

Longtemps cantonnée aux pays anglo-saxons et du nord de l'Europe, la chirurgie ambulatoire (CA) s'impose progressivement dans l'hexagone. Encouragée par les instances et les établissements de santé, développée par les équipes qui s'approprient peu à peu cette nouvelle façon de pratiquer la chirurgie, la CA devient, de fait, une référence. Elle pose toutefois un certain nombre de questions pratiques, organisationnelles et médico-légales que ce colloque s'est donné pour objectif de discuter.

La CA s'inscrit en réalité dans un processus plus large visant à favoriser le retour précoce du patient à son domicile : le Retour Rapide Après Chirurgie ou RRAC (anciennement Fast Track Surgery). « Elle n'en est qu'une étape technique » explique le Dr Jean-Félix Verrier\*. « Le RRAC constitue le principe clé de la prise en charge chirurgicale aujourd'hui. Tous les patients chirurgicaux sont amenés à rentrer dans un process RRAC avec l'objectif d'une autonomie la plus rapide possible ». Si leur contexte médico-chirurgical et social le permet et si la technique est validée, ils peuvent alors être éligibles à une prise en charge chirurgicale ambulatoire conduisant donc à une sortie le jour même de l'intervention.

« La CA et le RRAC ne constituent pas pour autant des révolutions techniques » précise le Dr Christian-Michel Arnaud, « mais plutôt des révolutions organisationnelles ». Elles nécessitent une coordination des soins, inédite au sein du centre puis entre la ville et l'hôpital, qu'il convient de structurer, de protocoliser (chemin clinique, protocoles techniques) afin d'offrir un niveau de confort et sécurité maximal au patient. De fait, « le développement du RRAC et de la CA se fait au bénéfice du patient et de la qualité de soins, bien plus que sur un argument économique » indique le Dr Jean-Félix Verrier. « Il s'inscrit dans un véritable process industriel, avec un objectif de rentabilité, tant en termes économiques que de confort du patient et de qualité des soins » souligne le Dr Alain Deleuze.

Pour autant, le RRAC et la CA se heurtent encore à des réticences, souvent injustifiées, de la part de certains professionnels de santé et des patients avec la crainte d'un sur-risque de complications et donc de sinistres. Les expériences échangées au cours de

« Le RRAC constitue le principe clé de la prise en charge chirurgicale aujourd'hui. Tous les patients chirurgicaux sont amenés à rentrer dans un process RRAC avec l'objectif d'une autonomie la plus rapide possible ».

\* cf p. 15 intervenants cités.



« Si l'ambulatoire représente environ 70 % des actes chirurgicaux en Amérique du nord, elle n'est à l'origine que de 23 % des plaintes »

colloques et l'analyse de la littérature montrent que ces écueils peuvent être levés à l'aide de démarches désormais bien identifiées qu'il convient de diffuser largement. L'organisation des équipes, leur formation, leur capacité à échanger en temps réel sont autant de points essentiels permettant de proposer une prise en charge parfaitement sécurisée.

## CHIRURGIE AMBULATOIRE ET COMPLICATIONS : LA FRANCE FACE À L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

Afin de prendre la mesure de l'intérêt et des limites de la CA, il est intéressant, en premier lieu, de se tourner vers la littérature scientifique et d'identifier les causes des échecs. Il est difficile de comparer les données issues de la littérature américaine avec ce que l'on observe des pratiques françaises. À l'inverse de ce qui se fait dans l'hexagone, l'ambulatoire intéresse plus volontiers les sujets âgés aux États-Unis, donc plus touchés par les comorbidités. On note toutefois, explique le Dr Marc Gentili, « que si l'ambulatoire représente environ 70 % des actes chirurgicaux en Amérique du nord, elle n'est à l'origine que de 23 % des plaintes ».

Des études à grande échelle, menées sur plusieurs millions d'interventions, permettent de mieux cerner le profil de patients à risque de complication nécessitant une réadmission, allant jusqu'à l'établissement d'un index de risque lié à l'âge, à la durée de l'acte (voire à l'heure à laquelle il s'achève), aux comorbidités et au type d'anesthésie. Dans le même ordre d'idée, le Cabinet Branchet s'est intéressé au profil des patients susceptibles de subir un dommage dans un contexte ambulatoire, permettant l'identification d'autres facteurs de risques (voir encadré page suivante).

