

ABBREVIATIONS

ADARPEF	Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ALR	Anesthésie Loco-Régionale
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASA	American Society of Anesthesiologists
ATIH	Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation
CA	Chirurgie Ambulatoire
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH(U)	Centre Hospitalier (Universitaire)
CNCE	Conseil National de la Chirurgie de l'Enfant
CREDES	ex-Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES)
CR(O)	Compte-Rendu (Opératoire)
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EPS	Etablissement Public de Santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FMC	Formation Médicale Continue
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation « Complète » (ou « Conventionnelle »)
HDJ	Hospitalisation De Jour
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MSAP	Mise Sous Accord Préalable
MSS	Messagerie Sécurisée Santé
NVPO	Nausées et Vomissements Post-Opératoires
PADSS	Post Anesthetic Discharge Scoring System
PAR	Post Anesthesia Recovery
PARSAP	Post Anesthesia Recovery Score for Ambulatory Patients
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SFAR	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
SIPS	Système d'Information Partagée de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
T2A	Tarifcation A l'Activité
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

PLAN

Introduction	10
1 – Contexte et motivations	11
2 – Populations et méthodes	40
3 – Résultats et analyse	43
4 – Discussion.....	71
Conclusion.....	85
Références bibliographiques	86
Annexes	94
Table des matières.....	112

INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire (CA) assure la même qualité des soins qu'une chirurgie en hospitalisation complète, tout en permettant une limitation des coûts indispensable à la pérennité de notre assurance maladie solidaire et un recentrage autour du patient et de son domicile.

Elle fait actuellement l'objet d'un intérêt important national et international. Déjà en 1993, Wetchler et Jarret, ancien président de l'IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), disaient : « D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si un patient est susceptible d'être pris en charge en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, mais s'il y a une quelconque indication à une hospitalisation complète » (1). Plusieurs pays réalisent plus de 80 % des actes traceurs en ambulatoire (2). Le retard de la France dans ce domaine est considérable. Or en 2010, selon la formule de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : « il s'agit de changer de paradigme (...), la chirurgie ambulatoire devenant la référence » (3). En 2014, le gouvernement fixe l'objectif de réaliser 50 % des actes chirurgicaux en ambulatoire d'ici 2016, et la Cour des comptes souligne l'« enjeu majeur » du développement de la CA (4)(5).

L'organisation est cruciale en CA : pour De Lathouwer (premier président de l'IAAS) en 1999, « l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » (6). Celle-ci nécessite d'évaluer la communication entre acteurs de santé. La coordination des soins, notamment par le médecin traitant, est d'ailleurs recherchée d'une façon générale en médecine et apparaît dans la politique de santé française actuelle (4).

La chirurgie ambulatoire étant définie par un retour en ville le jour-même, la participation du médecin traitant est donc une question importante. Pour y impliquer les généralistes, il faut notamment permettre un bon échange d'informations : développer leurs compétences et faciliter la communication avec les centres à propos de leurs patients opérés.

Nous proposons d'étudier l'information transmise dans les suites d'une chirurgie ambulatoire entre centres et généralistes du Maine-et-Loire. Cela a été réalisé au moyen de questionnaires distribués aux patients de 4 centres de l'agglomération d'Angers pratiquant la CA, et à des médecins généralistes du département, le tout complété par des entretiens avec les médecins de ces centres de CA.

1 – CONTEXTE ET MOTIVATIONS

Les cibles à améliorer ayant motivé cette étude sont les suivantes :

- la chirurgie ambulatoire

La forte incitation à la CA (ce qui était rare devient la norme (3)) pousse à revoir les procédures de façon systématique : ce qui était fait « au cas par cas » devient protocolisé : par exemple ici la communication centres-généralistes. Or il y a peu d'études sur les recours aux soins de ville après CA et sur le point de vue des professionnels de santé (2).

- la médecine générale

L'importance du MG ne réside pas prioritairement dans le côté administratif des textes évoquant la coordination des soins (médecin traitant), mais d'abord dans la représentation que le patient en a (7). Elle pourrait gagner à améliorer sa connaissance du suivi postopératoire et à resserrer ses liens avec le milieu hospitalier.

- la coordination des soins

L'efficacité du système de santé en dépend pour la qualité des soins et pour la modération des coûts. Elle concerne fortement la CA et la médecine générale.

- l'aspect local

La volonté de permettre des actions concrètes a incité à se baser sur des données locales autour d'Angers.

Le développement des 3 premiers domaines est actuellement encouragé par les pouvoirs publics.

Ce chapitre présente donc successivement : la chirurgie ambulatoire, puis la médecine générale en lien avec la coordination des soins, chacune d'une façon générale et sous son aspect local.

1.1 – LA CHIRURGIE AMBULATOIRE (CA)

1.1.1 – DEFINITIONS

• **« La chirurgie ambulatoire »** regroupe, selon la Conférence de consensus de 1993, les « actes chirurgicaux (...) programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, (...) suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention » (8). Des définitions similaires ont été données par l'IAAS (traduite par l'AFCA) et l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé (9)(10). La CA est aussi appelée chirurgie de jour = chirurgie d'un jour = « day surgery = same day surgery = day only surgery = day case surgery ».

• **« L'anesthésie ou chirurgie ambulatoire »** est une notion plus large :

- sur le plan réglementaire, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire font partie des « structures de soins alternatives à l'hospitalisation », dont l'objet est « d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. (...) Sont mis en œuvre (...) des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (art. R. 6121-4 du CSP). Elles « dispensent les prises en charge (...) d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement (...). Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance (...) à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet » (art. D. 6124-301-1 du CSP) (annexe 2).

- selon la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), « l'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient » (11).

En 1996, seules 55 % des anesthésies ambulatoires concernaient des actes chirurgicaux (et 37 % concernaient des endoscopies digestives, 5 % de l'obstétrique, 3 % d'autres actes) (12).

Dans ces deux cas, elle se différencie :

- d'une intervention ne nécessitant pas le recours à un bloc opératoire.
- d'une admission de plus de 12 heures, considérée d'emblée comme une « hospitalisation complète » en France (alors que d'autres pays considèrent séparément des durées de 12-24 et de 24-72 heures).

1.1.2 – DESCRIPTION

1.1.2.1 – DEVELOPPEMENT DE LA CA

Les débuts (13)(14)(15)

Vers - 4000, les Sumériens connaissent l'opium.

En l'an + 54 : Dioscoride, voyageant avec l'armée, décrit que la mandragore avant une chirurgie diminue la sensation.

En 1842 aux USA, Long fait inhaler de l'éther à un patient chez qui il pratique une chirurgie sans douleur.

En 1909 au Royaume Uni, le chirurgien Nicoll rapporte 8988 opérations en ambulatoire chez des enfants (16).

En 1916 aux USA, l'anesthésiste Waters crée la Downtown Anesthesia Clinic où le patient s'allonge après un soin.

En 1951 aux USA est créée la 1ère unité de CA au sein d'un hôpital.

En 1980 est créé le 1er centre français de CA à Strasbourg.

En 1985, The Royal College of Surgeons of England propose de réaliser en ambulatoire 50% des interventions.

En 1991 en France, la CA est reconnue juridiquement (loi n° 91-748 portant réforme hospitalière).

Actuellement, en France

Mode de calcul du taux de chirurgie ambulatoire

Les données françaises sont issues du PMSI utilisé dans le cadre de la T2A.

Taux de CA = nombre d'actes de CA / nombre d'actes de chirurgie en général (17).

On distingue différentes façons de calculer le taux de CA, selon :

- les gestes pris en compte : toute chirurgie / gestes traceurs (comparaisons internationales)
- le recours de la population / la production des centres (comparaisons régionales)
- la définition d'« acte ambulatoire » : C sans nuitée / en J dans la classification 2009 du PMSI en GHM (18)(19).

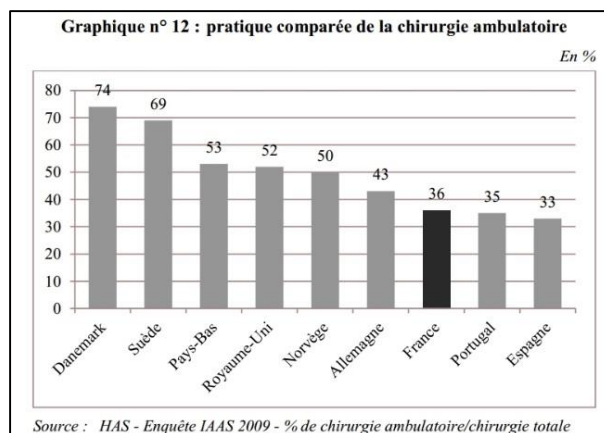
Comparaisons internationales des taux de CA

La France est « en retard » sur beaucoup d'autres pays pour le développement de la CA :

- sur les gestes traceurs de l'IAAS (liste de 18 puis 37 interventions pour comparer les pratiques entre pays), la CA représentait en France 35 % en 1997 (10^{ème} sur 13 pays de l'OCDE) et 45 % en 2009 contre 83 % aux USA en 2004 et 88 % en Norvège en 2009 (20)(21)(2).

- sur tous les gestes, la CA représentait en 2009 36 % en France, moins que pour beaucoup de pays dont le Danemark (74 %) (21)(2)(22) ; en 2010 aux USA, le taux de CA était de 63 % dans les hôpitaux locaux (2).

Sur toutes les chirurgies planifiées, la CA représentait même 89 % au Danemark en 2009 (2).



L'évolution en France montre cependant une progression du taux de CA (tous gestes inclus) de 32,3 % en 2007 à 42,7 % en 2013 (17)(18)(23). Le taux de CA est plus élevé dans le secteur privé (49,1 % en 2012) que dans le public (29,5 %) (17).

1.1.2.2 – L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (UCA)

Critères normatifs (annexe 2 ; articles D 6124-301 à 305 du CSP)

Le minimum de personnel est un IDE et deux médecins dont un anesthésiste, et un nombre d'IDE adapté durant l'utilisation du secteur opératoire. Les personnels intervenant surtout hors bloc sont dédiés à l'UCA pendant les prises en charge.

La structure a des moyens dédiés (locaux, matériel). Y sont assurés : accueil, surveillance, soins, gestion du matériel (stockage, pré-désinfection, élimination des déchets). Elle utilise un secteur opératoire conforme, a une zone de repos et des moyens pour préparer le patient et la sortie. L'équipe est formée à l'ambulatoire. Les prestations sont équivalentes à celles habituellement réalisées en hospitalisation complète (HC). L'UCA peut prendre en charge une complication. La circulation du patient couché, appareillé et accompagné, l'hygiène et l'asepsie nécessaire sont garanties

L'état de santé du patient lui permet de rejoindre son domicile le jour de l'intervention. Les prises en charge sont inférieures à 12 heures et ne comprennent pas d'hébergement. Le patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ, signé par un médecin (précisant le nom des médecins à contacter, les recommandations, les coordonnées du centre). La continuité des soins est organisée (dispositif médicalisé d'orientation immédiate), et si la structure ne l'assure pas, elle signe une convention avec une structure permettant une HC dans la même discipline.

Types de structures de CA selon leur degré d'indépendance (15)(2)

En France, on distingue classiquement 4 types de structures présentés dans le tableau suivant.

Structure	Accueil et locaux de séjour	Salle de bloc	Localisation		
			des locaux de séjour	de la salle de bloc	de la structure
- intégrée	Dédiés	Partagée	Dans une unité d'HC	Dans le bloc traditionnel	Dans un établissement
- autonome		Dédiée	Hors d'une unité d'HC	Hors du bloc traditionnel	
- satellite					
- indépendante					

Remarque

Aux USA, se développe le concept de « l'ambu-hôtel » (structure hébergeant les patients de CA sans soignant dans l'ambu-hôtel), ce qui n'est pas pour l'instant dans les pratiques en France.

