

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2015

N° 162

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**OPHTALMOLOGIE**

par

Alexandre BONISSENT  
Né le 15 février 1985 à Brest

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2015

---

**EVALUATION DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE OPHTALMOLOGIQUE AU CHU DE  
NANTES : ASPECT QUANTITATIF ET QUALITATIF**

---

Président : Monsieur le Professeur Alain PECHEREAU

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel WEBER

Membres du jury : Monsieur le Docteur Pierre LEBRANCHU  
Monsieur le Docteur Bertrand VABRES

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASH	Agent de Service Hospitalier
CMA	Complication ou Morbidité Associée
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostique
GHM	Groupement Homogène de Malade
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hospitalisation De Jour
HME	Hôpital Mère-Enfant
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
NVPO	Nausées Vomissements Post-Opératoire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PTMC	Plateau Technique Médico-Chirurgical
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
TEC	Tête et Cou
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
ZSCD	Zone de Surveillance de Courte Durée

# SOMMAIRE

<b>Remerciements .....</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>2</b>
<b>I. Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Historique :.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Définition :.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Acte chirurgical.....</b>	<b>7</b>
<b>4. Acte anesthésique.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Modèles organisationnels .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Recommandations organisationnelles de l'HAS .....</b>	<b>9</b>
a) Maîtriser le processus par la gestion de flux .....	9
b) Maîtriser les risques.....	9
c) Disposer de compétences et de ressources humaines dédiées .....	9
<b>7. Information délivrée au patient.....</b>	<b>10</b>
<b>8. Étapes clés avant l'hospitalisation, l'éligibilité du patient .....</b>	<b>11</b>
a) Critères de sélection anesthésique .....	11
b) Critères d'éligibilité du geste chirurgical .....	11
c) Critères de sélection psycho-sociaux et environnementaux.....	12
<b>9. Circuit du patient le jour de son intervention au CHU de Nantes, en ophtalmologie .....</b>	<b>13</b>
<b>10. Continuité des soins .....</b>	<b>14</b>
<b>II. Codages et nomenclatures .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Comprendre les principes du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Production du résumé de sortie standardisé .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Contenu du résumé d'unité médicale.....</b>	<b>16</b>
<b>4. Classification des GHM.....</b>	<b>16</b>
a) L'algorithme de la classification des GHM .....	16
b) Les complications ou morbidités associées.....	19
<b>III. But.....</b>	<b>20</b>
<b>IV. Matériel et méthodes .....</b>	<b>21</b>
<b>1. Evaluation quantitative .....</b>	<b>21</b>
<b>2. Evaluation qualitative .....</b>	<b>22</b>
<b>V. Résultats quantitatifs .....</b>	<b>24</b>
<b>1. Activité ambulatoire globale .....</b>	<b>24</b>

<b>2. Activité ambulatoire en fonction des GHM et chirurgies .....</b>	<b>27</b>
a) GHM 02C02 : Interventions sur la rétine.....	27
b) GHM 02C03 : Interventions sur l’orbite.....	27
c) GHM 02C05 : Interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie.....	28
d) GHM 02C09 : allogreffes de cornée.....	29
e) Chirurgie du strabisme.....	29
f) Chirurgie du glaucome.....	30
g) Chirurgie de la conjonctive.....	31
h) Chirurgie palpébrale.....	31
<b>3. Résultats de l’étude prospective .....</b>	<b>33</b>
<b>VI. Résultats qualitatifs .....</b>	<b>35</b>
<b>1. Questionnaire de sortie des patients hospitalisés .....</b>	<b>35</b>
a) Clarté des informations délivrées.....	35
b) Relation avec le personnel soignant.....	35
c) Hôtellerie hospitalière.....	36
d) Restauration hospitalière.....	36
e) Satisfaction générale.....	37
<b>2. Questionnaire unité de chirurgie ambulatoire.....</b>	<b>38</b>
<b>VII. Discussion.....</b>	<b>40</b>
<b>1. Réflexion sur les résultats de l’ambulatoire Nantais .....</b>	<b>40</b>
<b>2. Réflexion sur la satisfaction des patients et la sécurité.....</b>	<b>46</b>
<b>3. Réflexion organisationnelle et optimisation de l’ambulatoire .....</b>	<b>47</b>
<b>4. Réflexion médico-économique .....</b>	<b>50</b>
<b>VIII. Perspectives .....</b>	<b>53</b>
<b>IX. Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>X. Bibliographie.....</b>	<b>56</b>
<b>XI. Annexes.....</b>	<b>59</b>
<b>SERMENT MEDICAL.....</b>	<b>79</b>

## **I. INTRODUCTION**

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation à temps complet. Elle s'est développée initialement aux Etats-Unis et de manière plus inégale en Europe.

Mais la chirurgie ambulatoire n'est pas simplement une hospitalisation de courte durée. Si la définition varie selon les pays quant aux types d'interventions ou au nombre d'heures passées à l'hôpital, la chirurgie ambulatoire reste un concept à part entière, à la fois architectural, organisationnel et thérapeutique, centré sur la prise en charge du patient.

Derrière ce nouveau concept, la chirurgie ambulatoire apparaît comme une innovation. Elle devient ainsi ce concept innovant, historique et irréversible qui renouvelle, transforme et aspire à faire progresser la chirurgie.

Cependant, la chirurgie ambulatoire rencontre de nombreux obstacles à sa diffusion, de part ses profondes modifications structurelles, comportementales et culturelles qu'elle engendre.

### **1. Historique :**

La première expérience de chirurgie ambulatoire a été rapportée en 1909 par un chirurgien écossais Dr Nicoll[1]. Cependant, les connaissances limitées en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants découverts à partir de 1940, constituèrent un réel frein à l'expansion de cette pratique. La chirurgie ambulatoire a ensuite connu un développement considérable aux Etats-Unis. Dans les années soixante, deux programmes officiels avaient été mis en place dans les centres hospitaliers de Californie et de Washington, afin de réduire les coûts et désengorger les lits hospitaliers[2]. Cette alternative à l'hospitalisation complète voit ensuite un essor rapide avec l'ouverture de plusieurs centres dans tout le pays. En 1986, 838 centres sont répertoriés et 1700 en 1992. Parallèlement, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées, 3 millions environ en 1980, 8,5 millions en 1986 et 11 millions en 1990 [3].

La chirurgie ambulatoire s'est également développée au Canada et dans plusieurs pays européens, dont la Grande-Bretagne, pionnier européen à partir des années 1970, avec une croissance rapide à partir de 1980.

Au sein des systèmes de santé différents, la chirurgie ambulatoire s'est développée sur des bases communes dans de nombreux pays de l'OCDE. Elle a constitué une réponse à des problématiques diverses partagées par de nombreux pays : excédent ou pénurie de l'offre de soins et nécessité de restructurer l'offre hospitalière, développement des nouvelles techniques

anesthésiques et chirurgicales et modification des pratiques professionnelles, vieillissement de la population et accroissement de la demande, exigence en terme de qualité et sécurité et pression médiatique, allongement des files d'attente et nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital, ralentissement économique et réduction des dépenses dédiées à la santé [4].

En France, introduite pour la première fois comme alternative à l'hospitalisation complète dans la loi hospitalière de 1970, elle a fait l'objet en 1992 d'une réglementation précise. Le premier centre indépendant est créé en 1980 à Strasbourg, par le Dr Guy FOUCHER [2].

## 2. Définition :

La terminologie de « chirurgie ambulatoire » peut couvrir des périmètres d'activité et des modes de fonctionnement variables en fonction des pays. D'où la difficulté de comparer les études en fonction des pays.

En France, la conférence de consensus de mars 1993 a défini la chirurgie ambulatoire comme des « actes chirurgicaux et/ou d'explorations, programmés et réalisés dans les 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 »[5].

Elle est un concept complexe et multidisciplinaire articulant les sphères institutionnelles, administratives, organisationnelles, médicales, de soins, économiques et qualitatives.

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'*International Association Ambulatory Surgery* (IAAS).

Sur le plan réglementaire, le Code de la santé publique la présente comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation, et limite sa durée journalière d'ouverture à 12 heures. Son organisation doit être spécifique, et elle dispose de moyens propres en locaux, en matériel ainsi qu'en personnel. Son caractère de chirurgie « qualifiée » et « substitutive » à l'hospitalisation à temps complet souligne également que les prestations sont équivalentes par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation traditionnelle [6].

Dans les statistiques internationales, la chirurgie ambulatoire peut être incluse dans les prises en charge en *outpatient*, c'est-à-dire une prise en charge autre que dans le cadre de l'hospitalisation traditionnelle, mais cette appellation peut recouvrir des activités très

différentes de la chirurgie ambulatoire comme les consultations externes, ou encore des soins à domicile.

### 3. Acte chirurgical

L'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Ce n'est d'ailleurs pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient. La décision de prendre en charge pour une intervention un patient en ambulatoire est basée sur le triptyque patient-acte-structure qui correspond à l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

### 4. Acte anesthésique

Concernant la prise en charge anesthésique ambulatoire, il n'existe pas non plus de spécificité. Pour la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), l'ensemble des agents d'anesthésie peut être utilisé. Cependant il semble intéressant de privilégier des agents à délai d'action rapide, à durée de vie courte et à effets secondaires réduits, afin de faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire [7].

D'après la SFAR « il est possible de prendre en charge certains actes en urgences à la condition de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient ».

### 5. Modèles organisationnels

La chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel centré sur le patient : « L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation »[8], en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services.

Son développement suppose une évolution passant d'une simple distribution des ressources centrée sur l'acte chirurgical à une culture d'organisation centrée sur le patient [9].

La chirurgie ambulatoire est caractérisée par une unité de lieu (un site dédié de prise en charge), de temps (prise en charge limitée dans le temps) et d'action (action coordonnée et globale de l'équipe de soins).

La mise en œuvre de ce concept suppose:

- Une équipe pluridisciplinaire associant des compétences chirurgicales, anesthésiques, soignantes, administratives ;

- La définition d'un couple acte/patient au sein d'une organisation reposant sur une sélection des patients à partir des critères médicaux, psychosociaux et environnementaux, une sélection des actes et une organisation adaptée;
- Une information adaptée et une éducation des patients responsabilisant le patient [9];
- Une articulation entre la ville et l'hôpital avec une intégration du généraliste et du spécialiste traitant dans l'épisode de soins à la fois en amont de l'intervention (évaluation préopératoire et présélection du patient) et en aval (optimisation du retour à domicile) [10].

L'architecture est une traduction du choix organisationnel. Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement décrits dans la littérature [11], soit :

- **les structures intégrées** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires. Il s'agit du modèle le plus ancien et largement prédominant en France. Il a comme avantage une mise en œuvre aisée dans un établissement déjà existant. Leur inconvénient est qu'ils constituent souvent en France un frein non négligeable au développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, la démarche s'inscrit souvent dans un schéma de seule perspective de mise aux normes et non de conception innovante de structure centrée sur le patient et privilégiant la gestion des flux.
- **les structures de fonctionnement autonome** disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel. L'inconvénient est lié au coût d'installation de ce bloc dédié et aux contraintes de conception parfois importantes d'une unité spécifique dans une structure déjà existante. Leurs avantages sont un meilleur fonctionnement du bloc et un coût de fonctionnement moindre qu'un centre intégré, une mutualisation possible des services transversaux (consultations, radiologie, laboratoires d'analyse...), une utilisation plus fluide pour les opérateurs leur apportant des conditions optimales d'exercice conjuguée avec une attractivité importante pour les patients et une absorption plus rapide, car plus facile, de l'augmentation des flux.
- **les structures satellites** possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire, et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le

périmètre de l'établissement de santé avec hébergement ;

- **les structures indépendantes** (*free standing centers*) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, totalement détachée d'un établissement de soins classiques. Ces structures indépendantes sont rares en France.

La réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. L'article D. 6124-301 du Code de la santé publique précise néanmoins que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel[12].

L'articulation avec la zone opératoire est définie dans l'article D. 6124-302 du Code de la santé publique et l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Celle-ci doit notamment pouvoir disposer de moyens propres pour faire face aux risques encourus par le patient[12].

## 6. Recommandations organisationnelles de l'HAS

### *a) Maîtriser le processus par la gestion de flux*

La contrainte de temps de prise en charge sur 12h maximum oblige une optimisation des flux à chaque étape du processus en réduisant au maximum les « zones de gaspillages » et en renforçant les temps à « valeur ajoutée » (information du patient en consultation...). Les zones de gaspillages peuvent être de multiple nature : surproduction, attentes, transports, sous utilisation des ressources, doublonnage de tâche.

### *b) Maîtriser les risques*

La sécurité de ce processus nécessite d'anticiper les risques et de gérer leur survenue que ce soit en prévention, en récupération des événements ou en atténuation de leur effet.

### *c) Disposer de compétences et de ressources humaines dédiées*

Les coopérations professionnelles favorisent la fluidité de la prise en charge et réduisent la présence du patient au strict temps nécessaire aux soins.

Le personnel nécessaire au fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire est défini dans l'article D. 6124-303 du Code de la santé publique qui impose la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié, d'un infirmier pour cinq patients

présents et, en sus, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé fixe le nombre et la qualification des personnels médicaux et paramédicaux qui exerceront dans les structures spécifiques.

À l'échelle internationale, les normes concernant le personnel, quand elles existent, sont variables.

Le médecin coordinateur de l'unité de chirurgie ambulatoire (Dr Caillard au CHU de Nantes) organise le fonctionnement médical de la structure et veille à l'adéquation et à la permanence des soins.

À l'étranger, les structures de chirurgie ambulatoire ne sont pas nécessairement coordonnées par des médecins, mais également par des infirmières, des administratifs ou des ingénieurs en organisation [13].

## 7. Information délivrée au patient

Le patient est l'acteur majeur de sa prise en charge ambulatoire. Les sociétés savantes internationales et françaises recommandent de délivrer l'information au patient précocement et de façon réitérée, à chaque étape de sa prise en charge. Certaines sociétés savantes proposent de la compléter par un support écrit ou audio-visuel.

L'information à délivrer concerne les mesures à prendre en préopératoire (notamment le jeûne, la gestion des traitements et les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie) et en postopératoire (conditions de sortie, nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence, consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge, méthodes d'analésie postopératoires, modes de recours en cas d'évènements non prévus). Les modalités de sortie doivent également être expliquées aux accompagnants, et certaines sociétés savantes recommandent de les inscrire dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire.

La signature d'un consentement éclairé permet d'impliquer le patient, mais n'engage pas la responsabilité juridique du patient. Dans tous les cas, il est souhaitable d'assurer la traçabilité de l'information délivrée.

En France, la consultation pré-anesthésique, réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur impliqué dans la structure ambulatoire, est un impératif réglementaire et est un des moments privilégié pour informer le patient. Cela s'entend pour une intervention nécessitant une aide

anesthésique. Les chirurgies pouvant être réalisées sous anesthésie locale pure ne nécessitent pas de consultation pré-anesthésique, comme la chirurgie de la cataracte [14].

## 8. Étapes clés avant l'hospitalisation, l'éligibilité du patient

La première étape est la détermination de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. Cette étape fondamentale consiste en une analyse de la balance bénéfice/risque pour le patient, en fonction de la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. Le patient peut d'ores et déjà être associé à la décision et informé.

### *a) Critères de sélection anesthésique*

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

- Le statut ASA : Les patients de statut I, II et III stables sont éligibles à la chirurgie ambulatoire. Certains patients de statut IV peuvent être éligibles [15]. Les patients ASA I et II sont les plus fréquents (88%) [16] (Annexe 1).
- L'âge en gériatrie [17] et l'obésité ne sont pas des facteurs d'exclusion.
- L'âge en pédiatrie : les nourrissons de plus de 3 mois sont éligibles [7].

### *b) Critères d'éligibilité du geste chirurgical*

L'acte chirurgical doit pouvoir être réalisé en toute sécurité, en considération des caractéristiques des temps opératoire, 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 et dangereuses. En effet, ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais bien le patient. Cela étant dit il n'est pas déraisonnable de lister une liste d'actes chirurgicaux plus enclins à être réalisés en ambulatoire et c'est d'ailleurs ce qu'a fait la MSAP en dressant une liste d'actes marqueurs ambulatoires comportant pour l'ophtalmologie la chirurgie du cristallin, du strabisme et de la conjonctive (Actes annexe 2). La procédure de MSAP, issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008, permet d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire, et s'adresse aux hôpitaux et cliniques qui présentent un fort potentiel dans ce domaine. Elle concernait 5 gestes marqueurs en 2008, puis 17 à partir de 2009 et elle s'élargit à une liste de 38 gestes en 2012. A l'heure actuelle, l'objectif vise à atteindre un taux de 85% d'actes réalisés en ambulatoire. Pour autant aucun acte ne peut par

définition être réalisé à 100% en ambulatoire puisque d'autres paramètres en lien avec le patient sont à considérer.

*c) Critères de sélection 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 de comprendre la procédure des soins post-opératoires.
- Raccourci au domicile par un adulte responsable (le patient ne doit pas conduire après son intervention, hors anesthésique topique pure).
- Présence d'un accompagnant auprès du patient pour au moins une nuit à domicile (hors anesthésique topique pure).
- 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.
- Conditions d'hygiène suffisante au logement.

Les conditions du retour à domicile doivent être soigneusement appréhendées en amont, dès la première consultation du patient.

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

Lorsque la décision d'opérer en mode ambulatoire est prise, les sociétés savantes recommandent d'attribuer une date et une heure spécifique au patient, et de programmer l'intervention. La programmation des interventions permet de faire arriver les patients de façon échelonnée, de désengorger les flux et de minimiser les temps d'attente.

L'étape de vérification de la conformité des dossiers permet de limiter les déprogrammations, d'éviter des annulations ou des retards inutiles dans le programme opératoire et de faciliter ainsi le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Etablir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation par un appel téléphonique permet de confirmer l'hospitalisation et ses conditions, afin de limiter les annulations et les retards, de vérifier l'absence de contre-indication intercurrente, de réitérer les consignes relatives à la préparation et de vérifier les modalités de sortie du patient du service [13].

#### 9. Circuit du patient le jour de son intervention au CHU de Nantes, en ophtalmologie

Il a été instauré dans le respect des obligations issues de la réglementation française [13].

„Arrivé le jour et à l'heure fixés préalablement, le patient est accueilli au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire.

„ Un enregistrement administratif est réalisé et le patient est ensuite conduit à sa chambre. Les infirmières vérifient la prise de douche la veille et le matin de l'intervention, prépare le patient en vue de son intervention en fonction des prescriptions préopératoires. Le patient revêt une tenue adéquate pour le bloc opératoire. Le brancard sur lequel le patient s'allonge est celui de l'intervention, ce qui permet d'éviter les transferts.

Il patiente dans son box en attendant que le brancardier, dédié à l'UCA, réalise le transfert vers le bloc opératoire via des ascenseurs dédiés. Le patient entre alors dans le bloc opératoire, le brancardier dépose le patient en salle de transition. L'infirmière de bloc ou l'aide soignante prend contact avec le patient, vérifie son identité, le côté opéré, le type d'intervention réalisé et la bonne préparation du patient à l'intervention (dilatation suffisante).

Le patient peut ensuite pénétrer soit dans la salle d'intervention lorsque vient son tour soit dans la salle d'induction, où une préparation anesthésique sera réalisée si nécessaire, en dehors de la salle d'intervention, pour les anesthésies péri-bulbaires par exemple.

L'intervention en elle-même dans la salle d'opération ne revêt pas de spécificité.

Après sa sortie de la salle d'opération, le patient est dirigé vers la salle de soins post interventionnelle (SSPI). Cette étape est obligatoire en France [18] sauf dans les cas d'anesthésie topique pure.

Les signes de récupérations constatées, le patient peut être reconduit dans l'unité de chirurgie ambulatoire, sous la surveillance du personnel soignant (brancardier), pendant toute la période de réhabilitation.

L'infirmière administre les soins post-opératoires et prend les constantes du patient qui reçoit une collation avant son départ.

Le médecin anesthésiste-réanimateur autorise la sortie du patient en accord avec le chirurgien ayant pratiqué l'intervention [19].

Chaque patient reçoit avant son départ un compte-rendu opératoire et un bulletin de sortie, défini réglementairement [20] et signé par l'un des médecins, mentionnant les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-opératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins et indiquant un numéro d'urgence à joindre.

En définitive, la simplicité, la fluidité, la cohérence du circuit de l'accès à la sortie du patient doivent permettre la bonne maîtrise des flux ambulatoires.

#### 10. Continuité des soins

La continuité des soins est nécessaire. En France, dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est réglementairement tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure [20].

La procédure de l'appel du lendemain, recommandée par les sociétés savantes, permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une ré-hospitalisation.

## **II. CODAGES ET NOMENCLATURES**

Afin d'appréhender les méthodes d'évaluation de la chirurgie ambulatoire en ophtalmologie au CHU de Nantes, il est important de saisir les principes de codages et nomenclatures.

### **1. Comprendre les principes du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO)**

Depuis la loi de Juillet 1991, les établissements de santé doivent analyser leurs activités médicales et les transmettre à l'Etat. A ces fins, les établissements doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge », c'est la définition du PMSI.

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée (MCO), cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement des RSS en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM).

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins : pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

### **2. Production du résumé de sortie standardisé**

Tout séjour hospitalier dans la partie MCO d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM).

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale (séjour dit mono-unité) le RSS équivaut strictement au RUM produit au titre de ce séjour. Le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement (c'est un RSS « monoRUM »).

Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales (le séjour est dit multi-unité) le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM (c'est un RSS « multiRUM ») qui sont tous identifiés par le même numéro.

### 3. Contenu du résumé d'unité médicale

Le RUM contient un nombre limité de rubriques. Les informations à fournir sont d'ordre administratif (sexe, date de naissance, lieu de résidence...) et médical (diagnostics, actes médicaux...).

Pour que les informations contenues dans le RUM puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures imposées.

Le codage des informations administratives (sexe, modes d'entrée et de sortie, etc.) emploie des nomenclatures succinctes.