Les réadmissions sont le plus souvent liées à des saignements, à une gestion insuffisante de la douleur ou des nausées et vomissements mais aussi à des difficultés sociales. La littérature montre que certains actes (varicoclectomie, curetage, avortements...) ou des spécialités chirurgicales (ORL, urologique) paraissent plus à même d'engendrer des complications. « Une étude réalisée à St Grégoire met en évidence les causes les plus fréquentes de complication : la levée tardive d'une anesthésie locorégionale, le non-respect des critères d'élection à l'ambulatoire ou des dysfonctionnements de programmation opératoire et d'hospitalisation » précise le Dr Marc Gentili.



Dr A. Watrelot - J.C. Narcy - Pr C. Vons - Dr CM. Arnaud - Dr J.F. Verrier.

## ÉTAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN SECTEUR PRIVÉ : UNE ENQUÊTE ASSPRO PRÉSENTÉE PAR LE DR ANTOINE WATRELOT, PRÉSIDENT D'ASSPRO.

Afin de mieux cerner la réalité de la pratique de la CA en France, ASSPRO a réalisé une enquête d'envergure nationale. 6 350 questionnaires ont été administrés par internet d'août à octobre 2014. Les résultats, issus des 12 % de retours, montrent un pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire légèrement inférieur à celui des chiffres publiés (chirurgie viscérale 43,5 %, gynécologique 55,8 %, orthopédique 53,4 %, vasculaire 42,2 %, plastique 47,4 %). Dans pratiquement tous les cas (96,7 %), la CA se déroule dans un secteur dédié, selon un protocole spécifique (83,4 %) mais qui ne paraît adapté que pour 76,5 % des répondants.

La part des actes réalisés en CA varie selon les spécialités chirurgicales. Il n'y a pas d'acte systématiquement ou presque (> 90 %) réalisé en CA en chirurgie viscérale. Les plus courants intéressent la hernie ombilicale ou inguinale et la coélio diagnostique (60 à 90 %). La part ambulatoire des interventions sur la vésicule et les hémorroïdes devrait toutefois rapidement augmenter. En chirurgie orthopédique, les interventions touchant la main (sauf le poignet), l'arthroscopie du genou et l'ablation de matériel sont aujourd'hui pratiquement toujours réalisées en ambulatoire. La chirurgie de l'épaule, du coude et la traumatologie le sont majoritairement (60 à 90 % des cas). Une progression est attendue dans l'arthroscopie de l'épaule et la chirurgie de l'avant pied. En gynécologie, le curetage, l'hystérectomie, la fertilité, le TOT, l'ESSURE sont, là encore, presque toujours réalisés en ambulatoire, suivi du coélio diagnostique et la pose de clips. La coélio opératoire en ambulatoire reste rare. Enfin, en chirurgie plastique, la blépharoplastie et la chirurgie dermatologique sont le plus couramment réalisées en ambulatoire, suivies de l'otoplastie, de la liposuction et des lambeaux cutanés.

Un tiers des répondants en chirurgie viscérale, orthopédique et vasculaire pense que la CA expose leur patient à un sur-risque contre moins d'un sur quatre en chirurgie plastique et moins d'un sur cinq en chirurgie gynécologique. En revanche un chirurgien sur deux pense être lui-même exposé à plus de risques médico-légaux dans toutes les spécialités hormis en chirurgie plastique (29 %).

L'écrasante majorité des répondants (> 90 %) estime que les sociétés savantes ainsi que des institutions telles qu'ASSPRO Scientifique ont un rôle à jouer dans le développement de la CA.

