

*“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”*

**Rapport
d'évaluation
technologique**

**Éléments d'appréciation en vue
de la prise en charge d'un patient**

Ce rapport d'évaluation technologique est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr.

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Introduction	6
1. Contexte	7
1.1 Saisine	7
1.1.1 Demandeur et intitulé	7
1.1.2 Objectifs et enjeux	7
1.1.3 Origine et historique de la demande	7
1.1.4 Collaboration HAS – ANAP	8
1.1.5 Programme d'actions communes HAS – ANAP	8
1.2 La chirurgie ambulatoire	10
1.2.1 Rappel des définitions	10
1.2.2 Les étapes de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire	12
1.2.3 Le triptyque patient-acte-structure	12
1.2.4 Bénéfices et risques de la chirurgie ambulatoire	13
1.2.5 Participation du patient à l'appréciation de son éligibilité	14
1.3 État des lieux sur l'activité de chirurgie ambulatoire	15
1.4 Objectif de l'évaluation	16
1.4.1 Champs d'évaluation	17
1.4.2 Aspects exclus du champ d'évaluation	18
2. Méthodes d'évaluation	19
2.1 Recherche documentaire	19
2.2 Groupe de travail	22
2.2.1 Constitution	22
2.2.2 Composition	22
2.2.3 Déclaration d'intérêts	22
2.2.4 Recueil de la position argumentée du groupe de travail	23
3. Résultats de l'évaluation	24
3.1 Aspects réglementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire	25
3.1.1 L'obligation d'information et le consentement du patient	25
3.1.2 Le secret professionnel	27
3.1.3 L'accompagnant	27
3.1.4 Les différentes responsabilités du chirurgien et de l'anesthésiste	28
3.2 Évaluation des éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire	29
3.2.1 Présentation des articles sélectionnés, analyse critique et limites méthodologiques	30
3.2.2 Évaluation des critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques	46
3.2.3 Évaluation des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux	148
3.3 État des lieux sur l'hébergement non hospitalier	188
Synthèse de l'analyse des données de la littérature, de la position argumentée des experts en groupe de travail et de l'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes	193
Conclusion et perspectives	197
Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire	199
Annexe 2. Niveau d'évidence et gradation de conclusions utilisées dans les recommandations sélectionnées	207
Annexe 3. Tableau d'analyse des recommandations avec la grille AGREE II	209
Annexe 4. Grille AMSTAR et résultats des analyses des revues systématiques de la littérature sélectionnées	211
Annexe 5. Analyse critique des études observationnelles	215

Annexe 6. Classifications ASA, gradation des dyspnées, classification NYHA, score de LEE, score simplifié d'APFEL, score MET, score STOP-BANG	220
Annexe 7. Compte-rendu de la réunion du groupe de travail	224
Annexe 8. Synthèse d'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes	236
Annexe 9. Listes des tableaux et figures	238
Références	239
Participants	244
Fiche descriptive	246

Abréviations et acronymes

ADARPEF	Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BADS	<i>British Association of Day Surgery</i>
cf.	<i>Confer</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISS	Collectif inter-associatif sur la santé
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCE	Conseil national de chirurgie de l'enfant
CSP	Code de la santé publique
DG	Dotation globale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EVA	Échelle visuelle analogique
FNI	Fédération nationale des infirmiers
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IAAS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
IDE	Infirmier diplômé d'État
IMC	Indice de masse corporelle
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
mmHg	Millimètre de mercure
NVPO	Nausées et vomissements postopératoires
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OQN	Objectifs quantifiés nationaux
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SAHOS	Syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
VSL	Véhicule sanitaire léger

Introduction

En 2010, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent.

L'article D 6124-301 du Code de santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient

L'évaluation de l'éligibilité lors de la consultation préopératoire est essentielle, notamment pour assurer la sécurité des patients (1).

En 2005, selon Lermite, la sélection des patients a des composantes médicales et sociales. Mais l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépendait plus des habitudes et des traditions des services que des données d'évidence (2).

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but est d'identifier les éléments ou critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises, et non d'élaborer des recommandations de bonne pratique. En effet, selon les données du Socle de connaissances, l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure (3). Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables en termes d'organisation et de ressources, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées.

1. Contexte

1.1 Saisine

1.1.1 Demandeur et intitulé

DGOS

2010_C_017

- Direction de la sécurité sociale SD1 Bureau 1A, associée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (juin 2010) ;
- ministère de la Santé, associé à l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), et l'*International Association for Ambulatory Surgery* (septembre 2010) ;
- autosaisine HAS (octobre 2011) ;
- rapport d'orientation commun ANAP – HAS (20 décembre 2011).

1.1.2 Objectifs et enjeux

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales, la DGOS a saisi la HAS afin de produire des éléments de référence susceptibles de guider les travaux à conduire au sein des établissements de santé et auprès des professionnels de santé, afin d'augmenter la part de l'activité chirurgicale réalisée dans un mode de prise en charge ambulatoire, tous actes confondus. De façon concomitante, l'ANAP a inscrit, en décembre 2009 dans son programme de travail 2010, la thématique chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010 - 2011.

Le partenariat HAS – ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour les deux institutions. Cette collaboration vient potentialiser et mutualiser leurs compétences respectives afin d'accompagner au plus près les professionnels de santé, les gestionnaires d'établissements et les régulateurs (ARS) dans le développement de la chirurgie ambulatoire en France. Le socle de connaissances constitue le premier livrable du programme d'actions communes HAS – ANAP.

1.1.3 Origine et historique de la demande

Initialement présentée comme une saisine « *pertinence des actes et des séjours* » par la DGOS pour le programme de travail 2010 de la HAS, le cabinet de la ministre de la Santé avait proposé de la scinder en une thématique globale « *chirurgie ambulatoire* » et une thématique « *pertinence des actes* » qui relevait pour la DGOS d'une analyse d'actes médicalement « *injustifiés* ».

Dans le même temps, trois réunions coorganisées par la HAS et l'ANAP, en partenariat avec l'AFCA (décembre 2009, octobre et novembre 2010), avaient pour but de sensibiliser les différents partenaires institutionnels à la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire.

L'expression des besoins a été reformulée fin 2010, conjointement par la HAS et l'ANAP, pour le programme de travail 2011, en proposant un partenariat des deux institutions avec pour objectif de livrer un certain nombre d'outils et de recommandations de bonne pratique organisationnelles et professionnelles sous un double label. Les travaux HAS – ANAP visent à accompagner trois acteurs clés : les professionnels de santé, les gestionnaires des établissements de santé et les régulateurs (ARS). Des actions et/ou informations spécifiques des patients et des usagers sont également envisagées.

1.1.4 Collaboration HAS – ANAP

Le partenariat HAS – ANAP sur la chirurgie ambulatoire représente un axe transversal et prioritaire pour le programme de travail des deux institutions, et s'inscrit dans la continuité et le renforcement de la collaboration HAS – ANAP établie depuis 2009. Les cœurs de métiers de chaque institution sont complémentaires et comprennent : pour la HAS, la production d'analyses et de synthèses approfondies de données de la littérature afin de mettre en lumière les données d'évidence, de référentiels de recommandations professionnelles, d'indicateurs, de référentiels de certification ; pour l'ANAP, l'analyse des processus sur site, l'accompagnement des établissements de santé, la production d'outils et de recommandations. L'objectif est donc la potentialisation et la valorisation des productions conjointes ou en partenariat.

Afin de coordonner et de structurer l'élaboration des outils adaptés aux besoins des professionnels, des établissements de santé et des ARS, les deux institutions ont défini un programme d'actions communes et une gouvernance conjointe des travaux, constituée :

- d'un Comité de pilotage (COFIL), composé de représentants du Collège de la HAS et du Conseil scientifique d'orientation de l'ANAP et de représentants des directions afin d'assurer le pilotage stratégique ;
- d'un Comité opérationnel (COMOP), composé des « *directeurs métiers* » et représentants des services, afin d'assurer la mise en œuvre et la cohérence des orientations stratégiques et la production des livrables.

1.1.5 Programme d'actions communes HAS – ANAP

Six axes de travail donnant lieu à des productions séquentielles et complémentaires ont été définis avec une planification pluriannuelle (2012-2015). Une note d'orientation présentant ces axes a été publiée conjointement. Ils sont présentés ci-après :

► **Axe 1 : Socle de connaissances**

La réalisation d'un état des connaissances sur la chirurgie ambulatoire à partir des données publiées françaises et internationales est une étape préalable indispensable. Il existe en effet une documentation importante sur les modalités de fonctionnement des structures de chirurgie ambulatoire.

Cette synthèse des données a pour objectifs, d'une part, de mettre à disposition des différents acteurs, professionnels de santé notamment, un outil pédagogique « *socle de connaissances* » et, d'autre part, de servir de base d'informations sur laquelle se fondera l'ensemble des travaux HAS – ANAP.

► **Axe 2 : Critères de sélection/éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire**

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et des critères d'ordre psychologique et social. Il s'agit d'une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

Cette approche, déconnectée de l'acte, permettra de distinguer le besoin de soins du besoin d'hébergement (« *hôtellerie* »).

► **Axe 3 : Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre**

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, qui repose sur un processus de coordination des acteurs hospitaliers et de ville, de gestion des flux et d'harmonisation des pratiques.

Plusieurs travaux vont permettre d'explorer le champ organisationnel en associant plusieurs démarches :

- analytique :
 - analyse du risque organisationnel sur la base de méthodes éprouvées à partir d'un échantillon de cinq établissements de santé,
 - *benchmarking* ciblé sur 15 établissements pionniers en chirurgie ambulatoire ;
- d'accompagnement :
 - accompagnement opérationnel de 20 établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de trois ou quatre ARS pilotes ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire ;
- de production :
 - avec pour but de mettre à disposition des produits (outils, guides, recommandations, etc.) aboutissant à des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des check-lists adaptés.

► **Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques**

La réalisation en séquence de différents travaux est prévue. L'ensemble des acteurs a exprimé le besoin de disposer d'un outil permettant d'objectiver les conditions d'un équilibre économique de la chirurgie ambulatoire par une approche prospective recettes/coûts de production.

Deux approches complémentaires vont être développées :

- une analyse par comptabilité analytique aboutissant à la construction d'un modèle dynamique et reproductible (outil logiciel) qui a pour objet d'objectiver les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire, en analysant notamment l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire. Cet outil, conçu sur un premier échantillon de cinq établissements de santé de différents statuts juridiques, sera utilisé dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP « *Accompagnement de 20 établissements de santé* », afin d'y apporter d'éventuels ajustements. L'outil ainsi élaboré fera l'objet d'un déploiement auprès des ARS et/ou d'établissements volontaires ;
- une analyse par technique de *micro-costing* réalisée à partir de l'observation du chemin clinique des patients. Elle permettra de calculer un coût par séjour et ses variations en fonction de l'éventail des cas (*case-mix*) de l'établissement, et des volumes de production. La méthode utilisée sera reproductible et aboutira à la production d'un second outil complémentaire au premier. Elle sera ensuite déployée dans les établissements volontaires.

Une analyse de la littérature internationale des modèles tarifaires existants à l'étranger sera également réalisée, ainsi que l'étude de leur impact. L'objectif étant de proposer des recommandations pour l'évolution tarifaire à destination de la DGOS.

► **Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation**

Les travaux déjà réalisés par la HAS et les indicateurs déjà développés par l'ANAP seront mis à profit pour développer un socle commun et limité d'indicateurs pour chacun des « *clients cibles* ».

► **Axe 6 : Certification/accréditation**

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq prochaines années, avec la perspective d'une « *certification des équipes* » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

Ces six axes ont vocation à être intégrés dans une démarche cohérente globale, permettant d'appréhender l'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire soulevé dans le cadre du socle de connaissances (cf. axe 1). Les travaux menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (cf. axe 2) et les résultats des études

d'exploration du champ organisationnel (cf. axe 3) contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (cf. axe 5). Les recommandations à vocation économique (cf. axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer leurs résultats. Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement de manière à assurer une cohérence globale des recommandations, pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (cf. axe 6).

1.2 La chirurgie ambulatoire

Le Socle de connaissances, publié en avril 2012¹ sur le site Internet de la HAS, est une synthèse des données sur la chirurgie ambulatoire et a servi de base d'informations dans cette partie (3).

1.2.1 Rappel des définitions

► Définition française et réglementaire

La France a labellisé le vocabulaire dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 : « La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] 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 ».

Le décret n° 92-1101 et n° 92-1102 du 2 octobre 1992 a fondé les bases réglementaires des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire en les qualifiant de structures de soins alternatives à l'hospitalisation². Ce décret de 1992, en partie abrogé par le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, a été intégré dans le Code de la santé publique (CSP). La définition de la chirurgie ambulatoire comme structures de soins alternatives à l'hospitalisation et son caractère substitutif ont été maintenus.

La chirurgie ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du CSP, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces dispositions s'appliquent « aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L. 6122-1 » (cf. article D. 6124-301 du CSP). Les établissements de santé sont donc autorisés à l'activité de soins de chirurgie sous la forme de chirurgie ambulatoire.

L'article D. 6124-301-1 du CSP précise que « les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »³.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».

¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/fr/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances

² Le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation définissait précisément ces structures et introduisait les notions simples d'organisation et d'architecture. Les moyens propres que nécessitent ces structures, en termes de locaux, de matériels et de personnels étaient également introduits.

³ Le texte offre désormais la possibilité pour les structures d'étendre leur durée d'ouverture, mais la durée de séjour des patients reste limitée à 12 heures maximum. L'article qui précisait que les structures dispensaient des prestations sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, a été modifié par le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, et indique désormais que la prise en charge doit être inférieure ou égale à cette durée.

Cette définition indique que :

- la chirurgie ambulatoire impose une hospitalisation, car le patient est admis, séjourne dans l'établissement hospitalier et passe par le bloc opératoire, à la différence du soin externe effectué en consultation ;
- la durée de séjour du patient est limitée à 12 heures maximum ;
- la chirurgie ambulatoire n'est pas une nouvelle technique, l'acte opératoire est le même que celui effectué en chirurgie classique, mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

Il s'agit donc d'un acte chirurgical qui, en aucun cas, ne peut être assimilé à de la « petite » chirurgie ou de la chirurgie « légère » (4).

L'article R. 6121-4 du CSP présente le caractère substitutif et qualifié de la chirurgie ambulatoire :

- substitutif, car il est indiqué que « les alternatives à l'hospitalisation [...] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » ;
- qualifié, car « dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » – les prestations équivalentes par leur nature, leur complexité et leur surveillance à celles dispensées en hospitalisation conventionnelle⁴.

La circulaire DGOS/RH4 n°2011-210 du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel et la circulaire DGOS/RH5 n° 2011-74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins confirment également cette qualification de chirurgie « qualifiée et substitutive ».

Il s'agit de changer de paradigme⁵ :

- ne plus seulement considérer des gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels ;
- mais étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence (3).

Il est important de préciser que bien que la chirurgie ambulatoire fasse partie des alternatives à l'hospitalisation complète, elle est complètement différente de l'hospitalisation à domicile (HAD).

En effet, l'HAD est une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne, etc.) et médicalisée. Il existe toujours un médecin coordonnateur en HAD. Sans l'HAD, les personnes qu'elle accueille seraient maintenues en établissement hospitalier⁶.

Enfin, il est à noter que toutes les explorations ou interventions par endoscopie et fibroscopie nécessitant une anesthésie en gastro-entérologie et en pneumologie sont des actes et/ou des explo-

⁴ Le caractère qualifié et les moyens mobilisés induisent une hospitalisation et non le temps de séjour dans l'établissement de santé ou le seul passage au bloc. Il ne s'agit pas d'actes en externe avec passage en secteur opératoire (actes dits « frontières » entrant dans le cadre des forfaits sécurité environnement E-FSE).

⁵ Instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (instruction DGOS/R3 n°2010- 457).

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had.12379.html>, consulté le 17/01/2014.

rations en ambulatoire mais qui relèvent d'une prise en charge en médecine et ne sont donc pas considérées comme des actes relevant de la chirurgie ambulatoire (5).

1.2.2 Les étapes de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire

La prise en charge d'une intervention en ambulatoire passe par quatre étapes obligatoires :

► L'évaluation préopératoire

L'évaluation préopératoire est l'étape au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice/risque pour le patient, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer sa sortie.

L'étape d'évaluation préopératoire a pour finalité de limiter les admissions non programmées la nuit suivant l'intervention et les réadmissions dans les jours qui suivent, pour des raisons médico-chirurgicales ou sociales et environnementales et d'assurer, en cas de survenue d'événements indésirables, une prise en charge dans des conditions de sécurité optimales.

Dès cette première étape, l'implication du patient et son interaction avec les professionnels de santé sont des facteurs importants de réussite du processus. Celui-ci est invité à prendre part à la décision (3).

► La phase peropératoire

La phase opératoire en elle-même est techniquement adaptée sur le plan anesthésique et chirurgical pour garantir le succès de la procédure selon un mode ambulatoire (3).

► La phase d'autorisation de sortie

La phase d'autorisation de sortie repose sur une évaluation médicale à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un des médecins de la structure. Le bulletin de sortie est défini en France dans le cadre de l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique. Celui-ci mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, précise les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire et anesthésique concernant en particulier la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins (3).

► Le suivi du patient en postopératoire

Le suivi du patient peut être assuré notamment par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention et permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi et de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire (3). Par ailleurs, en France, l'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée (cf. article D. 6124-304 du Code de la santé publique). Enfin, le partage d'informations et/ou la coordination avec la médecine de ville, en amont comme en aval de l'intervention, peut également contribuer à la continuité des soins, à condition qu'elle soit organisée en conséquence (3).

1.2.3 Le triptyque patient-acte-structure

S'interroger sur la modalité de prise en charge des patients nécessite de considérer les facteurs liés au patient, à la réalisation de l'acte et à la maturité de la structure où il sera pris en charge, communément appelés triptyque patient-acte-structure.

► Facteurs liés aux patients

La pratique de la chirurgie ambulatoire concerne désormais tous les patients, y compris ceux présentant certaines comorbidités associées, ceux dont la prise en charge ambulatoire nécessite une adaptation particulière de certains traitements médicamenteux et ceux aux extrêmes des âges.

► Facteurs liés à la réalisation de l'acte (geste et anesthésie)

L'IAAS et l'AFCA s'accordent sur le fait que les listes d'actes susceptibles de justifier une prise en charge ambulatoire n'ont pas lieu d'être puisque l'acte en lui-même ne suffit pas à définir le mode de prise en charge le plus adapté, la décision étant fondée sur le triptyque patient-acte-structure. En revanche, les soins et la surveillance postopératoires prévisibles, à la suite de l'intervention, vont conditionner le choix de la modalité de prise en charge. Il en est de même pour la technique anesthésique.

► Facteurs liés à la structure

La réalisation d'une intervention donnée (mineure ou majeure) chez un patient donné dépend de l'expérience et des ressources disponibles de la structure où il sera pris en charge. Par ailleurs, la maturité organisationnelle de l'établissement est un élément fondamental abordé dans un des axes du programme portant sur la chirurgie ambulatoire (cf. Axe 3 – Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire, publié en mai 2013).

1.2.4 Bénéfices et risques de la chirurgie ambulatoire

Il existe très peu de contre-indications absolues à la chirurgie ambulatoire. La plupart des patients sont éligibles sauf si des facteurs évalués en période préopératoire ont permis de prédire une probabilité plus élevée de séjour prolongé à l'hôpital (6).

► Bénéfices attendus

Sous réserve d'être maîtrisée et bien organisée, les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis et particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées (3). Les bénéfices attendus sont :

- objectifs : moindre exposition aux infections nosocomiales (cinq à six fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle⁷) (7) puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire (3). Par ailleurs, le risque thromboembolique apparaît extrêmement faible en chirurgie ambulatoire et serait inférieur à celui de la chirurgie conventionnelle (3) ;
- subjectifs : plus grande satisfaction des patients. Le Socle de connaissances rapporte les données de l'enquête PNIR (Programme national inter-régimes) de l'Assurance maladie d'octobre 2003 qui a montré que 90 % des patients se sont déclarés satisfaits, à l'issue d'une prise en charge ambulatoire⁸ et 81 % des Français seraient prêts à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire⁹ (4). Le Socle de connaissances rapporte également que d'après une étude française réalisée auprès de professionnels de santé hospitaliers, le taux de satisfaction était de 92,3 %. La très grande majorité des professionnels jugeaient positif le service rendu au patient par l'unité de chirurgie ambulatoire (3).

⁷ Source : Rapport réseau INCISO 2007 Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire (janvier 2008) www.cclinparisnord.org

⁸ Source : www.ameli.fr

⁹ Source : Enquête Omnibus IPSOS (février 2007) www.ameli.fr

► Risques médicaux et indicateurs cliniques de qualité

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques per- et postopératoires. L'analyse menée dans le cadre du socle de connaissances des risques associés à la pratique d'interventions chirurgicales en ambulatoire a rapporté peu d'événements. Quatre études observationnelles étaient identifiées. Sur un nombre de procédures analysées variant entre 6 000 et 2 316 249, le taux de mortalité observé s'étendait de 0,78 à 72 pour 100 000 interventions, sans que l'imputabilité du mode de prise en charge ambulatoire ne puisse être clairement identifiée. L'évaluation du risque de morbidité sévère était complexe car les études étaient hétérogènes et ne permettaient pas d'établir de lien direct entre les événements et la procédure ou l'organisation ambulatoire. Cette analyse rappelle également que la survenue d'effets indésirables mineurs (douleur, nausées et vomissements postopératoires, rétention urinaire, somnolence, vertiges, céphalées) n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire. Les incidences de ces effets indésirables retrouvées dans la littérature variaient en fonction des caractéristiques de la population, du type de chirurgie et des techniques anesthésiques (3).

Des indicateurs cliniques de sécurité et de qualité spécifiques de la chirurgie ambulatoire, tels que les taux d'admissions postopératoires le jour de l'intervention ou les taux de retours à l'hôpital et/ou de réadmissions non programmées en hospitalisation classique, ont été développés. Un travail complémentaire est en cours dans le cadre du programme national pour le développement de la chirurgie ambulatoire (cf. Axe 5 relatif aux indicateurs, suivi et évaluation).

1.2.5 Participation du patient à l'appréciation de son éligibilité

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

► Processus de décision partagée

En 2013, selon la HAS, la « décision médicale partagée » correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient.

La décision médicale partagée décrit le processus suivant :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;
- un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé (8).

L'objectif est d'augmenter la participation du patient qui le souhaite aux décisions sur sa santé et d'améliorer la qualité notamment en améliorant la perception exacte du risque par le patient (8).

Concrètement, en chirurgie ambulatoire, la première étape correspond à celle où le chirurgien confirme la pertinence et le bénéfice d'une intervention chirurgicale comme traitement et où il doit expliquer au patient notamment la nature et le déroulement des interventions, mais aussi leurs objectifs, les bénéfices, les risques, les effets indésirables éventuels et les autres options possibles. Ensuite, le chirurgien et le patient échangent sur ces informations. Cette étape permet au patient de comprendre les informations données et d'exprimer ses préférences. Enfin, un choix est effectué et accepté d'un commun accord par le patient et le chirurgien.

► Préférence/satisfaction des patients

La pratique ambulatoire répond à une demande des patients. Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) y voit des avantages individuels (le droit au choix, au « chez soi », moins d'infections nosocomiales) et des avantages collectifs (recentrage sur le patient, meilleure coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, économie pour l'Assurance maladie) (9).

Beaucoup de patients préfèrent la chirurgie ambulatoire pour le confort qu'elle apporte, lorsqu'ils sont suffisamment autonomes et disposent d'un logement proche et suffisamment équipé, et dès lors que leur douleur et leurs nausées et vomissements sont correctement pris en charge. Dans plus de 90 % des cas, les patients déclareraient être satisfaits de ce mode de prise en charge et déclareraient l'accepter à l'avenir dans plus de 88 % des cas (10). Toutefois, certains patients ne sont pas demandeurs, car ils redoutent de se retrouver démunis en cas de problème (11). Dans l'enquête d'opinion menée en 2001 par la CNAMTS, le patient est « non demandeur » dans 21 à 36 % des cas, l'autre circonstance de refus étant « l'insuffisance de relation avec le généraliste » dans 18 % des cas (10). En 2013, selon le CISS, la chirurgie ambulatoire ne doit pas être imposée. Elle doit résulter d'un choix, car certains patients peuvent se sentir dans l'insécurité avec ce mode de chirurgie. La chirurgie ambulatoire devrait donc être présentée comme un mode d'intervention plein et entier, mais au choix du patient (12).

L'âge et l'environnement des patients sont des éléments importants de la décision. Les résultats de questionnaire de satisfaction lors d'une évaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie dans un centre à Tenon ont montré que les personnes âgées ou vivant seules sont plus inquiètes quant à leur retour à domicile. La mise en place systématique de l'appel téléphonique le lendemain de l'intervention par une équipe infirmière dédiée à la chirurgie ambulatoire permet de vérifier le bon déroulement de la phase postopératoire et de rassurer le patient et son entourage (13).

1.3 État des lieux sur l'activité de chirurgie ambulatoire

Selon l'ATIH, en France, en 2012, près de 41 % des séjours de chirurgie sont réalisés en hospitalisation partielle alors qu'en 2007, ce taux était de 32 %. Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2011 et 2012 de 1,3 point, passant de 39,8 % à 40,8 %, soit une progression légèrement moins prononcée à celle constatée entre 2010 et 2011 (1,7 point). Ce taux varie entre les régions de France métropolitaine allant de 36,2 % à 46 %, comme le montre la Figure 1 (14).

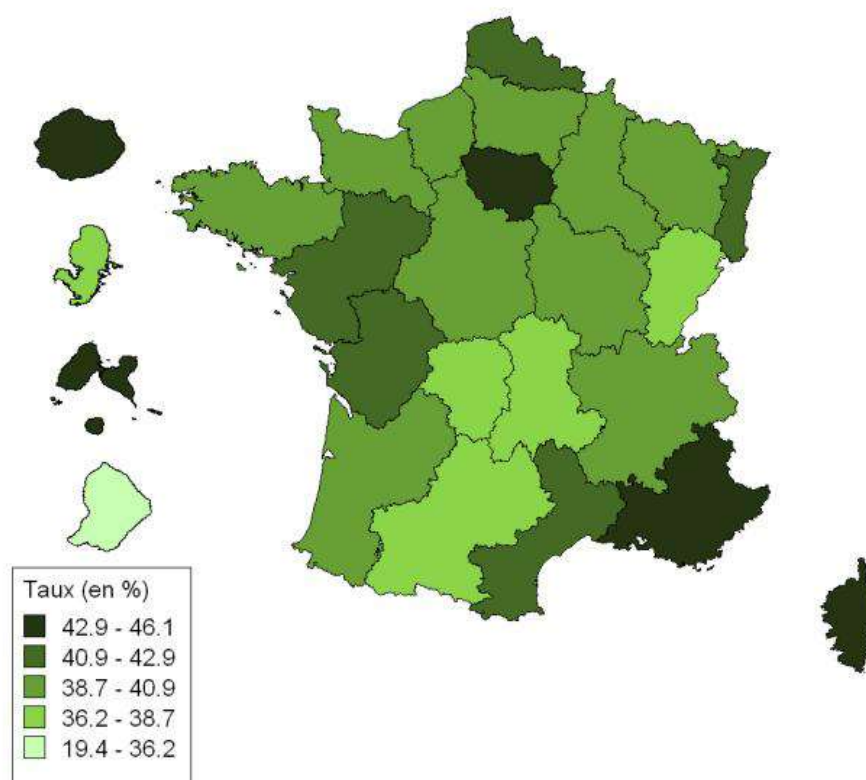


Figure 1. Taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2012

(Source : ATIH, octobre 2013 (14))

En 2012, 5,4 millions de séjours concernent l'activité de chirurgie, soit 31 % des séjours hospitaliers. Cette proportion est bien plus importante pour l'activité des établissements du secteur ex-OQN¹⁰ (49 %) que pour celle des établissements du secteur ex-DG¹¹ (21 %).

Entre 2011 et 2012, le nombre de séjours réalisés en chirurgie a augmenté de + 1,6 %. Cependant, cette progression est très différente selon les secteurs. Ainsi, les séjours de chirurgie augmentent davantage dans le secteur ex-DG (+ 2,6 % pour l'ex-DG vs + 0,9 % pour l'ex-OQN).

Parmi ces séjours de chirurgie, 41 % sont réalisés en ambulatoire, cette prise en charge étant en nette augmentation (+ 4,9 %). La croissance de cette catégorie de soins est plus forte dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN (+ 7,9 % vs + 3,7 %). À l'inverse, le nombre de séjours de chirurgie réalisés en hospitalisation complète est en baisse (- 0,6 %). Cette baisse est principalement imputable aux cliniques ex-OQN, puisque ces séjours sont stables dans les établissements du secteur ex-DG (15).

1.4 Objectif de l'évaluation

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à considérer pour apprécier l'éligibilité d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans aucun

¹⁰ Secteur ex-OQN : établissements de santé à but lucratif sous objectif quantifié national (OQN) avant la réforme T2A.

¹¹ Secteur ex-DG : établissements publics de santé ainsi que les établissements privés participant au service public hospitalier financé avant la réforme T2A par dotation globale de fonctionnement (DG).

risque. Le but est donc d'identifier les éléments/critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises actuelles.

Il ne s'agit pas d'un travail d'élaboration des recommandations de bonne pratique car l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées. Par ailleurs, la méthode de travail retenue dans la note de cadrage n'a pas pour finalité l'élaboration de recommandations avec une recherche de consensus entre les professionnels.

1.4.1 Champs d'évaluation

Le champ d'évaluation, tel que cela a été défini dans la note de cadrage¹², concerne trois volets :

- les spécificités juridiques en chirurgie ambulatoire ;
- les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques ;
- les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux.

► Les spécificités juridiques

L'analyse des spécificités juridiques associées à ce mode de prise en charge portera sur la responsabilité médicale liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire lors de la phase d'appréciation de l'éligibilité, la place et le rôle de l'accompagnant, et le maintien du secret médical dans ces conditions.

► Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques

Il s'agit d'un recensement des besoins médicaux et chirurgicaux, en soins et en surveillance postopératoire, notamment dans les 24 heures suivant l'intervention, liés aux comorbidités du patient ou aux suites opératoires. Cette analyse porte sur un nombre restreint et choisi au préalable pour leur pertinence de critères médicaux (comorbidités fréquentes dans la population pouvant bénéficier de cette modalité de prise en charge, adaptation de certains traitements fréquents, principales complications postopératoires). Les spécificités liées à l'âge (pédiatrie et gériatrie) sont également évaluées dans ce travail.

► Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux

Si les critères médicaux et chirurgicaux sont fréquemment abordés, une adaptation des critères sociaux et environnementaux au contexte français est essentielle, notamment l'appréciation des distances d'éloignement, des temps de transport et de l'offre de soins hospitalière et de ville.

De plus, la chirurgie ambulatoire étant particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber (notamment les enfants et les personnes âgées), une interrogation sur les conditions de vie de ces personnes aux extrêmes des âges et sur la responsabilité de leur accompagnant doit être portée.

La description des besoins en hébergement postopératoire (la nuit suivant l'intervention et/ou le lendemain) tient compte d'éléments d'ordre social et environnemental. Elle nécessite en outre de s'interroger sur :

- la place et le rôle de l'accompagnant ;
- la place des soins de ville.

Enfin, l'émergence d'autres structures pour pallier les conditions sociales et environnementales non remplies est abordée dans ce travail, l'objectif étant de faire un état des lieux de ce qui existe en France et dans d'autres pays en matière d'hébergement non hospitalier.

¹² Note de cadrage de ce travail, publiée sur le site Internet de la HAS en octobre 2012.

1.4.2 Aspects exclus du champ d'évaluation

Sont exclus du champ de cette évaluation (tel que cela a été défini dans la note de cadrage) :

- les modalités du partage de la décision concernant le type de prise en charge. Si la nécessité d'un processus décisionnel interactionnel entre le patient et les professionnels de santé est rappelée, l'élaboration d'outils d'aide à la décision médicale partagée n'est pas réalisée ;
- l'approche des critères d'éligibilité par liste d'actes ;
- l'approche des critères d'éligibilité par techniques anesthésiques ;
- les stratégies thérapeutiques d'anticipation des complications postopératoires ou les protocoles médicaux de prise en charge, comme la gestion de la douleur, la gestion des nausées et vomissements postopératoires ou des complications thromboemboliques. En revanche, les besoins en soins et en surveillance que leur survenue peut nécessiter sont abordés ;
- l'analyse des facteurs prédictifs des complications postopératoires et d'échec de la prise en charge en ambulatoire. Ces facteurs, abordés dans le cadre de l'analyse de la balance bénéfices/risques de la chirurgie ambulatoire dans le rapport « Socle de connaissances » sont en effet difficilement dissociables d'une approche par acte et par techniques anesthésiques et dépendent de l'organisation mise en place pour les anticiper ;
- la prise en considération de la prise en charge en ambulatoire d'actes en urgence puisque la chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée pour des patients sélectionnés au préalable.

2. Méthodes d'évaluation

La méthode d'évaluation utilisée par la HAS dans ce rapport est fondée sur :

- l'analyse critique des données identifiées de la littérature scientifique ;
- la position argumentée de professionnels réunis dans un groupe de travail pluridisciplinaire;
- la relecture par les parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers).

2.1 Recherche documentaire

Une recherche bibliographique a été réalisée sur la période de 1990 à avril 2013 et une veille jusqu'en mars 2014. Cette recherche a consisté en une consultation de bases de données et sites spécialisés afin d'identifier l'ensemble des publications traitant des éléments d'appréciation en vue de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- les bases de données bibliographiques automatisées ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les bases de données sociologiques.

Cette recherche a été complétée par les références citées dans les documents analysés et la littérature grise sur l'hébergement non hospitalier.

La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées dans l'Annexe 1.

► Documents identifiés

Les publications ont été sélectionnées sur la lecture des titres et des résumés. Au terme de cette première sélection, il est ressorti, tous items confondus, 167 articles. Après une lecture plus approfondie de ces articles et en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion, 40 articles ont été retenus.

► Critères de sélection

Les critères de sélection des articles ont été définis en tenant compte des champs d'évaluation prédéfinis et validés par la HAS.

Au vu des articles et compte tenu des avancées en anesthésie et en chirurgie notamment des techniques moins invasives utilisées en chirurgie ambulatoire, la sélection a été limitée aux articles publiés à partir de l'année 2000 afin d'obtenir et d'analyser des données récentes.

- Critères d'inclusion :
 - les recommandations, les guides de bonnes pratiques, les méta-analyses, les revues systématiques de la littérature, les études contrôlées randomisées et les études observationnelles traitant des critères d'éligibilité des patients adultes et enfants à la chirurgie ambulatoire,
 - limite : publications à partir de l'année 2000, en langue anglaise et française,
 - les données des revues narratives, des séries de cas, des retours d'expériences et opinions d'experts ont été reprises, à titre descriptif si aucune donnée de niveau de preuve plus élevé n'est disponible ;
- Critères d'exclusion :
 - les revues narratives, les séries de cas, les retours d'expériences et opinions d'experts sauf les cas cités ci-dessus,
 - les articles sur la chirurgie ambulatoire mais dont l'objectif est d'ordre organisationnel,
 - les articles traitant d'un acte spécifique réalisé en chirurgie ambulatoire,
 - les articles spécifiques de la pratique en *office-based*, pratique non autorisée en France.

► Résultats

Concernant tous les critères (médicaux, chirurgicaux et anesthésiques ainsi que sur les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux)

Comme spécifié lors du cadrage, certains aspects médicaux spécifiques, notamment les comorbidités et les traitements chroniques du patient, ont été retenus en plus des grandes catégories de critères. La plupart de ces aspects ont été discutés dans les recommandations ou guides de bonnes pratiques et n'ont pas été associés à des références spécifiques. Après lecture intégrale des articles, ont été inclus :

- quinze recommandations dont deux non spécifiques à la chirurgie ambulatoire mais dont les données sont pertinentes aussi bien en chirurgie conventionnelle qu'en chirurgie ambulatoire ;
- quinze guides de bonnes pratiques (dont un non spécifique à la chirurgie ambulatoire mais dont l'objectif est de faire connaître les spécificités de la gériatrie) et deux audits cliniques ;
- cinq revues systématiques de la littérature ;
- sept études observationnelles ;
- les revues non systématiques de la littérature (revues narratives) ont été exclues de l'analyse, mais les données de huit revues narratives ont été reprises, à titre descriptif.

Concernant les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux et l'hébergement non hospitalier

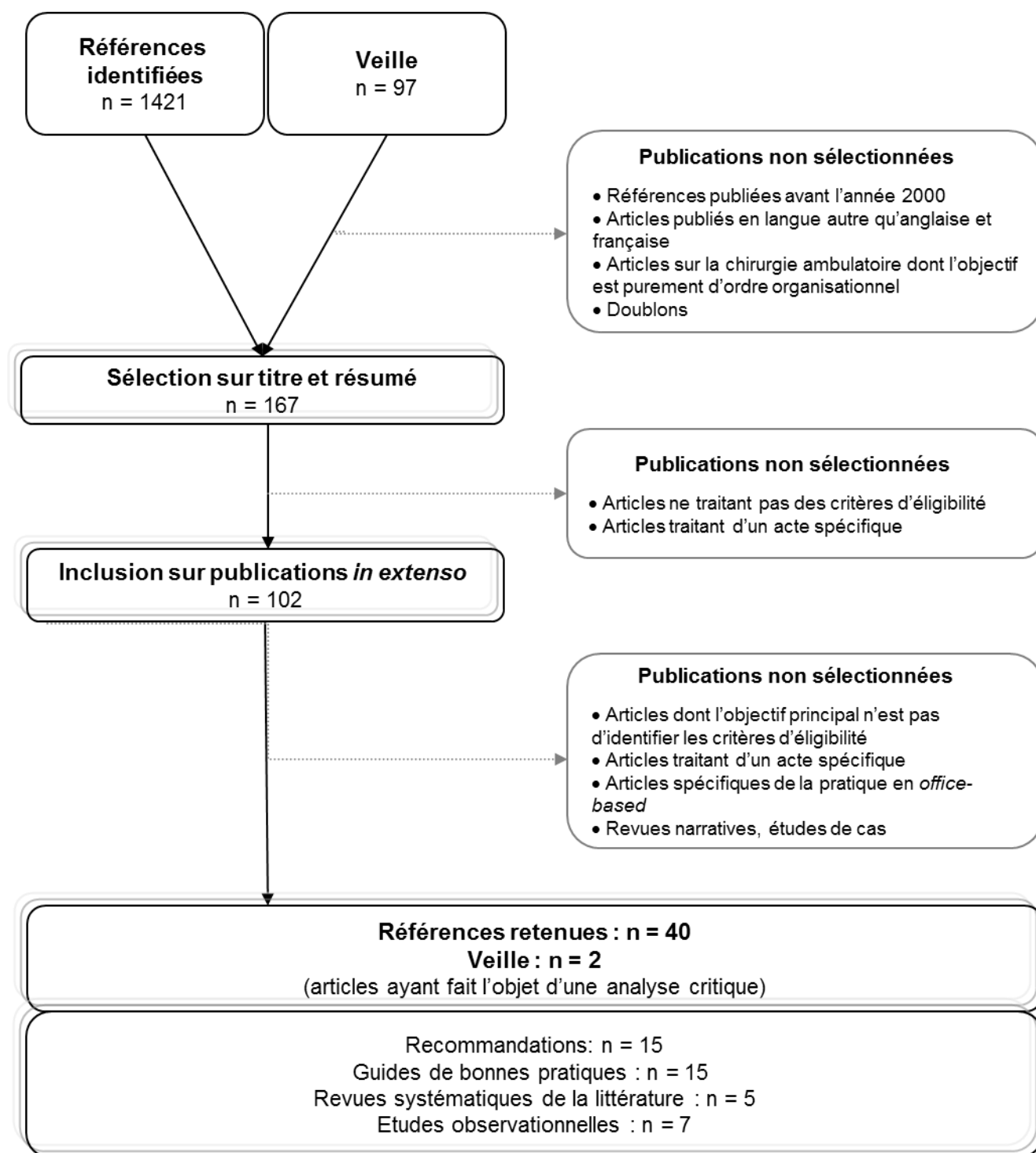
Les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux ont été discutés dans les recommandations et guides de bonnes pratiques identifiés. Par ailleurs, l'hébergement non hospitalier a été proposé comme solution alternative dans deux guides de bonnes pratiques. En l'absence de beaucoup d'articles disponibles sur ce dernier point, les données de sept articles (opinions, retours d'expériences, avis d'experts) ont été incluses dans ce rapport.

Textes législatifs et déontologiques

- Code de la santé publique ;
- Code de déontologie médicale ;
- Jurisprudence.

► Résumé

L'ensemble du processus de sélection est résumé dans le schéma ci-dessous.



La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées dans l'Annexe 1.

2.2 Groupe de travail

2.2.1 Constitution

Les disciplines suivantes ont été sollicitées pour participer à cette évaluation : anesthésie-réanimation, chirurgie (ophtalmologie, chirurgie viscérale et proctologique, orthopédie, chirurgie gynécologique, chirurgie pédiatrique, urologie, ORL), médecine générale, discipline paramédicale.

Les sociétés savantes concernées par ce thème ont été sollicitées pour participer à cette évaluation (cf. Participants). Elles ont communiqué une liste de professionnels susceptibles de participer au groupe.

Lors du cadrage, il était prévu qu'un infirmier pratiquant en ville, un infirmier travaillant au sein d'une unité de chirurgie ambulatoire et un cadre infirmier participent à la réunion du groupe de travail. À la suite de la sollicitation des sociétés savantes de la discipline et de l'appel à candidatures spontanées, seule la participation d'une cadre infirmière travaillant dans une clinique privée, avec en son sein une unité de chirurgie ambulatoire, a pu être retenue. Par ailleurs, aucun représentant d'un réseau de ville qui pourrait donner son expertise en chirurgie ambulatoire n'a pu être identifié. Il a été décidé de le remplacer par un deuxième médecin généraliste.

Le groupe de travail est donc composé de neuf médecins hospitaliers (deux anesthésistes-réanimateurs, un ophtalmologue, un chirurgien viscéral et pratiquant une activité de proctologie, un orthopédiste, un chirurgien gynécologue, un chirurgien pédiatre, un urologue, un ORL), un personnel soignant hospitalier (cadre de santé travaillant dans une unité de chirurgie ambulatoire), deux représentants des soins de ville (deux médecins généralistes dont un travaillant également dans un SSR en tant que gériatre), une assistante sociale, un juriste, un représentant de patients et un géographe de la santé.

2.2.2 Composition

Le groupe de travail comprend 16 professionnels et représentant de patients ou d'utilisateurs.

Les membres ayant participé au groupe de travail sont :

- D^r Francis ABIHANNA, gynécologie-obstétrique, CH Saint Julien en Genevois et Archamps (74) ;
- D^r Jérôme BEAUJARD, médecine générale, La Fare les Oliviers (13) ;
- Mme Nicole BILLAST, représentant des patients, Paris (75) ;
- D^r Michel COQUET, chirurgie infantile, Marseille (13) ;
- Mme Corinne DAVER, avocat, Neuilly sur Seine (92) ;
- D^r Patrice DETERME, chirurgie orthopédique, Toulouse (31) ;
- P^r Jean-Luc FAUCHERON, chirurgie générale et digestive, Grenoble (38) ;
- D^r Jean-Philippe FENDLER, urologie, Lyon (69) ;
- Mme Myriam GAGNARD, soins infirmiers, Hyères (83) ;
- Mme Marie KUMAR, assistante sociale, Gonesse (95) ;
- D^r Hubert LE HETET, anesthésie-réanimation, Cesson-Sévigné (35) ;
- Mme Véronique LUCAS-GABRIELLI, géographie de la santé, Paris (75) ;
- D^r Roland MARDUEL, ophtalmologie, Le Chesnay (78) ;
- D^r Catherine NOWAK, ORL, Le Kremlin-Bicêtre (94) ;
- D^r Jean-Marc PAULY, médecine générale et gériatrie, Rodemack (57) ;
- D^r Nathalie VIALLES, anesthésie-réanimation, Nîmes (30).

2.2.3 Déclaration d'intérêts

Les déclarations publiques d'intérêts (DPI) des membres du groupe de travail ont toutes été analysées selon le « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts » de la HAS de juillet 2013.

Aucun des membres du groupe de travail n'a déclaré d'intérêt majeur en relation avec le sujet de cette évaluation.

Ces DPI sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

2.2.4 Recueil de la position argumentée du groupe de travail

Le groupe de travail s'est réuni le 14 novembre 2013.

La position argumentée du groupe de travail est reportée après la synthèse de l'analyse des données de la littérature de chaque critère. Le compte-rendu intégral de la réunion se trouve en Annexe 7.

3. Résultats de l'évaluation

L'évaluation de l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire est une étape essentielle dans la décision de ce mode de prise en charge. Plusieurs arguments ont motivé l'évaluation proposée, notamment :

- d'assurer un développement dans des conditions optimales de sécurité des soins et de la qualité de la prise en charge des patients ;
- de renforcer la prise en considération d'éléments d'appréciation non strictement médicaux ou chirurgicaux mais également d'ordre social et environnemental ;
- d'accompagner les professionnels de santé, notamment en précisant les spécificités juridiques et lever l'appréhension autour de la responsabilité médicale liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire lors de la phase d'appréciation de l'éligibilité.

Ce chapitre d'évaluation contient trois grandes parties :

3.1. Aspects règlementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire

3.2. Évaluation des éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire avec :

3.2.1. Présentation des articles sélectionnés, analyse critique et limites méthodologiques

3.2.2. Évaluation des critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques retrouvés dans la littérature et position argumentée du groupe de travail

3.2.3. Évaluation des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux retrouvés dans la littérature et position argumentée du groupe de travail

3.3. L'hébergement non hospitalier : état des lieux de l'existant en France et dans les autres pays

3.1 Aspects réglementaires : responsabilité associée à la pratique d'intervention ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète.

Différentes conditions doivent être réunies pour caractériser la chirurgie ambulatoire¹³ :

- la prise en charge est d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement ;
- l'organisation du service est spécifique et doit être identifiable par le patient ;
- les prestations délivrées sont semblables à celles dispensées en hospitalisation complète ;
- le service dispose d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la Charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 du Code de la santé publique ;
- la continuité des soins doit être organisée en dehors des horaires d'ouverture du service. Dans le cas où la continuité des soins ne peut pas être assurée, une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure¹⁴ doit être conclue.

L'organisation de la chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs et réglementaires. Toutefois, il n'existe pas de disposition spécifique pour la chirurgie ambulatoire portant notamment sur la responsabilité des médecins, le secret professionnel ou le consentement. Par conséquent, les règles de droit commun s'appliquent.

3.1.1 L'obligation d'information et le consentement du patient

Avant de consentir à un acte médical ou chirurgical, le patient doit recevoir des informations sur les risques d'un tel acte par le praticien. Ainsi, ces deux notions apparaissent indissociables l'une envers l'autre.

► L'information du patient par le médecin

L'information délivrée par le médecin doit permettre au patient de « prendre sa décision après avoir comparé les avantages et les risques encourus »¹⁵ de l'acte médical.

L'article R. 4127-35 du Code de la santé publique (CSP) prévoit que : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

L'article L. 1111-2 du Code de la santé publique précise le contenu de l'information délivrée par le médecin. Ainsi, elle doit porter « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

Comme le prévoit l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, l'information est délivrée par le médecin au patient au cours d'un entretien oral¹⁶.

¹³ Article D. 6124-301-1 du Code de la santé publique.

¹⁴ Article D. 6124-304 du Code de la santé publique.

¹⁵ Conseil d'État, 19 avril 1988 (Bull. civ. 1988, I, n° 107).

¹⁶ Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.

En cas de litige, la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé peut être apportée par tout moyen par le professionnel de santé ou l'établissement de santé¹⁷ (par exemple : mentions manuscrites dans le dossier du patient, lettre au médecin traitant, remise d'une notice d'information, etc.).

La HAS a établi en 2012 une recommandation de bonne pratique sur la « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ». Il est recommandé l'élaboration d'un support écrit à l'intention des patients lors de leur entretien oral avec le praticien (16).

L'information délivrée par le praticien au patient doit être « loyale, claire et appropriée » afin de permettre à ce dernier de prendre une décision réfléchie. Outre les explications orales, la délivrance d'un écrit est conseillée.

► Le consentement du patient

Une fois l'information délivrée, le patient doit, avant tout acte médical, donner son consentement de façon « libre et éclairée »¹⁸.

Comme le prévoit l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, le consentement peut être retiré à tout moment.

Il n'existe pas de formalisme particulier quant à l'obtention du consentement du patient.

Comme avant tout acte médical, le consentement du patient sera exigé dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

► Les personnes dites « vulnérables »

Des régimes de protection ont été créés par le législateur français¹⁹, lorsque les intérêts civils d'un individu peuvent être compromis par l'âge, l'altération des facultés mentales ou corporelles sur une durée plus ou moins longue.

► Les majeurs incapables

Le majeur sous tutelle

La tutelle²⁰ est la mesure d'incapacité la plus complète. L'intéressé a le droit de recevoir une information et de participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à ses facultés de discernement²¹. Dans le cas où le majeur sous tutelle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, son consentement sera systématiquement recherché²².

Le majeur sous curatelle

La curatelle²³ constitue un régime d'incapacité partielle. Le curateur doit avoir l'accord du majeur sous curatelle pour recevoir des informations sur l'état de santé de celui-ci.

¹⁷ Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.

¹⁸ Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.

¹⁹ Article 440 du Code civil.

²⁰ Articles 440, 473 à 476 du Code civil.

²¹ Article L. 1111-2 du Code de la santé publique.

²² Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.

²³ Articles 440, 467 à 472 du Code civil.

► Le mineur

Selon la loi française, une personne est qualifiée de « mineur » tant qu'elle n'a pas atteint l'âge de 18 ans. Son incapacité est une incapacité d'exercice, elle est destinée à éviter que l'on abuse de la méconnaissance par l'intéressé des droits qu'il tient de la loi.

Le mineur est donc placé sous l'autorité parentale. L'accord des deux représentants légaux est obligatoire avant toute intervention chirurgicale.

En fonction de son degré de maturité, le mineur peut recevoir lui-même l'information, et donner son consentement s'il est apte à exprimer sa volonté²⁴.

Quel que soit le régime de protection, la recherche du consentement est indispensable.
Ces règles s'appliquent aussi bien dans le cadre de la chirurgie ambulatoire que dans le cadre d'une hospitalisation complète.

3.1.2 Le secret professionnel

Le secret médical est défini à l'article R. 4127-4 du Code de la santé publique comme « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Ce secret professionnel s'impose aussi « [...] à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé [...] »²⁵.

Le secret professionnel repose à la fois sur une relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient, mais aussi sur la nécessité de protéger la vie privée du patient. Le patient peut à tout moment s'opposer à la divulgation de l'information sur son état de santé. Lorsque le secret professionnel est violé, une sanction pénale est prévue à l'article 226-13 du Code pénal.

Les règles du secret professionnel s'appliquent à tout professionnel de santé, y compris lorsqu'il exerce dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

► Le patient non francophone

Il ne s'agit pas d'une situation spécifique à la chirurgie ambulatoire. Toutefois, la Société française d'anesthésie et de réanimation suggère le recours à un interprète professionnel et à la publication de documents dans différentes langues étrangères. Ce qui peut soulever des questions sur le respect du secret médical lors de la prise en charge d'un patient non francophone faisant appel à un interprète. Les textes sont silencieux sur le sujet.

Les textes ne prévoient pas de dispositions spécifiques sur le respect du secret médical des patients non francophones nécessitant le recours à un interprète.

3.1.3 L'accompagnant

Pour être éligible à la chirurgie ambulatoire, selon les recommandations, il apparaît nécessaire que le patient soit accompagné au domicile par un tiers : « Il est recommandé de s'assurer que lors du

²⁴ Article L 1111-2 du Code de la santé publique.

²⁵ Article L 1110-4 du Code de la santé publique.

trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers ».

Par ailleurs, selon la Société française d'anesthésie et de réanimation, il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte-patient et soit définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

Cependant, l'accompagnant n'est prévu par aucun texte législatif. Il est important de préciser que l'accompagnant n'est pas obligatoirement la personne de confiance telle que définie par la loi (cf. article L.1111-6 du Code de la santé publique).

Dans le cadre du respect du secret médical, il convient de s'assurer que le patient ne s'oppose pas à la délivrance d'informations le concernant à l'accompagnant (16).

Il n'existe pas de réglementation spécifique concernant l'accompagnant.

3.1.4 Les différentes responsabilités du chirurgien et de l'anesthésiste

Comme pour tout acte médical ou chirurgical, il existe quatre types de responsabilités :

- la responsabilité disciplinaire qui sanctionne le manquement du professionnel de santé aux règles de la déontologie ;
- la responsabilité pénale qui sanctionne l'auteur d'un dommage subi par autrui, portant également atteinte à la société ;
- les responsabilités administrative et civile qui visent à indemniser les victimes d'un dommage dont le professionnel de santé est à l'origine. Le droit applicable diffère selon la structure dans laquelle est pris en charge le patient par le professionnel de santé :
 - ▶ structure publique et médecin salarié : **responsabilité administrative**,
 - ▶ structure privée et médecin salarié, structure publique et médecin libéral, structure libérale : **responsabilité civile**.

Pour conclure, la pratique de la chirurgie ambulatoire ne modifie pas les conditions de la mise en jeu de la responsabilité du praticien. Les règles applicables sont les mêmes qu'en hospitalisation complète.

3.2 Évaluation des éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire

Selon la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), définir et appliquer les bons critères d'éligibilité visent à faire bénéficier d'une prise en charge ambulatoire tous les patients pour lesquels cela est possible, et seulement ceux-là, sans déroger aux règles de sécurité. Une sélection efficace permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence (17). L'évaluation préopératoire doit donc s'attacher à recueillir les caractéristiques médicales et psychosociales du patient (18).

Dans ce travail, l'évaluation porte sur l'analyse des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire identifiés dans la littérature.

Dans un premier temps, tous les articles retenus sont présentés avec la conclusion de leur analyse critique et les limites méthodologiques identifiées.

Ensuite, l'évaluation des critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques identifiés dans la littérature ainsi que la position argumentée du groupe de travail sur chacun des critères sont présentées.

Enfin, la présentation des résultats de l'évaluation des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux identifiés dans la littérature est suivie, pour chacun des critères identifiés, de la position argumentée du groupe de travail.

3.2.1 Présentation des articles sélectionnés, analyse critique et limites méthodologiques

► Précisions sur les articles sélectionnés

Plusieurs types d'articles ont été identifiés : recommandations, revues systématiques de la littérature, guides de bonnes pratiques et études observationnelles. En revanche, aucune méta-analyse, ni étude contrôlée randomisée n'a été retrouvée.

Comme spécifié dans la partie recherche documentaire et sélection des articles, les revues narratives, les retours d'expériences, les séries de cas ont été exclus de l'analyse critique de la littérature.

Le type de critère d'éligibilité abordé dans chaque article (critères généraux, médicaux, chirurgicaux, critères liés aux aspects psychologiques, sociaux ou environnementaux) est précisé dans cette partie.

Tous les articles retenus et leurs limites méthodologiques sont présentés ci-après. Les tableaux d'évidence sont mis en annexe.

► Les recommandations

Le tableau récapitulant les 15 recommandations identifiées est présenté ci-après (cf. Tableau 1) dans lequel sont précisés le thème principal, la méthode d'élaboration des recommandations, les conclusions de l'évaluation avec la grille AGREE II et les critères d'éligibilité qui ont été traités dans l'article.

Dans la plupart des recommandations, la méthode d'élaboration n'a pas été précisée de manière rigoureuse. Il manque souvent des critères méthodologiques importants. Quand plusieurs critères ne sont pas précisés et ne permettent pas de faire une évaluation générale avec la grille AGREE II, les recommandations ont été considérées comme relevant d'avis d'experts.

Par ailleurs, il faut distinguer la notion de recommandation « forte », gradation selon les auteurs à la suite d'un avis consensuel fort alors que les données de la littérature sont de faible niveau de preuve, de la qualité générale de la recommandation après l'évaluation avec la grille AGREE II.

Il est utile de préciser que :

- les recommandations de l'*American Society of Plastic Surgeons* (19) et celles de l'Association française d'urologie (18) sont spécifiques à la chirurgie plastique et à la chirurgie ambulatoire en urologie respectivement, mais la méthode d'élaboration des recommandations sur les critères d'éligibilité des patients ne tenait pas compte de la spécificité des disciplines, les recommandations sont donc valables pour toute intervention chirurgicale en ambulatoire ;
- les recommandations de l'*European Society of Anaesthesiology* (20) ne sont pas spécifiques à la chirurgie ambulatoire, les conclusions sont à prendre avec précaution.

Le tableau d'analyse de chaque recommandation avec la grille AGREE II se trouve en Annexe 3.

Tableau 1. Liste des recommandations sélectionnées

Auteur, année, référence, pays.	Thème principal	Méthode	Évaluation générale (grille AGREE II)	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
<i>Australian Day Surgery Council</i> , 2004 (21) Australie	Recommandations et normes en chirurgie ambulatoire en Australie	Élaboration à partir des recommandations, références et guides existants et du document de l'IAAS, méthode non renseignée.	Évaluation générale non faite car méthode non renseignée. Assimilée à des avis d'experts.	Critères généraux. Critères médicaux. Information. Hébergement de soins limités.
SFAR, 2007 (22) France	Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires	Recommandations formalisées d'experts, élaboration des recommandations avec la méthode GRADE.	Il n'existe pas assez de précisions pour faire l'évaluation générale avec le texte court. Assimilée à des avis d'experts.	Élément important à considérer au cours de l'évaluation préopératoire : nausées et vomissements postopératoires.
ADARPEF, 2008 (23) France	Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans)	Recommandations formalisées d'experts, élaboration des recommandations avec la méthode GRADE.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.	Critères liés à l'âge : pédiatrie.
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs</i> , 2008 (24) Espagne	Recommandations et pratiques standard pour aider à améliorer les conditions de sécurité et la qualité en chirurgie ambulatoire, y compris l'efficacité	Gradation des recommandations : « si relatif à un cadre réglementaire ou si données d'évidence considérées par le groupe comme suffisamment solide : "recommandation forte" ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères généraux. Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux. Critères liés à l'âge : pédiatrie. Critères liés à l'âge : gériatrie.
SFAR, 2008 (25) France	Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant	Recommandations formalisées d'experts, élaboration des recommandations avec la méthode GRADE.	Il n'existe pas assez de précisions pour faire l'évaluation générale avec le texte court. Assimilée à des avis d'experts.	Élément important à considérer au cours de l'évaluation préopératoire : douleur postopératoire.
SFAR, 2009 (17) France	Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire	Recommandations formalisées d'experts, élaboration des recommandations avec la méthode GRADE.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères généraux. Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux.

Auteur, année, référence, pays.	Thème principal	Méthode	Évaluation générale (grille AGREE II)	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
<i>Australian Day Surgery Nurses Association</i> , 2009 (26) Australie	Recommandations en chirurgie ambulatoire : de la période préopératoire à la sortie (pré-admission, éducation du patient, pédiatrie, obèse, gestion de douleur, sortie, personnels médicaux)	Pas de précision sur méthode utilisée pour l'élaboration des recommandations.	Qualité générale de la recommandation : mauvaise. Assimilée à des recommandations « avis d'experts ».	Accompagnant. Critères liés à l'âge : pédiatrie.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27) Australie et Nouvelle-Zélande	Recommandations sur la prise en charge péri- opératoire des patients en chirurgie ambulatoire	Méthode pas très précise : élaboration des recommandations basée sur les données d'évidence disponibles et/ou sur consensus d'experts.	Méthode non renseignée, évaluation générale non faite. Assimilée à des avis d'experts.	Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux. Critères liés à l'âge : pédiatrie.
Société française d'oto-rhino- laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28) France	Recommandation pour la pratique clinique au cours de l'amygdalectomie de l'enfant	Élaboration des recommandations avec la méthode GRADE.	Recommandation spécifique à l'amygdalectomie mais adaptable à la chirurgie ambulatoire en général. Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux.
<i>Society for Ambulatory Anesthesia</i> , 2010 (29) USA	Recommandation de la <i>Society for Ambulatory Anesthesia</i> de la gestion péri-opératoire du contrôle glycémique des patients diabétiques en chirurgie ambulatoire	Élaboration des recommandations avec la méthode GRADE, formulation en utilisant la méthode DELPHI (cotation).	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications (applicabilité et indépendance éditoriale).	Critères médicaux (diabète).