Les diagnostics sont codés avec la dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. Les actes sont codés avec la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM)

### 4. Classification des GHM

Cette classification permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.

#### *a) L'algorithme de la classification des GHM*

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou groupage résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient. L'ensemble des tests effectués constitue l'algorithme de la classification. C'est un arbre généralement binaire, en « oui » et « non », avec des nœuds et des fonctions de décision.

Les catégories majeures (CM) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...) et sont alors dites catégories majeures de diagnostic (CMD) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement.

La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières induisant une mise à jour des tables ou de la fonction groupage. La classification a connue en 2009 sa onzième version.

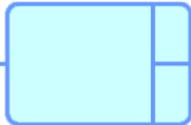
Le diagnostic principal permet d'orienter entre les catégories majeures de diagnostic numérotées 1 à 23 (N°2 pour l'ophtalmologie)

## Algorithme des classifications des GHM ophtalmologiques

### Groupes



Cette forme correspond à une racine de GHM



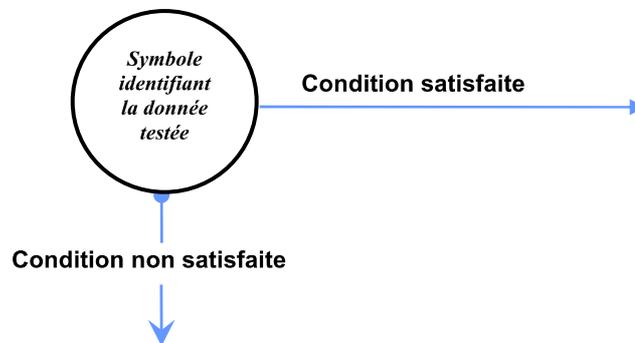
La couleur bleue indique que l'âge intervient comme marqueur de sévérité sur cette racine



**J** : ambulatoire  
**T** : très courte durée

**1** : niveau de sévérité (1, 2, 3, 4)  
**Z** : non segmenté  
**E** : avec décès  
**A, B, C, D** : complications spécifiques

Représentation des tests dichotomiques portant sur les données médicales du RSS (diagnostics et actes)



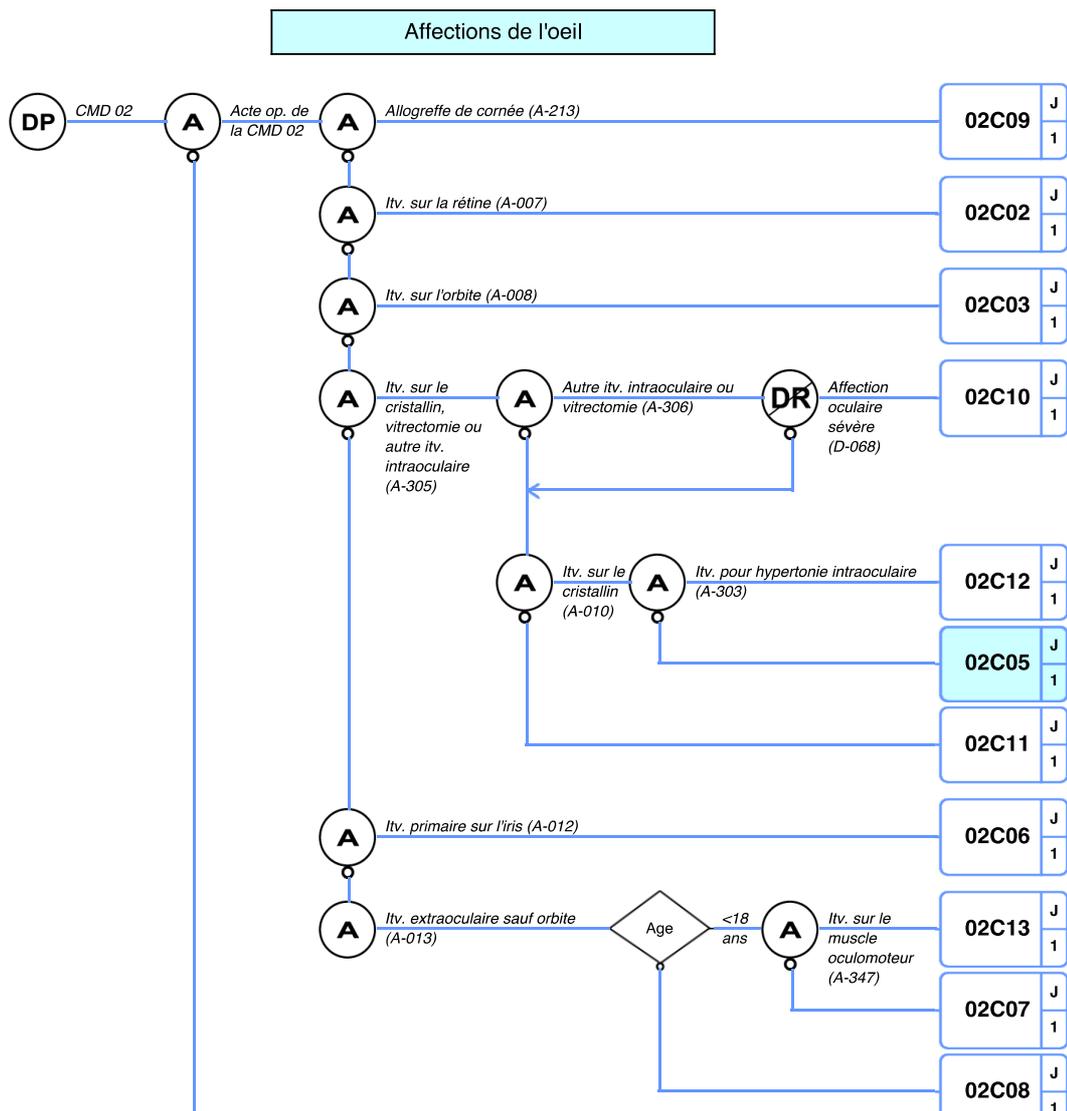
### Symboles utilisés pour identifier les données médicales

**DP** Le diagnostic principal du RSS

**DR** Le diagnostic relié au DP du RSS

**A** L'un au moins des actes du RSS

## CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC N°02



Liste des GHM chirurgicaux ophtalmologique :

02C02 Interventions sur la rétine

02C03 Interventions sur l'orbite

02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

02C06 Interventions primaires sur l'iris

02C07 Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans

02C08 Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans

02C09 Allogreffes de cornée

02C10 Autres interventions intraoculaires pour affections sévères

02C11 Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères

02C12 Interventions sur le cristallin avec trabéculéctomie

02C13 Interventions sur les muscles oculomoteurs, âge inférieur à 18 ans

*b) Les complications ou morbidités associées*

Leur rôle est de permettre de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour. Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », *i.e.* sans sévérité significative.

Les niveaux de sévérité segmentent les racines de GHM en GHM. Une racine affectée de 4 niveaux de sévérité est ainsi à l'origine de 4 GHM [21].

### **III. BUT**

Dans ce contexte national de promotion et de développement de la chirurgie ambulatoire, il nous a paru intéressant d'évaluer la progression de la chirurgie ambulatoire en ophtalmologie, rétrospectivement, au CHU de Nantes, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, concernant l'année 2010 et 2014.

En France, l'objectif national est de réaliser 50% des chirurgies en ambulatoire en 2016 [22]. Afin d'identifier les freins techniques, humains et organisationnels à la chirurgie ambulatoire, nous avons également réalisé une étude prospective des patients pris en charge en chirurgie conventionnelle.

#### **IV. MATERIEL ET METHODES**

##### **1. Evaluation quantitative**

Nous avons réalisé dans un premier temps une étude descriptive, rétrospective et monocentrique, à la clinique ophtalmologique du CHU de Nantes incluant tous les patients opérés au cours de l'année 2010 et de l'année 2014.

Nous avons analysées les données à partir du logiciel DimReport® commercialisé par la société AMEDIM, experte en traitements et analyses des données médico-économiques.

Le logiciel DimReport® est un service qui permet à un établissement de santé de concentrer de nombreuses informations, y compris les données sur le taux de chirurgie ambulatoire. De nombreux établissements français y ont recours.

Ce logiciel est accessible sur internet à l'adresse : <https://www.dim-report.com>. Afin d'accéder aux données concernant le CHU de Nantes, il est nécessaire de renseigner les codes d'accès : Identifiant : MEDECIN, Mot de passe : MEDECIN, Domaine : 0244.

Ce logiciel permet une analyse spécifique et précise des différentes chirurgies ophtalmologiques. Dans un premier temps, l'analyse a été réalisée globalement, toutes chirurgies confondues afin d'évaluer le volume chirurgical ainsi que son évolution. Afin de réaliser ce recueil, il a été renseigné tous les GHM correspondant à l'ophtalmologie (02C02 => 02C013) avec cependant une exclusion de tous les actes non ophtalmologiques du GHM 02C03 (orbite ; Annexe 3) afin de ne pas inclure des patients hors ophtalmologie. Dans un second temps, l'analyse a été effectuée en fonction des GHM et des différentes chirurgies, afin d'apprécier l'évolution de la chirurgie ambulatoire de manière spécifique aux différents thèmes chirurgicaux ophtalmologiques.

Le recueil de données a été effectué en fonction des GHM concernant la chirurgie rétinienne, du cristallin, de l'orbite et des greffes cornéennes, avec cependant exclusion des actes non ophtalmologiques concernant le GHM des interventions sur l'orbite. Les données intéressantes les chirurgies du strabisme et du glaucome ont été analysées à partir de différentes listes spécifiques regroupant les actes propres : la liste A-347 : Interventions sur les muscles oculomoteurs (Annexe 4) et la liste A-303 : Interventions pour hypertonie intraoculaire (Annexe 5). Les données de la chirurgie de la conjonctive ont été recueillies à l'aide du référentiel MSAP établie par la sécurité sociale afin d'encourager le développement des opérations chirurgicales courantes en ambulatoire. Il contient 5 actes : BCFA003/004/005/008/009. La chirurgie palpébrale a été évaluée en fonction des gestes les plus fréquemment pratiqués, il s'agit de 6 actes : BAFA004/008/014 ; BADA003 ;

BAMA009 et BAPA004.

Les chirurgies du strabisme, du glaucome, de la conjonctive et palpébrale n'ont pas pu être analysées en fonction des GHM car ces chirurgies correspondaient à de multiples GHM et n'aurait donc pas permis une analyse spécifique.

Concernant la chirurgie du strabisme, seul les patients de plus de 6 ans sont pris en compte. Il s'agit là d'un usage national.

Nous avons ensuite réalisé une étude prospective incluant les patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle (Unité 3310, hospitalisation conventionnelle et de semaine, 5<sup>ème</sup> Est), du 22 juin 2015 au 31 juillet 2015, soit 6 semaines consécutives. Tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie et étant restés une nuit ou plus dans cette unité ont été inclus. Les raisons de la non prise en charge en ambulatoire étaient classées selon 3 catégories : cause patient, cause chirurgicale et cause anesthésique. Dans chaque catégorie, les causes étaient détaillées. Les patients qui sont restés hospitalisés sans « contre-indication » évidente à l'ambulatoire ont été étiquetés « sans contre-indication ». Les données ont été répertoriées dans un tableur Excel pour analyse.

## 2. Evaluation qualitative

Elle a été évaluée :

- De manière rétrospective concernant l'année 2014

L'évaluation a été réalisée grâce au questionnaire de sortie des patients hospitalisés en UCA. Ces résultats sont regroupés tous les ans par la Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (Service d'Evaluation Médicale et d'Education thérapeutique). Les éléments recueillis ont été : le score de satisfaction générale, la satisfaction vis à vis de la clarté des informations délivrées, de la relation avec les professionnels, de la restauration et de l'hôtellerie. Les scores ont été comparés aux autres unités conventionnelles du CHU.

Questionnaire Annexe 6

- De manière prospective

Un questionnaire a été remis à chaque patient pris en charge pour une pathologie ophtalmologique, en unité de chirurgie ambulatoire, entre le 22 juin et le 3 juillet 2015. Cette investigation était portée sur les moyens organisationnels mis en place par les patients, ainsi que sur les informations délivrées par l'équipe médicale concernant la chirurgie ambulatoire. Il n'y a pas eu de distinction entre les chirurgies pratiquées.

## Questionnaire Annexe 7

Analyse statistique :

Le recueil de données a été effectué à l'aide du logiciel Microsoft® Excel® version 14.3.9, permettant le calcul des paramètres descriptifs.

## V. RESULTATS QUANTITATIFS

### 1. Activité ambulatoire globale

- En 2010, le volume d'activité chirurgicale était de 2518 séjours, dont 1464 séjours comptabilisés pour la chirurgie ambulatoire, soit un taux global de 58,1% de chirurgie ambulatoire. Des 1464 séjours en chirurgie ambulatoire, 311 concernaient des séjours forains (séjours réalisés en dehors des unités de chirurgie ambulatoire).

- En 2014, le volume d'activité chirurgicale était de 2539 séjours, dont 1808 séjours comptabilisés pour la chirurgie ambulatoire, soit un taux global de 71,2% de chirurgie ambulatoire. Des 1808 séjours en chirurgie ambulatoire, 279 concernaient des séjours forains. (Fig. 1)

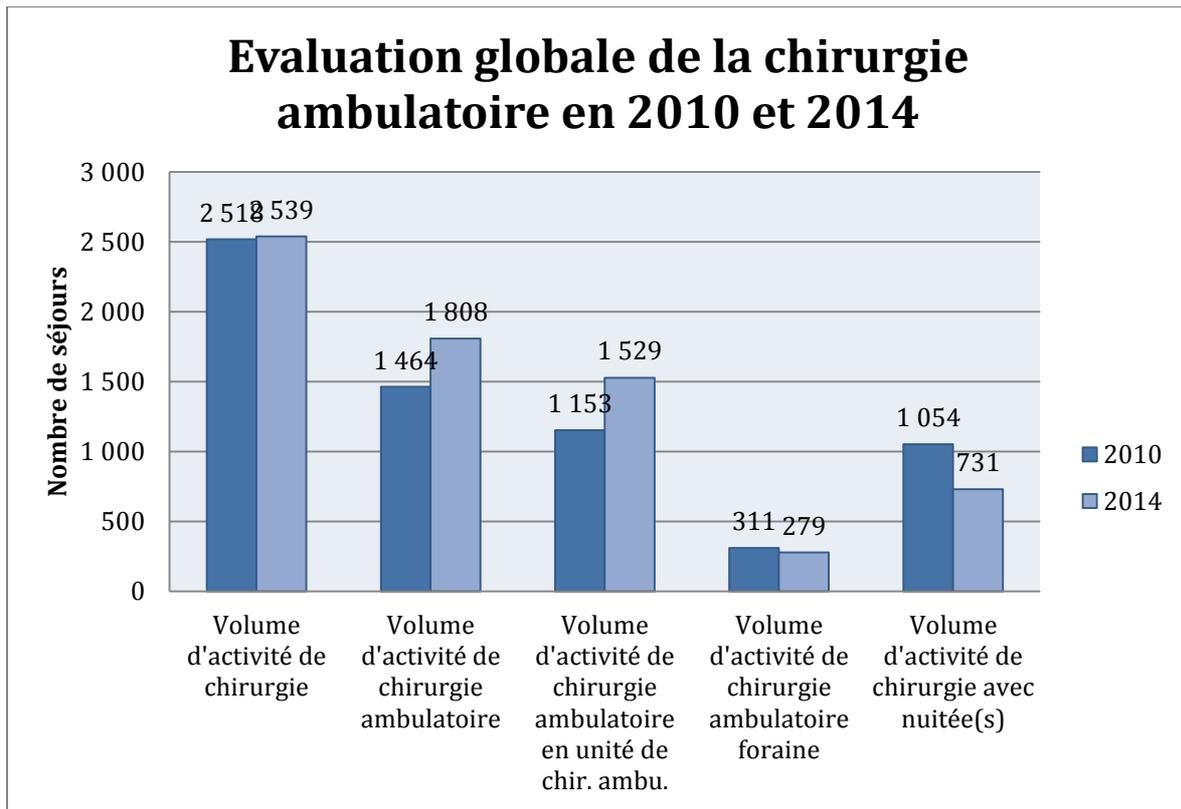
Le tableau 1 résume ces données.

La progression du taux d'ambulatoire entre 2010 et 2014 était de 22,6%.

Tableau 1 : Activité ambulatoire globale

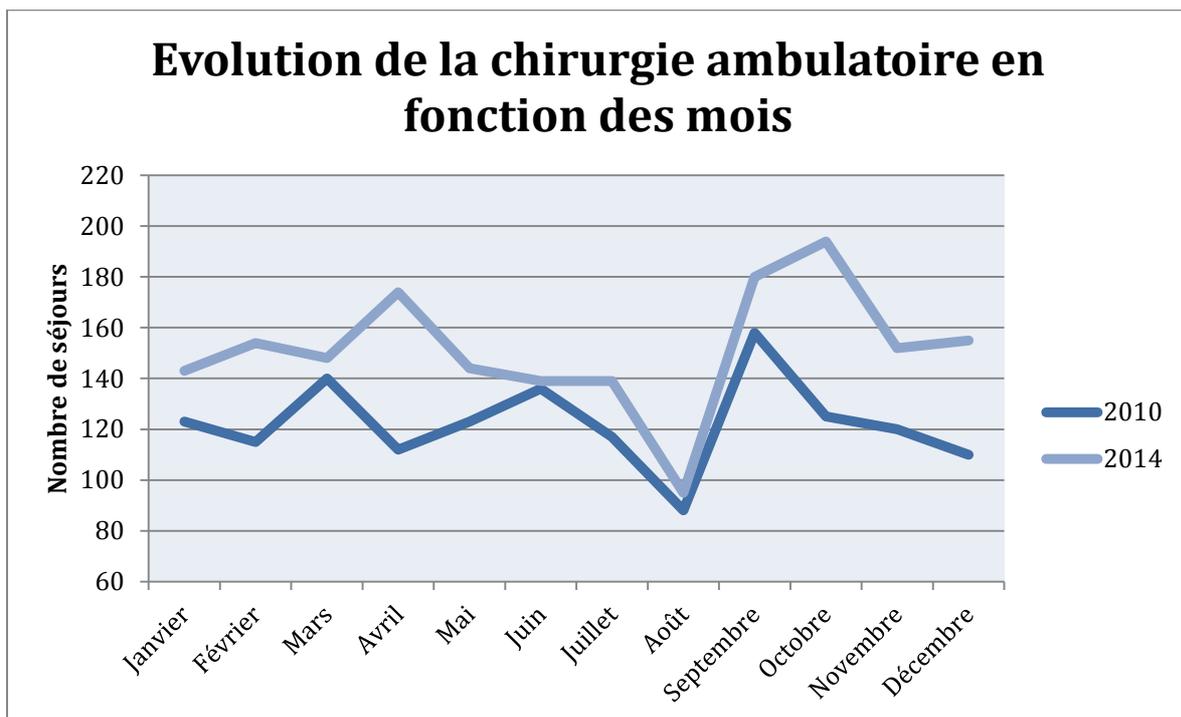
	2010	2014
Taux global de chirurgie ambulatoire	58,1%	71,2%
Taux de chirurgie ambulatoire foraine	12,4%	11,0%
Volume d'activité de chirurgie	2 518	2 539
Volume d'activité de chirurgie ambulatoire	1 464	1 808
Volume d'activité de chirurgie ambulatoire en UCA	1 153	1 529
Volume d'activité de chirurgie ambulatoire foraine	311	279
Volume d'activité de chirurgie avec nuitée(s)	1 054	731

Figure 1 :



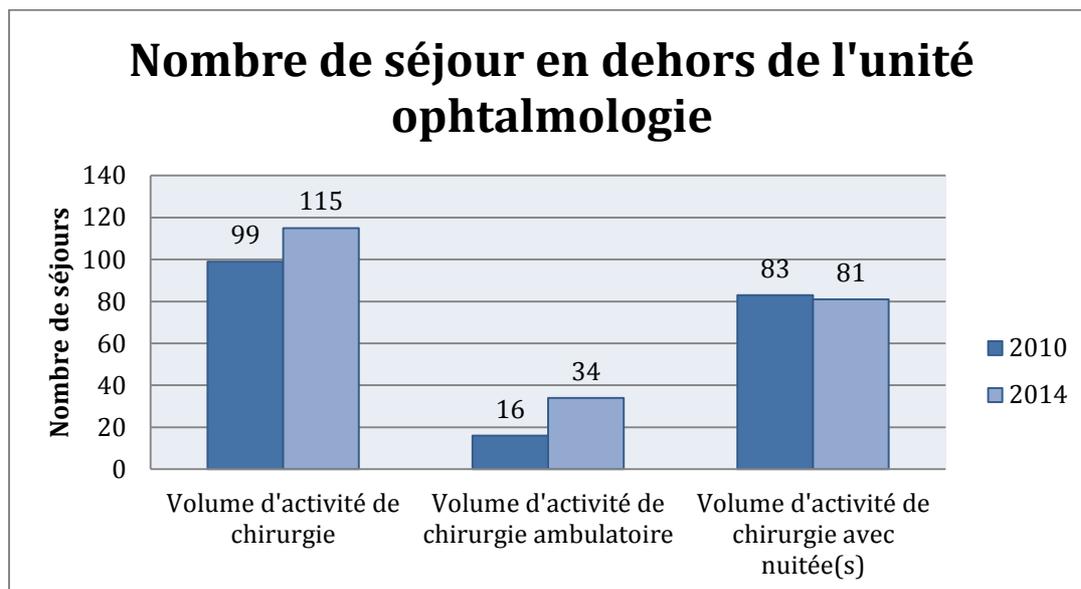
-La répartition de l'activité ambulatoire au court des mois était stable entre les deux années. On constatait une chute au mois d'août avec une reprise importante à la rentrée. (Fig. 2)

Figure 2 :



En 2010, 99 séjours ont été effectués hors de l'unité ophtalmologie contre 115 séjours en 2014, soit une augmentation de 16,2% (Fig. 3). Le volume d'activité de la chirurgie ambulatoire est passé de 16 séjours en 2010 à 34 séjours en 2014, soit une augmentation de 112,5%. Cela pouvant s'expliquer par un manque de lit en UCA, et cela malgré une augmentation du nombre de place en ambulatoire et un volume d'activité chirurgicale moindre en 2014. Ces éléments incitent donc à augmenter le nombre de place en UCA afin d'éviter des séjours forains.