TOT : Trans-obturator tape

« Un tiers des répondants en chirurgie viscérale, orthopédique et vasculaire pense que la CA expose leur patient à un sur-risque contre moins d'un sur quatre en chirurgie plastique et moins d'un sur cinq en chirurgie gynécologique. En revanche un chirurgien sur deux pense être lui-même exposé à plus de risques médico-légaux dans toutes les spécialités hormis en chirurgie plastique (29 %) »



La littérature précise que le RRAC fonctionne « à condition qu'il existe un programme de prise en charge avec un chemin clinique nécessitant une organisation intégrée et pilotée, selon une procédure pluridisciplinaire débutée en pré-opératoire, développée en per-opératoire, poursuivie en post-opératoire dans l'établissement puis à domicile »



## S'ORGANISER, ANTICIPER POUR MIEUX GÉRER LES COMPLICATIONS...

La prise en charge ambulatoire repose sur une équipe pluridisciplinaire au sens le plus large du terme. Elle inclut des professionnels de santé du centre et en ville mais aussi les équipes administratives, les secrétariats qui tous doivent être formés et connaître les process mis en place par le centre. La littérature précise que le RRAC fonctionne « à condition qu'il existe un programme de prise en charge avec un chemin clinique nécessitant une organisation intégrée et pilotée (protocoles écrits et acteurs bien identifiés), selon une procédure pluridisciplinaire débutée en pré-opératoire, développée en per-opératoire, poursuivie en post-opératoire dans l'établissement puis à domicile » indique le Dr Michel Sfez. Le fonctionnement de l'équipe, l'aspect humain, est aussi déterminant. À ce titre, une étude (Mazzocco 2009) rapporte que « les écarts de comportements au bloc opératoire sont plus prédictifs de complications que le score ASA du patient, et dans un rapport de 1 à 3 » rappelle le Pr Marc Beaussier.

## ...EN PRÉ-OPÉRATOIRE

« L'efficacité du processus repose sur des critères de sélection drastiques des patients éligibles à la CA : bon état général, faible comorbidité et surtout comprenant le process et capables d'être acteur de leur prise en charge »

« Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire, tout doit être formalisé avant l'hospitalisation » rappelle le Dr Alain Deleuze : « l'information du patient, le circuit pré-opératoire, la préparation cutanée, les traitements post-opératoires (ordonnances faites) et le suivi post-opératoire (appel du lendemain, suivi à domicile) ». « L'efficacité du processus repose sur des critères de sélection drastiques des patients éligibles à la CA : bon état général, faible comorbidité et surtout comprenant le process et capables d'être acteur de leur prise en charge » insiste le Dr Benoît Gignoux. De fait, « nous sommes dans l'ère de la gestion a priori des risques » précise-t-il.

Premier temps fort, la consultation pré-anesthésie est fondamentale. Elle a pour but d'informer le patient sur son chemin clinique, sur les mesures à prendre en pré-opératoire (jeûne, gestion des traitements en cours, choix de la technique d'anesthésie) et en post-opératoire (conditions de sortie, accompagnement par un tiers, consignes post-opératoires, analgésie post-opératoires,

## SINISTRES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE : QUEL EST LE PROFIL TYPE DU PATIENT ? (ANTOINE WATRELOT, LYON)

L'analyse des données du Cabinet Branchet permet d'établir le profil type d'un patient susceptible de subir un dommage en ambulatoire. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un patient en bon état général (ASA 1 : 59 %). Le dommage survient majoritairement en chirurgie orthopédique (47 %), dans le contexte d'un acte à ciel ouvert (76 %), sous anesthésie générale (51 %) ou loco-régionale (35 %). La complication a lieu plus fréquemment après la sortie du patient (61 %) qu'en per-opératoire (35 %). Elle n'est infectieuse que dans moins de 30 % des cas, plus volontiers sensitivo-motrice périphérique (18 %) ou esthétique (16 %).

« Le profil type d'un patient susceptible de subir un dommage en ambulatoire est dans la majorité des cas un patient en bon état général »



Dr A. Watrelot.

modes de recours en cas d'événements non prévus avec une ligne dédiée 24/24 h). À cette occasion son ordonnance de sortie doit lui être remise (en lui indiquant qu'il doit impérativement se procurer ses antalgiques avant l'intervention pour en disposer de suite à la sortie). Il faut s'assurer de son accompagnement ou, en cas d'isolement, prévoir le recours à des professionnels de santé capables de l'accompagner (société de service). Le temps investi lors de cette consultation, en s'assurant de la parfaite adhésion et de la parfaite compréhension du patient, est un gage du bon déroulement de la période suivant la sortie et d'une possibilité de réaction rapide en cas de complication.