1.1.2.3 – DECISION DU MODE AMBULATOIRE

Critères d'éligibilité

Il n'y a pas de liste d'actes éligibles, c'est l'ensemble patient-acte-structure qui détermine l'éligibilité. La SFAR a émis des recommandations en 1994 et 2009, ces dernières sont plus souples et fondées sur le rapport bénéfice risque et la prévisibilité (permanence et continuité des soins) (24)(11). Les conditions suivantes sont généralement nécessaires :

- Les risques, la durée et les suites sont maîtrisés. La CA est possible pour certaines urgences si cela ne perturbe pas l'UCA et si elle assure la même qualité et la même sécurité.
- L'âge minimum est 3 mois pour la SFAR ou 6 mois voire moins pour le CNCE et l'ADARPEF (et pour le prématuré 60 semaines d'âge post-conceptionnel) (25).
- Le statut ASA est I, II ou III stable (annexe 4) (26).
- Le patient comprend et accepte les modalités. S'il est non francophone, mineur ou a un trouble du jugement, il est accompagné par un tiers garantissant le respect des consignes : jeûne, traitements, continuité des soins.
- Le lieu de résidence est compatible (la durée et la distance n'excluent pas la possibilité de CA).
- Lors du trajet du retour, le patient ne conduit pas et est accompagné par un tiers.
- La présence d'un accompagnant au domicile est évaluée et définie au préalable.

L'influence (voire la contrainte) de la Mise Sous Accord Préalable (MSAP) (27)

En cas de choix d'une HC, l'accord de l'Assurance Maladie est parfois nécessaire au remboursement : pour certains actes et dans certains établissements hospitaliers en dessous de la moyenne régionale, la prise en charge des nuits d'hospitalisation est soumise à l'accord de l'Assurance Maladie, qui concerne 5 gestes en 2008, 17 en 2009 et 38 depuis 2012 (28) (annexe 3). Les critères d'accord à une HC sont : score ASA > ou = 3, pas de téléphone, pas d'accompagnant en post-opératoire, durée de transport > ou = à 1 heure, difficultés de compréhension.

Acteurs de la décision du mode ambulatoire

Le médecin demandant un avis chirurgical peut parfois inciter au mode ambulatoire en adressant le patient à un chirurgien dont ils peuvent connaître l'habitude d'opérer en ambulatoire. Le chirurgien propose le mode ambulatoire. L'anesthésiste donne son accord. Le consentement du patient au mode ambulatoire est alors recherché (29) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations (...), les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté(...). Aucun acte médical (...) ne peut être pratiqué sans le consentement » (art. L1111-4 du CSP). « Il est possible de faire signer au patient le document (...) de prise en charge ambulatoire [pour] inciter à la lecture (...) [ce qui] n'engage pas [sa] responsabilité juridique » (11). Mais la MSAP (art. L162-1-17 du CSS) impose l'ambulatoire dès lors qu'il n'y a pas de contre-indication médico-chirurgicale. Dans les faits, le choix du mode ambulatoire n'est pas donc pas donné au patient. Le MG peut être informé du mode ambulatoire.

1.1.2.4 – DEROULEMENT (30)

Tout au long de la procédure, l'information du patient est primordiale comme pour toute prise en charge médicale, mais encore plus indispensable en CA.

Avant l'intervention

Le patient consulte généralement son MG, éventuellement un autre spécialiste, puis le chirurgien qui pose l'indication chirurgicale et propose le mode ambulatoire, enfin un anesthésiste qui peut être un autre que celui qui sera présent lors de l'acte (les informations sont transmises dans le dossier d'anesthésie) : cette consultation pré-anesthésique est obligatoire, réalisée 3 mois à 48h avant la chirurgie (sauf urgence) et inclut un interrogatoire, un examen physique et la délivrance d'une information loyale.

Le centre appelle éventuellement le patient la veille de la CA (rappel des consignes : jeûne, toilette, heure d'admission). Le matin même de l'intervention, pour vérifier que rien n'a changé entre temps, la visite pré-anesthésique est faite par l'anesthésiste qui sera présent lors de la chirurgie.

Pendant l'intervention

L'acte chirurgical

Les actes sont les mêmes qu'en HC, toutefois la CA favorise le développement de techniques mini-invasives (exérèse sous endoscopie digestive, cœlioscopie, interventionnel vasculaire...).

L'anesthésie

Le patient bénéficie de la même surveillance clinique et du même monitoring qu'en HC.

Tous les modes d'anesthésie peuvent être utilisés :

- générale (dont la neuroleptanalgie)
- locorégionale : périmédullaire (rachianesthésie ou périurale), plexique ou tronculaire
- locale.

Certains produits sont cependant privilégiés en anesthésie ambulatoire, parmi :

- les hypnotiques (ex : propofol vu la rapidité de normalisation des tests psychomoteurs au réveil)
- les analgésiques :
 - morphinomimétiques (ex. : alfentanil, vu la durée d'action plus courte que celle du fentanyl)
 - antalgiques du palier 1 (paracétamol, AINS, néfopam) intéressants car limitent les morphinomimétiques.
- les curares éventuellement (ex. : succinylcholine), quoiqu'évités si possible en ambulatoire.

Le contrôle des voies aériennes peut se faire par les mêmes moyens qu'en HC (intubation oro ou nasotrachéale, masque laryngé, canule oropharyngée à ballonnet).

Après l'intervention

Le patient est surveillé en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), obligatoire en France. Dans d'autres pays (USA), a été discutée la possibilité d'une absence de passage en SSPI, dans le cadre des procédures accélérées : « fast-tracking » (31). La possibilité de sortie de SSPI peut s'évaluer selon un score, par exemple le score PAR (Post Anesthesia Recovery) dit d'Aldrete (32). Lorsque ce score est $>$ ou $=$ 9 (sur 10), le patient peut sortir de la SSPI pour séjourner l'UCA, avec évaluation régulière et premier lever par l'IDE.

L'aptitude à la rue s'évalue sur différents critères : conscience et orientation, mobilité active des membres, pression artérielle, mouvements respiratoires, saturation en O₂, saignement et aspect de la cicatrice, douleur, station debout et marche, possibilité de boire des liquides, miction (discuté). Les critères jugés importants peuvent aussi être regroupés dans des scores (annexe 4), par exemple le score PADSS (Post Anesthetic Discharge Scoring System) et le score PARSAP (Post-Anaesthesia Recovery Score for Ambulatory Patients) aussi selon Aldrete (possible $>$ ou $=$ 18 sur 20) (33) (34). La sortie est alors autorisée par un médecin de l'UCA : « un bulletin de sortie [est] (...) signé par l'un des médecins de la structure » (art. D6124-304 du CSP).

Avant la sortie, sont généralement donnés au patient :

- un numéro de téléphone du centre
- les ordonnances nécessaires (antalgiques, soins infirmiers, etc.) si non données auparavant
- des consignes écrites de surveillance destinées au patient
- un courrier destiné au médecin traitant.

La permanence des soins se concrétise en CA par :

- l'information délivrée au patient
- la présence d'un proche pendant 24 heures
- la possibilité donnée au patient de joindre le centre par téléphone 24 heures sur 24 (les IDE du centre aux heures ouvrables, ou l'urgentiste en dehors de ces horaires, peuvent répondre aux patients demandant des conseils médicaux, ou transférer l'appel au chirurgien)
 - la transmission rapide des informations médicales au médecin traitant
 - la prévision de la prise en charge d'une éventuelle complication si le patient habite loin ou si le centre ne possède pas les structures nécessaires (possible convention entre établissements) (11)
- l'« appel du lendemain » au patient, généralement par un IDE, afin de conseiller le patient (réassurance, conseil sur la prise médicamenteuse, position antalgique, éventuelle nécessité de reconsulter un médecin, etc.)
- une éventuelle consultation de contrôle clinique, faite par le chirurgien ou le généraliste, qui peut être mise en place par certains centres.

1.1.3 – MOTIVATIONS POUR DEVELOPPER LA CA

1.1.3.1 – EVALUATION : AVANTAGES ET LIMITES

Avantages médicaux de la CA : un rapport bénéfice/risque favorable

Les complications majeures (mortalité et morbidité majeure) sont très faibles

- **Le nombre de décès** est très faible : 0 à 0,01 % selon Chung et Mezei, d'après 5 études incluant 6000 à 38 598 patients (les 4 décès survenus étant dus à 2 infarctus du myocarde (IDM) et 2 accidents de la voie publique) (35).
- **La morbidité majeure** est faible également : 0,08 à 0,8 % (IDM, accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire, insuffisance respiratoire, complications chirurgicales) (35).
- **Les infections du site opératoire (ISO)** sont rares : 0,4 à 0,484 % selon 2 études de 5183 et 284 098 patients (36)(37).
- **Les hémorragies sont rares** : le taux de réadmission pour saignement est de 0,04 % sur 172710 patients dans l'étude de Vaghadia et al. La gynécologie et l'urologie sont les plus concernées (38).

Les complications mineures (symptômes gênants) sont activement combattues

Les symptômes gênants sont principalement la douleur et les Nausées et Vomissements Post-Opératoires (NVPO). La CA favorise la réduction des symptômes postopératoires par rapport à une HC :

- en utilisant préférentiellement des techniques anesthésiques et chirurgicales mieux supportées et aux effets secondaires moins longs
- en anticipant les effets secondaires par la délivrance d'ordonnances préventives avant la sortie.

Les risques liés à la durée d'hospitalisation sont diminués par le mode ambulatoire, concernant :

- les infections nosocomiales
- le syndrome confusionnel (touchant surtout les personnes âgées)
- les complications précoces de décubitus (principalement thromboses veineuses profondes, escarres).

La réadaptation fonctionnelle est accélérée, ce qui est lié à la reprise rapide d'une activité normale.

Cette recherche de réadaptation rapide se retrouve dans de nouveaux concepts hors cadre de la CA mais qui s'en inspirent, par exemple la récupération rapide après chirurgie (RRAC) : responsabilisation du patient, performance, etc.

Avantages non médicaux (humains, sociaux, économiques)

Pour le patient

Il participe activement à sa propre prise en charge (liberté, responsabilisation).

Il est peu séparé de ses proches et de son cadre de vie (intéressant notamment pour les enfants).

Il reprend plus rapidement ses activités habituelles et éventuellement son emploi.

Pour l'entourage qui n'a pas à s'adapter à une absence prolongée du patient, ce sont :

- les proches (ex : patients ayant des enfants en bas âge)

- l'entreprise : la récupération plus rapide favorise un retour à l'emploi dans un délai plus court.

Pour le personnel hospitalier

L'échange avec le patient responsabilisé est de qualité.

Il est gratifié par une pratique reconnue, récente, « en vogue » et privilégiée par les pouvoirs publics.

Il n'y a pas d'horaires de nuit.

Pour la société

Les coûts sont moindres :

Les coûts hospitaliers diminueraient de 25 à 68 % (moindre durée d'hospitalisation et absence de travail de nuit) (10). A cela s'ajoutent probablement d'autres économies plus difficilement évaluables, liées par exemple à une moindre durée d'arrêt de travail et d'une façon générale à une reprise rapide de l'activité habituelle.

Les économies générées par le développement de la CA en France pourraient être, selon les sources :

- 5 milliards € selon la Cour des Comptes comparant le taux de CA en France (40 %) et à l'étranger (80 %) et se basant sur un rapport de l'ANAP considérant un potentiel de CA de 72 % (39)(22)(5),
- 570 millions € selon la Fédération Hospitalière de France, estimant le taux de CA atteignable à moyen terme à 56 % (40)(41),
- 1 milliard € sur 3 ans selon la ministre de la santé M. Touraine en 2014, visant un taux de CA de 50 % en 2016 (4).

Le système de santé est plus performant

Il y a davantage de places dans les services de chirurgie pour les patients nécessitant une HC.

Les délais d'attente pour les patients avant une intervention chirurgicale diminuent d'autant.

Limites de la chirurgie ambulatoire

Bien que l'évaluation de la CA dans la littérature soit très favorable, il reste quelques lacunes dans la connaissance :

- du rapport bénéfice/risque pour les patients (les études sont non comparatives ou de faible puissance)
- du point de vue des professionnels de santé (les études manquent)
- du coût total : les dépenses autres que celles du centre et de l'assurance maladie ne sont pas prises en compte (2).

La CA implique le respect de consignes, et un effort d'organisation, par exemple pour assurer la présence d'un proche le soir et la première nuit. La CA est parfois plus compliquée pour les personnes âgées.

Certains risques persistent si on ne les prévient pas :

- la reprise plus rapide d'une activité normale (par rapport au repos en HC) pourrait entraîner :
 - une hypotension orthostatique au lever précoce (prévenue par une aide infirmière)
 - un contexte moins « reposant » du domicile et de l'entourage
 - un traumatisme d'un membre encore anesthésié (prévenu par une protection et des consignes).
- l'absence de soignant aux côtés du patient à son domicile peut éventuellement entraîner :
 - une anxiété (minorée en optimisant au maximum les explications)
 - une non prise en charge de symptômes s'il ne consulte pas (si isolé, fatigué ou a peur de déranger).
 - des délais de prise en charge plus longs en cas de complication ou de symptôme gênant.