Figure 3 :



Les unités d'hospitalisation les plus sollicitées pour héberger les séjours chirurgicaux ophtalmologiques étaient la ZSCD aux urgences (20 séjours en 2010 et 10 séjours en 2014), la chirurgie infantile (20 séjours en 2010 et 14 séjours en 2014), la médecine polyvalente d'urgence (20 séjours en 2010 et 10 séjours en 2014) et l'UHTCD Adulte (5 patients en 2010 et 23 patients en 2014).

Il y a donc une inadéquation dans l'occupation des lits de 3,9% des cas en 2010 et de 4,5% des cas en 2014.

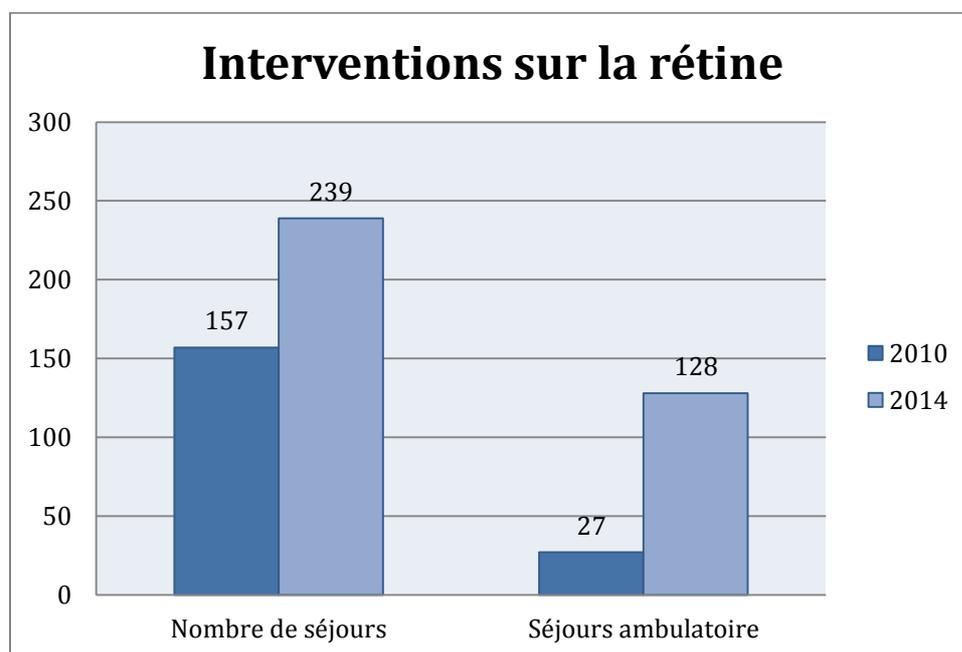
Une remarque cependant en 2014 avec les séjours concernant la pédiatrie Chir. HDJ, la pédiatrie HC TEC et la pédiatrie HDJ TEC qui correspondaient respectivement à 19, 60 et 140 séjours. Ces unités pédiatriques ont été développées lors du démarrage du PTMC, afin de prendre en charge les enfants de moins de 7 ans au bloc HME. Ces séjours ont été inclus comme séjours ophtalmologiques.

## 2. Activité ambulatoire en fonction des GHM et chirurgies

### a) *GHM 02C02 : Interventions sur la rétine*

En 2010, 157 séjours correspondaient à ce GHM, dont 27 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 17,2%. En 2014, 239 séjours ont été comptabilisés, dont 128 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 53,6%. L'augmentation du taux de chirurgie ambulatoire était donc de 211,6% pour les interventions concernant la rétine. (Fig. 4)

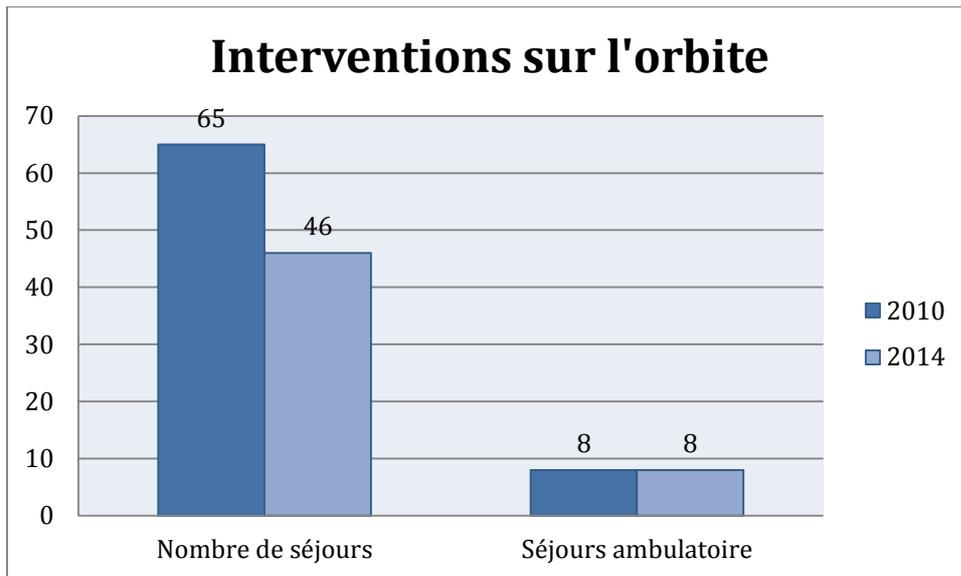
Figure 4 :



### b) *GHM 02C03 : Interventions sur l'orbite*

En 2010, 65 séjours correspondaient à ce GHM, dont 8 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 12,3%. En 2014, 46 séjours ont été comptabilisés, dont 8 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 17,4%. L'augmentation de la chirurgie ambulatoire était donc de 41,5% pour les interventions concernant l'orbite. (Fig. 5)

Figure 5 :

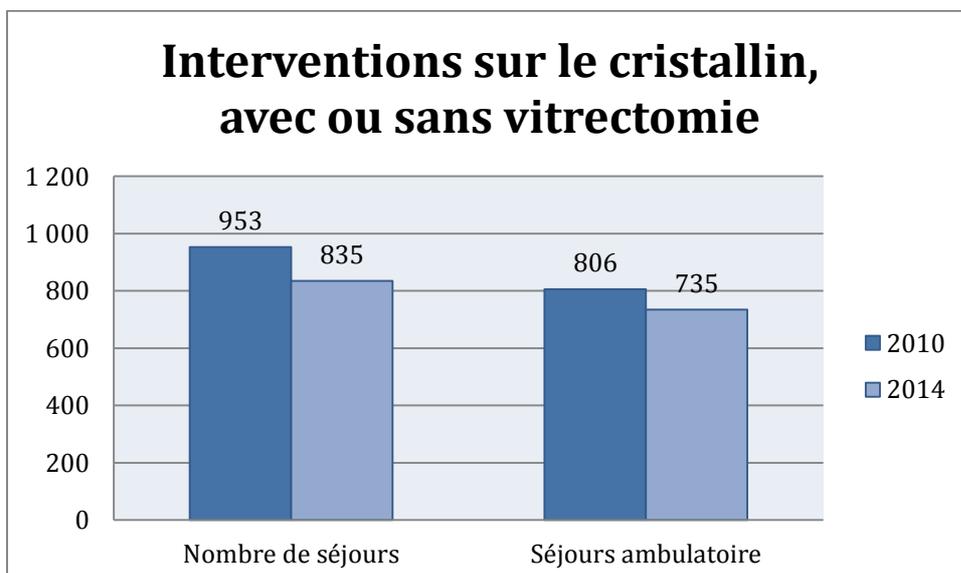


*c) GHM 02C05 : Interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie*

En 2010, 953 séjours correspondaient à ce GHM, dont 806 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 84,6%. En 2014, 835 séjours ont été comptabilisés, dont 735 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 88,0%. L'augmentation du taux de la chirurgie ambulatoire était donc de 4,1% pour les interventions concernant le cristallin. (Fig. 6)

Une diminution de 12,5% d'activité a été constatée concernant ce GHM.

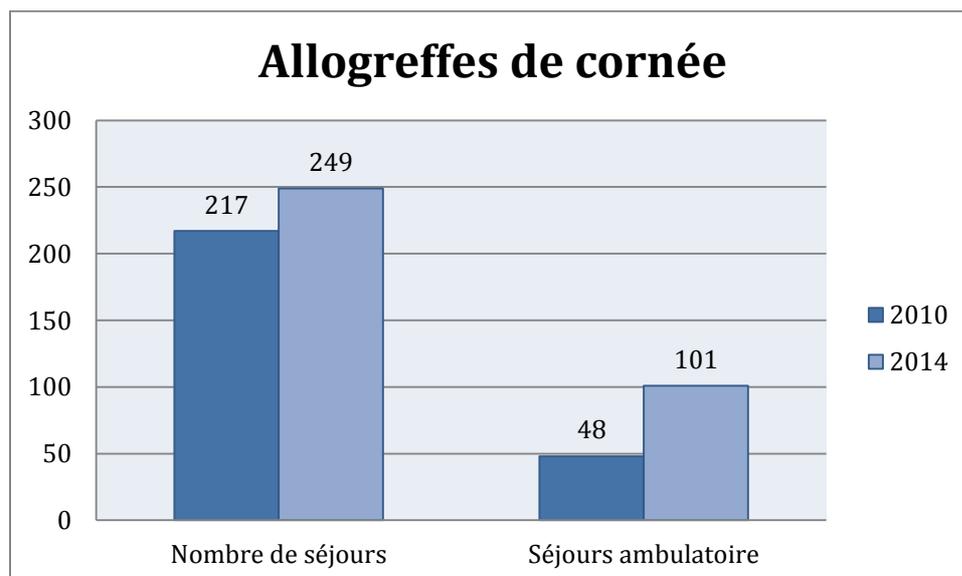
Figure 6 :



*d) GHM 02C09 : allogreffes de cornée*

En 2010, 217 séjours correspondaient à ce GHM, dont 48 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 22,1%. En 2014, 249 séjours ont été comptabilisés, dont 101 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 40,6%. L'augmentation du taux de la chirurgie ambulatoire était donc de 83,7% pour les interventions concernant les greffes cornéennes. (Fig. 7)

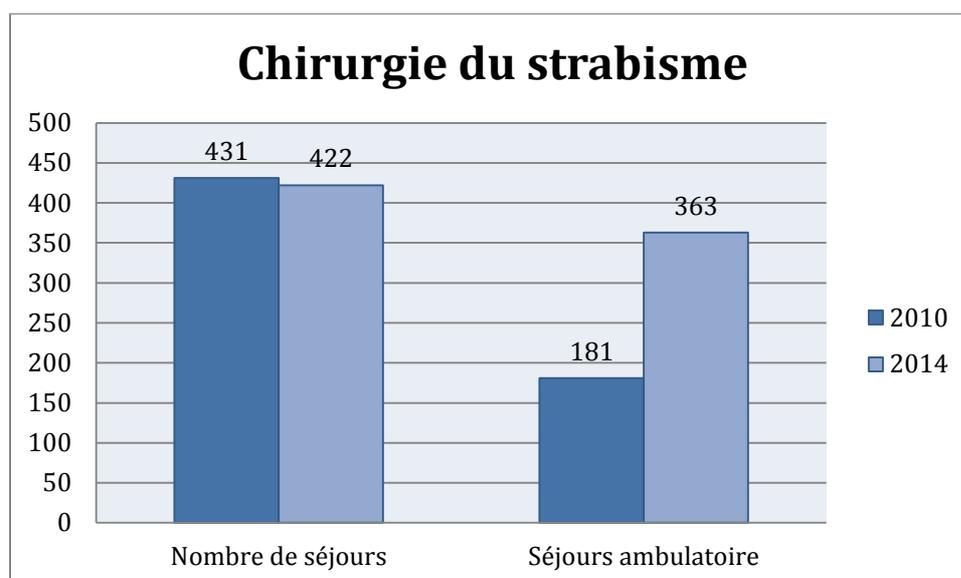
Figure 7 :



*e) Chirurgie du strabisme*

En 2010, 431 séjours correspondaient à ces actes, dont 181 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 42,0%. En 2014, 422 séjours ont été comptabilisés, dont 363 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 86,0%. L'augmentation du taux de la chirurgie ambulatoire était donc de 104,8% pour les interventions concernant les chirurgies de strabismes. (Fig. 8)

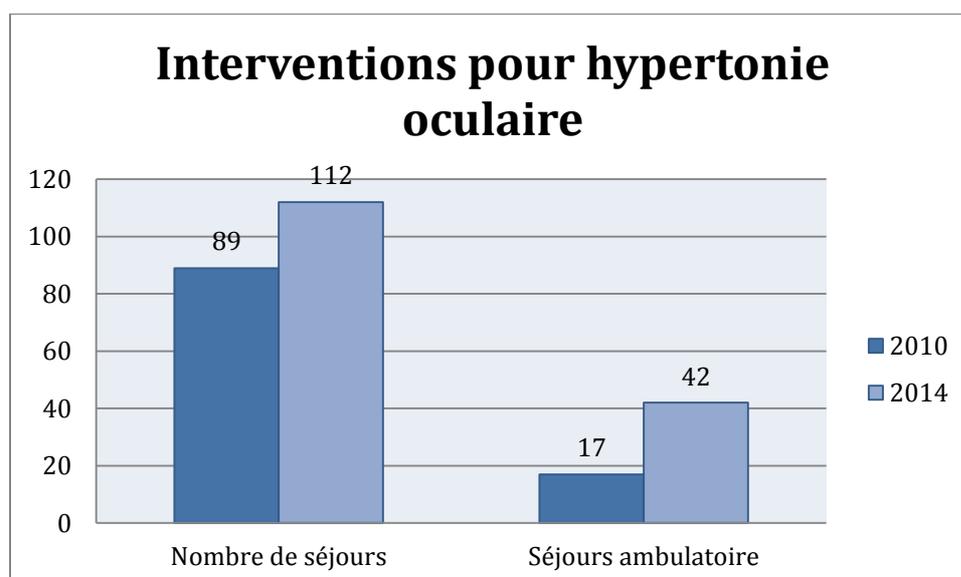
Figure 8 :



*f) Chirurgie du glaucome*

En 2010, 89 séjours correspondaient à ces actes, dont 17 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 19,1%. En 2014, 112 séjours ont été comptabilisés, dont 42 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 37,5%. L'augmentation du taux de la chirurgie ambulatoire était donc de 96,3% pour les interventions concernant les hypertonies oculaires. (Fig. 9)

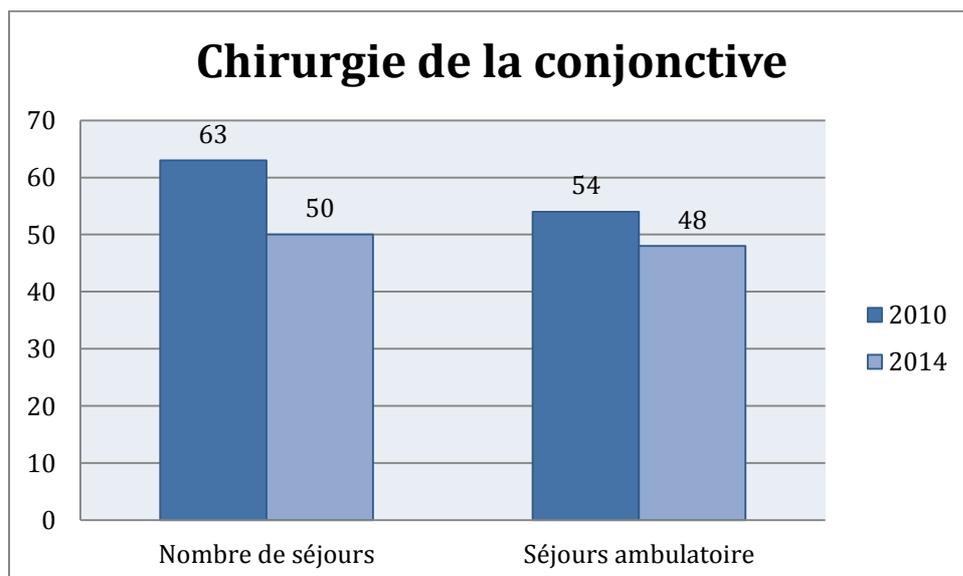
Figure 9 :



### g) Chirurgie de la conjonctive

En 2010, 63 séjours correspondaient à ces actes, dont 54 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 85,7%. En 2014, 50 séjours ont été comptabilisés, dont 48 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 96,0%. L'augmentation du taux de la chirurgie ambulatoire était donc de 12,0% pour les interventions concernant les chirurgies conjonctivales. (Fig. 10)

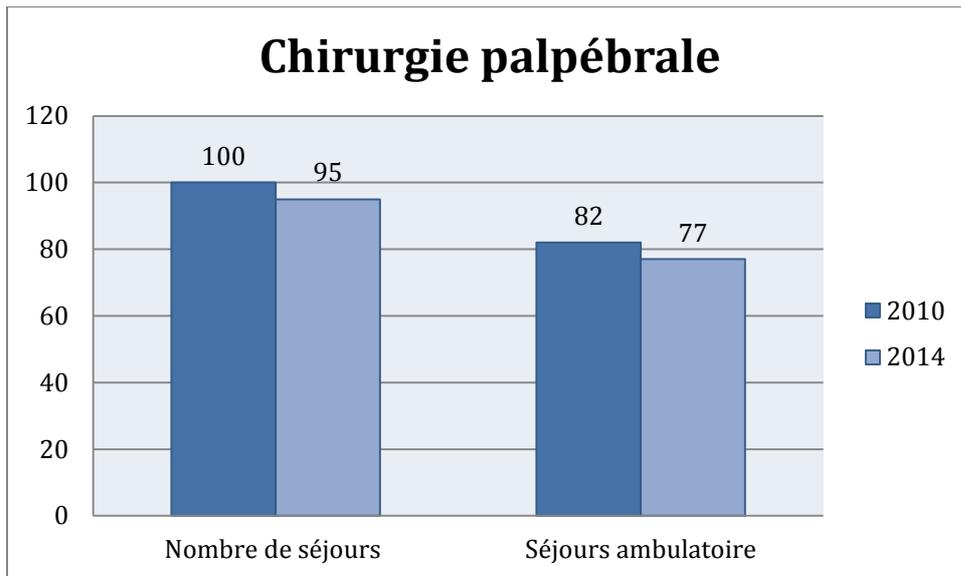
Figure 10 :



### h) Chirurgie palpébrale

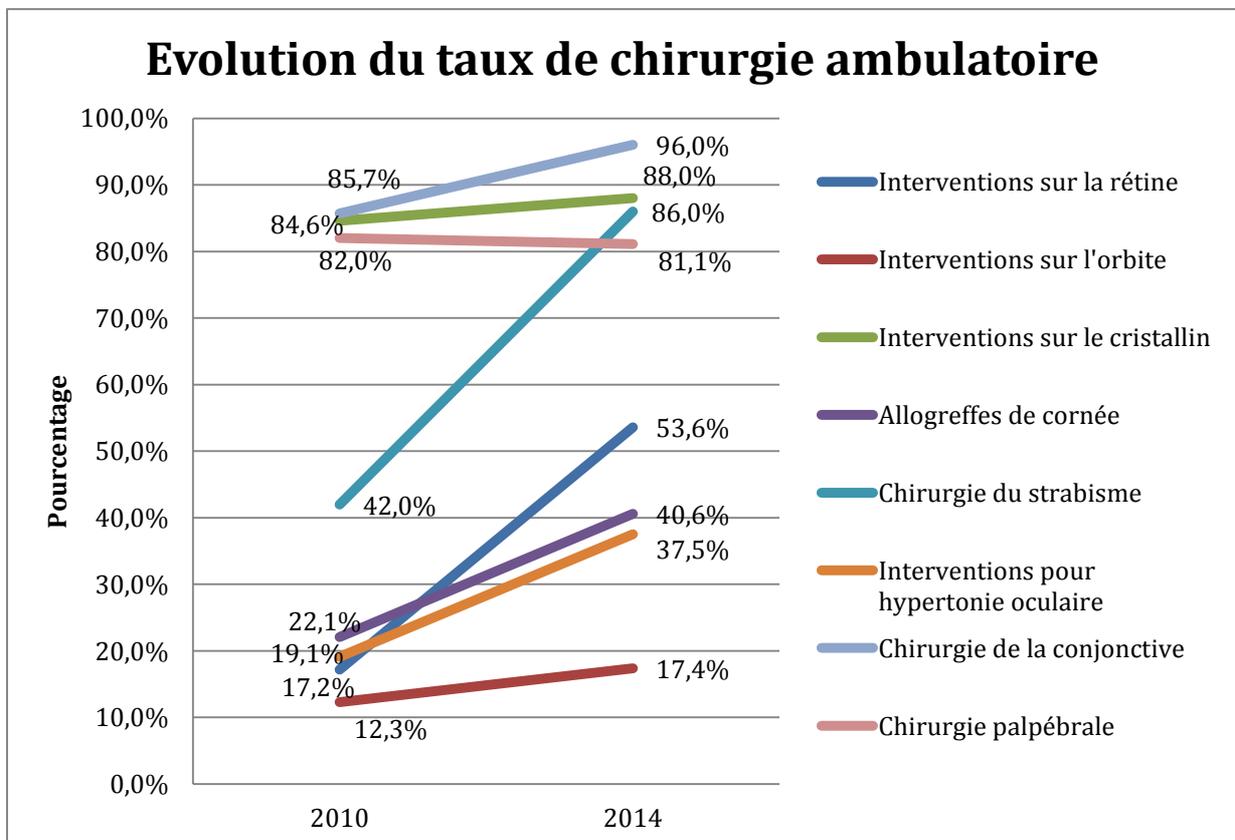
En 2010, 100 séjours correspondaient à ces chirurgies, dont 82 ont été réalisés en ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 82,0%. En 2014, 95 séjours ont été comptabilisés, dont 77 en chirurgie ambulatoire, soit un taux d'ambulatoire de 81,1%. On constatait une minime baisse du taux de la chirurgie ambulatoire de 1,1% pour les interventions concernant les chirurgies palpébrales. (Fig. 11)

Figure 11 :



La figure 12 résume l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire en fonction des différentes chirurgies.