## ...PER ET PÉRI-OPÉRATOIRE

« Sur le plan technique, le RRAC nécessite une maîtrise des mêmes paramètres que ceux de la chirurgie classique, à savoir : une bonne préparation (jeûne, analgésie optimale en évitant le retour aux opioïdes, remplissage vasculaire optimisé, prévention des troubles mictionnels) et le respect des mesures prophylactiques





« Si la CA n'est pas à proprement parler une spécialité, elle fait appel à des compétences spécifiques qu'il s'agit désormais de promouvoir et d'enseigner »

(antibioprophylaxie, nausées et vomissements post-opératoires, hypothermie per et péri opératoire) » reprend le Dr Michel Sfez. En revanche, le RRAC entraîne une modification des techniques opératoires (mini-invasives, choix des voies d'abord) avec l'objectif d'une reprise précoce de l'alimentation et de la déambulation pour favoriser le retour à domicile. En cela, « si la CA n'est pas à proprement parler une spécialité, elle fait appel à des compétences spécifiques qu'il s'agit désormais de promouvoir et d'enseigner » précise le Pr Corinne Vons.

### ...EN POST-OPÉRATOIRE

La phase de retour repose sur le strict respect des critères de sortie (analgesie efficace par voie orale, alimentation solide, retour à la mobilité initiale, volonté de rentrer chez soi, absence de complications, médecin traitant prévenu) et une prise en charge à domicile reposant sur un contact systématique daté avec l'infirmière référente, une consultation du médecin traitant à son cabinet puis une consultation de chirurgie.

« Il faut enfin souligner le rôle de l'entourage, qui doit être aussi formé aux soins et événements possibles à surveiller »

L'expérience montre que les patients sont généralement très satisfaits de l'ambulatoire, mais à la condition qu'ils bénéficient d'une véritable prise en charge post-opératoire. « Cette phase est génératrice d'un stress qui ne peut être géré qu'avec le concours de professionnels de santé formés et aptes à mettre le patient en confiance » insiste le Dr André Ferreira. Le recours à des sociétés privées mandatant des infirmières diplômées d'état (IDE) formées à l'ambulatoire, se rémunérant sur le consommable sans surcoût pour le centre, constitue une option de choix. D'autres centres se reposent sur un réseau d'IDE de ville elles-aussi formées et en contact étroit avec les opérateurs. Il faut enfin souligner le rôle de l'entourage, qui doit être aussi formé aux soins et événements possibles à surveiller. Le rôle du médecin traitant reste, quant à lui, à définir, notamment en termes de responsabilités. S'il est impératif qu'il bénéficie d'une information précise des actes réalisés, doit-il pour autant être partie prenante dans la gestion des éventuelles complications ?

## ATELIER ORGANISATION DES SOINS POUR UNE MEILLEURE SÉCURITÉ DES SOINS EN AMBULATOIRE (VINCENT TRAVERS, PATRICK-GEORGES YAVORDIOS).

La prise en charge ambulatoire s'articule en trois temps : pré, per et post-opératoire. Un défaut d'organisation à chacune de ces étapes peut avoir de lourdes conséquences et engager la responsabilité des intervenants. Le travail réalisé lors de cet atelier portait sur l'identification des points d'achoppement ou de différences d'organisation entre services ou établissements. Les principaux problèmes touchent la **communication** des informations entre intervenants en pré-opératoire (communication entre les consultations de chirurgie et d'anesthésie avec le dossier clinique, notamment pour l'implémentation des traitements patients, différents process/formats informatiques entre établissement), en per-opératoire (transmissions orale des données d'admission, importance d'une check-list homogène entre les équipes) et post-opératoire (chaque médecin est responsable de ses actes mais l'autorisation de sortie ne nécessite qu'une signature, rédaction immédiate du CROP et de la lettre au médecin traitant). La problématique peut toucher au **personnel** impliqué en pré-opératoire (qui amène le patient au bloc et qui appelle le brancardier : IDE/ASH/IBODE/IADE/médecin ? nécessité d'une centrale de brancardier), en per-opératoire (qui accueille le patient : IADE/IBODE/AR... ? nécessité d'un brancardier intra et inter bloc) et post-opératoire (sortie de salle puis de SSPI par un brancardier dédié). Enfin, les participants remontent les problèmes liés aux **actes** médicaux toujours en pré-opératoire (prémédication ou non), en péri-opératoire (cotation de l'acte par le chirurgien et l'acte d'anesthésie en découle) et enfin en post-opératoire (validation de la sortie de SSPI à l'aide d'un score ou par l'AR).