Par ailleurs, l'Union des Chirurgiens de France (UCDF), premier syndicat chirurgical français, dénonce :

- la lourdeur des contraintes administratives (freins à la CA encore récents : interdiction jusqu'en 1991, bornes basses jusqu'en mars 2014),

- la part trop grande du secteur public dans les débats sur la CA (alors que le privé fait plus de CA)
- le risque d'oublier la priorité à apporter à la qualité des soins (par rapport aux économies)
- « une prévision de progression (...) irréaliste (...) cela suppose d'effectuer en ambulatoire des gestes complexes conduisant (...) à changer de techniques opératoires » (42).

1.1.3.2 – LES SOUTIENS AU DEVELOPPEMENT DE LA CA

La motivation des acteurs

Le premier soutien est la demande des patients et la motivation des chirurgiens.

Des associations

- L'IAAS a pour objectif de promouvoir le développement d'une CA de qualité. Elle a été fondée en 1995 et compte 19 pays membres à part entière (43).
- L'AFCA est membre de l'IAAS (44).

Des financements

Certains viennent notamment de la Commission Européenne (Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé) :

- Day Surgery Data Project (2009-2012) : pour valider des indicateurs et développer des systèmes d'information en CA (45).
- DAYSAFE (Improving patient safety of hospital care through Day Surgery, 2010-2013) : le but est de promouvoir les meilleures pratiques et standards en CA (46).

Des évaluations et recommandations par des instances nationales

- L'ex-CREDES a évalué en 2002 le potentiel de développement de 17 gestes marqueurs sur la base du PMSI 1999 (47).
- La HAS et l'ANAP mènent le programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » (2011-2015) qui comprend 6 axes :
 - 1 : Socle de connaissances
 - 2 : Critères d'éligibilité
 - 3 : Organisation
 - 4 : Evaluation, outils et recommandations économiques
 - 5 : Indicateurs, suivi et évaluation
 - 6 : Certification/Accréditation (12).
- La Cour des Comptes recommande en 2013 de fermer les lits de chirurgie d'HC en surcapacité (évalués à 18000) afin de développer la CA (22).
- Le ministère de la santé donne l'objectif d'atteindre un taux de CA de 50 % en 2016 (4).

Des mesures réglementaires

Dès 1991, les autorisations ont favorisé une augmentation de la proportion de places de CA par rapport à l'HC : possibilité d'ouvrir des places de CA dans les zones dont les moyens de chirurgie étaient excédentaires si fermeture de lits d'HC (anciens art. L.712-10 et D 712-13-1 du CSP, aujourd'hui abrogés).

En 2003, les objectifs des ARS incluent la CA dans le schéma d'organisation sanitaire (Ordonnance n° 2003-850).

En 2012, la réglementation est assouplie, le centre a davantage de liberté (décret n° 2012-969) :

- l'ouverture n'est plus limitée à 12 heures (cette durée de 12h limite dorénavant la prise en charge)
- le personnel de l'UCA peut travailler aussi hors de l'UCA
- la quantité de personnel est décidée par le centre (et non plus définie par le législateur).

Des mesures tarifaires ont été prises :

- En 2007, débute le rapprochement entre les tarifs de certains actes de « couples de GHM » (CA versus HC). Les tarifs uniques apparaissent pour certains couples en 2009 (entre la CA et le premier niveau de sévérité) : il y a 18 couples à tarif unique en 2009 ; 19 en 2010 ; 40 en 2012 ; 47 en 2013 et 111 en 2014 (48) (49).

- En 2008, la Mise Sous Accord Préalable subordonne le remboursement de certains actes en HC à l'accord de l'Assurance Maladie (28).

1.1.4 – PERIODE QUESTIONNANT LES GENERALISTES : APRES LA SORTIE

1.1.4.1 – LES RESPONSABILITES

Elles ne sont pas spécifiques à la CA : « Réglementairement, il n’y a aucun transfert possible de responsabilité de l’opérateur / anesthésiste vers le médecin de ville, chaque professionnel restant responsable de son acte et de son suivi » (50).

1.1.4.2 – LES SYMPTOMES

La douleur est le symptôme le plus important au domicile

Alors que sa fréquence est de 4,7 % en SSPI puis 1,9 % dans la chambre de l’UCA, elle atteint 26,9 % 24 heures après la chirurgie ambulatoire d’après Chung et Mezei (35). Selon les études, elle est modérée à sévère 24 heures après une CA de nature variée chez 26 à 40 % des patients (51)(52). Elle concerne :

- le site opératoire le plus souvent (douleur de l’incision présente 24h après CA dans 27 % des cas pour Chung et al, et jusqu’à 50 % des patients ayant subi une chirurgie générale ou une laparoscopie (53)),
- des douleurs pharyngées existent aussi (suite à l’intubation),
- des céphalées (12 %) (53)
- et parfois des myalgies.

Les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) sont fréquents

De même, leur fréquence étant de 2,2 % en SSPI puis de 3,9 % dans la chambre de l’UCA, elle atteint 7,1 % des patients 24 heures après la chirurgie ambulatoire (53) (7,3 % dans d’autres études (53)(54)). Et même, elles apparaissent dans les 24 heures après CA pour 30 % des patients (55).

Une somnolence concerne 11 % des patients 24 heures après CA, surtout après laparoscopie (26 %) (53).

Des lipothymies ou des sensations vertigineuses étaient signalés par 10 % des patients 24 heures après CA, maximaux après une laparoscopie (24 %) (53).

TABLE III Incidence de complications postopératoires selon l’âge du patient (Données de l’Ambulatory Surgical unit of The Toronto Hospital, Western Division).

Complications	Taux (%) Patients < 65 ans (n = 12 852)	Taux (%) Patients 65 ans (n = 4 786)	Taux (%) Total (n = 17 638)
Salle de réveil (SSPI)	12,1	3,1	9,6
Douleurs intenses	6,3	0,6	4,7
Nausées, vomissements	2,7	0,7	2,2
Frissons/hypothermie	1,1	0,2	0,9
Étourdis/somnolence	0,6	0,1	0,4
Cardiovasculaires	0,4	1,1	0,6
Respiratoires	0,4	0,3	0,4
Saignements excessifs	0,1	0,1	0,1
Chirurgie ambulatoire (UCA)	9,5	3,4	7,9
Nausées, vomissements	4,8	1,3	3,9
Douleurs intenses	2,2	1,0	1,9
Étourdissements	1,7	0,4	1,3
Somnolence	0,4	<0,1	0,3
Cardiovasculaires	0,1	0,3	0,1
Saignements excessifs	0,1	0,1	0,1

TABLE IV Symptômes postopératoires 24 h après la chirurgie ambulatoire selon l’interview téléphonique (n = 778)

Symptômes	Fréquence (% de patients)
Douleur au site chirurgical	26,9
Céphalées	11,6
Somnolence	11,5
Étourdissements	9,7
Nausées, vomissements	7,1
Fièvre	5,0

(35)

1.1.4.3 – LE RECOURS AUX SOINS APRES CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les patients téléphoneraient en moyenne davantage à leur MG qu'au centre

Dans les 7 jours après la CA, 6 % des patients ont téléphoné au centre, alors que 13 % ont téléphoné à leur MG, dans une étude de Marchal et al. de 2000 interrogeant 219 patients de CA conservatrice pour cancer du sein (56).

Mais la pathologie cancéreuse serait-elle un biais pour le choix du médecin appelé ?

La consultation d'un médecin après CA est fréquente :

- Dans le 1^{er} mois après CA, 43 % des patients ont consulté un soignant de premier recours (le généraliste pour 27 % des inclus, de façon non préprogrammée pour 13 %) selon l'étude de Willis et al. de 1997 (57). Cependant le fait de consulter le 1er mois est peut-être peu différent pour une CA ou une chirurgie en HC.

- Dans les 7 jours après CA, 16,7 % des patients ont consulté leur MG (1 fois ou plus, soit 22 consultations pour 100 interventions de CA), et 15 % des consultations étaient dans les 24 heures après CA (Kong et al., 1478 patients (58)).

La principale raison de la consultation était la douleur pour 34,3 % des consultations, des NVPO pour 6 %, une complication chirurgicale pour 19,8 % (infection 11,9 %, saignement/ecchymoses 4 %, autre 4 %) (58).

Reasons for general practitioner consultations	Number of consultations		
	Within 24 h	24 h to 7 days	Total
Pain	25	88	113
Nausea	5	8	13
Vomiting	1	6	7
Surgical complication	8	57	65
Other reasons	12	119	131
Total	51	278	329

- 38 % des MG disent avoir eu à intervenir auprès du patient au moins « souvent » après CA dans l'étude d'Aubert (59).

1.1.4.4 – MOYENS DE LUTTE CONTRE LES EFFETS INDESIRABLES A DOMICILE

La douleur

Connaître les facteurs prédictifs de douleur sévère 24 heures après CA qui sont selon Chung et al. (60) :

- le sexe masculin
- un Indice de Masse Corporelle élevé
- la durée de l'anesthésie
- la durée de séjour en SSPI et la durée de séjour à l'UCA
- le type de chirurgie :
 - chirurgie orthopédique (surtout chirurgie de l'épaule ou ablation de matériel), orchidectomie, cure d'hydrocèle, circoncision, cure de hernie, stripping de varices, liposuction, augmentation mammaire, décompression nerveuse, stérilisation sous coelioscopie (Chung et al. (60))
 - ou, par ordre décroissant d'intensité douloureuse : microdissectomie lombaire, cholécystectomie sous coelioscopie, chirurgie de l'épaule, chirurgie du coude ou de la main, chirurgie de la cheville, cure de hernie inguinale, chirurgie du genou (selon McGrath et al. (51)).

Le type d'anesthésie utilisée pendant l'intervention influe sur la douleur au domicile : l'anesthésie locorégionale permet une analgésie postopératoire immédiate. Elle peut être associée à une recrudescence de la douleur à domicile à la levée de l'analgésie, mais l'intensité douloureuse est similaire à celle de patients opérés sous anesthésie générale prenant le même traitement per os (61).

Les modalités antalgiques recommandées en postopératoire, utilisables à domicile

L'analgésie multimodale est définie par la SFAR comme l'association de « médicaments analgésiques et [de] techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires, à l'origine d'interactions additives voire synergiques ». Elle permet d'accroître l'efficacité antalgique en limitant les doses de morphine, ce que l'on cherche pour éviter les effets secondaires (nausées, somnolence...) Dans la douleur postopératoire, les molécules intéressantes sont surtout le néfopam (Acupan*) et les AINS comme le kétoprofène (Profénid*). Le paracétamol peut être associé mais son efficacité semble moindre que celle des AINS (62) (63).

L'anesthésie locorégionale par Blocs Nerveux Périphériques Continus (BNPC), dits aussi cathéters péri-nerveux, se développe à domicile et donc pour la CA. Le cathéter est prescrit et posé par l'anesthésiste, au bloc opératoire sous asepsie rigoureuse : la localisation peut se faire à l'aveugle, par injection de produit radio-opaque, sous échographie ou par électrostimulation. Le produit utilisé est souvent la ropivacaïne (Naropeine*). Cette technique très intéressante pour l'antalgie, nécessite un apprentissage, au moins du patient, voire d'un IDE et/ou du médecin traitant, afin de surveiller l'absence de complications (nerveuses, infectieuses), et un pansement occlusif (qui devrait, si le besoin antalgique requérait cette durée, être de toutes façons refait tous les 7 jours) (64)(63)(65)(66).

Les nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Connaître les facteurs prédictifs de NVPO, qui sont (67)(68)(69) :

- terrain : femme, jeune âge, IMC élevé, antécédents de NVPO ou de mal des transports, anxiété, douleur postopératoire, absence d'éthylisme, absence de tabagisme
- intervention : chirurgie gynécologique, laparoscopie, lithotripsie, chirurgie ophtalmologique, orthopédique, de la face et du cou,
- médicaments :
 - de l'anesthésie : opiacés, halogénés, étomidate, fentanyl, sufentanil
 - si anesthésie périmédullaire : péthidine, néostigmine
 - périopératoires : imidazolés, macrolides, alcaloïdes de l'ergot de seigle, morphiniques
- type d'anesthésie : anesthésiques volatiles, N2O, anesthésie générale.