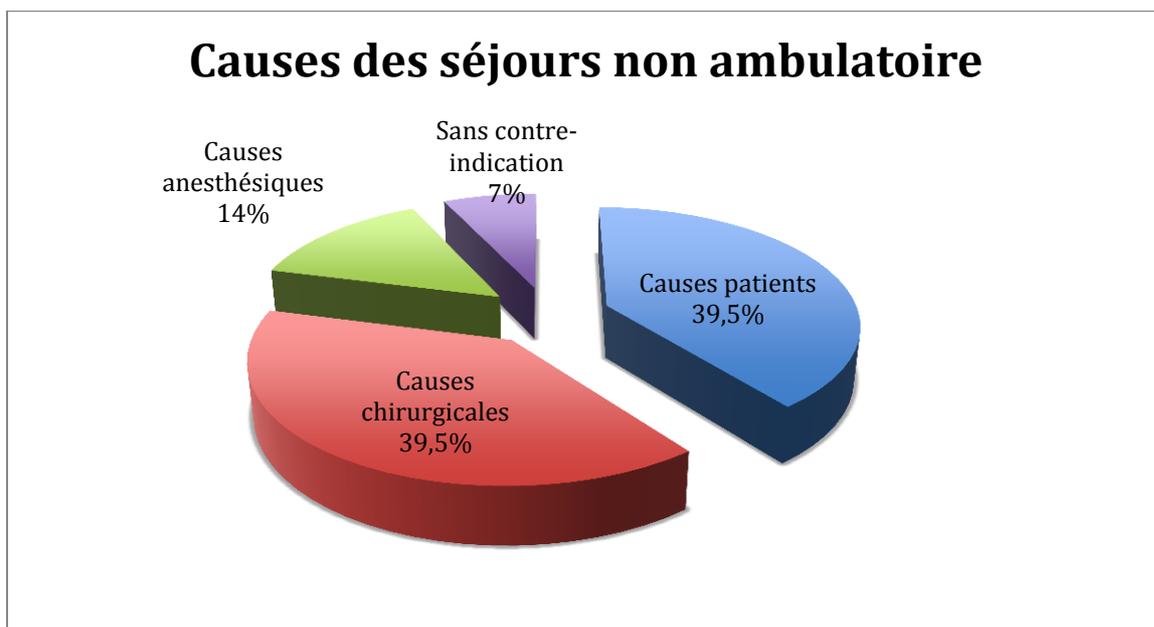
Figure 12 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par chirurgie



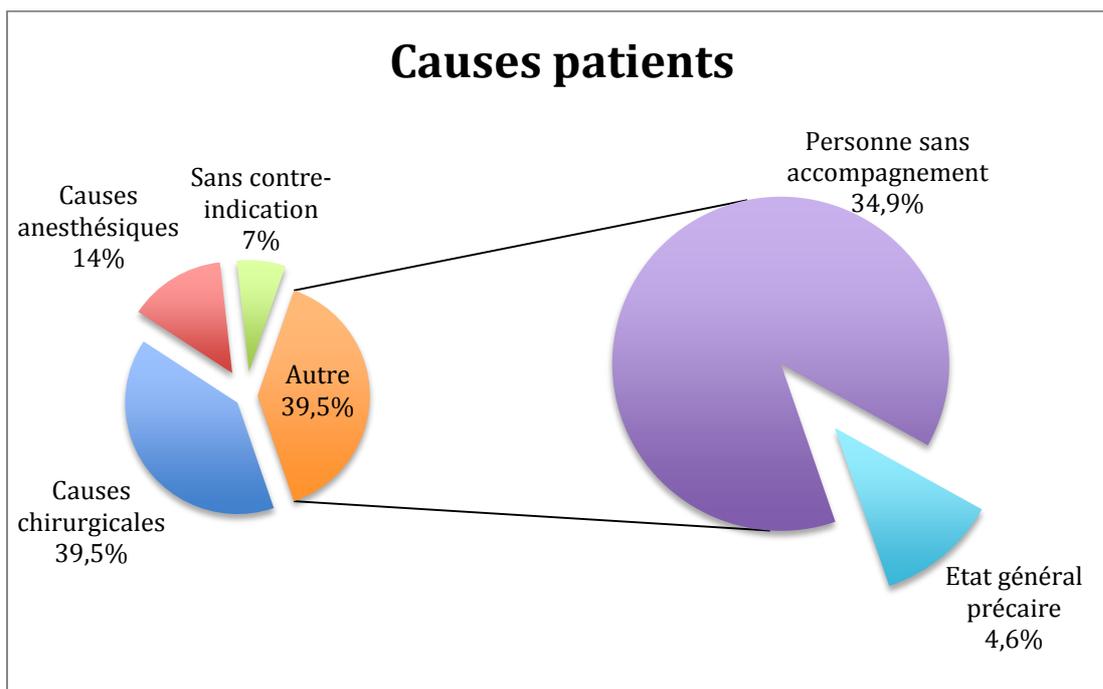
### 3. Résultats de l'étude prospective

Durant les 6 semaines du recueil, 43 séjours ont été réalisés en chirurgie conventionnelle, toutes raisons confondues :

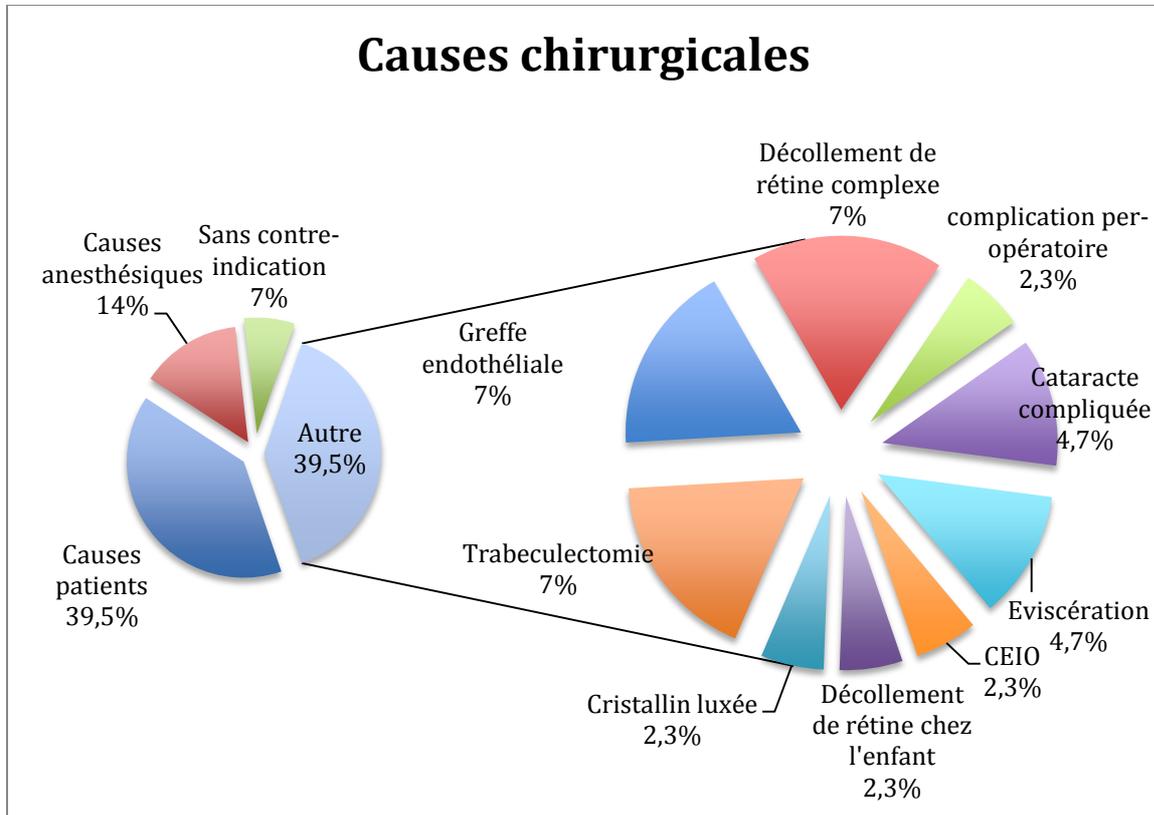
Au total 3 patients n'avaient pas de « contre indication » identifiée à la chirurgie ambulatoire et sont restés hospitalisés soit 7% des séjours.



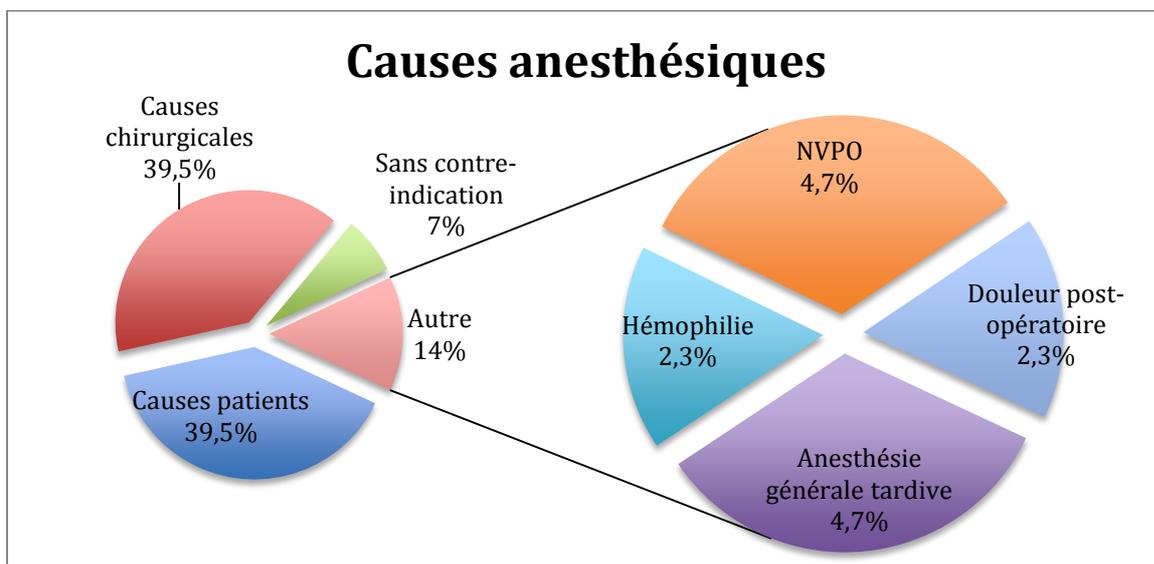
Les motifs concernant « le patient » étaient en cause pour 17 séjours, soit dans 39,5% des cas : 15 personnes étaient sans accompagnement et 2 personnes présentaient un état général précaire.



Les motifs impliquant « l'acte chirurgical » étaient responsables pour 17 séjours, soit 39,5% des cas : on retrouvait 1 décollement de rétine chez l'enfant, 1 cas de cristallin luxé, 3 trabéculotomies, 3 greffes endothéliales, 3 décollements de rétine complexes, 1 complication peropératoire, 2 cataractes compliquées, 2 éviscérations, 1 corps étranger intraoculaire compliqué d'hypertonie majeure.



Les causes « anesthésiques » représentaient 6 séjours, soit 14% des cas : 2 patients qui ont bénéficié d'une anesthésie générale tardive, 1 patient hémophile, 1 patient ayant eu des douleurs post-opératoires importantes et 2 patients ayant présentés des NVPO importants.

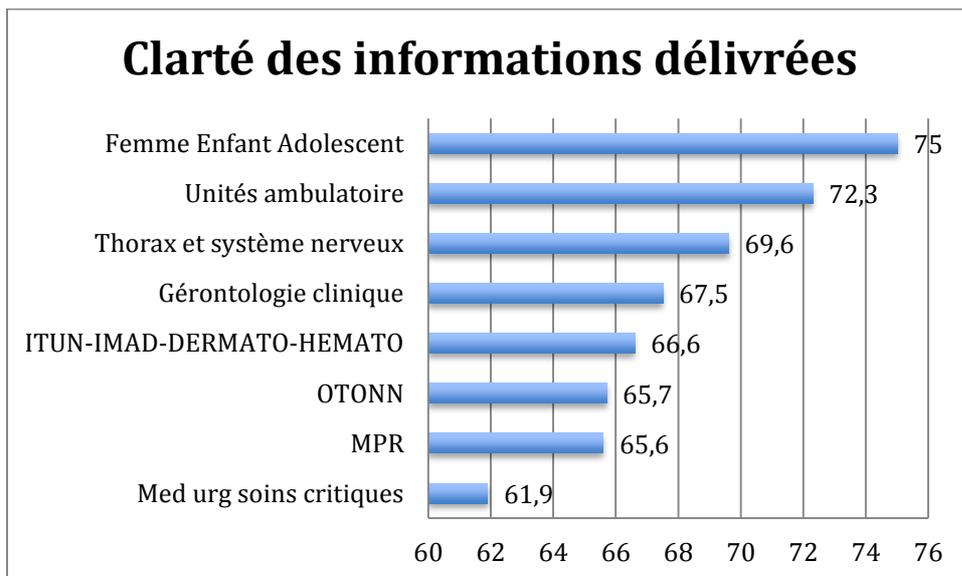


## VI. RESULTATS QUALITATIFS

### 1. Questionnaire de sortie des patients hospitalisés

#### a) *Clarté des informations délivrées*

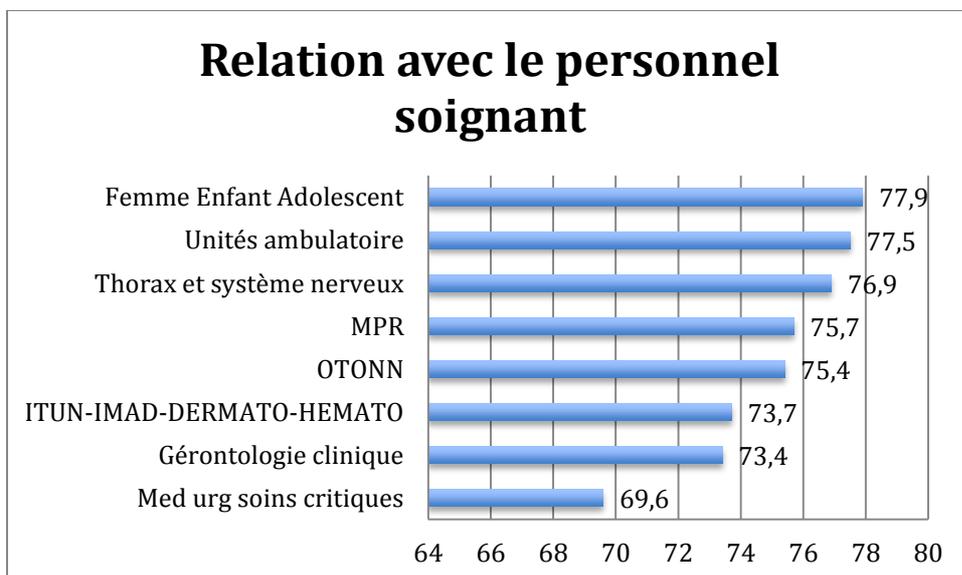
L'unité ambulatoire a obtenu une moyenne de satisfaction de 72,3, pour un score moyen de 67,2 au CHU.



#### b) *Relation avec le personnel soignant*

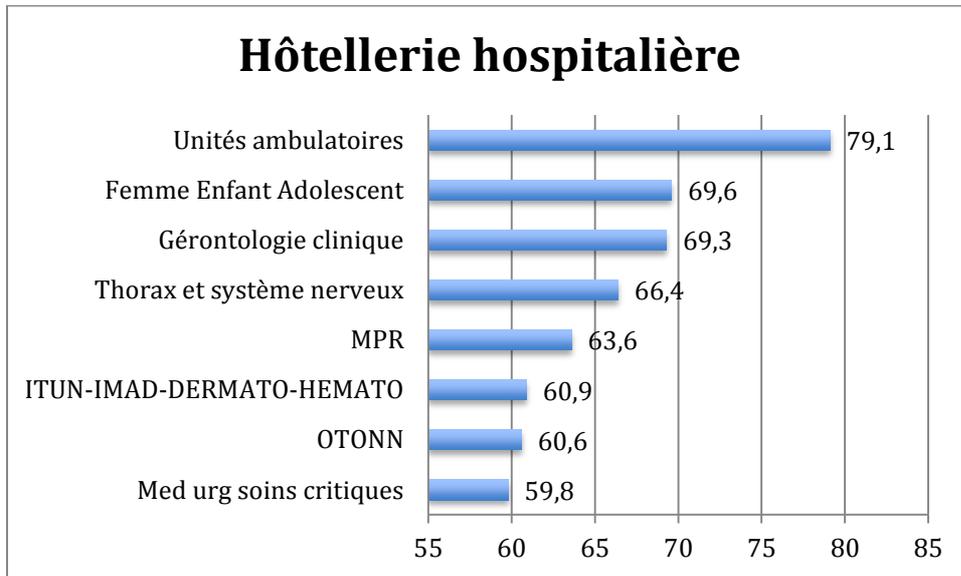
Sur le plan du relationnel avec le personnel soignant, l'unité de chirurgie ambulatoire possédait un excellent taux de satisfaction, parmi les meilleurs, tous services confondus.

La moyenne du CHU était de 74,3.



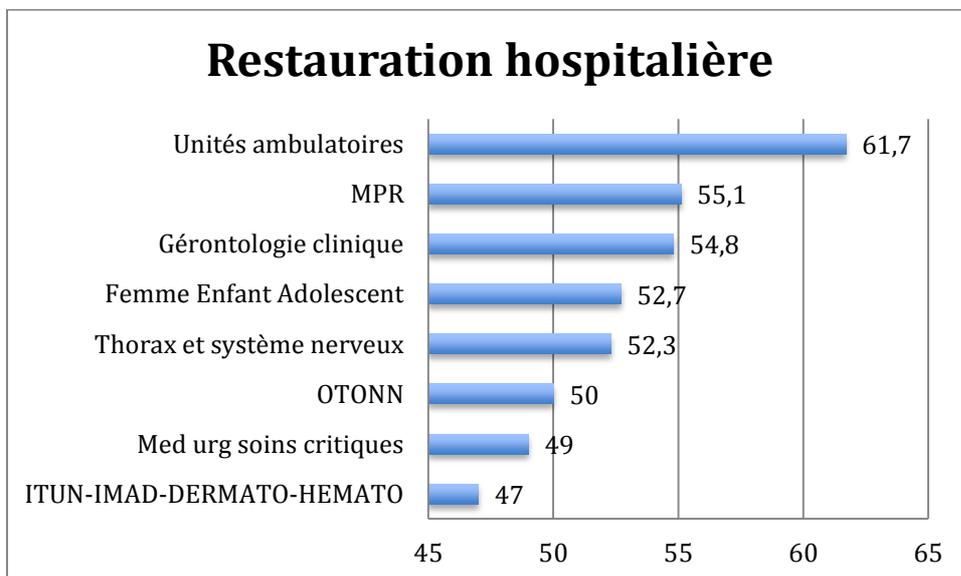
*c) Hôtellerie hospitalière*

Pour un score moyen de 65, l'unité de chirurgie ambulatoire obtenait un score de 79,1.



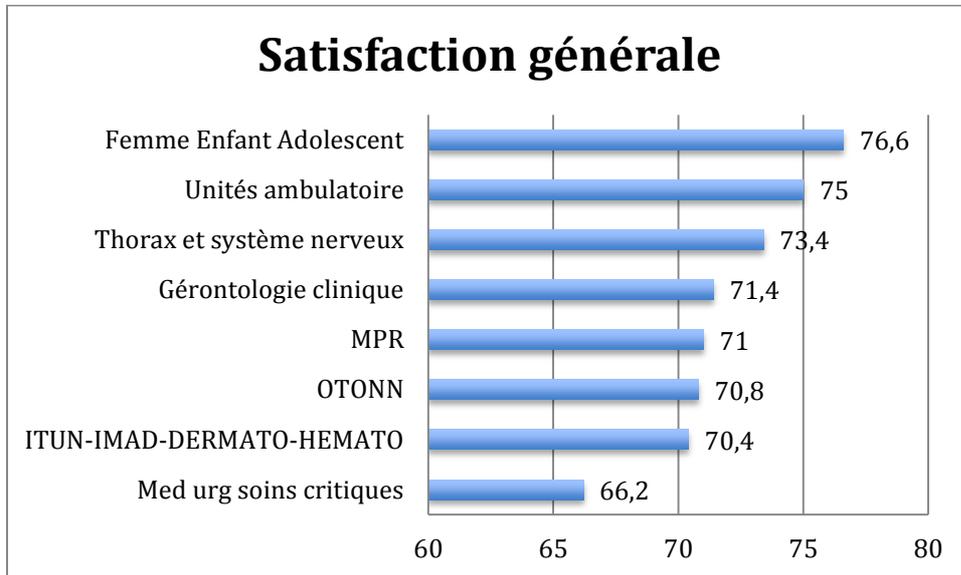
*d) Restauration hospitalière*

Le score ambulatoire était de 61,7 pour une moyenne à 50,8

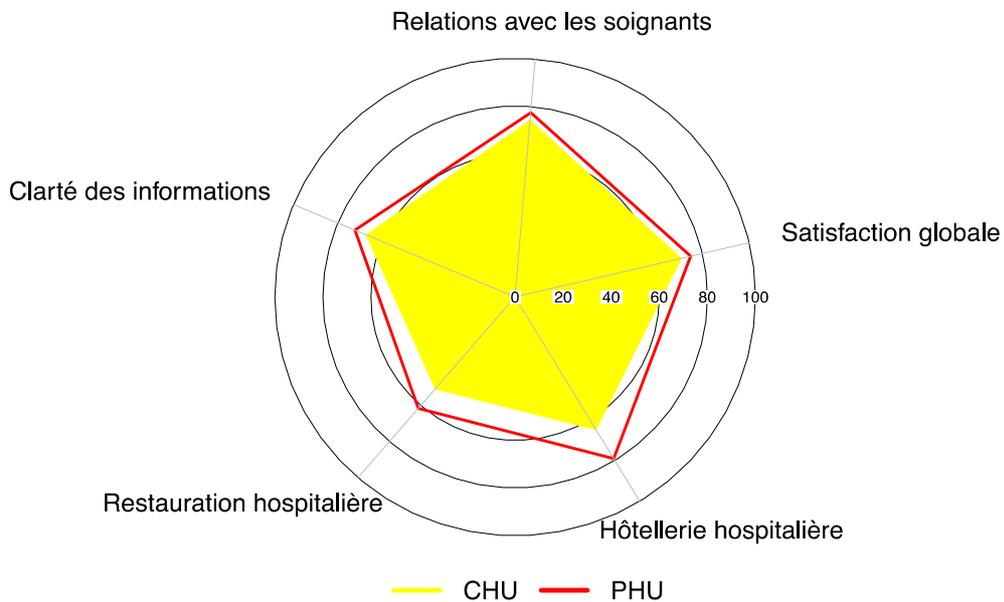


### e) Satisfaction générale

Le score global de l'ambulatoire à 75,0 est l'un des plus élevés du CHU, pour un score moyen à 71,0.