« Les principaux problèmes touchent la communication des informations entre intervenants en pré-opératoire en per-opératoire et post-opératoire. »



Dr V. Travers, Dr PG. Yavordios et un participant.

## UN PROBLÈME DE FORMATION

La diffusion de plus en plus rapide du RRAC, et de la CA qui en découle, pose le problème de la formation des intervenants.

« Nous nous trouvons dans un phase transitoire. Il ne faudrait pas assister, par un défaut de formation, à un développement non maîtrisé du RRAC »



Une étude, en cours, menée auprès des anesthésistes-réanimateurs par le SNARF, montre que les aspects techniques sont globalement connus des praticiens. Ils ne sont toutefois que partiellement maîtrisés en pratique, en particulier sur des éléments considérés marginaux bien que fondamentaux dans la pratique (analgésie, hypothermie...). De même, les aspects organisationnels sont connus des AR, qu'ils pratiquent ou pas le RRAC, mais, là encore, mal maîtrisés en pratique. À titre d'exemples, l'intégration trop rare par le patient de l'information supposée donnée par l'opérateur, l'absence d'adressage systématique des patients en pré-opératoire à une IDE référente, pourtant pivot de la prise en charge sociale et de la préparation à la sortie. En post-opératoire, les critères de sortie ne sont pas tous systématiquement respectés entraînant une réelle prise de risque pour le patient et donc pour l'opérateur. Enfin, les AR paraissent insuffisamment prévenus de la survenue de complications alors même qu'ils sont partie prenante en cas de mise en cause.

« Nous nous trouvons dans une phase transitoire » rappelle le Pr Corinne Vons. « Il ne faudrait pas assister, par un défaut de formation, à un développement non maîtrisé du RRAC ».

## RÉDUCTION DES DÉPENSES DE SANTÉ : MYTHE OU RÉALITÉ

L'objectif du RRAC est de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) dans l'espoir de réduire les dépenses de santé. La réduction de la durée de séjour a largement été démontrée en chirurgie viscérale et orthopédique. Il n'existe pas encore de données publiées sur le rapport coûts/efficacité du RRAC et de la CA en France. Les complications paraissent comparables ou inférieures en chirurgie viscérale ambulatoire par rapport à la prise en charge traditionnelle. « Les rares études portent sur des effectifs peu nombreux et parfois mal documentées » précise le Dr Michel Sfez. « On observe statistiquement moins d'infections nosocomiales en CA ainsi qu'un moindre risque thromboembolique » selon le Pr Corinne Vons. Il faut toutefois considérer l'ensemble des coûts liés à cette démarche,

## EN PRATIQUE : CHIRURGIE VISCÉRALE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

« La mise en place de la RRAC dans la colectomie, au sein de notre centre, s'est déroulée en 3 grandes phases visant à réduire progressivement la durée moyenne de séjour » indique le Dr Benoît Gignoux (Lyon).

Elle a débuté par la rédaction de protocoles standardisés (absence de prémédication, hospitalisation à JO), l'optimisation de la technique d'anesthésie (limitation apports per-opératoire, pas de péri-durale), la prévention de l'hypothermie, une absence de drainage, l'utilisation large de ropivacaïne, la mise en place d'un Programme de Mobilisation et Réalimentation précoces et des réunions d'informations des équipes. Cette première phase a permis de diminuer la DMS à 5 jours pour les patients de niveau 1.