Le score d'Apfel simplifié (évalué pour des anesthésies inhalatoires) retient comme facteurs de risque : femme, âge jeune, antécédent de mal des transports ou de NVPO, et morphiniques postopératoires (70).

Un effet prophylactique antiémétique est attribué à plusieurs molécules administrées pendant l'anesthésie générale : la diminution du risque de NVPO 24 heures après la chirurgie était de 26 % pour l'ondansétron, la dexaméthasone et le dropéridol, 19 % pour le propofol (versus anesthésique volatil), 12 % pour l'azote (versus oxyde nitrique) (67).

De nombreux patients présentent des NVPO au domicile alors qu'ils n'ont pas eu de nausées à l'UCA (71).

Antiémétiques (69)

La métopimazine (Vogalène*) est intéressante notamment sous sa forme lyoc. La scopolamine en patch (Scopoderm*) peut être utilisée.

Une difficulté est liée au fait que certains antiémétiques sont peu adaptés à une prescription courante en ville, soit du fait de leur spécificité, soit d'une inefficacité dans un contexte post-opératoire :

- les antagonistes des récepteurs 5-HT₃ à la sérotonine (sétrons) semblent être la classe d'antiémétiques de référence pour traiter les NVPO : ondansétron (Zophren*) et granisetron (Kytril*), qui sont des médicaments d'exception et dont le remboursement est réservé aux nausées et vomissements chimio ou radioinduites.
- le métopimazine (Primperan*) semble inefficace dans les nausées et vomissements postopératoires.
- le droperidol (Droleptan*) ne peut pas être prescrit en ville car il est réservé aux hôpitaux et n'existe que sous forme injectable.

1.1.5 – LOCALEMENT, LA CA

Pour comparer les taux de CA entre territoires (régions, départements), on distingue **(17)** :

- Taux de consommation (par la population) = taux de recours à la CA/taux de recours à la chirurgie (Taux de recours = nombre de séjours de la population d'une région par an / population de la région)

- Taux de production (par les établissements) = séjours de CA / séjours de chirurgie

Ces taux (identiques au niveau national) peuvent différer pour un territoire si des patients sont traités dans un autre. Le taux de production permet de comparer l'effort de développement de la CA par territoire et est souvent désigné par « taux de CA » à défaut de précision.

• **DANS LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE**

Le taux de rotation moyen (nombre de patients par jour, par place), est de 1 en 2011, ce qui est bas (souvent entre 0,5 et 2,8), une place accueillant au moins 220 patients/an (72)(73).

Le taux de CA :

- sur les 38 gestes traceurs, était 72,9 % en 2012 (national 74,4 %) et 75,6 % en 2013 (74).

- sur tous les gestes, est de 43,2 % en 2013, proche du niveau national (42,7 %) et progresse un peu plus vite que la moyenne française (en dessous en 2007 puis au-dessus en 2013) **(17)**. Ci-dessous, les taux en Pays de la Loire (parenthèses : données nationales) **(18)(23)** :

Chirurgie ambulatoire en Pays de la Loire (entre parenthèses : données nationales)		2007	2012	2013
Taux de production de chirurgie ambulatoire en % = séjours CA (GHM en C sans nuitée) / séjours chirurgie (GHM en C)		31,7 % (32,3 %)	41,1 % (40,8 %)	43,2 % (42,7 %)
Taux de recours à la CA pour 1000 habitants = nb de séjours CA / 1000 habitants)	Moyenne standardisée par l'âge et le sexe	25,3 ‰ (25,2 ‰)	35,1 ‰ (33,7 ‰)	
	0-3 ans	53,4 ‰ (40,9 ‰)	45,3 ‰ (38,2 ‰)	
	4-17 ans	20,0 ‰ (16,3 ‰)	21,6 ‰ (17,5 ‰)	
	18-74 ans	22,1 ‰ (22,8 ‰)	32,5 ‰ (31,9 ‰)	
	75 ans et +	47,7 ‰ (55,0 ‰)	77,5 ‰ (77,1 ‰)	

• **DANS LE DEPARTEMENT DU MAINE-ET-LOIRE**, le taux de CA était de 36,7 % en 2010 et de 41,6 % en 2013 (inférieur à celui de la région) (23).

• **DANS L'AGGLOMERATION D'ANGERS**, 6 centres pratiquent la chirurgie ambulatoire : le CHU, la clinique de l'Anjou, la clinique Saint Joseph, la clinique Saint Léonard, le Centre Paul Papin et le Centre de la Main. L'enquête qui suit a recueilli les réponses de 4 de ces centres. Ce tableau présente les données de 2012 (sauf autre année précisée) (75) :

		ENQUETE chirurgie ambulatoire					
		Angers			Trélazé (« Village Santé »)		
		Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin (ICO)	Centre Hospitalier Universitaire	Clinique de l'Anjou	Clinique Saint Joseph	Clinique Saint Léonard	Centre de la Main
Types de chirurgie		Pathologies tumorales	tous	tous	Cardio-vasculaire, viscérale, ORL, stomatologie	Orthopédie et traumatologie, pédiatrie, neurochirurgie	Chirurgie du membre supérieur
Total médecine chirurgie obstétrique	Lits et places		1 262	351	145	107	5
	Séjours (HC + HDJ)	6 467	76 959	34 224	12 003	9 762	4 081
Dont chirurgie	Lits et places		333	259	75	85	5
	Séjours (HC + HDJ)	2 156	19 558	19 615	4 433	9 150	3 641
Dont chirurgie ambulatoire	Places de CA		22	47	21	15	5
	Séjours chirurgicaux en ambulatoire (HDJ)	1 023	5 553	9 559	2 390	2 665	3 641
	Taux globaux de CA (23)	2010 2013	29,9 % 28,8 %	24,4 % 27,9 %	38,2 % 47,2 %	42,0 % 46,4 %	28,2 % 29,8 %

Remarque : le taux global de CA est inférieur au rapport des séjours chirurgicaux en ambulatoire sur les séjours chirurgicaux, surtout pour l'ICO, le CHU et la Clinique Saint Léonard, possiblement car :

- certains patients ayant séjourné à l'UCA (et comptés dans les séjours chirurgicaux en ambulatoire) sont finalement restés pour la nuit (donc non comptés dans le taux de CA)

- ou surtout, tous les patients accueillis dans l'unité où est pratiquée la chirurgie ambulatoire ne sont pas opérés, par exemple si cette unité est encore incomplètement spécifique à la CA (par exemple, l'UCA de la clinique Saint Léonard accueille aussi des patients de médecine).

Le temps moyen à l'UCA au retour du bloc est par exemple de 4h20 pour la clinique Saint Léonard et de 3h15 pour le CHU (médiane : 3h03) (72).

1.2 – MEDECINE GENERALE, COORDINATION

1.2.1 – ROLES DU MEDECIN GENERALISTE

1.2.1.1 – ETRE UN PREMIER RECOURS

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment (...) :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé (...)
- contribuer aux actions de prévention et de dépistage (...)
- participer à la mission de service public de permanence des soins (...) » (art. L. 4130-1 du CSP).

L'importance du MG est mentionnée dans la stratégie nationale de santé de 2013 (76) :

« Premier pilier : (...) le médecin traitant sera identifié comme le pivot de la (...) prévention (...)

Deuxième pilier : (...) structurer la médecine de parcours à partir des soins de premier recours (...) en lançant la révolution du premier recours, car c'est bien à partir et autour du médecin traitant que doit s'organiser l'offre de soins ambulatoire ».

Concernant le patient de CA après son retour à domicile, s'agit-il d'un premier recours ?

1.2.1.2 – ASSURER LA COORDINATION DES SOINS

Cette mission du généraliste est mentionnée dans deux textes.

- Selon l'art. L. 4130-1 du CSP (annexe 2), « Les missions du médecin généraliste (...) sont (...) :
 - orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins (...)
 - s'assurer de la coordination des soins (...)
 - contribuer au suivi (...) en coopération avec les autres professionnels ».
- Selon l'art. L. 162-5-3 du CSS créé par la loi du 13 août 2004, « afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré (...) indique (...) le nom du médecin traitant (...) [qui] peut être un généraliste ou un spécialiste ». Or le médecin traitant choisi est un médecin généraliste dans 99,5 % des cas (77).

1.2.1.3 – VEILLER A LA GLOBALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Pour soigner la personne dans toutes ses dimensions, le généraliste recherche une approche complète :

- médicale (soin du corps dans son ensemble) : dans sa propre prise en charge (diagnostic, traitement) et suite à la consultation de différents spécialistes d'organe une des missions du MG est « s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé » (art. L. 4130-1 du CSP).
- intégrant psychologie, culture, religion, famille, situation sociale, environnement, administration...

1.2.2 – INTERACTIONS HOPITAL-VILLE, COORDINATION

1.2.2.1 – LES PROBLEMES RENCONTRES DANS LES INTERACTIONS

• Relationnel entre l'hôpital et la ville

« Les relations du monde hospitalier avec les médecins traitants restent souvent difficiles » selon le rapport Larcher (78). Les généralistes ont le sentiment que les médecins hospitaliers « ne collaborent pas » avec eux selon l'étude d'Hubert et al. (79). Les médecins généralistes déploreraient « un manque de coopération avec les médecins hospitaliers » (80).

• Echange d'information hôpital-ville

En général

Les généralistes évoquent, à propos de leurs confrères hospitaliers : « des difficultés pour les joindre (...) et un retard à l'information » dans une étude autour de Grenoble (80).

A la sortie du patient

Les défauts de transmission de l'information à la sortie de l'hôpital sont fréquents et peuvent nuire aux soins (81). La discontinuité des soins entre l'hospitalisation et les soins externes entraîne de nombreuses erreurs médicales et un risque accru de réhospitalisation (82).

Dans l'étude de Hubert et al., 94 % des médecins généralistes considèrent le délai dans lequel ils sont informés de la sortie de leur patient : « long » ou « trop long » (79).

Dans l'enquête interrogeant les MG autour de Grenoble, « l'indicateur de satisfaction concernant le courrier d'hospitalisation obtenait une note de 35,9/100 et l'indicateur portant sur la préparation de la sortie de 29,3/100 » (80).

Or, selon le CSP (Art. R1112-60), « le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade ».

1.2.2.2 – LA COORDINATION DES SOINS : UNE SOLUTION

Définition

La coordination des soins est définie par Avedis Donabedian comme « un processus par lequel les éléments et les relations du soin médical pendant chaque séquence de soins s'adaptent les uns aux autres dans une vision d'ensemble » (83).

Il existerait 3 types de continuités des soins, qui concerneraient :

- le transfert d'information (lien entre événements passés et situation présente)
- la gestion (« management » pour des pathologies faisant intervenir de nombreux praticiens)
- la relation entre le patient et le médecin (84).

La coordination pourrait correspondre aux deux premiers types.

Motivations

Le transfert d'information est supposé par le patient jusqu'à preuve du contraire. La perception par le patient de la continuité des soins est liée à une bonne relation avec un médecin de confiance. Pour le patient, le transfert d'informations inclut les informations qui lui sont données. Les plans de soins, qui sont une aide à la coordination pour le médecin, ne sont pas perçus comme tels par le patient (85). La ministre de la santé M. Touraine veut favoriser « la coopération entre la médecine de ville [et] l'hôpital » (4).

Les acteurs de la coordination

Le patient participe à sa prise en charge et éventuellement à une partie de la transmission de l'information. Mais il ne doit pas assumer toute cette charge, comme le fait craindre le rapport Larcher : « Les généralistes ont des difficultés fréquentes à joindre leurs collègues hospitaliers, notamment publics, et à être informés en temps utile de la situation de leurs patients. Dans ces conditions, une large part de la coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille et le risque est grand de rupture dans la prise en charge » (78). Le patient peut ne pas comprendre des notions médicales (ou ne pas vouloir connaître certaines informations sur sa santé).

Tous les professionnels de santé sont responsables des informations reçues et transmises.

Le médecin généraliste est particulièrement concerné, d'autant plus s'il est le médecin traitant

Les aides à la coordination

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)

Il a été créé par l'Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel, il permet le partage d'information sur les coordonnées des professionnels de santé (86).

Les formes d'exercice coordonné

Elles regroupent les centres de santé, les pôles de santé, les maisons de santé (dont les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires : SISA) (87)(88). Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) participent activement à simplifier l'offre de soins infirmiers en ambulatoire.