Auteur, année, référence, pays.	Thème principal	Méthode	Évaluation générale (grille AGREE II)	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30) Grande-Bretagne et Irlande	Actualisation des recommandations sur la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire	Consensus d'experts, méthode non renseignée.	Évaluation non faite car méthode non renseignée. Assimilée à des avis d'experts.	Critères généraux. Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Continuité des soins. Critères liés à l'âge : pédiatrie. Critères liés à l'âge : gériatrie.
<i>American Society of Plastic Surgeons</i> , 2011 (19) USA	Prévention des complications en chirurgie esthétique réalisée en ambulatoire (en cas de tabagisme, obésité, autres comorbidités, hyperthermie maligne, syndrome d'apnée du sommeil, patients âgés)	Niveaux d'évidence et gradation de recommandations bien précis (cf. Annexe 2).	Recommandations spécifiques à la chirurgie esthétique en ambulatoire, mais adaptables à la chirurgie ambulatoire en général. Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères médicaux. Critères liés à l'âge : gériatrie.
<i>European Society of Anaesthesiology</i> , 2011 (20) Europe	Évaluation préopératoire du patient adulte subissant une chirurgie non cardiaque	Niveau d'évidence et gradation des recommandations suivant la méthode proposée par le SIGN (<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>) (cf. Annexe 2).	Recommandation non spécifique à la chirurgie ambulatoire. Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères médicaux. Critères liés à l'âge : gériatrie.
<i>Hong Kong College of Anaesthesiologists</i> , 2002 et 2012 (31, 32) Hong Kong	Recommandations sur la prise en charge péri-opératoire des patients en chirurgie ambulatoire	Adaptation des recommandations de l' <i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> à la pratique locale.	Méthode non renseignée, évaluation générale non faite. Assimilée à des avis d'experts.	Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux. Critères liés à l'âge : pédiatrie.

Auteur, année, référence, pays.	Thème principal	Méthode	Évaluation générale (grille AGREE II)	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
AFU, 2013 (18) France	Chirurgie ambulatoire en urologie	Recommandations par consensus formalisé.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.	Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Continuité des soins. Critères liés à l'âge : pédiatrie. Critères liés à l'âge : gériatrie.

► Les guides de bonnes pratiques

Quinze guides de bonnes pratiques ont été identifiés. Dans ces guides, bien que des revues de la littérature aient été réalisées, il n'existe aucune précision quant à la méthodologie d'élaboration c'est-à-dire les détails sur la stratégie de recherche, les critères d'inclusion et exclusion des articles et les méthodes utilisées pour formuler et décider des recommandations. Néanmoins, ces guides ont souvent été réalisés par des institutions publiques ou des sociétés savantes avec l'avis de plusieurs experts et ont donc servi de support pour élaborer ce rapport. Aucune analyse critique ne peut être faite, les données des guides sont de faible niveau de preuve et sont assimilées à des avis d'experts.

Notons que deux audits cliniques ont été identifiés. Ils ont été réalisés dans le but de fournir un outil pour améliorer la qualité de la pratique et établir des guides pour les professionnels de santé (33, 34).

Par ailleurs, le livre blanc de la gériatrie française élaboré en 2011 n'est pas spécifique à la chirurgie ambulatoire (35). Toutefois, les données de ce guide sur la prise en charge des patients en gériatrie sont également valables en chirurgie ambulatoire.

Le tableau ci-après (cf. Tableau 2) précise le thème principal ainsi que les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés dans les guides de bonnes pratiques et des audits cliniques identifiés.

Tableau 2. Liste des guides de bonnes pratiques sélectionnés

Auteur, année, référence, pays	Thème principal	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
UK Department of Health, 2002 (36) UK	Guide pour aider les décideurs à améliorer l'efficacité des unités de chirurgie ambulatoire.	Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Continuité de la prise en charge. Critères liés à l'âge : pédiatrie.

Auteur, année, référence, pays	Thème principal	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
NHS, 2002 (37) UK	Guide : évaluation en préopératoire des patients avant une chirurgie ambulatoire.	Critères généraux. Critères médicaux. Information des patients. Accompagnant. Critères environnementaux. Critères liés à l'âge : pédiatrie. Critères liés à l'âge : gériatrie.
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38) UK	Critère de sélection des patients à la chirurgie ambulatoire et les différents actes pratiqués en ambulatoire.	Critères généraux. Critères médicaux. Accompagnant. Critères liés à l'âge : pédiatrie.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2006 (39) UK	Guide des professionnels de santé sur dix thèmes particuliers traités en chirurgie ambulatoire (notamment l'obésité, la femme allaitante, l'allergie au latex, les traitements concomitants, le tabagisme, les personnes seules, les personnes malentendantes, les prisonniers, les patients d'origine étrangère).	Critères médicaux. Accompagnant (cas de personnes vivant seules ou personnes malentendantes). Information et compréhension. Critères environnementaux.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 (1) International	Développement et pratique de la chirurgie ambulatoire.	Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40) International	Guide destiné aux décideurs et aux professionnels de santé pour explorer comment la chirurgie ambulatoire pourrait répondre à la fois aux besoins des administrateurs hospitaliers et aux besoins de la prise en charge chirurgicale des patients de manière spécifique.	Critères généraux. Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Accompagnant. Critères environnementaux.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2008 (41) UK	Guide pour les professionnels de santé sur les dix cas particuliers en chirurgie ambulatoire (notamment en cas de risque élevé d'infection, d'abus d'alcool, de voyage juste après une chirurgie ambulatoire).	Critères médicaux. Information et compréhension.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2010 (42) UK	Évaluation préopératoire des patients en chirurgie ambulatoire.	Élément particulier à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire : risque d'accidents thromboemboliques veineux.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2011 (43) UK	Gestion des patients diabétiques devant subir une intervention chirurgicale en ambulatoire.	Critères médicaux (diabète).

Auteur, année, référence, pays	Thème principal	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
Smith <i>et al.</i> , 2011 (6) UK	Guide pour les professionnels de santé sur les critères de sélection des patients à la chirurgie ambulatoire.	Critères généraux. Critères médicaux. Critères chirurgicaux. Accompagnant. Critères environnementaux. Critères liés à l'âge : gériatrie.
Collège professionnel des gériatres français, 2011 (35) France	Livre blanc de la gériatrie française dont l'objectif est notamment de mieux faire connaître les spécificités et l'organisation de la gériatrie (non spécifique à la chirurgie ambulatoire).	Critères liés à l'âge : gériatrie.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2012 (44) UK	Guide pour les professionnels de santé sur les clés de la réussite d'une prise en charge et de la gestion en chirurgie ambulatoire.	Critères généraux. Critères médicaux. Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2006 et 2012 (33, 34) UK	Audit clinique dans le but de fournir un outil pour améliorer la qualité de la pratique en chirurgie ambulatoire et qui a permis d'élaborer un guide de bonnes pratiques.	Critères généraux. Critères médicaux (douleur). Information et compréhension. Critères environnementaux.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2009 et 2013 (45, 46) UK	Guide de bonnes pratiques de l'anesthésie en ambulatoire.	Critères généraux. Critères médicaux (anesthésie). Information et compréhension. Accompagnant. Critères environnementaux.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2013 (47) UK	Guide de bonnes pratiques de l'anesthésie en chirurgie ambulatoire pédiatrique.	Critères liés à l'âge : pédiatrie.

► Les revues systématiques de la littérature

Cinq revues systématiques de la littérature ont été retenues (48-52). Chaque article a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature réalisée avec la grille d'analyse AMSTAR en évaluant 11 critères²⁶. Le tableau ci-après (cf. Tableau 3) résume les caractéristiques de chaque revue systématique. Les détails de l'analyse de chaque revue se trouvent en Annexe 4.

En 2004, Bryson *et al.* ont réalisé une revue systématique de la littérature dont l'objectif était d'identifier et de caractériser les données d'évidence sur la prise en charge des patients qui présentaient des comorbidités en chirurgie ambulatoire. Le travail a été réalisé en deux étapes car plusieurs critères ont été traités par les auteurs (48, 49). Les limites méthodologiques, après ana-

²⁶ Critères grille AMSTAR : une conception et plan *a priori* ; une sélection d'études et une extraction de données en double ; une recherche documentaire exhaustive ; l'utilisation de l'état de publication comme critère d'inclusion ; une liste d'études incluses ou exclues ; les caractéristiques des études incluses ; l'évaluation documentée de la qualité scientifique des études incluses ; l'utilisation appropriée de la qualité scientifique lorsqu'il s'agit de formuler des conclusions ; l'utilisation appropriée de méthodes pour combiner les résultats des études ; l'évaluation de la probabilité de biais de publication ; la déclaration de conflits d'intérêts.

lyse critique avec la grille AMSTAR, n'ont pas permis d'attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.

En 2009, la revue systématique de la littérature réalisée par Haeck *et al.* avait pour objectif de décrire les étapes préopératoires lors de l'évaluation des patients atteints de syndrome d'apnée du sommeil ou de pathologie pulmonaire obstructive à la chirurgie ambulatoire (50). Quasiment aucun critère de la grille AMSTAR n'a été renseigné, il s'agit d'une revue de faible niveau d'évidence.

En 2012, la revue systématique de la littérature de Joshi *et al.* avait pour objectif de trouver un consensus sur l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SAHOS) (51). Seuls deux critères de la grille AMSTAR n'ont pas été remplis (le lien entre la qualité scientifique des études et la formulation des conclusions n'est pas très précis et l'analyse de la possibilité d'un biais de publication n'a pas été décrite). Malgré ces limites méthodologiques, un niveau d'évidence élevé peut être attribué à cette revue.

En 2013, Joshi *et al.* ont réalisé une revue systématique de la littérature dont l'objectif était d'informer les professionnels de santé sur l'état de connaissances actuelles concernant l'éligibilité des patients atteints d'obésité pris en charge en chirurgie ambulatoire et de proposer les futures études nécessaires qui permettront de déterminer les critères de sélection optimale de ces patients (52). Le lien entre la qualité scientifique des études et la formulation des conclusions n'est pas très précis et l'analyse de la possibilité d'un biais de publication n'a pas été décrite. Malgré ces limites méthodologiques, un niveau d'évidence élevé peut être attribué à cette revue.

Tableau 3. Les revues systématiques de la littérature sélectionnées

Auteur, année, référence, pays	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (48) Canada	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (49) Canada	Haeck <i>et al.</i> , 2009 (50) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2012 (51) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2013 (52) USA
Objectifs	Identifier et caractériser les données d'évidence sur la prise en charge des patients qui présentent des comorbidités et qui subissent une anesthésie en chirurgie ambulatoire.		Décrire les étapes préopératoires qui sont conseillées pour assurer une sélection appropriée des patients atteints de syndrome d'apnée du sommeil ou de pathologie pulmonaire obstructive à la chirurgie ambulatoire dans le but de fournir des recommandations pour réduire le risque de complications pulmonaires péri-opératoires.	Trouver un consensus sur l'éligibilité des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SAHOS) à la chirurgie ambulatoire.	Informers les professionnels de santé sur l'état de connaissances actuelles concernant l'éligibilité des patients atteints d'obésité pris en charge en chirurgie ambulatoire.
Recherche bibliographique et analyse critique	<i>MEDLINE</i> : 1966-2003 Mots-clés : personnes âgées, patients avec transplantation cardiaque, hyperréactivité de l'appareil respiratoire (asthme et BPCO), coronaropathie et syndrome d'apnée du sommeil. Recherche supplémentaire des références à partir de la revue bibliographique obtenue.	<i>MEDLINE</i> : 1966-2003 Mots-clés : diabète, obésité morbide, enfant prématuré, enfant atteint d'infection des voies respiratoires supérieures, hyperthermie maligne et usage d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO). Recherche supplémentaire des références à partir de la revue bibliographique obtenue.	Non renseignée.	Stratégie suivant les recommandations PRISMA, sur <i>Cochrane</i> , <i>Medline</i> , <i>Embase</i> et recherche manuelle sur liste des références. Limites : langue anglaise, humain, adulte.	Stratégie suivant les recommandations PRISMA, sur <i>Cochrane</i> , <i>Medline</i> , <i>Embase</i> et recherche manuelle sur liste des références. Limites : langue anglaise, humain, adulte.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (48) Canada	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (49) Canada	Haeck <i>et al.</i> , 2009 (50) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2012 (51) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2013 (52) USA
Critères de sélection des articles	Exclusion des études rétrospectives si études prospectives disponibles, exclusion des études observationnelles si études randomisées prospectives disponibles.		Non renseigné.	<u>Inclusion</u> : études contrôlées randomisées, étude observationnelle prospective et rétrospective rapportant les effets indésirables, les complications postopératoires, l'admission à l'hôpital, la mortalité des patients adultes avec SAHOS ayant subi une chirurgie ambulatoire.	Inclusion : études contrôlées randomisées, étude observationnelle prospective et rétrospective rapportant les complications intra-opératoires et postopératoires ou l'admission non prévue ou le taux de mortalité chez les patients adultes obèses pris en charge en chirurgie ambulatoire.
Méthode d'analyse critique	Analyse critique des articles suivant les critères du <i>Centre for Evidence Based Medicine</i> (CEBM) et recommandations graduées selon les critères du CEBM (critère en annexe).		Analyse critique et niveau d'évidence de chaque article suivant l' <i>ASPS Evidence Rating Scales</i> (en annexe).	Analyse critique de la littérature avec niveau d'évidence du SIGN.	Analyse critique de la littérature avec niveau d'évidence du SIGN.
Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés	Critères médicaux. Syndrome d'apnée du sommeil. Critères liés à l'âge : gériatrie.	Critères médicaux. Obésité. Hyperthermie maligne. IMAO. Critères liés à l'âge : pédiatrie.	Syndrome d'apnée du sommeil. Critères médicaux (trouble des voies respiratoires : pathologie pulmonaire obstructive).	Syndrome d'apnée du sommeil.	Obésité.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (48) Canada	Bryson <i>et al.</i> , 2004 (49) Canada	Haeck <i>et al.</i> , 2009 (50) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2012 (51) USA	Joshi <i>et al.</i> , 2013 (52) USA
Évaluation avec grille AMSTAR (détail : cf. Annexe 4)	Quatre des 11 critères de la grille AMSTAR non remplis (pas de recherche documentaire exhaustive, pas de liste d'études exclues, pas d'évaluation de la probabilité de biais de publication, pas de déclaration de conflits d'intérêts). Ces limites méthodologiques ne permettent pas d'attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.		Quasiment aucun critère de la grille AMSTAR n'était renseigné. Ces limites méthodologiques ne permettent pas d'attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.	Seuls deux critères ne sont pas remplis (lien entre qualité scientifique des études et formulation des conclusions pas très précis et pas de précision sur l'analyse de la possibilité d'un biais de publication). Malgré ces limites méthodologiques, un niveau d'évidence élevé peut être attribué à cette.	Seuls deux critères ne sont pas remplis (lien entre qualité scientifique des études et formulation des conclusions pas très précis et pas de précision sur l'analyse de la possibilité d'un biais de publication). Malgré ces limites méthodologiques, un niveau d'évidence élevé peut être attribué à cette revue.

► Les méta-analyses et les études randomisées contrôlées

Aucune méta-analyse, ni étude randomisée contrôlée n'a été identifiée traitant des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire.

► Les études observationnelles

Les caractéristiques des sept études observationnelles retenues sont résumées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 4) :

- en 2001, une étude comparative avec recueil des données de manière rétrospective avait pour objectif d'évaluer le taux d'admissions non planifiées à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire des patients atteints d'obésité morbide (53) ;
- une étude de type cas-témoin a été réalisée en 2004 dans le but de comparer les statuts ASA des patients ayant subi une intervention chirurgicale en ambulatoire (54) ;
- une enquête auprès des anesthésistes pour décrire leur pratique en matière de critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire a été réalisée au Canada en 2004 (55) ;
- quatre études réalisées entre 2000 et 2004 étaient axées sur les personnes âgées : une étude qualitative (56), une étude comparative avec recueil de données de manière prospective (57) et deux études descriptives avec recueil de données de manière rétrospective (58, 59).

Ces études observationnelles sont de niveau de preuve 4 sauf l'étude cas-témoin réalisée par Ansell *et al.* qui est classée de niveau de preuve 3.

Les détails de l'analyse critique de ces études se trouvent en Annexe 5.

Tableau 4. Les études observationnelles sélectionnées

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Niveau de preuve	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
Davies <i>et al.</i> , 2001 (53)	Étude comparative avec recueil de données de manière rétrospective	Évaluer le taux d'admissions non planifiées à la suite d'une intervention chirurgicale ambulatoire des patients atteints d'obésité morbide (IMC > 35kg/m²).	N = 258 patients. Interventions majoritairement sous anesthésie générale sauf en chirurgie maxillo-faciale (62,5 % sous anesthésie locale).	Taux d'admission non planifiée des patients avec : IMC > 35 kg/m² vs IMC < 35 kg/m²	Taux d'admission non planifiées : 3,0 % vs 2,7 % (p = 0,98).	4	Obésité.
Ansell et Montgomery, 2004 (54)	Étude cas-témoin	Comparer les patients de statut ASA grade III avec ceux de statut ASA I et II (patients pris en charge en chirurgie ambulatoire).	896 ASA III vs 444 ASA I et 453 ASA II	Taux d'admissions non planifiées postopératoires. La fréquence des contacts non planifiés avec les professionnels de santé. Les morbidités mineures.	Pas de différence significative entre les deux groupes.	3	Statut ASA.
Friedman <i>et al.</i> , 2004 (55)	Enquête, étude descriptive	Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire.	774 réponses des anesthésistes sur 1 337 questionnaires envoyés (taux de réponse : 57,8 %).	Seuil pour refléter l'opinion majoritaire sur les critères : fixé à > 75 %.	Critères d'éligibilité et de non-éligibilité pour 75 % des anesthésistes : cf. les paragraphes correspondant à chaque critère.	4	Statut ASA. Critères médicaux généraux. Obésité. Comorbidités.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Niveau de preuve	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
McCallum <i>et al.</i> , 2000 (56)	Étude comparative, qualitative, multicentrique	Comparer les caractéristiques démographiques, cliniques et sociales des personnes ≥ 70 ans après une chirurgie ambulatoire à celles en hospitalisation conventionnelle et déterminer les critères de sélection des patients à la chirurgie ambulatoire.	N = 579 patients (données manquantes : 35 %).	Score réalisé avec le questionnaire SF-36 : chirurgie ambulatoire vs hospitalisation conventionnelle.	Pas de différence significative des scores de toutes les huit sous-échelles du questionnaire SF-36 entre les deux groupes.	4	Critères liés à l'âge : gériatrie.
Canet <i>et al.</i> , 2003 (57)	Étude comparative, recueil de données de manière prospective, multicentrique et multinationale	Évaluer l'incidence des troubles cognitifs postopératoires chez les patients âgés d'au moins 60 ans ayant subi une intervention chirurgicale mineure sous anesthésie générale.	N = 362 patients (puissance de l'étude insuffisante, nombre de sujets nécessaires pas atteint).	Incidence de survenue des troubles cognitifs postopératoires évalués avec des tests en période préopératoire à l'hôpital, 7 jours et 3 mois post-interventionnel : chirurgie ambulatoire vs hospitalisation conventionnelle	7 jours postopératoires : 3,5 % [1,4 - 8,0] vs 9,8 % [5,7 - 15,4] (p = 0,033). 30 jours postopératoires : 4,5 % [1,8 - 9,1] vs 8,8 % [4,8 - 4,6] (non significatif).	4	Critères liés à l'âge : gériatrie.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence	Type d'étude	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Niveau de preuve	Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire discutés
Fleisher <i>et al.</i> , 2004 (58)	Étude descriptive, recueil de données de manière rétrospective	Décrire les décès, les hospitalisations et les recours aux urgences dans les 7 jours postopératoires en fonction du type de structure.	564 267 procédures chirurgicales : 64 % unités de chirurgie ambulatoire situées au sein d'un centre hospitalier ; 31 % dans centres indépendants 5 % dans cabinets privés ; Patients ≥ 65 ans.	Dans les 7 jours postopératoires : décès ; hospitalisations recours aux urgences ; unités de chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital vs centres indépendants.	Nombre/100 000 procédures : <u>Décès</u> : 6,2 vs 3,1. <u>Admission à la suite d'une procédure en ambulatoire</u> : 432,7 vs 91,3. <u>Consultation aux urgences</u> : 259,1 vs 103,6.	4	Critères liés à l'âge : gériatrie.
Aldwinckle et Montgomery, 2004 (59)	Étude descriptive, recueil de données de manière rétrospective	Évaluer le nombre d'admissions à l'hôpital non planifiées chez les patients âgés de plus de 70 ans après une intervention en ambulatoire.	N = 1 647 patients âge moyen : 78 ans (70-98), sexe masculin : 2,8 % ASA I : 31,6 %, ASA II : 53,9 %, ASA III: 12,5 %. 58,8 % des interventions sous anesthésie locale, 39,2 % sous anesthésie générale, 1 % sous sédation avec anesthésie locale.	Nombre d'admissions non planifiées après une intervention en ambulatoire.	Taux d'admissions : 1,6 % (28/1 647 patients) 21 interventions sous anesthésie générale (3,3 %). 7 interventions sous anesthésie locale.	4	Critères liés à l'âge : gériatrie.

► **Les revues narratives**

Plusieurs revues narratives ont été identifiées. Comme spécifié dans la partie recherche documentaire et sélection des articles, ces revues ont été exclues de l'analyse critique. Les données de ces revues ont été reprises uniquement à titre descriptif en l'absence de données de niveau de preuve plus élevé.

► **Les retours d'expériences et séries de cas**

Aucun article de niveau de preuve élevé n'a pu être identifié discutant exclusivement des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux. Les retours d'expériences, les études de cas, les notes d'information et tout autre document source d'information sur le sujet ont été retenus mais exclus de l'analyse critique. Les données identifiées dans ces documents ont été reprises uniquement à titre descriptif et ont été discutées avec les membres du groupe de travail.

3.2.2 Évaluation des critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques

Selon l'Association française d'urologie, l'intérêt de la bonne sélection des patients est de pouvoir réaliser l'acte dans des conditions de sécurité au moins égales à celles d'une hospitalisation conventionnelle et d'éviter ainsi les « échecs d'ambulatoire » (18).

D'après les analyses réalisées par la HAS en 2012 dans le cadre du socle de connaissances, les causes les plus fréquentes d'une hospitalisation non prévue après une prise en charge en chirurgie ambulatoire sont d'ordre chirurgical (notamment douleur intense, saignements et nécessité d'une chirurgie plus extensive), anesthésique (notamment nausées et vomissements postopératoires), médical (présence ou aggravation des comorbidités, complications postopératoires) ou d'ordre social (3). Selon Whippey *et al.*, les facteurs prédictifs des admissions non programmées seraient une durée de l'intervention de plus d'une heure et *a fortiori* de plus de trois heures, un statut ASA III et IV, l'âge > 80 ans, un IMC entre 30 et 35 kg/mm². En revanche, le tabagisme actif, la sédation par rapport à l'anesthésie générale et certains types de chirurgie seraient associés à une diminution de la probabilité d'admission non anticipée (60). Par ailleurs, selon Matthis *et al.*, les facteurs prédictifs indépendants de risque de complications seraient la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), un antécédent d'AIT ou d'AVC, un IMC > 30 kg/mm², un antécédent d'intervention chirurgicale cardiaque, une durée de l'intervention prolongée définie comme supérieure au 75^e percentile pour chaque type d'intervention et l'hypertension artérielle (61).

Au vu de ces éléments, les critères d'éligibilité suivants identifiés dans la littérature sont évalués dans cette partie :

- les critères généraux ;
- les critères chirurgicaux ;
- les critères anesthésiques incluant le statut ASA et l'hyperthermie maligne ;
- les critères médicaux :
 - les critères médicaux en général,
 - le syndrome d'apnée du sommeil,
 - l'obésité,
 - le diabète,
 - les critères liés à la présence d'autres comorbidités (cardiovasculaire, respiratoire, etc.),
 - les critères liés aux traitements concomitants,
 - le tabac, l'alcool et les substances illicites ;
- les spécificités en pédiatrie ;
- les spécificités en gériatrie ;
- les éléments importants à apprécier lors de l'évaluation préopératoire qui sont liés aux possibles complications postopératoires (événements thromboemboliques, nausées et vomissements, douleur).

Comment lire ce chapitre 3.2.2 ?

Pour chaque critère, on retrouve le plan suivant :

- introduction ;
- nombre et type d'articles identifiés discutant de ce critère ;
- analyse et discussion des données de la littérature ;
- tableau résumant l'analyse des données des recommandations, des guides de bonnes pratiques, des revues systématiques et/ou des études observationnelles ;
- synthèse de l'analyse des données de la littérature ;
- position argumentée du groupe de travail.

↳ Critères généraux

En 2007, selon l'*International Association for Ambulatory Surgery*, la chirurgie ambulatoire devient de plus en plus la norme et non plus un traitement alternatif (40). Il est maintenant admis que la chirurgie ambulatoire est appropriée à la majorité des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale sauf s'il existe un bénéfice particulier pour le patient de séjourner à l'hôpital en hospitalisation traditionnelle (30). Il est donc recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité du patient sont réunies (18).

En 2006 et en 2012, des audits cliniques anglais (33, 34) ont été réalisés dans le but d'élaborer des guides pratiques et il ressort de ces audits que :

- la chirurgie ambulatoire devrait être la norme à moins d'une contre-indication spécifique ;
- l'évaluation préopératoire devrait se baser sur des critères médicaux et sociaux définis dans les recommandations récentes et validées par le service d'anesthésie. Les seuils arbitraires comme l'âge et l'indice de masse corporelle (IMC) sont inappropriés ;
- des protocoles devraient être mis en place pour la sélection des patients et une gestion périopératoire appropriée afin d'éviter les admissions imprévues.

Les critères généraux sont des éléments à considérer lors de l'évaluation préopératoire de tout patient qui va subir une chirurgie ambulatoire quel que soit son âge, ses comorbidités et l'étiologie de son intervention.

Trois recommandations (australienne, espagnole et française) (17, 21, 24) et neuf guides de bonnes pratiques (6, 30, 36-38, 40, 44-46) ont été identifiés.

Le niveau de preuve des critères généraux retrouvés de la littérature n'est pas très élevé. Les recommandations de la SFAR et celles de l'Espagne sont de qualité générale moyenne. Les critères généraux identifiés dans les guides de bonnes pratiques relèvent tous d'avis d'experts. Néanmoins, les données retrouvées dans ces documents sont cohérentes entre elles.

Il en ressort que l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire repose de façon générale sur l'évaluation en tenant compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour chaque patient, que les actes éligibles sont décidés en fonction d'une liste localement définie et dépendent du niveau de maturité de chaque structure basée notamment sur l'expérience de l'équipe et les ressources disponibles (triptyque patient-acte-structure).

La nécessité de mettre en place un système avec une approche multidisciplinaire, un accord sur les protocoles d'évaluation du patient et une liste des critères de sélection établie localement serait importante pour faciliter la sélection des patients dans chaque structure (données de niveau de preuve peu élevé). Cette liste serait évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire.

Enfin, la SFAR aborde une notion importante : « la prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient ».

Recommandations

Recommandations	Critères généraux	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian Day Surgery Council</i> , 2004 (21)	La sélection des patients est une décision qui varie en fonction de l'avis du chirurgien, de son évaluation du patient et de la structure (installation disponible et service postopératoire). Il sera de la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste de sélectionner les patients éligibles pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire eu égard à une sécurité maximale et en respectant les normes professionnelles les plus élevées.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Recommandations	Critères généraux	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008</i> (24)	Chaque unité de chirurgie ambulatoire devrait avoir une liste établie des critères de sélection et d'éligibilité des patients.	Recommandation « forte ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
SFAR, 2009 (17)	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. Par ailleurs, la démarche de l'éligibilité prend en compte la liste des actes définie localement pour la prise en charge en hospitalisation ambulatoire. En effet, 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.	Recommandation forte. Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Critères généraux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health, 2002</i> (36)	La sélection des patients à la chirurgie ambulatoire peut être facilitée par l'utilisation d'un protocole. La question qui devrait se poser n'est plus : « ce patient est-il éligible à la chirurgie ambulatoire ? » mais « est-il justifié d'admettre ce patient en hospitalisation traditionnelle ? »	Avis d'experts.
<i>National Health Services, 2002</i> (37)	La plupart des procédures éligibles, inscrites dans la liste de "<i>British Association of Day Surgery</i>" (BADS), devrait être incluses dans une liste locale adaptée à chaque structure. D'autres procédures peuvent être rajoutées à cette liste. Tout patient devant subir une intervention chirurgicale inscrite sur cette liste devrait être évalué pour s'assurer de son éligibilité à la chirurgie ambulatoire. Les patients sont en général éligibles à la chirurgie ambulatoire. En cas de contre-indication, un avis spécialisé devrait être demandé au chirurgien ou à l'anesthésiste.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Nursing, 2004</i> (38)	Les critères de sélection devraient être définis et convenus entre les chirurgiens, les anesthésistes et les infirmiers impliqués dans la structure de chirurgie ambulatoire (recommandations du <i>Royal College of Surgeons of England</i> de 1992).	Avis d'experts.

Guides	Critères généraux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40)	Il est nécessaire d'avoir un système mis en place pour sélectionner soigneusement les patients en tenant compte des critères chirurgicaux, médicaux (comorbidités notamment) et des critères sociaux.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	Il est recommandé d'adopter une approche multidisciplinaire, avec un accord sur les protocoles d'évaluation du patient, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion qui doivent être convenus avec le service d'anesthésie.	Consensus d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Une sélection appropriée des patients est très importante de façon à assurer la sécurité des soins et une prise en charge de qualité. Une évaluation de la balance bénéfice/risque doit être faite pour chaque patient. Avant d'envisager toute procédure en chirurgie ambulatoire, il est essentiel de s'assurer que le chirurgien ait suffisamment d'expérience dans la pratique de cette intervention et ait un faible taux de complications péri-opératoires. Il existe très peu de contre-indications absolues à la chirurgie ambulatoire. La plupart des patients sont éligibles sauf si des facteurs évalués en période préopératoire ont permis de prédire une probabilité plus élevée de séjour prolongé à l'hôpital.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2006 et 2012 (33, 34)	Des protocoles devraient être mis en place pour la sélection des patients et une gestion péri-opératoire appropriée afin d'éviter les admissions imprévues.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2009 et 2013 (45, 46)	Certains patients peuvent ne pas être éligibles dans des unités de chirurgie ambulatoire plus petites ou isolées mais peuvent être éligibles dans les grands centres. La décision tiendra compte des installations disponibles, de la compétence de l'équipe médicale, de l'état clinique du patient, de la facilité de la technique opératoire, des possibles complications postopératoires et de la situation sociale du patient en relation avec les ressources communautaires disponibles.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2012 (44)	Reprise des critères de l' <i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> (30).	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères généraux

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les critères généraux reposent sur l'évaluation au cas par cas en tenant compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient et du niveau de maturité de la structure basée notamment sur l'expérience de l'équipe médicale et les ressources disponibles.

Les éléments suivants ne sont pas des critères d'éligibilité mais sont importants sur le plan pratique :

- la sélection des patients peut être facilitée par l'utilisation d'un protocole local adapté à chaque structure avec une liste des critères de sélection et d'éligibilité établie localement. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire (données de niveau de preuve peu élevé) ;
- la prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient (données de niveau de preuve peu élevé).

Position argumentée du groupe de travail

Les critères généraux

Le groupe de travail a souhaité apporter plus de précisions sur les critères généraux : l'éligibilité est basée sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient en tenant compte du degré de maturité de la structure (organisation et moyens développés en fonction de la prévisibilité des complications de l'intervention).

La sélection des patients peut être facilitée par un protocole local et adapté à chaque structure.

L'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient est un des facteurs principaux déterminant le choix du mode de prise en charge. L'ophtalmologue a ainsi précisé que dans sa spécialité, l'hospitalisation complète expose les patients à un risque d'infection grave, les interventions sont donc majoritairement réalisées en chirurgie ambulatoire qui est le mode de prise en charge privilégié.

↳ Critères chirurgicaux

D'après la SFAR, les risques liés à l'intervention chirurgicale doivent être connus et limités (17). Pour ce critère, une recommandation (27) et quatre guides de bonnes pratiques (6, 30, 37, 40) ont été identifiés.

Les critères chirurgicaux retrouvés dans la littérature reposent essentiellement sur des avis d'experts, avec toutefois les données des guides et recommandations identifiés convergentes. Pour être éligible, la procédure ne doit pas comporter de risque important de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate (hémorragie, instabilité cardiovasculaire, obstruction des voies aériennes postopératoires, etc.). Les douleurs postopératoires doivent être contrôlables par des techniques préétablies, les soins postopératoires gérables par le patient et son entourage (aucun besoin de soins/surveillances postopératoires nécessitant une gestion en milieu hospitalier) et la prise alimentaire solide et liquide par voie orale possible rapidement (données de niveau de preuve peu élevé).

Seuls les Australiens, dans leurs recommandations de 2010, estimaient que les soins postopératoires spécifiques à la chirurgie ambulatoire pourraient être pris en charge par des paramédicaux, à domicile ou en externe. Dans tous les autres guides, les soins postopératoires devraient être gérables par les patients et leur entourage (données de niveau de preuve peu élevé).

Enfin, selon l'IAAS, le seul critère d'exclusion d'ordre chirurgical serait le cas précis où le chirurgien prévoit pour un patient une intervention trop complexe ou étendue (données de niveau de preuve peu élevé).

Recommandations

Recommandations	Critères chirurgicaux	Gradation selon des auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010 (27)</i>	Sont éligibles à la chirurgie ambulatoire les patients avec : - un risque minime d'hémorragie postopératoire ; - un risque minime d'obstruction des voies aériennes postopératoire ; - des douleurs postopératoires contrôlables et gérables par des techniques préétablies ; - des soins postopératoires gérables par le patient et/ou par un adulte responsable ; - une possibilité de gestion des soins postopératoires spécifiques à la chirurgie ambulatoire par des paramédicaux, à domicile ou en externe ; - un retour rapide de la prise alimentaire solide et liquide par voie orale. Il est conseillé d'organiser la programmation des interventions de façon à faire passer en premier les patients pour lesquels une longue période de récupération est nécessaire.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Critères chirurgicaux	Analyse critique / Niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Si un patient doit subir une procédure qui n'est pas dans la liste des procédures éligibles préétablie de la BADS, l'intervention peut être réalisée sauf : ▀ s'il s'agit d'une intervention chirurgicale intra-thoracique ou intra-abdominale invasive (pas une mini-laparotomie par exemple) ; ▀ si la douleur postopératoire ne peut pas être gérée par voie orale ; ▀ s'il existe un haut risque d'hémorragie ; ▀ si une perfusion par voie veineuse est nécessaire après l'intervention ; ▀ s'il existe un risque attendu d'absence d'irrigation d'organes vitaux.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 (1)	Une liste non exhaustive de procédures est éligible à l'ambulatoire avec l'amélioration des techniques et du contrôle de la douleur. La durée des interventions semble désormais négligeable. Le degré d'« agression » lié à la chirurgie semble plus important. Les interventions au niveau abdominal et thoracique devraient se faire uniquement en utilisant des techniques mini-invasives. La seule exception est quand le chirurgien prévoit pour un patient une intervention trop complexe ou trop étendue.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40)	Tous les patients programmés pour une intervention dont la réalisation est possible en ambulatoire devraient être pré-évalués afin de prendre la décision d'admission en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation traditionnelle. La décision devrait être faite sur une base individuelle. Le seul critère chirurgical qui ferait obstacle à la chirurgie ambulatoire est le cas précis où le chirurgien prévoit une intervention trop complexe ou étendue pour un patient particulier.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	La procédure ne doit pas comporter de risque important de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate (hémorragie, instabilité cardiovasculaire). La procédure ne devrait pas interdire le patient de reprendre un apport par voie orale au bout de quelques heures.	Consensus d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Un large type de procédure est réalisable en chirurgie ambulatoire avec l'amélioration des techniques chirurgicales et le contrôle de la douleur. Seules les techniques permettant de réaliser une procédure le moins invasive possible devraient être privilégiées quand il s'agit d'intervention sur les cavités abdominales et thoraciques. Le critère le plus important n'est pas tant la durée mais le degré d'« agression » de l'intervention. Les douleurs postopératoires devraient être gérables avec une analgésie orale ou des techniques d'anesthésie régionale. L'intervention chirurgicale devrait être à moindre risque d'hémorragies et de complications postopératoires. Aucun traitement par perfusion, ni de soins ou observations spécialisés ne devraient être nécessaires.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères chirurgicaux

Les critères d'éligibilité d'ordre chirurgical ci-après, issus de la littérature, reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes :

- risque minime de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate (hémorragie, instabilité cardiovasculaire, obstruction des voies aériennes postopératoires, etc.) ;
- douleurs postopératoires contrôlables ;
- retour rapide de la prise alimentaire solide et liquide par voie orale ;
- soins postopératoires gérables par le patient et son entourage.

Le niveau de preuve peu élevé des deux éléments suivants ne permet pas de les retenir :

- le seul critère d'exclusion serait le caractère prévisible de l'intervention jugé trop complexe ou trop étendu pour un patient déterminé ;
- la durée de l'intervention ne serait pas un critère d'éligibilité.

Un élément pouvant être utile sur le plan pratique a été relevé :

- les soins postopératoires spécifiques à la chirurgie ambulatoire pourraient être gérés par des paramédicaux, à domicile ou en externe (données de niveau de preuve peu élevé).

Position argumentée du groupe de travail

Les critères chirurgicaux

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les critères chirurgicaux.

Par ailleurs, la durée de l'intervention n'est pas un critère d'éligibilité, il s'agit toutefois d'un élément à prendre en compte puisque la durée doit être compatible avec la sortie du patient le jour de son intervention. La programmation de l'intervention doit assurer que le temps de surveillance postopératoire sera suffisant avant la sortie du patient.

La bilatéralité

L'orthopédiste a soulevé le problème que peut poser la bilatéralité. Il s'agit d'un critère non cité dans la littérature mais dont l'appréciation est importante en termes d'anesthésie notamment locorégionale, mais aussi en termes d'autonomie et de capacité fonctionnelle du patient. La bilatéralité peut entraîner une modification de la prise en charge amenant dans certains cas à décider une hospitalisation complète.

↳ Critères anesthésiques

Selon la SFAR, la consultation pré-anesthésique (CPA) comporte en ambulatoire l'enjeu supplémentaire de confirmer ou récuser l'éligibilité du patient au mode ambulatoire. Elle est, après le choix de l'intervention et la consultation du praticien demandeur d'anesthésie, le deuxième filtre de sélection pour autoriser l'hospitalisation ambulatoire (17).

Les critères anesthésiques doivent être évalués de telle façon à inclure les patients ne présentant pas de contre-indications aux différentes techniques anesthésiques disponibles. Le statut ASA et l'évaluation des risques de syndrome d'hyperthermie maligne font partie de ces critères car ce sont des éléments évalués spécifiquement par l'anesthésiste.

► Critères anesthésiques

Trois recommandations australiennes et française (17, 21, 27), et six guides de bonnes pratiques anglais (30, 36-38, 45, 46) ont été identifiés.

Les recommandations de la SFAR sont de qualité générale moyenne, les données des autres documents identifiés reposent sur des avis d'experts.

Les données des recommandations identifiées rejoignent les recommandations de bonne pratique en anesthésie. Selon la SFAR, la chirurgie ambulatoire peut se faire selon des modalités anesthésiques variées. Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peuvent être utilisés. 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 (17). Selon les recommandations australiennes/néo-zélandaises, l'anesthésie générale, régionale ou locale, une sédation ou une combinaison de techniques peuvent être utilisées (27).

Les techniques anesthésiques devraient assurer un minimum de stress et un maximum de confort pour le patient et les critères bénéfice/risque de chaque technique doivent être pris en compte selon l'*Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* (AAGBI) (30) (données de niveau de preuve peu élevé).

Le NHS dans son guide de 2002 était beaucoup plus précis. Les contre-indications seraient les antécédents de difficulté d'intubation, l'incapacité d'ouvrir la bouche ou la difficulté de la maintenir ouverte. Les contre-indications relatives seraient les antécédents de problèmes anesthésiques, le cou court avec une circonférence ≥ 43 cm, une mâchoire reculée, un score de Mallampati stade 3 et 4, une ouverture limitée de la bouche (37) (données de niveau de preuve peu élevé).

En cas d'anesthésie locale ou régionale

- l'éligibilité dépendrait de l'état cardio-respiratoire qui serait le seul critère essentiel de sélection, selon l'*Australian Day Surgery Council* en 2004 (21) (données de niveau de preuve peu élevé).

En cas d'anesthésie générale

- les limites pour l'anesthésie générale dépendraient de l'état physique, des critères psychologiques et sociaux lors de la consultation initiale (38) (données de niveau de preuve peu élevé) ;
- la sélection des patients et l'évaluation en préopératoire des critères d'éligibilité à l'anesthésie générale devraient être développées et validées par les anesthésistes expérimentés selon l'*UK Department of Health* en 2002 (36) et le *Royal College of Anaesthetists* en 2013 (46). Par ailleurs, l'évaluation préopératoire pour une anesthésie générale pourrait être réalisée par un infirmier en utilisant un protocole validé. Si le patient ne répond pas aux critères, l'infirmier l'adresse à l'anesthésiste qui prendra la décision finale (données de niveau de preuve peu élevé). À ce titre, il est important de rappeler que l'évaluation des patients lors des consultations

préopératoires reste un acte médical en France et doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (cf. décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

Recommandations

Recommandations	Critères anesthésiques	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian Day Surgery Council, 2004</i> (21)	Les patients se présentant pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire réalisée sous anesthésie générale doivent être des sujets relativement « en bonne santé » accompagnés d'adulte responsable disponible pour les aider et les soutenir à domicile dans les premières 12-24 heures postopératoires. Le terme « en bonne santé » est principalement lié à l'état du système cardio-respiratoire. Cela devrait être le seul critère essentiel d'exclusion en particulier pour les procédures effectuées sous anesthésie locale ou régionale.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
SFAR, 2009 (17)	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 peuvent être utilisés. 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.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010</i> (27)	L'anesthésie générale, régionale ou locale, une sédation ou une combinaison de techniques peuvent être utilisées.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Critères anesthésiques	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health, 2002</i> (36)	Les critères d'éligibilité à l'anesthésie générale devraient être élaborés et validés par les anesthésistes. Un infirmier réalise l'évaluation préopératoire en utilisant un protocole préétabli afin d'évaluer la pertinence d'une anesthésie générale. Si le patient ne répond pas aux critères, l'infirmier l'adresse à l'anesthésiste qui prendra la décision finale. Il est donc essentiel que l'anesthésiste ait reçu une formation appropriée et suive les recommandations du <i>Royal College of Anaesthetists</i> .	Avis d'experts.

Guides	Critères anesthésiques	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Les contre-indications relatives seraient les antécédents de complications anesthésiques (apnée liée au suxaméthonium, hyperthermie maligne, morbidité importante pendant et à la suite d'une anesthésie, etc.). Il convient alors de demander les comptes- rendus médicaux détaillés puis de référer le patient à l'anesthésiste. Les détails relatifs à des problèmes inexpliqués liés à l'anesthésie doivent être notés. Une bonne évaluation devrait permettre d'avoir les autres contre-indications liées aux problèmes des voies aériennes : les contre-indications sont l'incapacité pour le patient d'ouvrir la bouche ou la difficulté de la maintenir ouverte. Les patients connus ayant eu un antécédent de difficulté d'intubation ne sont pas en général éligibles à la chirurgie ambulatoire car ils nécessitent l'utilisation d'instruments spécifiques. Il convient de demander l'avis de l'anesthésiste. Les contre-indications relatives : un cou court avec une circonférence ≥ 43 cm, une mâchoire reculée, un score de Mallampati stade 3 et 4 ou une ouverture limitée de la bouche.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38)	Les limites pour l'anesthésie générale dépendent de l'état physique, des critères psychologiques et sociaux lors de la consultation préalable pour évaluer l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2009 et 2013 (45, 46)	La sélection des patients et l'évaluation en préopératoire des critères d'éligibilité à l'anesthésie générale doivent être développées et validées par les anesthésistes. L'anesthésiste procède à l'évaluation préopératoire de l'éligibilité des patients complexes à la chirurgie ambulatoire.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	Les techniques anesthésiques devraient assurer un minimum de stress et un maximum de confort pour le patient et l'analyse du rapport bénéfice/risque de chaque technique doit être prise en compte dans le choix de la technique utilisée.	Consensus d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères anesthésiques

Les critères anesthésiques suivants retrouvés dans la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir :

- Qu'il n'est pas recommandé de stratégie anesthésique spécifique. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, l'anesthésie générale, régionale ou locale, une sédation ou une combinaison de techniques peuvent être utilisés.

Les critères suivants relèvent des recommandations de bonne pratique en anesthésie (données de niveau de preuve peu élevé) :

- les contre-indications relatives seraient les antécédents de problèmes anesthésiques, le cou court avec une circonférence ≥ 43 cm, la mâchoire reculée, un score de Mallampati stade 3 et 4, l'ouverture limitée de la bouche ;
- les contre-indications absolues seraient les antécédents de difficulté d'intubation, l'incapacité d'ouvrir la bouche ou la difficulté de la maintenir ouverte.

Le niveau de preuve peu élevé des données suivantes ne permet pas de les retenir:

- il serait 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 ;
- les techniques anesthésiques devraient entraîner un minimum de stress et un maximum de confort pour le patient et l'analyse du rapport bénéfice/risque de chaque technique doit être prise en compte dans le choix ;
- en cas d'anesthésie locale ou régionale, l'éligibilité dépendrait de l'état cardio-respiratoire qui serait le seul critère essentiel de sélection ;
- les critères d'éligibilité en cas d'anesthésie générale devraient être développés et validés par des anesthésistes expérimentés.

Il est important de rappeler la réglementation en France en matière de consultation anesthésique qui doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (cf. décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

Position argumentée du groupe de travail

Les critères anesthésiques

Il n'existe pas de stratégie spécifique, le choix de la technique anesthésique s'effectue en fonction de l'évaluation du couple acte-patient et de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient.

Les critères utilisés lors de l'évaluation préopératoire devraient être développés et validés par les anesthésistes.

Certains membres du groupe de travail tiennent également à préciser que contrairement aux données retrouvées dans la littérature (notamment dans les recommandations anglo-saxonnes), l'évaluation préopératoire reste un acte médical en France et doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (cf. décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

► Statut ASA

Selon la BADS, la classification de la Société américaine des anesthésistes (*American Society of Anesthesiologists*, ASA) est la plus souvent utilisée pour évaluer l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire (44). Parfois considérée comme incomplète mais simple à utiliser notamment pour les pathologies chroniques (1), la classification ASA permet de prévoir la gestion d'événements péri-opératoires plus complexes selon Smith *et al.* (6). Un tableau détaillant cette classification se trouve en Annexe 6.

Quatre recommandations, de qualité méthodologique variable (17, 24, 27, 32), quatre guides de bonnes pratiques (6, 37, 38, 44) et deux études observationnelles dont une enquête (55) et une étude de type cas-témoin (54) ont été identifiés.

Bien que les données soient de niveau de preuve variable, tous ces documents sont convergents : les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire. L'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, fonde le principe de cette sélection.

Par ailleurs, dans une enquête réalisée en 2004 dont l'objectif était de décrire la pratique courante des anesthésistes canadiens en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire, le statut ASA IV est une contre-indication absolue (niveau de preuve : 4). En revanche, en 2010, selon le Collège des anesthésistes australiens et néo-zélandais, les patients avec un statut ASA IV médicalement stable seraient éligibles. L'éligibilité du patient ne dépendrait pas seulement de son état physique. Une consultation préalable avec un anesthésiste est indispensable (recommandation de niveau de preuve peu élevé, assimilée à un avis d'expert). De même, selon l'IAAS ainsi que Smith *et al.* en 2011, certains patients de statut ASA IV pourraient être éligibles à la chirurgie ambulatoire réalisée sous anesthésie locale (avis d'experts).

En conclusion, le niveau de preuve peu élevé des données issues de la littérature, divergentes de surcroît, ne permet pas de conclure sur l'éligibilité des patients de statut ASA IV médicalement stable.

Recommandations

Recommandations	Statut ASA	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	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.	Recommandation forte.	Qualité générale : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Les patients avec un statut ASA I et II et ASA III ou IV médicalement stable sont éligibles. L'éligibilité du patient ne dépend pas seulement de son état physique. Une consultation préalable avec un anesthésiste est indispensable.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
<i>Hong Kong College of Anaesthesiologists</i> , 2012 (32)	Les patients avec un statut ASA I et II et ASA III médicalement stable sont éligibles. L'éligibilité du patient ne dépend pas seulement de son état physique. La consultation préalable avec un anesthésiste est essentielle.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Recommandations	Statut ASA	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008</i> (24)	Les patients de statut ASA I et II sont éligibles. Les patients de statut ASA III peuvent être éligibles après une évaluation du rapport bénéfice/risque pour chaque patient (exemple : patient ASA III sans décompensation dans les trois mois précédant l'intervention).	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Statut ASA	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Les patients de statut ASA I, II et ASA III sont éligibles sauf contre-indication.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Nursing, 2004</i> (38)	Les patients de statut ASA I, II et de statut ASA III bien contrôlé sont éligibles à la chirurgie ambulatoire.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery, 2006</i> (1)	Les stades I à III pourraient être éligibles à moins qu'il n'existe d'autres contre-indications. Les stades IV pourraient être éligibles pour les interventions sous anesthésie locale.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Les patients de statut ASA III ne présentent pas plus de complications postopératoires à la sortie, ni le lendemain de l'intervention. Certains patients de statut ASA IV peuvent être éligibles à la chirurgie ambulatoire réalisée sous anesthésie locale.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery, 2012</i> (44)	Le statut ASA III ne constitue pas automatiquement une limite pour orienter les patients vers une hospitalisation traditionnelle. Dans certains cas, le patient arrive à mieux gérer les traitements concomitants à domicile qu'à l'hôpital. Une étude a montré qu'il n'existe pas plus d'admissions non planifiées, ni plus de contacts avec un service de soins, ni plus de complications postopératoires après la sortie des patients de statut ASA I ou II et ceux de statut ASA III.	Avis d'experts.

Études observationnelles

Études	Statut ASA	Analyse critique / niveau de preuve
Friedman <i>et al.</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal</u> : Enquête pour décrire la pratique courante des anesthésistes canadiens en matière de critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire. <u>Résultats</u> : Pour 90 % des anesthésistes, les patients de statut ASA III sont éligibles. Pour plus de 75 % des anesthésistes, le statut ASA IV est une contre-indication absolue à la chirurgie ambulatoire.	4

Études	Statut ASA	Analyse critique / niveau de preuve
Ansell et Montgomery, 2004 (54)	<u>Objectif principal</u> : Étude cas-témoin pour comparer les patients de statut ASA grade III vs statut ASA I et II. <u>Résultats</u> : Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes sur le taux d'admissions non planifiées postopératoires, la fréquence des contacts non planifiés avec les professionnels de santé, ni le taux de morbidités mineures.	3

Synthèse de la littérature

Le statut ASA

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients en tenant compte du statut ASA sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire ;
- c'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de la sélection.

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients de statut ASA III non équilibré et ASA IV.

Position argumentée du groupe de travail

Le statut ASA

Les membres du groupe de travail ont souligné que la stabilité de l'état clinique constitue l'argument décisionnel majeur. Le score ASA réalisé lors de la consultation préopératoire prend en compte les antécédents des patients. Il s'agit d'un score prédictif du risque péri-opératoire, mais il existe une variabilité inter-opérateur dans son estimation. Toutefois, ce score reste le plus connu et le plus couramment utilisé actuellement.

Selon les anesthésistes, des scores annexes de gestion de risque *a priori* pourraient être utilisés pour apprécier l'éligibilité du patient. Il s'agit du :

- score cardiaque de LEE brut et modifié pour graduer les morbidités péri-opératoires sur les événements cardiovasculaires (cf. Annexe 6) ;
- score NYHA (*New York Heart Association*).

Les anesthésistes ont également évoqué l'existence de scores fonctionnels qui n'interviennent pas sur l'éligibilité mais qui sont intéressants pour définir en amont une stratégie de prise en charge. Il s'agit notamment du :

- score simplifié d'APFEL qui prédit les NVPO permettant de mettre en place une stratégie de prévention et d'anticipation. Il s'agit d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité (cf. Annexe 6) ;
- score EVA préopératoire pour évaluer la douleur (notamment une douleur chronique préexistante) ;
- score MET qui évalue la capacité et le retentissement fonctionnel. Ce score permet de mesurer l'intégration sociale et la capacité de recouvrance de l'état antérieur et de la réhabilitation dans le domicile. Le retour à domicile va être fonction de l'autonomie antérieure, de l'agressivité de l'intervention et des moyens qui vont être mis en place (cf. Annexe 6).

► Syndrome d'hyperthermie maligne

L'hyperthermie maligne (HM) est une myopathie induite par un dysfonctionnement aigu du couplage calcique excitation-contraction du muscle strié squelettique. Il s'agit d'une complication pharmacogénétique de l'anesthésie, potentiellement mortelle, génétiquement transmise sur le mode dominant non lié au sexe et quasiment sans expression clinique en dehors de la survenue de la crise. La crise survient au cours ou au décours immédiat de l'anesthésie générale et est déclenchée par tous les agents volatils halogénés et la succinylcholine. Comme les signes initiaux ne sont pas spécifiques, le diagnostic est difficile. Mais un diagnostic précoce basé sur des signes cliniques est important d'autant qu'un traitement de référence, le dantrolène, existe et permet une réduction de la mortalité de 75 % (62).

En 2013, selon Nivoche *et al.*, les statistiques établies sur de longues périodes d'étude convergent vers une fréquence de survenue d'une crise entre 1/10 000 chez l'enfant et 1/100 000 anesthésies chez l'adulte. Les personnes susceptibles ont inconstamment des antécédents familiaux évocateurs qu'il convient de rechercher systématiquement au cours de la consultation préopératoire (62). Peu de données sont disponibles. En effet, d'après Bryson *et al.*, le syndrome d'hyperthermie maligne est une maladie rare et ne se prête pas à de grandes études prospectives. L'éligibilité de ce type de patient à la chirurgie ambulatoire a été discutée dans une recommandation américaine (19), une revue systématique de la littérature canadienne (49) et une étude observationnelle descriptive réalisée également au Canada (55). Les données d'une revue narrative récente ont été reportées, à titre descriptif (62).

Les données sont de niveau de preuve peu élevé.

Pour les patients diagnostiqués

En 2004, selon Bryson *et al.*, les patients atteints de syndrome d'hyperthermie maligne ne présenteraient pas de contre-indication à la chirurgie ambulatoire tant qu'un minimum de quatre heures de surveillance postopératoire peut être effectué. Ce seuil de surveillance minimum de quatre heures a été recommandé par le *Malignant Hyperthermia Association of Canada* (49) (revue de niveau d'évidence peu élevé). En revanche, l'enquête canadienne réalisée en 2004 a montré que pour 75 % des anesthésistes, les patients diagnostiqués ne seraient pas éligibles (niveau de preuve 4).

Même si au cours de l'évaluation préopératoire, le patient ne présente aucun risque d'hyperthermie maligne, la suspicion d'une crise peropératoire est une contre-indication absolue au retour à domicile le jour même de l'intervention (données d'une revue narrative récente, reprises à titre descriptif) (62).

En conclusion, le niveau de preuve peu élevé des données sur l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire des patients diagnostiqués, issues de documents divergents, ne permet pas de les retenir.

En cas de suspicion de syndrome d'hyperthermie maligne

En 2011, selon les recommandations de l'*American Society of Plastic Surgeons* (recommandation de qualité générale moyenne) (19), au cours de l'évaluation préopératoire, il est conseillé de demander les antécédents personnels et familiaux d'hyperthermie maligne ou de complications à la suite d'une anesthésie (grade D). L'éligibilité des patients, en cas de suspicion, serait alors en fonction du résultat des tests diagnostiques appropriés (grade B).

L'étude de Friedman *et al.* a montré que pour 75 % des anesthésistes canadiens, les patients de statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu seraient éligibles (niveau de preuve 4). L'étude ne précise pas le besoin de faire des tests diagnostiques dans ce cas.

Selon une revue narrative récente dont les données sont reprises juste à titre descriptif, les patients de statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu seraient éligibles même en cas d'intervention sous anesthésie générale (62).

En conclusion, ces données divergentes et de niveau de preuve peu élevé ne permettent pas de faire une conclusion sur l'éligibilité des patients en cas de suspicion de syndrome d'hyperthermie maligne.

Recommandation

Recommandation	Hyperthermie maligne	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>American Society of Plastic Surgeons</i> , 2011 (19)	▸ Au cours de l'évaluation du patient, demander les antécédents personnels et familiaux d'hyperthermie maligne ou de complications à la suite d'une anesthésie. ▸ Les patients pour lesquels il y a une suspicion d'hyperthermie maligne doivent être orientés vers des tests de diagnostics appropriés.	Grade D : option. Grade B : recommandation.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Hyperthermie maligne	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson <i>et al.</i> , 2004 (49)	▸ Le syndrome d'hyperthermie maligne est une maladie rare et ne se prête pas à de grandes études prospectives. Les données actuelles proviennent surtout des études rétrospectives et des séries de cas rapportées. ▸ Les données de la littérature ne montrent pas un risque plus élevé de déclenchement d'hyperthermie maligne, de morbidité ou de mortalité chez les enfants diagnostiqués atteints du syndrome d'hyperthermie maligne. ▸ Les données de la littérature ne montrent pas une association entre le risque d'hyperthermie maligne et la durée de l'intervention. ▸ Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un risque plus élevé pour les patients atteints du syndrome d'hyperthermie maligne en fonction du type de l'intervention chirurgicale. ▸ Les patients atteints du syndrome d'hyperthermie maligne ne présentent pas de contre-indication à la chirurgie ambulatoire tant qu'un minimum de quatre heures²⁷ de surveillance postopératoire peut être effectué. Peu de données sont disponibles pour appuyer les recommandations concernant la gestion de l'hyperthermie postopératoire isolée chez les patients atteints du syndrome d'hyperthermie maligne, mais l'admission à l'hôpital pour observation est recommandée.	Grade C Grade C Grade C Grade C Grade D	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

*gradation des conclusions : cf. Annexe 2

²⁷ Seuil recommandé par le *Malignant Hyperthermia Association of Canada* (MHA Canada).

Étude observationnelle

Étude	Hyperthermie maligne	Analyse critique / niveau de preuve
Friedman <i>et al.</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal</u> : Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire. <u>Résultats</u> : Pour 90 % des anesthésistes, les patients avec une suspicion de syndrome d'hyperthermie maligne restent éligibles. Pour 82 % des anesthésistes, le syndrome d'hyperthermie maligne avéré²⁸ est considéré comme un critère de non-éligibilité. Cette étude observationnelle a montré la différence entre la pratique réelle et les recommandations en vigueur car le syndrome d'hyperthermie maligne avéré est considéré comme un critère de non-éligibilité pour 82 % des anesthésistes alors qu'il ne s'agit pas d'une contre-indication à la chirurgie ambulatoire pour l'Association d'hyperthermie maligne (MH Association).	4

Revue narrative

Une revue narrative française récente a été identifiée et les données sur la prise en charge de l'hyperthermie maligne au cours d'une anesthésie ambulatoire sont reprises à titre descriptif (62). Ainsi,

- la suspicion de la crise d'hyperthermie maligne au cours d'une anesthésie ambulatoire est évidemment une urgence et est une contre-indication absolue au retour à domicile le jour même : une surveillance intensive est nécessaire pendant 24 à 48 heures, quelle que soit l'évolution immédiate favorable ;
- le statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu n'est pas une contre-indication à la prise en charge anesthésique ambulatoire, y compris si une anesthésie générale est programmée ;
- moyennant des précautions parfaitement connues, le statut HMS n'augmente pas le risque anesthésique et ne peut être un motif de limitation de l'accès aux soins. De plus, dans les familles HMS, les personnes testées négatives par les tests musculaires peuvent recevoir les agents déclenchants.

²⁸ Pas de précision s'il faudrait une vérification génotypique ou pas.

Synthèse de la littérature

Le syndrome d'hyperthermie maligne

Le peu de données disponibles dans la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Patients diagnostiqués

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients diagnostiqués.

Patients de statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients HMS connu.

Position argumentée du groupe de travail

Le syndrome d'hyperthermie maligne

Patients diagnostiqués et statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

L'appréciation du risque de syndrome d'hyperthermie maligne en préopératoire est régulièrement citée dans la littérature, il s'agit d'une situation extrêmement rare mais grave.

Le groupe de travail rappelle qu'il existe une obligation de disposer de matériels appropriés et d'afficher les procédures de gestion de crise. Des recommandations à ce sujet ont été élaborées par la SFAR en 2013 avec un arbre décisionnel de dépistage en préopératoire même s'il s'agit de recommandations non spécifiques à la chirurgie ambulatoire*. En cas de crise peropératoire, la sortie le jour même de l'intervention est exclue.