La deuxième phase reposait sur la rédaction d'un protocole d'anesthésie précis (analgésie multimodale, épargne morphinique), des réunions essentielles d'informations des équipes (jour ET nuit) soignantes (cadre, IDE, AS), de direction, administratives, de qualité et des secrétaires. La DMS a été réduite à 4 jours.

Dans un troisième temps, la visite d'un autre centre a permis de prendre conscience du caractère indispensable de l'IDE référente, en charge de l'information du patient mais aussi des équipes, du suivi des patients et du recueil des données pour évaluer les pratiques. **Un passeport patient** a été réalisé pour lui permettre de parfaitement comprendre et participer activement à sa prise en charge. Tout au long de la prise en charge au centre, une check list est attachée au patient afin de s'assurer du strict respect des protocoles mis en place. Enfin, la surveillance post-opératoire a conduit à la mise en place d'une surveillance à domicile assurée par une société de service missionnant une IDE, formée au process RRAC, faisant un compte rendu quotidien au chirurgien.

Pour finir, une étude a été menée sur des patients opérés en ambulatoire afin de valider les protocoles et d'évaluer la satisfaction des patients. Les résultats montrent que la colectomie peut être réalisable en ambulatoire à la condition que les patients soient bien sélectionnés, qu'elle soit réalisée dans des centres experts et que le patient bénéficie d'une surveillance organisée à domicile. Les réadmissions, inévitables, doivent être anticipées et considérées comme partie intégrante du process.

La phase pré-opératoire est probablement la plus importante, « où tout se joue » indique le Dr Benoît Gignoux : phase d'identification, de graduation et d'anticipation des risques. « Le risque est géré s'il est anticipé, chez un patient dûment formé subissant une procédure maîtrisée dans le cadre d'une structure dédiée et d'un suivi organisé » indique le Dr Benoît Gignoux, « en reprenant la formule BICARE (Balance Bénéfice risque, Information, Chemin, Communication, Chek-list, Anticipation, Relation directe, Évaluation) ».

« La mise en place de la RRAC dans la colectomie, au sein de notre centre, s'est déroulée en 3 grandes phases visant à réduire progressivement la durée moyenne de séjour »



Dr A. Deleuze.



par exemple la formation des personnels de santé hospitaliers et en ville, le temps de formation des patients, l'intervention de l'IDE en ville, qu'il faudra valoriser, ou de prestataires de service pour le suivi des patients isolés mais aussi le moindre recours aux soins de suites et de réadaptation... « *Les incitations financières par les pouvoirs publics restent quant à elles encore inadaptées, voire facteurs de risque indirects* » note le Dr Alain Deleuze.

## RISQUES MÉDICO-LÉGAUX ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

« *L'analyse des 100 dernières déclarations d'EPR de la base REX montre que 53 % sont survenues en post-opératoire contre 16 % en per-opératoire* »



« *L'anticipation des risques n'empêche bien évidemment pas les réadmissions qui d'ailleurs, elles aussi, doivent être anticipées* » précise le Dr Marc Beaussier. « *Il convient donc d'éviter toute culpabilisation ou sentiment d'échec devant une reprise le plus souvent statistiquement prévisible* ». Le patient doit en être informé, ce qui favorisera l'acceptation d'une éventuelle complication et diminuera la tentation d'un recours.

De fait, la sinistralité est proportionnellement moins fréquente en CA au regard du volume d'activité, comme l'indiquent les données SHAM. Elles sont surtout trois fois moins coûteuses. À ce titre il convient de noter que les condamnations sont généralement sans rapport avec l'acte chirurgical ambulatoire. « *L'analyse des 100 dernières déclarations d'EPR de la base REX montre que 53 % sont survenues en post-opératoire contre 16 % en per-opératoire* » rappelle le Dr Alain Deleuze. Les complications surviennent le plus souvent dans les 4 à 9 jours (pic à 5 jours) qui suivent l'intervention. Le fait de garder le patient une nuit n'est donc réellement pas rationnel. Le développement de l'anesthésie loco-régionale, la prophylaxie si nécessaire, l'hydratation adaptée, permettent aujourd'hui de prévenir une large part des événements indésirables post-opératoires identifiés dans la littérature. Il reste à poursuivre nos efforts sur les trois types de risques en CA identifiés par la HAS :