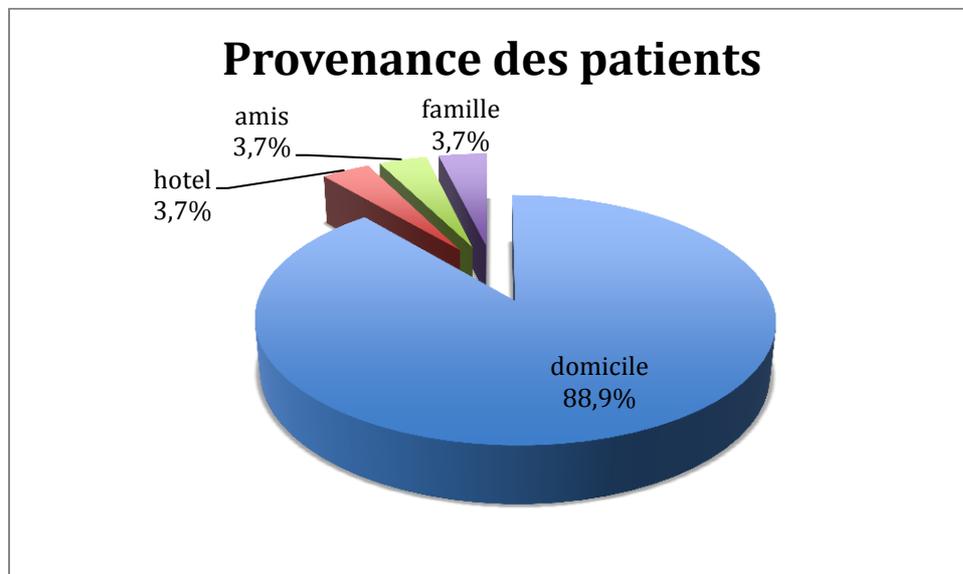


### Radar des scores de satisfaction des patients hospitalisés en UCA

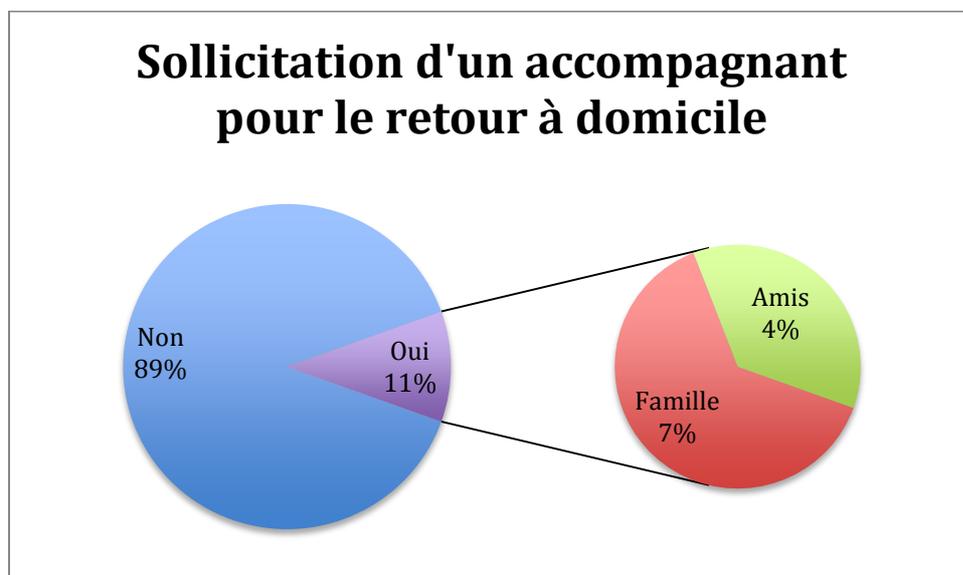


## 2. Questionnaire unité de chirurgie ambulatoire

Ce questionnaire a permis de recueillir les informations de 27 patients : 24 provenaient de leur domicile la veille de la chirurgie, 1 patient provenait d'un domicile familial, 1 patient de l'hôtel et 1 patient avait logé chez un ami.

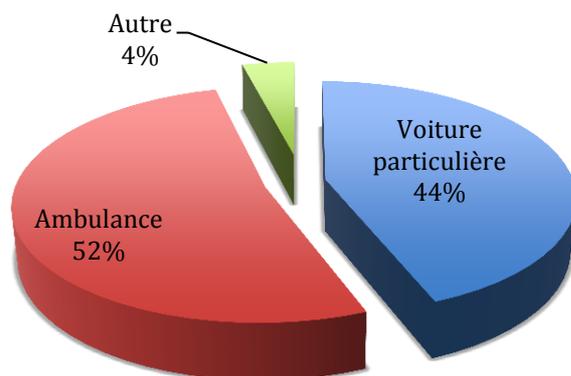


Concernant le retour, 25 patients sont rentrés à leur domicile et 2 patients sont repartis dans un environnement familial autre que leur domicile ; 3 patients qui sont retournés à leur domicile ont dû solliciter leur entourage : un membre de leur famille pour 2 patients et un ami pour 1 patient.



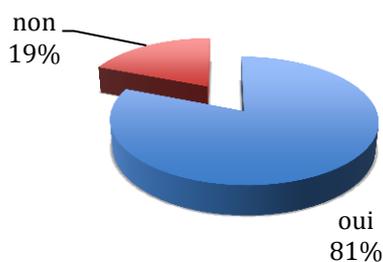
Le mode de transport était relativement équilibré avec 14 patients qui ont bénéficié d'un transport par ambulance, 12 patients qui ont utilisé leur véhicule personnel et 1 patient qui a pris les transports en commun (il s'agissait d'une chirurgie de cataracte sous anesthésie topique pure).

## Mode de transport

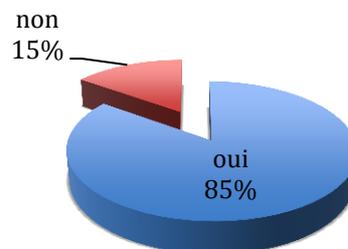


Les informations concernant la chirurgie ambulatoire semblent compréhensibles puisque 22 patients ont été satisfaits sur les explications de la chirurgie ambulatoire lors de la consultation préopératoire. La plupart (23 patients) sont cependant déjà informés avant la consultation de la possibilité d'une prise en charge ambulatoire concernant leur pathologie chirurgicale.

### Pensez-vous avoir été suffisamment informé des avantages de la chirurgie ambulatoire ?



### Informé sur la possibilité d'une prise en charge ambulatoire?



## VII. DISCUSSION

Notre étude retrouve une progression du taux de la chirurgie ambulatoire dans tous les domaines de l'ophtalmologie, en particulier la chirurgie vitréo-rétinienne et la chirurgie du strabisme. Elle confirme la bonne dynamique en ophtalmologie, chirurgie motrice de l'ambulatoire. Elle confirme également la satisfaction des patients concernant la prise en charge ambulatoire et encourage ces avancées techniques et professionnelles.

En 2010, l'activité globale de la chirurgie ambulatoire représentait 37,7% du volume global chirurgical (chiffres extraits du site de ministère de la santé), avec une ambition de croissance annuelle de 2 points, pour atteindre 50% en 2016. Pour autant, l'objectif paraît trop peu ambitieux d'après le rapport de la Cour des Comptes, qui évalue un potentiel de 80%. L'ambition du développement de la chirurgie ambulatoire repose sur deux attentes, l'une médicale, l'autre économique.

En 2013, le taux de chirurgie ambulatoire de la région Pays de la Loire était de 43,20% pour un taux national de 42,70% (source ARS Pays de la Loire). L'activité ambulatoire ophtalmologique du CHU de Nantes s'inscrit dans ce dynamisme avec un taux global de 71,2% en 2014.

### 1. Réflexion sur les résultats de l'ambulatoire Nantais

Les données globales retrouvent un taux de progression de 13,1 points sur 4 ans, soit une croissance annuelle de 3,3 points, ce qui est au-dessus des ambitions nationales.

Les interventions vitréorétiniennes font parties des chirurgies ayant la plus forte progression sur les 4 ans, avec un taux de 211,6% d'augmentation, soit une progression de 36,4 points en 4 ans et une augmentation annuelle de 9,1 points.

Ces bons résultats sont expliqués par plusieurs éléments. De nombreuses études ont rapporté des expériences chirurgicales ambulatoires favorables dans le domaine de la chirurgie vitréo-rétinienne [23][24][25]. L'examen biomicroscopique réalisé à J1 était superposable à celui de J0, encourageant la prise en charge ambulatoire sans nécessité de revoir le patient à J1 [25]. Des incitations tarifaires sont également à l'origine de cette belle progression, elles sont développées dans le chapitre « médico-économique ».

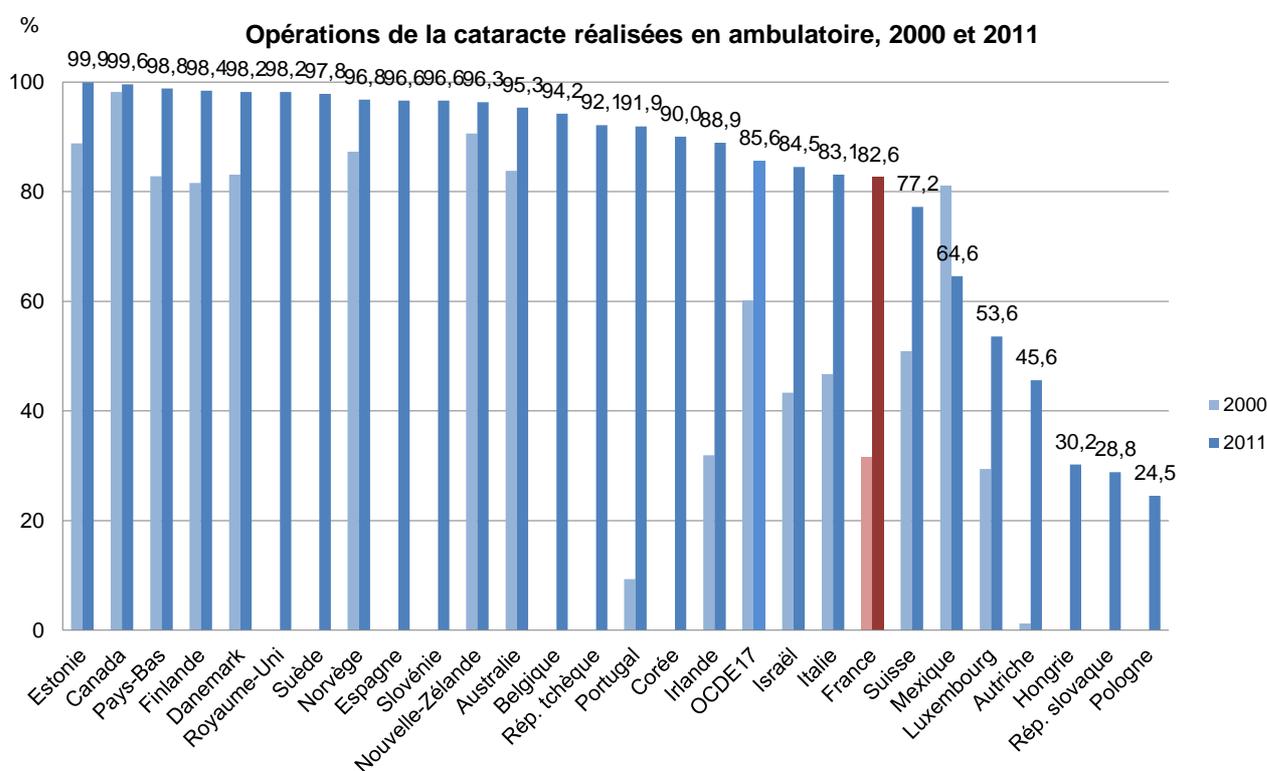
En comparaison à la chirurgie du cristallin, la révolution de l'ambulatoire est donc arrivée plus tardivement pour la chirurgie vitréo-rétinienne, expliquant cette forte progression durant ces quatre années.

La chirurgie du cristallin n'a pas connu une telle progression puisque son taux d'ambulatoire était déjà important. Ce taux a tout de même augmenté de 4,1% soit 3,4 points en 4 ans et une progression annuelle de 0,85 point au CHU de Nantes.

Une diminution de 12,5% d'activité a cependant été constatée concernant ce GHM. Cette baisse d'activité pouvant être expliquée par la mise en route du PTMC au CHU de Nantes.

Des progrès sont encore à réaliser, même si le taux d'ambulatoire est supérieur à 85%, objectif fixé par les gestes marqueurs MSAP.

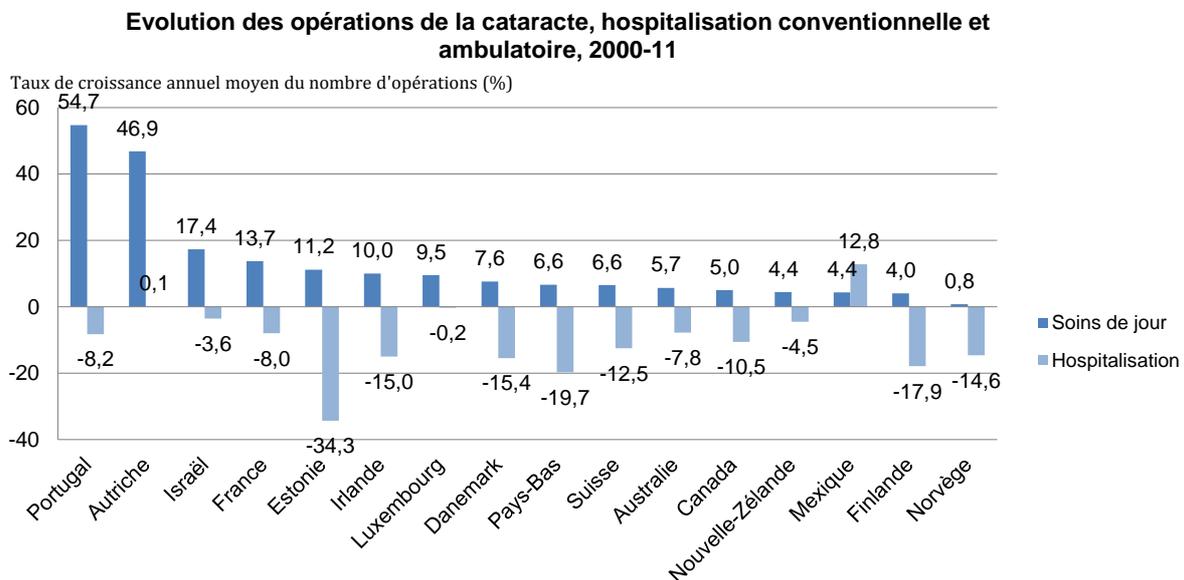
En 2011, la chirurgie de la cataracte était réalisée en ambulatoire dans plus de 90 % des cas dans une majorité de pays de l'OCDE [26]. En France, le taux de chirurgie ambulatoire en 2000 était de 31,6% pour devenir 82,6% en 2011, soit une augmentation de 51 points en 11 années.



Au cours de ces dix années, le nombre total d'opérations de la cataracte a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, au point d'être devenue l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans un grand nombre de ces pays. Le vieillissement de la

population est un des facteurs qui explique cette progression. Les besoins chirurgicaux en 2020 sont estimés à 40% de cataractes supplémentaires [27]. Cependant, la sécurité avérée et le bon rapport coût/efficacité des interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire ont été probablement des facteurs plus déterminants [28]. Les incitations tarifaires sont développées dans le chapitre « médico-économique ».

Le nombre d'opérations de la cataracte effectuées en ambulatoire a progressé très rapidement au cours de ces dix années dans un grand nombre de pays, y compris la France, qui a présenté un des taux de progression les plus importants. La croissance annuelle entre 2000 et 2011 a été évaluée à 13,7%. Les progressions les plus importantes ont été observées au Portugal et en Autriche.



L'objectif de cette chirurgie n'est pas encore atteint. Dès 1999, le CREDES rapportait un potentiel ambulatoire pour la chirurgie du cristallin à 91% [29].

Dans notre étude, 37,5% des patients ont bénéficié d'une chirurgie du glaucome en ambulatoire. Il s'agit d'actes (comme la trabéculéctomie) encore peu pratiqués en ambulatoire, pour des raisons de risques importants de complications post-opératoires et la nécessité d'un examen à J1. La littérature est d'ailleurs pauvre sur ce sujet, seulement deux études ont été identifiées dans PubMed. Elles étaient cependant en faveur d'une prise en charge ambulatoire, après sélection de patients [30][31].

L'augmentation du taux d'ambulatoire pour la chirurgie du strabisme est très importante avec un gain de 44 points en 4 ans, soit 11 points annuels. Cette chirurgie, avec la chirurgie vitréo-rétinienne, présente le meilleur taux d'augmentation. Cette évolution peut s'expliquer par un changement des pratiques anesthésiques. En 2010, la sortie après une anesthésie générale nécessitait d'avoir un domicile à moins d'une heure du CHU. Depuis, les pratiques ont évolué. Il est maintenant nécessaire d'habiter à moins d'une heure d'un centre hospitalier, élément respecté dorénavant dans la population. Les mentalités chirurgicales ont elles aussi évolué, de part une volonté d'augmenter la prise en charge ambulatoire. Il est maintenant proposé au patient de dormir à l'hôtel, accompagné d'un proche, si le domicile du patient est éloigné.

Les résultats de l'étude prospective peuvent être analysés de différents points de vue. Cette courte étude prospective a retrouvé 14% de cas « sans contre-indication » à la chirurgie ambulatoire (volonté du patient, absence de cause identifiée...). Cependant les 17 séjours (soit 39,5%) impliquant des motifs chirurgicaux pourraient être inclus dans la rubrique « sans contre-indication ». les chirurgies rétinienne, même réalisées chez l'enfant ou évaluées compliquées, ne justifient pas une prise en charge conventionnelle. La littérature a rapporté des expériences favorables [32]. Si cela est nécessaire, une visite à J1 peut-être organisée.

La chirurgie du glaucome pourrait s'organiser en ambulatoire en programmant une visite à J1, permettant ainsi de ne pas passer à travers des complications post-opératoires, tout comme pour la chirurgie des greffes endothéliales. Les traitements intraveineux nécessaires dans certaines chirurgies pourraient être organisés à domicile grâce à des structures spécifiques déjà existantes. Donc si l'on considère l'absence de motifs chirurgicaux à une prise en charge non ambulatoire, 46,5% des cas étaient des séjours identifiés comme « sans contre-indication ».

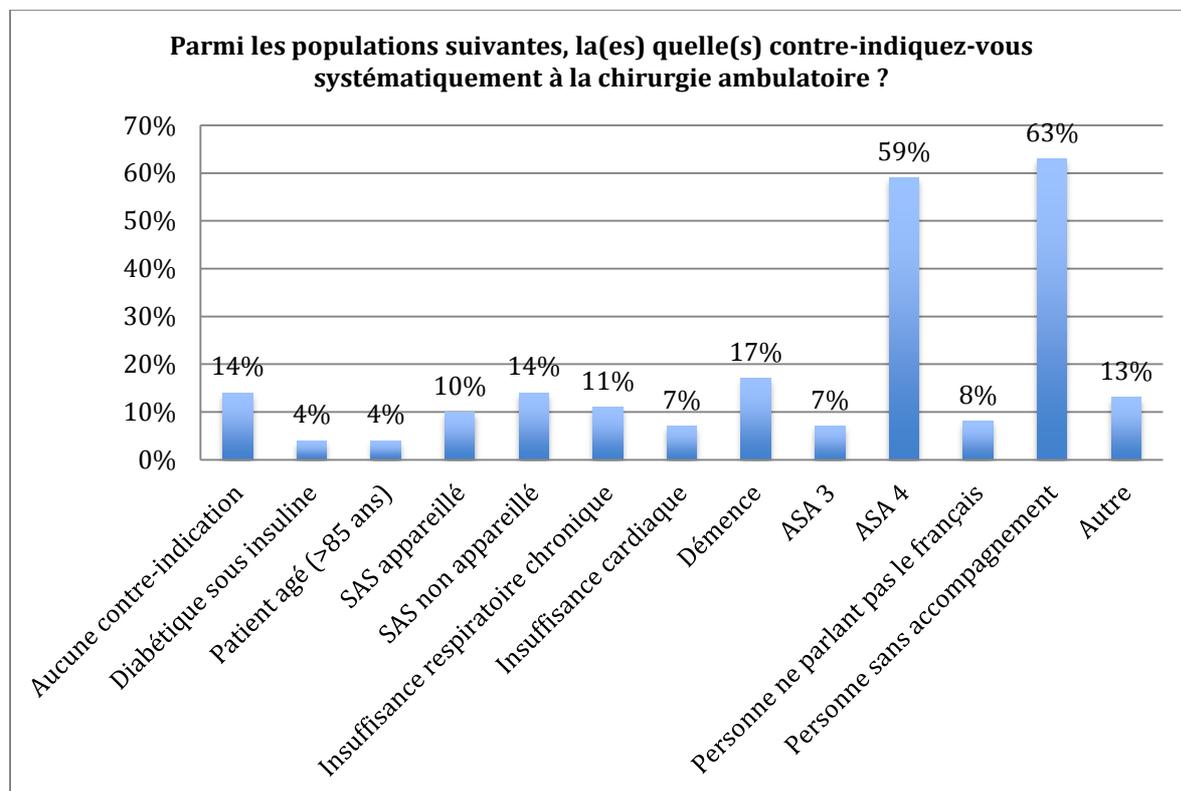
La crainte des chirurgiens est un élément à prendre en compte concernant l'évolution des pratiques. Pour cela, de nouvelles études réalisées par secteur de chirurgie permettraient de mettre en avant le bénéfice apporté par la chirurgie ambulatoire.