* Recommandations d'experts pour le risque d'hyperthermie maligne en anesthésie réanimation SFAR – CRC (mis en ligne le 10 novembre 2013, <http://www.sfar.org/docs/articles/hmsfar15octobre2013finalJMC.pdf>)

↳ Critères médicaux en général

Deux types de critères médicaux ont pu être extraits de la littérature : les critères médicaux en général et les critères d'éligibilité des patients présentant des comorbidités spécifiques connues ou d'états cliniques particuliers.

Concernant les critères médicaux en général, sept documents ont été identifiés : une recommandation espagnole (24), quatre guides de bonnes pratiques anglais (6, 30, 39, 41) ainsi que le guide de l'*International Association for Ambulatory Surgery* (1, 40).

Les critères médicaux identifiés dans la littérature relèvent tous d'avis d'experts, de niveau de preuve peu élevé. Toutefois, les documents sont convergents. Ainsi, les critères médicaux sont basés sur l'évaluation de chaque patient, en tenant compte de son état clinique général au moment de l'évaluation et de ses antécédents personnels et familiaux. En aucun cas, l'éligibilité ne devrait être arbitrairement limitée par l'âge, le poids, le statut ASA, les comorbidités ou les risques anesthésiques. Il faudrait savoir distinguer les conditions préopératoires connues en amont et devant être gérées, de celles pouvant entraîner des complications postopératoires tardives pouvant être une contre-indication à la chirurgie ambulatoire (données de niveau de preuve peu élevé).

Toutes les comorbidités devraient être gérées de façon optimale avant toute intervention chirurgicale en ambulatoire. Par ailleurs, l'état du patient avant l'intervention chirurgicale, la façon dont il se gère à domicile et une intervention non susceptible d'entraîner un risque sur la gestion des comorbidités seraient des conditions à évaluer permettant ou non la sortie du patient le jour même de l'intervention (données de niveau de preuve peu élevé).

Quelques cas particuliers ont été soulignés dans les guides de bonnes pratiques (données de niveau de preuve peu élevé) :

- les femmes allaitantes seraient particulièrement éligibles car le retour à domicile le jour de l'intervention évite une séparation prolongée entre la mère et son bébé. Des précautions particulières sont toutefois nécessaires sur le choix des anesthésiques et des traitements prescrits en postopératoire ;
- les patients allergiques au latex seraient particulièrement éligibles car moins de temps en milieu hospitalier diminue leur risque d'être en contact avec du latex. Mais ces patients nécessiteraient une adaptation préalable avant et pendant l'intervention et ils devraient être conseillés à la sortie sur la façon de gérer les symptômes éventuels et informés vers qui s'orienter en cas de problèmes ;
- certaines catégories de patients plus à risque d'infection du site opératoire (notamment les fumeurs, les patients obèses et les patients diabétiques) : ces patients nécessiteraient une attention particulière au cours de l'évaluation préopératoire.

Recommandation

Recommandation	Critères médicaux en général	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008</i> (24)	Les patients présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux (antécédents de trouble de coagulation, de complications anesthésiques, d'hyperthermie maligne, de mort subite ou présentant des myopathies, des neuropathies, ou avec des dépendances [drogues, etc.]) doivent être évalués avant de les inclure dans un programme de chirurgie ambulatoire	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Critères médicaux en général	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2006 (39)	Les femmes allaitantes sont particulièrement éligibles à la chirurgie ambulatoire car cela évite une séparation prolongée entre la mère et son bébé. Toutefois, les produits anesthésiques utilisés et les traitements postopératoires doivent être choisis avec une attention particulière du fait de passage de ces produits dans le lait maternel. Les patients allergiques au latex sont particulièrement éligibles à la chirurgie ambulatoire car moins de temps en milieu hospitalier diminue le risque d'être en contact avec du latex. Toutefois, la consultation préopératoire doit permettre de bien évaluer ces patients. Tout doit être adapté et avant sa sortie, le patient doit être conseillé sur la façon de gérer les symptômes éventuels et informé vers qui s'orienter en cas de problèmes.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 et 2007 (1) et (40)	La sélection des patients devrait être basée sur leur état général et non arbitrairement limitée par l'âge, le poids ou le risque anesthésique. Pour les patients qui ont des comorbidités, leur état avant l'intervention, la stabilité de leur pathologie et leurs limites fonctionnelles doivent être évalués. La question fondamentale et pragmatique à considérer est de savoir si le résultat serait amélioré par une hospitalisation pré-ou postopératoire. Si non, le patient devrait être pris en charge en ambulatoire.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2008 (41)	Certaines catégories de patients (notamment les fumeurs, les patients obèses et les patients diabétiques) ont besoin d'une attention particulière lors de l'évaluation préopératoire car ils présentent plus de risques d'infection au niveau du site opératoire.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	L'éligibilité du patient à un acte en chirurgie ambulatoire doit être déterminée en fonction de son état évalué en préopératoire et non limitée par des critères arbitraires tels que le statut ASA, l'âge ou l'IMC. Les patients doivent en général être en mesure de se mobiliser avant la sortie, bien que la mobilisation totale ne soit pas toujours indispensable. Souvent, il est mieux de prendre en charge en chirurgie ambulatoire les patients atteints de maladies chroniques stables, telles que le diabète, l'asthme ou l'épilepsie car cela perturbera le moins possible leur routine quotidienne.	Consensus d'experts.

Guides	Critères médicaux en général	Analyse critique / niveau de preuve
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Toutes les comorbidités doivent être gérées de façon optimale avant toute intervention chirurgicale en ambulatoire. Une nuit à l'hôpital la veille de l'intervention ne permet pas de pallier une mauvaise gestion des comorbidités en période préopératoire. En considérant l'état du patient avant l'intervention chirurgicale et la façon dont il se gère à domicile, si l'intervention n'est pas susceptible d'entraîner des risques de gestion des comorbidités, la sortie le jour même devrait être possible. De nombreux facteurs liés au patient tels que l'âge, l'obésité ou la présence de comorbidités sont associés à des événements indésirables péri-opératoires, mais ce sont généralement des événements mineurs ou résolus peu après l'intervention et sont de mauvais facteurs de prédiction d'admission imprévue ou de réadmission. L'évaluation de l'état clinique est le plus important pour établir l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. Évaluer les antécédents du patient est très important, en particulier la tolérance à l'exercice et la limitation fonctionnelle. L'auscultation thoracique de routine et les tests préopératoires sont généralement inutiles. L'évaluation des patients en présence de toute autre condition doit se faire de façon individuelle. Une distinction doit être faite entre les conditions qui rendront la période péri-opératoire plus difficile à gérer et celles qui font augmenter le risque de problèmes postopératoires tardifs et qui peuvent donc être une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères médicaux en général

Les données de la littérature suivantes sur les critères médicaux sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les critères médicaux sont basés sur l'évaluation de chaque patient, en tenant compte de son état général au moment de l'évaluation et de ses antécédents personnels et familiaux ;
- en aucun cas, l'éligibilité ne devrait être arbitrairement limitée par l'âge, l'IMC, le statut ASA, les comorbidités ou les risques anesthésiques.

L'éligibilité d'une catégorie spécifique de patients (données de niveau de preuve peu élevé) a été discutée dans la littérature :

- les femmes allaitantes seraient éligibles mais il faut porter une attention particulière aux produits et traitements qui passent dans le lait maternel ;
- les patients allergiques au latex seraient éligibles mais nécessiteraient une adaptation préalable en période péri-opératoire et à la sortie ;
- les patients plus à risque d'infection de site opératoire (notamment les fumeurs, les obèses et les diabétiques) nécessiteraient une attention particulière au cours de la consultation préopératoire.

Un élément pouvant être utile sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, a été relevé :

- il faudrait distinguer les conditions préopératoires connues en amont devant être gérées de celles pouvant entraîner des complications postopératoires tardives pouvant être une contre-indication à la chirurgie ambulatoire.

Position argumentée du groupe de travail

Les critères médicaux en général

L'éligibilité n'est pas arbitrairement limitée par l'âge, l'IMC, les comorbidités, ou les risques anesthésiques. Elle se fonde sur une évaluation de l'état clinique du patient et sur l'appréciation de ses comorbidités.

Les membres du groupe de travail partagent l'analyse des données de la littérature sur l'éligibilité des femmes qui allaitent.

Il a été rappelé que les patients allergiques au latex sont éligibles mais qu'ils nécessitent une adaptation préalable en période péri-opératoire notamment l'utilisation de matériels anesthésiques et chirurgicaux sans latex, qui sont aussi recommandés pour les enfants. Pour ces situations, il est conseillé de planifier les interventions en début de programme opératoire.

Concernant les patients plus à risque d'infection du site opératoire (les fumeurs, les obèses et les diabétiques), le groupe de travail signale qu'il ne s'agit pas d'un indicateur spécifique en chirurgie ambulatoire. Les infections du site opératoire surviennent en général à distance et sont difficiles à apprécier en chirurgie ambulatoire.

↳ **Syndrome d'apnée du sommeil**

Le syndrome d'apnée du sommeil ou plus précisément le syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) se caractérise par la survenue, pendant le sommeil, d'épisodes anormalement fréquents d'interruption de la ventilation (apnées), ou de réductions significatives de la ventilation (hypopnées) (63). Il est lié à un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil. Les épisodes d'apnées et d'hypopnées entraînent une hypoxémie et des micro-éveils (48). Le trouble de la respiration pendant le sommeil entraîne une perturbation de la ventilation normale. Il s'agit d'une obstruction des voies aériennes supérieures de façon partielle mais prolongée et/ou d'une obstruction complète mais de façon intermittente (64).

Le syndrome de l'apnée du sommeil peut être d'origine centrale (commande ventilatoire altérée entraînant l'arrêt ou la diminution de la ventilation), obstructive (persistance d'efforts ventilatoires pendant l'apnée) ou mixte.

Le diagnostic se fait avec la présence des signes suivants (63) :

Chez l'adulte

Le SAHOS est défini par la présence des critères A ou B et du critère C :

A. somnolence diurne excessive, non expliquée par d'autres facteurs ;

B. deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :

- ronflement sévère et quotidien,
- sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil,
- éveils répétés pendant le sommeil,
- sommeil non réparateur,
- fatigue diurne,
- difficultés de concentration,
- nycturie (plus d'une miction par nuit).

C. critère polysomnographique ou polygraphique : apnées + hypopnées ≥ 5 par heure de sommeil (index d'apnées hypopnées [IAH] ≥ 5).

Chez l'enfant

Selon l'ICSD 2005, les critères diagnostiques du SAHOS chez l'enfant sont les suivants :

- les parents rapportent durant le sommeil de l'enfant soit des ronflements, soit une respiration difficile ou obstruée, soit les deux ;
- les parents de l'enfant rapportent avoir observé au moins un des événements suivants :
 - mouvements paradoxaux de la cage thoracique pendant l'inspiration,
 - mouvements avec réaction d'éveil,
 - diaphorèse,
 - hyperextension du cou durant le sommeil,
 - somnolence diurne excessive, hyperactivité, ou comportement agressif,
 - une croissance staturo-pondérale insuffisante,
 - céphalées matinales,
 - énurésie secondaire ;
- les enregistrements polygraphiques montrent un ou plusieurs événements respiratoires scorables par heure (c'est-à-dire, apnée ou hypopnée d'une durée d'au moins deux cycles respiratoires) ;
- les enregistrements polygraphiques montrent l'un des points suivants :
 - au moins un des événements suivants : réveils fréquents associés à une augmentation des efforts respiratoires ; désaturation artérielle en oxygène associée aux épisodes d'apnées ; hypercapnie durant le sommeil ; variations marquées de la pression intra-œsophagienne,

- périodes d'hypercapnie et/ou de désaturation pendant le sommeil associées à des ronflements, des mouvements paradoxaux de la cage thoracique pendant l'inspiration et au moins un des signes suivants : réveils fréquents ou des variations marquées de la pression intra-œsophagienne ;
- le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil, un autre trouble médical ou neurologique, ou un trouble lié à la consommation de drogues ou de médicaments.

En 2012, selon Hanna *et al.*, la polysomnographie resterait l'examen de référence pour le diagnostic d'un syndrome d'apnée du sommeil obstructif (64).

L'évaluation de la place et des conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil réalisée par la HAS en 2012 a montré que le syndrome d'apnée du sommeil toucherait 2 à 5 % de la population adulte (soit 1 à 3 millions de patients en France). Sa prévalence augmente avec l'âge et le surpoids. Il est associé à des complications cardiovasculaires, métaboliques, cognitives. Il est décrit comme un facteur indépendant prédictif de mortalité (63).

Deux recommandations (américaine et européenne) (19, 20) dont une non spécifique à la chirurgie ambulatoire, trois revues systématiques de la littérature (canadienne et américaine) (48, 50, 51), deux guides de bonnes pratiques (1, 6) et une étude observationnelle canadienne (55) ont été identifiés.

Les données retrouvées dans la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Pour les patients diagnostiqués

En 2011, selon l'*American Society of Plastic Surgeons* (19) et l'*European Society of Anaesthesiology* (20) (recommandations de qualité générale moyenne), l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire en cas de diagnostic avéré de SAHOS est en fonction de l'évaluation appropriée de chaque patient. Les patients diagnostiqués seraient éligibles sous réserve d'une évaluation et d'une surveillance particulière postopératoire (grade D).

La revue systématique de la littérature réalisée par Haeck *et al.* a montré que l'éligibilité des patients diagnostiqués dépendrait de l'évaluation préopératoire en tenant compte de plusieurs facteurs (médicaux, anesthésiques, chirurgicaux, sociaux) et des ressources de la structure. Seules les procédures mineures sous anesthésie locale ou régionale seraient éligibles dans les centres indépendants (revue de niveau de preuve peu élevé) (50).

En 2012, Joshi *et al.* ont réalisé une revue systématique de la littérature (revue de niveau de preuve élevé, pas de gradation des conclusions) et ont conclu que :

- les patients avec un diagnostic connu, présentant des comorbidités stables et capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux sont éligibles ;
- les patients avec un diagnostic présumé, capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux sont éligibles à condition que l'intervention ne nécessite pas l'utilisation d'opioïdes postopératoires ;
- les patients diagnostiqués avec des comorbidités mal traitées ou instables ne sont pas éligibles ;
- une intervention chirurgicale douloureuse nécessitant l'utilisation d'opioïdes en postopératoire est également une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire des patients diagnostiqués (51).

On retrouve les mêmes critères dans le guide de Smith *et al.* : les patients diagnostiqués, traités et stables seraient éligibles à condition d'éviter les opioïdes (avis d'experts) (6).

Enfin, une enquête canadienne réalisée en 2004 a montré que les patients diagnostiqués devant subir des interventions sous anesthésie locale ou sédation, ou des interventions sous anesthésie régionale sans besoin de narcotiques en analgésie postopératoire seraient éligibles. En revanche,

les patients ayant besoin d'une analgésie de type narcotique après une intervention sous anesthésie générale ne seraient pas éligibles (niveau de preuve 4) (55).

Ainsi donc, selon les données de la littérature de niveau de preuve variable mais convergentes, après une évaluation de chaque patient de façon appropriée, les patients diagnostiqués sont éligibles s'ils présentent des comorbidités stables, s'ils sont capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux et si l'intervention chirurgicale n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'utilisation d'opioïdes en postopératoire.

En cas de suspicion de SAHOS ou pour les patients non diagnostiqués

Selon la recommandation de l'*American Society of Plastic Surgeons*, en cas de suspicion de SAHOS, une exploration et un traitement éventuel du syndrome restent indispensables avant l'intervention. Les mêmes données sont retrouvées dans la revue de littérature de Haeck *et al.* (50) et dans le guide de bonnes pratiques de Smith *et al.* (6) : il est conseillé de décaler l'intervention et de procéder à des explorations et au traitement éventuel du syndrome auparavant.

En revanche, selon Joshi *et al.*, il faudrait considérer ces patients comme ceux avec un diagnostic présumé. Il est conseillé d'utiliser lors de la consultation d'anesthésie le questionnaire STOP-BANG (cf. Annexe 6) (65) qui a une meilleure sensibilité et est facile d'utilisation pour déterminer le risque de SAHOS (revue de niveau de preuve élevé, pas de gradation des conclusions) (51).

Concernant les patients non diagnostiqués, l'éligibilité serait en fonction de la présence de symptômes suspects ou pas lors de l'évaluation (revue de niveau de preuve peu élevé) (50).

En conclusion, selon les données de la littérature, à la suite d'une évaluation appropriée, les patients diagnostiqués sont éligibles s'ils ont des comorbidités stables et s'ils sont capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux. Par ailleurs, l'intervention chirurgicale ne devrait pas être douloureuse et ne nécessite pas l'utilisation d'opioïdes en postopératoire (revue de niveau de preuve élevé, pas de gradation des conclusions). Le faible niveau de preuve des autres données sur l'éligibilité des patients non diagnostiqués ou en cas de suspicion de SAHOS ne permet pas de les retenir, mais il est conseillé d'utiliser lors de la consultation d'anesthésie le questionnaire STOP-BANG (65) qui a une meilleure sensibilité et est facile d'utilisation pour déterminer le risque de ce syndrome (revue de niveau de preuve élevé).

Recommandations

Recommandations	Syndrome d'apnée du sommeil	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>American Society of Plastic Surgeons</i> , 2011 (19)	▶ Les patients connus comme ayant un syndrome d'apnée du sommeil peuvent être éligibles à la chirurgie ambulatoire mais une évaluation particulière de leur état de santé doit être faite. ▶ Pour les patients sans antécédents de syndrome d'apnée du sommeil, chercher l'existence éventuelle des symptômes suivants : obstruction des voies respiratoires pendant le sommeil, ronflements bruyants et fréquents ; trouble au cours du sommeil, en particulier avec sensation d'étouffement, une somnolence diurne ou de la fatigue. ▶ Pour les patients avec suspicion de syndrome d'apnée du sommeil, le chirurgien et l'anesthésiste peuvent décider de référer le patient pour des explorations et tests supplémentaires et de préconiser le traitement du syndrome avant l'intervention chirurgicale.	Grade D : option. Grade D : option. Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Recommandations	Syndrome d'apnée du sommeil	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>European Society of Anaesthesiology</i> , 2011 (20)	Les patients atteints de syndrome d'apnée obstructive du sommeil doivent être évalués soigneusement à cause d'une possibilité de difficulté d'intubation. De plus, dans la période postopératoire immédiate, ces patients doivent être surveillés particulièrement. L'utilisation de ventilation nasale par pression positive continue (CPAP) en péri-opératoire chez ces patients permettrait de réduire l'hypoxie.	Non spécifique à la chirurgie ambulatoire. Grade C Grade D	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Syndrome d'apnée du sommeil	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson et al., 2004 (48)	- La gravité de syndrome d'apnée du sommeil est déterminée par l'indice d'apnée/hypopnée qui est le nombre d'apnées/hypopnées par heure de sommeil (5-15 léger, modéré si 15-30, et sévère > 30). Il est essentiel d'identifier et de traiter ces patients en période préopératoire. - Les patients atteints de syndrome d'apnée du sommeil, non traités ou insuffisamment traités ont un risque accru de complications péri-opératoires. - La plupart des auteurs estiment qu'il est raisonnable de prendre en considération la gravité du syndrome d'apnée du sommeil lors de l'évaluation en période péri-opératoire. - Le type de chirurgie et l'évaluation du besoin en analgésique de type opioïde postopératoire sont probablement plus importants à considérer que le type de l'anesthésie. - Les patients atteints du syndrome d'apnée du sommeil bien traités peuvent avoir des procédures chirurgicales mineures en ambulatoire, sous anesthésie locale ou régionale avec peu ou pas de sédation et avec un besoin minimal d'analgésiques de type opioïdes.	Grade C Grade D Grade D Grade D	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

Revue	Syndrome d'apnée du sommeil	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Haeck <i>et al.</i> , (50)	<u>Patients non diagnostiqués</u> : Demander si obstruction des voies respiratoires pendant le sommeil, ronflements sonores et fréquents ; l'éveil fréquent, en particulier avec sensation d'étouffement; somnolence diurne ou fatigue ; endormissement dans des environnements non stimulants (devant la télévision, au cours de la lecture, la conduite), interroger les membres de la famille si témoin de certains des symptômes (par exemple, les événements apnéiques, sommeil agité, vocalisations). <u>Patients avec une suspicion de SAHOS</u> : Le chirurgien et l'anesthésiste peuvent décider de référer le patient pour des examens complémentaires (par exemple, les études du sommeil, plus évaluation approfondie des voies respiratoires) et le traitement de SAHOS avant l'intervention. <u>Les structures</u> : Seules les procédures mineures sous anesthésie locale ou régionale doivent être effectuées dans les centres indépendants. Bien évaluer les facteurs suivants : le degré de l'apnée du sommeil, les anomalies anatomiques et physiologiques, les comorbidités, la nature de chirurgie, le type d'anesthésie, les besoins en opioïdes postopératoires, l'âge du patient, la surveillance à domicile (présence d'un accompagnant), et les ressources de la structure. Si un patient souffrant de SAHOS, après évaluation, peut subir en toute sécurité la chirurgie ambulatoire, la structure devrait avoir les ressources appropriées pour pouvoir gérer les complications éventuelles.	Grade D (niveau de preuve bas).	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

Revue	Syndrome d'apnée du sommeil	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Society for Ambulatory Anesthesia</i>, 2012 (51)	Il est conseillé d'utiliser lors de la consultation pré-anesthésique le questionnaire STOP-BANG (65) qui a une meilleure sensibilité et est facile d'utilisation pour déterminer le risque de SAHOS chez les patients. <u>Patients avec une suspicion de SAHOS :</u> Au cours de l'évaluation préopératoire, on pourrait procéder comme avec un patient avec un diagnostic présumé de SAHOS car il n'existe pas de données d'évidence permettant de suggérer qu'une étude du sommeil ou l'utilisation de ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux permettrait d'améliorer les résultats péri-opératoires. <u>Chez les patients avec un diagnostic présumé de SAHOS :</u> Risque de complications péri-opératoires associé à une interaction complexe avec d'autres facteurs, notamment les comorbidités et l'utilisation des opioïdes. Les patients avec des comorbidités mal traitées ou instables ne sont pas de bons candidats à la chirurgie ambulatoire. Les interventions douloureuses pourraient ne pas être éligibles si la gestion de la douleur postopératoire nécessite l'utilisation des opioïdes. La capacité des patients à savoir utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux serait un critère très important. <u>Chez les patients de diagnostic connu :</u> Éligibles si comorbidités stables et capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux. Il est indispensable d'informer les chirurgiens, les patients et leurs proches sur l'importance de la vigilance après la sortie : information sur la possibilité d'admission qui permet aux patients et à leur famille de s'organiser à l'avance.	Pas de gradation des conclusions.	Revue de niveau de preuve élevé.

*gradation des conclusions : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Syndrome d'apnée du sommeil	Analyse critique / niveau de preuve
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>, 2006 (1)	Il existe peu de données d'évidence sur la sécurité de l'anesthésie générale et de l'anesthésie régionale. Les opioïdes devraient généralement être évités. Il existe peu de données d'évidence concernant la prise en charge en ambulatoire de patients avec de l'apnée du sommeil.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Les patients souffrant de syndrome d'apnée du sommeil obstructive peuvent être éligibles à la chirurgie ambulatoire à condition qu'ils soient traités par la ventilation nasale par pression positive continue avec un bon contrôle des symptômes. Ils doivent être capables d'utiliser le dispositif de ventilation nasale par pression positive continue eux-mêmes et devraient le porter pour toutes les périodes de sommeil postopératoires. Les opioïdes devraient généralement être évités. L'apnée du sommeil est souvent non diagnostiquée, les patients présentant les symptômes évocateurs doivent être examinés et traités en préopératoire.	Avis d'experts.

Étude observationnelle

Étude	Syndrome d'apnée du sommeil	Analyse critique / niveau de preuve
Friedman <i>et al.</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal</u> : Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire <u>Résultats</u> : <u>Pour 90 % des anesthésistes, sont éligibles</u> : apnée du sommeil + intervention sous anesthésie locale + sédation ; apnée du sommeil + intervention sous anesthésie régionale sans besoin de narcotiques en analgésie postopératoire. <u>Pour 75 % des anesthésistes, ne sont pas éligibles</u> : apnée du sommeil + intervention sous anesthésie générale + besoin de narcotiques en analgésie postopératoire. <u>Avis divergent sur l'éligibilité</u> : apnée du sommeil + intervention sous anesthésie régionale + besoin de narcotiques en analgésie postopératoire ; apnée du sommeil + intervention sous anesthésie générale sans besoin de narcotiques en analgésie postopératoire.	4

Synthèse de la littérature

Le syndrome d'apnée du sommeil

Patients diagnostiqués

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve variable mais les documents sont convergents. L'analyse permet de retenir que :

- les patients diagnostiqués sont éligibles s'ils ont des comorbidités stables, s'ils sont capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux et si l'intervention chirurgicale n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'utilisation d'opioïdes en postopératoire.

Patients non diagnostiqués ou en cas de suspicion du syndrome

- le faible niveau de preuve des données sur l'éligibilité des patients non diagnostiqués ou en cas de suspicion de syndrome d'apnée du sommeil ne permet pas de les retenir.

Un élément pouvant être utile sur le plan pratique a été relevé :

- il est conseillé d'utiliser lors de la consultation d'anesthésie le questionnaire STOP-BANG qui a une meilleure sensibilité et est facile d'utilisation pour déterminer le risque de syndrome d'apnée du sommeil chez un patient non diagnostiqué (données de niveau de preuve peu élevé).

Position argumentée du groupe de travail

Le syndrome d'apnée du sommeil

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients diagnostiqués.

En cas de suspicion chez un patient non diagnostiqué, une attention particulière doit être portée au cours de l'évaluation car la prise en charge est spécifique. L'utilisation du score STOP-BANG (cf. Annexe 6) (65) est une aide au dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil. La programmation de l'intervention le matin permet une surveillance de ces patients pendant une durée adéquate.

↳ Obésité

Selon Davies *et al.*, la prévalence de l'obésité augmente dans le monde. La prise en charge des patients obèses est un vrai challenge pour les chirurgiens et les anesthésistes car ces patients sont à risque augmenté de complications péri-opératoires. De plus, l'obésité est souvent associée à des comorbidités telles que les pathologies cardiovasculaires, respiratoires et le diabète (53).

Trois recommandations (19, 20, 24), deux revues systématiques de la littérature (49, 52), six guides de bonnes pratiques (6, 30, 37-39, 44) et deux études observationnelles (53, 55) ont été identifiés. Les recommandations de l'*European Society of Anaesthesiology* (20) ont été élaborées pour évaluer en préopératoire tout patient devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque mais les recommandations sur les patients obèses sont transposables en chirurgie ambulatoire.

L'analyse de la littérature a permis de constater que les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre.

On retrouve dans les trois recommandations identifiées et la revue systématique de la littérature de Bryson *et al.* que :

- l'éligibilité dépendrait de l'évaluation de chaque patient à partir d'un IMC ≥ 30 -35 kg/m², selon le *Spain Ministry of Health and Consumer Affairs* (avis d'experts) ;
- selon l'*American Society of Plastic Surgeons*, les patients avec un IMC $< 34,9$ kg/m² sont éligibles. En revanche, l'éligibilité des patients avec un IMC entre 35 et 39,9 kg/m² reste à discuter (recommandation de qualité générale moyenne, grade D). Il est recommandé d'évaluer les comorbidités ou les antécédents qui pourraient être à l'origine des complications ainsi que le besoin en traitement prophylactique de thrombose veineuse profonde (faible dose d'héparine, dispositifs de compression veineuse et mobilisation postopératoire précoce) (grade B) ;
- selon l'*European Society of Anaesthesiology*, il est recommandé d'évaluer les facteurs prédictifs de difficulté d'intubation (circonférence du cou ≥ 43 cm ou un score de Mallampati élevé) (recommandation de bonne qualité générale, grade D) ;
- selon la revue de Bryson *et al.*, il faudrait tenir compte du risque accru des complications respiratoires péri-opératoires chez cette catégorie de patients (revue de faible niveau de preuve) ;
- ces documents sont convergents : l'IMC > 40 kg/m² serait un critère d'exclusion sauf cas spécifique après évaluation de chaque individu.

Par ailleurs, aucune des études incluses dans la revue systématique réalisée en 2013 par Joshi *et al.* ne posait directement la question s'il existe un poids limite qui ne serait pas compatible avec la prise en charge en chirurgie ambulatoire (52). Les auteurs ont alors conclu que le faible niveau d'évidence des études ne leur permet pas de faire des recommandations à ce sujet. Ils partagent les recommandations existantes qui précisent que l'IMC (ou le poids) seul ne peut être le facteur déterminant l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, les patients avec un IMC < 40 kg/m² présentant des comorbidités pourraient être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les comorbidités soient bien prises en charge de façon optimale en amont. Ceux atteints d'obésité morbide sévère (IMC > 50 kg/m²) présenteraient plus de risques de complications péri-opératoires et ils devraient être bien évalués compte tenu des risques qu'ils encourrent. Enfin, les comorbidités liées à l'obésité chez les patients avec un IMC entre 40 et 50 kg/m² devraient être identifiées (syndrome hypoventilation, SAHOS, hypertension pulmonaire, hypertension artérielle résistante, pathologie majeure des artères coronaires, insuffisance cardiaque résistante aux traitements) car ce type de patient pourrait ne pas être éligible (revue de niveau de preuve élevé) (52).

Dans les guides de bonnes pratiques (données de niveau de preuve peu élevé, avis d'experts), on retrouve que :

- les documents sont convergents : les patients avec un IMC ≤ 35 kg/m² sont éligibles sauf contre-indication individuelle ;

- en 2002, selon le NHS, les patients avec un IMC entre 35 et 40 kg/m² peuvent être éligibles pour plusieurs types de procédures suivant les structures. En revanche, il faut tenir compte du poids maximum autorisé pour les brancards ou les tables d'opération ;
- en 2006, selon la BADS et l'IAAS, les patients avec un IMC < 40 kg/m² sont éligibles, en fonction des comorbidités et des facteurs de risques de complications postopératoires et des ressources adaptées de la structure ;
- en 2011, selon l'*Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, l'obésité n'est pas en soi une contre-indication si les structures possèdent les ressources appropriées et des professionnels de santé expérimentés. Ces données sont reprises par Smith *et al.* en 2011 : l'obésité et l'obésité morbide ne sont pas des contre-indications. Les patients seraient éligibles si la mobilisation précoce est possible, des médicaments à action brève ainsi que l'analgésie non-opioïdes peuvent être utilisés. L'éligibilité dépend bien entendu de l'évaluation des comorbidités de chaque patient ;
- en 2012, toujours selon la BADS, même les patients avec un IMC > 40 kg/m² sont éligibles si les chirurgiens et les anesthésistes sont expérimentés.

Enfin, les études observationnelles identifiées ont montré qu'il n'existe pas d'augmentation du taux d'admissions non planifiées, ni de recours aux professionnels de santé en période postopératoire pour les patients avec un IMC > 35 kg/m² et que pour les anesthésistes canadiens, les patients avec un IMC entre 35-44 kg/m² sans complications cardiovasculaires, ni respiratoires sont éligibles (données de niveau de preuve peu élevé).

En conclusion, il ressort des données de la littérature, de niveau de preuve variable mais convergentes que les patients avec un IMC ≤ 35 kg/m² sont éligibles sauf contre-indication individuelle. Ceux avec un IMC < 40 kg/m² présentant des comorbidités pourraient être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les comorbidités soient bien prises en charge de façon optimale en amont. L'IMC > 40 kg/m² serait un critère d'exclusion pour plusieurs experts sauf cas spécifique après évaluation de chaque patient. Ceux atteints d'obésité morbide sévère (IMC > 50 kg/m²) présenteraient plus de risques de complications péri-opératoires et ils devraient être bien évalués compte tenu des risques qu'ils encourent. Les autres données de niveau de preuve peu élevé ne peuvent pas être retenues.

Recommandations

Recommandations	Obésité	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs</i> , 2008 (24)	L'obésité sévère est considérée comme une contre-indication à la chirurgie ambulatoire. L'évaluation de chaque patient devrait être faite quand l'IMC dépasse 30 ou 35 kg/m ² . L'IMC > 40 kg/m ² est un critère d'exclusion sauf cas spécifique après évaluation de chaque patient.	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Recommandations	Obésité	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>American Society of Plastic Surgeons, 2011</i> (19)	- Les patients avec un IMC < 34,9 kg/m² sont éligibles à la chirurgie ambulatoire (quel que soit le type de structure). - Une hospitalisation devrait être envisagée chez les patients présentant un IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m² (obésité sévère). - Une hospitalisation est recommandée pour les patients présentant un IMC ≥ 40 kg/m² (obésité morbide). - Il est recommandé d'évaluer les comorbidités ou les antécédents des patients obèses qui pourraient être à l'origine des complications. - Il est recommandé d'évaluer le besoin en traitement prophylactique de thrombose veineuse profonde (faible dose d'héparine, dispositifs de compression veineuse et mobilisation postopératoire précoce).	Grade D : option Grade D : option Grade D : option Grade B : recommandation Grade B : recommandation	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>European Society of Anaesthesiology, 2011</i> (20)	- L'utilisation de la ventilation en pression positive continue (CPAP) en péri-opératoire chez les patients obèses permettrait de réduire l'hypoxie. - Une circonférence du cou ≥ 43 cm ainsi qu'un score de Mallampati élevé sont des facteurs prédictifs de difficulté d'intubation chez les patients obèses.	Grade D Grade D	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des conclusions utilisées par l'American Society of Plastic Surgeons et l'European Society of Anaesthesiology : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Obésité	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Bryson et al., 2004</i> (49)	Les patients obèses devraient être considérés comme ayant un risque accru d'événements respiratoires en per et postopératoire. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure que l'obésité seule contribue à une augmentation du risque d'admission imprévue à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire.	Grade A Grade A	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

Revue	Obésité	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Joshi et al., 2013 (52)	Les auteurs ont conclu que le faible niveau d'évidence des études incluses dans cette revue ne leur permet pas de faire des recommandations sur un poids ou IMC limite compatible avec la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Les patients avec un IMC < 40 kg/m² présentant des comorbidités pourraient être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les comorbidités soient bien prises en charge de façon optimale en amont. Il apparaît que les patients atteints d'obésité morbide sévère (IMC > 50 kg/m²) présenteraient plus de risques de complications péri opératoires et qu'ils devraient être bien évalués compte tenu des risques qu'ils encourent. Les comorbidités liées à l'obésité chez les patients avec un IMC entre 40 et 50 kg/m² devraient être identifiées (syndrome hypoventilation, SAHOS, hypertension pulmonaire, hypertension artérielle résistante, atteinte majeure des artères coronaires, insuffisance cardiaque résistante aux traitements) car ce type de patient pourrait ne pas être éligible.	Niveau de preuve peu élevé.	Revue de niveau d'évidence élevé.

*gradation des conclusions utilisée par Bryson et al. : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Obésité	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	▸ L'incidence des contre-indications est plus élevée chez les patients obèses. ▸ Les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles sauf contre-indication. ▸ Les patients avec un IMC entre 35 et 40 kg/m² sont éligibles pour plusieurs types de procédures. Une recommandation sur les procédures exclues chez ce type de patient devrait être établie localement en fonction des difficultés techniques de ces interventions ou des techniques anesthésiques. ▸ Il faut tenir compte du poids maximum autorisé pour les brancards ou les tables d'opération dans les blocs opératoires.	Avis d'experts.
Royal College of Nursing, 2004 (38)	Un IMC de 35 kg/m ² est acceptable. Cependant, dans certaines unités, il n'existe pas de limite supérieure.	Avis d'experts.

Guides	Obésité	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery, 2006</i> (39)	La plupart des patients avec un IMC < 40 kg/m² sont éligibles. L'augmentation de risque est liée à la nature de l'intervention et à la technique anesthésique associée. Les critères à évaluer sont la coexistence de l'obésité avec : ▶ le diabète : il faudrait plus de précaution car il existe un risque accru d'infections chez ces patients ; ▶ un syndrome d'apnée du sommeil qui peut être induit ou exacerbé par les sédatifs, les agents anesthésiques et le site opératoire ; ▶ un reflux gastro-œsophagien qui présente un risque de problème d'aspiration lié à l'utilisation des antagonistes des récepteurs H2 ou des inhibiteurs de pompe à protons ; ▶ l'immobilité : risque pour certains patients de ne plus être capables de se mobiliser ou plus de risque de chutes en postopératoire surtout après des interventions au niveau des membres inférieurs nécessitant des besoins spécifiques (béquilles, etc.) ; ▶ tout facteur de risque de maladie thromboembolique veineuse autre que l'obésité. Une prophylaxie doit être instituée le cas échéant. L'unité de chirurgie ambulatoire doit être bien entendu adaptée à la prise en charge des patients obèses (professionnels de santé expérimentés et matériels adaptés).	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery, 2006</i> (1)	Les recommandations courantes au Royaume-Uni suggèrent que les patients avec un IMC > 35 kg/m² peuvent être éligibles (sous condition qu'il n'existe pas d'autres contre-indications) et ceux entre 35 et 40 kg/m² peuvent être acceptables pour la plupart des procédures. Il y a très peu d'évidence pour justifier ces limites arbitraire. L'hypertension, l'insuffisance cardiaque, l'apnée du sommeil sont des comorbidités souvent associées à l'obésité et qui réduisent de façon considérable l'éligibilité des patients à l'ambulatoire. Les limites de pratique dans la prise en charge des patients obèses sont le plus souvent liées à la nécessité d'avoir un équipement approprié. La chirurgie ambulatoire est en général appropriée aux patients obèses car elle permet de leur faire bénéficier de produits anesthésiques de courte durée d'action. Une évaluation préopératoire permet d'identifier et d'exclure ceux avec des pathologies sévères, mieux gérées en hospitalisation conventionnelle.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011</i> (30)	L'obésité n'est pas en soi une contre-indication à la chirurgie ambulatoire. Même les patients avec obésité morbide peuvent être pris en charge en toute sécurité dans des services expérimentés ayant les ressources appropriées. L'incidence des complications péri- ou postopératoires précoces augmente avec l'IMC, mais ces problèmes se produisent aussi chez les patients en hospitalisation traditionnelle et sont généralement résolus ou ont été traités avec succès dans un espace de temps qui est adapté à la prise en charge d'un patient en ambulatoire. Les techniques anesthésiques souvent de courte durée et la mobilisation précoce au cours de la chirurgie ambulatoire sont bénéfiques pour les patients obèses.	Consensus d'experts.

Guides	Obésité	Analyse critique / niveau de preuve
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	L'obésité et l'obésité morbide ne sont pas des contre-indications à la chirurgie ambulatoire. Les complications, notamment respiratoires, sont fréquentes au cours de la période péri-opératoire et de la période de mobilisation précoce et ces patients devraient être gérés par des anesthésistes qualifiés et expérimentés. Toutefois, la plupart des complications peuvent être résolues rapidement après. Les patients obèses peuvent bénéficier de chirurgie ambulatoire en prenant les précautions suivantes : mobilisation précoce, utilisation de médicaments à action brève, et analgésie en évitant les opioïdes. La chirurgie bariatrique est de plus en plus effectuée en chirurgie ambulatoire. L'insuffisance cardiaque congestive et l'apnée du sommeil sont fréquentes au cours de l'obésité morbide. Ces facteurs peuvent contre-indiquer la chirurgie ambulatoire, mais doivent être évalués pour chaque patient. Une nuit à l'hôpital n'empêche pas leur survenue.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2012 (44)	De nombreux audits sur la sélection des patients montrent qu'il existe une réticence à gérer les patients obèses en chirurgie ambulatoire. Pourtant, les complications surviennent essentiellement pendant le temps d'intervention et immédiatement après et peuvent être gérés dans une unité de chirurgie ambulatoire. La décision d'accepter ou pas les patients avec un IMC > 40 kg/m² en chirurgie ambulatoire revient souvent à des chirurgiens et anesthésistes expérimentés, mais cette catégorie de patients ne devrait pas être automatiquement refusée.	Avis d'experts.

Études observationnelles

Études	Obésité	Analyse critique / niveau de preuve
Davies <i>et al.</i> , 2001 (53)	<u>Objectif principal</u> : Évaluer le taux d'admissions non planifiées à la suite d'une intervention chirurgicale ambulatoire chez les patients atteints d'obésité morbide (IMC > 35 kg/m²). <u>Résultats</u> : Pas de différence significative du taux d'admissions non planifiées entre les deux groupes (3 % dans le groupe avec IMC > 35 kg/m² vs 2,7 % dans le groupe avec IMC < 35 kg/m², p = 0,98). Pas de différence significative du recours aux professionnels de santé (infirmiers libéraux, médecins généralistes, appel à l'unité de chirurgie ambulatoire ou aux urgences), ni sur les complications postopératoires entre les deux groupes.	4

Études	Obésité	Analyse critique / niveau de preuve
Friedman <i>et al.</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal</u> : Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire (seuil pour refléter l'opinion majoritaire : 75 %). <u>Résultats</u> : pour 75 % des anesthésistes canadiens <u>Éligibles</u> : IMC 35 - 44 kg/m² (obésité morbide de bas grade) sans complications cardiovasculaires, ni respiratoires. <u>Non éligibles</u> : IMC 35 - 44 kg/m² (obésité morbide de bas grade) avec complications cardiovasculaires ou respiratoires. <u>Non éligibles</u> : IMC > 45 kg/m² (obésité morbide sévère) avec complications cardiovasculaires ou respiratoires <u>Avis divergent</u> : éligibilité ou non des patients avec IMC > 45 kg/m² (obésité morbide sévère) sans complications cardiovasculaires, ni respiratoires.	4

Synthèse de la littérature

L'obésité

Les critères d'éligibilité des patients atteints d'obésité reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles à la chirurgie ambulatoire, sauf contre-indication individuelle ;
- ceux avec un IMC < 40 kg/m² présentant des comorbidités pourraient être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les comorbidités soient bien prises en charge de façon optimale en amont ;
- l'IMC > 40 kg/m² serait un critère d'exclusion pour plusieurs experts sauf cas spécifique après évaluation de chaque patient ;
- il apparaît que les patients atteints d'obésité morbide sévère (IMC > 50 kg/m²) présenteraient plus de risques de complications péri opératoires et qu'ils devraient être bien évalués compte tenu des risques qu'ils encourent ;
- les comorbidités liées à l'obésité chez les patients avec un IMC entre 40 et 50 kg/m² devraient être identifiées (syndrome hypoventilation, SAHOS, hypertension pulmonaire, hypertension artérielle résistante, atteinte majeure des artères coronaires, insuffisance cardiaque résistante aux traitements) car ce type de patient pourrait ne pas être éligible.

D'autres critères, de niveau de preuve peu élevé, ont été identifiés relevant des recommandations de bonnes pratiques :

- les facteurs prédictifs de difficulté d'intubation (circonférence du cou ≥ 43 cm ou un score de Mallampati élevé) doivent être recherchés ;
- les comorbidités ou les antécédents qui pourraient être à l'origine des complications devraient être évalués.

Des éléments pouvant être utiles sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, ont été relevés :

- il est recommandé d'évaluer le besoin en traitement prophylactique de thrombose veineuse profonde (faible dose d'héparine, dispositifs de compression veineuse et mobilisation postopératoire précoce) ;
- il faudrait tenir compte du poids maximum autorisé pour les brancards ou les tables d'opération.

Position argumentée du groupe de travail

L'obésité

L'obésité est un élément marquant à prendre en compte. Ainsi :

- les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles, sauf contre-indication individuelle ;
- les patients avec un IMC > 40 kg/m² pourraient ne pas être éligibles sauf cas spécifique après évaluation de l'individu.

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de prévoir en amont lors de la création d'une structure dédiée les matériels appropriés à la prise en charge de ce type de patient.

Par ailleurs, la difficulté d'une intubation est généralement prévisible lors de l'évaluation préopératoire. Cette situation nécessite d'être prise en compte dans l'organisation et la gestion du flux de patients.

↳ Diabète

Selon la BADS, au vu de l'augmentation à la fois de l'incidence du diabète et du type de procédure pouvant être réalisé en ambulatoire, la prise en charge des patients atteints de diabète en chirurgie ambulatoire est presque devenue une routine (43).

Il a été identifié : une recommandation de la *Society for Ambulatory Anesthesia* (SAMBA) (29), une revue systématique de la littérature canadienne (49), trois guides de bonnes pratiques anglais (6, 37, 43) et une étude observationnelle réalisée au Canada (55).

Les critères d'éligibilité des patients diabétiques dans la littérature reposent essentiellement sur des données de niveau de preuve peu élevé. On constate toutefois une cohérence entre les données, notamment l'importance de l'éligibilité basée sur l'évaluation de chaque patient.

Selon la *Society for Ambulatory Anesthesia* dans leur recommandation de 2010 (recommandation de qualité générale moyenne), le diabète ne constitue pas un motif d'exclusion *a priori* pour la prise en charge en chirurgie ambulatoire, même en présence d'une hyperglycémie découverte lors de la consultation préopératoire à condition que le patient ait un bon contrôle glycémique au long terme avant l'intervention. Si le patient a un mauvais contrôle glycémique de manière chronique, cette éligibilité dépend du chirurgien qui prendra ses décisions en fonction des comorbidités et des risques prévisibles. Il faudrait autant que possible programmer les patients diabétiques en début de journée pour permettre une reprise rapide de l'alimentation normale et des traitements et assurer une prévention maximale des NVPO. La sortie le jour même de l'intervention se fait après l'élimination de tout risque d'hypoglycémie en surveillant le patient pendant une durée de temps appropriée (données de niveau de preuve peu élevé) (29).

En revanche, pour les patients présentant des complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique), il est conseillé de décaler l'intervention (données de niveau de preuve peu élevé).

Une revue systématique de la littérature, de niveau de preuve peu élevé, a été identifiée et a montré que l'évaluation de chaque patient diabétique est très importante. Plusieurs types d'interventions sont éligibles à condition de bien identifier et de gérer les difficultés d'intubation éventuelles ainsi que les comorbidités.

Les données dans les guides de bonnes pratiques identifiés ne sont pas très différentes. En 2002, selon le NHS, l'éligibilité dépend de la nature de l'intervention et de la compréhension du patient de la gestion de son diabète. Les patients insulino-dépendants sont éligibles à condition que l'intervention n'entraîne pas une modification du régime alimentaire et que l'intervention se déroule de préférence le matin. Pour la BADS, les patients diabétiques sont éligibles sous condition d'une évaluation préopératoire précoce et d'une planification minutieuse pré-, per- et postopératoire, depuis le médecin généraliste référent jusqu'à la sortie du patient, et avec la participation du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. En 2011, selon Smith *et al.*, les diabétiques sont éligibles sous condition de programmer l'intervention le matin et d'un contrôle glycémique stable. Cette éligibilité dépend bien entendu de l'évaluation du diabète et de son retentissement et des possibles comorbidités pour chaque patient (données de niveau de preuve peu élevé).

Enfin, selon une enquête canadienne, 90 % des anesthésistes estiment que les patients diabétiques insulino-dépendants sont éligibles (niveau de preuve : 4).

En conclusion, les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé. Le diabète bien contrôlé ne serait pas une contre-indication mais la nature de l'intervention ainsi que les soins postopératoires devraient être discutés avec le patient tout en s'assurant qu'il ait une bonne compréhension de la gestion de son diabète. L'évaluation préopératoire précoce des patients devrait se baser sur la stabilité du contrôle glycémique et sur le retentissement du diabète. Cette évaluation permet d'identifier les autres comorbidités ainsi qu'une difficulté d'intubation prévisible. Une planification minutieuse serait nécessaire avec la participation du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'intervention devrait permettre une reprise rapide d'un régime alimentaire normal

et des traitements habituels. Les douleurs et les nausées/vomissements postopératoires devraient être bien gérés et maintenus à un niveau minimal. Les patients insulinodépendants seraient éligibles à condition que l'intervention n'entraîne pas une modification du régime alimentaire et que l'intervention se déroule de préférence le matin.

Recommandations

Recommandations	Diabète	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Society for Ambulatory Anesthesia</i> , 2010 (29)	Niveau du taux de HbA1c en préopératoire qui peut faire décaler la date de l'intervention ? Pas de données de niveau d'évidence élevé. Décaler si complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique). La prise en charge en ambulatoire des patients présentant une hyperglycémie en période préopératoire est possible sous condition d'un bon contrôle glycémique au long terme avant l'intervention. Si mauvais contrôle glycémique de façon chronique : l'éligibilité relève de la décision du chirurgien qui va tenir compte des autres comorbidités et des risques de complications (retard de cicatrisation et des infections). Il n'existe pas d'études contrôlées randomisées évaluant les effets d'un contrôle glycémique préopératoire sur les risques d'infections postopératoires bien qu'une HbA1c < 7 % soit associée significativement à un risque moins important d'infection postopératoire.	Niveau 2A	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
	Le taux de glycémie péri-opératoire acceptable dépend de la durée de l'intervention, du type d'intervention (invasive ou pas), du type de la technique anesthésique, du temps prévu pour permettre la reprise de l'alimentation normale et du traitement antidiabétique.	Niveau 2A	
	Autres conditions spécifiques des patients diabétiques qui vont subir une chirurgie ambulatoire : Autant que possible, programmation en début de journée afin de minimiser les perturbations de leur routine et pour permettre une reprise rapide de l'alimentation normale et des traitements.	Pas de gradation de conclusions.	
		Pas de gradation de conclusions.	

Recommandations	Diabète	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
Society for Ambulatory Anesthesia, 2010 (29)	Prévention maximale des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) (en évitant les opioïdes) qui permet une reprise rapide de l'alimentation normale. Gestion péri-opératoire de l'hypoglycémie : L'hypoglycémie au cours d'une anesthésie générale ou une sédation est difficile à identifier. <u>Mesure de prévention</u> : identification en préopératoire des patients à risque d'hypoglycémie et modification appropriée des traitements antidiabétiques. <u>En postopératoire</u> : critère de sortie des patients diabétiques : sortie uniquement après élimination de tout risque d'hypoglycémie. La plupart des patients peuvent reprendre rapidement une alimentation normale. Dans le cas contraire, surveiller pendant une durée de temps appropriée une éventuelle hypoglycémie. Surveillance à domicile : Les patients doivent recevoir au cours de la consultation préopératoire des instructions claires et cohérentes concernant la reprise de leur traitement antidiabétique initial et la gestion d'éventuelle hypoglycémie.	Pas de gradation de conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradations des conclusions : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Diabète	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson et al., 2004 (49)	- Malgré le risque accru de complications à la suite des interventions chirurgicales majeures, le diabète en soi n'est pas un facteur prédictif de survenue de complications à la suite d'une intervention chirurgicale mineure procédée en ambulatoire. - Critères médicaux anesthésiques : certains patients diabétiques peuvent présenter des difficultés d'intubation mais ce risque reste individuel et ne devrait pas être considéré comme global à tous les patients diabétiques. - La perturbation du contrôle glycémique péri-opératoire provoquée par l'intervention chirurgicale est moins importante en cas d'anesthésie régionale. - Il n'existe aucune donnée d'évidence prouvant la supériorité de l'administration de l'insuline en sous-cutanée comparée à la voie intraveineuse en chirurgie ambulatoire. Les auteurs ont conclu que les patients diabétiques sont éligibles à plusieurs types d'interventions chirurgicales en ambulatoire. Les comorbidités, y compris la possible difficulté de gestion des voies aériennes, doivent être identifiées et gérées de façon appropriée.	Grade A Grade B Grade B Grade D	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

*gradation des conclusions : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Diabète	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Le diabète bien contrôlé n'est pas une contre-indication mais la nature de l'intervention ainsi que les soins postopératoires doivent être discutés avec le patient tout en s'assurant qu'il ait une bonne compréhension de son contrôle glycémique. Pour les patients sous antidiabétiques oraux, il est conseillé de demander au patient de ne pas prendre sa dose du matin mais de la ramener avec lui. <u>Pour les patients insulino-dépendants :</u> ▶ toute procédure n'entraînant pas une modification de l'appétit et du régime alimentaire normal postopératoire est éligible pour les diabétiques qui ont une bonne compréhension de la gestion de sa maladie ; ▶ si l'intervention a lieu le matin : jeûne à partir de minuit, liquide autorisé 2 heures avant l'intervention, ne pas prendre la dose d'insuline du matin, programmer l'intervention en tête de liste ; ▶ si l'intervention a lieu l'après-midi : demander l'avis des anesthésistes.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2011 (43)	▶ Une planification minutieuse, en tenant compte des besoins spécifiques du patient diabétique est nécessaire à toutes les étapes du parcours du patient depuis le médecin généraliste référent jusqu'à la sortie du patient. ▶ Le patient doit participer à la planification à toutes les étapes (pré-, per- et postopératoire). ▶ Une évaluation préopératoire précoce devrait être programmée pour déterminer les stratégies de gestion du diabète en péri-opératoire et pour identifier les autres comorbidités.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	▶ La chirurgie ambulatoire permet aux patients diabétiques de garder au maximum leur routine de vie normale et de mieux gérer leur diabète. ▶ L'intervention chirurgicale de ces patients doit être programmée parmi les premiers de la liste du jour. Ils ne doivent pas prendre leur dose matinale d'antidiabétiques oraux ou d'insuline et reprendre un régime alimentaire normal et leurs médicaments dès que possible après la chirurgie. ▶ Cette stratégie est plus efficace si le contrôle glycémique est stable, si la douleur et les nausées postopératoires sont bien gérées et maintenues à un niveau minimal. ▶ L'évaluation des patients devrait se baser sur la stabilité du contrôle glycémique et le retentissement du diabète sur des organes vitaux tel l'appareil cardiovasculaire ou rénal, ou le dysfonctionnement du système autonome.	Avis d'experts.

Étude observationnelle

Étude	Diabète	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Canadian Anesthesiologists' Society</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal :</u> Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. <u>Résultats :</u> Pour 90 % des anesthésistes, les patients diabétiques insulino-dépendants sont éligibles.	4

Synthèse de la littérature

Les patients diabétiques

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients diabétiques sont toutes de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- le diabète bien contrôlé ne serait pas une contre-indication mais la nature de l'intervention ainsi que les soins postopératoires devraient être discutés avec le patient tout en s'assurant qu'il ait une bonne compréhension de la gestion de son diabète ;
- l'évaluation préopératoire précoce des patients devrait se baser sur la stabilité du contrôle glycémique et sur le retentissement du diabète. Cette évaluation permet d'identifier les autres comorbidités ainsi qu'une difficulté d'intubation prévisible ;
- les patients insulino-dépendants seraient éligibles si la procédure permet une reprise rapide du régime alimentaire normal et si l'intervention a lieu de préférence le matin ;
- il est conseillé de décaler l'intervention des patients présentant des complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique).

Des éléments pouvant être utiles sur le plan pratique, de niveau de preuve peu élevé, ont été relevés :

- une planification minutieuse serait nécessaire avec la participation du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- les douleurs et les nausées/vomissements postopératoires devraient être bien gérés et maintenus à un niveau minimal.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients diabétiques

L'éligibilité des patients diabétiques est basée sur l'évaluation de l'individu et en tenant compte des recommandations de bonne pratique en vigueur.

Les patients insulino-dépendants sont éligibles si la procédure permet une reprise de régime alimentaire normal en postopératoire et si le patient a une bonne compréhension de la gestion de sa maladie. Il est préférable de programmer ces patients en début de programme opératoire pour pouvoir gérer les aléas le cas échéant.

Une communication étroite avec le médecin traitant est particulièrement importante.

Enfin, les patients présentant des complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique) ne sont pas éligibles.

↳ Critères médicaux en présence de comorbidités : atteinte du système cardiovasculaire

L'éligibilité à la chirurgie ambulatoire des patients ayant des pathologies cardiovasculaires préexistantes a été discutée dans la littérature notamment ceux présentant une hypertension artérielle (HTA), une angine de poitrine, un infarctus du myocarde ou une insuffisance cardiaque congestive.

Une recommandation américaine (19), une revue systématique canadienne (48), trois guides de bonnes pratiques anglais (6, 37, 44) et une étude observationnelle canadienne (55) ont été identifiés.

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Selon l'*American Society of Plastic Surgeons* (19), (recommandations de qualité générale moyenne), les patients ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires (atteintes cardiovasculaires en général, sans précision) pourraient être éligibles à la chirurgie ambulatoire (données de niveau de preuve peu élevé).

Hypertension artérielle (HTA)

La revue systématique de la littérature réalisée par Bryson *et al.* en 2004 a montré que bien que la chirurgie ambulatoire soit rarement associée à de graves complications cardiaques, il faudrait tenir compte des perturbations hémodynamiques lors de l'évaluation préopératoire qui seraient plus fréquentes chez les patients hypertendus (revue de niveau de preuve peu élevé).

L'IAAS en 2006 et la BADS dans son guide de 2012 ont précisé que l'hypertension artérielle ne devrait pas être une contre-indication formelle à la chirurgie ambulatoire. Il est recommandé de procéder à des vérifications si une HTA est retrouvée au cours de la consultation préopératoire afin d'éliminer « l'effet blouse blanche ». En revanche, l'hypertension artérielle majeure (PAS > 180 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg) est un critère de non éligibilité (niveau de preuve peu élevé).

Pour le NHS, l'éligibilité des patients présentant une PAD > 100 mmHg ou une PAS > 170 mmHg, indépendamment de la diastolique, reste à discuter et dépend essentiellement des avis spécialisés (niveau de preuve peu élevé).

Enfin, en 2011, selon Smith *et al.*, l'hypertension artérielle sévère devrait être contrôlée avant toute intervention chirurgicale et le traitement devrait être poursuivi pendant toute la période périopératoire.

Le faible niveau de preuve des données sur l'éligibilité des patients hypertendus ne permet pas de les retenir.

Angine de poitrine

Selon les données de la littérature, les patients présentant une angine de poitrine de classe II bien traitée sont éligibles à la chirurgie ambulatoire tandis que les classes IV ne le sont pas (niveau de preuve peu élevé mais convergence des documents identifiés).

En revanche, les avis diffèrent sur l'éligibilité des patients présentant une angine de poitrine de classe III qui est une contre-indication pour le NHS en 2002 mais il reste des cas à discuter pour les anesthésistes canadiens selon une enquête réalisée en 2004 (55). Friedman *et al.* ont constaté une disparité des pratiques ainsi qu'une différence entre la pratique réelle et les recommandations de pratique clinique en précisant que 66 % des anesthésistes considèrent les patients présentant une angine de poitrine de classe III comme éligibles alors que ces patients sont considérés comme à haut risque de complications péri-opératoires dans les recommandations. Le faible niveau de preuve des données divergentes sur l'éligibilité des patients atteints d'angine de poitrine de classe III ne permet pas de les retenir.

Infarctus du myocarde

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé et ne sont pas convergentes.

Selon les recommandations de l'*American Heart Association / American College of Cardiology Guidelines* reprises dans la revue systématique de Bryson *et al.* en 2004 (revue de niveau de preuve peu élevé), quelques interventions chirurgicales non cardiaques peuvent être réalisées six semaines après un infarctus du myocarde car les patients sont considérés comme étant à risque intermédiaire de complications péri-opératoires. Seuls les patients ayant présenté un infarctus du myocarde depuis moins de 30 jours sont considérés comme à haut risque. Il est important de préciser que les recommandations citées ci-dessus ne sont pas spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

En revanche, les guides et enquêtes identifiés sont convergents : un infarctus du myocarde dans les six mois avant l'intervention est une contre-indication à la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Enfin, selon Smith *et al.*, les patients ayant eu un infarctus du myocarde ou une revascularisation trois mois avant l'intervention ne sont pas éligibles.

Sur la base de ces données de faible niveau de preuve et divergentes, aucune conclusion ne peut être faite sur l'éligibilité des patients ayant eu un infarctus du myocarde trois à six mois avant l'intervention.

Insuffisance cardiaque congestive

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé et ne sont pas convergentes.

En 2002, selon le NHS, l'éligibilité des patients insuffisants cardiaques non ou mal contrôlés présentant des dyspnées de grade III ou IV est à discuter. L'éligibilité dépendrait des avis spécialisés, des traitements et des réévaluations de ces patients.

En 2004, l'enquête sur la pratique des anesthésistes canadiens a montré que les patients asymptomatiques et NYHA classe I seraient éligibles, les patients NYHA classe III et IV ne le sont pas. Les patients NYHA classe II resteraient des cas à discuter.

En revanche, en 2011, selon Smith *et al.*, tous les patients atteints d'insuffisance cardiaque ne sont pas éligibles en chirurgie ambulatoire.

Les données sur l'éligibilité des patients atteints d'insuffisance cardiaque sont de faible niveau de preuve et divergentes, ne permettant pas de les retenir.

Recommandation

Recommandation	Troubles cardiovasculaires	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>American Society of Plastic Surgeons</i> , 2011 (19)	Les patients ayant des antécédents de maladies cardiovasculaires peuvent être éligibles à la chirurgie ambulatoire (intervention réalisée en milieu hospitalier ou centres indépendants en fonction de la sévérité de l'atteinte cardiovasculaire). Les patients avec une atteinte cardiovasculaire modérée ou grave ²⁹ ne sont pas éligibles à la chirurgie ambulatoire hors milieu hospitalier.	Grade D : option.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradations des conclusions : cf. Annexe 2

²⁹ La définition d'une atteinte « modérée ou grave » n'était pas précisée dans les recommandations.