- les risques liés au processus de prise en charge du patient (facteurs techniques, humains et organisationnels) pour lesquels il existe des réponses : recommandations, formation, DPC, outils ;
- les risques liés au défaut d'adhésion collective au changement organisationnel en cours (la CA devenant l'offre de base) ;
- les risques liés à des pressions institutionnelles fortes sur des acteurs fragiles en termes d'expérience, d'organisation ou de culture de sécurité (via incitations financières, contrats Etat-ARS, ARS-ES).

## EN PRATIQUE : CHIRURGIE DU GENOU ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

« *La ligamentoplastie du genou est compatible avec la démarche ambulatoire* » précise le Dr André Ferreira (Lyon), qui présentait l'expérience de son service. La mise en place de la CA a d'abord intéressé les tendons de la patte d'oie, moins hémorragique que l'intervention sur tendon rotulien. Les principaux problèmes rencontrés touchent à l'autonomie à court terme du patient, au drainage, à la gestion de la douleur. Sur le plan anesthésique, se pose les questions d'une sortie quelques heures après anesthésie générale ou rachi-anesthésie, de la surveillance post-opératoire et, là encore, de la douleur post-opératoire. Le tout à l'aune du ressenti du patient, qui risque de se sentir abandonné, avec le risque d'une mauvaise publicité, voire de procédures.

Une étude menée à la Clinique du Parc, à Lyon, a permis de comparer des groupes de patients hospitalisés soit 24h soit, selon un vrai protocole ambulatoire, en 12h. Ce protocole est rendu possible par le recours à une attelle rigide mais cryogénée et associée à une antalgie IV pour une bonne gestion de la douleur. En outre, la technique d'analgésie, portant moins sur le bloc moteur, favorise une mobilisation précoce. Le suivi post-opératoire est assuré par une société de service mandatant une IDE à domicile.

La comparaison des 2 protocoles montre que la douleur est maximale le jour du départ, quelle que soit la durée d'hospitalisation. Elle répond bien aux protocoles institués. Elle paraît d'ailleurs sensiblement moins forte en ambulatoire. La reprise de l'autonomie est favorisée par l'optimisation de l'anesthésie avec la disparition des blocs au profit de l'infiltration locale de ropivacaïne. Le problème principal à gérer reste le saignement, souvent mineur, impliquant, pour reprise rapide si nécessaire, une parfaite organisation du suivi post-opératoire. Les patients ambulatoires se sont révélés satisfaits de la prise en charge en 12h.

La mise en place de ce type de procédure ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des récriminations ou des plaintes. Les progrès organisationnels et techniques réalisés permettent aujourd'hui d'envisager un raccourcissement encore plus important de la durée de séjour et l'extension à d'autres interventions telles que les prothèses totales de genou (PTG) ou de hanche en ambulatoire, mais avec un risque plus important lié à la sinistralité de ces interventions.

Le Pr Hervé Bouaziz (Nancy) et le Dr Jean-Marie Serwier (Thionville), s'intéressant justement à la PTG, rappellent que ce type d'intervention, pourtant douloureuse et hémorragique, est fréquent aux États-Unis. Le développement de l'ambulatoire (techniques, organisation)



### « La ligamentoplastie du genou est compatible avec la démarche ambulatoire »



Dr A. Ferreira.

associé à la modification du T2A (suppression des bornes basses) favorise sa diffusion en France. L'expérience montre que sa mise en place passe par une sélection drastique des patients (sur le plan physique et psychosocial pour le post-opératoire). Leur information doit être particulièrement poussée (littératie\*, formation de son entourage). Sur le plan opératoire, l'anticipation des pertes sanguines et de bonnes conditions osseuses sont déterminantes. Enfin la sortie doit s'accompagner d'une prescription antalgique mais aussi, et surtout, de mesures de réassurance et d'accompagnement : surveillance infirmière, mise à disposition d'un portable permettant d'appeler uniquement le centre, kinésithérapie, appel du médecin traitant (le courrier ne suffit pas).