Pour Creuzot-Garcher et al., 8,5% des patients n'avaient pas pu être pris en charge en ambulatoire pour les chirurgies vitréorétiniennes. Les principales raisons étaient l'éloignement géographique et un patient était monophthalme [24].

Les équipes scandinaves n'hésitent pas à repousser à l'extrême la prise en charge ambulatoire estimant que, sauf exception, tous les patients relèvent avant tout d'une seule journée

d'hospitalisation y compris pour des interventions considérées comme lourdes. La prolongation du séjour est décidée a posteriori le soir de la première journée. Jamais a priori. Afin d'identifier au mieux les causes de non prise en charge en ambulatoire, il pourrait être intéressant de renseigner, pendant une période déterminée, les motifs d'une prise en charge en chirurgie conventionnelle, lors du remplissage de la feuille de programmation à la consultation préopératoire. La décision d'écarter pour des raisons médicales un patient d'une prise en charge en ambulatoire relève de la responsabilité des chirurgiens et anesthésistes concernés.

Il est probable que l'éligibilité d'un patient à l'ambulatoire reposera plus à l'avenir sur une approche basée sur la prévisibilité et l'analyse du bénéfice/risque que sur une stricte liste d'indications ou de critères. Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire est actuellement en cours. L'étude s'appelle OPERA, elle est réalisée par la SFAR. Il s'agit là de résultats préliminaires. Cette étude a pour ambition de dresser un état des lieux de l'organisation des unités ambulatoires et de réaliser une analyse de pratique « ciblée » sur certains actes et certains paramètres (comme les douleurs post-opératoires et les NVPO). Elle estime pouvoir inclure 5000 patients. Sur 119 centres inclus, 90% avaient un médecin coordinateur, pour la plupart anesthésiste. La figure suivante illustre les différentes contre-indications à l'ambulatoire rapportée par les anesthésistes.



Ces résultats préliminaires montrent bien que l'élément majeur contre-indiquant la prise en charge en ambulatoire est l'absence d'accompagnement. Cet élément était également retrouvé majoritaire dans notre étude (34,9% des cas). La prise en charge de la personne seule devient donc une priorité afin d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire.

D'après l'INSEE, 9,7 millions de personnes vivaient seules en France en 2012, dont 27,1 % des personnes âgées de 65 à 79 ans et 49% âgées de plus de 80 ans, et cette tendance ne cesse d'augmenter.

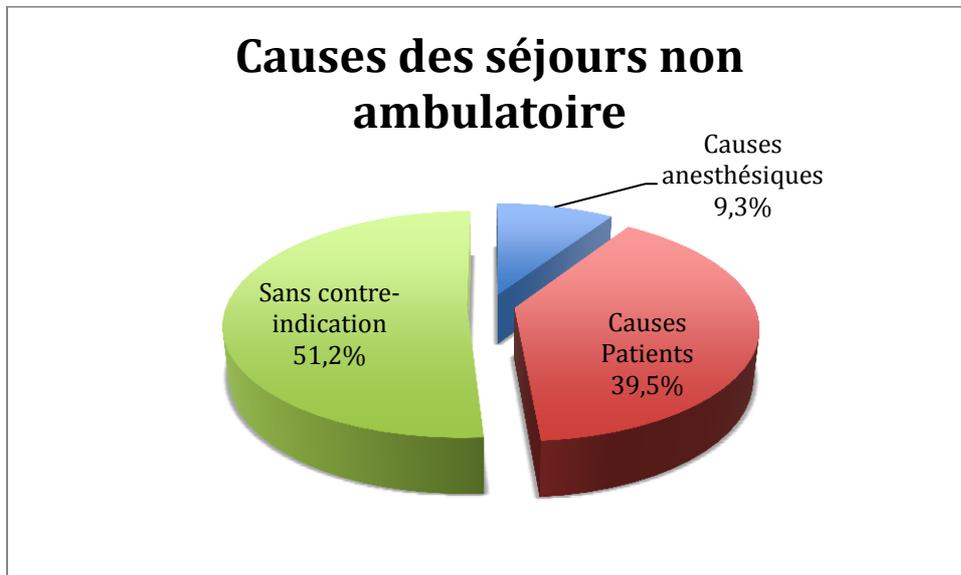
Une anticipation pour ces personnes est donc primordiale. L'information en préopératoire devient un élément majeur puisqu'elle peut permettre une anticipation de cette situation avec la possibilité d'organiser un accompagnement spécifique le soir de la chirurgie (famille, amis, voisins...), comme l'avait d'ailleurs fait 3 patients de notre étude. Le rapport d'IGAS suggère « d'expérimenter, de concert avec un assureur complémentaire, la mise en place de capacités d'hébergement non médicalisé à proximité de centres à fort potentiel de développement ambulatoire », mais également de « développer un cadre national d'expérimentation pour évaluer les bénéfices du développement de places d'hébergement hôtelier pour les patients isolés géographiquement et/ou socialement » [22].

Il n'existe aucune recommandation sur l'éligibilité de la sortie du patient sur le plan anesthésique, seulement des directives concernant les modalités de la procédure de sortie, cela afin de laisser à l'appréciation de chaque médecin anesthésique le soin de déterminer si le patient présente tous les paramètres nécessaires à la sortie. De manière locale, il est reconnu qu'un patient ASA I avec une chirurgie courte et simplex est éligible à la sortie après une surveillance d'environ 3 heures après la fin de la chirurgie (SSPI + service).

Un patient ASA II ou III devra être surveillé plus longtemps, un délai de 4 à 5 heures après la fin de la chirurgie est souvent nécessaire. Un patient ASA IV est contre indiqué pour l'ambulatoire.

Dans notre étude, 2 séjours ont été concernés par une prise en charge tardive, entraînant une sortie du patient dépassant les délais de prise en charge à l'UCA. Il est donc indispensable de privilégier le passage des patients en UCA au début du créneau opératoire afin d'éviter une hospitalisation conventionnelle.

Ainsi, si l'on considère l'ensemble des patients « sans contre-indication » à l'ambulatoire, il est plus juste de considérer que 51,2% de séjours conventionnelle n'avaient pas de contre-indication à l'ambulatoire.



## 2. Réflexion sur la satisfaction des patients et la sécurité

Notre étude retrouve un taux de satisfaction élevé concernant la prise en charge ambulatoire, tant sur la clarté des informations délivrées que sur le relationnel avec les professionnels. Cependant, concernant les résultats du questionnaire de l'UCA, il est important de noter un possible biais de réponse puisque malgré l'anonymat, celui-ci était remis à l'équipe soignante et non dans une boîte aux lettres. Cela a pu engendrer des réponses faussement hautes.

La littérature retrouve également un score de satisfaction élevé : 90% des patients se sont déclarés satisfaits à l'issue d'une prise en charge ambulatoire [10]. Pour Lemos P et al. 95% des patients étaient satisfaits de la prise en charge à 30 jours. Les douleurs et les informations fournies en post-opératoire ont eu un impact significatif sur la satisfaction des patients [33][34]. Les NVPO sont fréquents et peuvent également impacter leur satisfaction [35]. Ils surviennent en moyenne chez 30% des patients. Cependant la première cause des séjours prolongés sont des causes chirurgicales [36].

Afin d'améliorer encore la prise en charge ambulatoire, il est donc nécessaire de perfectionner la prise en charge de la douleur, ainsi que des NVPO, sources de stress et d'inquiétudes des patients, pouvant même nécessiter un maintien en hospitalisation conventionnelle comme dans notre étude chez deux patients.

La satisfaction des patients n'est pas le seul élément à prioriser. Optimiser la sécurité est une préoccupation de la prise en charge ambulatoire. Maîtriser les risques nécessite d'une part de les anticiper et d'autre part de gérer leurs survenues, que ce soit en prévention, en récupération ou en atténuation des effets. Il est en effet primordial que la prise en charge ambulatoire n'augmente pas le risque interventionnel ou post-opératoire.

La littérature retrouve une morbidité faible après une chirurgie ambulatoire. Pour Sewonou et al., le taux d'infection nosocomiale retrouvé en chirurgie ambulatoire était très faible à 0,4% [37]. Trois études françaises montrent qu'une intervention réalisée en ambulatoire présente un facteur protecteur sur le risque de survenue d'une infection de site opératoire avec un risque relatif de 0,16 à 0,20 [38][39][40] alors qu'une étude allemande montre que le taux d'infection du site opératoire est identique en ambulatoire ou en conventionnel [41].

Les causes d'hospitalisation ou de réadmission sont nombreuses mais ne représentent qu'un taux faible de 5,7% sur 30 jours, toutes spécialités chirurgicales confondues, dont 0,4% pour l'ophtalmologie. La plus fréquente est la douleur dans 44% des cas concernant l'ophtalmologie [42]. Une méta-analyse a retrouvé un taux de 1% de ré-hospitalisation après chirurgie ambulatoire. L'absence de chirurgie conventionnelle et le taux faible de ré-hospitalisation permet d'estimer des économies entre 20 et 50% [43].

Une étude innovante a évalué la sinistralité de la chirurgie ambulatoire contre la chirurgie conventionnelle. En chirurgie ambulatoire, la sinistralité est proportionnellement moins fréquente avec des indemnisations trois fois inférieures et correspond aux chirurgies les plus pratiquées. Dans cette série, c'est le taux d'endophtalmie après chirurgie de la cataracte qui représente la majorité des infections de site opératoire. Il s'agit toujours d'une infection nosocomiale, engageant la responsabilité sans faute de l'établissement [44].

La prise en charge ambulatoire de la cataracte permet de réduire les coûts, avec des résultats post-opératoires similaires à l'hospitalisation conventionnelle, sans majoration du risque opératoire ni majoration de complications post-opératoire [28]. L'absence de contrôle à J1 n'augmente pas les complications post-opératoire ni le pronostic visuel [45].

### 3. Réflexion organisationnelle et optimisation de l'ambulatoire

En 2012, l'ARS Pays de la Loire a publié des données concernant la chirurgie au CHU de Nantes, confrontées aux autres établissements de santé de la région. En ophtalmologie, le taux d'occupation moyen du bloc avait été évalué à 68%, pour une médiane de 73%.

Toutes spécialités confondues, il existait un taux d'ajout (interventions ajoutées entre le staff et J-2) important de 8% pour une médiane régionale à 2,9%. Cela s'explique aisément par le

volume important de chirurgie dite « semi-urgente » comparé aux établissements privés. Le taux d'urgence était bien sur élevé à 45%. Ces chiffres illustrent donc la nécessité d'organiser la prise en charge des urgences relatives afin d'optimiser ces séjours.

La filière de chirurgie ambulatoire en urgence, sans que la procédure soit dégradée, est faisable et sûre, avec un degré important de satisfaction des patients, mais elle suscite des difficultés sur le plan organisationnel. Une arrivée tardive à l'UCA peut entraîner un report de l'opération. Toutefois, une organisation formalisée avec identification des flux peut permettre cette prise en charge en urgence. La chirurgie ambulatoire doit être envisagée dans le cadre des urgences et non plus exclue de principe [46][47].

Pour l'HAS, Les urgences peuvent être prises en charge en ambulatoire sous réserve de :

- « respecter les règles habituelles de fonctionnement d'une UCA et intégrer l'acte dans le circuit protocolisé » ; ,,
- « être en capacité de mettre en œuvre l'ensemble des étapes préopératoires avant l'accueil en UCA : consultation d'anesthésie, admission, information, éducation du patient » ;
- « définir des pathologies éligibles à la prise en charge en ambulatoire en collaboration avec les urgentistes et leurs conditions de réalisation (information des professionnels chargés de l'accueil et du tri des critères d'orientation du patient du SAU vers l'UCA) » ;
- « informer sur la faisabilité de la chirurgie non programmée (créneaux opératoires dédiés à l'urgence) ».

## Pilotage du changement

Facteurs clés du succès	Harmonie entre les différentes équipes médicales et paramédicales (UCA-Bloc-SAU) et au sein de celles-ci. Organisation centrale de la gestion de l'hébergement et des places dans l'UCA. Développement d'un secrétariat dans l'UCA permettant une prise en charge conjointe avec les opérateurs pour sécuriser la décharge et le suivi.
Risques de blocage majeur	L'UCA fonctionne en circuit fermé, avec un personnel inadapté en nombre. Manque de place dans l'UCA. Disponibilité limitée du bloc opératoire. Horaires d'ouverture de l'UCA.
Limite d'application	Les facteurs précédents. Disponibilité des anesthésistes pour la consultation à JO. Le type de pathologie (niveau de sévérité de l'urgence).

Des créneaux spécifiques, étiqueté urgence, soit par spécialité, soit par pôle, permettraient d'absorber ce flux de patient semi-urgent. Cependant il nécessite une organisation très spécifique afin d'identifier les praticiens disponibles à ces créneaux. Le risque principal de cette organisation est de ne pas remplir ces créneaux avec des urgences mais avec des blocs programmés. Si le créneau n'est pas spécifié par spécialité, la difficulté est de pouvoir équilibrer au maximum ces créneaux entre les spécialités.

Afin de réduire le temps entre les interventions, il serait nécessaire d'avoir du personnel (AS et ASH) dédié aux salles ophtalmologiques. L'ARS a retrouvé un taux de temps inter intervention (entre chaque patient en salle hors bionettoyage) de 6,5% pour le CHU de Nantes, pour une médiane régionale de 5,8%. Afin d'optimiser ce temps, une répartition des tâches et du personnel alloué à chaque étape est indispensable (vérifications spécifiques « Check-Lists » à chaque étape, procédures dégradées en cas d'absence). De nouvelles missions pour les AS et ASH comme le parcours patient, ou la vérification de la bonne mydriase thérapeutique de l'œil à opérer permettraient d'éviter le doublon de tâche avec l'IBODE déjà occupée en salle d'intervention. La chirurgie ophtalmologique étant une spécialité avec un turnover important, un AS ou ASH dédié à la salle permettrait d'assurer un temps minimal entre les interventions.

Le temps passé en UCA avant l'intervention, pour l'ophtalmologie, est d'environ 1h50, pour une médiane à 1h42. Cela étant dit, il s'agit de résultats de 2012, avant l'ouverture de l'UCA dédiée. On retrouve un effet volume intéressant avec des durées d'attentes avant le bloc parmi les plus courtes concernant 6 des 10 établissements ayant les activités ambulatoire les plus importantes. En 2012, la durée moyenne de séjour total en UCA pour la spécialité ophtalmologie était d'environ 7h45 pour une médiane à 6h02.

Marchand-Maillet et al. expose les principales raisons de retard à la sortie de l'UCA : la durée de l'intervention chirurgicale dans 50% des cas, la durée de séjour de SSPI dans 40% des cas, le retard du patient dans 8% des cas, la durée de l'ALR dans 6% des cas. L'heure de sortie est respectée dans 76% des cas [48].

La chirurgie ambulatoire peut s'adapter au mieux au besoin du patient. Pour cela il est possible d'avoir recours au fast track (raccourci) dans des conditions très spécifiques. Le fast track est bien un principe qui s'adapte parfaitement au concept ambulatoire en imposant l'évaluation préalable du patient pour lui appliquer les justes moyens à ses besoins.

Par exemple, le fast-track shuntant la SSPI n'est pas là pour faire sortir le patient plus vite, mais doit conduire à faire sortir le patient au juste moment. Il s'agit d'une pratique fondée sur des critères objectifs d'évaluation [49]. La chirurgie de la cataracte sous anesthésie topique pure répond parfaitement à ses critères et bénéficie donc d'une chirurgie ambulatoire adaptée au besoin du patient. Elle ne nécessite également pas la présence du corps anesthésique lors de l'intervention. Koolwijk J et al. ont retrouvé un taux très faible (0,04%) d'incident de chirurgie de cataracte sous anesthésie topique, après sélection des patients. Les évènements étaient tous mineurs (malaises vagues) et n'ont pas nécessité d'hospitalisation. La chirurgie de la cataracte sous topique pur est donc une intervention sûre, en l'absence de consultation anesthésique préopératoire et d'anesthésiste en salle [14]. Il pourrait être intéressant d'imaginer un circuit dédié à la prise en charge de la cataracte sous anesthésie topique pure, avec une salle d'attente et un vestiaire dédié, une arrivée dans la salle d'intervention à pied, et un retour à domicile dès la fin de l'intervention. Ce circuit pourrait s'inspirer des méthodes pour les injections intra-vitréennes.

#### 4. Réflexion médico-économique

Le développement de nouvelles conditions médico-économiques ont probablement pesé lourdement sur l'évolution des pratiques. En effet, à partir de 2003, le mode de financement devient incitatif. La généralisation de la tarification à l'activité (T2A) accroît alors l'intérêt des établissements pour la chirurgie ambulatoire. Celle-ci est perçue par ces derniers comme un vecteur de recettes supplémentaires puisqu'elle permet de prendre en charge davantage de patients qu'un lit conventionnel. À cette perspective d'accroissement des recettes par les volumes, s'ajoute dès 2004 une incitation par les tarifs. Créé en 2007 pour un petit nombre de GHM (5 racines) où l'activité ambulatoire est prépondérante, le tarif unique s'est étendu progressivement à 18 racines en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013, et jusqu'à l'ensemble des couples (J, 1) en 2014. Ainsi, le champ des mesures incitatives s'est étendu jusqu'à concerner la majorité des séjours. Dès 2009, entre 98 et 99 % des séjours ambulatoires ont un GHM en J. La proportion des séjours ambulatoires au tarif unique est passée de 38 à 68 % entre 2009 et 2012.

En 2012, l'IGAS préconise de favoriser la croissance de la chirurgie ambulatoire afin de « diminuer le risque nosocomial, améliorer le bien-être du patient et diminuer le coût des interventions » [50] tout en diminuant les charges hôtelières. Cette réduction de coût permet une justification de la diminution des tarifs des GHM remis à jour tous les ans.

La mise en place d'un tarif unique entre les séjours de chirurgie ambulatoire et les séjours d'hospitalisation traditionnelle sur un nombre ciblé d'interventions chirurgicales est un élément incitatif majeur permettant l'émergence ou la pérennité de l'organisation spécifique de la chirurgie ambulatoire. Ces incitations tarifaires concernent également les gestes marqueurs MSAP.

Pour aller plus loin dans les incitations, la suppression en parallèle des surcapacités en chirurgie conventionnelle permettrait une amplification de la chirurgie ambulatoire.

Ces encouragements tarifaires ont débuté par la chirurgie du cristallin avec l'apparition d'un tarif unique en 2010. En 2009, le tarif du GHS 02C05J (ambulatoire) était de 1418,77€ contre 1512,74€ en hospitalisation conventionnelle pour le GHS 02C051, pour le secteur publique. En 2010, le tarif est devenu unique à 1400,84€, incitant donc à une prise en charge ambulatoire.

#### Evolution du tarif GHS 02C05J et 02C051

Année \ GHS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
02C05J et 02C051	1 400,84€	1392,05€	1394,28€	1381,34€	1278,25€	1275,3€

Les incitations tarifaires pour la chirurgie vitréo-rétinienne ne sont arrivées que plus tard, pouvant expliquer le retard initial du volume ambulatoire dans ce domaine.

#### Evolution du tarif GHS 02C02J et 02C021

Année \ GHS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
02C02J	1 826,20€	1970,75€	2577,05€	2604,36€	2604,38€	2586,67€
02C021	2 717,70€	2634,16€	2577,05€	2604,36€	2604,38€	2586,67€

Le tarif unique ne doit plus être calculé par référence à l'activité d'hospitalisation complète mais désormais construit sur la base des coûts ambulatoires.

Cependant ces modifications de tarifs avec cette logique d'un tarif aligné sur le coût réel pourraient engendrer un effet pervers avec un désintéressement de certains secteurs d'activités devenus déficitaires, en particulier pour les établissements privés dont les tarifs des GHS sont

presque divisés par 2 (tarif GHS 02C05J : 728,49€ et GHS 02C02J : 1189,38 €). Les tarifs des actes chirurgicaux CCAM pourraient également diminuer devant le constat que l'ambulatoire permettrait aux chirurgiens d'effectuer un plus grand nombre d'acte, en un temps plus court, cependant sans prendre en compte l'augmentation du travail administratif. Attention donc à ne pas déshumaniser la médecine en privilégiant la quantité au détriment de la qualité.

En réduisant le nombre d'actes d'hospitalisation conventionnelle, les établissements à faible activité ambulatoire connaissent des difficultés croissantes. Ceci renforce la nécessité de réorganiser l'offre territoriale.

## VIII. PERSPECTIVES

Le Rapport de l'IGAS [22] sur les perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire n'est pas aussi encourageant que prévu. La majorité de séjours en chirurgie ambulatoire ne sera pas atteinte en 2016. La mission estime « qu'à l'horizon 2018, le potentiel maximal de chirurgie ambulatoire sur les séjours de chirurgie s'établit à 65,6 % des séjours. Au-delà de ce scénario « maximal », trois autres scénarios moins ambitieux ont été analysés un scénario « haut » associé à un taux de 62,2 % de chirurgie ambulatoire, un scénario « moyen » (58,9 %) et un scénario « bas » (54,8 %) ».