Revue systématique de la littérature

Revue	Troubles cardiovasculaires	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson et al., 2004 (48)	La chirurgie ambulatoire est rarement associée à de graves complications cardiaques. Cependant, les perturbations hémodynamiques sont plus fréquentes chez les patients souffrant d'hypertension artérielle. Selon le Collège américain de cardiologie et l'association américaine de cardiologie (ACC/AHA), quelques types d'intervention³⁰ chirurgicale non cardiaques pourraient être réalisés six semaines après un infarctus du myocarde (recommandations non spécifiques à la chirurgie ambulatoire).	Grade B Grade D	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

*gradations des conclusions : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Troubles cardiovasculaires	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	<u>Les contre-indications absolues</u> : - un infarctus du myocarde dans les six mois précédant l'intervention ; - une angine de poitrine de classe III et IV (classification <i>New York Heart Association classification</i>, NYHA). <u>Les contre-indications relatives</u> : - le traitement à la warfarine (il est conseillé de demander l'avis d'un chirurgien). Quelques procédures restent possibles ; - un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire dans l'année précédant l'intervention (en discuter avec l'anesthésiste). <u>Les conditions à discuter car l'éligibilité dépend des avis spécialisés, des traitements ou des réévaluations</u> : - angor stade II non traité ; - insuffisance cardiaque non ou mal contrôlée avec dyspnée de grade 3 et 4 ; - orthopnée (réveil par une dyspnée la nuit, incapacité de dormir allongé) ; - pression artérielle diastolique (PAD) > 100 mmHg ou systolique (PAS) > 170 mmHg indépendamment de la diastolique. Les valeurs peuvent être différentes suivant les unités, il est conseillé de suivre les recommandations de référence pour la structure.	Avis d'experts.
International Association for Ambulatory Surgery, 2006 (1) et British Association of Day Surgery, 2012 (44)	L'hypertension artérielle (HTA) ne devrait pas être une contre-indication formelle à la chirurgie ambulatoire. Il est recommandé de faire des examens plus poussés si une HTA est retrouvée au cours de la consultation préopératoire pour éliminer une HTA par effet de « blouse blanche ». Si on retrouve une PAS > 180 mmHg ou une PAD > 110 mmHg, cela peut être un argument pour décaler l'intervention chirurgicale et explorer une atteinte éventuelle d'organes vitaux, notamment les reins et le cœur. Les résultats d'une étude ont montré que les patients atteints d'HTA majeure risquent des complications telles qu'une ischémie, une arythmie ou une instabilité cardiovasculaire et il est nécessaire qu'un anesthésiste les prenne en charge en suivant un protocole particulier.	Avis d'experts.

³⁰ Les types d'intervention non cardiaque autorisés n'étaient pas précisés dans l'article.

Guides	Troubles cardiovasculaires	Analyse critique / niveau de preuve
Smith et Jakobsson , 2011 (6)	L'HTA sévère devrait être contrôlée avant toute intervention chirurgicale et le traitement devrait être poursuivi pendant toute la période péri opératoire. <u>Principales contre-indications cardiovasculaires à la chirurgie ambulatoire :</u> ▸ l'angine de poitrine sévère (au repos ou à l'effort minimal) ; ▸ l'insuffisance cardiaque ; ▸ l'infarctus du myocarde ou revascularisation récent (dans les trois mois). Une bonne tolérance à l'exercice, telle que la capacité à monter un escalier sans aucun symptôme, prédit généralement un bon résultat.	Avis d'experts.

Étude observationnelle

Étude	Troubles cardiovasculaires	Analyse critique / niveau de preuve
Canadian Anesthesiologists' Society, 2004 (55)	<u>Objectif principal :</u> Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. <u>Résultats :</u> Pour 75 % des anesthésistes, <u>Sont éligibles :</u> ▸ une angine de poitrine de classe II (classification cardiovasculaire de la Société canadienne de cardiologie) ; ▸ un infarctus du myocarde survenant plus de six mois avant l'intervention ; ▸ une insuffisance cardiaque congestive NYHA classe I ; ▸ une insuffisance cardiaque congestive asymptomatique. <u>Ne sont pas éligibles :</u> ▸ une angine de poitrine de classe IV ; ▸ une insuffisance cardiaque congestive NYHA classe III et IV ; ▸ un infarctus du myocarde survenant moins de six mois précédant l'intervention. <u>Avis divergent sur l'éligibilité ou pas :</u> ▸ une angine de poitrine de classe III (éligibles pour 66 %) ; ▸ une insuffisance cardiaque congestive NYHA classe II.	4

Tableau 5. Critères d'éligibilité en présence de troubles cardiovasculaires

Auteur, année Type de document		Bryson <i>et al.</i> , 2004 (48) Revue systématique	NHS (37) Guide de bonnes pratiques	Smith <i>et al.</i> (6) Guide de bonnes pratiques	BADS (44) Guide de bonnes pratiques	Friedman <i>et al.</i> (55) Enquête
HTA	Éligible				Pas une contre-indication formelle. Attention « HTA effet blouse blanche ».	
	Non éligible				HTA majeure. (si PAS > 180 mmHg et/ou PAD > 110 mmHg, décaler l'intervention et explorer).	
	À discuter		PAD > 100 mmHg ou/et PAS > 170 mmHg.	HTA sévère à contrôler avant toute intervention, traitement en continu.		
Angine de poitrine	Eligible					Angine de poitrine de classe II.
	Non éligible		Angine de poitrine de classe III et IV.	Sévère (au repos ou à l'effort minimal, stade IV).		Angine de poitrine de classe IV.
	À discuter		Angine de poitrine de stade II non traitée.			Angine de poitrine de classe III.
Infarctus du myocarde	Éligible	Infarctus du myocarde > 6 semaines (pour quelques types d'intervention chirurgicale non cardiaque).				Infarctus du myocarde > 6 mois.
	Non éligible		Infarctus du myocarde < 6 mois.	Infarctus du myocarde ou revascularisation < 3 mois.		Infarctus du myocarde < 6 mois.
	À discuter					
Insuffisance cardiaque	Éligible					Asymptomatique NYHA classe I.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année Type de document		Bryson <i>et al.</i> , 2004 (48) Revue systématique	NHS (37) Guide de bonnes pratiques	Smith <i>et al.</i> (6) Guide de bonnes pratiques	BADS (44) Guide de bonnes pratiques	Friedman <i>et al.</i> (55) Enquête
congestive	Non éligible			Insuffisance cardiaque		NYHA classe III et IV.
	À discuter		Insuffisance cardiaque non ou mal contrôlée avec dyspnée de grade 3 et 4.			NYHA classe II.
Autres	À discuter		Traitement à la warfarine. AVC ou AIT < 1 an (demander avis spécialisé). Orthopnée (réveil par une dyspnée la nuit, incapacité de dormir allongé).			
Niveau de preuve		Grade D, revue de niveau d'évidence peu élevé.	Avis d'experts.	Avis d'experts.	Avis d'experts.	4

Synthèse de la littérature

Les patients présentant des troubles cardiovasculaires

Hypertension artérielle

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients hypertendus.

Angine de poitrine

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients présentant une angine de poitrine de classe I ou II bien traitée sont éligibles ;
- une angine de poitrine de classe IV est un critère d'inéligibilité.

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients atteints d'angine de poitrine de classe III.

Infarctus du myocarde

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients ayant eu un infarctus du myocarde dans les six mois précédant l'intervention.

Insuffisance cardiaque congestive

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients présentant des troubles cardiovasculaires

Hypertension artérielle, angine de poitrine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive

Selon le groupe de travail, la stabilité de l'état clinique est le critère le plus important. L'éligibilité dépend du couple acte-patient et de l'analyse de la balance bénéfice/risque pour le patient. Selon les anesthésistes, l'utilisation du score de LEE est particulièrement adéquate pour évaluer ce type de patient.

Par ailleurs, les patients présentant une atteinte cardiovasculaire modérée ou grave ne doivent pas être pris en charge dans des centres indépendants.

↳ Critères médicaux en présence de comorbidités : atteinte des voies respiratoires

Concernant les troubles des voies respiratoires, les données de la littérature identifiées étaient surtout axées sur les troubles obstructifs : asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Une recommandation (19), deux revues systématiques de la littérature (48, 50) et deux guides de bonnes pratiques (6, 37) ont été identifiés.

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé. Toutefois, les documents identifiés sont convergents.

Selon les recommandations de l'*American Society of Plastic Surgeons* (19), en cas de troubles obstructifs des voies aériennes, seuls les patients asymptomatiques sont éligibles. Mais cette éligibilité dépend de l'évaluation pour chaque patient du degré de sa pathologie et de ses antécédents. En présence d'une pathologie grave et rebelle, l'avis des pneumologues reste indispensable (recommandation grade D, niveau de preuve peu élevé).

La revue systématique de la littérature de Bryson et *al.* a montré que les patients asthmatiques ou atteints de BPCO seraient éligibles à la chirurgie ambulatoire s'ils sont asymptomatiques ou à distance des symptômes (30 jours après la disparition des symptômes) (revue de niveau de preuve peu élevé). On retrouve les mêmes critères dans la revue de Haeck et *al.* : l'éligibilité se fait par l'évaluation de chaque patient en tenant compte de ses antécédents médicaux et anesthésiques. Les patients asymptomatiques avec une fonction pulmonaire optimale seraient éligibles. En revanche, l'évaluation préalable de la fonction pulmonaire par un pneumologue est indispensable pour les patients présentant une pathologie grave et rebelle (revue de niveau de preuve peu élevé).

De même, en 2006, pour l'IAAS, les patients asymptomatiques ou à distance des symptômes seraient éligibles. Toutefois, une bonne évaluation de la balance bénéfice/risque pour chaque patient est nécessaire et conditionne l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en postopératoire chez les patients asthmatiques. En 2011, on retrouve les mêmes critères d'éligibilité dans le guide de bonnes pratiques de Smith et *al.* La technique anesthésique régionale ou locale serait alors à privilégier pour ce type de patient (données de niveau de preuve peu élevé).

Enfin, selon le NHS, les patients présentant une dyspnée de grade 1 ou 2 bien traitée sont éligibles. En revanche, la dyspnée de grade 2 non traitée et l'asthme non contrôlé sont des contre-indications relatives (avis d'experts).

En conclusion, les données sont de niveau de preuve peu élevé mais les documents identifiés sont convergents : les patients présentant des troubles obstructifs des voies respiratoires préexistants sont éligibles s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques.

Recommandation

Recommandation	Troubles des voies respiratoires	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>American Society of Plastic Surgeons, 2011 (19)</i>	<u>En cas de pathologie ou obstruction des voies aériennes :</u> - Les antécédents médicaux et les antécédents d'anesthésie générale et d'intubation endotrachéale doivent être bien évalués ainsi que le traitement en cours. - Les patients doivent être exempts de symptômes et doivent avoir une fonction pulmonaire optimale. Si le patient présente des symptômes, l'intervention devrait être reportée si possible, en attendant la résolution des symptômes. - L'avis d'un pneumologue est nécessaire pour les patients atteints de pathologie grave ou rebelle. - Les patients sous corticothérapie dans les six mois précédant l'intervention pourraient avoir besoin d'une supplémentation en stéroïdes.	Grade D : option.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradations des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Troubles des voies respiratoires	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Bryson et al., 2004 (48)</i>	Un patient atteint de BPCO a-t-il un risque accru de complications péri opératoires ? - La littérature sur les risques en chirurgie ambulatoire des patients présentant des troubles respiratoires est assez limitée. Les patients souffrant d'une hyperréactivité des voies respiratoires (asthme, BPCO) sont plus à risque de complications péri-opératoires en chirurgie ambulatoire bien que celles-ci ne soient pas généralement des événements graves. - Les patients connus asthmatiques et asymptomatiques ont un très faible risque de complication, proche de celui de la population non asthmatique. L'incidence de la survenue de complications respiratoires est de 50 % chez les patients symptomatiques au moment de l'intervention, comparée à moins de 2 % chez ceux sans symptôme ($p = 0,002$). Cette incidence descend à 4,5 % chez ceux présentant des symptômes dans les 30 jours précédant l'intervention mais restent toujours plus à risque que chez les patients asymptomatiques ($p = 0,002$). Les auteurs ont conclu qu'il est conseillé de décaler l'intervention chirurgicale de 30 jours après la disparition des symptômes des voies respiratoires afin de minimiser les risques des complications respiratoires péri-opératoires.	Grade A Grade C	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

Revue	Troubles des voies respiratoires	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Haeck <i>et al.</i> , 2009 (50)	Pathologie pulmonaire obstructive L'évaluation des patients tient compte des antécédents médicaux et des symptômes actuels, la fréquence des symptômes, l'intensité de traitement, l'utilisation récente de médicaments de secours, la tolérance à l'aspirine, à l'air froid, à la poussière ou à la fumée, les antécédents de tabagisme et les antécédents d'anesthésie générale et d'intubation endotrachéale. Les patients doivent être asymptomatiques avec une fonction pulmonaire optimale. Si un patient se présente avec des symptômes, l'intervention devrait être reportée, si possible, en attendant la résolution des symptômes. Les patients atteints de maladie grave ou rebelle devraient être référés à un pneumologue pour l'évaluation de la fonction pulmonaire. Si possible, préférer l'anesthésie régionale à l'anesthésie générale.	Grade D (niveau de preuve faible)	Revue de niveau d'évidence peu élevé.

*gradations des conclusions utilisées : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et avis d'experts

Guides	Troubles des voies respiratoires	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Les contre-indications pour les patients présentant des dyspnées (cf. tableau des gradations en Annexe 2) sont : - contre-indication absolue : dyspnée de grade 3 et 4, - contre-indications relatives : dyspnée de grade 2 non traitée, asthme non contrôlé (par exemple : nécessité de traitement stéroïdien par voie orale fréquent ou dans les trois mois précédant l'intervention ou hospitalisation fréquente pour exacerbation de l'asthme).	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 (1)	L'asthme n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire s'il est bien contrôlé et que le patient a une bonne tolérance à l'exercice. En revanche, les exacerbations récentes nécessitant une admission ou la prise de stéroïdes systémiques seraient associées à cinq fois plus de risques d'événements respiratoires postopératoires. La mesure du PEP pourrait être utile pour évaluer la sévérité de l'asthme, justifier des tests de la fonction pulmonaire qui empêcheraient la prise en charge en ambulatoire. La question qui mérite d'être posée est de savoir si on peut utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les asthmatiques car ils risquent de provoquer des bronchospasmes. La balance bénéfice/risque doit être évaluée pour chaque patient. Les patients atteints de BPCO asymptomatique ont une incidence plus basse de complications. Cette proportion passe à 4,5 % s'ils ont des symptômes dans les 30 jours qui précèdent et encore plus le jour ou la veille de l'intervention (référence non spécifique à la chirurgie ambulatoire). Ces résultats suggèrent que certaines interventions pourraient être différées en cas de symptômes afin de diminuer les risques, si les patients ont des symptômes récents.	Avis d'experts.

Guides	Troubles des voies respiratoires	Analyse critique / niveau de preuve
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Les complications respiratoires mineures sont plus fréquentes chez les patients souffrant d'asthme et de pathologie pulmonaire chronique obstructive (BPCO), mais celles-ci persistent rarement au-delà de la période postopératoire. Les complications sont beaucoup plus probables chez les patients avec des symptômes récents ou qui sont symptomatiques au moment de l'intervention. Les résultats de la spirométrie ne sont pas un facteur prédictif des événements postopératoires. La tolérance à l'exercice est le critère de sélection le plus important. L'utilisation de l'anesthésie régionale ou locale augmente la proportion de patients éligibles à la chirurgie ambulatoire.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les patients présentant des troubles des voies respiratoires

Les critères d'éligibilité suivants des patients présentant des troubles des voies respiratoires, notamment de nature obstructive, reposent sur des données de la littérature de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients asthmatiques ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont éligibles à la chirurgie ambulatoire s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques (30 jours après).

Les autres éléments suivants ont été identifiés, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- l'éligibilité dépendrait de l'évaluation pour chaque patient du degré de sa pathologie et de ses antécédents ;
- en présence d'une pathologie grave et rebelle, l'avis des pneumologues reste indispensable ;
- la dyspnée de grade 2 non traitée et l'asthme non contrôlé seraient des contre-indications relatives à la chirurgie ambulatoire ;
- une évaluation de la balance bénéfice/risque est conseillée quant à l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en postopératoire pour chaque patient asthmatique pris en charge en chirurgie ambulatoire.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients présentant des troubles des voies respiratoires

Les patients présentant des troubles des voies respiratoires sont éligibles s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques (30 jours après) et s'ils présentent une fonction pulmonaire optimale. Il est également important de rechercher l'existence d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) associée et d'en évaluer la sévérité.

Certains membres du groupe de travail ont rappelé qu'une attention particulière doit être portée aux médicaments pouvant entraîner un bronchospasme.

Concernant les patients asthmatiques, il convient de suivre les recommandations de bonne pratique en vigueur qui ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients asthmatiques ayant besoin d'AINS après une chirurgie ambulatoire dont l'éligibilité dépend de l'évaluation de la balance bénéfice/risque pour le patient. Mais il a été souligné que l'AINS reste l'antalgique de première intention dans certaines spécialités comme l'orthopédie, et que son utilisation est presque incontournable. Selon les anesthésistes, le score de LEE est particulièrement adéquat pour évaluer ce type de patient, notamment en tenant compte de la clairance de la créatinine.

↳ Critères médicaux en présence d'autres comorbidités

Peu de données sont disponibles concernant l'éligibilité des patients présentant d'autres comorbidités telles que rénale, hépatique, neurologique, gastro-intestinale ou psychique.

Les deux guides identifiés (1, 37) ont montré que les patients éligibles seraient :

- ceux avec des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage) mais à condition qu'un accompagnant soit disponible de façon permanente. La chirurgie ambulatoire serait en effet conseillée car un retour rapide dans un environnement familial est possible avec ce mode de prise en charge ;
- en cas de procédures simples chez les patients présentant des comorbidités sévères ;
- ceux atteints d'épilepsie bien contrôlée par le traitement.

La chirurgie ambulatoire est contre-indiquée pour les patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère).

Les données des guides identifiés reposent sur des avis d'experts, ne permettant pas de les retenir.

Guide de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guide	Autres comorbidités	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37) et <i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 (1)	Atteinte rénale La chirurgie ambulatoire est généralement contre-indiquée chez les patients hémodialysés ou subissant une dialyse péritonéale chronique en ambulatoire à cause de la difficulté technique et des comorbidités. Toutefois, les procédures simples telles que la formation des fistules peuvent être réalisées chez de tels patients. Atteinte hépatique La chirurgie ambulatoire est généralement contre-indiquée chez les patients avec une pathologie hépatique sévère. Toutefois, des procédures simples peuvent être réalisées en ambulatoire chez de tels patients après un avis de l'anesthésiste. Atteinte neurologique L'épilepsie n'est pas une contre-indication, les patients bien contrôlés par les traitements sont éligibles. L'avis d'un anesthésiste est demandé pour les patients présentant des problèmes neuromusculaires. Atteinte du système gastro-intestinal Les risques de régurgitation ne sont pas des contre-indications mais doivent être bien documentés notamment sa gestion en chirurgie ambulatoire. La prescription d'inhibiteurs de pompe à protons ou d'anti-H2 pourrait être faite 24 heures avant l'intervention si nécessaire avec une explication sur l'intérêt de prendre ces médicaments. Troubles psychiques La chirurgie ambulatoire avec un retour rapide dans un environnement familial est bénéfique pour les patients présentant des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage). La prise des médicaments ne doit pas être interrompue et un accompagnant doit être présent de façon permanente, y compris à l'induction et lors du réveil après une anesthésie générale.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les patients présentant d'autres comorbidités (rénale, hépatique, neurologique, gastro-intestinale, psychique)

Peu de données sont disponibles sur la prise en charge en chirurgie ambulatoire des patients présentant d'autres comorbidités. De plus, les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- les patients présentant des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage) seraient éligibles mais à condition qu'un accompagnant soit disponible de façon permanente. Leur retour rapide dans un environnement familial est en effet conseillé ;
- les patients atteints d'épilepsie bien contrôlée par le traitement seraient éligibles ;
- la chirurgie ambulatoire serait contre-indiquée pour les patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère) sauf en cas de procédures simples.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients présentant d'autres comorbidités

Patients avec des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage)

Il a été souligné que le suivi des instructions péri-opératoires peut être compromis chez les patients psychotiques et même si un accompagnant est présent, il est préférable de renforcer les liens avec l'équipe psychiatrique avant et après l'intervention.

Patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère) en cas de besoin de procédures simples

Les patients présentant des comorbidités sévères sont éligibles uniquement en cas de procédures simples.

↳ Les patients sous traitements concomitants

La plupart des traitements concomitants nécessitent une bonne gestion/adaptation en pré- et postopératoire. Les patients sous traitements concomitants devraient avoir une évaluation minutieuse des risques encourus en cas d'arrêt ou de continuation de leur traitement le jour de l'intervention. Selon Cuisinier et Albaladejo, lors d'une prise en charge ambulatoire, l'objectif est de ne pas décompenser des comorbidités préexistantes par un arrêt intempestif des traitements. Il faudrait organiser, dès l'évaluation préopératoire, la poursuite, l'arrêt temporaire ou le relais par d'autres thérapeutiques du ou des traitement(s) chronique(s) du patient (66).

Traitement antiagrégant plaquettaire

Peu de données sont disponibles concernant les conduites à tenir devant un patient sous antiagrégants plaquettaires pris en charge en chirurgie ambulatoire. Trois guides anglais ont été identifiés (6, 37, 39). Des recommandations ont été identifiées mais non retenues car elles ne sont pas spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Ainsi, les patients sous antiagrégants plaquettaires seraient éligibles à la chirurgie ambulatoire car l'arrêt du traitement pour une courte durée serait possible sous condition d'une évaluation minutieuse des risques encourus. Toutefois, pour certains experts, sauf si un protocole établi localement le spécifie, il n'est pas utile d'interrompre la prise d'aspirine en prévention contre les accidents cardiovasculaires en cas de besoin d'intervention chirurgicale car cela n'entraînerait pas plus de risques pour le patient.

Les patients ayant fait un accident ischémique transitoire (AIT) à répétition et ceux portant une prothèse de valve cardiaque resteraient des cas particuliers dont l'arrêt du traitement devrait être fait sous la surveillance d'un spécialiste.

Toutes ces données sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de faire des conclusions sur les conduites à tenir (nécessité d'arrêter le traitement ou pas avant une intervention), ni sur l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de ces patients.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Patients sous antiagrégants plaquettaires	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	L'aspirine en prévention contre les accidents cardiovasculaires ou l'infarctus du myocarde doit être prise en continu sauf autres recommandations dans un protocole établi localement.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2006 (39)	Les patients sous antiagrégants plaquettaires ont souvent besoin d'un traitement prophylactique à long terme. L'arrêt du traitement pour une courte durée est possible car cela n'entraîne pas plus de risques à l'exception des patients ayant eu des accidents ischémiques transitoires (AIT) à répétition, ceux avec prothèse de valve cardiaque dont c'est la seule prophylaxie et ceux avec stent récent. Dans ces cas particuliers, l'arrêt du traitement doit être fait sous surveillance particulière par un spécialiste. L'aspirine et le dipyridamole devraient être arrêtés quatre jours avant l'intervention si on veut obtenir une fonction plaquettaire normale. Le clopidogrel a une plus longue durée d'action par rapport à l'aspirine et pourrait être arrêté sept jours avant l'intervention.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Les patients sous antiagrégants plaquettaires (clopidogrel par exemple) devraient avoir une évaluation minutieuse des risques encourus avant d'interrompre ces médicaments.	Avis d'experts.

Traitement anticoagulant

Selon Sweitzer *et al.*, le risque d'hémorragie lié à l'intervention chirurgicale chez les patients qui continuent à prendre des anticoagulants doit être contrebalancé avec le risque de thrombose si le traitement est arrêté (67).

Deux recommandations (20, 24) et un guide de bonnes pratiques (39) ont été identifiés concernant les patients sous anticoagulants ayant besoin d'une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Selon le *Spain Ministry of Health and Consumer Affairs*, les patients sous anticoagulants sont en général exclus de la chirurgie ambulatoire (données de niveau de preuve peu élevé).

Mais les deux recommandations identifiées sont convergentes sur un point précis : les patients pourraient être éligibles en cas de procédures mineures sous anesthésie locale ; il est alors conseillé de poursuivre le traitement anticoagulant au lieu d'envisager une thérapie de transition (données de niveau de preuve peu élevé). Il est toutefois important de préciser que les recommandations de l'*European Society of Anaesthesiology* ne sont pas spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, selon la BADS, l'arrêt d'un traitement anticoagulant dépendrait de la pathologie à l'origine de la prescription. Toutefois, après un accident thromboembolique veineux ou une embolie pulmonaire, les patients sont souvent sous anticoagulants pendant trois à six mois et il est préférable de décaler toute intervention chirurgicale importante jusqu'à l'arrêt du traitement. S'il est impossible de décaler l'intervention, il est conseillé de mettre le patient sous héparine sous la surveillance d'un hématologue (données de niveau de preuve peu élevé).

Le niveau de preuve peu élevé de ces données divergentes sur l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire des patients sous anticoagulants ne permet pas de les retenir.

Recommandations

Recommandations	Patients sous traitement anticoagulant	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs</i> , 2008 (24)	Les patients sous traitement anticoagulant ou ceux ne pouvant pas recevoir un traitement prophylactique sont en général exclus de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, certaines structures ont établi un protocole spécifique avec arrêt des traitements trois jours avant l'intervention et reprise de traitement six heures après la fin de l'intervention. Dans certains types d'intervention sous anesthésie locale (phacoémulsification par exemple), il n'est pas nécessaire d'arrêter le traitement.	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>European Society of Anaesthesiology</i> , 2011 (20)	Quand des procédures chirurgicales mineures telles qu'une intervention mineure sur les tissus mous ou la cataracte sont envisagées, il vaut mieux considérer la poursuite du traitement par la warfarine au lieu d'envisager une thérapie de transition.	Non spécifique chirurgie ambulatoire. Grade C	Qualité générale : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Guide de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guide	Patients sous traitement anticoagulant	Analyse critique / niveau de preuve
British Association of Day Surgery, 2006 (39)	▸ L'arrêt d'un traitement anticoagulant dépend de la pathologie à l'origine de la prescription. ▸ Les personnes âgées ayant une fibrillation auriculaire sont souvent sous anticoagulants. Arrêter leur traitement une semaine avant l'intervention n'entraîne pas un risque élevé d'AVC. ▸ Après un accident thromboembolique veineux ou une embolie pulmonaire, les patients sont souvent sous anticoagulants (warfarine) pendant trois à six mois. Il est préférable de décaler toute intervention chirurgicale importante jusqu'à l'arrêt du traitement. S'il est impossible de décaler l'intervention, il est conseillé de mettre le patient sous héparine après l'avis d'un hématalogue. Cela est également valable pour les patients pour lesquels un diagnostic de thrombophilie a été fait et qui présentent des événements thromboemboliques à répétition. ▸ En cas de prothèses valvulaires, l'arrêt des traitements anticoagulants dépend du type de valve cardiaque : 1) prothèse de valve aortique : on peut arrêter le traitement anticoagulant trois jours avant l'intervention à condition de reprendre le jour de l'intervention, 2) prothèse de valves mitrales mécaniques : il est souvent indispensable de mettre le patient sous héparine en intraveineuse, ce qui n'est pas faisable en ambulatoire.	Avis d'experts.

IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase)

Peu de données sont disponibles sur la conduite à tenir devant un patient sous IMAO devant être pris en charge en chirurgie ambulatoire. Une revue systématique de niveau de preuve peu élevé (49) et un guide de bonnes pratiques (37) ont été identifiés.

Bryson *et al.* n'ont pas retrouvé de données de la littérature spécifiques sur les IMAO en lien avec l'anesthésie en ambulatoire. Des interactions médicamenteuses liées aux IMAO ont été signalées. Toutefois, selon les auteurs, les patients sous IMAO classiques ou IMAO sélectifs resteraient éligibles à l'anesthésie en ambulatoire si l'administration de mépéridine, de la cocaïne ou des catécholamines à action indirecte est évitée (données de niveau de preuve peu élevé).

En revanche, selon le NHS, les patients sous IMAO ne sont pas éligibles (données de niveau de preuve peu élevé).

Les données sur l'éligibilité de ces patients, de niveau de preuve peu élevé (avis d'experts), restent contradictoires ne permettant pas de les retenir.

Revue systématique de la littérature

Revue	Patients sous IMAO	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson <i>et al.</i> , 2004 (49)	▸ L'administration de mépéridine ou de cocaïne chez les patients sous IMAO les expose à un risque de survenue d'une crise sérotoninergique. ▸ Les catécholamines à action indirecte doivent être évitées. ▸ Les sympathomimétiques à action directe peuvent être utilisés en toute sécurité. ▸ Les patients sous IMAO réagissent normalement à l'administration de la plupart des agents anesthésiques. ▸ Des cas sporadiques d'interactions médicamenteuses liées aux IMAO ont été rapportés et à la suite de cela, il était conseillé d'arrêter l'IMAO deux à trois semaines avant l'intervention chirurgicale. Toutefois, en dehors de ces rares cas rapportés, l'utilisation continue de l'IMAO/IMAO-A n'a pas été associée avec des événements graves péri-opératoires si l'administration de mépéridine et des catécholamines à action indirecte est évitée. Les auteurs n'ont pas retrouvé des données de la littérature spécifiques sur les IMAO en lien avec l'anesthésie en ambulatoire et concluent que les interactions médicamenteuses liées aux IMAO sont possibles et ont été signalées, mais les patients sous IMAO classiques ou IMAO sélectifs restent éligibles à l'anesthésie en ambulatoire si l'administration de mépéridine, de la cocaïne ou des catécholamines à action indirecte est évitée.	Grade C Grade C Grade C Grade C Grade B	Revue de niveau de preuve peu élevé.

*gradation des conclusions : cf. Annexe 2

Guide de bonnes pratiques

Guide	Patients sous IMAO	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Les patients sous inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) resteraient non éligibles à la chirurgie ambulatoire, l'avis d'un anesthésiste reste indispensable.	Avis d'experts.

Autres médicaments

Les données concernant les autres traitements concomitants, retrouvées dans deux recommandations (20, 29) dont une non spécifique à la chirurgie ambulatoire et deux guides de bonnes pratiques (6, 37) ont été analysées.

Ainsi, les antidiabétiques oraux et les antidiabétiques injectables non insuliniques ne devraient pas être pris le jour de l'intervention, jusqu'à la reprise de l'alimentation normale. Des adaptations de doses pourraient être utiles pour l'insuline de longue durée d'action ou intermédiaire et pour les combinés fixes (données de niveau de preuve peu élevé).

Mis à part les traitements antidiabétiques, la plupart des médicaments habituels des patients devraient être pris normalement le jour de l'intervention en ambulatoire (données de niveau de preuve peu élevé).

Aucune donnée de niveau de preuve élevé n'a pu être identifiée et ne permet de faire des conclusions ni sur la conduite à tenir (nécessité d'arrêt du traitement ou pas avant une intervention), ni sur l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de ces patients.

Recommandations

Recommandations	Patients sous autres traitements concomitants	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Society for Ambulatory Anesthesia, 2010</i> (29)	Gestion préopératoire des antidiabétiques oraux (ADO) Pas de donnée de niveau d'évidence élevé. Metformine : arrêt 24 à 48 heures avant l'intervention chez les patients avec une atteinte rénale et ceux ayant besoin d'une exploration utilisant des produits de contraste. Globalement, il n'est pas nécessaire d'arrêter les ADO avant le jour de l'intervention. Les ADO et les antidiabétiques injectables non insuliniques ne doivent pas être pris le jour de l'intervention, jusqu'à la reprise de l'alimentation normale. Gestion préopératoire de l'insuline Pas de donnée de niveau d'évidence élevé. La veille de l'intervention : aucun changement de dose quel que soit le type de l'insuline. Le jour de l'intervention : aucun changement de dose pour l'insuline en pompe, adaptation de dose pour l'insuline de longue durée d'action ou intermédiaire et pour les combinés fixes ; maintenir la dose pour l'insuline de courte durée d'action ou les insulines régulières.	Niveau 2A Niveau 2A Niveau 2A Niveau 2A	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>European Society of Anaesthesiology, 2011</i> (20)	Il est recommandé de poursuivre les bêtabloquants et les statines en période péri-opératoire.	Non spécifique à la chirurgie ambulatoire. Grade A	Qualité générale : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Patients sous autres traitements concomitants	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	La plupart des médicaments habituels des patients doivent être pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire. Les effets indésirables des diurétiques pourraient gêner les patients le jour de l'intervention. Les contraceptions par voie orale ne doivent pas être interrompues sauf avis contraire précis du chirurgien.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	À part les antidiabétiques et quelques traitements anticoagulants, la plupart des médicaments habituels des patients doivent être pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire. Les bêtabloquants ne doivent pas être arrêtés avant le jour de l'intervention. Il n'existe pas de consensus sur le fait de devoir arrêter les inhibiteurs d'enzyme de conversion le jour de l'intervention.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les patients sous traitements concomitants

Traitement antiagrégant plaquettaire

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients sous antiagrégants plaquettaires sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Traitement anticoagulant

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'éligibilité des patients sous anticoagulants.

IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase)

Le peu de données disponibles identifiées sur l'éligibilité des patients sous IMAO sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Autres traitements

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- la plupart des médicaments habituels des patients devraient être pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire ;
- les antidiabétiques oraux ne devraient pas être arrêtés la veille de l'intervention. En revanche, aucun traitement le jour de l'intervention ne devrait être pris avant la reprise de l'alimentation normale ;
- pour les patients sous insuline, une adaptation devrait être faite en fonction du type d'insuline le jour de l'intervention.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients sous traitements concomitants

Traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants

La conduite à tenir vis-à-vis des antiagrégants plaquettaires ou des anticoagulants dépend de leurs indications, du profil à risque des patients et nécessite une discussion pluridisciplinaire. La gestion péri-opératoire de ces patients est en effet délicate et doit être protocolisée. Le partage d'informations et la coordination de la gestion des risques en amont et en aval sont donc indispensables, notamment avec le médecin traitant.

Patients sous insuline

Le groupe de travail précise que les patients sous insuline sont éligibles mais nécessitent une adaptation péri-opératoire du traitement en fonction du type de l'insuline (adaptation la veille et le jour de l'intervention).

IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase), antidiabétiques oraux et les autres traitements

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients sous IMAO, sous antidiabétiques oraux, sous bêtabloquants, sous statines, sous inhibiteurs d'enzyme de conversion et sous autres médicaments.

↳ **Tabac, alcool, substances illicites**

Selon l'*International Association for Ambulatory Surgery*, la chirurgie ambulatoire devient de plus en plus la norme et non plus un traitement alternatif (40). Les unités de chirurgie ambulatoire sont amenées à évaluer en préopératoire l'éligibilité des patients tabagiques ou exposés au tabagisme passif, les patients dépendant de l'alcool ou d'autres substances illicites.

Deux recommandations (19, 20) dont celle européenne non spécifique à la chirurgie ambulatoire, une revue systématique (48) et quatre guides anglais (6, 37, 39, 41) ont été identifiés.

Tabac

Selon l'*American Society of Plastic Surgeons* (recommandation de qualité générale moyenne), pour déterminer l'éligibilité des patients exposés au tabac, il est recommandé de tenir compte du nombre de paquets-années, de la durée et de l'intensité de l'exposition au tabagisme passif et de la présence de comorbidités pouvant être exacerbées par le tabac (données de niveau de preuve peu élevé) (19). Selon la BADS, une évaluation particulière est conseillée car les fumeurs de longue durée sont exposés à plus de risques de comorbidités et de complications péri-opératoires (notamment bronchospasme, infection des voies respiratoires, retard à la cicatrisation, etc.) (données de niveau de preuve peu élevé) (39).

Par ailleurs, toujours selon l'*American Society of Plastic Surgeons*, l'arrêt du tabac préconisé est variable en fonction de l'état de santé global du patient et de la nature de l'intervention chirurgicale : de six - huit semaines à 24 heures avant l'intervention (données de niveau de preuve peu élevé). Le sevrage tabagique est conseillé au moins quatre semaines avant l'intervention selon l'*European Society of Anesthesiology* (20) (recommandation de bonne qualité générale mais non spécifique à la chirurgie ambulatoire). Bryson *et al.* (48) (revue de niveau de preuve peu élevé) et Smith *et al.* (6) (avis d'experts) préconisaient également un arrêt de tabac d'au moins quatre semaines avant l'intervention (données de niveau de preuve peu élevé).

En conclusion, les données de la littérature sont de faible niveau de preuve ne permettant pas de retenir que l'éligibilité d'un patient tabagique ou exposé au tabagisme passif dépend de son évaluation préopératoire en tenant compte du degré et de la durée de l'exposition au tabac, des comorbidités pouvant être exacerbées par le tabac et des risques de complications péri-opératoires. Le délai préconisé du sevrage tabagique avant l'intervention est variable dans la littérature.

Alcool

Il existe peu de données de la littérature sur l'éligibilité des patients alcoolo-dépendants à la chirurgie ambulatoire.

Selon l'*European Society of Anesthesiology* (20) (recommandation de bonne qualité générale, non spécifique à la chirurgie ambulatoire), l'abstinence un mois avant l'intervention réduit les complications (données de niveau de preuve peu élevé).

En 2008, selon la *British Association of Day Surgery* (BADS) (41), il est très important de détecter lors de l'évaluation préopératoire les patients alcoolo-dépendants. Ces patients restent éligibles à la chirurgie ambulatoire, mais les professionnels de santé devraient être prêts à gérer les complications péri-opératoires. En revanche, pour les patients sous l'emprise de l'alcool le jour de l'intervention, il est conseillé de décaler l'intervention. Les patients très intoxiqués ne sont pas éligibles, une admission avant le jour de l'intervention pourrait être utile (données de niveau de preuve peu élevé).

Les données sur l'éligibilité de cette catégorie de patients relèvent d'avis d'experts ne permettant pas de les retenir.

Autres substances illicites

Les seules données disponibles sont celles du NHS en 2002 (37). Ainsi, les patients sous ecstasy ou cocaïne nécessiteraient des précautions particulières. La prise de cannabis ne serait pas une contre-indication. Pour les patients sous narcotiques (héroïne), des difficultés de gestion des douleurs postopératoires seraient possibles. Il est très important d'informer les patients des risques liés à la consommation de ces produits 24 heures avant une anesthésie générale. L'avis d'un anesthésiste est indispensable si le patient est réticent ou incapable de se conformer aux consignes.

Les données sur l'éligibilité de cette catégorie de patients relèvent d'avis d'experts ne permettant pas de les retenir.

Recommandations

Recommandations	Tabac, alcool, substances illicites	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>American Society of Plastic Surgeons, 2011</i> (19)	Tabac Le patient doit être interrogé sur les antécédents de tabagisme, y compris le nombre de paquets-années. Pour les patients non-fumeurs, il est important d'évaluer l'exposition au tabagisme passif. Le patient doit être interrogé sur les comorbidités qui pourraient être exacerbées par les effets du tabac (broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), toux chronique, obstruction des voies aériennes). Le sevrage tabagique pendant la période préopératoire est recommandé et doit dépendre de la santé globale du patient et de l'intervention chirurgicale. Le moment optimal d'arrêt du tabac n'est pas entièrement déterminé et varie entre six - huit semaines et 24 heures avant une intervention chirurgicale. Le médecin doit discuter des options disponibles pour aider le patient à cesser de fumer (conseils, remplacement de la nicotine, médicaments). Il est recommandé de demander au patient de continuer à ne pas fumer pendant la période postopératoire, au minimum sept jours après l'intervention.	Grade B Grade B Grade B Grade A Grade D	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>European Society of Anaesthesiology, 2011</i> (20) Non spécifique à la chirurgie ambulatoire	Tabac L'arrêt du tabac avant l'intervention chirurgicale est recommandé au moins six à huit semaines avant l'intervention, quatre semaines au minimum. Un arrêt à court terme du tabac par rapport au jour de l'intervention permet juste de réduire la quantité de carboxyhémoglobine dans le sang chez les gros fumeurs. Alcool L'abstinence un mois au moins avant l'intervention réduit l'incidence des complications péri-opératoires liées à la dépendance à l'alcool.	Grade B Grade D Grade C	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradations des recommandations utilisées : cf. Annexe 2

Revue systématique de la littérature

Revue	Tabac, alcool, substances illicites	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
Bryson et al., 2004 (48)	Tabac L'arrêt du tabac au minimum quatre semaines avant l'intervention chirurgicale devrait être encouragé chez les patients qui sont vus et évalués en consultation préopératoire.	Grade B	Revue de niveau de preuve peu élevé.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Tabac, alcool, substances illicites	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	Substances illicites Des précautions particulières doivent être prises chez les patients consommant de l'ecstasy ou de la cocaïne. La consommation de cannabis n'est pas une contre-indication à la chirurgie ambulatoire. Les patients sous narcotiques (héroïne par exemple) peuvent rencontrer des difficultés à gérer leur douleur en postopératoire. Cela devrait être discuté en amont et documenté dans le dossier du patient. Il peut être nécessaire de faire admettre ces patients dans une unité de gestion de douleur. Les risques liés à la consommation de ces produits illicites 24 heures avant une anesthésie générale devraient être discutés avec les patients et les décisions doivent être notées. Si le patient est réticent ou incapable de se conformer aux consignes, il convient de consulter l'anesthésiste.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2006 (39)	Tabac Les patients fumeurs doivent être bien évalués en préopératoire car il existe des risques de comorbidités notamment chez les fumeurs de longue durée (pathologies cardiovasculaires et pulmonaires BPCO, pathologies vasculaires périphériques, cancer), plus de risques de complications pré-, per- et postopératoires (bronchospasme, infection des voies respiratoires, retard à la cicatrisation, etc.). Les patients fumeurs ont toutefois moins de risques de NVPO. La consultation pré-anesthésique peut être une bonne occasion pour conseiller au patient d'arrêter de fumer.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2008 (41)	Alcool Il est important de détecter très tôt, lors de la consultation pré-anesthésique, les patients alcoolo-dépendants. Il est recommandé d'explorer la fonction hépatique (y compris les tests de coagulation) avant toute intervention chirurgicale. Il est conseillé de décaler l'intervention chirurgicale d'une personne sous l'emprise de l'alcool. En effet, du point de vue légal, le consentement doit être donné par une personne capable de bien comprendre les informations qu'on lui donne. Du point de vue médical, il existe une augmentation du risque de régurgitation et de problèmes d'aspiration sous anesthésie, ainsi qu'un risque augmenté de déshydratation chez ces patients. - Les professionnels de santé dans l'unité de chirurgie ambulatoire doivent être prêts à gérer les complications péri-opératoires qui arrivent fréquemment chez les patients alcoolo-dépendants : syndrome de sevrage aigu, insuffisance cardio-pulmonaire secondaire à une cardiomyopathie, infection postopératoire, modification de la sensibilité à l'anesthésie, augmentation de l'effet des sédatifs et des opioïdes. - Pour certains patients très intoxiqués, une admission avant le jour de l'intervention peut être utile pour maîtriser la consommation d'alcool.	Avis d'experts.

Guides	Tabac, alcool, substances illicites	Analyse critique / niveau de preuve
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Tabac L'arrêt du tabac six à huit semaines avant l'intervention peut réduire les complications.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Tabac, alcool, substances illicites

Tabac

Peu de données sur l'éligibilité des patients exposés au tabac sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- l'éligibilité d'un patient tabagique ou exposé au tabagisme passif dépendrait de son évaluation préopératoire en tenant compte du degré et de la durée de l'exposition au tabac, des comorbidités pouvant être exacerbées par le tabac et des risques de complications péri-opératoires.

Par ailleurs, l'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur le délai préconisé du sevrage tabagique avant l'intervention (entre six - huit semaines et 24 heures avant l'intervention).

Alcool

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients alcoolo-dépendants seraient éligibles mais les professionnels de santé devraient être prêts à gérer les complications péri-opératoires ;
- les patients sous l'emprise de l'alcool le jour de l'intervention ne seraient pas éligibles ;
- les patients très intoxiqués ne seraient pas éligibles.

Autres substances illicites

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients sous ecstasy ou cocaïne nécessiteraient des précautions particulières ;
- les patients sous cannabis seraient éligibles ;
- les patients sous narcotiques (héroïne) pourraient présenter des difficultés de gestion des douleurs postopératoires.

Position argumentée du groupe de travail

Tabac, alcool, substances illicites

Tabac

Le tabagisme en soi n'est pas un critère de sélection. C'est l'appréciation du retentissement respiratoire du tabac qui est le plus important. Les problèmes de cicatrisation liés au tabagisme ne dépendent pas du mode de prise en charge du patient. Il n'existe pas de conclusion possible concernant le délai à préconiser entre l'arrêt de tabac et l'intervention.

Alcool

Les patients alcool-dépendants posent des problèmes de gestion péri-opératoire. Il faut s'assurer de l'adhésion au projet thérapeutique de ces patients. Ce sont des patients de statut ASA III instable en général, non sevrés ou sous imprégnation aiguë.

Pour les patients en intoxication aiguë le jour de l'intervention, la procédure doit être décalée.

Substances illicites

Les patients utilisateurs de substances illicites posent également des problèmes de gestion péri-opératoire. Il est important de s'assurer de leur adhésion au projet thérapeutique et il convient de rester vigilant car il arrive que ces patients prennent des produits illicites juste avant l'intervention.

Une remarque a été faite sur les patients sous Subutex qui bien que stables peuvent poser des problèmes de gestion de la douleur. Ces situations ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Il est très important d'informer les patients des risques liés à la consommation des produits illicites 24 heures avant une anesthésie générale.

↳ **Spécificités liées à l'âge : critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en pédiatrie**

Concernant l'éligibilité des patients en pédiatrie, cinq recommandations (françaises, espagnole, australienne et néo-zélandaise) (17, 18, 23, 24, 27), une revue systématique canadienne (49) et quatre guides de bonnes pratiques anglais (30, 36, 38, 47) ont été identifiés.

Les critères généraux, médicaux et chirurgicaux, dans leur spécificité en pédiatrie, sont traités dans cette partie.

Pédiatrie : critères généraux

L'éligibilité à la chirurgie ambulatoire repose de façon générale sur l'évaluation de chaque patient et tel est aussi le cas en pédiatrie.

Les recommandations de qualité méthodologique variable (de moyenne à bonne qualité générale) et les guides de bonnes pratiques identifiés sont convergents en ce qui concerne l'éligibilité des enfants à la chirurgie ambulatoire : l'âge n'est pas un facteur d'exclusion à condition d'avoir une équipe médicale expérimentée, des ressources appropriées et des locaux adaptés à la prise en charge pédiatrique. La réduction de la séparation « enfant-parents » est bénéfique au cours de l'hospitalisation ambulatoire qui est à privilégier dès que les conditions de sa réalisation sont réunies (17, 24, 36), notamment le retour et la surveillance à domicile en toute sécurité (23). De même, en 2013, pour l'Association française d'urologie, les enfants sont d'excellents candidats à la prise en charge ambulatoire. Il est recommandé que les particularités liées au jeune âge soient prises en compte dans les structures (avis d'experts) (18).

Concernant l'âge limite minimum des enfants nés à terme, les pratiques sont différentes suivant les pays :

- en France, selon la SFAR : éligibilité > 3 mois, et même < 3 mois si l'équipe médicale est expérimentée (recommandation de qualité générale moyenne) ;
- en Espagne : éligibilité > 6 mois (recommandation de qualité générale moyenne) ;
- en Australie et Nouvelle-Zélande : éligibilité > 6 semaines (avis d'experts) ;
- selon le NHS, chaque structure fixe l'âge minimum limite (avis d'experts) ;
- selon le *Royal College of Nursing* (anglais) : éligibilité > 4 semaines, les nourrissons qui n'étaient pas mis sous assistance respiratoire (avis d'experts) ;
- en Grande-Bretagne et en Irlande : éligibilité > 4 semaines (avis d'experts).

Enfin, selon le *Royal College of Anaesthetists*, l'intervention ne devrait pas être complexe ou de durée prolongée, réalisée chez un enfant ne présentant aucune comorbidité ou seulement une légère comorbidité bien contrôlée. En cas de comorbidités plus lourdes, l'enfant est éligible à la chirurgie ambulatoire uniquement si sa pathologie est stable, l'intervention mineure et le risque de complications cardio-respiratoires minime (données de niveau de preuve peu élevé).

Recommandations

Recommandations	Pédiatrie Critères généraux	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	La chirurgie ambulatoire programmée de l'enfant est possible à condition que : - la surveillance postopératoire ne nécessite pas de moyens hospitaliers, de matériels et de ressources humaines spécifiques et que le retour à domicile préserve le confort et la sécurité de l'enfant ; - les parents ou signifiants puissent rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre le patient en charge dans un délai d'une heure environ, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention ; - les parents ou signifiants disposent du téléphone pour pouvoir joindre le centre « 15 » à tout moment et qu'ils puissent être contactés dans des conditions permettant une compréhension réciproque des informations ; - les parents ou signifiants soient informés que des contre-indications particulières appréciées par l'anesthésiste ou le chirurgien peuvent naître à tout moment de la prise en charge, avant, pendant, et après l'intervention.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs</i> , 2008 (24)	En règle générale, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion d'un patient à la chirurgie ambulatoire. La chirurgie ambulatoire est idéale pour les enfants car rester une nuit à l'hôpital peut être une source de stress pour eux plus que l'intervention elle-même. La prise en charge des enfants devrait être faite dans un lieu séparé de celui des adultes et par des professionnels de santé spécialisés en pédiatrie. Les nourrissons nés à terme âgés de moins de six mois ne devraient pas être inclus à la chirurgie ambulatoire à cause des risques d'apnée postopératoire.	Recommandation « forte ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
SFAR, 2009 (17)	Pour les enfants nés à terme : les patients de plus de trois mois sont éligibles. En fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention, certains patients de moins de trois mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur. 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. La réduction de la séparation « enfant-parents » est bénéfique au cours de l'hospitalisation ambulatoire qui est à privilégier dès que les conditions de sa réalisation sont réunies.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Les nourrissons nécessitent des dispositifs spécifiques pour leur prise en charge, les jeunes enfants doivent être admis dans les unités ayant une expérience en pédiatrie notamment après consultation préalable avec l'anesthésiste. Une plus longue période d'observation postopératoire peut être nécessaire. Les nourrissons nés à terme de plus de six semaines d'âge sont éligibles.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Recommandations	Pédiatrie Critères généraux	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
AFU, 2013 (18)	Les enfants sont d'excellents candidats à la prise en charge ambulatoire. Il est recommandé que les particularités liées au jeune âge soient prises en compte dans les structures.	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Pédiatrie Critères généraux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health, 2002</i> (36)	La chirurgie ambulatoire est particulièrement adaptée aux enfants car rester à l'hôpital la nuit est souvent stressant pour eux. Les enfants doivent être pris en charge par des professionnels de santé expérimentés en pédiatrie (chirurgiens, anesthésistes, paramédicaux), dans un lieu adapté aux enfants, idéalement séparé du lieu pour la prise en charge des adultes. Chaque structure fixe l'âge minimum limite. Certains hôpitaux acceptent la prise en charge en chirurgie ambulatoire de très jeunes nourrissons.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Nursing, 2004</i> (38)	Les nourrissons âgés de moins de quatre semaines ou qui ont été mis sous assistance respiratoire ne sont pas éligibles.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011</i> (30)	Une unité de chirurgie ambulatoire qui prend en charge les enfants devrait avoir le personnel et les installations appropriés. Les enfants nés à terme de plus d'un mois sont généralement éligibles à la chirurgie ambulatoire.	Consensus d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists, 2013</i> (47)	Les besoins spécifiques des enfants doivent être considérés à tous les stades de la prise en charge. Tous les équipements et le personnel auxquels on pourrait s'attendre dans une unité pédiatrique devraient être présents dans l'unité de chirurgie ambulatoire. La prise en charge et les soins des enfants en chirurgie ambulatoire doivent être conformes aux normes de soins indépendamment du fait que les enfants soient gérés dans une unité pédiatrique spécialisée ou dans une unité de soins pour adultes adaptée aux enfants. Il est particulièrement important que les enfants récupèrent dans des zones séparées dédiées, avec du personnel dûment formé et qualifié. La chirurgie ambulatoire est particulièrement appropriée pour les enfants, à condition que l'intervention ne soit pas complexe ou de durée prolongée et que l'enfant ne présente aucune ou seulement une légère comorbidité bien contrôlée. Mais même les enfants ayant des besoins relativement complexes (atteints de paralysie cérébrale ou de fibrose kystique par exemple) peuvent être pris en charge en chirurgie ambulatoire à condition que les pathologies soient stables avec un minimum de problème cardio-respiratoire et que la chirurgie soit mineure. Les enfants devraient avoir une chirurgie aux mêmes normes que celle en hospitalisation traditionnelle, mais avec des mesures qui visent à la sortie le jour même.	Avis d'experts.

Pédiatrie : cas particulier des enfants nés prématurés

Concernant l'âge limite minimum des enfants nés prématurés, les pratiques sont différentes suivant les pays. Sont éligibles :

- en France, selon la SFAR : certains patients nés prématurés d'âge post-conceptionnel > 60 semaines d'âge et jusqu'à un an si l'équipe médicale est expérimentée et en fonction de la nature de l'intervention (recommandation de qualité générale moyenne) ;
- en Espagne : enfants nés prématurés > 12 mois, ceux âgés de moins de 12 mois présenteraient un risque élevé d'apnée postopératoire (recommandation de qualité générale moyenne) ;
- au Canada, l'éligibilité dépend de l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour chaque patient (revue de niveau de preuve peu élevé) ;
- selon le *Royal College of Nursing* (anglais), enfants nés prématurés > 44 semaines d'âge post-conceptionnel (avis d'experts) ;
- en Australie et Nouvelle-Zélande : enfants nés prématurés > 52 semaines d'âge post-conceptuel (avis d'experts) ;
- selon le *Royal College of Anaesthetists* (anglais), enfants nés prématurés > 60 semaines d'âge post-conceptionnel. La limite d'âge minimum d'éligibilité dépend des ressources disponibles, de l'expérience de l'équipe médicale et de l'état clinique du nourrisson (avis d'experts) ;
- en Grande-Bretagne et en Irlande, enfants nés prématurés > 60 semaines d'âge post-conceptionnel (avis d'experts).

Recommandations

Recommandations	Pédiatrie Enfants nés prématurés	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008</i> (24)	Les nourrissons nés prématurés âgés de moins de 12 mois ne devraient pas être inclus à la chirurgie ambulatoire à cause des risques d'apnée postopératoire.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
ADARPEF, 2008 (23)	Enfants nés prématurés : un âge post-conceptionnel < 60 semaines d'âge est un facteur d'exclusion. En fonction de l'expérience de l'équipe et de la nature de l'intervention, certains patients d'âge post-conceptionnel > 60 semaines d'âge et jusqu'à un an peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010</i> (27)	Les enfants ex-prématurés (moins de 37 semaines de gestation) de plus de 52 semaines d'âge post-conceptionnel sont éligibles.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Revue systématique de la littérature

Revue	Pédiatrie Enfants nés prématurés	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson et al., 2004 (49)	▶ Même si l'âge gestationnel, l'âge post-conceptionnel et l'anémie sont des facteurs prédictifs significatifs de survenue d'apnée postopératoire (grade A), l'évaluation du rapport bénéfice/risque de la chirurgie ambulatoire devrait être faite pour chaque patient. ▶ La durée optimale de la surveillance en salle post-interventionnelle (SSPI) n'est pas définie. ▶ Le choix de la technique anesthésique (régionale ou générale) est laissé à l'anesthésiste car aucune technique ne semble supérieure à une autre.	Grade C Grade D	Revue de niveau de preuve peu élevé.

*gradation des conclusions utilisées : cf. Annexe 2

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Pédiatrie Enfants nés prématurés	Analyse critique / niveau de preuve
Royal College of Nursing, 2004 (38)	Les prématurés qui n'ont pas atteint les 44 semaines post-conceptionnelles ne sont pas éligibles.	Avis d'experts.
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011 (30)	Une limite d'âge post-conceptionnel supérieur à 60 semaines est conseillée pour les ex-prématurés.	Consensus d'experts.
Royal College of Anaesthetists, 2013 (47)	La limite d'âge minimum d'éligibilité dépend des ressources disponibles, de l'expérience du personnel médical et de l'état clinique du nourrisson. Les nouveau-nés prématurés ne devraient pas être éligibles à la chirurgie ambulatoire sauf si cela est adapté médicalement et s'ils ont un âge post-conceptionnel au-delà de 60 semaines.	Avis d'experts.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

En 2008, selon les recommandations de l'Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française, les contre-indications à la chirurgie ambulatoire chez l'enfant sont les interventions à risque hémorragique et/ou réputées douloureuses, nécessitant une surveillance postopératoire spécifique ainsi que la survenue d'une complication durant ou après l'intervention (recommandation de bonne qualité générale).

Recommandation

Recommandation	Pédiatrie Critères chirurgicaux	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	Doivent être considérées comme des contre-indications à la mise en œuvre ou à la poursuite du mode ambulatoire : ▸ les interventions à risque hémorragique et/ou réputées douloureuses ; ▸ une intervention nécessitant une surveillance postopératoire spécifique ; ▸ la survenue d'une complication durant ou après l'intervention.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.

Guide de bonnes pratiques

Guide	Pédiatrie Critères chirurgicaux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38)	Il faut s'assurer qu'il existe un moindre risque de complications postopératoires.	Avis d'experts.

Pédiatrie : critères anesthésiques et statut ASA

Comme chez l'adulte, il est important d'évaluer le patient en pédiatrie de façon à inclure ceux ne présentant pas de contre-indications aux différentes techniques anesthésiques disponibles. Le statut ASA peut contribuer à déterminer l'éligibilité ou pas des patients.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Selon une recommandation française de bonne qualité générale (23), les contre-indications d'ordre anesthésique sont les affections graves et instables, les pathologies aiguës en cours et la survenue d'une complication per- ou post-anesthésique (pas de gradation des conclusions).

Par ailleurs, selon le *Royal College of Nursing*, la durée de l'anesthésie et celle de l'intervention ne devraient pas dépasser une heure (données de niveau de preuve peu élevé). Les anesthésistes devraient être formés et spécialisés en pédiatrie avec des connaissances actualisées (données de niveau de preuve peu élevé).

Pédiatrie : statut ASA

Les documents identifiés, de niveau de preuve variable, sont convergents : les patients ASA I ou II sont éligibles. Les patients ASA III non équilibré et ASA IV doivent être exclus.

Après accord préalable avec l'anesthésiste et/ou le chirurgien, les patients ASA III stable avec ou sans traitement peuvent être inclus si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et/ou le traitement est négligeable (recommandation de bonne qualité générale).

Recommandations

Recommandation	Pédiatrie Critères anesthésiques et statut ASA	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	Les contre-indications d'ordre anesthésique sont : - une affection grave et instable ; - les pathologies aiguës en cours ; - la survenue d'une complication per- ou post-anesthésique. Tous les patients ASA I ou II sont éligibles. Mais après accord préalable avec l'anesthésiste et/ou le chirurgien, les patients ASA III dont la pathologie est stabilisée avec ou sans traitement peuvent être inclus si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et/ou le traitement est négligeable. Les patients ASA III non équilibré et ASA IV doivent être exclus.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.
SFAR, 2009 (17)	Il est recommandé que les enfants de score ASA I, II et ASA III équilibré soient éligibles à l'ambulatoire.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Pédiatrie Critères anesthésiques et statut ASA	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38)	Une durée d'anesthésie et celle de l'intervention ne dépassant pas une heure sont un critère d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire en pédiatrie. Les enfants de statut ASA I ou II (enfant relativement en bonne santé) sont éligibles. Il faut par ailleurs déterminer la classification ASA des enfants présentant des troubles et des handicaps sous-jacents.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2013 (47)	Les anesthésistes doivent avoir reçu une formation appropriée. Ils devraient être formés et spécialisés en pédiatrie avec des connaissances actualisées. Une formation dans le cadre du développement professionnel continu pourrait être effectuée dans un service de pédiatrie locale si nécessaire.	Avis d'experts.

Pédiatrie : infection des voies respiratoires hautes

Selon Bryson *et al.*, l'infection des voies respiratoires hautes est l'une des préoccupations fréquentes des anesthésistes, des chirurgiens et des parents d'autant plus que le diagnostic de ces infections n'est pas facile car les symptômes ne sont pas spécifiques et se confondent aux symptômes de l'allergie notamment. On définit l'infection des voies respiratoires hautes comme au moins deux des symptômes suivants : irritations ou maux de gorge, éternuements, rhinorrhée, congestion nasale, malaise, toux, fièvre, laryngite. La présence des symptômes doit être confirmée auprès des parents (49).