Les structures de coopération territoriales

Formes juridiques qu'il est possible de créer actuellement (89)

Personnalité morale ?	Structure de coopération	Membres possibles
Non (fonctionnelle = conventionnelle)	Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)	Etablissements Publics de Santé (EPS)
	Convention de Coopération	Toute personne physique ou morale
	Fédération Médicale InterHospitalière (FMIH)	Centre Hospitalier - Etablissements Publics de Santé (sauf CHU)
Oui ou non	Réseau de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé libéraux - Médecins du travail - Etablissements de santé - groupement de Coopération Sanitaire (GCS) - Centres de santé - Organisations à vocation sanitaire ou sociale - Représentants des usagers
Oui (organique = institutionnelle)	Association loi 1901	Organismes et personnes physiques intervenant dans le domaine sanitaire et médico-social
	Coopérative Hospitalière de Médecins	(Pas de disposition réglementaire)
	Groupement d'Employeurs	Personnes physiques ou morales sauf les EPS
	Groupement d'Intérêt Economique (GIE)	Associe au moins deux des choix suivants : <ul style="list-style-type: none"> - EPS/sociaux/médico-sociaux - Etablissements privés de santé/sociaux/médico-sociaux - Professionnels de santé libéraux
	Groupement d'Intérêt Public (GIP)	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins une personne morale de droit public - Etablissements de santé/sociaux/médico-sociaux
	<ul style="list-style-type: none"> - GCS de moyens - Et GCS-Etablissements de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins un établissement de santé - Etablissements médico-sociaux - Centres de santé - Pôles de santé - Professionnels médicaux libéraux
	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes morales gestionnaires d'établissements /services/professionnels sociaux/médico-sociaux/de santé - Etablissements de santé - Organismes à but non lucratif d'intérêt général

En particulier, les réseaux de santé (annexe 3)

Ils ont été créés par les ordonnances du 24 avril 1996, puis ont été redéfinis par la loi du 4 mars 2002. Ils peuvent être : une association, un Groupement de Coopération Sanitaire, un Groupement d'Intérêt Public, un Groupement d'Intérêt Economique (art. L6121-2 du CSP).

Ils « ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...) tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. (...) Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, (...) des établissements de santé, (...) des représentants des usagers » (art. L6321-1 du CSP).

Ils peuvent être financés par l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie : « un fonds d'intervention régional finance (...) la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, (...) à des réseaux de santé, à des établissements de santé » (Art. L1435-8 du CSP). « Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes (...) d'assurance maladie (...), une dotation de l'Etat » (Art. L1435-9 du CSP). Les réseaux peuvent recourir au bénévolat. S'ils ont la personnalité morale, ils peuvent être employeurs (89).

1.2.2.3 – COORDINATION HOPITAL-VILLE APRES CA

• Les pratiques

La transmission d'information se fait principalement par courrier, que les généralistes disent trop tardifs et trop succincts : selon une étude française réalisée par Robaux et al. en 2000 et interrogeant 958 MG participants (90) : le mode d'information du centre au généraliste après CA est un courrier remis au patient à la sortie dans 70 % des cas, un courrier postal dans 12 % des cas, un autre moyen (téléphone, fax, mail) dans moins de 5 % des cas ; et le moment de réception de l'information par le MG était le jour-même de l'intervention pour 29,2 % des MG, le lendemain pour 4,8 %, 48 heures après pour 11,7 % et plus de 48 heures après pour 25,9 % des MG.

• Les recommandations

Il semblerait superflu d'instituer une consultation systématique destinée à persister à terme

Pour Beaussier et Vons (présidente de l'AFCA), dans la majorité des cas, les patients opérés en ambulatoire ne nécessitent pas de suivi particulier en ville, les patients de CA étant sélectionnés et les actes maîtrisés pour permettre une sortie sécurisée. Néanmoins, la CA bénéficiant à de plus en plus de patients âgés ou fragiles avec des actes de plus en plus lourds, des soins voire un suivi programmé en ville sont envisageables pour certains patients. Et pour les actes réalisés nouvellement en ambulatoire, un contrôle par le MG peut être intéressant principalement dans les débuts (91).

Un acte ancien et maîtrisé ne devrait donc pas nécessiter, sur le long terme, de consultation systématique après chirurgie ambulatoire chez le médecin généraliste.

Néanmoins, l'information au médecin traitant paraît un minimum

La SFAR recommande 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 » (11).

Cette information du MG n'impose pas de consultation systématique et présente ces avantages :

- le MG peut expliquer au patient les notions mal comprises, l'information du patient étant particulièrement primordiale en CA, le patient étant acteur de sa prise en charge.

- si le patient a un besoin de soins urgents, en rapport ou non avec la CA, une prise en charge globale implique que le médecin connaisse les antécédents importants, dont toute chirurgie récente fait évidemment partie. Ceci inclut les médicaments arrêtés, modifiés ou reçus récemment.

- enfin, si un autre médecin (hors du centre de CA) est amené à prendre en charge le patient, plus ou moins longtemps après la CA, c'est souvent le généraliste qui lui transmettra les informations qu'il aura reçues.

1.2.3 – LES ATTENTES DES GENERALISTES VIS-A-VIS DES CENTRES DE CA

• CONSERVER LE PRINCIPE ACTUEL DE COURRIER AU MG / FICHE DE LIAISON

Dans l'étude de Hubert de 2009, 87 % des MG jugent indispensable une fiche de liaison médicale pour assurer une bonne prise en charge des complications (92).

• RACCOURCIR LE DELAI DE RECEPTION DE L'INFORMATION

De nombreux MG le souhaitent, selon une étude de 2007 auprès de 81 participants (59) :

- pour 64 % des MG, les délais dans lesquels ils sont informés de la CA ne sont pas adéquats.
- pour 55 %, l'amélioration des relations MG-équipe de CA passe par une communication en temps réel (fax, mail, téléphone).

• DETAILLER DAVANTAGE L'INFORMATION

Concernant l'acte et la prise en charge post-opératoire

34 % jugent l'information insuffisante quand ils sont intervenus auprès du patient après CA (59).

Concernant l'anesthésie

Une information sur l'anesthésie réalisée est souhaitée en post-opératoire par beaucoup de généralistes :

- 76 % des MG ne trouvent pas le compte-rendu anesthésique assez informatif (59).
- une information est souhaitée sur les molécules pour 56 % des MG et sur la technique anesthésique pour 44 %, selon une étude de 2004 auprès de 50 MG participants (93).

• POUVOIR RECEVOIR UNE FORMATION

Selon la même étude de Hubert, 66 % des MG souhaitent recevoir une formation pour assurer une bonne prise en charge des complications de CA (92).

1.2.4 – L'EXEMPLE DE LA CLINIQUE SEVIGNE

Grâce aux deux personnes contactées du service qualité, les documents sont présentés en annexe 5.

Suite à une étude de 2004 de l'URML Centre mettant en évidence des difficultés dans le suivi postopératoire par les médecins généralistes, la polyclinique Sévigné (Hôpital Privé Sévigné, Cesson-Sévigné) a développé une coordination avec le médecin traitant. Cette organisation, que les experts de la Haute Autorité de Santé ont qualifiée d' « action remarquable » a été mise en place en 2005 (94) (95) :

- Plusieurs jours avant l'intervention, après la consultation pré-anesthésique (ou à la consultation du chirurgien), un courrier est envoyé ou faxé au médecin traitant (consultation du patient chez le MG le lendemain de la CA, suites post-opératoires, numéro de téléphone pour contacter un référent de l'équipe).
- Le jour de la CA, à la sortie, sont remises au patient :
 - à destination du patient :
 - les ordonnances de sortie
 - des indications écrites sur les suites habituelles et les éventuels risques postopératoires
 - une fiche de liaison (remplie par un médecin et une IDE du centre)
 - un « questionnaire patient » à remplir le lendemain
 - à destination du généraliste : une fiche d'évaluation de l'état clinique du patient « consultation du lendemain » (à remplir par le MG lors de la consultation du lendemain et à faxer au centre)
- Le lendemain de la CA :
 - le patient remplit le « questionnaire patient »
 - le patient consulte son médecin traitant (chez qui il aura pris rendez-vous à l'avance), qui remplit la fiche d'évaluation de l'état clinique du patient « consultation du lendemain », et renvoie les documents à la polyclinique Sévigné. Le taux de retour est de 70 à 75 %.
- Une formation aux MG a été organisée. Il n'y a pas eu de diffusion de protocoles aux MG.

Les généralistes ont été impliqués dès le début de cette organisation et consultés régulièrement : une réunion était proposée tous les 6 mois à la Polyclinique avec les MG, et comptait en moyenne 5 à 15 MG à chaque réunion. L'aide de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (puis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé ML) a été sollicitée pour l'organisation. L'Agence Régionale de Santé avait été sollicitée au départ. Il ne s'agit pas d'une structure officialisée de « réseau de santé » (association, GCS, GIP, GIE), mais d'une coopération menée par le centre. Il est envisageable que cette organisation s'arrête par la suite. Mais à la question : « jugez-vous cette organisation nécessaire ? », 95 % des généralistes répondaient oui.

1.2.5 – LOCALEMENT, LA COOPERATION FORMALISEE

1.2.5.1 – A L’ECHELLE DE LA REGION DES PAYS DE LA LOIRE

Le Groupement de Coopération Sanitaire « e-santé Pays de La Loire » (96)

Il a été fondé le 07.07.2011 à partir d’anciennes structures régionales : le GIE « Télésanté Pays de Loire », l’association « Planet Santé », le Syndicat Interhospitalier des Télécommunications de Santé des Pays de la Loire (SITE).

Il compte 154 membres (un des plus gros GCS de France), parmi lesquels sont déjà présents, parmi les acteurs de soins susceptibles d’être impliqués en CA autour d’Angers :

- le CHU d’Angers
- la clinique de l’Anjou
- la clinique Saint Joseph
- les URPS des pharmaciens et des masseurs kinésithérapeutes des Pays de la Loire.

Il assure la maîtrise d’ouvrage régionale unique des Systèmes d’Information Partagés de Santé (SIPS). Ses actions sont la plateforme d’information grand public, le répertoire opérationnel des ressources, la messagerie sécurisée, les dossiers médicaux partagés, la téléimagerie. Elles sont destinées aux professionnels de santé, aux structures de santé, au grand public.

1.3.2.2 – A L’ECHELLE DU DEPARTEMENT DU MAINE-ET-LOIRE

La Communauté Hospitalière de Territoire « Mayenne - Anjou - Mayenne »

Elle a été créée le 8/04/2013, associe le Maine-et-Loire et la Mayenne, et regroupe : le CHU d’Angers, le Centre de santé mentale angevin, et les CH de Saumur, Cholet, Nord-Mayenne, Laval et du Haut-Anjou (97).

Réseaux de santé en Maine-et-Loire

Ce sont : le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire, la cellule d’urgence médico-psychologique, le RESAAD (RESeau des Acteurs en ADdictologie : Addictologie de liaison), le réseau de réadaptation fonctionnelle, le réseau Lombaction, le réseau Diabète 49, le réseau médical interhospitalier pour le traitement des diabétiques porteurs de pompes à insuline, FREDIAL = Fédération des REseaux DIABète des Pays de la Loire, le réseau régional interhospitalier de prise en charge des hémophiles, le réseau Anjou-Maine de cancérologie, le réseau d’oncologie pédiatrique des Pays de la Loire, REVIH (REseau Ville Hôpital SIDA du Maine-et-Loire), le réseau d’accompagnement et de soins palliatifs, le réseau d’ingénierie biomédicale (98).

1.3 – BUT DE L'ETUDE : QUESTIONNER L'IMPLICATION DES MG EN CA

Les deux premières questions sont préalables à cette étude et la troisième est son objet spécifique.

FAUT-IL IMPLIQUER LES GENERALISTES EN CA ?

Le bien-fondé de l'implication des généralistes en CA n'est pas encore établi par tous.

Mais si on ne l'accepte pas d'emblée, c'est du moins une question à considérer avec intérêt car :

- une spécificité de la CA est son besoin d'organisation importante, or le médecin traitant est celui qui a été institué par le législateur comme le porteur de la coordination globale des soins,
- le principe même de la CA est un retour très précoce (le jour-même) du patient à son domicile donc « en ville ».

SI OUI, PAR QUELS MOYENS GLOBALEMENT ?

Si la réponse est effectivement d'impliquer les généralistes, il faudra leur garantir les moyens de participer à cette prise en charge (et proposer des outils). Ceux-ci regroupent :

- les moyens matériels hors information (temps nécessaire, locaux, organisation des astreintes...)
- l'information du MG.