Le transfert de la chirurgie conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire permet des économies de 3 types : « des réductions d'effectifs (équipes de nuit et de week-end) et de charges liées à la fermeture d'unités d'hospitalisation complète, des gains de productivité entraînant une baisse des effectifs nécessaires et des réorganisations territoriales qui se traduisent par la fermeture d'unités de chirurgie conventionnelle lorsque l'activité restante après transfert s'avère insuffisante ».

Les scénarios sont associés à une réduction des dépenses oscillant entre 417 millions d'Euros (scénario « bas ») et 689 millions d'Euros (scénario « maximal »).

D'après une étude IPSOS/Assurance maladie de février 2007, 81% des français étaient prêts à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire. Les réticences des autres patients sont légitimes mais fondées principalement sur l'absence d'informations.

Pour Cornut et al ., bien que « médicalement acceptable et a priori financièrement vertueuse » la prise en charge ambulatoire pour une chirurgie vitréo-rétinienne n'était souhaitée que pour 1/3 des patients, alors que 87% des patients se déclarait être en mesure de regagner leur domicile à l'issue de l'intervention pour y passer la nuit [32]. La crainte de la douleur, d'éventuelles complications, d'angoisse de difficultés dans la gestion du traitement post-opératoire, l'absence de préparation psychologique préopératoire et l'habitude de prise en charge en chirurgie conventionnelle peuvent expliquer une réticence, une inquiétude pour ce mode de prise en charge qui peut sembler novateur pour le patient [51].

Il est indispensable de mieux informer le patient sur la prise en charge ambulatoire, sur la faisabilité et sur la sécurité qui semble supérieure à une prise en charge conventionnelle, et qui, dans tous les cas, n'est pas plus délétère.

D'ailleurs, le rapport d'IGAS suggère :

- « de lancer des actions de communication adaptées en direction des patients pour lever leurs réticences et de développer en parallèle des actions de sensibilisation des médecins traitants aux bénéfices de la chirurgie ambulatoire privilégiant dans le cadre du développement professionnel continu les actions de terrain et les partenariats ville-hôpital ».

Mais les consciences semblent évoluer puisque notre étude retrouvait un taux de 85% de patients qui avait connaissance de la possibilité d'une prise en charge en ambulatoire avant la consultation préopératoire. Des progrès restent bien sur à réaliser pour informer les 15% restant. Notre étude retrouvait également un pourcentage élevé (81%) de patients qui avait le sentiment d'avoir été suffisamment informé des avantages de la chirurgie ambulatoire sur le plan chirurgical et anesthésique. Des efforts restent encore à produire sur les informations données pour qu'une plus grande proportion de patient ressente les bénéfices indéniables de la chirurgie ambulatoire. L'IGAS recommande d'ailleurs de « mettre en place des actions nationales d'information et de sensibilisation des patients d'une part et des professionnels de ville d'autres part aux bénéfices de la chirurgie ambulatoire ».

De manière locale, il peut être intéressant de concevoir un circuit dès la prise de rendez-vous pour les patients devant bénéficier d'une chirurgie, un « Batch pré-chirurgie ». Cette anticipation secrétariale permettrait de grouper cette consultation avec une consultation anesthésique, mais également d'envoyer un questionnaire médical couplé à une fiche d'information sur la chirurgie ambulatoire expliquant au patient l'organisation à établir au décours de l'hospitalisation (être accompagné au retour, privilégier un moyen de transport personnel...). Cela permettra au patient de s'organiser au mieux pour la chirurgie et donner ses disponibilités en conséquences lors de la consultation.

## **IX. CONCLUSION**

La chirurgie ambulatoire devient un mode de prise en charge dominant en France. L'ophtalmologie au CHU de Nantes a su s'adapter à cette nouvelle pratique en améliorant la prise en charge des patients à l'aide d'un plateau technique harmonisé, des équipes formées et une volonté d'améliorer le taux de chirurgie ambulatoire tout en maintenant une sécurité maximale pour le patient.

La prise en charge des personnes seules ainsi que l'intégration des urgences et semi-urgences dans l'UCA sont les points majeurs à optimiser afin d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire.

## **X. BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Nicoll JH. The Surgery of Infancy. Br Med J 1909;753-4.
- [2] Arrantxa Mahieu, Nadine Raffy-Pihan. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. 1997.
- [3] TWERSKY RS. Ambulatory Surgery. Vol 1 N°1 1993.
- [4] Gilles BONTEMPS. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. 2003.
- [5] Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée. Mars 1993.
- [6] Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code.
- [7] Laurent JOUFFROY. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. SFAR; 2009.
- [8] De Lathouwer C. Ambulatory surgery: an organisational and cultural revolution, a social and political challenge. Ambul Surg 1999;7:183-6.
- [9] Dunnill MGS, Pounder RE. Medical outpatients: changes that can benefit patients. Clin Med Lond Engl 2004;4:45-9.
- [10] Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire - Programme National Inter-Régimes Enquête chirurgie ambulatoire - Volet Synthèse et mise en perspective - septembre 2003.
- [11] Conférence de consensus de la fondation Avenir pour le Recherche Médicale Appliquée. 1993.
- [12] Articles D6124-301 à 305 découlant des décrets de 1992 précisant les conditions techniques de fonctionnement qui s'imposent aux alternatives à l'hospitalisation telles que l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire. 2012.
- [13] Socle de connaissances de la chirurgie ambulatoire - Haute autorité de santé (HAS) – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) - Avril 2012.
- [14] Koolwijk J, Fick M, Selles C, Turgut G, Noordergraaf JIM, Tukkers FS, et al. Outpatient cataract surgery: incident and procedural risk analysis do not support current clinical ophthalmology guidelines. Ophthalmology 2015;122:281-7.
- [15] Pregler JL, Kapur PA. The development of ambulatory anesthesia and future challenges. Anesthesiol Clin N Am 2003;21:207-28.
- [16] Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. [Anesthetics according to characteristics of patients, establishments and indications]. Ann Fr Anesthésie Réanimation 1998;17:1311-6.
- [17] N Dufeu, M Beaussier. Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ?
- [18] article D. 6124-98 du Code de la santé publique - Surveillance continue post interventionnelle.
- [19] article D. 6124-101 du Code de la santé publique.
- [20] l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique.
- [21] Manuel des Groupes Homogènes de Malades. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2015.
- [22] Bert T. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales; 2015.

- [23] Cannon CS, Gross JG, Abramson I, Mazzei WJ, Freeman WR. Evaluation of outpatient experience with vitreoretinal surgery. *Br J Ophthalmol* 1992;76:68–71.
- [24] Creuzot-Garcher C, Aubé H, Candé F, Dupont G, Guillaubey A, Malvitte L, et al. [Vitreoretinal outpatient surgery: clinical and financial considerations]. *J Fr Ophtalmol* 2008;31:871–6.
- [25] Desai A, Rubinstein A, Reginald A, Parulekar M, Tanner V. Feasibility of day-case vitreoretinal surgery. *Eye Lond Engl* 2008;22:169–72.
- [26] OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr).
- [27] La démographie en ophtalmologie 2000-2020 rapport CNAMTS 24 septembre 2003.
- [28] Fedorowicz Z, Lawrence D, Gutierrez P, van Zuuren EJ. Day care versus in-patient surgery for age-related cataract. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD004242.
- [29] Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France en 1999. CREDES; 2001.
- [30] Stürmer J, Meier F, Sarra G-M. [Filtering glaucoma surgery as outpatient procedure]. *Klin Monatsblätter Für Augenheilkd* 2004;221:334–8.
- [31] Lleó Pérez AV null, Moratal Juan B null, Pinós Rajadel JP null, Hernández Martínez FJ null, Navarro Palop C null, Pallás Ventayol C null. [Safety and efficacy of outpatient glaucoma surgery]. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2000;75:535–40.
- [32] Cornut P-L, Boujnah Y, Bezza Chellouai W, Marty A-S, Beccat S, Boucher S, et al. [Assessing the feasibility and the acceptability of outpatient retinal detachment surgery]. *J Fr Ophtalmol* 2014;37:23–9.
- [33] Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth* 2009;21:200–5.
- [34] Faponle AF, Usang UE. Post-operative symptoms at home in children following day case surgery. *Middle East J Anaesthesiol* 2007;19:185–96.
- [35] Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19:622–9.
- [36] Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology* 2002;96:994–1003.
- [37] Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, et al. [Incidence of surgical site infection in ambulatory surgery: results of the INCISCO surveillance network in 1999-2000]. *Ann Chir* 2002;127:262–7.
- [38] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'interrégion Nord. Réseau INCISO. Rapport octobre 2001. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2001.
- [39] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'interrégion Nord. Réseau INCISO. Rapport octobre 2004. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2004.
- [40] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'interrégion Nord. Réseau INCISO. Rapport octobre 2010. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2010.
- [41] Mlangeni D, Babikir R, Dettkenkofer M, Daschner F, Gastmeier P, Rüden H. AMBU-KISS: quality

control in ambulatory surgery. *Am J Infect Control* 2005;33:11–4.

[42] Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002;14:349–53.

[43] Imasogie N, Chung F. Effect of return hospital visits on economics of ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2001;14:573–8.

[44] Theissen A, Fuz F, Catineau J, Sultan W, Beaussier M, Carles M, et al. [Epidemiology of the medico-legal risk associated with the practice of ambulatory surgery in France: a study based on insurance data]. *Ann Fr Anesthésie Rèanimation* 2014;33:158–62.

[45] Tinley CG, Frost A, Hakin KN, McDermott W, Ewings P. Is visual outcome compromised when next day review is omitted after phacoemulsification surgery? A randomised control trial. *Br J Ophthalmol* 2003;87:1350–5.

[46] Franck L, Maesani M, Birenbaum A, Delerme S, Riou B, Langeron O, et al. [Feasibility study for ambulatory surgery in emergency]. *Ann Fr Anesthésie Rèanimation* 2013;32:392–6.

[47] Beaussier M, Dufeu N. [Ambulatory emergency surgery: still moving toward another step!]. *Ann Fr Anesthésie Rèanimation* 2013;32:383–4.

[48] Marchand-Maillet F, Debes C, Garnier F, Dufeu N, Sciard D, Beaussier M. Accuracy of patient's turnover time prediction using RFID technology in an academic ambulatory surgery center. *J Med Syst* 2015;39:12.

[49] Bontemps G, Daver C, Ecoffey C. [Decree of anaesthesia of 1994, day surgery and medical responsibility: necessary reflections on the inevitable conciliation between regulations and recommendations]. *Ann Fr Anesthésie Rèanimation* 2014;33:655–63.

[50] Inspection générales des finances et inspection générale des affaires sociales. Proposition pour la maîtrise de l'ONDAM. Juin 2012.

[51] McCloud C, Harrington A, King L. Understanding people's experience of vitreo-retinal day surgery: a Gadamerian-guided study. *J Adv Nurs* 2012;68:94–103.

## **XI. ANNEXES**

Annexe 1 : Classification de l'ASA :

Il s'agit ici de l'état de santé du patient suivant les critères retenus par l'American Society of Anesthesiologists. Cinq niveaux existent :

ASA 1 : patient normal et en bonne santé.

ASA 2 : patient avec une maladie générale modérée

ASA 3 : patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante

ASA 4 : patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital

ASA 5 : patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures

Annexe 2 : Gestes marqueurs MSAP

G03	Chirurgie du cristallin
BFEA001	Repositionnement de cristallin artificiel ou de lentille intraoculaire
BFGA001	Extraction de cristallin luxé
BFGA002	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
BFGA003	Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
BFGA004	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil
BFGA005	Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
BFGA006	Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure
BFGA007	Extraction de cristallin subluxé ou ectopique
BFGA008	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel
BFGA009	Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel
BFGA010	Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakophagie]
BFKA001	Changement matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil
BFLA001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé
BFLA002	Insertion d'un anneau de contention intrasacculaire, au cours d'extraction du cristallin
BFLA003	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé
BFLA004	Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophake
G06	Chirurgie du strabisme
	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs

BJDA001

BJDA002 Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs

BJEA001 Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance

BJMA002 Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit

BJMA003 Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur

BJMA004 Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique  
Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles

BJMA005 oculomoteurs

BJMA006 Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre

BJMA007 Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus

BJMA008 Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs

BJMA009 Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur

G32 Chirurgie de la conjonctive

BCFA003 Exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse

BCFA004 Exérèse de lésion de la conjonctive, avec autogreffe de muqueuse  
Exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de

BCFA005 muqueuse

BCFA008 Exérèse de lésion de la conjonctive, sans autogreffe

BCFA009 Exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe

### Annexe 3 :

#### Liste A-008 : Interventions sur l'orbite

ABSA005-00/0 FERM. 1BRÈCHE OSTÉODURALE/1MÉNINGOCÈLE ÉTAGE ANT. BASE AB. ORBITAIRE	BKGA006-00/0 EXENTÉRATION ORBITE ÉTENDUE MUSC.+/-PAROIS OS. SANS COMBLT
ACFA001-00/0 EXÉRÈSE T. ÉTAGE ANT. BASE CRANIOT. FRONTALE UNILAT.	BKGA007-00/0 EXENTÉRATION ORBITE
ACFA015-00/0 EXÉRÈSE T. ÉTAGE ANT. BASE CRANIOT. FRONTALE BILAT.	BKGA008-00/0 ABL. C.E ORBITE +ÉLECTROAIMANT SANS ORBITOTOMIE OS.
ACFA026-00/0 EXÉRÈSE T. ÉTAGE ANT. BASE CRANIOT. FRONTALE BILAT. +AB. ETHMOÏDAL	BKHA002-00/0 BIOPSIE LÉS. ORBITE AB. CONJ.PALP
BHGA001-00/0 ÉNUCLÉATION SANS INSERTION IMPLANT NI GREF.	BKHA003-00/0 BIOPSIE LÉS. ORBITE AB. LAT/AB. ETHMOÏDAL
BHGA002-00/0 ÉVISCÉRATION BULBE OCULAIRE SANS COMBLT CAV. SCLÉRALE	BKJA001-00/0 ÉVAC. COLLECTION ORBITE
BHGA003-00/0 ÉNUCLÉATION +INSERTION 1IMPLANT HABILLÉ DS GAINÉ BULBE	BKJP003-00/0 CHANGT IMPLANT INTRAORBITE POST ÉNUCLÉATION
BHGA004-00/0 ÉNUCLÉATION SANS MOBIL.	BKLA001-00/0 POSE MAT. INERTE INTRAORBITAIRE PR ÉNOPHTALMIE
BHGA005-00/0 ÉNUCLÉATION +INSERTION 1IMPLANT NU DS GAINÉ BULBE	BKLA002-00/0 INSERTION IIRE IMPLANT INTRAORBITE POST ÉNUCLÉATION
BHGA006-00/0 ÉVISCÉRATION BULBE OCULAIRE +COMBLT CAV. SCLÉRALE	BKLA003-00/0 POSE GREF. INTRAORBITAIRE PR ÉNOPHTALMIE
BHGA007-00/0 ÉNUCLÉATION +INSERTION 1IMPLANT BIOLONISABLE DS GAINÉ BULBE	BKMA001-00/0 RECONSTR. TOT. CAV. ORBITAIRE GREF.
BHMA001-00/0 SUTURE LINÉAIRE PERFO. BULBE OCULAIRE +SUTURE CORNÉOSCLÉRALE	BKMA002-00/0 RECONSTR. ORBITOPALP MAT. INERTE+/-GREF. APRÈS EXENTÉRATION
BHMA002-00/0 SUTURE NON LINÉAIRE PERFO. BULBE OCULAIRE TRANSFIXIANTE	BKMA003-00/0 RECONSTR. PART. CAV. ORBITAIRE GREF.
BKBA001-00/0 COMBLT CAV. EXENTÉRATION ORBITE GREF. CUT. +LAMBEAU MUSC. TEMPORAL	BKMA004-00/0 RESTAUR. VOL. ORBITAIRE MAT. INERTE +/- GREF.
BKCP001-00/0 FORAGE IIRE 1IMPLANT INTRAORBITAIRE PR FIXATION 1PROTH. OCULAIRE	LACA001-00/0 O.S FRAC. BORD INFRAORBITAIRE À FOYER OUV.
BKFA001-00/0 EXÉRÈSE LÉS. ORBITE AB. LAT.	LACA003-00/0 O.S FRAC. OS ZYG. +RÉFECTION PLANCHER ORBITE AB. DIREC
BKFA002-00/0 EXÉRÈSE LÉS. ORBITE AB. CONJ.PALP	LACA005-00/0 O.S FRAC. NASO-ETHMOÏDO-MAXILLO-FRONTO-ORBITAIRE AB. CORONAL
BKFA003-00/0 EXÉRÈSE LÉS. ORBITE AB. CORONAL	LAGA008-00/0 O.S FRAC. LAT.FAC MULT. À FOYER OUV. AB. CORONAL
BKFA004-00/0 RÉSEC. GRAISSE ORBITAIRE PR DÉCOMPR. ORBITE V. PALP.	LACA016-00/0 O.S FRAC. CRANIOORBITAIRE
BKGA001-00/0 ABL. IMPLANT ORBITAIRE APRÈS ÉNUCLÉATION	LACA017-00/0 O.S FRAC. CRANIOORBITAIRE +FERM. BRÈCHE OSTÉODURALE
BKGA002-00/0 ABL. C.E ORBITE +ÉLECTROAIMANT +ORBITOTOMIE OS.	LAEA001-00/0 RÉDUC. FRAC. BORD SUPRAORBITAIRE SANS INTERPOSITION AB. SOURCILIER
BKGA003-00/0 ABL. C.E ORBITE SANS ÉLECTROAIMANT +ORBITOTOMIE OS.	LAEA003-00/0 RÉDUC. FRAC. BORD SUPRAORBITAIRE +MAT. +/- GREF. AB. SOURCILIER
BKGA004-00/0 EXENTÉRATION ORBITE +MUSC.+/-OS +COMBLT GREF. CUT.+LAMBEAU TEMPORAL	LAEB001-00/0 RÉDUC. BALLONNET INTRASINUS FRAC. PLANCHER ORBITE FOYER FERMÉ AB. BUCC
BKGA005-00/0 ABL. C.E ORBITE SANS ÉLECTROAIMANT SANS ORBITOTOMIE OS.	LAMA002-00/0 RÉPAR. 1FENTE CRANIOFAC. IMPLIQUANT ORBITE +AB. ÉTAGE ANT. BASE
	LAMA003-00/0 RÉFECTION PAROI MÉDIALE ORBITE AB. FACIAL

LAMA005-00/0 RÉFECTION PAROI MÉDIALE ORBITE AB. CORONAL  
 LAMA007-00/0 RÉFECTION PLANCHER ORBITE AB. DIRECT  
 LAMA011-00/0 RÉPAR. 1FENTE CRANIOFAC. IMPLIQUANT ORBITE SANS AB. ÉTAGE ANT. BASE  
 LAPA003-00/0 DÉCOMPR. ORBITE EFFONDREMENT 3PAROIS AB. DIRECT  
 LAPA004-00/0 O.TOMIE CPLX NASO-ETHMOÏD-MAXIL-FR-ORBIT CAL VICIEUX AB FACIAL+CORONAL  
 LAPA007-00/0 O.TOMIE CADRE ORBITE PR DYSTOPIE POSTTRAUMA AB. FACIAL+CORONAL  
 LAPA011-00/0 O.TOMIE AGRANDT CADRE ORBITE AB. FACIAL  
 LAPA012-00/0 DÉCOMPR. ORBITE EFFONDREMENT PAROI INF. +/- PAROI MÉDIALE AB. DIRECT  
 LAPA013-00/0 O.TOMIE AGRANDT CADRE ORBITE AB. CORONAL  
 LARA001-00/0 MOBIL. PART. CADRES ORBITE HORIZ/BIPARTITION FACIALE AB. EXTRACRÂN.  
 LARA002-00/0 MOBIL. PART. 1CADRE ORBITE AB. EXTRACRÂN.

## Annexe 4 :

### Liste A-347 : Interventions sur les muscles oculomoteurs

BJDA001-00/0 MYOPEXIE BILAT. RÉTROÉQUATORIALE DES MUSC. OCULOMOTEURS	BJMA004-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT INSERTION 1MUSC. OCULOMOTEUR OBLIQUE
BJDA002-00/0 MYOPEXIE UNILAT. RÉTROÉQUATORIALE DES MUSC. OCULOMOTEURS	BJMA005-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT UNILAT. INSERTION 2MUSC. OCULOMOTEURS
BJEA001-00/0 TRANSPOSITION MUSC. OCULOMOTEURS PR SUPPLÉANCE	BJMA006-00/0 RENFORCT/AFFBLT/DÉPLACT INSERTION 2MUSC. OCULOMOT+1MUSC. CONTROLAT
BJMA001-00/0 RENFORCEMENT/AFFBLT MUSC. OCULOMOTEUR +SUTURE AJUSTABLE	BJMA007-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT INSERTION 4MUSC. OCULOMOTEURS
BJMA002-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT INSERTION 1MUSC. OCULOMOTEUR DT	BJMA008-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT ITÉRATIF INSERTION 2MUSC. OCULOMOTEURS
BJMA003-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT BILAT. INSERTION 1MUSC. OCULOMOTEUR	BJMA009-00/0 RENFORCEMENT AFFBLT/DÉPLACT ITÉRATIF INSERTION 1MUSC. OCULOMOTEUR

## Annexe 5 :

### Liste A-303 : Interventions pour hypertonie intraoculaire

BEFA008-00/0 TRABÉCULECTOMIE	BEP004-00/0 IRIDOTOMIE/IRIDECTOMIE PÉRIPH/SECTORIELLE SANS LASER
BEJB004-00/0 DRAINAGE HUMEUR AQUEUSE OEIL	BEPB001-00/0 GONIOTOMIE OCULAIRE V.TRANSCLÉRALE
BEMA008-00/0 CORREC. CHIR. 1FISTULE/1DRAINAGE HUMEUR AQUEUSE	BEP002-00/0 IRIDOTOMIE LASER
BENP001-00/0 SÉANCE PHOTOCOAGULATION ANGLE IRIDOCORNÉEN LASER	BGFA014-00/0 SCLÉRECTOMIE PROF. INCOMPLÉT./SCLÉROKÉRATECT. PROF.
BEPA002-00/0 DÉCOLLT CORPS CILIAIRE	BGFA900-00/0 SCLÉRECTOMIE PROF. INCOMPL/SCLÉROKÉRATECT PROF+VISCOCANALICULOPLASTIE
BEPA003-00/0 TRABÉCULOTOMIE SCLÉROTOMIE	

CHU de Nantes

# Votre avis sur votre séjour

À remplir pas le service. Tampon ou  
étiquette obligatoire avant la distribution.