Les données disponibles sont celles de la revue de la littérature réalisée par Bryson *et al.* L'infection des voies respiratoires hautes prédisposerait à un risque plus important de survenue de complications péri-opératoires (notamment désaturation, toux et difficulté à respirer). En présence d'infection des voies respiratoires hautes, les patients seraient éligibles quatre semaines après la disparition des symptômes. Il faudrait également tenir compte lors de l'évaluation de l'enfant des

facteurs de risques de complications respiratoires tels que l'intubation endotrachéale, le tabagisme passif, la congestion nasale et la toux productive (revue de niveau de preuve peu élevé).

Revue systématique de la littérature

Revue	Pédiatrie Infection des voies respiratoires hautes	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / niveau de preuve
Bryson et al., 2004 (49)	▸ L'infection des voies respiratoires hautes prédispose à un risque plus important de survenue de complications péri-opératoires, désaturation, toux et difficulté à respirer étant les événements les plus régulièrement signalés.	Grade A	Revue de niveau de preuve peu élevé.
	▸ Toutefois, la majorité des événements respiratoires sont transitoires et relativement pas très graves.	Grade A	
	▸ Un délai de quatre semaines après la disparition des symptômes d'infection des voies respiratoires hautes peut être nécessaire pour réduire les risques de complications péri-opératoires.	Grade B	
	▸ L'intubation endotrachéale augmente le risque de complications respiratoires pendant la période péri-opératoire chez les enfants présentant une infection des voies respiratoires hautes.	Grade A	
	▸ L'intubation endotrachéale, le tabagisme passif, la congestion nasale, la toux productive sont des facteurs de risque chez un enfant présentant une infection des voies respiratoires hautes. Les complications respiratoires doivent être anticipées en présence de ces facteurs.	Grade A	

*gradation des conclusions : cf. Annexe 2

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Selon l'Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, les nourrissons ayant des antécédents récents d'épisodes d'apnée, de troubles cardiaques ou respiratoires, des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson et des conditions sociales défavorables ne seraient pas éligibles à la chirurgie ambulatoire. En effet, ces nourrissons auraient besoin d'une surveillance étroite en hospitalisation traditionnelle en raison des risques liés à l'apnée postopératoire (30) ou devraient être pris en charge dans un centre équipé de ventilation postopératoire (47) (données de niveau de preuve peu élevé).

Les données de la littérature disponibles sur l'éligibilité de ces nourrissons sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Pédiatrie Risque d'apnée respiratoire	Analyse critique / niveau de preuve
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011 (30)	L'important risque lié à l'apnée postopératoire doit être considéré et il est conseillé aux nourrissons avec des antécédents récents d'épisodes d'apnée, de troubles cardiaques ou respiratoires, des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson et des conditions sociales défavorables d'être admis en hospitalisation traditionnelle pour une surveillance étroite.	Consensus d'experts.

Guides	Pédiatrie Risque d'apnée respiratoire	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Anaesthetists,</i> 2013 (47)	Les nourrissons ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique ou des apnées doivent être pris en charge dans un centre équipé de ventilation postopératoire.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en pédiatrie

Pédiatrie : critères généraux

Les critères généraux d'éligibilité des patients en pédiatrie suivants reposent sur des données de la littérature de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- l'âge n'est pas un facteur d'exclusion à condition d'avoir une équipe médicale expérimentée, les ressources appropriées et les locaux adaptés à la prise en charge pédiatrique ;
- la réduction de la séparation « enfant-parents » est bénéfique au cours de l'hospitalisation ambulatoire qui est à privilégier dès que les conditions de sa réalisation sont réunies notamment le retour et la surveillance à domicile en toute sécurité.

D'autres critères ont été identifiés mais le niveau de preuve peu élevé des données ne permet pas de retenir que :

- les patients en pédiatrie seraient éligibles uniquement si l'intervention n'est ni complexe, ni prolongée et réalisée chez un patient sans aucune comorbidité ou avec une légère comorbidité bien contrôlée ;
- en cas de comorbidités plus lourdes, les patients seraient éligibles si la pathologie est stable, l'intervention mineure et le risque de complications cardiorespiratoires minime.

Pédiatrie : âge minimum limite des enfants nés à terme et nés prématurément

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur l'âge minimum limite d'éligibilité des nourrissons nés à terme ou nés prématurément.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

Les critères chirurgicaux en pédiatrie reposent sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que les contre-indications d'ordre chirurgical sont les interventions à risque hémorragique et/ou réputées douloureuses ou nécessitant une surveillance postopératoire spécifique ou survenue d'une complication per- ou postopératoire.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Les critères anesthésiques en pédiatrie reposent sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que les contre-indications d'ordre anesthésique sont les affections graves et instables, les pathologies aiguës en cours et la survenue d'une complication per- ou post-anesthésique.

Pédiatrie : statut ASA

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients de statut ASA I ou II sont éligibles ;
- les patients de statut ASA III non équilibré et ASA IV ne sont pas éligibles.

Synthèse de la littérature

Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en pédiatrie (suite)

L'éligibilité des patients en pédiatrie, de statut ASA III stable, repose sur les données d'une recommandation de bonne qualité générale. L'analyse permet de retenir que :

- après accord préalable avec l'anesthésiste et/ou le chirurgien, les patients ASA III stable avec ou sans traitement peuvent être inclus si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et/ou le traitement est négligeable.

Pédiatrie : en présence d'infections respiratoires hautes

Bien que l'incidence des infections respiratoires hautes soit élevée en pédiatrie, peu de données sur l'éligibilité de ces patients en chirurgie ambulatoire sont disponibles. De plus, les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de faire de retenir que :

- les patients seraient éligibles quatre semaines après la disparition des symptômes ;
- l'éligibilité dépendrait des facteurs de risques de complications respiratoires (notamment l'intubation endotrachéale, le tabagisme passif, la congestion nasale et la toux productive).

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Peu de données sont disponibles et sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- les patients ne seraient pas éligibles en cas d'antécédents récents d'épisodes d'apnée, de troubles cardiaques ou respiratoires, d'antécédents familiaux de mort subite du nourrisson et des conditions sociales défavorables pour limiter les risques liés à l'apnée postopératoire.

Position argumentée du groupe de travail

Les critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en pédiatrie

Pédiatrie : critères médicaux

Dans la littérature, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion. Toutefois, le pédiatre signale que l'ADARPEF et le CNCE recommandent la non-éligibilité des nourrissons nés à terme âgés de moins de trois mois ainsi que ceux nés prématurés âgés de moins de 60 semaines post-conceptionnelles. Notons que dans les recommandations de l'ADARPEF de 2008, la limite d'âge des enfants nés à terme était fixée à moins de six mois, mais les recommandations ont évolué depuis. Les membres du groupe de travail considèrent que, sans remettre en cause ces recommandations, l'âge limite doit être fixé en fonction de la structure en tenant compte de l'expérience de l'anesthésiste, de sa spécialisation et de l'actualisation de ses connaissances.

Comme chez l'adulte, il n'est pas pertinent de fixer une durée maximale d'intervention, mais il faut que le délai de surveillance nécessaire après l'intervention soit compatible avec les contraintes horaires de l'ambulatoire.

Par ailleurs, en cas de comorbidités lourdes, l'éligibilité dépend de la stabilité des pathologies, du caractère mineur de l'intervention et des risques minimes de problèmes cardio-respiratoires.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

Concernant le risque hémorragique, le groupe de travail a souhaité apporter une précision sur l'amygdalectomie. La SFORL a élaboré des recommandations en 2010 et précise que l'amygdalectomie réalisée en ambulatoire nécessite une surveillance de six heures après l'acte car l'hémorragie survient en général dans les six heures postopératoires (28). Il est important de suivre ces recommandations en vigueur en programmant les interventions le matin, permettant ainsi la surveillance du patient pendant une durée appropriée.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de disposer au sein de la structure d'anesthésistes formés et spécialisés en pédiatrie avec des connaissances actualisées.

Pédiatrie : statut ASA

Les patients ASA I, II ou III stable sont éligibles. La variabilité inter-opérateur de l'estimation du score ASA existe comme chez l'adulte mais il s'agit de la classification la plus utilisée actuellement.

Pédiatrie : infections respiratoires hautes

Compte tenu de la fréquence élevée des infections respiratoires hautes chez l'enfant, le processus organisationnel doit être en mesure d'anticiper ce risque dès la consultation préopératoire. L'appel de la veille est primordial pour s'assurer de l'absence de symptômes. Si l'enfant est symptomatique, l'intervention doit être décalée de trois semaines après la disparition des symptômes.

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur la non-éligibilité des enfants en cas d'antécédents récents d'épisodes d'apnée, de problèmes cardiaques ou de maladies respiratoires, des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson pour limiter les risques liés à l'apnée postopératoire.

↳ **Spécificités liées à l'âge : critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques en gériatrie**

En 2010, selon Bettelli, penser qu'un patient âgé est éligible à la chirurgie ambulatoire n'est pas évident pour de nombreuses raisons notamment les conditions médicales de base qui changent, leur statut ASA, les critères sociaux notamment la disponibilité des accompagnants (famille, amis), l'acceptation et la compréhension du patient. L'âge serait-il un facteur de risque indépendant ? Il est important de préciser qu'il n'existe pas de données d'évidence de haut niveau de preuve à ce sujet en raison d'un manque d'études spécifiques. Les patients âgés représentent en effet une population non homogène en raison d'une forte variabilité interindividuelle (68).

Un âge avancé, associé aux comorbidités, constitue un facteur de risque significatif d'augmentation de la morbidité et de la mortalité péri-opératoire et peut aggraver en soi le pronostic d'un état de santé déjà dégradé (69). De même, selon White, même en l'absence de pathologie diagnostiquée, le vieillissement est lié à un processus qui aboutit à un déclin progressif de la capacité fonctionnelle de tous les organes vitaux. À partir de l'âge de 60 ans, chaque individu subit une variation qui diffère d'un sujet à l'autre (70). L'état de certains patients âgés sera alors une contre-indication directe à la chirurgie ambulatoire (71).

Pourtant, selon Bettelli et Dufeu, la chirurgie ambulatoire pourrait être bénéfique pour les patients âgés à la seule condition cependant, qu'un certain nombre de conditions soient remplies. La chirurgie ambulatoire serait la solution idéale si on tient compte de la diminution de la capacité des personnes âgées à faire face aux changements de leur environnement et de leur habitude de vie (68). La perte de repères spatio-temporels peut être à l'origine de troubles du comportement chez certains sujets âgés. L'hospitalisation peut être vécue comme une rupture, avec une « projection » dans un milieu inconnu (69). La brièveté du séjour hospitalier favorise également la reprise précoce de la mobilité active, ce qui réduit le risque de perte d'autonomie, un problème souvent rencontré chez les patients âgés hospitalisés pendant une durée plus longue (68).

L'avancée rapide de la technologie chirurgicale (de moins en moins invasive) et des techniques anesthésiques contribue à l'expansion de la chirurgie ambulatoire chez les personnes âgées (70). Il est important de bien évaluer et de déterminer s'il est préférable de faire bénéficier un patient âgé fragile d'une prise en charge ambulatoire au risque de voir le patient développer une complication per- et/ou postopératoire après leur retour à domicile, ou le prendre en charge en hospitalisation traditionnelle avec les risques de perte d'autonomie, de troubles cognitifs, d'infection nosocomiale, de complication thromboembolique, ainsi que d'un déclin fonctionnel dû à un alitement et à une hospitalisation prolongée (69, 70).

Gériatrie : critères généraux

L'éligibilité dépend de façon générale de l'évaluation préopératoire de chaque patient. Bien que les problèmes médicaux et sociaux augmentent avec l'âge, ils devraient être considérés et gérés de façon individuelle. Les troubles hémodynamiques péri-opératoires sont plus fréquents chez les personnes âgées, mais ne conduiraient pas systématiquement à des événements indésirables graves.

Quatre recommandations (espagnole, françaises et américaine) (17-19, 24), une revue systématique canadienne (48), trois guides de bonnes pratiques (6, 35, 37) et quatre études observationnelles (55, 56, 58, 59) ont été identifiés.

De manière générale, selon le livre blanc de la gériatrie française (non spécifique à la chirurgie ambulatoire), la médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge des patients pris en charge mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La fréquence de la polypathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la polypathologie et des comorbidités et la gestion de la « complexité » des aspects à la fois médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux, l'objectif de cette approche globale étant de prendre en

compte tous les troubles pouvant affecter le patient âgé. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) pourrait être utile dans certains cas car elle permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions et permet ainsi l'évaluation globale de la personne âgée au plan médical, psychologique, social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi (35).

Les données des quatre recommandations, toutes de qualité générale moyenne, sont convergentes : les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office. L'éligibilité dépend de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour chaque patient, de la prise en charge prévue et de l'organisation, notamment la permanence et la continuité des soins. Il s'agit d'évaluer l'âge physiologique et l'âge clinique ainsi que les antécédents et l'environnement du patient. Toutefois, il est recommandé d'apporter une attention particulière à l'évaluation pré opératoire du sujet âgé (antécédents, traitements, troubles cognitifs, entourage), et éventuellement de demander un avis gériatrique (notamment une évaluation gériatrique standardisée [EGS] (35)). Chez le sujet âgé, il est recommandé d'optimiser l'hydratation et d'évaluer l'état cognitif avant la sortie de l'UCA (17-19, 24). Par ailleurs, selon les guides de bonnes pratiques identifiés, il ne devrait pas exister d'âge limite supérieur fixé de façon arbitraire (données de niveau de preuve peu élevé) (6, 37).

Concernant les risques de complications péri-opératoires chez les patients âgés, les données de la littérature sont contradictoires. Selon l'*American Society of Plastic Surgeons*, il existe un risque plus élevé de survenue d'événements indésirables cardiaques, d'autres complications ainsi qu'une augmentation du risque d'admission non prévue (recommandation de qualité générale moyenne). La revue systématique de Bryson *et al.* a montré qu'il n'existe pas de données de niveau de preuve élevé sur les risques péri-opératoires, les résultats étant variables d'une étude à l'autre. Les auteurs ont conclu que les personnes âgées sont plus à risque de variation hémodynamique mais cela n'entraîne pas systématiquement de complications (revue de niveau de preuve peu élevé). En revanche, l'étude observationnelle d'Aldwinckle *et al.* sur les patients âgés de plus 70 ans a montré qu'il existe des risques peu élevés de complications postopératoires entraînant des admissions non planifiées (niveau de preuve 4). Le niveau de preuve de ces données contradictoires ne permet pas de les retenir.

Par ailleurs, une autre étude observationnelle de Fleisher *et al.* a montré que le taux d'admissions non planifiées et de décès après une chirurgie ambulatoire effectuée en milieu hospitalier était beaucoup plus élevé comparé à celui des interventions effectuées dans un centre indépendant. Les auteurs ont conclu que les critères d'éligibilité des patients admis dans ces deux types de structures n'étaient pas les mêmes (58) (niveau de preuve 4).

Les études sur les patients d'âge extrême (> 85 ans) sont rares et les données, divergentes, relèvent toutes d'avis d'experts. Ainsi, l'âge extrême serait un facteur important à prendre en compte lors de l'évaluation du patient âgé selon Bryson *et al.* (revue de niveau de preuve peu élevé). Dans les guides de bonnes pratiques identifiés, il ne devrait pas exister d'âge limite supérieur fixé de façon arbitraire. Par ailleurs, pour 75 % des anesthésistes canadiens, les patients de plus de 90 ans ne sont pas éligibles. Le niveau de preuve de ces données sur l'éligibilité ou pas des patients aux âges extrêmes ne permet pas de les retenir.

Recommandations

Recommandations	Gériatrie Critères généraux	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008 (24)</i>	En règle générale, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion d'un patient à la chirurgie ambulatoire. Les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office. L'évaluation devrait se baser plus sur les critères cliniques que sur l'âge.	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
SFAR, 2009 (17)	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. L'âge n'est pas en soi une contre-indication à l'ambulatoire même chez le grand vieillard. Lors de l'évaluation préopératoire, il est important de considérer l'âge physiologique et l'âge clinique, prenant en compte les antécédents et l'environnement du patient.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>American Society of Plastic Surgeons, 2011 (19)</i>	Les patients de plus de 60 ans sont éligibles à la chirurgie ambulatoire même s'il existe un risque plus élevé de survenue d'événements indésirables cardiaques, d'autres complications ainsi qu'une augmentation du risque d'admission non prévue.	Grade B	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
AFU, 2013 (18)	Il est recommandé d'apporter une attention particulière à l'évaluation pré opératoire du sujet âgé (antécédents, traitements, troubles cognitifs, entourage), et éventuellement de demander un avis gériatrique. Chez le sujet âgé, il est recommandé d'optimiser l'hydratation et d'évaluer l'état cognitif avant la sortie de l'UCA.	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations : cf. Annexe 2

Études observationnelles

Études	Gériatrie Critères généraux	Analyse critique / niveau de preuve
McCallum <i>et al.</i> , 2000 (56)	<u>Objectif principal</u> : Comparer les caractéristiques démographiques, cliniques et sociales des personnes âgées > 70 ans après une chirurgie ambulatoire à celles en hospitalisation conventionnelle. <u>Résultats</u> : Pas de différence significative entre les deux groupes sauf l'âge. En moyenne : groupe chirurgie ambulatoire plus jeune (74,6 ans) vs (78,8 ans), dans le groupe hospitalisation conventionnelle ($p < 0,01$). Les patients ayant subi une intervention en ambulatoire n'avaient pas plus besoin de consulter un médecin, ni de l'aide d'un professionnel de santé que les patients en hospitalisation conventionnelle pendant les 12 semaines postopératoires.	4
Aldwinckle et Montgomery, 2004 (59)	<u>Objectif principal</u> : Évaluer les événements chez les patients âgés de plus de 70 ans après une chirurgie ambulatoire. <u>Résultats</u> : Admission de 1,6 % des patients (28/1 647 patients inclus) dont 3,3 % ayant subi une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. 95 % des patients interrogés très satisfaits de leur séjour en chirurgie ambulatoire. <u>Causes des admissions</u> : Médicales ou chirurgicales pour 24 patients (nausée, vomissements, difficulté à uriner, somnolence, vertige, besoin de surveillance particulier, changement de l'intervention, un bloc de branche cardiaque nécessitant un <i>pacemaker</i>) et problèmes de nature sociale (pour trois patients) : situation familiale inappropriée.	4
Fleisher <i>et al.</i> , 2004 (58) USA	<u>Objectif principal</u> : Décrire le taux de décès, d'hospitalisations et des recours aux urgences dans les sept jours postopératoires chez les patients âgés de 65 ans (chirurgie ambulatoire vs centres indépendants). <u>Résultats</u> : Après ajustement sur l'âge, le sexe, l'origine, les antécédents d'hospitalisation et les comorbidités, le taux d'admissions non planifiées et de décès après une chirurgie effectuée dans une unité de chirurgie ambulatoire située au sein d'un hôpital était beaucoup plus élevé comparé à celui à la suite d'une intervention effectuée dans les centres indépendants³¹. <u>Facteurs de risque de décéder dans les sept jours postopératoires</u> : Âge > 85 ans, sexe masculin, antécédents d'hospitalisation, intervention réalisée dans une unité de chirurgie ambulatoire située au sein d'un hôpital.	4

³¹ Hypothèse des auteurs : les médecins en milieu hospitalier sélectionnent au cours de l'évaluation préopératoire des patients à plus haut risque car ils ont plus de ressources disponibles.

Études	Gériatrie Critères généraux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Canadian Anesthesiologists' Society, 2004</i> (55)	<u>Objectif principal</u> : Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire (seuil reflétant l'opinion majoritaire des anesthésistes sur les critères : > 75 %). <u>Résultats</u> : Les patients âgés > 90 ans sont éligibles pour 60 % seulement des anesthésistes. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que les médecins exerçant à l'hôpital effectuent une évaluation préopératoire adéquate et sélectionneraient des patients à plus haut risque car ils ont plus de ressources disponibles.	4

Gériatrie : troubles cognitifs

Peu de données sont disponibles : une recommandation française (18), deux guides de bonnes pratiques (6, 30) et une étude observationnelle (57) ont été identifiés.

Selon la littérature, l'incidence des troubles cognitifs sept jours postopératoires serait plus élevée chez les patients âgés mais ils restent éligibles si les critères liés aux aspects sociaux et environnementaux sont remplis. La chirurgie ambulatoire réduirait significativement les dysfonctionnements cognitifs postopératoires (données de niveau de preuve peu élevé).

Les données sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de faire des conclusions.

Recommandation

Recommandation	Gériatrie Troubles cognitifs	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
AFU, 2013 (18)	Le grand âge en soi est une bonne indication à la prise en charge ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité sont réunies. L'hospitalisation ambulatoire diminuerait le risque confusionnel.	Faible niveau de preuve.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Gériatrie Troubles cognitifs	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011</i> (30)	Une légère confusion postopératoire survient souvent chez les personnes âgées après la chirurgie. Il s'agit généralement d'une atteinte mineure et ne devrait pas influencer, ni empêcher la sortie si les critères liés aux aspects sociaux et environnementaux le permettent.	Consensus d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Les patients âgés ressentiraient moins souvent la douleur et la chirurgie ambulatoire réduirait significativement les dysfonctionnements cognitifs en postopératoire.	Avis d'experts.

Étude observationnelle

Étude	Gériatrie Troubles cognitifs	Analyse critique / niveau de preuve
Canet <i>et al.</i> , 2003 (57)	<u>Objectif principal</u> : Évaluer l'incidence des troubles cognitifs postopératoires chez les patients âgés d'au moins 60 ans ayant subi une intervention chirurgicale mineure sous anesthésie générale (chirurgie ambulatoire vs hospitalisation traditionnelle). <u>Résultats</u> : <u>incidence globale des troubles cognitifs postopératoires</u> : Sept jours postopératoires : plus élevée chez les patients admis en hospitalisation conventionnelle par rapport à ceux du groupe chirurgie ambulatoire. Trois mois postopératoires : la différence n'est plus significative	4

Gériatrie : autres comorbidités

Revue narratives

Du fait du nombre restreint d'études réalisées sur cette catégorie de patients, seules les données de deux revues narratives sont disponibles et reprises à titre descriptif (69, 70).

Ainsi, selon Dufeu et White (69, 70), l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, fonde le principe de la sélection en considérant s'il s'agit du bon patient, pour le bon acte, dans la bonne structure. L'éligibilité des patients âgés est basée sur l'évaluation des risques liés à l'intervention, à la technique anesthésique choisie, à l'analgésie postopératoire nécessaire et à l'état clinique du patient au moment de l'évaluation en tenant compte des comorbidités telles que diabète, pathologies cardiovasculaires, pulmonaires, hépatiques ou rénales mais aussi des aspects psychologiques, sociaux et environnementaux. Une évaluation au cours de la consultation préopératoire permet d'identifier les patients à risque de développer les troubles cognitifs postopératoires: confusion et/ou dysfonction cognitive.

Selon Dufeu (69), il est important de dépister à ce moment-là les patients qui risquent de décompenser lors de leur prise en charge dans l'unité d'ambulatoire ou à leur retour dans leur environnement habituel (par défaut de surveillance ou de respect des consignes anesthésiques et/ou chirurgicales postopératoires). Le patient âgé est éligible s'il pourra quitter la structure ambulatoire comme il est rentré. Une attention toute particulière sera portée aux patients avec des comorbidités. Les patients ASA II et III pourraient être pris en charge, à condition que leur(s) pathologie(s) ne risque(nt) pas de décompenser à la suite de l'acte chirurgical et/ou du type d'anesthésie envisagés. Les patients atteints d'un trouble du jugement ou du comportement peuvent être pris en charge à condition qu'ils soient accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations avant et après l'hospitalisation en ambulatoire, à condition de détecter en amont les troubles et de réfléchir ensuite sur la pertinence d'une prise en charge en ambulatoire en y intégrant l'état clinique, ainsi que le type de chirurgie et d'anesthésie proposés.

Dans la revue narrative de White *et al.* réalisée en 2012 (70), on retrouve les mêmes critères qui conditionnent l'éligibilité des sujets plus jeunes :

Diabète

Après une évaluation de leur contrôle glycémique, les patients âgés diabétiques peuvent être éligibles à la chirurgie ambulatoire. Leur traitement doit être optimisé (insuline en perfusion ou anti-diabétiques oraux).

Troubles cardiovasculaires

Les pathologies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque chronique, l'arythmie ou l'ischémie sont fréquentes chez les personnes âgées qui vont subir une

intervention chirurgicale en ambulatoire. Il existe un consensus précisant que la plupart des traitements de ces patients ne doivent pas être interrompus le jour de l'intervention sauf les inhibiteurs calciques. Toutefois, l'arrêt des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes de l'angiotensine II reste un sujet à controverse.

Troubles respiratoires

Il est important au cours de l'évaluation des patients âgés présentant des pathologies pulmonaires de déterminer s'il s'agit d'une pathologie réversible ou chronique. Ceux avec une bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) doivent être évalués de façon spécifique. L'arrêt du tabac, fortement conseillé dans les quatre semaines avant l'intervention, permet de diminuer les risques de complications péri-opératoires.

Obésité et syndrome d'apnée du sommeil

L'obésité et le syndrome d'apnée du sommeil ne seraient pas des facteurs de risques significatifs indépendants d'augmentation d'admission non planifiée après une chirurgie ambulatoire. L'évaluation d'un patient âgé obèse présentant un syndrome d'apnée du sommeil devrait se faire en fonction du type de la procédure, du choix de l'anesthésie, de la sévérité de l'obstruction des voies aériennes, de la présence de toutes comorbidités, du besoin en opioïdes en analgésie et du niveau des soins à domicile nécessaire.

Insuffisance rénale aiguë

La prévention contre l'insuffisance rénale aiguë postopératoire est très importante chez le sujet âgé ainsi que l'évaluation du degré de fragilité avant toute intervention chirurgicale.

Cirrhose

Il n'existe pas de données spécifiques sur les patients âgés atteints de cirrhose qui vont subir une chirurgie en ambulatoire.

Synthèse de la littérature

Les patients âgés

Gériatrie : critères généraux

Les critères généraux d'éligibilité des patients âgés suivants reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office ;
- l'éligibilité des patients âgés dépend de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour chaque patient, de la prise en charge prévue et de l'organisation, notamment la permanence et la continuité des soins ;
- il s'agit d'évaluer l'âge physiologique et l'âge clinique ainsi que les antécédents et l'environnement du patient ;
- il est recommandé d'apporter une attention particulière à l'évaluation pré opératoire du sujet âgé (antécédents, traitements, troubles cognitifs, entourage), et éventuellement de demander un avis gériatrique (notamment une évaluation gériatologique standardisée permettant l'évaluation globale de la personne âgée au plan médical, psychologique, social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi).

D'autres critères d'éligibilité ont été identifiés mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il ne devrait pas exister d'âge limite supérieur fixé de façon arbitraire ;
- l'analyse montre qu'il existe une divergence de données sur l'éligibilité des patients d'âges extrêmes.

Gériatrie : troubles cognitifs

Les données de la littérature sur la diminution du risque de troubles cognitifs chez les patients âgés pris en charge en chirurgie ambulatoire sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de faire des conclusions.

Gériatrie : autres comorbidités

Les données de la littérature sur l'éligibilité des patients âgés présentant d'autres comorbidités (diabète, atteinte cardiovasculaire ou respiratoire, obésité, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance rénale, cirrhose) sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Position argumentée du groupe de travail

Les patients âgés

Critères généraux

Le groupe de travail précise l'importance en gériatrie de la communication et de l'implication du médecin traitant.

Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un impact du mode de prise en charge ambulatoire sur les troubles cognitifs. Toutefois, les troubles cognitifs sont souvent préexistants et compensés par l'entourage et l'intervention ainsi que l'hospitalisation peuvent entraîner une déstabilisation. Il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes. Selon le groupe de travail, le plus important est donc de dépister les troubles cognitifs en amont.

Patients d'âges extrêmes

Il existe très peu d'études sur les patients très âgés. L'âge en soi n'est pas un facteur de risque, il faut tenir compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient. L'éligibilité est en fonction de l'environnement de la personne âgée.

↳ Éléments particuliers à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire du patient

Les éléments suivants ne sont pas des critères de sélection des patients en chirurgie ambulatoire. Ce sont des éléments importants à prendre en compte au moment de l'évaluation préopératoire pour anticiper les complications postopératoires. S'ils ne sont pas pris en charge de manière adéquate et de manière anticipée, ces éléments risquent d'augmenter le risque d'admission non planifiée, synonyme d'échec de la prise en charge en ambulatoire. Il s'agit :

- des risques d'accident thromboembolique veineux ;
- des risques de nausées et vomissements postopératoires ;
- de la prise en charge de la douleur postopératoire.

Risques d'accident thromboembolique veineux

Comment le risque d'accident thromboembolique veineux doit-il être géré chez les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ?

Une recommandation française (17) et deux guides de bonnes pratiques anglais (30, 42) ont été identifiés. Les données sont convergentes : il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie. La prévention pharmacologique d'un accident thromboembolique veineux ne doit pas être systématique. En effet, le risque d'accident thromboembolique et des saignements est variable d'un sujet à l'autre et devrait être mesuré et évalué lors de l'évaluation préopératoire pour chaque patient.

Recommandation

Recommandation	Risques d'accident thromboembolique veineux	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie. La prévention pharmacologique d'un accident thromboembolique veineux ne doit pas être systématique.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Risques d'accident thromboembolique veineux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2010 (42)	Le risque d'accident thromboembolique est variable. Le risque d'accident thromboembolique et des saignements devrait être mesuré et évalué lors de l'évaluation préopératoire. Les patients devraient recevoir des informations sur leur niveau de risque, sur la manière de réduire ces risques et la façon de reconnaître et de demander de l'aide en cas de suspicion de complications postopératoires. Si une prophylaxie est recommandée, la balance bénéfice/risque devrait être discutée.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	Les recommandations sur la prévention d'un accident thromboembolique devraient être suivies.	Consensus d'experts.

Nausées et vomissements postopératoires

Selon Massa *et al.*, des données épidémiologiques françaises indiquent que plus de 35 % des patients en chirurgie ambulatoire sont sujets à des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) après avoir quitté l'hôpital, alors que la majorité d'entre eux n'avaient pas été gênés auparavant (72).

Trois recommandations françaises (17, 22, 28) et un consensus d'experts anglais (30) ont été identifiés.

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Selon la SFAR, il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique multimodale chez les patients identifiés à haut risque de NVPO. Par ailleurs, il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention 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 (17).

Les autres données de la littérature identifiées sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de faire des conclusions :

- des procédures pour la gestion de NVPO devraient être établies dans chaque structure ;
- la gestion anesthésique devrait privilégier la prévention des NVPO ;
- les facteurs de risque bien établis seraient le sexe féminin, le fait d'être non-fumeur, les antécédents de NVPO ou le mal de transport ;
- les facteurs de risque réfutés seraient l'obésité et la phase du cycle menstruel ;
- la relation entre NVPO et l'âge, le statut ASA I ou II, les antécédents de migraine, l'anxiété, le type de chirurgie reste à établir.

Par ailleurs, selon la SFAR, l'incidence des NVPO est plus élevée en chirurgie pédiatrique que chez l'adulte. L'incidence globale des vomissements postopératoires est de l'ordre de 30 % en pédiatrie, tout type chirurgical et tous âges confondus (17). Les données sur les patients en pédiatrie sont de niveau de preuve peu élevé et ne permettent pas de retenir que :

- il faudrait identifier les facteurs de risque ;
- il est important de réduire autant que possible le risque de base et de prévoir une stratégie préventive pour les enfants à risque modéré ou élevé ;
- chez les enfants à faible risque, l'administration prophylactique d'antiémétique ne serait pas indiquée.

Recommandations

Recommandations	Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2007 (22)	Chez l'adulte <u>Les facteurs de risque de NVPO bien établis :</u> -le sexe féminin : il s'agit d'un facteur de risque indépendant le plus important de NVPO (en moyenne trois fois plus de NVPO que les hommes) ; -le fait d'être non-fumeur (augmentation du risque de NVPO par deux) ; -la prédisposition : les antécédents de NVPO ou de mal de transport. L'âge est un facteur de risque à impact plus limité. <u>Les facteurs de risque réfutés :</u> -ni l'obésité, ni la phase du cycle menstruel ne sont des facteurs de risque de NVPO. <u>Les facteurs de risques pas encore bien établis :</u> -le score ASA I ou II augmente probablement le risque ; -les antécédents de migraine augmentent probablement le risque de NVPO ; -la relation entre anxiété et NVPO est mal établie ; le type de chirurgie n'apparaît pas comme facteur de risque clairement démontré. La prise en compte de tous ces facteurs lors de l'évaluation du patient pendant la consultation préopératoire permettrait de prévoir et de mettre en place les stratégies appropriées et d'éviter un échec de la prise en charge en ambulatoire.	Ne sont pas des recommandations.	Évaluation générale de la recommandation non faite car seul le texte court est disponible. Assimilée à des avis d'experts.
SFAR, 2007 (22) **	En pédiatrie ▶ L'identification des facteurs de risque est souhaitable pour établir une stratégie de prise en charge préventive des VPO de l'enfant. ▶ Chez les enfants à faible risque, l'administration prophylactique d'antiémétique n'est pas indiquée. ▶ Il est recommandé de réduire autant que possible le risque de base, en proposant une technique anesthésique la moins émettrice possible. ▶ Il est recommandé d'utiliser une stratégie préventive pour les enfants à risque modéré ou élevé en privilégiant les associations d'antiémétiques, supérieures aux monothérapies, tout en tenant compte de l'efficacité, des effets secondaires et du coût. <u>Les facteurs de risque :</u> ▶ l'âge au-delà de la petite enfance (trois à quatre ans) est un facteur de risque spécifique bien établi chez l'enfant. Faible avant trois ans, le risque augmente ensuite avec l'âge ; ▶ le sexe intervient après la puberté et les jeunes filles sont alors plus affectées que les jeunes gens ; ▶ la notion d'antécédent personnel ou familial de VPO ou de NVPO, de mal des transports est un facteur de risque reconnu ; ▶ la durée de chirurgie supérieure à 30-45 minutes est un facteur de risque bien établi.	Grade 2+ Grade 1 Grade 2+ Grade 2 + Ne sont pas des recommandations.	Évaluation générale de la recommandation non faite car seul le texte court est disponible. Assimilée à des avis d'experts.

Recommandations	Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)	Gradation selon les auteurs*	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique multimodale chez les patients identifiés à haut risque de NVPO. 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 : ▸ prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; ▸ recours à des techniques d'anesthésie les moins émettrices possibles (anesthésie locorégionale notamment) ; ▸ prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	La gestion anesthésique doit privilégier la prévention des NVPO et l'anticipation préopératoire de l'analgésie postopératoire.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

*gradation des recommandations selon les auteurs (22) : les niveaux de preuve sont pondérés par la balance bénéfice/risque. Les recommandations sont intégrées au texte de la façon suivante :

G 1+ = il faut faire ;

G 2+ = il faut probablement faire ;

G 1- = il ne faut pas faire ;

G 2- = il ne faut probablement pas faire.

Consensus d'experts

Consensus d'experts	Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)	Analyse critique / niveau de preuve
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011 (30)	Des procédures pour la gestion des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) devraient exister localement.	Consensus d'experts.

Prise en charge de la douleur

Selon la SFAR, 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 (17).

Deux audits cliniques anglais ont montré que la douleur postopératoire reste un problème en chirurgie ambulatoire (33, 34). Selon Massa *et al.*, la douleur serait le premier motif de consultation en ville durant les 48 heures qui suivent la sortie de l'UCA et représenterait à elle seule 20 % des causes de réhospitalisation. L'analgésie postopératoire doit être programmée et anticipée. La douleur est variable d'une personne à l'autre, elle doit donc être bien évaluée (72). Pour le *Royal College of Anaesthetists*, une bonne prise en charge de la douleur se traduira par une mobilisation précoce, avec une réduction du « coût social » en termes de retour au travail et de réduction en soins primaires (33, 34).

Cinq recommandations françaises et australienne (17, 18, 25, 27, 28) et trois guides anglais (33, 34, 36) ont été identifiés.

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

- 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 en pré et postopératoire, prévention, traitement et évaluation.
- Il est souhaitable de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur postopératoire.
- Il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (avec l'échelle EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient.
- Il est recommandé de prendre en compte la possibilité d'une chronicité de la douleur postopératoire et il est probablement recommandé de rechercher, en préopératoire, les facteurs de risque d'apparition de douleur chronique que sont notamment l'intensité de la douleur préopératoire, le type de chirurgie, mais aussi la technique opératoire.
- La douleur préopératoire, la douleur postopératoire anticipée par le chirurgien, les attentes élevées préopératoires du patient, l'âge (surtout les enfants) et la peur des conséquences à court terme de l'intervention seraient des facteurs prédictifs de douleur postopératoire.
- 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.
- Le relais antalgique oral doit être débuté avant la sortie du patient. Il faudrait fournir les médicaments pour assurer l'analgésie postopératoire à domicile et donner les informations sur la prise de ces traitements.

Recommandations

Recommandations	Douleurs postopératoires	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2008 (25)	Il est recommandé d'informer le patient oralement en pré-puis en postopératoire en s'aidant d'un support écrit. Il est recommandé de prendre en compte la possibilité d'une chronicité de la douleur post-chirurgicale et il est probablement recommandé de rechercher, en préopératoire, les facteurs de risque de chronisation que sont notamment l'intensité de la douleur préopératoire, le type de chirurgie, mais aussi la technique opératoire. Il est recommandé que les éléments prédictifs de la douleur postopératoire et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile soient appréciés et que les modalités de l'analgésie orale soient expliquées dès la consultation préopératoire. Il est recommandé pour les patients bénéficiant d'une prise en charge de la douleur postopératoire à domicile par voie locorégionale que le médecin traitant en soit informé par avance et prévenu de la sortie du patient de la structure hospitalière et qu'un contact téléphonique quotidien soit réalisé.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Recommandations	Douleurs postopératoires	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	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 puissent être remises au patient dès la consultation préopératoire d'anesthésie ou de chirurgie. Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématique 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 antalgiques 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.	Recommandations fortes.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
Société française d'oto-rhinolaryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	Le relais antalgique oral doit être débuté avant la sortie du patient.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Une analgésie appropriée devrait être fournie pour au moins le premier jour après la sortie avec des instructions écrites claires sur comment et quand elle doit être utilisée. Des conseils sur tout autre traitement régulier peuvent également être nécessaires.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
AFU, 2013 (18)	Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information sur la douleur postopératoire et sa prise en charge. Il est souhaitable de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur postopératoire. Il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient. Il est recommandé de prendre en charge efficacement et précocement la douleur postopératoire car elle peut favoriser la survenue d'une douleur postopératoire chronique (DCPC). Il est recommandé de privilégier l'analgésie multimodale notamment par l'utilisation d'anesthésiques locaux de longue durée d'action (infiltration de la cicatrice ou bloc périmerveux), en concertation avec le médecin anesthésiste-réanimateur.	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques

Guides	Douleurs postopératoires	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health, 2002 (36)</i>	Il faudrait fournir les médicaments pour assurer l'analgésie postopératoire et donner les informations sur la prise de ces traitements.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists, 2006 et 2012 (33, 34)</i>	La douleur préopératoire, la douleur postopératoire anticipée par le chirurgien, les attentes élevées préopératoires du patient, l'âge (surtout les enfants) et la peur des complications à court terme de l'intervention seraient des facteurs prédictifs de douleur postopératoire.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Risque d'accidents thromboemboliques veineux Nausées et vomissements postopératoires Douleur notamment postopératoire

Il est important de souligner que :

- ces éléments ne sont pas des critères de sélection d'un patient ;
- les patients à risque doivent être bien évalués en préopératoire ;
- il est important de prévoir une stratégie prophylactique multimodale pour diminuer les risques postopératoires qui seraient considérés comme un échec de la prise en charge en ambulatoire.

Risque d'accidents thromboemboliques veineux

Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et de la chirurgie ;
- la prévention pharmacologique ne doit pas être systématique car le risque est variable selon les patients.

Nausées et vomissements postopératoires

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il est recommandé d'adopter une stratégie de prévention antiémétique multimodale chez les patients identifiés à haut risque de NVPO ;
- il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention dans le contexte ambulatoire, il faut tenir compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Prise en charge de la douleur

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- 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 de dépister les terrains d'hyperalgésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur postopératoire ;
- il est recommandé de diagnostiquer, d'évaluer (avec l'échelle EVA) et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient ;
- il est recommandé de prendre en charge efficacement et précocement la douleur postopératoire car elle peut favoriser la survenue d'une douleur postopératoire chronique ;

Synthèse de la littérature

Risque d'accidents thromboemboliques veineux Nausées et vomissements postopératoires Douleur notamment postopératoire (suite)

- les facteurs prédictifs de douleur postopératoire seraient la douleur préopératoire, la douleur postopératoire anticipée par le chirurgien, les attentes élevées préopératoires du patient, l'âge (surtout les enfants) et la peur des complications à court terme de l'intervention ;
- 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 ;
- le relais antalgique oral devrait être débuté avant la sortie du patient.

Position argumentée du groupe de travail

Risque d'accidents thromboemboliques veineux Nausées et vomissements postopératoires Douleur notamment postopératoire

Il ne s'agit pas de critères d'éligibilité mais d'éléments importants à apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée. L'existence d'un antécédent n'est pas un facteur d'exclusion mais doit être prise en compte pour adapter la stratégie de prévention.

Il a été rappelé qu'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë associée à l'anxiété aiguë du patient en postopératoire constituent des facteurs de risque des douleurs chroniques. La stratégie de prise en charge doit reposer sur les recommandations de bonne pratique.

Les anesthésistes précisent que le score simplifié d'APFEL est utile pour prédire les NVPO afin d'anticiper une stratégie thérapeutique. Il s'agit toutefois d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité.

3.2.3 Évaluation des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux

Selon l'*UK Department of Health*, les critères sociaux non remplis devraient rarement être une raison d'exclure un patient à la chirurgie ambulatoire (36).

Les critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire discutés dans cette partie sont :

- les critères liés à l'information, à la compréhension et au consentement du patient ;
- le rôle de l'accompagnant ;
- les critères environnementaux : les distances d'éloignement, l'environnement domestique et le rôle de la géographie de la santé ;
- la continuité des soins (soins de ville) ;
- les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux spécifiques à la prise en charge en pédiatrie et en gériatrie.

Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux présentés ci-après sont les résultats de l'analyse des données de la littérature. Ces données ont été discutées par la suite avec les professionnels de santé du groupe de travail.

Comment lire ce chapitre 3.2.3 ?

Pour chaque critère, on retrouve le plan suivant :

- introduction ;
- nombre et type d'articles identifiés abordant ce critère ;
- analyse et discussion des données de la littérature ;
- tableau résumant l'analyse des données des recommandations, des guides de bonnes pratiques, des revues systématiques et/ou des études observationnelles ;
- synthèse de l'analyse des données de la littérature ;
- position argumentée du groupe de travail.

↳ Information, compréhension, consentement du patient

L'article R 4127-35 CSP précise que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Cela implique qu'il existe deux aspects importants : le droit des patients d'être informé (l'information), et l'expression de la volonté de la personne par laquelle elle indique son choix (la compréhension et le consentement).

L'information et la compréhension du patient des informations délivrées ainsi que le recueil de son consentement sont indissociables. Délivrer des informations adaptées à la compréhension de chaque patient et s'assurer de sa parfaite compréhension sont obligatoires avant de pouvoir rechercher son consentement. Bien que non spécifique à la chirurgie ambulatoire, l'information du patient est donc une étape clé lors de la consultation préopératoire.

L'information

Selon une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2001, dans plus de 90 % des cas, les patients déclaraient être satisfaits du mode de prise en charge en chirurgie ambulatoire et déclaraient l'accepter à l'avenir dans plus de 88 % des cas. Toutefois, 22 à 58 % des patients (en fonction du geste marqueur considéré) admis en hospitalisation traditionnelle avaient déclaré qu'ils auraient refusé la chirurgie ambulatoire si on leur avait proposé (10). Selon la CNAMTS, on remarque un taux plutôt élevé (variable selon le geste considéré) de refus *a priori* d'une éventuelle prise en charge en ambulatoire en l'absence d'une information éclairée. En conséquence, une information auprès des patients pour les sensibiliser à la chirurgie ambulatoire doit être menée pour favoriser son développement.

Par ailleurs, selon le socle de connaissances réalisé par la HAS en 2012, le taux de complications en chirurgie ambulatoire est très faible (3). Leur gravité ressentie serait pourtant augmentée par l'anxiété et par le fait qu'elles pourraient survenir au domicile. Telle est la raison pour laquelle l'information du patient et de son accompagnant, sur tout ce qui peut se passer en postopératoire, est primordiale afin de minimiser l'importance de ces complications, le plus souvent mineures.

En 2008, une enquête de satisfaction sur la prise en charge en chirurgie ambulatoire menée au CHU du Kremlin Bicêtre avait montré que la très grande majorité des patients s'estimaient tout à fait satisfaits de l'information délivrée en préopératoire et 63 % d'entre eux pensaient avoir reçu une information complète concernant les potentiels effets indésirables. Mais cette même étude avait montré que 25 à 30 % se plaignaient d'un défaut d'information concernant les symptômes à surveiller en postopératoire ainsi que les activités qu'il était possible de reprendre après l'intervention (73).

Une revue narrative réalisée en 2011 par Mottram a montré que les patients avaient des incertitudes concernant ce qui est normal ou pas quand ils étaient rentrés à domicile. Il est donc extrêmement important et obligatoire que les patients et leur accompagnant soient mis au courant des complications potentielles et qu'ils reçoivent en amont les informations/conseils pour faire face à ces éventuels problèmes (74). Le patient doit donc être bien informé et impliqué dès la consultation préopératoire.

En 2013, selon l'Association française d'urologie, l'un des temps importants au cours de cette consultation est l'information délivrée au patient et à son accompagnant (...) notamment les signes (...) dont le respect est indispensable au bon déroulement de la prise en charge. Il faut donc s'assurer que les informations ont été bien reçues et comprises (18).

Qu'elle soit donnée exclusivement de façon orale ou accompagnée d'un document écrit, selon les recommandations de la HAS, l'information répond aux mêmes critères de qualité : être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ; présenter, quand elles

existent, les alternatives possibles ; présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels (16).

Cinq recommandations (17, 18, 21, 24, 27) et quatre guides de bonnes pratiques (33, 34, 36, 44) ont été identifiés évoquant l'information du patient en chirurgie ambulatoire.

Les documents identifiés sont convergents :

L'information donnée aux patients lors de la consultation préopératoire et réitérée à chaque étape de la prise en charge est primordiale pour réussir une prise en charge en chirurgie ambulatoire. L'information doit être appropriée, orale et écrite (courte, lisible), élaborée et concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire notamment sur les soins post-anesthésiques et postopératoires, les conditions de sortie, les consignes et les modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile. Il est recommandé d'informer le patient sur l'importance de respecter les consignes préopératoires (leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention) et postopératoires (leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge). Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement l'accompagnant) des signes qui feraient évoquer une complication postopératoire et de la conduite à tenir.

D'autres données pertinentes, relevant d'avis d'experts, ont été mises en évidence (données de niveau de preuve peu élevé) :

- l'information devrait être organisée de telle manière à ce qu'elle soit complète et compréhensible et devrait être disponible dans un format adapté pour les personnes malvoyantes ;
- il peut être nécessaire de fournir des brochures d'information dans un certain nombre de langues différentes pour répondre aux besoins de la population locale ;
- il est très important que le patient sente qu'aucune décision médicale le concernant n'est prise sans son avis ;
- il est très important de rassurer les patients en leur expliquant pendant la visite préopératoire que l'hospitalisation conventionnelle est toujours une possibilité en cas de problème à la sortie (que cela soit des problèmes d'ordre médical, auquel cas les critères médicaux de sortie ne sont pas remplis, ou d'ordre social et/ou environnemental).

La compréhension

La compréhension par le patient et son entourage des informations et instructions données lors de l'évaluation préopératoire et à toutes les étapes de la prise en charge est un des facteurs clés de réussite en chirurgie ambulatoire. Les professionnels de santé sont dans l'obligation de s'assurer de la parfaite compréhension du patient des informations délivrées. Par ailleurs, la compréhension du patient est très importante car elle conditionne sa compliance, lui permet d'anticiper sur tout ce qui va se passer et diminuer son anxiété, facilite la prise en charge et la gestion péri-opératoire mais surtout la phase postopératoire à domicile.

Quatre recommandations (17, 21, 24, 27) et trois guides (30, 36, 39) ont été identifiés.

Les recommandations de la SFAR résument les données de toutes les recommandations et guides de bonnes pratiques identifiés qui sont convergents.

Il est recommandé de s'assurer de la parfaite compréhension et 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.

Par ailleurs, en 2006, selon la BADS, il serait conseillé d'éviter si possible la traduction par un membre de la famille ou par les amis, et surtout par un enfant. Il est préférable d'avoir un traducteur indépendant car un manque d'objectivité dans l'interprétation de l'information par un membre de la famille est toujours possible. Les questions de confidentialité et d'impartialité doivent être mûrement réfléchies à l'avance (données de niveau de preuve peu élevé).

Le consentement

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique prévoit qu'« aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Il est donc obligatoire de vérifier la compréhension des informations délivrées et l'acceptation de chaque patient de la prise en charge en ambulatoire, y compris les mineurs et les personnes non francophones.

Les données de la littérature identifiées rappellent la loi qui oblige les professionnels de santé à recueillir le consentement des patients, quelle que soit sa forme (expressément écrite ou verbale). La validité du consentement ne dépend pas de sa forme. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de la prise en charge ambulatoire. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin. Une confirmation du consentement sera demandée le jour de l'intervention. Le refus du patient est un critère de non éligibilité. Il est important de rappeler que selon le Code de déontologie, le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire n'aura aucune conséquence sur la qualité de sa prise en charge médicale.

Recommandations

Recommandations	Information, compréhension, consentement	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian Day Surgery Council, 2004 (21)</i>	<u>Information</u> Avant l'admission, la procédure doit être expliquée au patient (et/ou les parents). <u>Compréhension</u> Avant l'admission, la procédure doit être expliquée au patient (et/ou les parents) et des instructions écrites doivent être données au patient (et/ou les parents) pour l'admission. <u>Consentement</u> Avant l'admission, un consentement médical et financier éclairé doit être obtenu.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008 (24)</i>	<u>Information</u> Les patients doivent être informés et ils doivent donner leur consentement avant la procédure. <u>Compréhension</u> Les patients incapables de comprendre et de suivre les instructions concernant la procédure sont exclus sauf s'ils sont accompagnés par un adulte jugé capable qui assumera toute la responsabilité. Les patients atteints de troubles psychiatriques qui les empêchent de collaborer avec le personnel médical sont exclus. <u>Consentement</u> Les patients doivent donner leur consentement avant la procédure.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Recommandations	Information, compréhension, consentement	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	<u>Information</u> Il est recommandé que l'information délivrée au patient au cours de la consultation pré-anesthésique 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. L'information est adaptée à la spécificité de la prise en charge en ambulatoire. Ainsi, il est recommandé : ▸ de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge ; ▸ que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou une partie ; ▸ de dispenser, au cours de la consultation pré-anesthésique, 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'événements non prévus. <u>Compréhension</u> Il est recommandé de s'assurer de la parfaite compréhension et 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. <u>Consentement</u> Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes (...). Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010 (27)	<u>Information</u> Des instructions écrites et verbales pour tous les aspects pertinents de soins post-anesthésiques et postopératoires doivent être données au patient et à l'adulte qui l'accompagne. Un point de contact et le numéro de téléphone pour les soins médicaux d'urgence doivent être inclus. <u>Compréhension</u> Le patient devra accepter l'intervention, comprendre le processus et devra être capable de suivre les instructions après la sortie.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.

Recommandations	Information, compréhension, consentement	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
AFU, 2013 (18)	Il est recommandé d'expliquer au patient les modalités de la chirurgie ambulatoire et de recueillir son assentiment afin qu'il soit (ou éventuellement son représentant légal) acteur de sa prise en charge. La décision d'ambulatoire doit être partagée avec lui. Il est recommandé d'informer le patient sur l'importance de respecter les consignes : - préopératoires (joignable par téléphone, hydratation, jeûne, préparation cutanée, prescriptions). Leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention. - postopératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge. Il est recommandé d'informer le patient (et éventuellement les personnes ressources) des signes qui feraient évoquer une complication postopératoire (...) et de la conduite à tenir.	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Information, compréhension, consentement	Analyse critique / niveau de preuve
UK Department of Health, 2002 (36)	<u>Information</u> Donner des informations écrites sur les effets secondaires ou complications potentiels et sur les médicaments à prendre. Rassurer les patients en leur expliquant qu'en cas de problème pour le retour à domicile (problèmes d'ordre médical avec critères de sorties non remplis ou d'ordre social), l'hospitalisation reste toujours possible. <u>Compréhension</u> Il est conseillé de bien s'assurer à ce que les patients et leurs accompagnants comprennent les contraintes à la suite d'une anesthésie.	Avis d'experts.
NHS, 2002 (37)	Si après avoir reçu toutes les informations nécessaires, le patient refuse la chirurgie ambulatoire, son avis devrait être respecté.	Avis d'experts.
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011 (30)	<u>Compréhension</u> Le patient doit comprendre les procédures planifiées en chirurgie ambulatoire ainsi que les soins postopératoires. <u>Consentement</u> Le patient doit donner son consentement.	Consensus d'experts.

Guides	Information, compréhension, consentement	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery, 2006 (39) et British Association of Day Surgery, 2012 (44)</i>	<u>Information</u> Après avoir confirmé la pertinence et le bénéfice d'une intervention chirurgicale comme traitement, le chirurgien doit expliquer les différents traitements possibles. Il est très important que le patient sente qu'il n'y a pas de décisions prises le concernant sans son avis. Il est préférable de donner au patient toutes les informations appropriées lors de la consultation préopératoire avec des documents écrits précisant les bénéfices et les risques de la procédure. <u>Compréhension</u> Pour les patients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais (ou la langue du pays dans lequel ils sont soignés), il est nécessaire de traduire les informations dans leur langue et de s'assurer de la disponibilité des traductions écrites de tous les documents pertinents. Il est conseillé d'éviter si possible la traduction par un membre de la famille ou par les amis, et surtout par un enfant. Préférer un traducteur indépendant car un manque d'objectivité dans l'interprétation de l'information par un membre de la famille est toujours possible. Les questions de confidentialité et d'impartialité doivent être mûrement réfléchies à l'avance. <u>Consentement</u> Toute personne (adulte responsable) a le droit d'accorder ou de refuser son consentement à un examen ou un traitement. La loi oblige les professionnels de santé à recueillir le consentement des patients, quelle que soit sa forme (expressément écrite ou verbale). La validité du consentement ne dépend pas de sa forme. Une confirmation du consentement sera demandée le jour de l'intervention.	Avis d'experts.
<i>Royal College of Anaesthetists, 2009 et 2013 (45, 46)</i>	<u>Information</u> Résultats d'un audit clinique : Importance de l'information verbale et écrite qui devrait être donnée suffisamment à l'avance pour permettre aux patients de les assimiler et leur permettre de poser des questions si besoin. Importance de donner des informations adaptées à des groupes particuliers de patients : les mineurs, les patients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais (ou n'est pas celle du pays où ils sont pris en charge) et pour les patients avec un problème de jugement. Importance d'un document de consensus avec les détails des informations à donner aux patients (informations sur la structure et son fonctionnement et informations spécifiques sur l'intervention). De ces audits découlent les avis suivants : ▀ l'information doit être organisée de telle manière à ce qu'elle soit complète et compréhensible et devrait être disponible dans un format adapté pour les personnes malvoyantes ; ▀ il peut être nécessaire de fournir des brochures d'information dans un certain nombre de langues différentes pour répondre aux besoins de la population locale ; ▀ les patients doivent être informés à la visite préopératoire que l'hospitalisation traditionnelle est toujours une possibilité.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

L'information, la compréhension et le consentement du patient

Il est important de rappeler que selon l'article R. 4127-35 CSP, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

L'information du patient, sa compréhension de l'information délivrée et le recueil de son consentement sont indissociables.

Information

L'information du patient est obligatoire. Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- l'information donnée aux patients lors de la consultation préopératoire et réitérée à chaque étape de la prise en charge est primordiale pour réussir une prise en charge en chirurgie ambulatoire ;
- l'information doit être appropriée, orale et écrite (courte, lisible), élaborée et concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire notamment sur l'importance de respecter les consignes pré et postopératoires (leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention ou nuire à la prise en charge), sur les soins post-anesthésiques et postopératoires, sur les signes qui feraient évoquer une complication postopératoire et la conduite à tenir, sur les conditions de sortie et les modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile.

D'autres éléments importants sur le plan pratique ont été identifiés mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- il est très important que le patient sente qu'aucune décision médicale le concernant n'est prise sans son avis ;
- l'information devrait être organisée de telle manière à ce qu'elle soit complète et compréhensible et devrait être disponible dans un format adapté pour les personnes malvoyantes ;
- il pourrait être nécessaire de fournir des brochures d'information dans un certain nombre de langues différentes pour répondre aux besoins de la population locale ;
- il est très important de rassurer les patients en leur expliquant pendant la visite préopératoire que l'hospitalisation traditionnelle est toujours une possibilité en cas de problème à la sortie (problème d'ordre médical, auquel cas les critères de sortie ne sont pas remplis, ou d'ordre social).

Compréhension

S'assurer de la compréhension du patient des informations qui lui ont été délivrées est obligatoire. Les données de la littérature suivantes sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

Synthèse de la littérature

L'information, la compréhension et le consentement du patient (suite)

- il est recommandé de s'assurer de la parfaite compréhension et 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.

D'autres éléments importants sur le plan pratique ont été identifiés mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que :

- il serait conseillé d'éviter si possible la traduction par un membre de la famille ou par les amis, et surtout par un enfant. Il serait préférable d'avoir un traducteur indépendant car un manque d'objectivité dans l'interprétation de l'information par un membre de la famille est toujours possible. Les questions de confidentialité et d'impartialité doivent être mûrement réfléchies à l'avance.

Consentement

L'article L. 1111-4 CSP rappelle que : « aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- la loi oblige les professionnels de santé à recueillir le consentement des patients, quelle que soit sa forme (expressément écrite ou verbale) ;
- la validité du consentement ne dépend pas de sa forme. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire ;
- cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin ;
- une confirmation du consentement sera demandée le jour de l'intervention ;
- le refus du patient est un critère de non-éligibilité. Il est important de rappeler que selon le Code de déontologie, le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire n'aura aucune conséquence sur la qualité de sa prise en charge médicale.

Position argumentée du groupe de travail

L'information, la compréhension et le consentement du patient

Il a été rappelé que l'information, la compréhension et le recueil de consentement sont interdépendants.

Le groupe de travail souligne que l'information devait également changer de paradigme. Le patient doit être rassuré sur la gestion de la phase postopératoire et disposer des informations relatives à la continuité des soins et de la conduite à tenir en cas de survenue de complications le cas échéant. Les patients doivent être informés de la possibilité d'admission en hospitalisation conventionnelle si besoin.

L'information se doit d'être loyale, claire, lisible et appropriée. Elle est donnée lors de la consultation initiale et réitérée à chaque étape de la prise en charge. Elle doit être orale et écrite de préférence (courte, lisible). Elle repose sur une élaboration concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, et adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire (soins post-anesthésiques et postopératoires, conditions de sortie et modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile).

L'information doit être adaptée pour en faciliter la compréhension. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de recueillir son consentement.

Le groupe de travail adhère aux recommandations qui précisent que la décision doit être prise en colloque singulier avec le patient et avec les représentants légaux pour les mineurs et les majeurs sous tutelle. Ce processus de décision est obligatoire, d'où l'importance de la qualité de la communication. Il est très important que le patient sente qu'il n'y a pas de décisions prises le concernant sans son avis.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle

Ces catégories de patients sont éligibles à condition d'être accompagnés d'un de leur parent ou d'un représentant légal et d'obtenir l'accord de ces derniers. En effet, il a été rappelé que pour les mineurs, l'accord des deux représentants légaux est obligatoire, ils ne sont toutefois pas tenus d'être présents. Les formulaires à remplir à l'admission du patient à l'hôpital devraient permettre de s'assurer de l'autorité parentale.

La recherche de consentement de l'enfant ou du patient majeur sous tutelle est obligatoire, après information appropriée et adaptée à leur niveau de compréhension.

Un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension insuffisante des parents ou des représentants légaux sont des critères d'exclusion au mode de prise en charge ambulatoire.

Patients atteints d'un trouble du jugement

Il a été rappelé que les patients atteints de trouble du jugement ne sont pas forcément sous tutelle, d'où l'importance du rôle de l'accompagnant.

Par ailleurs, il a été souligné que les patients psychotiques sont souvent isolés socialement, d'où l'importance de travailler en amont et en aval avec l'équipe psychiatrique.