QUELS SONT LES MOYENS D'INFORMATION DU MG ACTUELS ET A DEVELOPPER ?

Pour s'impliquer en CA, les MG doivent avoir accès à une connaissance à la fois :

- générale sur la CA, dont les suites.
- individualisée, pour un patient particulier (qui passe surtout par la communication centres-MG).

Ces connaissances nécessitent 2 types de conditions, objets de cette étude :

- pouvoir se former pour avoir des compétences de base spécifiques nécessaires aux MG en rapport avec la CA (et pour cela, évaluation des besoins de formation)
- pouvoir communiquer rapidement et aisément avec le centre, notamment pour le recueil des informations du centre par les MG : CA → organisation → coordination → communication (et pour cela, évaluation des besoins d'autres moyens de communication).

Quel support donner à ces deux champs d'actions ? Créer un réseau de santé serait-il justifié ?

2 – POPULATIONS ET METHODES

On a souhaité évaluer les liens entre la CA et les MG de deux façons :

- Subjective, en cherchant à transcrire l'opinion des acteurs :
 - les patients : ressenti sur les suites de leur intervention (par le questionnaire Patients)
 - les MG : perception de la CA et demandes (par le questionnaire Généralistes)
 - les centres (par les entretiens avec les centres).
- Objective, en tentant d'évaluer l'adéquation entre :
 - besoins des patients : symptômes et recours aux soins (questionnaires Patients)
 - solutions que peuvent apporter les MG : moyens à disposition (questionnaires MG, entretiens avec les centres).

2.1 – QUESTIONNAIRE PATIENTS

2.1.1 – METHODOLOGIE

Cette partie de l'enquête est prospective et semi-quantitative. Les données ont été collectées sur le logiciel Excel.

2.1.2 – CONTENU DU QUESTIONNAIRE (ANNEXE 1)

Il comprend trois parties (en plus de caractéristiques générales : âge, sexe, suivi par un MG, type d'anesthésie) :

- pratique du centre de CA de la remise des papiers de sortie jusqu'à l'éventuel appel du lendemain
- ressenti du patient à domicile (symptômes, gêne fonctionnelle) dans les 3 jours (de la sortie à J+2 au soir)
- recours aux soins dans les 3 jours (de la sortie à J+2 au soir).

2.1.3 – INCLUSION (ET DATES DE DISTRIBUTION)

400 patients ont reçu un questionnaire :

- à la Clinique Saint Léonard de Trélazé (octobre 2013) : 100 patients de chirurgie ou anesthésie ambulatoire
- à la Clinique Saint Joseph de Trélazé (novembre 2013) : 100 patients de chirurgie ou anesthésie ambulatoire
- au CHU d'Angers (décembre 2013) : 100 patients de chirurgie ou anesthésie ambulatoire
- à la Clinique de l'Anjou à Angers (janvier 2014) : 100 patients de CA (excluant les explorations sans chirurgie).

Une patiente de la Clinique de l'Anjou a été exclue a posteriori, car sortie à J+1. 399 patients ont donc été inclus.

2.1.4 – ORGANISATION POUR LE RECUEIL DES DONNEES

Les IDE avaient la consigne d'expliquer brièvement au patient le moment où remplir le questionnaire (J+2 au soir), quand ils le donnaient en mains propres au patient, juste avant la sortie de l'UCA, dans une enveloppe non fermée contenant : une lettre explicative, le questionnaire Patients anonyme et une enveloppe retour affranchie adressée au CHU d'Angers. Il n'y a pas eu de relance.

2.2 – QUESTIONNAIRE GENERALISTES

2.2.1 – METHODOLOGIE

Cette partie de l'enquête est prospective et semi-quantitative.

Les données ont été collectées sur le logiciel Excel.

2.2.2 – CONTENU DU QUESTIONNAIRE (ANNEXE 1)

Il comprend 3 parties (en plus d'une introduction sur le mode d'exercice) interrogeant le médecin généraliste sur :

- les obstacles qu'il rencontre dans la prise en charge des patients le sollicitant dans les 3 jours après CA, concernant :
 - sa perception d'être apte à dépister des complications et prendre en charge des symptômes fréquents après CA
 - les difficultés de communication perçues avec les centres de chirurgie ambulatoire
- son avis sur un éventuel futur réseau de santé axé sur la chirurgie ambulatoire
- des exemples d'actions qui lui sembleraient bénéfiques dans le cadre de la communication centres-généralistes au sujet des suites de la chirurgie ambulatoire (boîte mail, sujets de FMC).

2.2.3 – INCLUSION

• Initialement

Les médecins ont été sélectionnés à partir de la liste du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Maine-et-Loire. Le CDOM a fourni une liste de 675 médecins généralistes, à partir de laquelle, par ordre alphabétique, 1 médecin sur 2 a été sélectionné, soit 337 médecins.

La sélection des médecins généralistes n'a donc pas de lien avec celle des patients.

• A posteriori, médecins exclus de l'enquête

Ce sont ceux qui ont répondu en disant explicitement qu'ils n'exerçaient pas de médecine générale actuellement (six médecins).

Les médecins exerçant la médecine générale, ayant retourné les questionnaires sans le remplir n'ont pas été exclus mais ont été comptabilisés dans le taux de non-participation.

• Au total, médecins inclus

331 médecins ont donc été inclus dans l'enquête.

Plusieurs médecins référencés comme généralistes au Conseil de l'Ordre étaient pourtant classés sous d'autres spécialités dans l'annuaire des Pages Jaunes, ce qui a pu diminuer le taux de participation.

2.2.4 – ORGANISATION POUR LE RECUEIL DES DONNEES

1^{ER} ENVOI

337 questionnaires ont été envoyés par voie postale en octobre 2013.

L'enveloppe d'envoi contenait : une lettre explicative, le questionnaire Généralistes anonyme et une enveloppe retour affranchie adressée au CHU d'Angers et numérotée (afin d'éviter un rappel inopportun).

2^{EME} ENVOI : « RAPPEL »

147 courriers retour avaient été réceptionnés au 25/11/2013, dont 146 dans l'enveloppe numérotée. Les médecins sélectionnés pour le 2^{ème} envoi sont ceux du 1^{er} envoi dont la réponse n'avait pas été réceptionnée dans l'enveloppe numérotée au 25/11/2013 (191 médecins), et seulement s'ils figuraient sur le site des Pages Jaunes (153 médecins), sauf 3 car divergence de nom ou oubli : 150 courriers de rappel ont donc été envoyés le 27/11/2013.

Le courrier contenait également une lettre, le même questionnaire généralistes et une enveloppe réponse affranchie (non numérotée). L'adresse du courrier de rappel était celle des Pages Jaunes au 25/11/2013. Les réponses ont été collectées jusqu'à fin décembre 2013.

2.3 – ENTRETIENS AVEC LES CENTRES

Des entretiens téléphoniques semi-dirigés ont été menés avec un anesthésiste de chaque centre où des questionnaires ont été distribués aux patients, avec un chirurgien, ainsi qu'avec la responsable qualité d'un autre centre ayant organisé une collaboration poussée avec les médecins généralistes : la Polyclinique Sévigné.

Deux journées passées avec l'équipe infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire de Saint Léonard m'ont permis de mieux appréhender son fonctionnement, les 22 et 23 août 2013.

Enfin, des réseaux de santé ont été contactés afin d'apprécier leur fonctionnement : RESAAD, REVIH, Diabète49.

3 – RESULTATS ET ANALYSE

Dans les résultats, pour plus de clarté dans les graphiques, les abréviations suivantes sont utilisées :

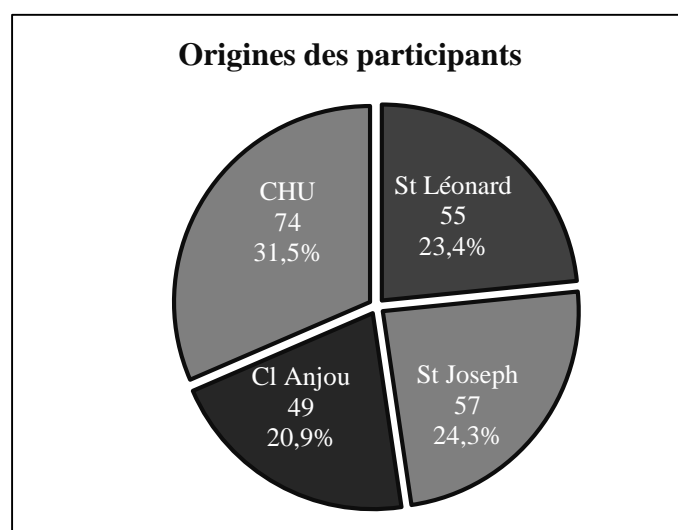
- St Léonard signifie Clinique Saint Léonard
- St Joseph Clinique Saint Joseph
- Cl Anjou Clinique de l'Anjou
- CHU Centre Hospitalier Universitaire
- NSP « Ne Sait Plus »
- NR « Non Répondu »
- SO « Sans Objet »
- MG « Médecin Généraliste ».

3.1 – RESULTATS DU QUESTIONNAIRE PATIENTS

3.1.1 – TAUX DE PARTICIPATION DES PATIENTS

Sur les 4 centres, parmi les 399 patients inclus, 235 ont participé, soit un taux de participation global de 58,9 % (de 49,5 % à 74 % selon les centres).

	inclus	participants	Taux de participation	Part du centre dans l'enquête (origines des participants)
4 CENTRES	399	n = 235	58,9 %	100 %
St Léonard	100	n = 55	55 %	23,4 %
St Joseph	100	n = 57	57 %	24,3 %
Cl Anjou	99	n = 49	49,5 %	20,9 %
CHU	100	n = 74	74 %	31,5 %



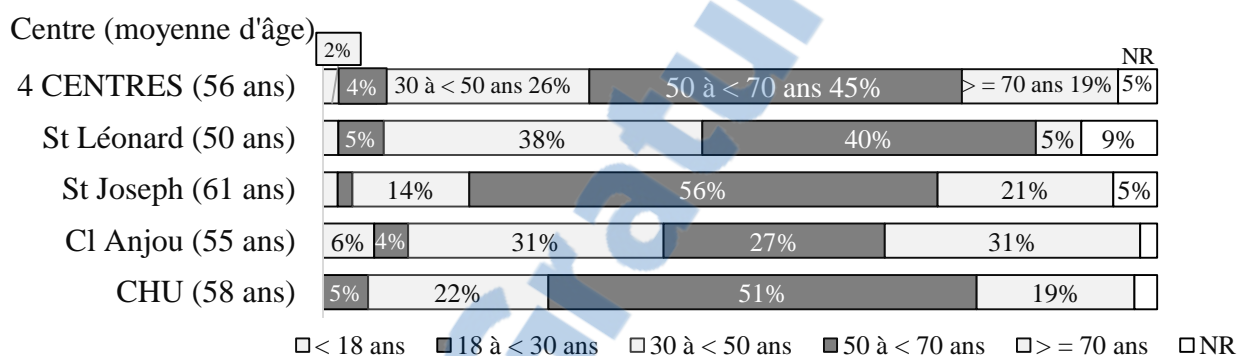
3.1.2 – ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

3.1.2.1 - CARACTERISTIQUES DES PATIENTS PARTICIPANTS

Age

L'âge moyen des participants est de 56 ans.

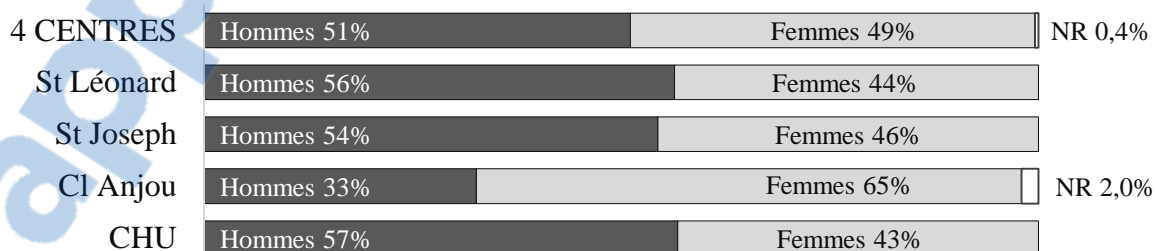
La tranche d'âge 50-70 ans est la plus représentée avec 45 % des participants.