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé(e) au CHU de Nantes. Afin d'améliorer la qualité des soins et de nos services, nous souhaitons connaître votre avis. **Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire de satisfaction.** Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme. Nous vous remercions par avance pour votre précieuse collaboration.

Choisissez la réponse la plus proche de ce que vous pensez. Cochez une réponse  par question.

## L'arrivée au CHU et l'accueil dans le service :

L'accueil qui vous a été réservé par le service des admissions lors de votre arrivée :

- mauvais     moyen     bon     très bon     excellent

L'accueil que vous avez reçu dans le service des urgences :

- mauvais     moyen     bon     très bon     excellent  
 je ne suis pas passé(e) par les urgences

L'accueil que vous avez reçu lors de votre arrivée dans le ou les service(s) de soins (service des urgences exclu) :

- mauvais     moyen     bon     très bon     excellent

Concernant le livret d'accueil du CHU, il vous a été remis :

- oui, en main propre par un soignant     oui, il était sur/dans la table de nuit  
 non, et je suis allé(e) le demander     non

## Les informations sur votre état de santé et vos soins :

La clarté des informations médicales que l'on m'a données :

sur les signes de ma maladie :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur la raison pour laquelle je passais des examens :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur les résultats de mes examens :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur l'objectif de mon traitement (médicaments, opérations) :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur les effets indésirables possibles de mon traitement :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

J'ai été impliqué(e) autant que je le souhaitais pour participer aux décisions concernant mes soins et mes traitements :

- jamais ou très rarement     parfois     souvent     presque toujours     toujours

## ■ Les relations avec les soignants :

La politesse et l'amabilité du personnel du service :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

La facilité pour identifier votre médecin responsable :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

La facilité pour voir une infirmière :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

Le respect de mon intimité :

mauvais  moyen  bon  très bon  excellent

L'aide apportée pour la réalisation de mes gestes quotidiens :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

pour soulager ma douleur :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

je n'ai pas eu de douleurs

L'organisation du service (délais de réponse à l'appel, attente) :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

L'ambiance dans le service :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

La disponibilité des médecins à mon égard (accueil, compréhension des explications) :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

La disponibilité des infirmier(e)s et des aide-soignant(e)s à mon égard :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

---

## ■ Le confort hôtelier :

Le confort de votre chambre :

mauvais  moyen  bon  très bon  excellent

La propreté de votre chambre :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

La température de votre chambre :

pas du tout adaptée  moyennement adaptée  correcte  très correcte  parfaite

Le bruit dans votre chambre vous a gêné :

très souvent  assez souvent  parfois  très rarement  jamais

Les repas servis à l'hôpital :

mauvais  moyens  bons  très bons  excellents

La variété des repas proposés :

mauvaise  moyenne  bonne  très bonne  excellente

## ■ Les informations sur votre sortie :

La façon dont ma sortie a été organisée (par exemple, l'annonce de la date de sortie, la destination à la sortie, les arrêts de travail...) :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

La clarté des informations que l'on m'a données :

sur les signes qui doivent m'alerter à l'avenir :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur les activités que je pourrai reprendre après ma sortie (travail, sport...) :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

sur mon suivi médical après ma sortie :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

L'information qui m'a été donnée sur les médicaments que je devrai prendre après la sortie (dosage, horaires, effets indésirables...) :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

L'information qui m'a été donnée sur la tarification des prestations durant mon séjour (prise en charge des soins, honoraires, chambres individuelles...) :

- mauvaise     moyenne     bonne     très bonne     excellente

## ■ Votre opinion générale :

Dans l'ensemble, les soins que j'ai reçus dans l'établissement étaient :

- mauvais     moyens     bons     très bons     excellents

Si vous deviez être à nouveau hospitalisé(e) pour la même raison, est-ce que vous reviendriez dans cet hôpital ?

- certainement     probablement     peut-être     probablement pas     certainement pas

## ■ Avez-vous des remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **Vous :**

Vous êtes :  une femme  un homme

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans

Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_ Service d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Votre hospitalisation était prévue :

oui, elle était programmée  non, vous êtes arrivé(e) en urgence

Votre état de santé s'est amélioré du fait de votre hospitalisation :

non  oui, un peu  oui, beaucoup

Actuellement, êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général (en dehors de votre hospitalisation) ?  
(cocher une case entre 1 pour "pas du tout satisfait" et 7 pour "tout à fait satisfait") :

pas du tout satisfait(e) ←  1  2  3  4  5  6  7 → tout à fait satisfait(e)

Le CHU organise une enquête téléphonique annuelle réalisée par un institut de sondage.

Seriez-vous d'accord pour y participer ?

Cette enquête permet de recueillir vos appréciations pour mieux répondre à vos attentes et à celles des futurs patients.  
Elle nous guidera également pour mener des actions d'amélioration de la qualité et de la prise en charge.

oui (si oui, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous)  non

*Nous vous remercions d'avoir consacré un peu de votre temps à ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à l'amélioration des prestations offertes par le CHU de Nantes.*

*Si vous le souhaitez, vous pouvez nous préciser votre nom et vos coordonnées :*

.....  
.....

### **Ce questionnaire est à adresser :**

- soit par l'intermédiaire du cadre de santé du service ;
- soit dans les boîtes aux lettres prévues à cet effet dans les halls d'accueil ;
- soit sous enveloppe cachetée et affranchie, à :

Monsieur le directeur général (enveloppe ci-jointe pré-établie), à l'adresse figurant sur l'enveloppe.  
ou M. le directeur général du CHU – 5 allée de l'Île-Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1

- soit directement sur le site internet du CHU de Nantes : [www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)

*Rubriques → connaître le CHU → nos engagements → transparence → votre avis sur votre séjour  
(ou saisir « questionnaire de sortie » dans la fenêtre « rechercher »)*



**CHU de Nantes**

Centre hospitalier universitaire

5 allée de l'Île-Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1

[www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)

Pôle direction générale  
Direction de la communication  
Direction des usagers,  
des risques et de la qualité  
**2014**

## Annexe 7 : Questionnaire UCA

CHU DE NANTES – Etude concernant la chirurgie ambulatoire.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une étude réalisée au CHU de Nantes, concernant la chirurgie ambulatoire (hospitalisation de moins de 12h, sans nuit passée à l'hôpital), nous souhaiterions connaître les moyens organisationnels mis en place avant et après votre hospitalisation.

Vos réponses sont confidentielles : elles seront analysées de façon strictement anonyme.

Votre collaboration est précieuse afin de mieux appréhender ce mode d'hospitalisation en plein essor. Nous vous remercions pour votre collaboration.

Avant votre arrivée au service d'Unité Chirurgicale Ambulatoire, vous venez de (entourez votre réponse) :

- 1 – Votre domicile
- 2 – L'hôtel
- 3 – Des amis précisez la ville svp :
- 4 – autre précisez svp :

Veillez préciser votre lieu de retour (entourez votre réponse) :

- 1 – Votre domicile
- 2 – L'hôtel
- 3 – Des amis précisez la ville svp :
- 4 – autre précisez svp :

Avez-vous dû solliciter l'accompagnement d'une tierce personne pour votre retour au domicile afin de ne pas être seul la nuit suivant votre chirurgie (entourez votre réponse) :

- 1 – Oui, car je vis seul(e)
- 2 – Non, car mon (ma) conjoint(e) ou membre de ma famille vit sous le même toit.

Si oui, s'agit-il :

- 1 – D'un membre de votre famille
- 2 – D'un ami
- 3 – autre précisez :

Veillez préciser votre mode de transport :

- 1 – Voiture particulière
- 2 – Ambulance (VSL ou taxi)
- 3 – autre précisez :

Vous a-t-on expliqué les avantages chirurgicaux et anesthésiques d'une chirurgie ambulatoire lors de votre consultation préopératoire :

- 1 – oui
- 2 - non

Aviez-vous connaissance que votre pathologie pouvait bénéficier d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ((hospitalisation de moins de 12h, sans nuit passée à l'hôpital) ?

- 1 – oui
- 2 - non

Nous vous remercions d'avoir consacré un peu de temps pour ce questionnaire.

Alexandre BONISSENT, interne ophtalmologie CHU de Nantes.

Annexe 8 : Recommandations de la SFAR

## **Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire**

### **Question 1 : Définitions**

La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire est 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.

L'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient.

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'efficacité (meilleure qualité des soins, économies de temps et de ressources).

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maîtrisant cette pratique.

L'organisation de la prise en charge du patient avec anesthésie en hospitalisation ambulatoire doit respecter les bonnes pratiques de l'anesthésie.

- Il est recommandé de privilégier le mode de prise en charge ambulatoire des patients dès que les conditions de sa réalisation sont réunies.
- 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.
- Il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire.

## **Question 2 : Quels sont les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire?**

Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte patient structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

- Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.

- Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.
- Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.
- Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.
- Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :
  - Les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue.
  - Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal.
  - Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.
- Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence post opératoire soit compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.
- Il est recommandé de formaliser une convention entre établissement afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.
- Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
- Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

**Question 3 : Quelles sont les modalités de l'information du patient ?**

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge.

- Il est recommandé de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge.
- Il est recommandé que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou partie.
- Il est recommandé que la consultation pré anesthésique soit réalisée par un anesthésiste réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire.
- Il est recommandé, au cours de la consultation pré anesthésique, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant :
  - le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient;
  - les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie □
  - les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ; les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique; les méthodes d'analgésie postopératoire;
  - les modes de recours en cas d'évènements non prévus;
  - les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.
- Il est recommandé d'informer le patient des effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence postopératoire. Le patient doit être averti de la variabilité interindividuelle de ces effets secondaires et de leur durée.
- Il est recommandé d'informer le patient que la conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures du fait de l'anesthésie. La reprise de la conduite automobile devra tenir compte du handicap lié à l'acte.
- Il est recommandé d'informer le patient pratiquant la conduite automobile du groupe lourd (poids lourds, ambulances, taxis, transports en communs, ...) ou machine nécessitant un haut niveau attentionnel (avion, machine agricole, industrielle à risques,

...) que des troubles de la vigilance peuvent persister pendant quelques jours, comme après tout type d'anesthésie.

- Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en péri-opératoire (anxiolytique, antalgiques majeurs) sur les fonctions cognitives et sur la vigilance, comme après tout type d'anesthésie.
- Il est recommandé de ne pas dispenser d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie, du fait d'une possible altération de la mémoire et de sa consolidation, comme après tout type d'anesthésie.
- Il est recommandé que l'information délivrée soit orale, complétée par un support écrit court et lisible ou d'un support audiovisuel, incitant le patient à poser toute question utile et d'en assurer sa traçabilité.
- Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire, ce qui à la vertu pédagogique d'inciter à la lecture du document proposé. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin.
- Il est recommandé de pouvoir établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation pour réitérer les consignes et les conditions de l'hospitalisation. Ce contact revêt une importance particulière en cas de consultation d'anesthésie délocalisée ou d'acte itératif.

#### **Question 4 : Quels sont les éléments du choix de la technique d'anesthésie ?**

Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place.

##### **Préparation**

- Il est souhaitable de formaliser les modalités de réalisation de la visite pré anesthésique et d'en assurer la traçabilité.
- Il est possible de prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.
- Il est recommandé d'établir des règles de jeûne préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.
- Technique d'anesthésie
- Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de

l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.

- Il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.
- Il est recommandé de réaliser des blocs périphériques en accord avec le patient pour les interventions des membres qui s'y prêtent.

### **Question 5 : Quelles sont les modalités de la prise en charge des suites opératoires ?**

#### Douleur postopératoire

La maîtrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.

- Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation.
- Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.
- Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.
- Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.
- Il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire.
- Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters péri nerveux au lieu de résidence.
- Il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique,...).

#### Prévention thromboembolique

L'incidence de la maladie-thromboembolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire.

- Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas systématique.
- Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace.

#### Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des NVPO dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

- Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de nausées et vomissements postopératoires.
- Il est souhaitable que le traitement des nausées et vomissements postopératoires survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique.

#### **Question 6 : Quels sont les modalités de la procédure de sortie ?**

La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, conclut une prise en charge ambulatoire réussie. Autoriser cette sortie, sans aucune concession à la sécurité, constitue le moment-clé de cette prise en charge. Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ».

- Il est recommandé que l'ensemble des modalités de sortie soit formalisé par les acteurs et porté à la connaissance des patients. Elles font l'objet d'un chapitre

particulier figurant dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire validé par l'ensemble des intervenants dans la structure.

- Il est recommandé en l'absence imprévue d'accompagnant pour le retour au lieu de résidence postopératoire de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation traditionnelle. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ».
- Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs.
- Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie.
- Il est possible après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie.
- Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve :
  - d'une estimation, au minimum clinique, au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel ;
  - de l'absence de facteur de risque lié au patient, au type de chirurgie.
- Il est possible lorsque des blocs périphériques sont utilisés, de permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc s'il est prévu, selon les circonstances :
  - de prendre des mesures de protection du membre endormi : comme le port d'attelle ou l'utilisation de béquilles ;
  - d'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels ;
  - de prévoir une assistance à domicile.
- Il est recommandé après un bloc péri médullaire de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie. Le port d'attelle ou de béquille peut être utilisé.

### **Question 7 : La coordination entre les acteurs et la continuité des soins**

Le mode de prise en charge ambulatoire rend nécessaire une organisation renforcée ou spécifique de la permanence et de la continuité des soins par la coordination entre les acteurs.

- Il est recommandé que l'organisation mise en place permette le partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville.
- Il est recommandé que soient remis au patient, à sa sortie, les documents nécessaires à la continuité des soins.
- Il est recommandé que les acteurs de la structure s'assurent que le processus du retour au lieu de résidence du patient est organisé.
- Il est recommandé que les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

#### **Question 8 : L'évaluation et de la gestion des risques en ambulatoire**

La prise en charge ambulatoire doit se faire sans risque majoré pour le patient. Comme pour toute prise en charge anesthésique, l'organisation de l'hospitalisation ambulatoire doit être en mesure d'identifier, d'évaluer, de hiérarchiser et de maîtriser les risques dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

- Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.
- Il est recommandé que l'organisation de la structure prenne en compte le risque propre du patient du fait de son statut d'acteur direct, en particulier dans les phases d'éligibilité, de sortie et de suivi à domicile.
- Il est recommandé de mettre en place une démarche d'analyse et de maîtrise des risques de l'activité ambulatoire ainsi que de son évolution dans le temps en s'interrogeant sur le fonctionnement de l'organisation et de ses interfaces.
- Il est souhaitable de définir des indicateurs d'analyse et de pilotage adaptés à la structure et d'établir des tableaux de bord de suivi : qualité des soins, satisfaction des patients, satisfaction des acteurs internes et externes à la structure, suivi des actes, données médico économiques.

- Il est recommandé d'assurer le suivi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients après leur sortie.

### **Question 9 : Quelles sont les spécificités liées à l'âge ?**

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe. Aux âges extrêmes de la vie, la prise en charge ambulatoire doit prendre en compte aussi bien la vulnérabilité du patient que la spécificité de son environnement.

#### Pédiatrie

- 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 les parents.
- Il est recommandé que les enfants de score ASA I, II et ASA III équilibré soient éligibles à l'ambulatoire.

Pour les enfants nés à terme : les patients de plus de 3 mois sont éligibles. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de 3 mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste / opérateur

Pour les enfants nés prématurés : un âge post conceptionnel inférieur à 60 semaines est un facteur d'exclusion. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients d'âge post conceptionnel supérieur à 60 semaines et jusqu'à un an peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste / opérateur

- Il est recommandé que l'information délivrée soit adaptée, personnalisée et compréhensible pour les parents mais également pour l'enfant. L'information délivrée inclue le risque possible de report de l'intervention en fonction de l'état clinique de l'enfant.
- Il est recommandé d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur. Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire.

#### Gériatrie

Le grand âge n'est pas une contre indication en soi à l'ambulatoire. La prise en charge ambulatoire semble diminuer l'incidence des troubles du comportement postopératoire par

rapport à une hospitalisation conventionnelle. Actuellement, aucune donnée de la littérature ne permet de privilégier une technique d'anesthésie ou un agent anesthésique particulier.

- Il est recommandé de faire bénéficier aux personnes âgées d'une prise en charge ambulatoire en fonction de l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.
- Il est recommandé d'éviter les benzodiazépines en préopératoire. Elles augmentent l'incidence des troubles du comportement postopératoire.

### **Question 10 : Quelles sont les spécificités organisationnelles et spatiales ?**

Le parcours du patient est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire.

L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient. C'est un équilibre vertueux à trouver entre temps et espace. L'unité de lieu aide à garantir l'unité de temps. Un même lieu peut assumer plusieurs fonctions successives. De même, une même fonction peut s'établir dans des lieux différents. Il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme, de structure ambulatoire. Pour tout nouveau projet, l'architecture doit traduire le choix organisationnel.

La programmation des actes doit permettre une utilisation optimale du temps de vacation offert. En dehors des contraintes de niveau d'asepsie, la chronologie des actes doit être organisée en fonction de la durée prévisible de surveillance postopératoire nécessaire avant la sortie afin de garantir le retour à domicile au patient et la fluidité des séjours pour l'unité ambulatoire. Il s'agit de la durée nécessaire à la surveillance des complications postopératoires précoces chirurgicales / interventionnelles ou anesthésique ainsi que de la durée de récupération des capacités d'aptitudes au retour au lieu de résidence.

- Il est recommandé que le parcours du patient soit fluide et maîtrisé et relève d'une pensée logistique. L'agencement de ce parcours se fait avec l'équipe qui prendra en charge le fonctionnement de l'unité et utilise toutes les ressources de l'aménagement.
- Il est recommandé de mettre en place une organisation qui permette une optimisation des flux, garante de la prise en charge des patients dans les délais prévus.
- Il est recommandé que l'unité ambulatoire maîtrise sa propre organisation en ordonnant, contrôlant et dirigeant tous les flux : patients, informations, personnels, matériels.

### **Question 11 : Quelle est la responsabilité de l'anesthésiste réanimateur ?**

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie, lors de la visite pré anesthésique, durant l'acte, la période de surveillance postopératoire et dans le cadre de la continuité des soins, n'est pas différente de ce qu'elle est en hospitalisation conventionnelle.

L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes. La relation s'établit entre le patient et le médecin. L'accompagnant est un tiers sans statut particulier : il n'a aucune responsabilité spécifique en dehors des cas du mineur ou de l'incapable majeur. Le tiers accompagnant peut avoir une responsabilité morale mais il n'a aucune responsabilité juridique. La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être.

- Il est recommandé de remettre au patient un document écrit concernant les consignes de l'ambulatoire et d'archiver ce document, dans le dossier du patient, attestant de la réalité de l'information délivrée.
- Il est recommandé de vérifier le respect des consignes et d'assurer la traçabilité dans le dossier du patient.
- Il est recommandé d'écrire clairement les modalités d'autorisation de sortie du patient au sein de la charte de fonctionnement de la structure
- Il est recommandé que l'organisation prévoie qu'un anesthésiste réanimateur puisse être joint en cas de survenue d'un événement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient.

## **SERMENT MEDICAL**

**Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

**Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.**

**Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.**

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.**

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.**

**Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.**

**Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.**

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.**

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.**

Vu, le Président du Jury,  
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,  
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,  
(tampon et signature)

## RESUME

**NOM : BONISSENT**

**PRENOM : ALEXANDRE**

Titre de Thèse :

Evaluation de l'activité ambulatoire ophtalmologique au CHU de Nantes : aspect quantitatif et qualitatif

---

**Introduction :** la prise en charge ambulatoire devient progressivement majoritaire en chirurgie. L'évaluation de sa progression ainsi que l'identification des freins à son évolution sont des points primordiaux afin d'assurer son essor. Il s'agit d'enjeux médicaux et économiques majeurs.

**Matériel et Méthode :** étude descriptive, rétrospective et monocentrique, incluant tous les patients opérés en ophtalmologie au cours de l'année 2010 et de l'année 2014. Dans un premier temps, l'étude s'est portée sur le volume d'ambulatoire global puis, dans un second temps, sur une analyse par chirurgie. Une étude prospective sur 6 semaines a été réalisée incluant tous les patients en chirurgie conventionnelle dans le but d'identifier les freins à l'ambulatoire. Les données de questionnaires de sortie des patients ont été analysées pour l'évaluation qualitative.

**Résultats :** En 2010, le taux de chirurgie ambulatoire était de 58,1%. En 2014, l'ambulatoire a progressé de 13,1 points pour un taux de 71,2%. Tous les domaines chirurgicaux ont progressé, et tout particulièrement la chirurgie vitréorétinienne et la chirurgie du strabisme. Le taux de séjours « sans contre-indication » à l'ambulatoire représentait 51,2% de la chirurgie conventionnelle. Il a été retrouvé un taux de satisfaction élevé sur la prise en charge ambulatoire, tant sur la clarté des informations délivrées que sur le relationnel avec les professionnels.

**Discussion :** la chirurgie ambulatoire devient un mode de prise en charge dominant pour toutes les chirurgies ophtalmologiques, avec des possibilités de progressions. Des améliorations sur l'organisation des urgences en ambulatoire ainsi que sur la prise en charge des patients « sans contre-indication » sont à prioriser.

**Conclusion :** la prise en charge ambulatoire est un mode sûr, en plein essor, permettant une prise en charge optimale des patients, et de surcroît, une réduction des dépenses.

---

Mots-clés : Chirurgie ambulatoire, ophtalmologie, CHU de Nantes.