Patients non francophones

D'après les données de la littérature, il est conseillé d'avoir recours à un traducteur professionnel hors membre de la famille pour les patients non francophones afin d'éviter un manque d'objectivité possible dans l'interprétation de l'information. Le groupe de travail souligne la difficulté de disposer d'un traducteur professionnel. Il rappelle également qu'il faut l'accord du patient dans ce cas, sinon il existe une violation du secret médical.

↳ L'accompagnant

En 2003, une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a montré que l'insuffisance de l'entourage social, environnemental et familial des patients constituerait un frein à la chirurgie ambulatoire (54 % des freins évoqués dans le public et 53 % évoqués dans le privé libéral) (10, 11).

Selon Ip *et al.*, l'intervention chirurgicale en ambulatoire implique que les patients reçoivent soit une anesthésie générale, soit une anesthésie locale ou locorégionale avec ou sans sédation, parfois, une combinaison d'anesthésie régionale et générale. Chaque type d'anesthésie peut donner des effets secondaires ; il n'est donc pas recommandé de laisser les patients sortir seuls sans accompagnant (75). Or, selon l'INSEE en 2008, 33,3 % des résidents en France vivaient seuls. Ce taux ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas être ponctuellement aidés par un proche, car il s'agit d'une intervention programmée à l'avance, et l'aide n'est nécessaire que pour une nuit. Mais tous ne disposent pas d'une telle assistance, ou n'osent pas la demander (11).

Par ailleurs, parmi les études incluses dans la revue narrative réalisée en 2009 par Ip *et al.*, une étude observationnelle sur 28 391 patients ayant subi une intervention chirurgicale en ambulatoire a montré que 0,2 % n'avaient pas d'accompagnant et parmi ces derniers, l'intervention était annulée pour seulement 9 %. Une autre étude au Royaume-Uni avait montré que sur 240 patients, 13,3 % n'avaient pas d'adulte responsable avec eux dans les 24 heures et 1,3 % avaient passé la nuit seuls chez eux. Enfin, 53 % des retards à la sortie sont dus à l'absence d'accompagnant (75).

Définitions

En 2013, l'Association française d'urologie a désigné comme personnes « ressources » celles dans l'entourage du patient qui sont présentes soit en consultation, soit en hospitalisation, soit pour le retour à domicile :

- accompagnant : personne qui accompagne le patient sur le trajet du retour à domicile après chirurgie ambulatoire ;
- aidant naturel : personne non professionnelle qui vient en aide à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne ;
- personne de confiance : personne désignée librement dans son entourage par le patient et pouvant l'accompagner dans ses démarches, l'assister à ses entretiens médicaux, l'aider à prendre des décisions et être consultée en priorité par l'équipe médicale si l'état de santé du patient ne lui permettait pas de donner son avis (18).

Dans l'ensemble des autres publications identifiées, l'analyse montre que le terme « accompagnant » désigne toute personne qui accompagne le patient : en amont éventuellement lors de la consultation préopératoire et en aval pendant la période postopératoire, l'accompagnant à sa sortie et le surveillant si besoin dans son lieu de résidence postopératoire. Il n'y a pas d'exigence à ce que l'accompagnant soit la même personne tout au long de la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire. Suivant les cas, l'accompagnant pourrait être une personne de l'entourage du patient (famille, ami, voisin, aidant, etc.) ou un tiers désigné (cas des majeurs sous tutelle par exemple).

Dans ce travail, le terme « accompagnant » désigne la ou les personnes de l'entourage du patient, sans distinction, qui l'accompagne(nt) tout au long de sa prise en charge.

Rôles de l'accompagnant

Ip *et al.* précisaient qu'il n'existe pas beaucoup de données, ni de recommandations sur le rôle précis des accompagnants. Il n'existe pas de recommandation sur la façon dont le patient devrait être surveillé (surveillance à quelle fréquence, l'accompagnant devrait-il partager la même chambre que le patient pour mieux détecter un problème, etc.). L'accompagnant est indispensable pour recevoir les instructions postopératoires à la sortie car le patient peut avoir des problèmes

cognitifs liés aux sédatifs et/ou aux antalgiques. Il peut aider le patient pour la prise des traitements (antalgiques, antiémétiques) et éventuellement pour les activités de la vie quotidienne (repas, prise de décisions importantes, etc.) (75).

Analyse des données de la littérature

Plusieurs documents ont été identifiés évoquant l'accompagnant du patient : des recommandations réalisées dans cinq pays (Espagne, France, Australie, Nouvelle-Zélande et Hong Kong), neuf guides anglais et une étude observationnelle canadienne (1, 6, 17, 18, 24, 26, 27, 30-32, 36, 37, 39, 40, 44-46, 55). Les données d'une revue narrative sont reprises, à titre descriptif (75).

En période préopératoire

En 2013, selon l'Association française d'urologie, il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources : accompagnant, aidant naturel, personne de confiance). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social (recommandation de bonne qualité générale) (18).

À la sortie du patient

Tous les documents sont convergents : 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.

Pour 75 % des anesthésistes canadiens, les patients sans accompagnant ne sont pas éligibles à la chirurgie ambulatoire (niveau de preuve 4). Pour la SFAR, il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour, le patient soit accompagné par un tiers, mais qu'en l'absence d'escorte par un tiers pour le retour au lieu d'hébergement postopératoire, il est recommandé de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation conventionnelle (recommandation de qualité générale moyenne).

Dans le lieu de résidence postopératoire du patient

Les données de trois recommandations (24, 26, 27) et des quatre guides identifiés (1, 30, 37, 39) sont convergentes sur le fait que la présence d'un adulte responsable au domicile du patient la nuit suivant l'intervention est un critère d'éligibilité standard à la chirurgie ambulatoire (avis d'experts).

En revanche, les recommandations de la SFAR et les guides de bonnes pratiques récents précisent que la présence d'un accompagnant au domicile postopératoire ne devrait pas être systématique. Il est recommandé que ce critère soit évalué en fonction du couple acte-patient, et doit être défini au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place (recommandation de qualité générale moyenne) (17). En 2011, selon Smith *et al.*, la présence d'une personne de façon permanente dans les 24 heures après la sortie peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est relativement mineure et l'anesthésie très brève. Le patient court peu de risque d'avoir des complications dans ce cas (6) (avis d'experts). En 2012, selon la BADS, la disponibilité immédiate d'une personne (amis, voisins) contactée par téléphone en cas de besoin peut être une option. Les recommandations les plus récentes insistent sur la nécessité d'un soutien plutôt que d'une présence physique pour assurer les soins postopératoires après une intervention sous anesthésie générale (44) (avis d'experts).

Par ailleurs, selon la BADS en 2006, la présence d'un accompagnant serait particulièrement importante pour les catégories de patients suivantes : les patients fragiles ou âgés, les patients vivant avec une autre personne âgée, les patients atteints de trouble psychique ou ayant des difficultés à communiquer ou sourds/malentendants. Il serait également important d'évaluer l'éligibilité des patients vivant seuls et socialement isolés car les soins pourraient être réalisés par les infirmiers de ville de jour ou de nuit le cas échéant. Les soins non médicaux (course, transport à domicile, équipement nécessaire à domicile, toilettes, etc.) pourraient être pris en charge par les différents

systèmes d'aide (services sociaux, services sociaux pour personnes âgées, aide à domicile privée) (39) (avis d'experts).

Dans tous les cas, selon l'IAAS, l'accompagnant doit comprendre les soins prévus en postopératoire et être prêt à accepter la responsabilité de surveiller le patient (1, 40). L'accompagnant est un adulte responsable qui a l'aptitude physique et mentale pour assister le patient, reconnaître quand il a besoin d'aide, et savoir demander de l'aide quand cela est nécessaire (26).

Recommandations

Recommandations	Accompagnant	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008 (24)</i>	Le patient doit être accompagné par un adulte responsable pendant la période de réveil, le trajet de retour et les premières 24 heures après l'intervention chirurgicale.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
SFAR, 2009 (17)	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 doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place. Il est recommandé en l'absence d'escorte par un tiers pour le retour au lieu d'hébergement postopératoire de rechercher une alternative ³² avant de proposer un transfert en hospitalisation complète. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ».	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian Day Surgery Nurses Association, 2009 (26)</i>	L'accompagnant doit être au minimum : ▀ disponible auprès du patient au minimum 24 heures ; ▀ un adulte responsable (bien définir ce qu'est un adulte responsable, en fonction du type de procédure, d'anesthésie et des facteurs démographiques) ; ▀ comprendre les instructions écrites des soins postopératoires ; ▀ capable d'attendre ; ▀ flexible et capable de faire face à des changements de situation et d'identifier des complications potentielles.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : mauvaise. Avis d'experts.

³² Pas de précision sur la solution alternative dans les recommandations.

Recommandations	Accompagnant	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australia and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Une personne responsable doit être capable de transporter le patient chez lui dans un véhicule approprié. Le train ou le bus n'est généralement pas approprié. Une personne responsable doit rester au moins une nuit après la sortie. Cette personne doit être physiquement et mentalement capable de prendre des décisions pour le bien-être du patient en cas de besoin. Le personnel de l'unité de chirurgie ambulatoire doit veiller à ce que le patient et/ou l'accompagnant comprenne les exigences en matière de soins postopératoires et ait l'intention de se conformer à ces exigences, notamment en matière de sécurité publique (ne pas conduire tout de suite après la sortie, etc.).	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
<i>Hong Kong College of Anaesthesiologists</i> , 2002 et 2012 (31, 32)	Le parent ou l'adulte responsable qui accompagne les enfants ou les patients adultes souffrant d'incapacité mentale en consultation préopératoire doit fournir les antécédents médicaux du patient et donner son consentement le cas échéant et accompagner le patient le jour de la chirurgie.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
AFU, 2013 (18)	Il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources : accompagnant, aidant naturel, personne de confiance). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social.	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Accompagnant	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health</i> , 2002 (36)	Les patients doivent être encouragés à prendre des dispositions pour qu'ils puissent rentrer à domicile accompagnés d'une autre personne ou qu'un accompagnant puisse rester avec eux jusqu'à ce qu'ils soient en mesure d'effectuer seuls leurs soins.	Avis d'experts.
NHS, 2002 (37)	La chirurgie ambulatoire est contre-indiquée aux patients qui n'ont pas avec eux la présence d'une personne adulte disponible dans les 24 premières heures après l'intervention.	Avis d'experts.

Guides	Accompagnant	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery, 2006</i> (39)	La présence d'un adulte responsable à la sortie et au domicile du patient la nuit suivant l'intervention est un des critères d'éligibilité standard à la chirurgie ambulatoire. Les cas suivants sont donc importants à évaluer avant la sortie : ▶ personne fragile ou âgée ; ▶ personne vivant avec une autre personne âgée ; ▶ personne atteinte de trouble psychique ; ▶ personne ayant des difficultés à communiquer. Les personnes gravement malades ou en invalidité permanente nécessitent une attention particulière. Les patients sourds ou malentendants peuvent bénéficier de l'aide d'un interprète connaissant le langage des signes mais les patients préfèrent souvent la présence d'un membre de la famille ou des amis pour les aider durant les consultations. Pour les personnes vivant seules et socialement isolées, les soins infirmiers pourraient être réalisés par les infirmiers de ville de jour ou de nuit le cas échéant. Les soins non médicaux (course, transport à domicile, équipement nécessaire à domicile, toilettes, etc.) pourraient être pris en charge par les différents systèmes d'aide (services sociaux, services sociaux pour personnes âgées, aide à domicile privée).	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery, 2006</i> (1) Et <i>International Association for Ambulatory Surgery, 2007</i> (40)	Il est habituellement demandé que le patient soit accompagné par un responsable adulte, physiquement capable de prendre soin du patient la nuit qui suit l'intervention. Le patient et son accompagnant doivent comprendre la procédure et les soins postopératoires et l'accompagnant doit accepter la responsabilité d'assurer la surveillance du patient. Le nombre de patients non éligibles à la chirurgie ambulatoire car ils ne remplissaient pas ces conditions n'est pas connu. Les patients seuls ou accompagnés mais par une personne âgée et les enfants ont plus souvent des problèmes de cet ordre. Il n'existe actuellement que peu de littérature de niveau de preuve élevé sur ce sujet. Il n'est donc pas connu s'il est sécurisant de faire sortir des patients dans ces conditions limites.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2011</i> (30)	Un adulte responsable doit accompagner le patient chez lui et fournir les soins et un soutien les premières 24 heures.	Consensus d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6) UK	Il est conseillé qu'une personne valide et responsable soit avec le patient dans les 24 premières heures après la sortie. Toutefois, cette période peut être prolongée pour certains patients et après certaines procédures. En revanche, la présence d'une personne de façon permanente dans les 24 heures après la sortie peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est relativement mineure et l'anesthésie très brève. Le patient court peu de risque d'avoir des complications dans ce cas.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery, 2012</i> (44)	Il est conseillé qu'une personne responsable soit avec le patient dans les 24 premières heures après la sortie. La disponibilité immédiate d'une personne (amis, voisins) contactée par téléphone en cas de besoin peut être une option. Les recommandations les plus récentes insistent sur la nécessité d'un soutien plutôt que d'une présence physique pour assurer les soins postopératoires après une intervention sous anesthésie générale (30).	Avis d'experts.

Guides	Accompagnant	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2009 et 2013 (45, 46)	Les patients qui ont subi une intervention sous anesthésie générale doivent être accompagnés par un adulte responsable qui reste disponible au lieu de résidence postopératoire 24 heures après la chirurgie. Le retour à domicile devrait être en voiture privée ou en taxi. Le transport public n'est généralement pas approprié.	Avis d'experts.

Étude observationnelle

Étude	Accompagnant	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Canadian Anesthesiologists' Society</i> , 2004 (55)	<u>Objectif principal</u> : Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. <u>Résultats</u> : Pour plus de 75 % des anesthésistes, les patients sans accompagnant ne sont pas éligibles.	4

Revue narrative

Les données d'une revue narrative réalisée par Ip *et al.* ont été reprises, à titre descriptif (75) :

- si l'accompagnant n'est pas disponible à la sortie du patient pour le raccompagner chez lui mais qu'il serait présent à la fin de la journée et la nuit suivant l'intervention, un moyen de transport à domicile devrait être arrangé. Dans ce cas, le conducteur devrait être capable de demander de l'aide pendant le trajet si nécessaire et devrait accompagner le patient jusqu'à chez lui (à l'intérieur) ;
- certaines unités autorisent les patients à rentrer chez eux en taxi quand la présence d'un accompagnant à domicile est sûre à la fin de la journée. Toutefois, il est important de savoir que le chauffeur de taxi n'a pas une responsabilité légale de jouer le rôle d'accompagnant du patient pendant le trajet ;
- si l'accompagnant est absent après l'anesthésie, le patient pourrait être admis en hospitalisation conventionnelle. Si malgré tout, le patient demande à rentrer seul chez lui après l'intervention, il devrait signer une décharge. Toutefois, les professionnels de santé devraient pouvoir évaluer si le patient est suffisamment conscient pour comprendre et prendre cette décision seul.

Synthèse de la littérature

La présence d'un accompagnant

Dans ce travail, le terme « accompagnant » désigne la ou les personnes de l'entourage du patient, sans distinction (famille, ami, voisin, aidant, personne de confiance, etc. ou un tiers désigné dans le cas des majeurs sous tutelle par exemple) qui l'accompagne (-nt) tout au long de sa prise en charge.

En période préopératoire

Il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire. Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social.

À la sortie du patient

Les données de la littérature sur la présence d'un accompagnant à la sortie du patient sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir :

- qu'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.

Dans le lieu de résidence postopératoire du patient

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur la présence d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention :

- d'une part, les données de la recommandation française et de deux guides anglais récents sont convergentes : la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire doit être évaluée en fonction du couple acte-patient, et doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place. La présence d'une personne de façon permanente dans les 24 heures après la sortie peut ne pas être utile pour certains patients, notamment quand l'intervention est relativement mineure et l'anesthésie très brève ;
- d'autre part, les données de trois recommandations et de quatre guides relevant d'avis d'experts sont convergentes : la présence d'un adulte responsable à la sortie et au domicile du patient la nuit suivant l'intervention est considérée comme un critère d'éligibilité standard à la chirurgie ambulatoire.

D'autres éléments ont été identifiés mais sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir :

- il est recommandé de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation complète en cas d'absence non prévue de l'accompagnant à la sortie pour le retour au lieu de résidence postopératoire ;
- la présence d'un accompagnant serait importante pour les catégories de patients suivantes : les patients fragiles ou âgés, les patients vivant avec une autre personne âgée, les patients atteints de trouble psychique ou ayant des difficultés à communiquer ou sourds/malentendants, les patients vivant seuls et socialement isolés (soins médicaux réalisés par les infirmiers de ville et soins non médicaux pris en charge par les différents systèmes d'aide).

Position argumentée du groupe de travail

La présence d'un accompagnant

Lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, il est recommandé que le patient soit accompagné par un tiers et qu'il ne conduise pas de véhicule.

Selon le groupe de travail, la présence de l'accompagnant au lieu de résidence postopératoire dépend du couple acte-patient. Il a été suggéré de mettre en place une liste des interventions qui nécessitent la présence permanente d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention. Cette liste doit être adaptée localement et permet d'éviter les décisions au fil de l'eau.

Il a été rappelé que si la présence permanente d'un accompagnant dans le lieu de résidence postopératoire la nuit suivant l'intervention est nécessaire, l'accompagnant doit être informé de son rôle. Les informations peuvent être délivrées soit en sa présence, soit par l'intermédiaire d'un document délivré au patient dès la consultation préopératoire et à sa sortie.

Il est important d'identifier en amont les patients ayant besoin de la présence d'un accompagnant, pour de multiples raisons (personnes fragiles, âgées, vivant avec une autre personne âgée, atteintes de troubles psychiques, ayant des difficultés à communiquer ou sourdes/malentendantes ou socialement isolées) pour anticiper les solutions alternatives dès l'évaluation initiale (aide d'une assistante sociale pour les besoins non médicaux, solution alternative de transport et/ou d'hébergement).

Enfin, l'avocate a précisé que l'accompagnant n'est pas forcément la personne de confiance telle que définie par la loi. En effet, la personne de confiance n'est pas investie d'un pouvoir de décision et n'a aucune responsabilité.

Spécificité en pédiatrie

En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Il a été rappelé que le retour à domicile en transports en commun n'est pas recommandé. Il existe plusieurs moyens de transports possibles (taxi, VSL au besoin) pour les patients qui ne disposent pas de véhicule particulier.

Spécificité en gériatrie

Le rôle particulièrement important de l'accompagnant pour les patients âgés a été souligné.

Selon le gériatre et l'assistante sociale, les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social, de l'équipe mobile de gériatrie ou éventuellement des SSR. Toutefois, la HAS rappelle que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et non pallier des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis en chirurgie ambulatoire.

↳ Critères environnementaux

Après un bref état des lieux sur la géographie de la santé, les critères environnementaux retrouvés de la littérature sont discutés dans cette partie :

- les distances entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire. Les lieux de soins désignent ici l'unité de chirurgie ambulatoire et/ou le lieu de soins à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient ;
- l'environnement domestique dans le lieu de résidence postopératoire.

Géographie de la santé : état des lieux

En France, le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française ont accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes (76).

Cependant, des inégalités d'accès existent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins (76). Une étude de la DREES en 2012, a montré que les temps d'accès aux soins hospitaliers diffèrent entre les territoires de santé et que dans les territoires les moins équipés, les patients se déplacent plus souvent dans les territoires voisins (77).

Toutefois, selon l'INSEE, les difficultés d'accès aux soins hospitaliers ne peuvent se résumer aux seuls temps de trajet. Même si un maillage suffisamment dense d'établissements de santé s'avère nécessaire, les faits démontrent que, pour des raisons diverses, les patients ne vont pas toujours dans l'établissement de santé le plus proche. Difficultés d'accès aux transports, problèmes de prise en charge financière ou autres difficultés d'ordre social sont autant d'éléments à prendre en compte (78).

Ainsi, certaines catégories de patients sont concernées par l'éloignement et l'isolement géographique : les patients vivant en zones rurales (tel est le cas des agriculteurs avec un ensemble de facteurs limitants tels que l'âge, l'isolement et l'éloignement géographique) mais aussi ceux vivant dans les zones difficiles d'accès (déserts médicaux avec accessibilité difficile aux structures de soins, différences de densité en professionnels de santé d'une discipline donnée) ou dans les zones de précarité avec accès aux soins limités.

En 2012, selon l'ATIH, alors que le taux national de pratique de chirurgie ambulatoire avoisinait les 41 %, ce taux variait entre les régions de France métropolitaine allant de 36,2 % à 46,0 %. Les régions pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire est le plus élevé sont la Corse, la Réunion, la région PACA et la Guadeloupe. Les régions pour lesquelles le taux de chirurgie ambulatoire a le plus progressé entre 2010 et 2012 sont la Basse-Normandie et la Bretagne (14). Actuellement, les zones urbaines ont davantage recours à la chirurgie ambulatoire que les zones rurales. La différence de poids du secteur privé dans l'offre de soins régionale, l'inégale mobilisation des établissements publics, notamment des CHU, et l'accès plus ou moins aisé selon les territoires et la distance des patients aux unités de chirurgie ambulatoire contribuent à expliquer la diversité des situations régionales (79).

Les distances entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire

Selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la distance ne devrait pas être un critère de non éligibilité. Les patients devraient être évalués en fonction de leur mobilité (intervention invalidante, handicaps éventuels et leur retentissement, etc.). Il faudrait chercher des solutions alternatives si ce critère n'est pas rempli (4).

La littérature a permis de différencier :

- la distance entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le lieu de résidence postopératoire ;

- la distance entre le lieu de résidence postopératoire du patient et un lieu de soins approprié à proximité en cas de complications après la sortie (17).

Quatre recommandations et sept guides de bonnes pratiques ont été identifiés (1, 6, 17, 24, 27, 31, 32, 36, 37, 39, 40, 44).

L'analyse des données de la littérature a permis de soulever les points suivants :

Selon la SFAR, la durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.

En revanche, les recommandations en vigueur dans d'autres pays (Australie, Nouvelle-Zélande et Espagne) ainsi que les guides de bonnes pratiques identifiés préconisent une distance de moins d'une heure entre le lieu de résidence postopératoire et les lieux de soins. Toutefois, même si un trajet de plus d'une heure est considéré comme une contre-indication relative, la plupart de ces guides et recommandations précisent que pour certaines procédures, en particulier si les techniques anesthésiques et chirurgicales sont moins invasives ou en cas d'intervention chirurgicale simple avec peu de risque de complications aiguës dans la période immédiate après la sortie, un trajet plus long peut être effectué en toute sécurité pour les patients qui vivent plus loin. Le patient devrait alors être informé du risque de NVPO et de douleur pendant le trajet et il est recommandé qu'un accord ait été fait avec un établissement de santé près du domicile du patient en cas de besoin de soins en urgence (données de niveau de preuve peu élevé).

Il est important de préciser qu'en France, selon l'article D. 6124-304 du décret du 20 août 2012, cet accord est obligatoire uniquement « *dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins...* ». Cela ne dispense pas les professionnels de santé de donner toutes les informations concernant les lieux de soins appropriés à proximité du domicile postopératoire du patient si ce lieu de résidence postopératoire se trouve à une distance relativement éloignée du lieu où l'intervention a été effectuée.

Cette durée d'une heure est également considérée comme une limite pratique pour Smith *et al.* même s'ils reconnaissent que dans certains pays ou régions les moins peuplées, le temps de déplacement des patients est relativement plus long (données de niveau de preuve peu élevé) (6).

Enfin, l'*UK Department of Health* et le *Hong Kong College of Anaesthesiologists* précisent l'importance d'un lieu de résidence postopératoire facilement accessible avec comme solution alternative possible l'hôtel hospitalier (données de niveau de preuve peu élevé) (31, 32, 36). L'hôtel-patient (sans soins infirmiers disponibles) est également une solution alternative proposée par l'IAAS (données de niveau de preuve peu élevé).

Compte tenu du niveau de preuve des données, on ne peut pas conclure sur la pertinence de fixer une distance ou une durée de trajet de moins d'une heure entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire.

Recommandations

Recommandations	Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Recommandations	Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Le lieu de résidence du patient à la sortie doit être à une heure d'un lieu de soins médicaux postopératoires appropriés. Ce lieu de soins n'est pas obligatoirement l'unité de chirurgie ambulatoire où l'intervention était effectuée.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
<i>Hong Kong College of Anaesthesiologists</i> , 2002 et 2012 (31, 32)	Le patient doit facilement avoir accès à un lieu de soins médicaux appropriés jusqu'au lendemain matin après la sortie.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
<i>Spain Ministry of Health and Consumer Affairs</i> , 2008 (24)	Il est recommandé pour le retour à domicile un trajet qui n'excède pas une heure, dans un véhicule particulier (pas en transports en commun) bien que pour certaines procédures, en particulier si les techniques anesthésiques et chirurgicales sont moins invasives, un trajet plus long peut être effectué en toute sécurité pour les patients qui vivent plus loin.	Recommandation « avis d'experts ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health</i> , 2002 (36)	Il faut bien s'assurer pendant la consultation préopératoire que le lieu de résidence postopératoire du patient est adapté et facilement accessible. L'hôtel hospitalier peut être une solution alternative.	Avis d'experts.
NHS, 2002 (37)	Une distance de plus d'une heure entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le domicile du patient est souvent une contre-indication relative à la chirurgie ambulatoire. D'autres facteurs devraient toutefois être pris en compte (la nature de l'intervention, la présence ou pas d'une autre personne qui pourrait s'occuper du patient, etc.). Certains patients, malgré la distance, souhaitent rentrer chez eux malgré tout. Une information sur la possibilité de survenue de douleur, de nausée et de vomissements est obligatoirement donnée et ils doivent être préparés et comprendre ce risque. Cela devrait être documenté (information écrite).	Avis d'experts.

Guides	Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire	Analyse critique / niveau de preuve
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2006 (1) et <i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40)	Un temps de trajet de moins d'une heure est souvent retrouvé dans les recommandations pour faciliter la venue aux urgences si besoin et pour minimiser le stress du retour à domicile. Cela devrait être considéré comme une exigence relative si les patients sont prêts à entreprendre des voyages plus longs. Les hôtels pour patients (sans soins infirmiers) sont une alternative pour ces patients.	Avis d'experts.
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2006 (39) et <i>British Association of Day Surgery</i> , 2012 (44)	Un trajet de plus d'une heure entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le domicile du patient est souvent une contre-indication relative à la chirurgie ambulatoire. Toutefois, il faut considérer la nature de la chirurgie et la disponibilité d'une assistance médicale en cas de survenue de complications à domicile. Les patients subissant une chirurgie simple avec peu de risque de complications vitales aiguës dans la période immédiate après la sortie devraient être autorisés à rentrer le jour de l'intervention même s'ils vivent à une distance plus longue. Toutefois, le patient doit comprendre qu'il existe un risque de douleur, de nausée et vomissements durant le trajet et il est recommandé qu'un accord ait été fait avec un établissement de santé près du domicile du patient en cas de besoin de soins en urgence.	Avis d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	Le lieu de résidence du patient à la sortie devrait être à une distance nécessitant un temps de trajet raisonnable (sans précision de durée) d'un lieu de soins médicaux postopératoires appropriés. Une heure est souvent considérée comme une limite pratique, mais dans certains pays/régions les moins peuplés, le temps de déplacement des patients est relativement plus long.	Avis d'experts.

L'environnement domestique dans le lieu de résidence postopératoire

Une prise en charge en chirurgie ambulatoire implique le retour à domicile le jour même de l'intervention. Ce qui implique également lors de l'évaluation préopératoire la prise en compte de l'environnement dans le lieu de résidence postopératoire du patient. En 2009, selon la CNAM, plutôt que les conditions d'hygiène et de logement équivalentes à ce qu'on trouve en milieu hospitalier, on pourrait intégrer des critères de mobilité du patient (intervention invalidante, handicaps éventuels et leur retentissement, etc.) et d'accessibilité au logement (ascenseurs, maison sur plusieurs niveaux, etc.) (4).

Quatre recommandations (17, 24, 27, 28) et six guides de bonnes pratiques (6, 30, 36, 37, 40, 44) ont été identifiés.

Les données de la littérature identifiées, de niveau de preuve peu élevé, sont convergentes. Il est important que les patients aient dans leur lieu de résidence postopératoire :

- un accès facile à un téléphone pour pouvoir demander de l'aide d'urgence si besoin. L'absence d'accès à un téléphone est un critère de non-éligibilité pour le NHS (données de niveau de preuve peu élevé) ;
- un minimum de confort adapté aux soins postopératoires pour permettre un rétablissement adéquat : accessibilité à l'appartement, hygiène correcte selon les recommandations espagnoles (données de niveau de preuve peu élevé).

L'*UK Department of Health* propose l'hôtel hospitalier comme solution alternative si ce critère n'est pas rempli (avis d'experts).

Recommandations

Recommandations	L'environnement domestique	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence postopératoire soit compatible ³³ avec la prise en charge ambulatoire.	Recommandation forte.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
<i>Australian and New Zealand College of Anaesthetists</i> , 2010 (27)	Le patient devrait avoir accès à un téléphone dans son logement postopératoire.	Pas de gradation des conclusions.	Méthode non renseignée. Avis d'experts.
Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	Il est recommandé de s'assurer que les parents disposent d'un téléphone pour pouvoir joindre le centre « 15 » à tout moment et peuvent être contactés dans des conditions permettant une compréhension réciproque des informations.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	L'environnement domestique	Analyse critique / niveau de preuve
<i>UK Department of Health</i> , 2002 (36)	S'assurer en période préopératoire que le lieu de résidence postopératoire du patient est adapté et s'assurer de la facilité pour le patient d'accéder à son domicile. L'hôtel hospitalier peut être une solution alternative.	Avis d'experts.
NHS, 2002 (37)	La chirurgie ambulatoire est contre-indiquée aux patients qui n'ont pas d'accès au téléphone.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40)	L'environnement domestique est un des éléments importants à considérer.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	Le domicile ou le lieu où séjournera le patient à sa sortie doit être adapté aux soins postopératoires.	Consensus d'experts.
Smith et Jakobsson, 2011 (6)	L'accès facile à un téléphone pour demander de l'aide d'urgence est recommandé.	Avis d'experts.

³³ Pas de précision sur la définition du mot « compatible » dans l'article.

Guides	L'environnement domestique	Analyse critique / niveau de preuve
<i>British Association of Day Surgery</i> , 2012 (44)	Importance d'avoir accès à un téléphone dans le lieu de résidence postopératoire car un numéro de téléphone fonctionnel 24 heures sur 24 doit être fourni à la sortie de manière à ce que chaque patient puisse appeler en cas de complications postopératoires. Ce numéro ne devrait pas être un répondeur. Il est préférable que ce numéro permette de contacter un membre du personnel de l'unité de chirurgie ambulatoire qui connaîtrait bien le dossier du patient. Cela évite de demander au patient de revenir à l'hôpital juste par mesure de sécurité.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères environnementaux

Distance entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire

Les lieux de soins désignent l'unité de chirurgie ambulatoire et le lieu de soins approprié situé à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient le cas échéant.

L'analyse montre qu'il existe une divergence des données sur la distance d'éloignement entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire du patient. Par ailleurs, les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de conclure sur la pertinence de fixer une durée de trajet maximum entre les lieux de soins et le lieu de résidence postopératoire.

Équipements au lieu de résidence postopératoire

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que dans le lieu de résidence postopératoire du patient, il est recommandé d'avoir :

- un accès facile à un téléphone pour demander de l'aide d'urgence si besoin ;
- un minimum de confort adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte) pour permettre un rétablissement adéquat.

L'élément suivant, pouvant être utile sur le plan pratique, a été identifié (données de niveau de preuve peu élevé) :

- l'hôtel-patient (ou hôtel hospitalier) pourrait être une solution alternative si les critères environnementaux ne sont pas remplis.

Position argumentée du groupe de travail

Les critères environnementaux

Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire

Certaines catégories de patients sont concernées par l'éloignement et l'isolement géographique telles que les patients vivant en zones rurales (ex : agriculteurs avec un ensemble de facteurs limitants tels que l'âge, l'isolement et l'éloignement géographique) ; les patients vivant dans les zones difficiles d'accès (déserts médicaux avec accessibilité difficile aux structures de soins, différences de densité en professionnels de santé d'une discipline donnée) ou les zones de précarité avec accès aux soins limités, etc.

Le groupe de travail estime que la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient. L'accès à un lieu de soins approprié à partir du lieu de résidence postopératoire dans les conditions normales de circulation (c'est-à-dire en dehors des conditions extrêmes de circulation, météorologiques ou autres) est l'élément majeur. Le patient doit obligatoirement avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Remarque :

Selon le groupe de travail, l'hôtel-patient (lieu d'hébergement, les soins postopératoires sont gérés par les patients et son accompagnant) peut être une alternative au domicile de manière à permettre aux patients d'être à une distance appropriée du lieu de soins. L'hôtel-patient reste à la charge des patients.

Équipements dans le lieu de résidence postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature qui souligne que l'accès à un téléphone est recommandé.

Il a été souligné que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte, etc.) pour permettre un rétablissement adéquat est très difficile à apprécier. Il a été suggéré que lors de l'évaluation initiale et/ou lors de l'appel de la veille, les aspects relatifs à l'aménagement du domicile du patient sont à discuter (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité tient compte de cet environnement, l'anticipation des solutions alternatives est primordiale.

↳ Continuité des soins (soins de ville)

La continuité des soins (soins de ville) devrait-elle être prise en compte dès la période d'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire ? Selon la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la chirurgie ambulatoire ne suscite pas de demande en soins postopératoires nécessitant une gestion en milieu hospitalier, dans la mesure où la sortie du patient est optimisée par rapport à une prise en charge traditionnelle (4). Toutefois, selon l'*UK Department of Health*, de plus en plus de procédures complexes seront effectuées en ambulatoire et il est encouragé d'organiser dans le parcours de soins des patients un partenariat avec les responsables de soins de ville (36).

La SFAR précise l'importance du lien entre les médecins hospitaliers et ceux pratiquant en ville dans l'organisation mise en place en tenant compte des antécédents médicaux, chirurgicaux, sociaux et environnementaux du patient (17). Par ailleurs, selon l'Association française d'urologie, dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, il est nécessaire de porter une attention accrue à l'organisation de la continuité des soins. En effet, le postopératoire se déroule dans un milieu dépourvu de surveillance médicale. Cette organisation doit donc être renforcée et s'articuler autour d'une prise en charge personnalisée du patient (18). En 2014, Beaussier et Vons spécifient que le développement de techniques analgésiques sophistiquées et l'élargissement des indications vers des actes et des patients plus lourds pourraient justifier un suivi de la prise en charge à domicile dans certains cas (80).

Deux recommandations françaises (17, 18) et cinq guides de bonnes pratiques anglais et internationaux (30, 37, 40, 45, 46) ont été identifiés.

Les données de la littérature sur la continuité des soins sont convergentes et soulignent l'importance de l'organisation à mettre en place devant permettre le partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville ainsi que l'organisation du suivi postopératoire à la sortie du patient.

En 2002, le NHS était plus strict en indiquant que la chirurgie ambulatoire serait contre-indiquée aux patients qui n'ont pas de médecin traitant ou d'infirmier préalablement enregistré (données de niveau de preuve peu élevé) (37). Selon l'IAAS, le rôle du médecin généraliste serait très important aussi bien en période pré que postopératoire : il pourrait évaluer si le patient est éligible ou pas, aiderait le patient dans le processus de décision, pourrait donner les informations au patient et à son accompagnant sur l'intervention et sur la phase postopératoire et pourrait organiser avec la famille ou le personnel paramédical en ville les soins dont nécessiterait le patient en pré- et/ou postopératoire (données de niveau de preuve peu élevé) (40). Il serait donc très important d'informer le médecin traitant sur le type d'anesthésie, l'intervention chirurgicale qu'a subie le patient, les soins postopératoires dont il a besoin (données de niveau de preuve peu élevé) (30). En 2013, l'Association française d'urologie a émis les mêmes recommandations : il est recommandé que le médecin traitant échange toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant la consultation de programmation, dans le temps intermédiaire entre la consultation et l'opération et après l'opération. De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins) (18).

Enfin, il est important de rappeler qu'en France, l'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure (cf. article D. 6124-304 du Code de la santé publique).

Recommandations

Recommandation	Continuité des soins (soins de ville)	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
SFAR, 2009 (17)	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 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.	Recommandation « forte ».	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.
AFU, 2013 (18)	Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. Il est recommandé que le médecin traitant échange toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant la consultation de programmation, dans le temps intermédiaire entre la consultation et l'opération et après l'opération. De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins).	Avis d'experts.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guides de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guides	Continuité des soins (soins de ville)	Analyse critique / niveau de preuve
NHS, 2002 (37)	La chirurgie ambulatoire est contre-indiquée aux patients qui n'ont pas de médecin traitant ou d'infirmier préalablement enregistré.	Avis d'experts.
<i>International Association for Ambulatory Surgery</i> , 2007 (40)	Le rôle du médecin généraliste est très important. Il peut être celui qui adresse le patient pour une prise en charge ambulatoire. Il peut évaluer si le patient est éligible ou pas, il aide le patient dans le processus de décision et les adresse à un spécialiste par la suite. Il peut donner les informations au patient et à son accompagnant sur l'intervention et la phase postopératoire. Il peut organiser avec la famille ou le personnel paramédical en ville les soins dont nécessiterait le patient en pré- et/ou postopératoire.	Avis d'experts.
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	Il est très important d'informer le médecin traitant sur le type d'anesthésie, l'intervention chirurgicale qu'a subie le patient, les soins postopératoires dont il a besoin.	Consensus d'experts.

Guides	Continuité des soins (soins de ville)	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Anaesthetists, 2009 et 2013</i> (45, 46)	Si le médecin généraliste pouvait avoir besoin de fournir des soins postopératoires peu de temps après la sortie, les modalités de cette prise en charge auraient dû être communiquées bien avant l'admission du patient. Le médecin généraliste doit être informé de la sortie du patient aussitôt que possible, soit par téléphone, soit par fax ou courrier électronique. Un résumé de la sortie doit être écrit pour chaque patient par le chirurgien concerné. Idéalement, le patient devrait recevoir un exemplaire de traitement en cas d'urgence pendant la nuit. Pédiatrie Il doit exister un accès facile à un pédiatre. Si l'unité de chirurgie ambulatoire n'est pas dans un hôpital avec un service pédiatrique hospitalier, un accord et des mesures de sécurité devraient être mis en place pour l'accès à un pédiatre et le transfert à une unité pédiatrique si nécessaire.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

La continuité des soins (soins de ville)

Les données de la littérature suivantes sur la continuité de soins sont de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en postopératoire ;
- il est donc recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins).

Les autres éléments identifiés dans la littérature sont de niveau de preuve peu élevé des données et ne permettent pas de les retenir.

Il est important de préciser qu'en France, l'unité de chirurgie ambulatoire a la responsabilité d'organiser la continuité de soins. Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure (cf. article D. 6124-304 du Code de la santé publique).

Position argumentée du groupe de travail

Continuité de soins

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure.

Certains membres du groupe de travail ont indiqué que la gestion des suites postopératoires (exemple : ablation de sonde urinaire, de redon, de lame de drainage, la réalisation de pansements, etc.) peut être définie avec les professionnels de santé de ville. Toutefois, en cas d'impossibilité de réaliser à domicile des soins postopératoires ne justifiant pas d'hospitalisation, le chirurgien viscéral a précisé que la solution alternative à privilégier serait de demander un transport et non l'hébergement à l'hôpital.

Il a été souligné qu'en pédiatrie, il est particulièrement important de s'assurer de la continuité de soins surtout en cas de problème la nuit.

Il a été rappelé que l'appel du lendemain est préconisé pour assurer le suivi du patient.

Le groupe de travail insiste sur le besoin de renforcer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Selon l'urologue et un anesthésiste, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant, ce d'autant que les interventions seront de plus en plus réalisées en ambulatoire et qu'elles pourront nécessiter un suivi par les professionnels de santé de ville.

Un anesthésiste souligne que la communication doit notamment être assurée en amont dès l'évaluation préopératoire et en aval avec le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre), les personnels paramédicaux exerçant en ville (IDE libéraux, kinésithérapeutes) et le pharmacien le cas échéant. La mise en œuvre, pour certains actes et patients, de collaboration ville-hôpital constitue une vraie démarche qualité améliorant l'éligibilité et la sécurité du patient.

Une question a été soulevée concernant l'obligation ou non d'établir un contrat/partenariat avec un établissement de santé à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient si ce lieu de résidence postopératoire est éloigné de la structure où l'intervention a été réalisée. Il est bien précisé dans l'article D. 6124-304 du décret du 20 août 2012* que l'obligation d'établir un partenariat concerne uniquement les structures ne pouvant pas assurer la continuité des soins. Tel est le cas des centres indépendants. Toutefois, il a été rappelé que si le lieu de résidence postopératoire du patient se trouve très éloigné de l'établissement où l'intervention a été réalisée, il est obligatoire de donner aux patients toutes les informations lui permettant d'accéder à la continuité de soins (numéro de téléphone d'un médecin ou celui d'un établissement de santé approprié à proximité de son lieu de résidence postopératoire).

* Article D. 6124-304 du décret du 20 août 2012 « dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée ».

↳ **Spécificités liées à l'âge : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en pédiatrie**

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux à évaluer en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire sont repris dans cette partie en tenant compte de leur spécificité en pédiatrie :

- les critères liés à l'information, à la compréhension et au consentement du patient ;
- le rôle particulièrement important de l'accompagnant ;
- les critères environnementaux : les distances d'éloignement, l'environnement domestique ;
- la continuité des soins.

Quatre recommandations et quatre guides de bonnes pratiques ont été identifiés (23, 26, 28, 30, 38, 45, 46).

Pédiatrie : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en général

En 2008, selon les recommandations de l'Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française élaborées (recommandations de bonne qualité générale), les contre-indications à la prise en charge ambulatoire sont :

- une fiabilité insuffisante de l'environnement familial sur la surveillance et/ou les observations des prescriptions et des consignes postopératoires ;
- une durée et des conditions du trajet de retour inappropriées ;
- des conditions de logement et d'hygiène inadaptées (23).

Par ailleurs, selon l'*Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, les conditions sociales défavorables seraient une condition pour une hospitalisation traditionnelle compte tenu du risque important d'apnée postopératoire chez les nourrissons (données de niveau de preuve peu élevé).

Recommandation

Recommandation	Pédiatrie Critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en général	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	Contre-indications à la prise en charge ambulatoire : • une fiabilité insuffisante de l'environnement familial concernant la qualité de la surveillance postopératoire et les possibilités de communication : les parents doivent être capables de surveiller l'enfant et d'observer prescriptions et recommandations orales et écrites. L'interrogatoire devra s'enquérir de l'environnement humain, de l'accompagnement éventuel, des conditions de logement et d'hygiène ; • l'inadaptation du mode de transport pour le retour à domicile en fonction du type d'intervention ; • une durée et conditions du trajet de retour inappropriées : la durée du retour doit être appropriée à la nature de l'intervention. Si le retour a lieu en voiture particulière, la présence de deux adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) est recommandée pour des raisons de sécurité routière.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.

Guide de bonnes pratiques

Guide	Pédiatrie Critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en général	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland</i> , 2011 (30)	L'important risque lié à l'apnée postopératoire doit être considéré et il est conseillé aux nourrissons avec des conditions sociales défavorables d'être admis en hospitalisation traditionnelle avec une surveillance étroite.	Consensus d'experts.

Pédiatrie : information, compréhension et consentement

Les données sur l'information, la compréhension et le recueil de consentement du patient adulte restent valables en pédiatrie. Par ailleurs, il est obligatoire de rechercher le consentement de l'enfant par les moyens adaptés à son niveau de compréhension (explications, dessins, etc.) (recommandation de bonne qualité générale) (23). Il est recommandé de bien s'assurer que les parents comprennent et acceptent le mode de prise en charge ambulatoire. En cas de refus catégorique, d'inquiétude excessive des parents ou d'une compréhension douteuse, l'hospitalisation conventionnelle est recommandée (données de niveau de preuve peu élevé) (28).

Recommandations

Recommandations	Pédiatrie Information, compréhension et consentement	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	Avant l'admission, les parents ou adultes responsables de l'enfant doivent recevoir une information dans un document type ou à formaliser par chaque équipe selon la spécificité de l'intervention à réaliser. Le dossier comporte la trace des informations concernant l'acte chirurgical et celle relative à l'information éclairée des parents. Le consentement de l'enfant doit être recherché par les moyens adaptés à son niveau de compréhension.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.
Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	Il est recommandé de s'assurer que les parents comprennent et acceptent le mode de prise en charge ambulatoire : surveillance au domicile, respect des prescriptions postopératoires, conduite à tenir en cas de complications postopératoires. En cas de refus catégorique ou d'inquiétude excessive des parents, l'hospitalisation est recommandée. Il est recommandé de s'assurer que les parents sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire, s'ils ne sont pas francophones. Si la compréhension du message est douteuse, l'hospitalisation est recommandée. Le consentement de l'enfant doit être recherché par les moyens adaptés à son niveau de compréhension (explications, dessins, etc.). Si l'enfant est grand, il est recommandé de s'assurer de sa parfaite compréhension et acceptation des modalités de prise en charge.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guide de bonnes pratiques et consensus d'experts

Guide	Pédiatrie Information, compréhension et consentement	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Anaesthetists</i> , 2009 et 2013 (45, 46)	La qualité des informations pour les parents et les enfants est essentielle. Cela doit inclure : ▸ les recommandations pour le jeûne ; ▸ des instructions claires pour l'utilisation des antalgiques ; ▸ ce qu'il faut faire si l'enfant tombe malade avant ou après l'intervention. Un programme de pré-admission devrait être envisagé pour réduire le stress des enfants lors de leur admission.	Avis d'experts.

Pédiatrie : rôle de l'accompagnant

Le rôle de l'accompagnant est encore plus important en pédiatrie.

Les données des documents identifiés sont convergentes : à la sortie, si le trajet de retour se fait en voiture particulière, la présence de deux adultes (un pour conduire et l'autre pour surveiller l'enfant) est recommandée pour des raisons de sécurité routière, notamment lors de la prise en charge en chirurgie ambulatoire d'un enfant de moins de 10 ans. Le retour à domicile en transports en commun n'est pas approprié.

Les parents (ou accompagnants et/ou personnes de confiance) devraient pouvoir rejoindre à tout moment un lieu de soin chirurgical susceptible de prendre en charge l'enfant, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention. Par ailleurs, il(s) devrai(en)t être disponible(s) pour rester auprès de l'enfant/adolescent le jour de l'intervention et en postopératoire à domicile pendant toute la durée nécessaire.

Recommandations

Recommandations	Pédiatrie Rôle de l'accompagnant	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
<i>Australian Day Surgery Nurses Association</i> , 2009 (26)	Il est recommandé qu'un enfant soit accompagné par deux adultes responsables à sa sortie : un pour conduire et un autre assis à côté de l'enfant pendant la durée du trajet. Le retour à domicile par transports en commun n'est pas approprié.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : mauvaise. Avis d'experts.
Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	Si la sortie de l'unité d'ambulatoire doit se faire en voiture particulière, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur doit être précisée aux parents. (recommandation SFAR: uniquement si enfant moins de 10 ans). Les parents (ou accompagnants et/ou personnes de confiance) doivent pouvoir rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre en charge l'enfant, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guide de bonnes pratiques

Guide	Pédiatrie Rôle de l'accompagnant	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38)	Le parent/tuteur : ▸ doit être capable de suivre les instructions préalables à la procédure et à la prise en charge de l'enfant/adolescent après l'intervention ; ▸ doit donner son consentement à la chirurgie ambulatoire après avoir reçu toutes les informations adéquates et avoir eu une occasion de discuter et poser des questions ; ▸ doit être disponible pour rester auprès de l'enfant/adolescent le jour de l'intervention et en postopératoire à domicile pendant toute la durée nécessaire. Deux personnes responsables doivent accompagner un enfant à la sortie : un pour conduire la voiture et l'autre pour s'occuper de l'enfant.	Avis d'experts.

Pédiatrie : les critères environnementaux

Les données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé.

Si le trajet entre le lieu de résidence postopératoire et les lieux de soins dure plus d'une heure, un arrangement doit être trouvé pour que l'enfant puisse rester à proximité jusqu'au lendemain. Il est conseillé de chercher une solution alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Par ailleurs, comme chez l'adulte, l'accès à un téléphone est recommandé.

Recommandations

Recommandations	Pédiatrie Critères environnementaux	Gradation selon les auteurs	Analyse critique / grille AGREE II
ADARPEF, 2008 (23)	Après la sortie, les parents ou signifiants doivent pouvoir joindre par téléphone 24h/24 des praticiens chirurgiens ou anesthésistes compétents dans le domaine concerné par l'acte chirurgical.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : bonne. Utilisation recommandée.
<i>Australian Day Surgery Nurses Association</i> , 2009 (26)	La distance à parcourir en cas de complications ou d'urgence doit être considérée. Si le trajet dure plus d'une heure, un arrangement doit être trouvé pour que l'enfant puisse rester à proximité de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au lendemain.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : mauvaise. « avis d'experts »
Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	Il est recommandé de s'assurer que les parents disposent d'un téléphone pour pouvoir joindre le centre « 15 » à tout moment et peuvent être contactés dans des conditions permettant une compréhension réciproque des informations.	Pas de gradation des conclusions.	Qualité générale de la recommandation : moyenne. Utilisation recommandée avec certaines modifications.

Guide de bonnes pratiques

Guide	Pédiatrie Critères environnementaux	Analyse critique / niveau de preuve
<i>Royal College of Nursing</i> , 2004 (38)	Chez les enfants et les jeunes patients, les critères sociaux jouent encore plus un rôle important. La sélection dépend de la distance entre le domicile et l'hôpital, de la disponibilité d'un parent ou d'un tuteur. Le retour à domicile par transports en commun n'est pas approprié. Les installations à la maison doivent être appropriées notamment l'accès à un téléphone et à une voiture en cas de retour à l'hôpital en urgence.	Avis d'experts.

Synthèse de la littérature

Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en pédiatrie

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux devant être évalués chez les patients adultes sont valables en pédiatrie.

Pédiatrie : critères sociaux et environnementaux en général

Les critères suivants retrouvés dans la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que les critères de non-éligibilité en pédiatrie sont :

- une fiabilité insuffisante de l'environnement familial sur la surveillance, les observations des prescriptions et des recommandations postopératoires ;
- une durée et conditions du trajet de retour inappropriées ;
- des conditions de logement et d'hygiène inadaptées ;
- un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension douteuse des parents.

Le critère suivant a été identifié, mais le niveau de preuve peu élevé des données ne permet pas de le retenir :

- il est conseillé aux nourrissons avec des conditions sociales défavorables d'être admis en hospitalisation traditionnelle avec une surveillance étroite.

Pédiatrie : information, compréhension et consentement

Les critères retrouvés dans la littérature reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- le consentement de l'enfant doit être recherché par les moyens adaptés à son niveau de compréhension (explications, dessins, etc.) ;
- il est recommandé de s'assurer que les parents comprennent et acceptent le mode de prise en charge ambulatoire.

Pédiatrie : rôle de l'accompagnant

Les critères suivants, retrouvés dans la littérature, reposent sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que :

- à la sortie, si le trajet de retour se fait en voiture particulière, la présence de deux adultes (un pour conduire et l'autre pour surveiller l'enfant) est recommandée pour des raisons de sécurité routière si l'enfant a moins de 10 ans ;
- le retour à domicile en transports en commun n'est pas approprié.

Les autres données de la littérature sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de les retenir.

Pédiatrie : distance et équipement dans le lieu de résidence postopératoire

Le critère suivant, issu de la littérature, repose sur des données de niveau de preuve peu élevé mais convergentes. L'analyse permet de retenir que l'accès à un téléphone est recommandé.

L'élément suivant a été identifié, mais les données sont de niveau de preuve peu élevé ne permettant pas de retenir que si le trajet entre le lieu de résidence postopératoire et les lieux de soins dure plus d'une heure, un arrangement doit être trouvé pour que l'enfant puisse rester à proximité jusqu'au lendemain. Il est conseillé de chercher une solution alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Position argumentée du groupe de travail

Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en pédiatrie

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux devant être évalués chez les patients adultes sont valables en pédiatrie.

Pédiatrie : information, compréhension et consentement

Les mineurs sont éligibles à condition d'être accompagnés d'un de leurs parents ou d'un représentant légal et d'obtenir l'accord de ces derniers. En effet, il a été rappelé que pour les mineurs, l'accord des deux représentants légaux est obligatoire, ils ne sont toutefois pas tenus d'être présents. Les formulaires à remplir à l'admission du patient à l'hôpital devrait permettre de s'assurer de l'autorité parentale.

La recherche de consentement de l'enfant est obligatoire, après information appropriée et adaptée à leur niveau de compréhension.

Un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension insuffisante des parents ou des représentants légaux sont des critères d'exclusion au mode de prise en charge ambulatoire.

Pédiatrie : rôle de l'accompagnant

En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Il a été rappelé que le retour à domicile en transports en commun n'est pas recommandé. Il existe plusieurs moyens de transports possibles (taxi, VSL au besoin) pour les patients qui ne disposent pas de véhicule particulier.

Pédiatrie : continuité de soins

Il a été souligné qu'en pédiatrie, il est particulièrement important de s'assurer de la continuité de soins surtout en cas de problème la nuit.

↳ **Spécificités liées à l'âge : critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en gériatrie**

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux déjà évoqués précédemment restent valables et doivent être appréciés lors de l'évaluation préopératoire d'un patient âgé. Toutefois, des spécificités peuvent exister en gériatrie notamment sur la délivrance de l'information, le rôle de l'accompagnant et la continuité des soins à domicile.

En 2013, selon l'Association française d'urologie, l'information doit être délivrée de manière adaptée, en tenant compte des difficultés d'audition et de cognition et en s'appuyant sur l'accompagnant tout au long du parcours de soins, depuis la consultation jusqu'au retour à domicile. Cette dernière étape joue un rôle fondamental puisqu'elle est garante du bon respect des consignes pré- et postopératoires indispensables à la réalisation dans de bonnes conditions de la prise en charge ambulatoire chez un sujet ayant une perte d'autonomie (18).

En l'absence de données de niveau de preuve plus élevé, les données de trois revues narratives sont reprises, à titre descriptif (69-71).

Revue narratives

Selon Buckley *et al.*, la situation sociale doit être examinée plus attentivement chez les personnes âgées, en se concentrant sur l'autonomie du patient, sa mobilité, la disponibilité et l'aide familial ou l'isolement social. Certains couples âgés sont presque totalement interdépendants et peuvent ne pas pouvoir faire face à la charge supplémentaire des soins postopératoires. Le niveau de vie, le moyen de transport et la disponibilité pour un suivi adéquat sont également importants à évaluer en période préopératoire (71).

En 2012, White *et al.* ont précisé que spécifiquement pour les personnes âgées, une organisation efficace des soins infirmiers à domicile pourrait faire partie intégrante du plan de soins. En effet, les patients âgés sont souvent confrontés à l'isolement (pas de famille, ni amis de longue date), ont des déficiences visuelles et auditives, des contraintes financières et des problèmes cognitifs. Ce plan devrait identifier et résoudre les problèmes de communication liés à l'âge, tout en intégrant des dispositions fondées sur l'état et le besoin en soutien psychologique et physique médicale du patient (70).

Enfin, en 2013, selon Dufeu, le rôle de la personne accompagnante revêt une importance fondamentale. Cette personne doit être à même de comprendre les consignes et de poser les questions en rapport avec la situation individuelle de la personne âgée. Avant la sortie, les consignes postopératoires doivent être revues une dernière fois en présence de la personne accompagnante (69).

Synthèse de la littérature

Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en gériatrie

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux déjà évoqués précédemment sont valables lors de l'évaluation préopératoire d'un patient âgé.

- L'information devrait être délivrée de manière adaptée, en tenant compte des difficultés d'audition et de cognition et en s'appuyant sur l'accompagnant tout au long du parcours de soin, depuis la consultation jusqu'au retour à domicile.

En l'absence de données de niveau de preuve plus élevé, les données des revues narratives sont reprises, à titre descriptif :

- la situation sociale devrait être examinée plus attentivement : l'autonomie du patient, sa mobilité, la disponibilité et l'aide familial ou l'isolement social, le cas de certains couples âgés presque totalement interdépendants. Le niveau de vie, le moyen de transport et la disponibilité pour un suivi adéquat seraient également importants à évaluer en période préopératoire ;
- le rôle de la personne accompagnante revêt une importance fondamentale : la personne doit comprendre les consignes et poser les questions en rapport avec la situation individuelle de la personne âgée. Avant la sortie, les consignes postopératoires seront revues une dernière fois en présence de la personne accompagnante ;
- spécifiquement pour les personnes âgées, une organisation efficace des soins infirmiers à domicile pourrait faire partie intégrante du plan de soins. Ce plan devrait identifier et résoudre les problèmes de communication liés à l'âge, tout en intégrant des dispositions fondées sur l'état et le besoin en soutien psychologique et physique médicale du patient.

Position argumentée du groupe de travail

Les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux en gériatrie

Tous les critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux déjà évoqués précédemment sont valables lors de l'évaluation préopératoire d'un patient âgé.

Gériatrie : information, compréhension et consentement

L'information doit être adaptée pour en faciliter la compréhension. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de recueillir son consentement.

Gériatrie : l'accompagnant

Le rôle particulièrement important de l'accompagnant pour les patients âgés a été souligné.

Selon certains membres du groupe de travail, les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social, de l'équipe mobile de gériatrie ou éventuellement des SSR. Toutefois, la HAS rappelle que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et non pallier des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis en chirurgie ambulatoire.

3.3 État des lieux sur l'hébergement non hospitalier

► Précisions

La littérature que nous avons analysée a permis d'identifier un certain nombre d'exigences sociales, liées notamment aux conditions d'hébergement et à l'environnement des patients, qui pourraient ne pas être remplies pour permettre une prise en charge en chirurgie ambulatoire. Ainsi, le besoin en hébergement non hospitalier est une question qui est soulevée en tant que solution alternative.

En conséquence, il est apparu important de présenter un état des lieux de ce qui existe en France et dans les autres pays en matière d'hébergement non hospitalier, en analysant les données des recommandations ou des guides de bonnes pratiques mais également les retours d'expériences et les études de cas identifiés. Le but n'est pas d'évaluer ni de conclure à l'opportunité de mettre en place ce type d'hébergement, un travail d'évaluation spécifique sur le thème « hôtel-patient » est prévu à la HAS.

► Données de la littérature

Le *Spain Ministry of Health and Consumer Affairs* recommande de n'exclure aucun patient en raison de critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis. Ainsi, si les critères sociaux relatifs à l'hébergement ne sont pas satisfaits, le recours à d'autres types d'hébergement qui permettraient de répondre aux conditions requises (hôtel, résidence) devrait être proposé aux patients (24).

De même, le NHS stipule que certains hôpitaux disposent d'un hôtel hospitalier où aucun soin ne serait donné. Cela pourrait être une solution appropriée aux personnes qui n'ont pas d'accompagnant dans les 24 premières heures ou qui habitent loin (37). Le ministère de la Santé anglais souligne qu'il est donc important de documenter pendant la consultation préopératoire que le lieu de résidence postopératoire du patient est adapté et facilement accessible. Si non, l'hôtel hospitalier pourrait être une solution alternative (36).

Les différents retours d'expériences identifiés ont montré qu'il existe deux sortes bien distinctes d'hébergement non hospitalier :

- les hôtels-patients ou hôtels hospitaliers ;
- les hôtels médicalisés ou hébergements de soins limités ou médihôtels.

► Hôtel-patient ou hôtel hospitalier

Définition

L'hôtel-patient est un hôtel qui ne fournit qu'un hébergement où aucun soin ne sera donné. Il peut s'agir d'un hôtel ou d'une structure privée dédiée. L'hôtel-patient est parfois appelé hôtel hospitalier, mais il s'agit d'un hébergement totalement indépendant de l'hôpital et aucun soin n'y est assuré. Le traitement du patient relève de sa responsabilité ou de celle du parent ou de l'accompagnant.

Objectif

L'objectif serait de suppléer à la seule fonction d'hébergement pour un patient éloigné ou isolé qui n'aurait pas besoin de soins nécessitant un environnement hospitalier mais pour lesquels la consultation préopératoire aurait identifié l'impossibilité de satisfaire les critères sociaux en raison de :

- absence d'une personne accompagnante pour les patients isolés socialement ;
- patient âgé vivant avec une autre personne trop âgée pour accompagner le patient ;
- enfant issu d'une famille monoparentale, sans possibilité d'être accompagné par deux adultes à la sortie (un pour conduire et un pour rester auprès de l'enfant dans la voiture) ;

- ▶ durée de trajet trop long entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le lieu de résidence postopératoire ;
- ▶ domicile non conforme au point de vue hygiène et confort ;
- ▶ une distance au lieu de domicile importante : il faut dans ce cas considérer la proximité d'un hébergement qui n'a aucune raison d'être médicalisé. Ce type d'hébergement serait donc à la charge du patient (4).