Sexe

Les participants sont à 51 % des hommes et 49 % des femmes. Le sex ratio H/F est de 1,10.

La clinique de l'Anjou a une part plus importante de femmes.



Suivi régulier par un médecin généraliste

90 % des patients se disent suivis régulièrement par un médecin généraliste.

La libre interprétation de « suivi régulier » a été laissée au patient car la réponse importe surtout pour la capacité du patient à nommer un médecin traitant pour coordonner les soins.

	Oui	Non	NR
4 CENTRES	90%	8 %	3 %
St Léonard	89%	7 %	4 %
St Joseph	96%	4 %	0 %
Cl Anjou	84%	10 %	6 %
CHU	89%	9 %	1 %

Type d'anesthésie

Les deux tiers des patients (68 %) disent « avoir été endormis ».

Sont susceptibles d'être incluses parmi les réponses :

- « oui » : les anesthésies générales « classiques » et les neuroleptanalgies
- « non » : les anesthésies locales

et les anesthésies locorégionales dont périmédullaires (péridurales et rachianesthésies).



3.1.2.2 – PRATIQUES DU CENTRE DE LA SORTIE A L'EVENTUEL APPEL DU LENDEMAIN

Papiers de sortie

- Numéro de téléphone donné par le centre chirurgical à contacter en cas de problème

97 % des patients disent avoir eu un numéro de téléphone du centre, ce qui suppose que le centre le donne systématiquement (ou presque) et que l'information est claire et mémorisée par le patient.

	Oui	Non	NSP	NR
4 CENTRES	97%	0,9 %	2 %	0,4 %
St Léonard	98%	0 %	2 %	0 %
St Joseph	98%	0 %	2 %	0 %
Cl Anjou	96%	0 %	2 %	2 %
CHU	95%	3 %	3 %	0 %

- Ordonnance(s) (médicaments, matériel, examens)

Existence d'une ou de plusieurs ordonnances

La grande majorité (82 %) des patients disent avoir reçu une ou plusieurs ordonnances.

Les pratiques des centres apparaissent ici un peu plus hétérogènes.

	Oui	Non	NSP	NR
4 CENTRES	82%	14 %	1 %	3 %
St Léonard	100%	0 %	0 %	0 %
St Joseph	65%	32 %	0 %	4 %
Cl Anjou	65%	29 %	2 %	4 %
CHU	93%	3 %	1 %	3 %

Si oui, suffisance des ordonnances

67 % du total des participants disent leurs ordonnances suffisantes et 3 % insuffisantes.

Parmi les patients s'étant prononcés, 95,7 % répondent oui. Mais ceux n'ayant pas répondu car n'ayant pas eu d'ordonnance (« sans objet » : 15 %) regroupent les patients qui n'avaient pas besoin d'ordonnance et ceux qui en auraient eu besoin mais à qui le centre n'en a pas donné.

	Oui	Non	NR	Autre	SO
4 CENTRES	67%	3 %	13 %	1 %	15 %
St Léonard	78%	7 %	15 %	0 %	0 %
St Joseph	53%	2 %	12 %	0 %	33 %
Cl Anjou	57%	2 %	14 %	0 %	27 %
CHU	77%	3 %	12 %	3 %	5 %

- Indications écrites sur que faire après l'opération (surveillance, consignes)

Existence des indications

88,9 % des patients disent avoir eu des indications écrites.

	Oui	Non	NSP	NR
4 CENTRES	88%	8 %	2 %	2 %
St Léonard	98%	0 %	2 %	0 %
St Joseph	88%	7 %	4 %	2 %
Cl Anjou	84%	12 %	0 %	4 %
CHU	84%	12 %	3 %	1 %

Si oui, utilité des indications

Les indications ont été utiles pour 67 % des participants.

On constate une hétérogénéité des réponses parmi les centres.

	Oui	Non	NSP	NR	SO
4 CENTRES	67%	8 %	1 %	14 %	11 %
St Léonard	80%	5 %	0 %	13 %	2 %
St Joseph	54%	12 %	4 %	18 %	12 %
Cl Anjou	65%	6 %	0 %	12 %	16 %
CHU	68%	7 %	0 %	14 %	12 %

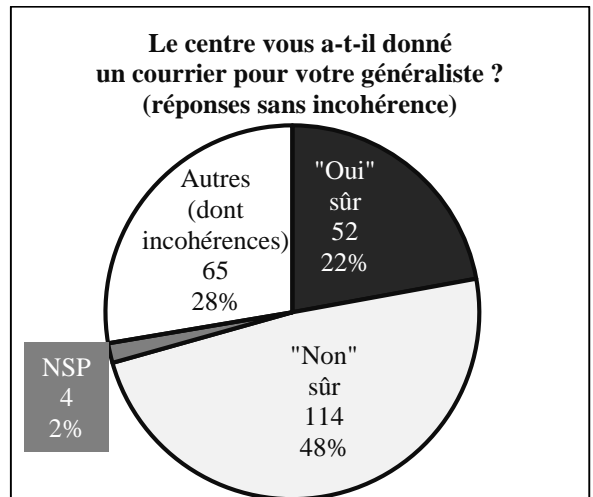
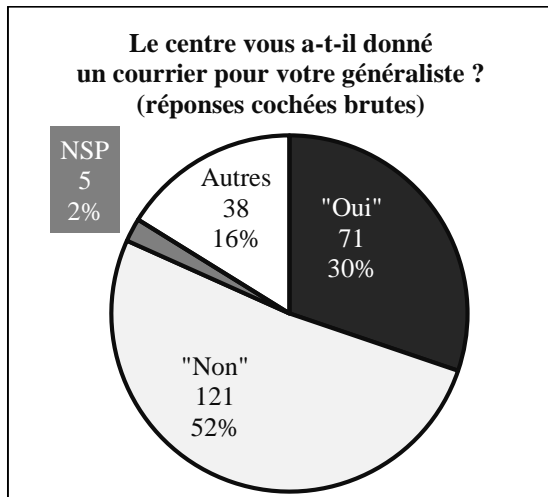
Courrier donné au patient pour le médecin généraliste

Cette partie a souvent prêté à confusion : elle évoquait le courrier destiné au généraliste mais remis par le centre en mains propres au patient, que celui-ci devait remettre au MG (et non possiblement envoyé directement par le centre au MG). C'est pourquoi, pour les 2 questions suivantes, sont indiqués :

A gauche : réponses cochées brutes

A droite : interprétation probable

- Réalité d'une remise en main propres au patient, par le centre, du courrier destiné au MG



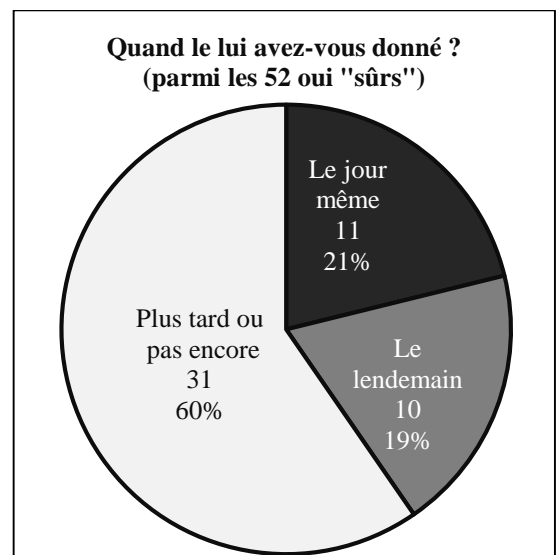
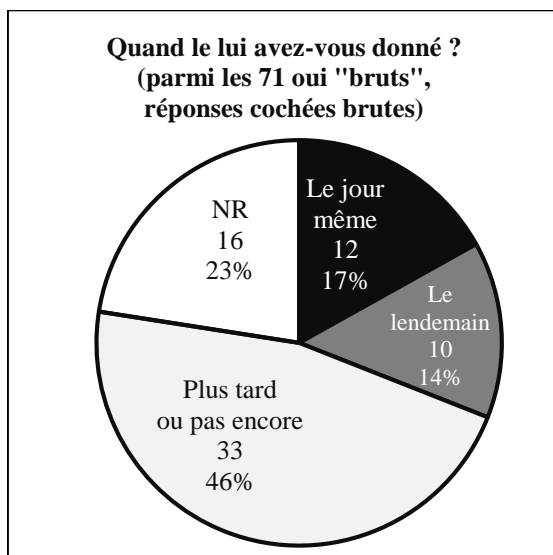
Mais parmi les patients répondant « oui », certains disent explicitement que l'information est donnée du centre au MG sans passer par le patient, ou sont incohérents : la réponse à la question ainsi posée est erronée.

Pour 31 % des réponses sûres (oui ou non), un courrier pour le MG a été donné au patient.

On peut supposer que chaque chirurgien ait son habitude pour faire parvenir le courrier au MG.

Si un courrier destiné au MG est remis au patient, jour de remise au MG par le patient

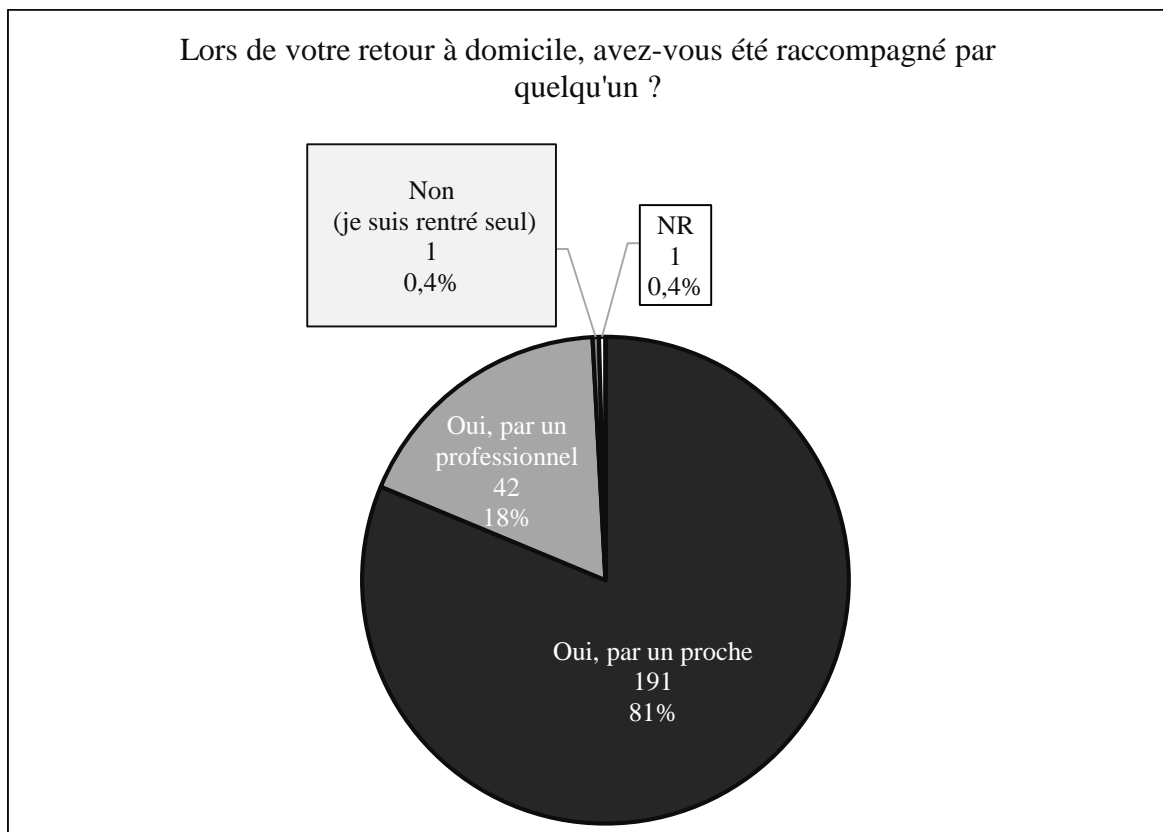
Au maximum 21 % des patients ayant eu un courrier du centre à destination du MG disent le lui avoir donné le jour-même.



Accompagnement lors du trajet de retour à domicile

81 % des patients ont été raccompagnés par un proche et 18 % par un professionnel.

On constate que la chirurgie ambulatoire, en demandant au patient d'être raccompagné, entraîne quelques dépenses liées au transport (cependant négligeables en comparaison du coût qu'engendrerait une nuit d'hospitalisation).