\* Littératie : aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités.

Les phases les plus sensibles sont l'éligibilité du patient à la CA, engageant le chirurgien, et la sortie. « Pour se prémunir face aux recours, inévitables, il faut s'assurer de la traçabilité des éléments de l'information remise au patient et de ses conditions de sortie » souligne Me Georges Lacoeylle, avocat à Paris. « Ceci particulièrement parce qu'il s'agit de directives thérapeutiques... Il est important que le patient ait les coordonnées d'un membre de l'équipe de soins joignable en permanence ».

La prise en charge en réseau, éclatée avec des délégations de responsabilités, constitue aussi un point sensible, souligne également Me Philip Cohen.

## EN CONCLUSION

« Le RRAC et la CA constituent de réelles avancées en termes de qualité des soins, plus que sur le plan économique » souligne le Dr André Ferreira. Les retours nationaux d'expérience, la protocolisation systématique à chaque étape, l'adaptation des recommandations à ces nouvelles pratiques (notamment celles concernant la prophylaxie thromboembolique) associées aux incitations des instances devraient amplifier la diffusion de la CA. Elle doit donc logiquement, si les indicateurs sont justes et le développement des pratiques raisonné, entraîner une baisse de la sinistralité. Dans tous les cas, l'élément central de la démarche repose sur le patient dont il est impératif de s'assurer la parfaite adhésion et la parfaite coopération.

### Intervenants cités :

Dr Christian-Michel Arnaud, anesthésiste-réanimateur (SNARF, CSMF, Bayonne), Pr Marc Beaussier, anesthésiste-réanimateur (Paris), Pr Hervé Bouaziz, anesthésiste-réanimateur (ASSPRO, Nancy), Dr Alain Deleuze, chirurgien (Alès), Dr André Ferreira, chirurgien (Lyon), Dr Marc Gentilli, anesthésiste-réanimateur (CHP, St Grégoire), Dr Benoît Gignoux, chirurgien (Lyon), Dr Jean-Marie Serwier, chirurgien (ASSPRO, Thionville), Dr Michel Sfez, anesthésiste-réanimateur (ARRES, Paris), Dr Vincent Travers, chirurgien (ASSPRO, Lyon), Dr Jean-Félix Verrier, chirurgien (CAPIO, Lyon), Pr Corinne Vons, chirurgien (AFCA, CHU Bondy), Dr Antoine Watrelot, chirurgien (ASSPRO, Lyon), Dr Patrick-Georges Yavordios, anesthésiste-réanimateur (ARRES, ASSPRO, Bourg-en-Bresse)

### Étape suivante :

Suite à ce colloque, le Cabinet Branchet réalisera un focus spécifique sur les risques de la CA dans sa deuxième cartographie des risques opératoires. « Certains établissements réalisant plus d'une intervention sur deux en CA, y compris des interventions lourdes, nous nous devons de prendre en compte les risques inhérents à ce phénomène dans la prévention et la défense des praticiens. », souligne Philippe Auzimour, Directeur général du Cabinet Branchet. « Les risques étant répartis sur l'ensemble de la chaîne de soins, l'ensemble des acteurs doit travailler de concert pour éviter les incidents. Les recherches de responsabilité en cas d'accident, s'en trouvent complexifiées. Le Cabinet a mis en place un monitoring spécifique des actes de chirurgie ambulatoire pour adapter sa stratégie médico-légale ».

# ASSURER ET ACCOMPAGNER

COURTIER SPÉCIALISTE DE LA RESPONSABILITÉ  
CIVILE PROFESSIONNELLE.

Design LUCIOLE • Mars 2015



**CABINET  
BRANCHET**  
GROUPE VERSPIEREN

**Cabinet Branchet**

35 avenue du Granier  
38240 Meylan  
04 76 18 13 00  
contact@cabinetbranchet.fr  
www.cabinetbranchet.fr

en collaboration avec :



**Association de Prévention  
du Risque Opérateur**

2 rue Villaret de Joyeuse  
75017 Paris  
01 55 07 15 15  
contact@asspro.fr  
www.asspro.fr