Retours d'expériences en France et dans quelques pays étrangers

Aucun retour d'expériences dans les autres pays étrangers n'a été identifié sur la chirurgie (chirurgie ambulatoire ou conventionnelle).

En France, l'hébergement dans un hôtel après une intervention en chirurgie ambulatoire n'est pas documenté, mais une expérience en Alsace s'en rapproche.

« Les géraniums » est une expérimentation à Strasbourg depuis 2011 d'un mode de séjour dans un foyer ouvert en 1981 à proximité de l'hôpital, au début destiné aux patients venant de loin (de Moselle par exemple mais aussi de la Polynésie ou Nouvelle-Calédonie notamment) et auxquels s'est rajoutée une autre clientèle depuis deux ans : des patients pris en charge en ambulatoire (notamment en chirurgie maxillo-faciale et en ophtalmologie). Ce foyer permettrait d'étendre le rayon d'action de la chirurgie ambulatoire, au plan géographique. Les personnes logées dans ce foyer sont des patients en pré- ou post-hospitalisation à condition qu'ils produisent un certificat médical attestant qu'ils n'ont besoin ni de soins, ni de surveillance médicale. Les accompagnateurs ou les visiteurs, proches parents des malades hospitalisés et transférés dans un établissement hospitalier éloigné de leur domicile, sont également logés dans ce foyer. Les enfants sont accompagnés d'un de leurs parents (81).

▶ Hôtel médicalisé ou hébergement de soins limités ou médihôtel

Ce concept est assez développé en Australie avec l'expérience de huit médihôtels actuellement (21, 82).

Définition

Il s'agit d'un hôtel ou d'un hébergement pour les patients pris en charge surtout en chirurgie (en ambulatoire ou chirurgie conventionnelle) avec la possibilité d'appeler les professionnels de santé si nécessaire. En général, des infirmiers restent sur place et peuvent être appelés à tout moment. Il s'agit d'un autre modèle de structure de soins qui offre un hébergement pour les patients ayant besoin d'une surveillance mais sans soins cliniques, les contraignant à rester sur place. Des surveillances y sont assurées mais pas des soins cliniques directs. Il s'agit d'une structure de soins moins coûteuse, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Le traitement du patient est de sa responsabilité ou de celle du parent ou de l'accompagnant.

Service de soins disponibles

Il est important de préciser que dans ce type de structure, les patients doivent être capables de gérer seuls leurs soins et leurs médicaments. Seulement en cas d'urgence :

- un(e) infirmier(e) ou une personne formée en réanimation cardio-pulmonaire est présente en permanence ;
- un téléphone et un système d'appel d'urgence de 24 heures dans chaque chambre, relié à l'hôpital ou aux infirmiers(es) sont disponibles pendant 24 heures ou reliés au bureau d'une personne formée en réanimation cardio-pulmonaire si l'hébergement est installé en dehors de l'établissement de santé ;
- un chariot de réanimation d'urgence cardio-pulmonaire suivant les normes et des équipements pour les médecins et les infirmiers dans le cadre de la prévention contre les infections sont disponibles ;

- il doit exister un accord pour le transfert de patients vers un établissement de soins hospitaliers en cas d'urgence médicale.

Il est de la responsabilité du médecin (chirurgien, anesthésiste) de référer les patients dont l'état de santé est approprié à un établissement d'hébergement de soins limités.

Retours d'expériences en France et dans quelques pays étrangers

Ce dispositif est assez développé en Australie avec huit médihôtels construits depuis 2001. Un rapport sur les données disponibles entre 2004 et 2005 a fait état de 6 785 personnes prises en charge dans ces structures avec une durée moyenne de séjour de 1,44 jours (min 1 jour-max 3,25 jours). Sur 6 452 patients, 67 % résidaient en ville, 33 % étaient des ruraux avec une proportion très différente et majoritairement en ville dans deux sites. Les spécialités représentées étaient l'ophtalmologie (24 %) en raison surtout de l'existence d'un centre de référence de traitement ophtalmologique parmi les sites étudiés, de neurochirurgie (8,3 %), de gastro-entérologie (6,9 %), de chirurgie thoracique (6,2 %) et d'unité vasculaire (5,1 %). Aucun patient ne provenait de la gériatrie ni de la médecine nucléaire (82).

Aux États-Unis, les hôtels médicalisés se sont développés dans le cadre d'une extension des indications de prise en charge en chirurgie ambulatoire vers une chirurgie plus « lourde », créant ainsi un établissement de chirurgie traditionnelle (4).

Au Danemark, le « Patienthotel » est une unité pluridisciplinaire ouverte depuis 2009. Elle s'adresse à des patients ne nécessitant pas de surveillance particulière mais devant fréquenter régulièrement l'hôpital. Le pôle médical dans lequel est admis le patient décide si celui-ci peut séjourner au Patienthotel. Le « Patienthotel » est une alternative à l'admission dans une des unités de l'hôpital. Il dispose en permanence d'infirmières qualifiées pour des patients traités comme des clients, profitant de plus de confort, d'intimité et de liberté. Un espace convivial constitue le foyer où les repas sont servis (83).

En France, l'Hôtel-Dieu de Paris est (était) un hôpital qui dispose (disposait) entre ses murs d'un véritable hôtel, au 6^{ème} étage dans l'enceinte de l'hôpital qui accueille (-ait) les patients, leurs familles et les touristes. Les personnes logées dans cet hôtel sont :

- celles qui viennent de province ou de la grande couronne d'Île-de-France ou
- des personnes âgées qui ont besoin d'une nuit de sécurité à l'hôpital mais dont l'état clinique ne justifie pas une surveillance à l'hôpital ou
- des patients de tout âge ayant subi une intervention chirurgicale dont le type requiert une nuit de sécurité en hébergement intra-hospitalier non médicalisé dans ce médihôtel (cancer du sein, hystérectomie, hernie, etc.) (84).

Tableau 6. Les différents types d'hébergement non hospitalier

	Hôtel patient ou hôtel hospitalier	Hôtel médicalisé ou hébergement de soins limités ou médihôtel
Définition	Hôtel offrant un simple hébergement sans assurer de soins	Hôtel fournissant un hébergement avec possibilité de recours médical soit pour les patients sans besoin de soins actifs mais relevant d'une surveillance médicalisée, soit ayant besoin de soins ne requérant toutefois pas une hospitalisation.

	Hôtel patient ou hôtel hospitalier	Hôtel médicalisé ou hébergement de soins limités ou médihôtel
Critère d'éligibilité	Patients en ambulatoire, autonomes dans leurs activités quotidiennes, capables de gérer seuls leurs soins et leurs médicaments, n'ayant besoin ni de soins, ni de surveillance par un professionnel de santé. Alternative aux transports ?	Patients en ambulatoire, autonomes dans leurs activités quotidiennes, capables de gérer seuls leurs soins et leurs médicaments.
Emplacement	Idéalement à proximité de l'hôpital. En tout cas, le trajet devrait être raisonnable.	Situé dans l'enceinte de l'hôpital (public ou privé) ou à proximité.
Équipement de la chambre	Équipements d'une chambre d'hôtel avec un lit supplémentaire pour l'accompagnant. Lieu accessible en fauteuil roulant.	Équipements d'une chambre d'hôtel avec un lit supplémentaire pour l'accompagnant. Lieu accessible en fauteuil roulant.
Repas/Restauration	Éventuellement, restauration de l'hôtel. Service en chambre ou en salle comme dans tous les hôtels.	Soit restauration privée ou service en chambre ou cuisine/salle à manger dans l'établissement. Soit logement intégré avec le service de restauration de l'hôpital.
Service de soins disponibles	Aucun.	Un(e) infirmier(e) ou une personne formée en réanimation cardio-pulmonaire présent en permanence. Téléphone et système d'appel d'urgence de 24 heures dans chaque chambre relié à l'hôpital ou aux infirmiers(es).
Financement	Patient.	Patient ou hôpital ou assurance complémentaire santé.

Synthèse de la littérature

L'hébergement non hospitalier

Le concept d'hébergement non hospitalier a émergé dans certains pays mais aussi en France comme une solution alternative pour permettre une prise en charge en ambulatoire de patients non éligibles sur le plan social et/ou environnemental.

Position argumentée du groupe de travail

L'hébergement non hospitalier

Dans la littérature, il est spécifié que l'hôtel-patient ou l'hôtel hospitalier semblerait être le mieux approprié pour les patients en chirurgie ambulatoire pour lesquels aucun soin médical nécessitant un environnement hospitalier n'est requis mais dont les critères liés aux aspects sociaux et environnementaux ne sont pas remplis.

Le groupe de travail a discuté de cette solution alternative, qui pourrait concerner des zones géographiques ou des catégories de patients particulières (exemple : certains patients âgés). Le problème d'hébergement en termes de distance dans les zones rurales n'est pas rare. L'hôtel-patient reste une solution alternative dans ces cas précis, toutes les autres conditions (médico-chirurgicales et sociales) étant remplies. Certains membres du groupe ont cité l'existence de ce type d'hébergement dans leur région (notamment à Grenoble). Le groupe de travail a souligné que tout hôtel pourrait convenir s'il se trouve à proximité de l'hôpital, créer un hôtel-patient n'est pas forcément utile.

Synthèse de l'analyse des données de la littérature, de la position argumentée des experts en groupe de travail et de l'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes

Pour rappel, ce travail s'inscrit dans le programme de travail sur la chirurgie ambulatoire dont la finalité est de favoriser le développement de ce mode de prise en charge. Son objectif est d'évaluer les éléments à considérer pour apprécier l'éligibilité d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté.

La chirurgie ambulatoire devenant la chirurgie de première intention, l'évaluation du patient repose sur la recherche des éléments qui motiveraient l'hospitalisation conventionnelle et sur la distinction du besoin en soin et en hébergement.

Le but est donc de fournir aux professionnels de santé les éléments-clés et les questions à soulever pour les aider à définir, une fois l'indication opératoire posée, les modalités de prise en charge chirurgicale.

La méthode d'évaluation utilisée par la HAS dans ce travail est fondée sur l'analyse critique des données de la littérature scientifique, le recueil de la position argumentée des professionnels dans un groupe de travail pluridisciplinaire ainsi que la relecture par les parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers dont la synthèse d'avis se trouve en Annexe 8). Il ne s'agit pas d'un travail d'élaboration de recommandations de bonne pratique.

L'analyse des données de la littérature (de faible niveau de preuve en général), la position du groupe de travail et la relecture par les parties prenantes ont fait émerger plusieurs points importants.

Les données disponibles ont confirmé le principe d'éligibilité fondé sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. En effet, la décision de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire tient compte des facteurs liés au patient, à la réalisation de l'acte et à la structure. Qu'il s'agisse des critères d'ordre médical, chirurgical ou anesthésique ou des critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux, l'anticipation et l'organisation sont les mots d'ordre en chirurgie ambulatoire, garants d'une prise en charge de qualité et de la sécurité des soins.

Les professionnels de santé, qui partagent l'analyse des données de la littérature, ont insisté sur la nécessité de prendre en compte le degré de maturité de l'établissement dans ce mode de prise en charge en termes d'organisation, d'expérience des équipes et des moyens développés en fonction de la prévisibilité des complications de l'intervention.

L'évaluation préopératoire précoce constitue la période clé. Elle permet d'évaluer l'état clinique du patient, de recueillir toutes les informations nécessaires le concernant et d'anticiper la gestion et le suivi postopératoire afin de préparer sa sortie. L'échange d'informations notamment avec les professionnels de santé de ville ou les unités spécialisées qui suivent le patient dès cette phase d'amont est un élément important.

Cette phase est fondamentale pour délivrer des informations claires, loyales, appropriées et adaptées (notamment aux mineurs, aux majeurs sous tutelle, aux patients non francophones et aux patients atteints de trouble de jugement) sur ce mode de prise en charge. En effet, de la qualité des informations dépendent la compréhension du patient et de son entourage, et leur compliance aux consignes pré- et postopératoires. Les informations délivrées lors de la consultation préopératoire permettent au patient et/ou son représentant légal de participer à la décision de choisir ce mode de prise en charge et permettent de le rassurer ainsi que son accompagnant quant à la gestion de la période postopératoire dans leur lieu de résidence. Les informations devraient être protocolisées et mises sur un support facilitant la compréhension du patient et de son entourage. Le refus est un critère de non-éligibilité.

La sélection des patients doit être facilitée par un protocole local et adapté à chaque structure avec une liste évolutive des critères de sélection et d'inéligibilité établie localement.

Pour les critères liés à l'acte, il est important de souligner que la prise en charge en ambulatoire concerne la réalisation d'intervention chirurgicale sous anesthésie de mode variable. Ainsi, l'ensemble des agents anesthésiques ainsi qu'une combinaison de techniques peuvent être utilisés, aucune stratégie anesthésique spécifique n'est recommandée. Le choix de la technique se fait en fonction de l'évaluation du couple acte-patient et de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient, au cas par cas en tenant compte des données cliniques, des interactions médicamenteuses, etc.

Les risques liés à l'intervention chirurgicale doivent être connus et limités, notamment les risques minimes de complications graves nécessitant une surveillance médicale immédiate. Les douleurs postopératoires doivent être contrôlables, la prise alimentaire solide et liquide par voie orale doit pouvoir se faire rapidement et les soins postopératoires doivent être gérables par le patient et son entourage, ou éventuellement avec le soutien d'un réseau de soins à domicile.

Bien qu'une durée de l'intervention de plus d'une heure, et a fortiori de plus de trois heures soit considérée dans la littérature comme pouvant être un élément prédictif des admissions non programmées, les professionnels de santé estiment qu'il ne s'agit pas d'un critère d'éligibilité mais d'un élément important à prendre en compte de façon à ce que la durée soit compatible avec la sortie du patient le jour de son intervention. Il s'agit donc d'une question de programmation de l'intervention afin de garantir que le temps de surveillance postopératoire sera suffisant avant la sortie du patient. La bilatéralité est un critère non cité dans la littérature mais selon les professionnels de santé, son appréciation est importante à prendre en considération en termes d'anesthésie, d'autonomie et de capacité fonctionnelle du patient.

L'évaluation des critères liés au patient comprend aussi bien son profil à risque médical, ses comorbidités et traitements en cours que son environnement psychosocial.

Le partage d'informations avec le médecin traitant ou les équipes qui prennent en charge le patient le cas échéant est indispensable d'une part pour avoir une bonne connaissance de situations médicales particulières mais également pour ajuster la gestion péri- et postopératoire.

Concernant les différentes comorbidités, la stabilité de l'état clinique constitue l'argument décisionnel majeur. L'intervention étant programmée, cette condition n'est en général pas un élément bloquant.

La gestion de la plupart des traitements courants du patient ne justifie pas une hospitalisation conventionnelle. Ils sont généralement pris normalement le jour de l'intervention en chirurgie ambulatoire. Néanmoins, une adaptation péri-opératoire ou une gestion spécifique notamment pour les antidiabétiques oraux et insuline, ainsi que pour les anti-thrombotiques peut être nécessaire. Cette gestion peut être anticipée et planifiée lors de la consultation initiale.

Le référentiel élaboré par la SFAR sur la gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux, bien que non spécifique à la chirurgie ambulatoire, pourrait être utilisé.³⁴

Les situations pour lesquelles existe une consommation de substances illicites, d'alcool ou de médicaments détournés doivent être identifiées car elles posent, selon les professionnels de santé, des problèmes de gestion péri-opératoire. Il est important d'évaluer les risques de problèmes d'adhésion au projet thérapeutique et de bien définir la gestion périopératoire. Les patients doivent être bien informés des risques liés à la consommation des substances illicites 24 heures avant une anesthésie générale. La procédure doit être décalée, notamment pour les patients en intoxication aiguë le jour de l'intervention. En ce qui concerne l'exposition au tabac, il existe une divergence des données de la littérature concernant le délai à préconiser entre l'arrêt de tabac et le jour de

³⁴ http://www.sfar.org/_docs/articles/150-rfe_ttsdm09.pdf, consulté le 07/03/2014

l'intervention. Pour les professionnels de santé, l'appréciation du retentissement du tabac est le plus important à évaluer.

Trois éléments particuliers sont à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire : le risque d'accidents thromboemboliques veineux, de nausées et vomissements postopératoires et de douleur notamment postopératoire. Il est important de les apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée. Les patients à risque doivent être bien évalués en préopératoire, l'existence d'un antécédent n'est pas un facteur d'exclusion mais doit être prise en compte pour adapter la stratégie de prévention.

Quelques spécificités liées à l'âge (pédiatrie et gériatrie) ont été mises en évidence :

L'âge n'est pas un facteur d'exclusion à condition d'avoir une équipe médicale expérimentée, les ressources appropriées et les locaux adaptés à la prise en charge pédiatrique. L'hospitalisation ambulatoire est à privilégier en pédiatrie dès que les conditions de sa réalisation sont réunies notamment le retour et la surveillance à domicile en toute sécurité. Des recommandations françaises existent quant à l'âge minimum d'éligibilité des nourrissons, mais les professionnels de santé considèrent que l'âge limite doit être fixé en fonction de la structure en tenant compte de l'expérience de l'anesthésiste, de sa spécialisation et de l'actualisation de ses connaissances.

De même, les patients âgés ne devraient pas être exclus d'office. En gériatrie, le plus important est d'évaluer l'âge physiologique et l'âge clinique ainsi que les antécédents et l'environnement du patient. Peu d'études sont toutefois disponibles sur les patients d'âge extrême (> 85 ans). Le patient gériatrique avec la fréquence de la polypathologie justifie une approche globale et continue, reposant sur la gestion des comorbidités et celle de la « complexité » des aspects à la fois médicaux, psychologiques, sociaux et environnementaux. L'évaluation gérontologique standardisée (EGS) pourrait être utile dans certains cas car elle permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions et permet ainsi l'évaluation globale de la personne âgée et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi. Les troubles cognitifs sont souvent préexistants et compensés par l'entourage, et l'intervention ainsi que l'hospitalisation peuvent entraîner une déstabilisation. Il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes. Il est donc important de dépister les troubles cognitifs en amont. L'information devrait être délivrée de manière adaptée, en tenant compte des difficultés d'audition et de cognition et en s'appuyant sur l'accompagnant tout au long du parcours de soins, depuis la consultation jusqu'au retour à domicile.

En ce qui concerne les critères sociaux, l'accompagnement du patient par un tiers lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire est un principe unanimement retenu. Il est de plus recommandé que le patient ne conduise pas de véhicule. En pédiatrie spécifiquement, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie d'un enfant de moins de 10 ans pris en charge en chirurgie ambulatoire, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Par ailleurs, les données de la littérature n'ont pas permis de faire une conclusion concernant le besoin d'une présence de façon permanente de l'accompagnant au lieu de résidence du patient dans les premières 24 heures postopératoires. Selon les professionnels de santé, cette exigence dépend du couple acte-patient. Il a été suggéré de mettre en place une liste des interventions qui nécessitent la présence permanente d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention. Cette liste doit être adaptée localement et permet d'éviter les décisions au fil de l'eau. Bien entendu, si sa présence s'avère indispensable, l'accompagnant doit être informé de son rôle. Ce terme « accompagnant » désigne la ou les personnes de l'entourage du patient, sans distinction, qui accompagne(nt) le patient tout au long de sa prise en charge. Il est important de préciser que l'accompagnant n'est pas obligatoirement la personne de confiance telle que définie par la loi. Spécifiquement en gériatrie, le rôle particulièrement important de l'accompagnant a été souligné. Les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social et/ou de l'équipe mobile de gériatrie.

Il n'existe aucune donnée d'évidence pour empêcher les longs trajets immédiatement après une chirurgie ambulatoire. Les professionnels de santé estiment que la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient. L'accès à un lieu de soins approprié à partir du lieu de résidence postopératoire dans les conditions normales de circulation (c'est-à-dire en dehors des conditions extrêmes de circulation, météorologiques ou autres) est l'élément majeur. Le patient doit obligatoirement avoir reçu toutes les informations nécessaires.

L'accès à un téléphone est recommandé dans le lieu de résidence postopératoire du patient pour lui permettre de demander de l'aide d'urgence si besoin. Par ailleurs, selon les données de la littérature, un minimum de confort adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte) est recommandé pour permettre un rétablissement adéquat. Les professionnels de santé soulignent que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires est très difficile à apprécier. Il a été suggéré que lors de l'évaluation initiale et/ou lors de l'appel de la veille, les aspects relatifs à l'aménagement du domicile du patient soient discutés (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité tient compte de cet environnement. L'anticipation des solutions alternatives est primordiale.

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure. Comme précisé précédemment, le partage d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville est important aussi bien en pré- qu'en postopératoire. Les professionnels de santé insistent sur le besoin de renforcer ce lien. Ainsi, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant. Plusieurs pistes ont été évoquées par les professionnels de santé pour assurer le suivi du patient notamment l'appel du lendemain, l'utilisation d'autres moyens de communication (Internet, télémedecine) et même une visite par les professionnels de santé de ville dans certains cas (médecin traitant, IDE libéraux, kinésithérapeute, etc.). Il est proposé également de s'appuyer sur le tissu des infirmières libérales qui auraient un maillage territorial très serré et qui assureraient une continuité de soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Par ailleurs, il est important de préciser que selon l'article D. 6124-304 du Code de la santé publique, dans le cas où la structure de chirurgie ambulatoire ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé.

Enfin, selon les données de la littérature, l'hôtel-patient pourrait éventuellement être une solution alternative quand des critères sociaux et/ou environnementaux ne sont pas remplis. Selon les professionnels de santé, tout hôtel pourrait convenir s'il se trouve à proximité de l'hôpital, créer un hôtel-patient n'est pas forcément utile.

L'analyse a montré le faible niveau de preuve des données de la littérature même si les documents sont convergents sur plusieurs critères. Par ailleurs, la position des professionnels dans un groupe de travail pluridisciplinaire et l'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes de ces données issues de la littérature, reflètent la pratique française. Force est de constater que les éléments pour apprécier l'éligibilité des patients dans les autres pays ne diffèrent pas de ceux utilisés en France actuellement à l'exception de quelques réglementations françaises spécifiques.

Conclusion et perspectives

► Conclusion

L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but n'est pas d'élaborer des recommandations de bonne pratique mais de fournir aux professionnels de santé les éléments-clés et les questions à soulever pour les aider à définir les modalités de prise en charge.

La chirurgie ambulatoire doit être en effet approchée comme une chirurgie de première intention, il est important lors de l'évaluation du patient que les professionnels de santé s'interrogent sur ce qui motiverait l'hospitalisation conventionnelle et non sur ce qui motive la prise en charge ambulatoire.

L'analyse des données de la littérature, de niveau de preuve peu élevé mais convergentes sur plusieurs critères, la position argumentée du groupe de travail et la relecture par les parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers) ont permis de constater que les éléments pour apprécier l'éligibilité des patients dans les autres pays ne diffèrent pas de ceux utilisés en France actuellement à l'exception de quelques réglementations françaises spécifiques.

Les points clés

- L'organisation de la chirurgie ambulatoire est encadrée par des textes législatifs et réglementaires. Toutefois, il n'existe pas de disposition spécifique portant notamment sur la responsabilité des médecins, le secret professionnel, le consentement ou sur l'accompagnant. Les règles de droit commun s'appliquent. Les règles applicables sont les mêmes qu'en hospitalisation complète.
- L'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépend de l'évaluation préopératoire précoce faite par un anesthésiste et un chirurgien.
- L'approche au cas par cas doit tenir compte du triptyque structure-acte-patient.
- La décision est basée sur l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient.
- En présence de comorbidités, la stabilité de l'état clinique du patient constitue l'argument décisionnel majeur. Il est important de bien s'assurer que le patient ait une bonne compréhension de sa pathologie et de la gestion de ses traitements habituels.
- Une information claire et adaptée à chaque patient (et particulièrement adaptée aux patients non francophones, aux mineurs, aux majeurs sous tutelles, aux patients atteints de trouble de jugement) est obligatoire.
- De la qualité de cette information dépendent la compréhension du patient et de son entourage de ce mode de prise en charge, et leur compliance aux consignes pré- et postopératoires.
- Le patient participe à la prise de décision qui se fait en colloque singulier avec lui et/ou son représentant légal.
- Le refus du patient du mode de prise en charge en ambulatoire est un critère de non-éligibilité sans que cela ait une conséquence sur sa prise en charge médicale.
- Il est impératif d'anticiper, dès la consultation préopératoire, la sortie du patient aussi bien au point de vue médical qu'en matière d'hébergement postopératoire.
- L'échange d'informations notamment avec les professionnels de santé de ville ou les unités spécialisées qui suivent le patient, est un élément important aussi bien en amont qu'en aval de l'intervention.

- Les mots d'ordre en matière de chirurgie ambulatoire sont l'anticipation et l'organisation qui sont les garants d'une prise en charge de qualité sans exposer le patient à des risques prévisibles.
- Le plus important est de rechercher les éléments qui motiveraient une prise en charge en hospitalisation conventionnelle et non ce qui motive la prise en charge en ambulatoire.

► Perspectives

Quelques points ont été évoqués notamment par les parties prenantes.

Le rôle important des professionnels de santé de ville (notamment médecins, infirmiers, kinésithérapeute de ville) questionne sur leur besoin en formation des spécificités liées à la prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Selon le Conseil national professionnel d'anesthésie - réanimation (CNPAR), le relais hôpital-ville peut s'envisager sous plusieurs formes. La télémédecine pourrait être une des pistes à explorer.

L'autre solution serait l'implication des réseaux de soins infirmiers à domicile. Ainsi, selon la Fédération nationale des infirmiers (FNI), il serait opportun de s'appuyer sur le tissu des infirmières libérales qui ont un maillage territorial très serré et qui assurent une continuité de soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire

- **Éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire : critères médicaux, chirurgicaux et critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux**

Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (National Library of Medicine, États-Unis) ;
- The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis) ;
- BDSP (Banque de données en santé publique) ;
- National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis) ;
- HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Sélection des patients		Période	Nombres de références
Étape 1	"Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh] OR "Surgicenters"[Mesh] OR (Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery)[title]	01/1990-04/2013	
ET			
Étape 2	"Patient Selection"[Mesh] OR "Eligibility Determination"[Mesh] Or patient selection Or patient eligibility OR screening Or suitable Or patient characteristics OR [(test* or assessment or evaluation) AND (pre admission Or preoperative)][title]		246
Aspects environnementaux		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Étape 3	"Aftercare"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Planning"[Mesh:NoExp] OR "Social environment"[Mesh:NoExp] OR "Population Characteristics"[Mesh:NoExp] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh:NoExp] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh:NoExp] OR "Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR "Family Practice"[Mesh:NoExp] OR "General Practitioners"[Mesh:NoExp] OR "Physicians, Family"[Mesh:NoExp] OR "Home Care Services"[Mesh:NoExp] OR "Home Health Aides"[Mesh:NoExp] OR "Home Nursing"[Mesh:NoExp] OR "Healthcare Disparities"[Mesh:NoExp] OR "Telemedicine"[Mesh:NoExp] OR "Social Support"[Mesh:NoExp] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR (recovery hotel OR "hospital hotel*" OR "patient hotel*" OR hotel* OR housing* OR boarding* OR accommodation* OR lodging OR "discharge location*" OR "transit location*" OR medihotel* OR medi motel* OR hospital home distance OR limited care accomodation facilities)(title, résumé)		258
Aspects psychosociaux		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 4	"Patient Participation"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh] OR "Choice Behavior"[Mesh] OR "Patient Education Handout" [Publication Type] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Health Literacy"[Mesh] OR "Patient Rights"[Mesh] OR "Parents"[Mesh] OR "Family"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Comprehension"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Telephone"[Mesh] OR (choice OR preference OR educat* or information or call) [titre]		242
Pertinence des durées de séjours ou des hospitalisations en chirurgie		01/1990-04/2013	
Étape 5	"Utilization Review"[Mesh:NoExp] OR "Health Services Misuse"[Mesh] or appropriate or inappropriate Or overuse Or misuse Or underuse [titre]AND ("Length of Stay"[Mesh] OR "Hospitalization"[Majr:NoExp] OR hospital stay Or lenght stay [titre]AND ("Surgical Procedures, Operative"[Mesh] Or surgery or surgical [titre, résumé])		90
Apnée du sommeil		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 6	"Sleep Apnea Syndromes"[Mesh] Or sleep apnea[title]		47
Maladies rénales		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Étape 7	"Kidney Diseases"[Mesh] Or renal Or kidney[title]		39
Obésité		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 8	"Obesity"[Mesh] Or obes*[title]		64
Infections des voies respiratoires		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 9	"Respiratory Tract Infections"[Mesh] OR upper Respiratory Infection[title]		41
Hyperthermie		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 10	"Fever"[Mesh] Or Fever Or hyperthermia [title]		11
Hypertension		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 11	"Hypertension"[Mesh] Or hypertens*[title]		9
Maladies cardiaques		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 12	"Heart Diseases"[Mesh] OR cardiac OR heart [title]		102
Maladies hépatiques		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 13	"Liver Diseases"[Mesh] Or hepatit* Or liver [title]		9
Epilepsie		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 14	"Epilepsy"[Mesh] Or epilepsy*[title]		8
Diabète		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 15	"Diabetes Mellitus"[Mesh] Or diabet*[title]		28

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Asthme et BPCO		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 16	"Asthma"[Mesh] Or "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh] Or COPD Or asthma* [title]		4
Critères ASA		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 17	"Anesthesiology/classification"[Mesh] OR ASA Physical Status Classification OR ASA grade[title/abstract]		29
Anticoagulants		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 18	"Anticoagulants"[Mesh] Or Anticoagulant*[title]		42
Monoamine		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 19	"Monoamine Oxidase Inhibitors"[Mesh]		1
Consommation d'alcool		01/1990-04/2013	
Étape 1			
ET			
Étape 20	"Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR Alcohol[title]		12
Appropriateness Evaluation Protocol		01/1990-04/2013	
Étape 21	Appropriateness Evaluation Protocol [full text]		189

Nombre total de références obtenues 1 421

Sommaires des revues

En complément, les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés tout au long du projet :

- *Annals of Internal Medicine* ;
- *Archives of Internal Medicine* ;
- *British Medical Journal, Canadian* ;
- *Medical Association Journal* ;
- *JAMA* ;
- *Lancet* ;
- *New England Journal of Medicine* ;
- *Presse Médicale* ;
- *Surgery* ;
- *Journal of Ambulatory Surgery*.

Bibliographies des articles

La bibliographie des articles étudiés a été exploitée.

Littérature grise

Une recherche spécifique de littérature grise sur les « *Medihotel* » a été effectuée en utilisant les expressions suivantes (*recovery hotel OR "hospital hotel*" OR "patient hotel*" OR medihotel* OR medi motel* OR limited care accomodation facilities*).

Sites Internet

Les sites Internet internationaux des sociétés de chirurgie ambulatoire, des sociétés savantes de chirurgie générale ou spécialisée, et des autorités administratives ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement.

Organismes	URL
Adelaide Health Technology Assessment	http://www.adelaide.edu.au/ahta/
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña	http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/Du8/index.html
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia	http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538
Agency for Healthcare Research and Quality	http://www.ahrq.gov/
Agency for Healthcare Research and Quality /National Quality Measures Clearinghouse	http://qualitymeasures.ahrq.gov/
Agency for Healthcare Research and Quality /Patient Safety Network	http://psnet.ahrq.gov/
Alberta Heritage Foundation for Medical Research	http://www.rso.ualberta.ca/ahfmr.cfm
Ambulatory Surgery Center Association	http://www.ascassociation.org/Home/
American Academy of Ophthalmology	www.aao.org/
American College of Physicians	http://www.acponline.org/
American College of Surgeons	http://www.facs.org/
American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	http://www.aaaasf.org/
American Medical Association	http://www.ama-assn.org/
American Society of Anesthesiologists	http://www.asahq.org/
Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)	http://www.asecma.org/
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	http://www.fascrs.org/physicians/
Association française de chirurgie ambulatoire	http://www.chirurgie-ambulatoire.org/
Association française de pédiatrie ambulatoire	http://www.afpa.org/
Association des anesthésistes-réanimateurs d'expression française	http://www.adarpef.org/
Association belge pour la chirurgie ambulatoire	http://www.baas.be/fr/node/50
Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland	http://www.apagbi.org.uk/
Australian Day Hospital Association	http://www.adha.asn.au/

Organismes	URL
<i>Australian Day Surgery Nurses Association</i>	http://www.adsna.info/
<i>Australian Government - Department of Health and Ageing</i>	http://www.health.gov.au/
<i>Blue Cross Blue Shield Association - Technology Evaluation Center</i>	http://www.bcbs.com/
Bibliothèque médicale Lemanissier	http://www.bmlweb.org/
<i>British Association of Day Surgery</i>	http://daysurgeryuk.net/en/home/
<i>British Association of Paediatric Surgeons</i>	http://www.baps.org.uk/
<i>British Society of Gastroenterology</i>	http://www.bsg.org.uk/
<i>Canadian Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities</i>	http://caaaaf.org/
<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>	http://cadth.ca/
<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	http://www.cdc.gov/
<i>California Technology Assessment Forum</i>	http://www.ctaf.org/
<i>Canadian Anesthesiologists' Society</i>	http://www.cas.ca/
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	https://kce.fgov.be/fr
CISMeF	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
CMAInfobase	http://www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm
Collège des médecins du Québec	http://www.cmq.org/
<i>College of Physicians and Surgeons of Ontario</i>	http://www.cpso.on.ca/
<i>Cochrane Library Database</i>	http://www.cochrane.org/
Collège français des anesthésistes et réanimateurs	http://www.cfar.org/
<i>Centre for Review and Dissemination databases</i>	http://www.york.ac.uk/inst/crd/
<i>Danish Association of Day Surgery</i>	http://www.dsdk.dk/
<i>DaySafe</i>	http://www.daysafe.eu/
<i>Department of Health (UK)</i>	http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
<i>Dutch Association of Day Care & Short Stay</i>	http://www.nvdk.nl/
<i>ECRI Institute</i>	http://www.ecri.org/
Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision	http://www.etsad.fr/etsad/index.php
<i>European Society of Anaesthesiology</i>	http://www.euroanesthesia.org/
<i>European Society of Gastrointestinal Endoscopy</i>	www.esge.com/
<i>Euroscan</i>	http://euroscan.org.uk/
Fédération hospitalière de France	http://www.fhf.fr/
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne	http://www.fehap.fr/
<i>German Association for Ambulatory Surgery</i>	http://www.operieren.de/
GIN (Guidelines International Network)	http://www.g-i-n.net/

Organismes	URL
Haute Autorité de Santé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
Health and Safety Commission	http://www.hse.gov.uk/
Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery	http://www.sicads.com/
King's Fund	http://www.kingsfund.org.uk/
Horizon Scanning	http://www.horizonscanning.gov.au/
Institute for Clinical Systems Improvement	http://www.icsi.org/
International Association for Ambulatory Surgery	http://www.iaas-med.com/
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	http://www.inesss.qc.ca/
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
Iowa Healthcare Collaborative	http://www.ihconline.org/
Journées d'enseignement post-universitaire d'anesthésie réanimation	http://www.jepu.net/
Ministère des Affaires sociales et de la Santé	http://www.sante.gouv.fr/
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	http://www.msps.es/en/home.htm
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	http://www.hta.ac.uk/
National Horizon Scanning Centre	http://www.nhsc-healthhorizons.org.uk/
National Health and Medical Research Council	http://www.nhmrc.gov.au/
National Institute for Health and Care Excellence	http://www.nice.org.uk/
National Institutes of Health	http://consensus.nih.gov/
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz/
Norwegian Day Surgery Association (NORDAF)	http://www.nordaf.no/
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA	http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste02/es/contenidos/informacion/osteoba_presentacion/es_osteoba_presentacion.html
Ontario Health Technology Advisory Committee	http://www.hqontario.ca/en/mas/ohtac_home.html
Patient Safety Institute	http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/Pages/default.aspx
Portuguese Association of Ambulatory Surgery (APCA)	www.apca.com.pt
RAND Corporation	http://www.rand.org/topics/health-and-health-care.html
Royal Australasian College of Surgeons	http://www.surgeons.org/
Royal College of Anaesthetists	http://www.rcoa.ac.uk/
Royal College of Ophthalmologists	http://www.rcophth.ac.uk/
Royal College of Nursing	http://www.rcn.org.uk/
Santé Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php

Organismes	URL
<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	http://www.sign.ac.uk/
<i>Singapore Ministry of Health</i>	http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
Société française de pédiatrie	http://www.sfpediatric.com/
Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique	http://www.sofcot.fr/
Société française d'ophtalmologie	http://www.sfo.asso.fr/
Société française d'anesthésie et de réanimation	http://www.sfar.org/accueil/
Société française d'endoscopie digestive	http://www.sfed.org/
Société nationale française de gastroentérologie	http://www.snfge.org/
<i>Society for Ambulatory Anesthesia</i>	http://www.sambahq.org/
<i>Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons</i>	http://www.sages.org/
<i>Society for Pediatric Anesthesia</i>	http://www.pedsanesthesia.org/
<i>Tripdatabase</i>	http://www.tripdatabase.com/
<i>West Midlands Health Technology Assessment Collaboration</i>	http://www.wmhtac.bham.ac.uk/
<i>World Federation of Societies of Anaesthesiologists</i>	http://www.anaesthesiologists.org/
<i>World Health Organization</i>	http://www.who.int/en/

Bases de données sociologiques

Les bases de données suivantes ont été consultées mais aucune référence n'a pu être identifiée :

- *Social Scisearch* ;
- Cairn ;
- Persée.

Annexe 2. Niveau d'évidence et gradation de conclusions utilisées dans les recommandations sélectionnées

Les niveaux de preuve

- le SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) 2008 : niveau de preuve utilisé par l'*European Society of Anaesthesiology* (20), par la *Society for Ambulatory Anesthesia* (51) et par Joshi *et al.* (52) ;

Niveau d'évidence	Description
1++	Méta-analyses de qualité élevée, revues systématiques d'essais contrôlés randomisés, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais très faible.
1+	Méta-analyses bien menées, revues systématiques, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais faible.
1-	Méta-analyses, revues systématiques, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais élevé.
2++	Revue systématique de qualité élevée d'études cas-témoins ou d'études de cohortes. Études cas-témoins ou études de cohortes avec un faible risque d'effet de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité élevée que la relation est causale.
2+	Études cas-témoins ou études de cohortes bien menées avec un faible risque d'effet de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité modérée que la relation est causale.
2-	Études cas-témoins ou études de cohortes avec un risque élevé d'effet de facteurs de confusion ou de biais et un risque significatif que la relation ne soit pas causale.
3	Études non analytiques, par exemple séries de cas.
4	Opinion d'experts.

(Source : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique, (85))

- niveaux de preuve utilisés par l'*American Society of Plastic Surgeons* (19) et par Haeck *et al.* (50) ;

Niveau d'évidence	Description
I	Étude de haute qualité, mono- ou multicentrique, randomisée contrôlée de puissance suffisante, ou revue systématique de ces études.
II	Étude de moindre qualité, étude contrôlée et randomisée, cohorte prospective ou étude comparative, ou revue systématique de ces études.
III	Cohorte rétrospective ou étude comparative ; étude cas-témoin ; ou revue systématique de ces études.
IV	Série de cas avec pré/post-test ; ou uniquement de post test.
V	Avis d'experts ; rapport de cas ou cas clinique ; preuve fondée sur la physiologie, la recherche en laboratoire ou « premiers principes ».

La gradation des recommandations

- gradation des recommandations d'après le SIGN 2008 : utilisée par l'*European Society of Anaesthesiology* (51) ;

Grade	Description
A	Au moins une méta-analyse, une revue systématique, ou un essai contrôlé randomisé coté 1++, et directement applicable à la population cible ; ou un ensemble de données scientifiques composé principalement d'études cotées 1+, directement applicable à la population cible, démontrant une homogénéité globale des résultats.

Grade	Description
B	Un ensemble de données scientifiques incluant des études cotées 2++, directement applicable à la population cible, et démontrant une homogénéité globale des résultats ; ou données scientifiques extrapolées d'études cotées 1++ ou 1+.
C	Un ensemble de données scientifiques incluant des études cotées 2+, directement applicable à la population cible et démontrant une homogénéité globale des résultats ; ou données scientifiques extrapolées d'études cotées 2++.
D	Niveau de preuve 3 ou 4 ; ou données scientifiques extrapolées d'études cotées 2+.

(Source : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique, (85))

- gradation des recommandations utilisée par l'*American Society of Plastic Surgeons* (19) et par Haeck et al. (50) ;

Grade	Description	Implications dans la pratique
A : Recommandation forte	Niveau d'évidence I ou des résultats cohérents à partir de plusieurs études de niveau II, III ou IV.	Les cliniciens devraient suivre une recommandation forte sauf justification claire et convaincante pour une approche alternative.
B : Recommandation	Niveau d'évidence II, III ou IV et les résultats sont généralement cohérents entre eux.	Les cliniciens devraient suivre la recommandation, mais doivent rester attentifs aux nouvelles informations et sensibles à la préférence du patient.
C : Option	Niveau d'évidence II, III ou IV, mais les conclusions sont incompatibles.	Les cliniciens devraient être flexibles dans leur prise de décision concernant la pratique appropriée et sur les approches alternatives ; la préférence du patient devrait avoir un rôle important.
D : Option	Niveau d'évidence : peu ou pas de preuve empirique systématique.	Les cliniciens devraient envisager toutes les options dans leur prise de décision et être à l'affût de nouvelles preuves publiées qui clarifient l'équilibre entre les bénéfices et les risques ; la préférence du patient devrait avoir un rôle important.

- gradation des recommandations utilisée par la Société française d'anesthésie et de réanimation (22).

Cette conférence d'experts a pour mission de déterminer la prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Le système choisi de cotation des recommandations est le système GRADE (86).

Les niveaux de preuve sont pondérés par la balance bénéfices/risques. Les recommandations sont intégrées au texte de la façon suivante :

G 1+ = il faut faire ;

G 2+ = il faut probablement faire ;

G 1- = il ne faut pas faire ;

G 2- = il ne faut probablement pas faire.

Annexe 3. Tableau d'analyse des recommandations avec la grille AGREE II

Tableau 7. Analyse des recommandations avec la grille AGREE II

ITEMS Score (%)	SFAR, 2009 (17)	ADARPEF, 2008 (23)	Australian Day Surgery Nurses Associatio n, 2009 (26)	Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008 (24)	European Society of Anaesthesi ology, 2011 (20)	Société française d'oto-rhino- laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	American Society of Plastic Surgeons , 2011 (19)	SFAR, 2008 (25)	SFAR, 2007 (22)	Society for Ambulator y Anesthesia, 2010 (29)	AFU, 2013 (18)
Champ & objectifs	100	94,44	100,00	100	100	100	100	100	100	100	100
Participation des groupes concernés	61,11	94,44	66,67	66,67	61,11	61,11	55,56	61,11	61,11	55,56	94,44
Rigueur d'élaboration	56,25	81,25	0,00	27,08	91,67	25,00	62,50	Plusieurs données manquantes, texte court	Plusieurs données manquantes, texte court	70,83	75,00
Clarté & présentation	100	94,44	100,00	100	100	100	100	100	100	83,33	100
Applicabilité	50	54,17	25,00	0	25,00	50	41,67	25,00	25,00	4,17	79,17
Indépendance éditoriale	0	100	0	33,33	66,67	50	0	0	0	0	33,33

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

ITEMS Score (%)	SFAR, 2009 (17)	ADARPEF, 2008 (23)	Australian Day Surgery Nurses Associatio n, 2009 (26)	Spain Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008 (24)	European Society of Anaesthesi ology, 2011 (20)	Société française d'oto-rhino- laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, 2010 (28)	American Society of Plastic Surgeons , 2011 (19)	SFAR, 2008 (25)	SFAR, 2007 (22)	Society for Ambulator y Anesthesia, 2010 (29)	AFU, 2013 (18)
Évaluation générale : recommanda tion de l'utilisation	Oui, avec certaines modificati ons (plus de précision sur l'indépen dance éditoriale et sur certains points d'élabora tion).	Oui	Pas de précision sur élaboration et indépenda nce éditoriale : recomman dations assimilées à des avis d'experts.	Recommand ations dont l'objectif n'est pas seulement de déterminer les critères d'éligibilité des patients mais traite plus d'autres sujets non étudiés dans ce travail. Utilisation recommandé e avec certaines précisions.	Oui, avec certaines modificatio ns (notammen t sur l'applicabili té).	Oui, avec certaines modifications (plus de précisions sur l'élaboration: stratégie de recherche bibliographiq ue et analyse critique de la littérature).	Oui, avec certaines modificati ons (précisio n sur indépend ance éditoriale).	Évaluation générale non faite car seul le texte court (recommandation s finales) est la synthèse de la réflexion commune des experts. Il n' existe donc pas assez de précisions pour faire l'évaluation avec grille AGREE II. Les textes longs correspondent au fruit du travail exhaustif de chaque expert ou groupe d'experts mais ne reflètent pas l'avis commun des experts.	Évaluation générale non faite car seul le texte court est disponible. Il n'existe donc pas assez de précisions pour faire l'évaluation avec grille AGREE II. Assimilée à des avis d'experts.	Oui, avec certaines modificatio ns (notammen t sur l'applicabili té et l'indépend ance éditoriale).	Oui avec certain es modific ations (plus de précisio n sur la gestion des conflits d'intérê ts notam ment).

(21) : évaluation générale non faite car élaboration à partir de recommandations de plusieurs sociétés savantes de disciplines différentes, pas de méthode renseignée.

(27) : évaluation générale non faite car méthode non renseignée.

(30) : évaluation générale non faite car méthode non renseignée : consensus d'experts.

(31, 32) : évaluation générale non faite car méthode non renseignée, assimilée à des recommandations de grade « avis d'expert ».

Annexe 4. Grille AMSTAR et résultats des analyses des revues systématiques de la littérature sélectionnées

Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques et méta-analyses en évaluant les onze critères suivants :

Tableau 8. Grille AMSTAR

	Questions	Réponses
1	A-t-on fourni un plan « a priori » ? La question à l'étude et les critères d'inclusion devraient être établis avant l'exécution de l'examen systématique.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
2	Existait-il un double moyen de choisir le sujet d'analyse et d'extraire les données ? Il devrait exister au moins deux extracteurs de données indépendants et un mécanisme pour arriver à un consensus dans les cas de divergences.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
3	A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? La recherche devrait porter sur au moins deux sources électroniques. Le rapport doit inclure les années et les bases de données utilisées (exemple : Central, EMBASE et MEDLINE). Les auteurs doivent fournir les mots clés et/ou les termes de la chaîne utilisés et, lorsque cela est possible, la stratégie de recherche. Toutes les recherches doivent être complétées par une consultation des contenus courants, des revues, des manuels, de registres spécialisés ou de spécialistes du domaine à l'étude, et par une revue des références contenues dans les études.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
4	La nature d'une publication (exemple : littérature grise) a-t-elle servi de critère d'inclusion ? Les auteurs devraient déclarer qu'ils ont cherché des rapports d'études sans égard au type de publication. Ils devraient aussi dire s'ils ont exclu des rapports à cause de la nature de la publication, de sa langue, etc.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
5	Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues. Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
6	Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Présentées sous une forme condensée comme un tableau, les données de l'étude originale devraient inclure les participants, les interventions et les résultats. L'étude devrait rendre compte des différentes caractéristiques de toutes les études analysées (exemple : âge, race, sexe, données socio-économiques pertinentes, état de la maladie, durée, sévérité ou autres maladies).	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
7	La qualité scientifique des études incluses dans l'examen a-t-elle été analysée et documentée ? Les méthodes d'évaluation <i>a priori</i> devraient être fournies (pour les études d'efficacité si l'auteur a choisi de n'inclure que les études aléatoires, les essais à double insu, les essais comparatifs avec placebo, ou l'allocation dissimulée utilisée comme critère d'inclusion) ; pour d'autres types d'études, des éléments différents pourront être pertinents.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet

	Questions	Réponses
8	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été utilisée de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Les résultats au chapitre de la rigueur méthodologique et de la qualité scientifique devraient être pris en compte dans l'analyse et les conclusions de l'examen systématique, et devraient être mentionnés explicitement dans la formulation des recommandations.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
9	Les méthodes de groupement des résultats des études étaient-elles appropriées ? Lorsqu'on regroupe des résultats, on devrait d'abord vérifier si les études sont combinables en appliquant un test d'homogénéité (par exemple, le test I^2 qui détermine l'homogénéité des données). S'il existe de l'hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle d'analyse des effets aléatoires et/ou considérer la pertinence de regrouper les résultats des études (est-il approprié de les regrouper ?).	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
10	A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? L'analyse d'un biais de publication devrait inclure des représentations graphiques (par exemple, graphique en entonnoir ou autres tests disponibles) et/ou des analyses statistiques (par exemple : le test de régression d'egger).	Oui Non Ne peut répondre Sans objet
11	A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Les sources potentielles de soutien devraient être clairement reconnues dans les examens systématiques et dans les études incluses dans ces examens.	Oui Non Ne peut répondre Sans objet

D'après la grille publiée par le CCNMO (Centre de collaboration nationale des méthodes et outils), dernière mise à jour le 27 mars 2012.
<http://www.nccmt.ca/index-fra.html>

Grille AMSTAR : évaluation des deux revues systématiques de la littérature réalisées par Bryson et al. : "Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review: part I and part II" (48, 49)

- A-t-on fourni un plan « a priori » ? Oui.
- Existait-il un double moyen de choisir le sujet d'analyse et d'extraire les données ? Oui, partiellement.
- A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? Non, que sur Medline.
- La nature d'une publication (exemple : littérature grise) a-t-elle servi de critère d'inclusion ? Non.
- Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues : les études incluses : oui, les études exclues : non.
- Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Sans objet.
- La qualité scientifique des études incluses dans l'examen a-t-elle été analysée et documentée ? Oui.
- La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été utilisée de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Oui.
- Les méthodes de groupement des résultats des études étaient-elles appropriées ? Sans objet.
- A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? Non.
- A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Non.

Bien que certains critères soient remplis, les limites méthodologiques ne permettent pas d'attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.

Grille AMSTAR : évaluation de la revue systématique réalisée par Haeck et al. : "Evidence-based patient safety advisory: patient assessment and prevention of pulmonary side effects in surgery. Part 1. Obstructive sleep apnea and obstructive lung disease" (50)

- A-t-on fourni un plan « a priori » ? Oui.
- Existait-il un double moyen de choisir le sujet d'analyse et d'extraire les données ? Non renseigné.
- A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? Non renseigné.
- La nature d'une publication (exemple : littérature grise) a-t-elle servi de critère d'inclusion ? Non renseigné.
- Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues : non renseigné.
- Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Non renseigné.
- La qualité scientifique des études incluses dans l'examen a-t-elle été analysée et documentée ? Non renseigné.
- La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été utilisée de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Oui.
- Les méthodes de groupement des résultats des études étaient-elles appropriées ? Sans objet.
- A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? Non renseigné.
- A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Oui.

Quasiment tous les critères ne sont pas renseignés. Les limites méthodologiques ne permettent pas d'attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.

Grille AMSTAR : évaluation de la revue systématique réalisée par Joshi et al. : "Society for Ambulatory Anesthesia Consensus Statement on Preoperative Selection of Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Scheduled for Ambulatory Surgery" (51)

- A-t-on fourni un plan « a priori » ? Oui.
- Existait-il un double moyen de choisir le sujet d'analyse et d'extraire les données ? Oui.
- A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? Oui.
- La nature d'une publication (exemple : littérature grise) a-t-elle servi de critère d'inclusion ? Oui (limite: publication en langue anglaise)
- Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues : oui pour les études incluses, la liste des études exclues n'a pas été fournie mais les causes des exclusions ont été décrites dans le flow chart.
- Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Oui.
- La qualité scientifique des études incluses dans l'examen a-t-elle été analysée et documentée ? Oui.
- La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été utilisée de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Non, pas très précis.
- Les méthodes de groupement des résultats des études étaient-elles appropriées ? Sans objet.
- A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? Non.
- A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Oui.

Seuls deux critères ne sont pas remplis et la recherche bibliographique a été limitée aux publications de langue anglaise. Malgré ces limites méthodologiques, on peut attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.

Grille AMSTAR : évaluation de la revue systématique réalisée par Joshi et al. : "Selection of obese patients undergoing ambulatory surgery: a systematic review of the literature" (52)

- A-t-on fourni un plan « a priori » ? Oui.
- Existait-il un double moyen de choisir le sujet d'analyse et d'extraire les données ? Oui.
- A-t-on effectué une recherche complète dans la littérature ? Oui.

- La nature d'une publication (exemple : littérature grise) a-t-elle servi de critère d'inclusion ? Oui (limite: publication en langue anglaise).
- Les auteurs devraient fournir la liste des études incluses et des études exclues : oui pour les études incluses, la liste des études exclues n'a pas été fournie mais les causes des exclusions ont été décrites dans le flow chart.
- Les auteurs ont-ils fourni une description des caractéristiques des études incluses ? Oui.
- La qualité scientifique des études incluses dans l'examen a-t-elle été analysée et documentée ? Oui.
- La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été utilisée de façon appropriée dans la formulation des conclusions ? Non, pas très précis.
- Les méthodes de groupement des résultats des études étaient-elles appropriées ? Sans objet.
- A-t-on analysé la possibilité d'un biais de publication ? Non.
- A-t-on déclaré les conflits d'intérêts ? Oui.

Seuls deux critères ne sont pas remplis et la recherche bibliographique a été limitée aux publications de langue anglaise. Malgré ces limites méthodologiques, on peut attribuer à cette revue un niveau d'évidence élevé.

Annexe 5. Analyse critique des études observationnelles

Tableau 9. Analyse critiques des études observationnelles sélectionnées

Auteur, année, référence, pays, type	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Limites méthodologiques / niveau de preuve
Ansell et Montgomery, 2004 (54) Royaume-Uni Cas-témoin	Comparer les patients de statut ASA grade III avec ceux de statut ASA I et II (patients pris en charge en chirurgie ambulatoire).	896 ASA III vs 444 ASA I et 453 ASA II. Appariement sur l'année et le type de l'intervention, l'âge et le sexe.	Taux d'admissions non planifiées postopératoires. Critères de jugement secondaires : fréquence des contacts non planifiés avec les professionnels de santé, morbidités mineures.	ASA III vs (ASA I et ASA II) <u>Taux de réponse</u> : 72,5 % vs 73,8 %. <u>Taux d'admissions non planifiées</u> : 2,9 % vs 1,89 % p = 0,16 (NS). <u>Taux de contact non planifié avec les professionnels de santé</u> (médecins généralistes, infirmiers ou urgences) : < 1 % dans les deux groupes, pas de différence significative. <u>Taux de morbidité</u> : Douleur : 26,5 % vs 23,8 % p = 0,44 (NS) ; Somnolence : 1,5 % vs 1,6 % ; Nausée : 1,2 % vs 1,4 % ; Hémorragie/saignement : 8,2 % vs 8,2 %.	Pas de précision sur calcul du nombre de sujets nécessaires : puissance de l'étude indéterminée. Caractéristique des non-répondants non décrites. Niveau de preuve : 3.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays, type	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Limites méthodologiques / niveau de preuve
Davies <i>et al.</i> , 2001 (53) UK Étude comparative avec recueil de données de manière rétrospective	Évaluer le taux d'admissions non planifiées à la suite d'une intervention chirurgicale ambulatoire des patients atteints d'obésité morbide (IMC > 35 kg/m ²)	N = 258. Interventions majoritairement sous anesthésie générale sauf en chirurgie maxillo-faciale (62,5 % sous anesthésie locale).	Taux d'admissions non planifiées des patients obèses avec comparaison de : IMC > 35 kg/m ² vs IMC < 35 kg/m ²	Groupe obésité morbide vs groupe IMC < 35 kg/mm ² <u>Taux d'admissions non planifiées</u> : 3,0 % vs 2,7 % p = 0,98 (NS). <u>Recours aux professionnels de santé</u> (infirmiers libéraux, médecins généralistes, unité chirurgie ambulatoire ou urgences) : 0,01 % vs 0,01 %, p = 0,59 (NS).	Étude comparative avec recueil de données de manière rétrospective. Pas de description de la population de l'étude (âge, comorbidités, type d'intervention (majeure ou mineure) etc.), analyse univariée. Pas de précision sur calcul du nombre de sujets nécessaires : puissance de l'étude indéterminée. Population non répondant au suivi téléphonique le lendemain (30 %) pas décrite. Niveau de preuve : 4.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays, type	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Limites méthodologiques / niveau de preuve
<i>Canadian Anesthesiologists' Society</i>, 2004 (55 410) Canada Enquête, étude descriptive	Décrire la pratique courante des anesthésistes en matière de critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire.	774 réponses des anesthésistes sur 1 337 questionnaires envoyés. Taux de réponse : 57,8 %.	Seuil pour refléter l'opinion majoritaire sur les critères : fixé à > 75 %.	<u>Éligibles pour 75 %</u> : statut ASA III ; angine de poitrine de classe II ; infarctus du myocarde survenant plus de six mois avant l'intervention ; insuffisance cardiaque congestive NYHA classe I ; valvulopathie asymptomatique ; apnée du sommeil, sous anesthésie locale avec sédation ; apnée du sommeil sous anesthésie régionale sans besoin de narcotiques en analgésie postopératoire ; obésité morbide de bas grade (IMC : 35-44kg/mm²) sans complications cardiovasculaires, ni respiratoires ; diabétiques insulino-dépendants. <u>Non éligibles pour 75 %</u> : ASA IV ; infarctus du myocarde survenant moins de six mois précédant l'intervention ; insuffisance cardiaque congestive NYHA classe III ; apnée du sommeil, sous anesthésie générale avec besoin de narcotiques en analgésie postopératoire ; obésité morbide de bas grade (IMC : 35-44kg/mm²) avec complications cardiovasculaires, ni respiratoires ; patients sans accompagnant.	Étude descriptive. Caractéristiques des répondants et non répondants non décrites (âge, niveau d'expérience, activité en pédiatrie, adulte ou mixte, etc.) Questionnaires non validés. Seuil de 75 % fixé de façon arbitraire même si 75 % reste conservateur, limitant les risques. Niveau de preuve : 4.
McCallum <i>et al.</i>, 2000 (56) Australie Comparative, qualitative, multicentrique	Comparer les caractéristiques démographiques, cliniques et sociales des patients >= 70 ans après chirurgie ambulatoire vs hospitalisation conventionnelle.	N = 579 patients (données manquantes : 35 %).	Scores réalisés avec le questionnaire SF-36.	Chirurgie ambulatoire vs hospitalisation conventionnelle. N = 158 vs n = 420. Âge moyen : 74,6 ans vs 78,8 ans (p < 0,01). Pas de différence significative des scores de toutes les huit sous-échelles (activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relation avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique, évolution de la santé perçue) du questionnaire SF-36 entre les deux groupes.	Pas de précision sur les critères d'inclusion des patients dans chaque site, étude comparative non randomisée. Pas de précision sur calcul du nombre de sujets nécessaires : puissance de l'étude indéterminée. Niveau de preuve : 4.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays, type	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Limites méthodologiques / niveau de preuve
Canet <i>et al.</i> , 2003 (57) Multicentrique Multinationale Étude comparative, recueil de données de manière prospective	Évaluer l'incidence des troubles cognitifs postopératoires chez les patients âgés d'au moins 60 ans ayant subi une intervention chirurgicale mineure sous anesthésie générale.	N = 362 patients (puissance de l'étude insuffisante, nombre de sujets nécessaires pas atteint).	Incidence de survenue des troubles cognitifs postopératoires évalués avec des tests en période préopératoire à l'hôpital, sept jours et trois mois post-interventionnels.	Chirurgie ambulatoire vs hospitalisation conventionnelle. <u>Âge moyen</u> : 67,6 ans vs 67,8 ans. <u>Durée moyenne d'anesthésie moins élevée</u> : 48 minutes vs 55 minutes, p = 0,0006. <u>Durée d'intervention</u> : 32,5 minutes (8-95) vs 33,5 minutes (10-138). <u>Sept jours postopératoires</u> : 3,5 % [1,4 - 8,0] vs 9,8 % [5,7 - 15,4] (p = 0,033). <u>30 jours postopératoires</u> : 4,5 % [1,8 - 9,1] vs 8,8 % [4,8 -14,6] (NS).	Calcul du nombre de sujets nécessaires <i>a priori</i> bien précisé, mais manque de puissance : nombre nécessaires prévu pas atteint (362 inclus au lieu des 600 prévus). Étude comparative non randomisée : affectation des patients dans les deux groupes suivant l'habitude de chaque service : possible biais de sélection et effet centre. Niveau de preuve : 4.
Fleisher <i>et al.</i> , 2004 (58) USA Étude descriptive avec recueil de données de manière rétrospective	Décrire les décès, les hospitalisations et les recours aux urgences dans les sept jours postopératoires en fonction du type de structure.	564 267 procédures chirurgicales : 64 % unités de chirurgie ambulatoire situées au sein d'un centre hospitalier ; 31 % dans centres indépendants ; 5 % dans cabinets privés. Patients ≥ 65 ans.	Dans les sept jours postopératoires : . décès, . hospitalisations, . recours aux urgences. Unités de chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital vs centres indépendants.	Unités de chirurgie ambulatoire au sein d'un hôpital vs centres indépendants. Dans les sept jours postopératoires, après ajustement sur l'âge, le sexe, l'origine, les antécédents d'hospitalisation et les comorbidités (nombre / 100 000 procédures) : <u>Décès</u> : 6,2 vs 3,1. <u>Admission à la suite d'une procédure en ambulatoire</u> : 432,7 vs 91,3. <u>Recours aux urgences</u> : 259,1 vs 103,6. (Remarque : données dans les cabinets privés non prises en compte, structure non autorisée en France).	Étude descriptive, données manquantes sur les causes de décès ou d'admissions (liés ou pas aux interventions chirurgicales et/ou au type d'anesthésie). Critères de sélection non disponibles. Codages non fiables d'après les auteurs. Données reportées par les patients : risque possible de sous-estimation. Niveau de preuve : 4.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Auteur, année, référence, pays, type	Objectif de l'étude	Populations	Critères de jugement principal	Résultats	Limites méthodologiques / niveau de preuve
Aldwinckle et Montgomery, 2004 (59) UK Étude descriptive avec recueil de données de manière rétrospective	Évaluer le nombre d'admission à l'hôpital non planifiées chez les patients âgés de plus de 70 ans après une intervention en ambulatoire.	N = 1 647 patients Âge moyen : 78 ans (70-98), sexe masculin : 2,8 % ASA I : 31,6 %, ASA II : 53,9 %, ASA III : 12,5 % 58,8 % sous anesthésie locale, 39,2 % sous anesthésie générale, 1 % sous sédation avec anesthésie locale.	Nombre d'admissions non planifiées après une intervention en ambulatoire.	Type d'intervention : urologie (34,3 %) ; ophtalmologie (21,6 %) ; chirurgie esthétique, douleur aiguë, chirurgie générale, gynécologie, maxillo-faciale, orthopédique, dermatologie et ORL. Taux d'admission : 1,6 % (28/1 647 patients) ; 21 interventions sous anesthésie générale (3,3 %) et sept interventions sous anesthésie locale. Causes des admissions non planifiées : problèmes médicaux ou chirurgicaux (24 patients) : nausée ; vomissements ; difficulté à uriner ; somnolence ; vertige ; besoin de surveillance particulier ; changement de l'intervention ; un bloc de branche cardiaque nécessitant un <i>pacemaker</i> ; problèmes de nature sociale (trois patients) : situation familiale inappropriée. 95 % des patients interrogés très satisfaits de leur séjour en chirurgie ambulatoire (taux de réponse : environ 78 %).	Étude descriptive. Risque de biais de sélection : caractéristiques des patients admis pas précisées (statut ASA, âge, type d'intervention, critères sociaux etc.), ni celles des patients n'ayant pas répondu au questionnaire de satisfaction. Niveau de preuve : 4.

Annexe 6. Classifications ASA, gradation des dyspnées, classification NYHA, score de LEE, score simplifié d'APFEL, score MET, score STOP-BANG

ASA (American Society of Anesthesiologists) Physical Status Classification System : score pour déterminer le statut ASA des patients.

Tableau 10. Classifications ASA

ASA	
Grade I	Patient en bonne santé : sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
Grade II	Patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction. Par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.
Grade III	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité. Par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.
Grade IV	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital. Par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque, etc.).
Grade V	Patient moribond : dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, avec ou sans intervention chirurgicale.

Source : socle de connaissances, HAS 2012 (3).

Tableau de gradation dyspnée

Tableau 11. Gradation des dyspnées

Grade	Sévérité de la dyspnée
Grade 0	Pas de dyspnée en cas de marche à un rythme normal.
Grade 1	Moyenne, pas de restriction spécifique (en vitesse, pas en distance) : « je peux marcher autant que je veux pourvu que je prenne mon temps ».
Grade 2	Modérée, restriction spécifique, limitée en plein air : « arrêt au bout de... (distance mesurable) ».
Grade 3	Dyspnée marquée, effort à l'intérieur « arrêt pendant un certain temps entre la cuisine et la salle de bain ».
Grade 4	Incapacité. Dyspnée au repos.

Classification NYHA (insuffisance cardiaque)

Tableau 12. Classification NYHA pour l'insuffisance cardiaque

Grade	Sévérité de l'insuffisance cardiaque
Grade 0	Pas d'angor.

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Grade	Sévérité de l'insuffisance cardiaque
Grade 1	Pas de limitation de l'activité physique ordinaire : l'exercice physique normal ne provoque ni fatigue indue, ni dyspnée, ni palpitations (diagnostic par échocardiographie).
Grade 2	Limitation modeste de l'activité physique ordinaire : patient asymptomatique au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne des symptômes.
Grade 3	Réduction marquée de l'activité physique ordinaire : patient asymptomatique au repos mais un effort modeste entraîne des symptômes.
Grade 4	Impossibilité de poursuivre une activité physique sans gêne : patient symptomatique même au repos et gêne accrue par toute activité physique.

Source: Adams KF, Zannad F. Clinical definition and epidemiology of advanced heart failure. Am Heart J 1998; 135:S204-S215.

Score de LEE

Le score de risque clinique (colonne de droite) ne prend en compte que les facteurs liés au patient, à l'exclusion de la nature de la chirurgie.

Tableau 13. Score de LEE

Score de risque cardiaque de LEE		
Calcul du score de LEE classique	Facteur de risque	Calcul du score de LEE clinique
1 point	Chirurgie à haut risque définie par une chirurgie vasculaire supra-inguinale, intra-thoracique ou intra-péritonéale.	
1 point	Coronaropathie définie par un antécédent d'infarctus du myocarde, un angor clinique, une utilisation de nitrés, une onde Q sur l'ECG ou un test non invasif de la circulation coronaire positif.	1 point
1 point	Insuffisance cardiaque définie par un antécédent d'insuffisance cardiaque congestive, d'œdème pulmonaire, une dyspnée nocturne paroxystique, des crépitaux bilatéraux ou un galop B3, une redistribution vasculaire radiologique.	1 point
1 point	Antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident cérébral ischémique transitoire.	1 point
1 point	Diabète avec insulinothérapie.	1 point
1 point	Insuffisance rénale chronique définie par une créatinine > 2,0 mg/dL (177 µmol/L).	1 point

Source : Prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque - Recommandations SFAR/SFC 2010 http://www.sfar.org/_docs/articles/RFEcoronarienenchirurgienoncardiaque.pdf consulté le 15 novembre 2013.

Score simplifié d'APFEL pour évaluer la prédiction des NVPO

Facteurs de risque de NVPO. Une prophylaxie est préconisée si deux ou plus des facteurs sont présents. Le type de chirurgie ne fait pas partie des facteurs retenus.

Tableau 14. Score simplifié d'APFEL

Facteurs de risque de NVPO après anesthésie inhalatoire
Sexe féminin Non-fumeur Antécédents de NVPO ou de mal des transports Morphiniques postopératoires

Source : http://www.sfar.org/_docs/articles/cexp_nvpo.pdf

Score MET

MET est l'équivalent métabolique correspondant à la consommation d'oxygène d'un homme de 40 ans au repos, soit 3,5 ml/kg-1/min-1.

La capacité fonctionnelle est qualifiée d'excellente si elle est supérieure à 7 MET, de modérée entre 4 et 7 MET ou de mauvaise si inférieure à 4 MET.

Tableau 15. Score MET

1 MET	- autonomie pour les activités de la vie courante (repas, toilette) ; - marcher dans la maison ; - marcher dans la rue (3-5 km/h).
4 MET	- monter un étage sans s'arrêter ; - marcher dans la rue (5-7 km/h) ; - activités domestiques importantes (laver par terre).
10 MET	- activités sportives importantes (natation, tennis en simple, ski alpin).

Score STOP-BANG

L'évaluation de ce score permet d'évoquer un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAHOS) : haut risque de SAHOS si au moins trois réponses positives « oui ».

Tableau 16. Score STOP-BANG

Ronflement	Ronflez-vous bruyamment (plus fort que la parole ou pouvant être entendus à travers une porte) ?	Oui	Non
Fatigue	Êtes-vous souvent fatigué(e) ou somnolent(e) pendant la journée ?	Oui	Non
Apnée observée	Quelqu'un vous a-t-il vu arrêter de respirer pendant votre sommeil ?	Oui	Non
Pression artérielle	Avez-vous un traitement pour une HTA ?	Oui	Non
Indice de masse corporelle (IMC)	Votre IMC est-il supérieur à 35 ?	Oui	Non

Chirurgie ambulatoire : éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient
Rapport d'évaluation technologique

Âge	Avez-vous plus de 50 ans ?	Oui	Non
Circonférence du cou	La circonférence de votre cou (col de chemise) dépasse-t-elle 40 cm ?	Oui	Non
Sexe	Le sujet est-il de sexe masculin ?	Oui	Non

Source: STOP Questionnaire, A Tool to Screen Patients for Obstructive Sleep Apnea, Chung, Anesthesiology 2008; 108:812-21 ;
<http://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2012/10/SV2010.pdf>

Annexe 7. Compte-rendu de la réunion du groupe de travail

Réunion du 14 novembre 2013

Représentants de la HAS/SEAP : D^r Michèle Morin-Surroca, D^r Chantal Andriamanga

Remarques générales

Il a été précisé lors de la réunion du groupe de travail que l'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à considérer lors de la consultation préopératoire afin de garantir la sortie du patient le soir même de l'intervention sans aucun risque.

Il a été précisé également que l'éligibilité à ce mode de prise en charge reposait sur l'évaluation de l'individu et nécessitait la mise en place d'une organisation spécifique fondée sur une démarche d'anticipation. On n'est pas dans l'éligibilité de l'acte mais dans l'éligibilité du mode de prise en charge, d'où l'importance de l'évaluation au cas par cas, de l'anticipation et de l'organisation.

Le groupe de travail n'a pas formulé des remarques quant à l'analyse bibliographique réalisée. Ce compte rendu présente les différents aspects discutés et les remarques du groupe pendant la réunion.

Critères médicaux, chirurgicaux et anesthésiques

► Critères généraux

Le groupe de travail a souhaité apporter plus de précisions sur les critères généraux : l'éligibilité est basée sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient en tenant compte du degré de maturité de la structure (organisation et moyens développés en fonction de la prévisibilité des complications de l'intervention).

La sélection des patients peut être facilitée par un protocole local et adapté à chaque structure.

L'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient est un des facteurs principaux déterminant le choix du mode de prise en charge. L'ophtalmologue a ainsi précisé que dans sa spécialité, l'hospitalisation complète expose les patients à un risque d'infection grave, les interventions sont donc majoritairement réalisées en chirurgie ambulatoire qui est le mode de prise en charge privilégié.

► Critères chirurgicaux

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les critères chirurgicaux.

Par ailleurs, la durée de l'intervention n'est pas un critère d'éligibilité ; il s'agit toutefois d'un élément à prendre en compte puisque la durée doit être compatible avec la sortie du patient le jour de son intervention. La programmation de l'intervention doit assurer que le temps de surveillance postopératoire sera suffisant avant la sortie du patient.

La bilatéralité

L'orthopédiste a soulevé le problème que peut poser la bilatéralité. Il s'agit d'un critère non cité dans la littérature mais dont l'appréciation est importante en termes d'anesthésie notamment locorégionale, mais aussi en termes d'autonomie et de capaci-

té fonctionnelle du patient. La bilatéralité peut entraîner une modification de la prise en charge amenant dans certains cas à décider une hospitalisation complète.

► Critères médicaux généraux

L'éligibilité n'est pas arbitrairement limitée par l'âge, l'IMC, les comorbidités, ou les risques anesthésiques. Elle se fonde sur une évaluation de l'état clinique du patient et sur l'appréciation de ses comorbidités.

Les membres du groupe de travail partagent l'analyse des données de la littérature sur l'éligibilité des femmes qui allaitent.

Il a été rappelé que les patients allergiques au latex sont éligibles mais qu'ils nécessitent une adaptation préalable en période péri-opératoire notamment l'utilisation de matériels anesthésiques et chirurgicaux sans latex, qui sont aussi recommandés pour les enfants. Pour ces situations, il est conseillé de planifier les interventions en début de programme opératoire.

Concernant les patients plus à risque d'infection du site opératoire (les fumeurs, les obèses et les diabétiques), le groupe de travail signale qu'il ne s'agit pas d'un indicateur spécifique en chirurgie ambulatoire. Les infections du site opératoire surviennent en général à distance et sont difficiles à apprécier en chirurgie ambulatoire.

► Critères anesthésiques

Critères anesthésiques généraux

Il n'existe pas de stratégie spécifique, le choix de la technique anesthésique s'effectue en fonction de l'évaluation du couple acte-patient et de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient.

Les critères utilisés lors de l'évaluation préopératoire devraient être développés et validés par les anesthésistes.

Certains membres du groupe de travail tiennent également à préciser que contrairement aux données retrouvées dans la littérature (notamment dans les recommandations anglo-saxonnes), l'évaluation préopératoire reste un acte médical en France et doit être réalisée obligatoirement par un anesthésiste (cf. décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

Statut ASA

Les membres du groupe de travail ont souligné que la stabilité de l'état clinique constitue l'argument décisionnel majeur. Le score ASA réalisé lors de la consultation préopératoire prend en compte les antécédents des patients. Il s'agit d'un score prédictif du risque péri-opératoire mais il existe une variabilité inter-opérateur dans son estimation. Toutefois, ce score reste le plus connu et le plus couramment utilisé actuellement.

Selon les anesthésistes, des scores annexes de gestion de risque *a priori* pourraient être utilisés pour apprécier l'éligibilité du patient. Il s'agit du :

- score cardiaque de LEE brut et modifié pour graduer les morbidités péri-opératoires sur les événements cardiovasculaires (cf. Annexe 6) ;
- score NYHA (*New York Heart Association*).

Les anesthésistes ont également évoqué l'existence de scores fonctionnels qui n'interviennent pas sur l'éligibilité, mais qui sont intéressants pour définir en amont une stratégie de prise en charge. Il s'agit notamment du :

- score simplifié d'APFEL qui prédit les NVPO permettant de mettre en place une stratégie de prévention et d'anticipation. Il s'agit d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité (cf. Annexe 6) ;
- score EVA préopératoire pour évaluer la douleur (notamment une douleur chronique préexistante) ;
- score MET qui évalue la capacité et le retentissement fonctionnel. Ce score permet de mesurer l'intégration sociale et la capacité de recouvrance de l'état antérieur et de la réhabilitation dans le domicile. Le retour à domicile va être fonction de l'autonomie antérieure, de l'agressivité de l'intervention et des moyens qui vont être mis en place (cf. Annexe 6).

Syndrome d'hyperthermie maligne : patients diagnostiqués et statut hyperthermie maligne - susceptible (HMS) connu

L'appréciation du risque de syndrome d'hyperthermie maligne en préopératoire est régulièrement citée dans la littérature, il s'agit d'une situation extrêmement rare mais grave.

Le groupe de travail rappelle qu'il existe une obligation de disposer de matériels appropriés et d'afficher les procédures de gestion de crise. Des recommandations à ce sujet ont été élaborées par la SFAR en 2013 avec un arbre décisionnel de dépistage en préopératoire même s'il s'agit de recommandations non spécifiques à la chirurgie ambulatoire³⁵. En cas de crise peropératoire, la sortie le jour même est exclue.

► Syndrome d'apnée du sommeil

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients diagnostiqués.

En cas de suspicion chez un patient non diagnostiqué, une attention particulière doit être portée au cours de l'évaluation car la prise en charge est spécifique. L'utilisation du score STOP-BANG (65) est une aide au dépistage d'un syndrome d'apnée du sommeil. La programmation de l'intervention le matin permet une surveillance de ces patients pendant une durée adéquate.

► Obésité

L'obésité est un élément marquant à prendre en compte. Ainsi,

- les patients avec un IMC < 35 kg/m² sont éligibles, sauf contre-indication individuelle ;
- les patients avec un IMC > 40 kg/m² pourraient ne pas être éligibles sauf cas spécifique après évaluation de l'individu.

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de prévoir en amont lors de la création d'une structure dédiée les matériels appropriés à la prise en charge de ce type de patient.

³⁵ Recommandations d'experts pour le risque d'hyperthermie maligne en anesthésie réanimation SFAR - CRC (mis en ligne le 10 novembre 2013, <http://www.sfar.org/docs/articles/hmsfar15octobre2013finalJMC.pdf>).

Par ailleurs, la difficulté d'une intubation est généralement prévisible lors de l'évaluation préopératoire. Cette situation nécessite d'être prise en compte dans l'organisation et la gestion du flux de patients.

► **Diabète**

L'éligibilité des patients diabétiques est basée sur l'évaluation de l'individu et en tenant compte des recommandations de bonne pratique en vigueur.

Les patients insulino-dépendants sont éligibles si la procédure permet une reprise de régime alimentaire normal en postopératoire et si le patient a une bonne compréhension de la gestion de sa maladie. Il est préférable de programmer ces patients en début de programme opératoire pour pouvoir gérer les aléas le cas échéant.

Une communication étroite avec le médecin traitant est particulièrement importante.

Enfin, les patients présentant les complications aiguës d'une hyperglycémie (déshydratation sévère, acidocétose ou état hyperosmolaire non cétosique) ne sont pas éligibles.

► **Troubles cardiovasculaires (hypertension artérielle / angine de poitrine / infarctus du myocarde / insuffisance cardiaque congestive)**

Selon le groupe de travail, la stabilité de l'état clinique est le critère le plus important. L'éligibilité dépend du couple acte-patient et de l'analyse de la balance bénéfice/risque pour le patient. Selon les anesthésistes, l'utilisation du score de LEE est particulièrement adéquate pour évaluer ce type de patient.

Par ailleurs, les patients présentant une atteinte cardiovasculaire modérée ou grave ne doivent pas être pris en charge dans des centres indépendants.

► **Troubles des voies respiratoires (asthme et BPCO)**

Les patients présentant des troubles des voies respiratoires sont éligibles s'ils sont asymptomatiques ou à distance des manifestations symptomatiques (30 jours après) et s'ils présentent une fonction pulmonaire optimale. Il est également important de rechercher l'existence d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) associée et d'en évaluer la sévérité.

Certains membres du groupe de travail ont rappelé qu'une attention particulière doit être portée aux médicaments pouvant entraîner un bronchospasme.

Concernant les patients asthmatiques, il convient de suivre les recommandations de bonne pratique en vigueur qui ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients asthmatiques ayant besoin d'AINS après une chirurgie ambulatoire dont l'éligibilité dépend de l'évaluation de la balance bénéfice/risque pour le patient. Mais il a été souligné que l'AINS reste l'antalgique de première intention dans certaines spécialités comme l'orthopédie, et que son utilisation est presque incontournable. Selon les anesthésistes, le score de LEE est particulièrement adéquat pour évaluer ce type de patient notamment en tenant compte de la clairance de la créatinine.

► **Autres comorbidités**

Patients avec des difficultés de compréhension (troubles psychiques, troubles d'apprentissage)

Il a été souligné que le suivi des instructions péri-opératoires peut être compromis chez les patients psychotiques et même si un accompagnant est présent, il est préférable de renforcer les liens avec l'équipe psychiatrique avant et après l'intervention.

Patients présentant des comorbidités sévères (hémodialysés, pathologie hépatique sévère) en cas de besoin de procédures simples

Les patients présentant des comorbidités sévères sont éligibles uniquement en cas de procédures simples.

► **Traitements concomitants**

Traitements antiagrégants plaquettaires et anticoagulants

La conduite à tenir vis-à-vis des antiagrégants plaquettaires ou des anticoagulants dépend de leurs indications, du profil à risque des patients et nécessite une discussion pluridisciplinaire. La gestion péri-opératoire de ces patients est en effet délicate et doit être protocolisée. Le partage d'informations et la coordination de la gestion des risques en amont et en aval sont donc indispensables, notamment avec le médecin traitant.

Patients sous insuline

Le groupe de travail précise que les patients sous insuline sont éligibles mais nécessitent une adaptation péri-opératoire du traitement en fonction du type de l'insuline (adaptation la veille et le jour de l'intervention).

IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase), antidiabétiques oraux et les autres traitements

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur les patients sous IMAO, sous antidiabétiques oraux, sous bêtabloquants, sous statines, sous inhibiteurs d'enzyme de conversion et sous autres médicaments.

► **Tabac**

Le tabagisme en soi n'est pas un critère de sélection. C'est l'appréciation du retentissement respiratoire du tabac qui est le plus important. Les problèmes de cicatrisation liés au tabagisme ne dépendent pas du mode de prise en charge du patient. Il n'existe pas de conclusion possible concernant le délai à préconiser entre l'arrêt de tabac et l'intervention.

► **Alcool**

Les patients alcoolo-dépendants posent des problèmes de gestion péri-opératoire. Il faut s'assurer de l'adhésion au projet thérapeutique de ces patients. Ce sont des patients de statut ASA III instable en général, non sevrés ou sous imprégnation aiguë.

Pour les patients en intoxication aiguë le jour de l'intervention, la procédure doit être décalée.

► Substances illicites

Les patients utilisateurs de substances illicites posent également des problèmes de gestion péri-opératoire. Il est important de s'assurer de leur adhésion au projet thérapeutique et il convient de rester vigilant car il arrive que ces patients prennent des produits illicites juste avant l'intervention.

Une remarque a été faite sur les patients sous Subutex qui bien que stables peuvent poser des problèmes de gestion de la douleur. Ces situations ne sont pas toutefois spécifiques à la chirurgie ambulatoire.

Il est très important d'informer les patients des risques liés à la consommation des produits illicites 24 heures avant une anesthésie générale.

► Spécificité en pédiatrie

Pédiatrie : critères médicaux

Dans la littérature, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion. Toutefois, le pédiatre signale que l'ADARPEF et le CNCE recommandent la non-éligibilité des nourrissons nés à terme âgés de moins de trois mois ainsi que ceux nés prématurés âgés de moins de 60 semaines post-conceptionnelles. Notons que dans les recommandations de l'ADARPEF de 2008, la limite d'âge des enfants nés à terme était fixée à moins de six mois, mais les recommandations ont évolué depuis. Les membres du groupe de travail considèrent que, sans remettre en cause ces recommandations, l'âge limite doit être fixé en fonction de la structure en tenant compte de l'expérience de l'anesthésiste, de sa spécialisation et de l'actualisation de ses connaissances.

Comme chez l'adulte, il n'est pas pertinent de fixer une durée maximale d'intervention mais il faut que le délai de surveillance nécessaire après l'intervention soit compatible avec les contraintes horaires de l'ambulatoire.

Par ailleurs, en cas de comorbidités lourdes, l'éligibilité dépend de la stabilité des pathologies, du caractère mineur de l'intervention et des risques minimes de problèmes cardio-respiratoires.

Pédiatrie : critères chirurgicaux

Concernant le risque hémorragique, le groupe de travail a souhaité apporter une précision sur l'amygdalectomie. La SFORL a élaboré des recommandations en 2010 et précise que l'amygdalectomie réalisée en ambulatoire nécessite une surveillance de six heures après l'acte car l'hémorragie survient en général dans les six heures postopératoires (28). Il est important de suivre ces recommandations en vigueur en programmant les interventions le matin, permettant ainsi la surveillance du patient pendant une durée appropriée.

Pédiatrie : critères anesthésiques

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de disposer au sein de la structure d'anesthésistes formés et spécialisés en pédiatrie avec des connaissances actualisées.

Pédiatrie : statut ASA

Les patients ASA I, II ou III stable sont éligibles. La variabilité inter-opérateur de l'estimation du score ASA existe comme chez l'adulte mais il s'agit de la classification la plus utilisée actuellement.

Pédiatrie : infections respiratoires hautes

Compte tenu de la fréquence élevée des infections respiratoires hautes chez l'enfant, le processus organisationnel doit être en mesure d'anticiper ce risque dès la consultation préopératoire. L'appel de la veille est primordial pour s'assurer de l'absence de symptômes. Si l'enfant est symptomatique, l'intervention doit être décalée de trois semaines après la disparition des symptômes.

Pédiatrie : risque d'apnée postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature sur la non-éligibilité des enfants en cas d'antécédents récents d'épisodes d'apnée, de problèmes cardiaques ou de maladies respiratoires, des antécédents familiaux de mort subite du nourrisson pour limiter les risques liés à l'apnée postopératoire.

► Spécificité en gériatrie

Gériatrie : critères généraux

Le groupe de travail précise l'importance en gériatrie de la communication et de l'implication du médecin traitant.

Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un impact du mode de prise en charge ambulatoire sur les troubles cognitifs. Toutefois, les troubles cognitifs sont souvent préexistants et compensés par l'entourage et l'intervention ainsi que l'hospitalisation peuvent entraîner une déstabilisation. Il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes. Selon le groupe de travail, le plus important est donc de dépister les troubles cognitifs en amont.

Patients d'âge extrême

Il existe très peu d'étude sur les patients très âgés. L'âge en soi n'est pas un facteur de risque, il faut tenir compte de l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient. L'éligibilité est en fonction de l'environnement de la personne âgée.

► Éléments particuliers à prendre en compte lors de l'évaluation préopératoire : risque d'accidents thromboemboliques veineux / nausées et vomissements postopératoires / douleur notamment postopératoire

Il ne s'agit pas de critères d'éligibilité mais d'éléments importants à apprécier au moment de l'évaluation initiale afin de pouvoir anticiper la prise en charge la plus appropriée. L'existence d'un antécédent n'est pas un facteur d'exclusion mais doit être prise en compte pour adapter la stratégie de prévention.

Il a été rappelé qu'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë associée à l'anxiété aiguë du patient en postopératoire constituent des facteurs de risque des dou-

leurs chroniques. La stratégie de prise en charge doit reposer sur les recommandations de bonne pratique.

Les anesthésistes précisent que le score simplifié d'APFEL est utile pour prédire les NVPO afin d'anticiper une stratégie thérapeutique. Il s'agit toutefois d'un score de mise en œuvre et non d'éligibilité.

Critères liés aux aspects psychologiques, sociaux et environnementaux

► Information, compréhension, consentement (patients adultes, mineurs et majeurs sous tutelle)

Il a été rappelé que l'information, la compréhension et le recueil de consentement sont interdépendants.

Le groupe de travail souligne que l'information devait également changer de paradigme. Le patient doit être rassuré sur la gestion de la phase postopératoire et disposer des informations relatives à la continuité des soins et de la conduite à tenir en cas de survenue de complications le cas échéant. Les patients doivent être informés de la possibilité d'admission en hospitalisation conventionnelle si besoin.

L'information se doit d'être loyale, claire, lisible et appropriée. Elle est donnée lors de la consultation initiale et réitérée à chaque étape de la prise en charge. Elle doit être orale et écrite de préférence (courte, lisible). Elle repose sur une élaboration concertée entre tous les professionnels de santé de la structure, et adaptée à la spécificité de la chirurgie ambulatoire (soins post-anesthésiques et postopératoires, conditions de sortie et modes de recours en cas d'événements non prévus à domicile).

L'information doit être adaptée pour en faciliter la compréhension. Il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient avant de recueillir son consentement.

Le groupe de travail adhère aux recommandations qui précisent que la décision doit être prise en colloque singulier avec le patient et avec les représentants légaux pour les mineurs et les majeurs sous tutelle. Ce processus de décision est obligatoire, d'où l'importance de la qualité de la communication. Il est très important que le patient sente qu'il n'y a pas de décisions prises le concernant sans son avis.

Les mineurs et les majeurs sous tutelle

Ces catégories de patients sont éligibles à condition d'être accompagnés d'un de leurs parents ou d'un représentant légal et d'obtenir l'accord de ces derniers. En effet, il a été rappelé que pour les mineurs, l'accord des deux représentants légaux est obligatoire, ils ne sont toutefois pas tenus d'être présents. Les formulaires à remplir à l'admission du patient à l'hôpital devrait permettre de s'assurer de l'autorité parentale.

La recherche de consentement de l'enfant ou du patient majeur sous tutelle est obligatoire, après information appropriée et adaptée à leur niveau de compréhension.

Un refus catégorique, une inquiétude excessive ou une compréhension insuffisante des parents ou des représentants légaux sont des critères d'exclusion au mode de prise en charge ambulatoire.

Patients atteints d'un trouble du jugement

Il a été rappelé que les patients atteints de trouble du jugement ne sont pas forcément sous tutelle, d'où l'importance du rôle de l'accompagnant.

Par ailleurs, il a été souligné que les patients psychotiques sont souvent isolés socialement, d'où l'importance de travailler en amont et en aval avec l'équipe psychiatrique.

Patients non francophones

D'après les données de la littérature, il est conseillé d'avoir recours à un traducteur professionnel hors membre de la famille pour les patients non francophones afin d'éviter un manque d'objectivité possible dans l'interprétation de l'information. Le groupe de travail souligne la difficulté de disposer d'un traducteur professionnel. Il rappelle également qu'il faut l'accord du patient dans ce cas, sinon il existe une violation du secret médical.

► Accompagnant

Lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, il est recommandé que le patient soit accompagné par un tiers et qu'il ne conduise pas de véhicule.

Selon le groupe de travail, la présence de l'accompagnant au lieu de résidence postopératoire dépend du couple acte-patient. Il a été suggéré de mettre en place une liste des interventions qui nécessitent la présence permanente d'un accompagnant la nuit suivant l'intervention. Cette liste doit être adaptée localement et permet d'éviter les décisions au fil de l'eau.

Il a été rappelé que si la présence permanente d'un accompagnant dans le lieu de résidence postopératoire la nuit suivant l'intervention est nécessaire, l'accompagnant doit être informé de son rôle. Les informations peuvent être délivrées soit en sa présence, soit par l'intermédiaire d'un document délivré au patient dès la consultation préopératoire et à sa sortie.

Il est important d'identifier en amont les patients ayant besoin de la présence d'un accompagnant, pour de multiples raisons (personnes fragiles, âgées, vivant avec une autre personne âgée, atteintes de troubles psychiques, ayant des difficultés à communiquer ou sourdes/malentendantes ou socialement isolées) pour anticiper les solutions alternatives dès l'évaluation initiale (aide d'une assistante sociale pour les besoins non médicaux, solution alternative de transport et/ou d'hébergement).

Enfin, l'avocate a précisé que l'accompagnant n'est pas forcément la personne de confiance telle que définie par la loi. En effet, la personne de confiance n'est pas investie d'un pouvoir de décision et n'a aucune responsabilité.

Spécificité en pédiatrie

En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Il s'agit d'une exigence de sécurité pour le trajet de retour.

Il a été rappelé que le retour à domicile en transports en commun n'est pas recommandé. Il existe plusieurs moyens de transports possibles (taxi, VSL au besoin) pour les patients qui ne disposent pas de véhicule particulier.

Spécificité en gériatrie

Le rôle particulièrement important de l'accompagnant pour les patients âgés a été souligné.

Selon le gériatre et l'assistante sociale, les patients âgés isolés socialement peuvent disposer de l'aide d'un assistant social, de l'équipe mobile de gériatrie ou éventuellement des SSR. Toutefois, la HAS rappelle que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et non pallier des critères liés aux aspects sociaux et environnementaux non remplis en chirurgie ambulatoire³⁶.

► Distance entre les lieux de soins et la résidence postopératoire

Certaines catégories de patients sont concernées par l'éloignement et l'isolement géographique telles que les patients vivant en zones rurales (ex : agriculteurs avec un ensemble de facteurs limitants tels que l'âge, l'isolement et l'éloignement géographique) ; les patients vivant dans les zones difficiles d'accès (déserts médicaux avec accessibilité difficile aux structures de soins, différences de densité en professionnels de santé d'une discipline donnée) ou les zones de précarité avec accès aux soins limités, etc.

Le groupe de travail estime que la durée du trajet et la distance d'éloignement ne sont pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient. L'accès à un lieu de soins approprié à partir du lieu de résidence postopératoire dans les conditions normales de circulation (c'est-à-dire en dehors des conditions extrêmes de circulation, météorologiques ou autres) est l'élément majeur. Le patient doit obligatoirement avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Remarque :

Selon le groupe de travail, l'hôtel-patient (lieu d'hébergement, les soins postopératoires sont gérés par les patients et son accompagnant) peut être une alternative au domicile de manière à permettre aux patients d'être à une distance appropriée du lieu de soins. L'hôtel-patient reste à la charge des patients.

► Équipements dans le lieu de résidence postopératoire

Le groupe de travail partage l'analyse des données de la littérature qui souligne que l'accès facile à un téléphone est recommandé.

Il a été souligné que la notion de confort et de lieu adapté aux soins postopératoires (appartement facilement accessible, hygiène correcte, etc.) pour permettre un rétablissement adéquat est très difficile à apprécier. Il a été suggéré que lors de l'évaluation initiale et/ou lors de l'appel de la veille, les aspects relatifs à l'aménagement du domicile du patient sont à discuter (exemple : la notion d'étage élevé, l'accessibilité des toilettes, etc.). L'éligibilité tient compte de cet environnement, l'anticipation des solutions alternatives est primordiale.

³⁶http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/rapport_outil_daide_a_la_decision_pour_ladmission_des_patients_en_soins_de_suite_et_de_readaptation.pdf

► Continuité de soins

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure.

Certains membres du groupe de travail ont indiqué que la gestion des suites postopératoires (ex. : ablation de sonde urinaire, de redon, de lame de drainage, la réalisation de pansements, etc.) peut être définie avec les professionnels de santé de ville. Toutefois, en cas d'impossibilité de réaliser à domicile des soins postopératoires ne justifiant pas d'hospitalisation, le chirurgien viscéral a précisé que la solution alternative à privilégier serait de demander un transport et non l'hébergement à l'hôpital.

Il a été souligné qu'en pédiatrie, il est particulièrement important de s'assurer de la continuité de soins surtout en cas de problème la nuit.

Il a été rappelé que l'appel du lendemain est préconisé pour assurer le suivi du patient.

Le groupe de travail insiste sur le besoin de renforcer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Selon l'urologue et un anesthésiste, il est conseillé d'anticiper et d'organiser les conduites à tenir avec le médecin traitant, ce d'autant que les interventions seront de plus en plus réalisées en ambulatoire et qu'elles pourront nécessiter un suivi par les professionnels de santé de ville.

Un anesthésiste souligne que la communication doit notamment être assurée en amont dès l'évaluation préopératoire et en aval avec le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre), les personnels paramédicaux exerçant en ville (IDE libéraux, kinésithérapeutes) et le pharmacien le cas échéant. La mise en œuvre, pour certains actes et patients, de collaboration ville-hôpital constitue une vraie démarche qualité améliorant l'éligibilité et la sécurité du patient.

Une question a été soulevée concernant l'obligation ou non d'établir un contrat/partenariat avec un établissement de santé à proximité du lieu de résidence postopératoire du patient si ce lieu de résidence postopératoire est éloigné de la structure où l'intervention a été réalisée. Il est bien précisé dans l'article D. 6124-304 du décret du 20 août 2012 que l'obligation d'établir un partenariat concerne uniquement les structures ne pouvant pas assurer la continuité des soins. Tel est le cas des centres indépendants. Toutefois, il a été rappelé que si le lieu de résidence postopératoire du patient se trouve très éloigné de l'établissement où l'intervention a été réalisée, il est obligatoire de donner aux patients toutes les informations lui permettant d'accéder à la continuité de soins (numéro de téléphone d'un médecin ou celui d'un établissement de santé approprié à proximité de son lieu de résidence postopératoire).

► Hébergement non hospitalier

Dans la littérature, il est spécifié que l'hôtel-patient semble le mieux approprié pour les patients en chirurgie ambulatoire pour lesquels aucun soin médical postopératoire nécessitant un environnement hospitalier n'est requis mais dont les critères liés aux aspects sociaux et environnementaux ne sont pas remplis.

Le groupe de travail a discuté de cette solution alternative, qui pourrait concerner des zones géographiques ou des catégories de patients particulières (ex. : certains patients âgés). En effet, le problème d'hébergement en termes de distance dans les zones rurales n'est pas rare. L'hôtel-patient reste une solution alternative dans ces cas précis,

toutes les autres conditions (médico-chirurgicales et sociales) étant remplies. Certains membres du groupe ont cité l'existence de ce type d'hébergement dans leur région (notamment à Grenoble). Le groupe de travail a souligné que tout hôtel pourrait convenir s'il se trouve à proximité de l'hôpital, créer un hôtel-patient n'est pas forcément utile.

L'urgence chirurgicale en ambulatoire

Le groupe de travail a discuté de l'urgence chirurgicale en ambulatoire qui n'était pas évaluée dans ce travail. Il ressortait des discussions l'importance d'établir au sein de la structure les critères de non-éligibilité et de lister les actes éligibles.

ANNEXE (cf. Annexe 6)

- ▶ **Score de LEE**
- ▶ **Score simplifié d'APFEL**
- ▶ **Score MET**
- ▶ **Score STOP-BANG**

Annexe 8. Synthèse d'avis à la suite de la relecture par les parties prenantes

Les parties prenantes (sociétés savantes et associations de patients et d'usagers) ont été sollicitées pour faire une relecture du document intégrant les résultats de l'analyse des données de la littérature et la position argumentée du groupe de travail.

Ont été sollicités :

- Académie nationale de chirurgie ;
- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) ;
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- Collège de la médecine générale ;
- Conseil national professionnel de gériatrie (CNP de gériatrie) ;
- Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR) ;
- Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- Union fédérale des consommateurs – Que Choisir (UFC – Que Choisir).

Deux des parties prenantes sollicitées (Collectif inter associatif sur la santé et Collège de la médecine générale) n'ont pas donné leurs avis, malgré les relances.

Lorsque cela était possible, les commentaires relatifs à des problèmes d'imprécision, d'aspects spécifiques à la chirurgie ambulatoire insuffisamment traités (notamment sur la notion d'accompagnant/personne de confiance, sur la spécificité en gériatrie, sur les patients atteints d'obésité) ou de lisibilité du document ont été pris en compte directement dans les parties concernées du rapport. Les autres commentaires ont été synthétisés et rapportés ci-dessous.

Selon les parties prenantes, les données de la littérature analysées dans ce rapport reflètent les données existantes.

L'analyse présentée dans ce rapport est objective selon les parties prenantes. Toutefois, l'AFCA a émis des remarques sur les hébergements non hospitaliers qui posent un problème de pertinence dans leur recours. L'AFCA considère que le recours à ces établissements ne concernerait que moins de 10 % des patients et que ces établissements pourraient être dangereux car au lieu d'inciter à la maîtrise des suites opératoires et de tirer la qualité des soins vers le haut, il laisse une place à « l'imperfection » car il existe la possibilité d'« hospitaliser » le patient, certes dans un hôtel, mais à proximité, « au cas où ». Par ailleurs, cela restera à la charge du patient. Ces hébergements ne peuvent donc se concevoir que comme une alternative (médicalement) à un retour à domicile, et non comme une alternative à une hospitalisation.

Pour l'Académie nationale de chirurgie, si l'objectif de ce rapport est de faire des recommandations, il n'est pas atteint, il n'est pas possible de faire des recommandations à partir de ce document car les niveaux de preuve de données de la littérature sont peu élevés. Il s'agit d'un simple socle de connaissances.

Selon le CNP de gériatrie, les spécificités en gériatrie devraient être mieux développées, notamment la notion de syndrome confusionnel, de syndrome démentiel chez les patients âgés car le terme « troubles psychiques » reste très vague. Qui doit dépister les troubles cognitifs et comment ? Il faudrait développer également la notion d'équipe mobile de gériatrie, la nécessité dans certains cas d'une évaluation gérontologique standardisée. Par ailleurs, les critères de mise en place, de poursuite ou d'aide au maintien

à domicile déjà existantes ou devant être mises en place (aide-ménagère, etc.) ne sont pas abordés. Le CNP de gériatrie a émis des remarques et des demandes de clarifications sur la partie hébergement non hospitalier. Selon les gériatres, la nécessité d'un hôtel-patient se discute pour les patients âgés car il est bien précisé qu'« il est préconisé de ramener les patients âgés dans leur environnement habituel le plus vite possible afin d'éviter au maximum une rupture par rapport à leurs habitudes ». L'hôtel-patient pourrait être une difficulté qui ne fera que rajouter une perte de repère supplémentaire pour cette catégorie de patients.

La FNI a émis des remarques notamment sur la continuité des soins (soins de ville). Selon la FNI, il serait opportun de s'appuyer sur le tissu des infirmières libérales qui ont un maillage territorial très serré et qui assurent une continuité des soins 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Pour l'UFC Que Choisir, à part les demandes de précisions sur la notion autour de la personne de confiance et de l'accompagnant, des volets éducation thérapeutique, éducation à la santé notamment en période postopératoire par les intervenants au domicile et prévention sont proposés. Par ailleurs, l'UFC Que Choisir propose de systématiser une évaluation à distance avec le patient, par exemple par téléphone un mois après l'intervention.

Enfin, selon le CNPAR, le document est rédigé avec un objectif d'exhaustivité mais l'exhaustivité souhaitée est loin d'être atteinte (et probablement inatteignable), à moins de réécrire une véritable encyclopédie médicale pour envisager toutes les comorbidités. Le CNPAR a émis plusieurs propositions, notamment sur les IDE qui ont un rôle très important à jouer en préopératoire. Les expériences de consultation IDE dédiées, après la consultation anesthésique, sont très intéressantes et devraient être mentionnées comme une piste à développer. Les postes « d'infirmière coordinatrice du parcours de soin » spécifiques à la chirurgie ambulatoire devraient être créés avec la mise en place d'une « coopération interprofessionnelle » dans le cadre de la loi HPST. Pour le suivi du patient en postopératoire, il existe le téléphone, mais également les questionnaires, internet permettant de faire des alertes, la télémédecine, etc. En ce qui concerne les critères chirurgicaux, les soins postopératoires devraient être gérables par le patient et son entourage mais également « éventuellement avec le soutien d'un réseau de soins à domicile ». Par ailleurs, la gestion péri-opératoire des médicaments est une des autres missions de la consultation anesthésique. Le référentiel élaboré par la SFAR sur la gestion péri opératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux pourrait être utilisé même s'il s'agit de recommandations non spécifiques à la chirurgie ambulatoire (http://www.sfar.org/docs/articles/150-rfe_ttsdm09.pdf). Le choix de la technique anesthésique se fait au cas par cas en tenant compte des données psychologiques / des interactions avec des médicaments / des risques de décompensations respiratoires en cas de sédation nécessaire, etc. Le CNPAR a également rappelé que si les patients sont envoyés en SSR dans les suites postopératoires (comme la HAD), le séjour ne pourra pas être codé ambulatoire. Enfin, le terme hôtel-patient donne lieu à des confusions. Il s'agit simplement d'un hôtel dont l'objectif est uniquement le résidentiel.

Annexe 9. Listes des tableaux et figures

Tableau 1. Liste des recommandations sélectionnées	31
Tableau 2. Liste des guides de bonnes pratiques sélectionnés.....	34
Tableau 3. Les revues systématiques de la littérature sélectionnées	38
Tableau 4. Les études observationnelles sélectionnées.....	42
Tableau 5. Critères d'éligibilité en présence de troubles cardiovasculaires	95
Tableau 6. Les différents types d'hébergement non hospitalier.....	190
Tableau 7. Analyse des recommandations avec la grille AGREE II	209
Tableau 8. Grille AMSTAR	211
Tableau 9. Analyse critiques des études observationnelles sélectionnées	215
Tableau 10. Classifications ASA	220
Tableau 11. Gradation des dyspnées	220
Tableau 12. Classification NYHA pour l'insuffisance cardiaque	220
Tableau 13. Score de LEE	221
Tableau 14. Score simplifié d'APFEL	222
Tableau 15. Score MET.....	222
Tableau 16. Score STOP-BANG	222
Figure 1. Taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2012.....	16

Références

1. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006.
2. Lermite J, Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005;18(6):598-602.
3. Haute Autorité de Santé, Agence nationale d'appui à la performance. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Saint-Denis La Plaine; Paris: HAS; ANAP; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_socle_de_connaissances.pdf
4. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Paris: Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports; 2009.
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf
5. Danos J-P. Développer et organiser l'ambulatoire dans un établissement de santé. Guide pratique, nouveaux concepts organisationnels. Bordeaux: Études Hospitalières; 2013.
6. Smith I, Jakobsson J. Selection criteria. Dans: Smith I, McWhinnie D, Jackson I dir. Day case surgery. Oxford: OUP Oxford; 2011. p. 41-50.
7. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. La chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé français : une évolution positive entre 2006 et 2008 [En ligne] 2009.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_Chirurgie_ambulatoire_vdef2.pdf
8. Haute Autorité de Santé, Agence nationale d'appui à la performance. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée». Saint-Denis La Plaine; Paris: HAS; ANAP; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
9. Cuvelier G. Chirurgie urologique et ambulatoire. *Prog Urol* 2012;22(14):898-902.
10. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et Leviers. Enquête d'opinion de professionnels dans les établissements de santé en 2001. Paris: CNAMTS; 2003.
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/\\$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf)
11. Inspection générale des affaires sociales. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Rapport. Mars 2012. Paris: IGAS; 2012.
<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>
12. Saout C. Chirurgie ambulatoire : le point de vue des usagers [En ligne] 2011.
http://www.leciss.org/sites/default/files/110113_Chirurgie_ambulatoire-CISS.pdf
13. Audenet F, Cornu JN, Maillet M, Lukacs B, Sèbe P, Peyrat L, et al. Evaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie : expérience d'un centre. *Prog Urol* 2011;21(5):354-9.
14. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Programme Gestion du risque. Lyon: ATIH; 2013.
<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=4588>
15. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. L'analyse de l'activité hospitalière. Lyon: ATIH; 2012.
<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=4560>
16. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-

[delivrance de linformation a la personne sur son
etat de sante.pdf](#)

17. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris: SFAR; 2009.

http://www.sfar.org/docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf

18. Association française d'urologie, Société française d'anesthésie et de réanimation, Association française de chirurgie ambulatoire, Agence nationale d'appui à la performance. Chirurgie ambulatoire en Urologie - Recommandations AFU/SFAR/AFCA/ANAP. Progrès en Urologie 2013;23(6HS):1-68.

19. American Society of Plastic Surgeons. Pathways to preventing adverse events in ambulatory surgery. Arlington Heights: ASPS; 2011.

http://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/health-policy/evidence-safety/ASPS_PathwaystoPreventionGuide.pdf

20. European Society of Anaesthesiology, De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, *et al.* Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011;28(10):684-722.

21. Australian Day Surgery Council. Day surgery in Australia. Report and recommendations of the Australian Day Surgery Council. Melbourne: ADSC; 2004.

<http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/Day%20Surgery%20in%20Australia.pdf>

22. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Conférence d'experts. Texte court. Paris: SFAR; 2007.

http://www.sfar.org/docs/articles/cexp_nvpo.pdf

23. Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant. Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans). Recommandations : ADARPEF ; CNCE; 2008.

<http://www.adarpef.ouvaton.org/congresadarpef2009/CNEADARPEF.pdf>

24. Spain Ministry of Health and Consumer Affairs. Day surgery unit guide. Standards and recommendations : Madrid; 2008.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf

25. Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr Anesth Reanim 2008;27:1035-41.

26. Australian Day Surgery Nurses Association. Best practice guidelines for ambulatory surgery and procedures. 2009 : ADSNA; 2009.

27. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Recommendations for the perioperative care of patients selected for day care surgery. Melbourne: ANZCA; 2010.

<http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/documents/professional-standards/professional-standards-15.html>

28. Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Association française de chirurgie ambulatoire, Société française d'anesthésie et de réanimation. Amygdalectomie de l'enfant. Recommandations pour la Pratique Clinique. Paris: SFORL; 2010.

http://www.orlfrance.org/interventions/amygdalectomie_enfant.pdf

29. Society for Ambulatory Anesthesia, Joshi GP, Chung F, Vann MA, Ahmad S, Gan TJ, *et al.* Society for Ambulatory Anesthesia consensus statement on perioperative blood glucose management in diabetic patients undergoing ambulatory surgery. Anesth Analg 2010;111(6):1378-87.

30. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia 2011;66(5):417-34.

31. Hong Kong College of Anaesthesiologists. Guidelines on anaesthesia for day surgery [En ligne] 2002.

http://www.hkca.edu.hk/ANS/standard_publications/qui-dep05.pdf

32. Hong Kong College of Anaesthesiologists. Recommendations for the perioperative care of patients selected for day care surgery. Aberdeen: HKCA; 2012.
http://www.hkca.edu.hk/ANS/standard_publications/gui_dep05.pdf
33. Royal College of Anaesthetists. Section 5: Day surgery services. London: RCOA; 2006.
<http://www.rcoa.ac.uk/docs/ARB-section5.pdf>
34. Royal College of Anaesthetists. Section 5: Day surgery services. London: RCOA; 2012.
35. Collège professionnel des gériatres français, Société française de gériatrie et gérontologie, Collège national des enseignants chercheurs de gériatrie, Syndicat national de gérontologie clinique, Fédération française des associations des médecins coordonnateurs en EHPAD. Livre blanc de la gériatrie Française. Gériatrie 2011. Suresnes: CNP de Gériatrie; 2011.
<http://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2013/01/Livre-blanc-de-la-g%C3%A9riatrie-modifi%C3%A9.pdf>
36. UK Department of Health. Day surgery: operational guide. London: DH; 2002.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487?l dcService=GET_FILE&dID=17206&Rendition=Web
37. National Health Services. National good practice guidance on pre-operative assessment for day surgery. London: NHS; 2002.
38. Royal College of Nursing. Day surgery information. Selection criteria and suitable procedures. London: RCN; 2004.
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78511/001436.pdf
39. British Association of Day Surgery. Ten dilemmas in day surgery. London: BADS; 2006.
40. International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.
41. British Association of Day Surgery. Ten more dilemmas in day surgery. London: BADS; 2008.
42. British Association of Day Surgery. Organisational issues in pre operative assessment for day surgery. London: BADS; 2010.
43. British Association of Day Surgery. Managing patients with diabetes for day and short stay surgery. London: BADS; 2011.
44. British Association of Day Surgery. The pathway to success. Management of the day surgical patient. London: BADS; 2012.
45. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery. London: RCOA; 2009.
46. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthesia services for day surgery. London: RCOA; 2013.
https://www.rcoa.ac.uk/system/files/GPAS-2013-06-DAYSURGERY_1.pdf
47. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of paediatric anaesthesia services. London: RCOA; 2013.
http://www.rcoa.ac.uk/system/files/GPAS-2013-10-PAEDIATRICS_2.pdf
48. Bryson GL, Chung F, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, Van VJ, *et al.* Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review: part I. *Can J Anaesth* 2004;51(8):768-81.
49. Bryson GL, Chung F, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, Henderson C, *et al.* Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review: part II. *Can J Anaesth* 2004;51(8):782-94.
50. Haeck PC, Swanson JA, Iverson RE, Lynch DJ, ASPS Patient Safety Committee. Evidence-based patient safety advisory: patient assessment and prevention of pulmonary side effects in surgery. Part 1. Obstructive sleep apnea and obstructive lung disease. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(4 Suppl):45S-56S.
51. Society for Ambulatory Anesthesia, Joshi GP, Ankichetty SP, Gan TJ, Chung F. Society for ambulatory anesthesia consensus statement on preoperative selection of adult patients with obstructive sleep apnea scheduled for ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2012;115(5):1060-8.

52. Joshi GP, Ahmad S, Riad W, Eckert S, Chung F. Selection of obese patients undergoing ambulatory surgery: a systematic review of the literature. *Anesth Analg* 2013;117(5):1082-91.
53. Davies KE, Houghton K, Montgomery JE. Obesity and day-case surgery. *Anaesthesia* 2001;56(11):1112-5.
54. Ansell GL, Montgomery JE. Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery. *Br J Anaesth* 2004;92(1):71-4.
55. Canadian Anesthesiologists' Society, Friedman Z, Chung F, Wong DT. Ambulatory surgery adult patient selection criteria - a survey of Canadian anesthesiologists. *Can J Anaesth* 2004;51(5):437-43.
56. McCallum J, Nakamura T, Bye R, Jackson D. Day surgery for older people (70+): selection versus outcome effects. *Ambul Surg* 2000;8(3):143-9.
57. Canet J, Raeder J, Rasmussen LS, Enlund M, Kuipers HM, Hanning CD, *et al.* Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47(10):1204-10.
58. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. *Arch Surg* 2004;139(1):67-72.
59. Aldwinckle RJ, Montgomery JE. Unplanned admission rates and postdischarge complications in patients over the age of 70 following day case surgery. *Anaesthesia* 2004;59(1):57-9.
60. Whippey A, Kostandoff G, Paul J, Ma J, Thabane L, Ma HK. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. *Can J Anaesth* 2013;60(7):675-83.
61. Mathis MR, Naughton NN, Shanks AM, Freundlich RE, Pannucci CJ, Chu Y, *et al.* Patient Selection for Day Case-eligible Surgery: Identifying Those at High Risk for Major Complications. *Anesthesiology* 2013;119(6):1310-21.
62. Nivoche Y, Bruneau B, Dahmani S. Quoi de neuf en hyperthermie maligne en 2012 ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32(1):e43-e7.
63. Haute Autorité de Santé. Place et conditions de réalisation de la polysomnographie et de la polygraphie respiratoire dans les troubles du sommeil. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/place_et_conditions_de_realisation_de_la_polysomnographie_et_de_la_polygraphie_respiratoire_dans_les_troubles_du_sommeil_-_rapport_devaluation_2012-06-01_11-50-8_440.pdf
64. Hanna AH, Mason LJ. Challenges in paediatric ambulatory anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012;25(3):315-20.
65. Chung F, Subramanyam R, Liao P, Sasaki E, Shapiro C, Sun Y. High STOP Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaesth* 2012;108(5):768-75.
66. Cuisinier A, Albaladejo P. Comment appréhender les comorbidités et leurs traitements dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ? *Presse Med* 2014;43:283-90.
67. Sweitzer BJ. Preoperative screening, evaluation, and optimization of the patient's medical status before outpatient surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2008;21(6):711-8.
68. Bettelli G. Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23(6):726-31.
69. Dufeu N, Beaussier M. Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ? e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2013;12(2):79-84.
70. White PF, White LM, Monk T, Jakobsson J, Raeder J, Mulroy MF, *et al.* Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2012;114(6):1190-215.
71. Buckley H, Palmer J. Overview of anaesthesia and patient selection for day surgery. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2010;11(4):147-52.
72. Massa H, Hubert S, Carles M, Raucoules-Aimé M. Anesthésie du patient ambulatoire. *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation* 2010;36-635-A-10.
73. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des

patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008;39(4):323-30.

74. Mottram A. "They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish": a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *J Clin Nurs* 2011;20(21-22):3143-51.

75. Ip HY, Chung F. Escort accompanying discharge after ambulatory surgery: a necessity or a luxury? *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(6):748-54.

76. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Études et Résultats* 2011(764):1-8.

77. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Solard J, Evain F. Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités. *Études et Résultats* 2013(794).

78. Institut national de la statistique et des études économiques. L'accès aux soins hospitaliers n'est pas qu'affaire de distance. *Focal Insee Limousin* 2012(83).

79. Cour des comptes. Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris: Cour des comptes; 2013.
http://www.ccomptes.fr/content/download/60167/1493393/version/5/file/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf

80. Beaussier M, Vons C. Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire. *Presse Med* 2014; 43(3): 305-8.

81. Rose D. Les "géraniums" après le bloc opératoire. *Dernières Nouvelles d'Alsace* 2013;05 Mai.

82. State of Victoria Department of Human Services. Review of medihotels: future directions. Summary report. St Peters: State of Victoria Department of Human Services; 2006.

83. Séraqui M. Le Patienthotel de l'hôpital de Herlev au Danemark. *Techniques hospitalières* 2013(740):71-2.

84. Gaucher S, Bouam S, Cappiello F, Aissat A, Bethoux JP. Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. *Presse Med* 2012; 41(12P1): 1301-3.

85. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

86. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, *et al.* Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328(7454):1490.

Participants

► Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées

- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) ;
- Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) ;
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive (CFCGVD) ;
- Fédération de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (FSCMF) ;
- Société française d'ORL et de chirurgie cervico-faciale ;
- Association française d'urologie (AFU) ;
- Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP) ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) ;
- Collège français de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (CFCTCV) ;
- Société française de chirurgie pédiatrique (SFCP) ;
- Académie d'ophtalmologie ;
- Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP) ;
- Collège de neurochirurgie ;
- Collège de la médecine générale ;
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) ;
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI) ;
- Société française d'évaluation et de recherche en soins infirmiers de bloc opératoire ;
- Commission des infirmiers anesthésistes de la SFAR ;
- Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- Union nationale des réseaux de santé (UNRS) ;
- Association nationale des assistants de service social (ANAS) ;
- Association de patients : Collectif inter associatif sur la santé (CISS) ;
- Association d'usagers : UFC Que Choisir ;
- Juristes : SHAM et MACSF / Le sou médical.

► Groupe de travail

- D^r Francis ABIHANNA, gynécologie-obstétrique, CH Saint Julien en Genevois et Archamps (74)
- D^r Jérôme BEAUJARD, médecine générale, La Fare les Oliviers (13)
- Mme Nicole BILLAST, représentant des patients, Paris (75)
- D^r Michel COQUET, chirurgie infantile, Marseille (13)
- Mme Corinne DAVER, avocat, Neuilly sur Seine (92)
- D^r Patrice DETERME, chirurgie orthopédique, Toulouse (31)
- P^r Jean-Luc FAUCHERON, chirurgie générale et digestive, Grenoble (38)
- D^r Jean-Philippe FENDLER, urologie, Lyon (69)
- Mme Myriam GAGNARD, soins infirmiers, Hyères (83)
- Mme Marie KUMAR, assistante sociale, Gonesse (95)
- D^r Hubert LE HETET, anesthésie-réanimation, Cesson-Sévigné (35)
- Mme Véronique LUCAS-GABRIELLI, géographie de la santé, Paris (75)
- D^r Roland MARDUEL, ophtalmologie, Le Chesnay (78)
- D^r Catherine NOWAK, ORL, Le Kremlin-Bicêtre (94)
- D^r Jean-Marc PAULY, médecine générale et gériatrie, Rodemack (57)
- D^r Nathalie VIALLES, anesthésie-réanimation, Nîmes (30)

► Groupe de lecture

- Académie nationale de chirurgie

- Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA)
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS)
- Collège de la médecine générale
- Conseil national professionnel de gériatrie (CNP de gériatrie)
- Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR)
- Fédération nationale des infirmiers (FNI)
- Union fédérale des consommateurs – Que Choisir

Fiche descriptive

Intitulé	Descriptif
Méthode de travail	Rapport d'évaluation technologique
Date de mise en ligne	Juin 2014
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique sur www.has-sante.fr
Objectif(s)	Évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté.
Demandeur	DGOS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation des actes professionnels (SEAP)
Pilotage du projet	Coordination : Chantal ANDRIAMANGA, chef de projet, SEAP (chef de service : Michèle MORIN-SURROCA) Secrétariat : Suzie DALOUR, assistante, SEAP
Participants	Expertise externe à la HAS : D ^r Francis ABIHANNA, D ^r Jérôme BEAUJARD, Mme Nicole BILLAST, D ^r Michel COQUET, Mme Corinne DAVER, D ^r Patrice DETERME, P ^r Jean-Luc FAUCHERON, D ^r Jean-Philippe FENDLER, Mme Myriam GAGNARD, Mme Marie KUMAR, D ^r Hubert LE HETET, Mme Véronique LUCAS-GABRIELLI, D ^r Roland MARDUEL, D ^r Catherine NOWAK, D ^r Jean-Marc PAULY, D ^r Nathalie VIALLES. Cf. Chapitre 2.2
Recherche documentaire	Recherche bibliographique réalisée sur la période de 1990 à avril 2013 (stratégie de recherche documentaire décrite en Annexe 1). Réalisée par Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Yasmine LOMBRY, assistante documentaliste, sous la responsabilité de Frédérique PAGÈS, chef du Service documentation - information des publics, et Christine DEVAUD, adjointe au chef de service.
Auteurs de l'argumentaire	Chantal ANDRIAMANGA, chef de projet, SEAP, sous la responsabilité de Michèle MORIN-SURROCA, chef de service, SEAP. Le service de la mission juridique de la HAS sous la responsabilité de Christine VINCENT, chef de service.
Validation	Examen par la Commission d'évaluation économique et santé publique (CEESP) : avril 2014 Collège de la HAS : mai 2014
Autres formats	Pas d'autre format que le format électronique disponible sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Note d'orientation, texte court et décision HAS (mai 2014) disponibles sur www.has-sante.fr

~



*“ Ensemble pour le développement de la **chirurgie ambulatoire** ”*