6 patients font part de remarques :

Parmi les personnes raccompagnées par un proche, une seule précise qu'il s'agit de son conjoint.

Parmi les personnes raccompagnées par un professionnel :

- 4 précisent le moyen (3 ambulances et 1 taxi),

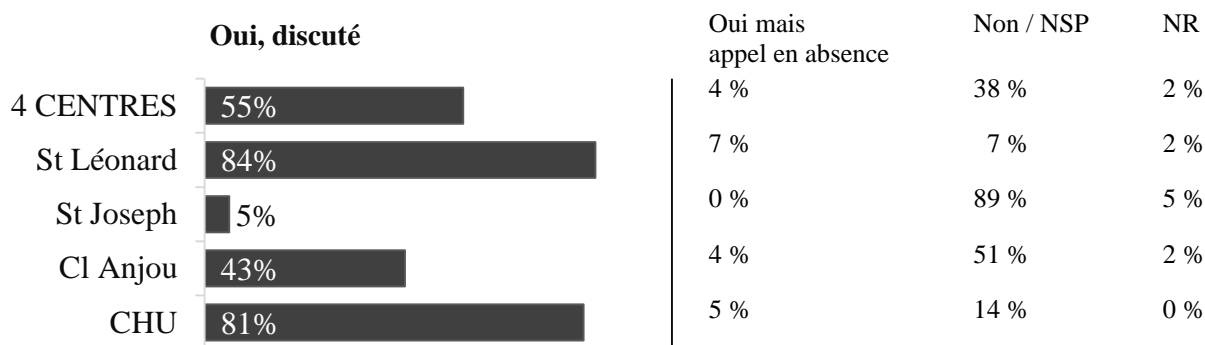
- 1 remarque : « il n'est pas possible de trouver quelqu'un qui puisse vous raccompagner quand on vit seule / je suis restée seule pour la nuit ».

Appel du lendemain

Existence de l'appel

Sur les 4 centres, 55 % des patients ont reçu un appel du centre et pu échanger.

Cependant, les pratiques sont encore très différentes d'un centre à l'autre concernant l'appel du lendemain : cette pratique va de 5 à 84 %.



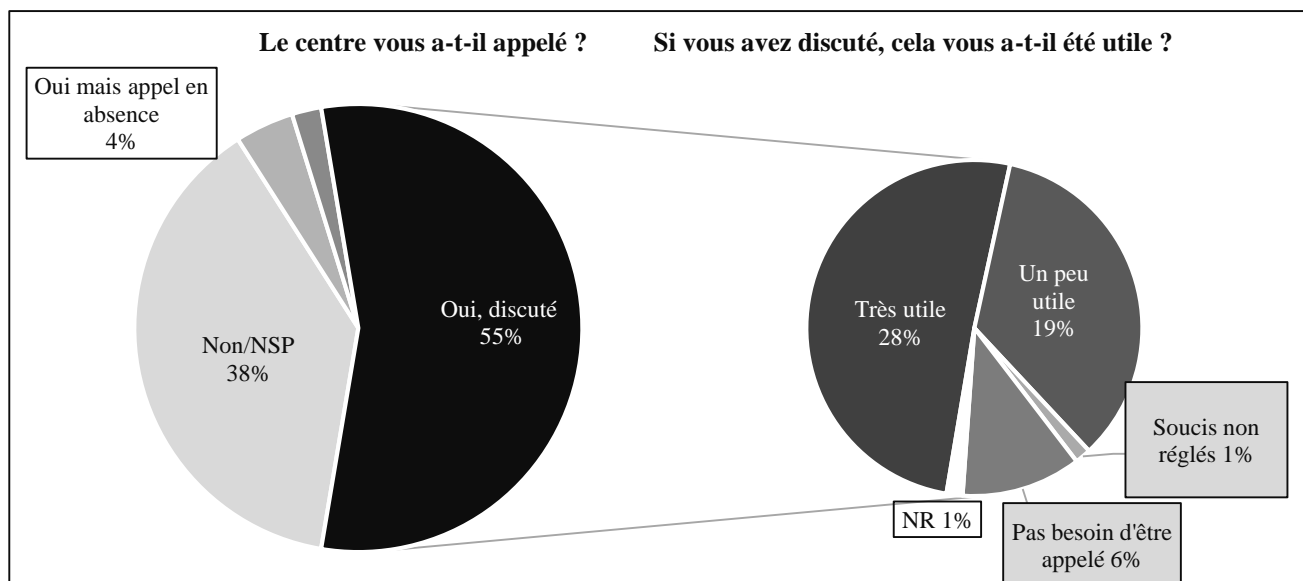
Parmi les patients ayant répondu « non ou je ne sais plus » :

- 18 (8 %) précisent que cela signifie « non » (et pas « je ne sais plus »),
- 2 patients précisent qu'ils avaient dit trouver inutile d'être appelés.

Ressenti de l'utilité de l'appel par le patient

L'appel est ressenti comme très utile pour 28 % des patients, soit 51 % de ceux ayant discuté.

L'appel est ressenti comme utile (très ou un peu) pour 47 % des participants, soit 85 % des patients ayant discuté.



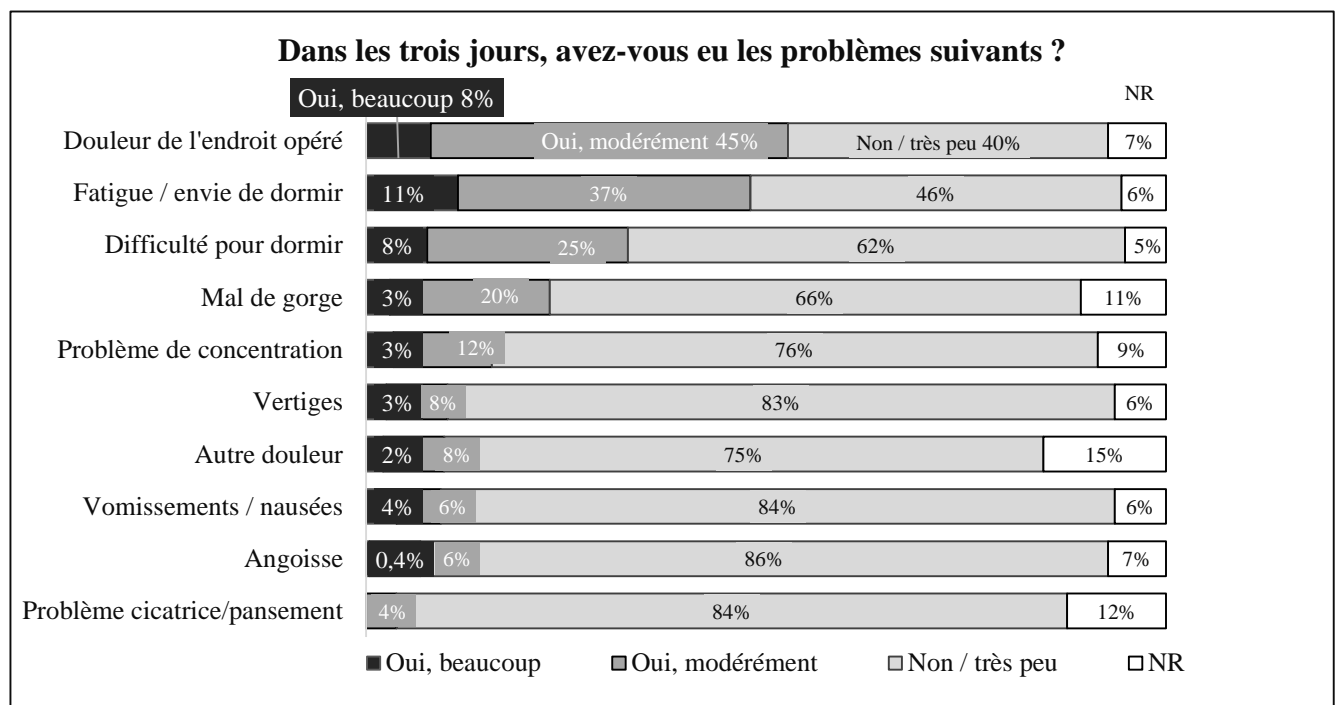
3.1.2.3 - RESENTI DU PATIENT A DOMICILE DANS LES 3 JOURS (DE J A J+2 AU SOIR)

Symptômes

Les symptômes les plus fréquents sont dans cette étude :

- la douleur (importante : 8 % ; importante + modérée : 53 %) : données proches de la littérature
- la fatigue (importante : 11 % ; importante + modérée : 48 %)

On note que les NVPO semblent ici assez rares : 10 % des patients (importantes + modérées), ce qui contraste avec les données de la littérature s'approchant des 30 %.



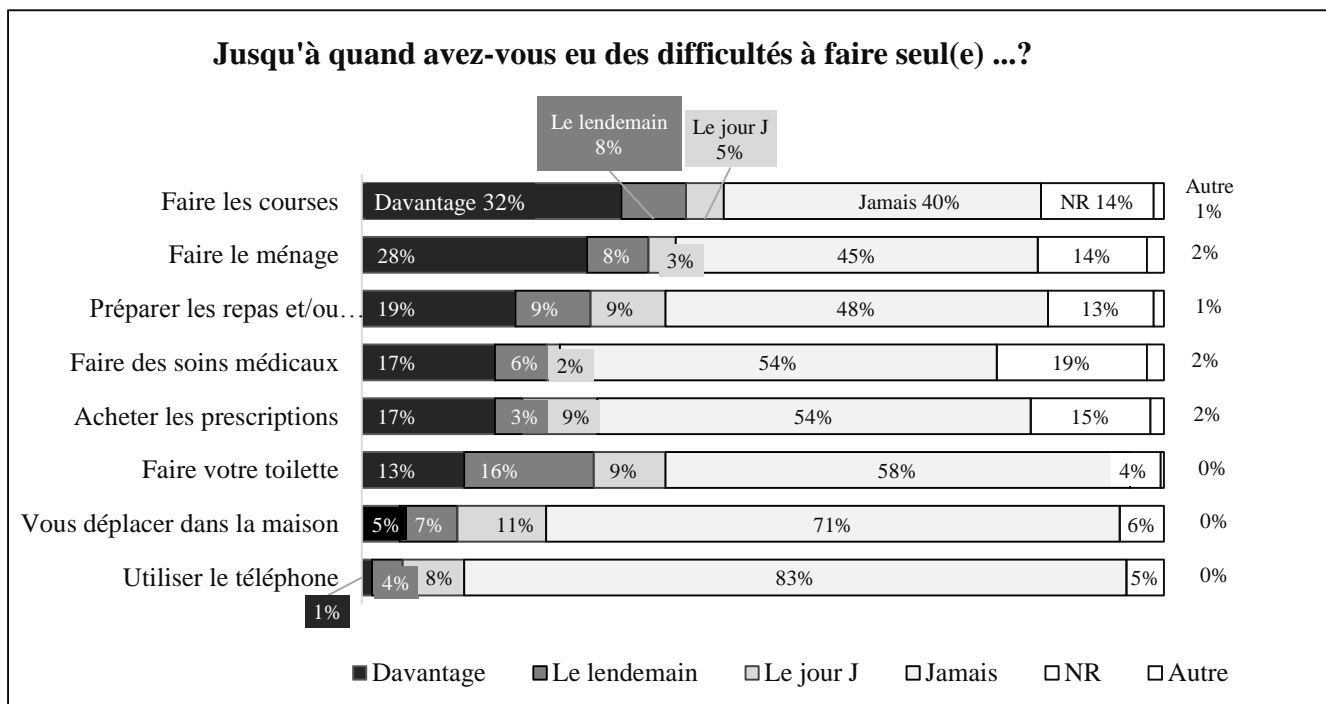
Durée des difficultés pour les actes de la vie quotidienne

Remarque : 4 patients (des hommes...) ont dit ne pas se sentir concernés par le ménage et les courses, leurs réponses sont donc classées « autres ». De même, les 2 items « acheter les prescriptions » et « faire les soins médicaux » ne concernent pas tous les patients.

Ce qui a posé le plus de difficultés est :

- « faire les courses » : 31,9 % des patients sont gênés au moins jusqu'au surlendemain.
- « faire le ménage » : 27 % des patients sont gênés au moins jusqu'au surlendemain.

Au contraire, l'usage du téléphone semble ne poser que très peu de problèmes (ce qui paraît logique, et surtout indispensable pour la sécurité du suivi de chirurgie ambulatoire).



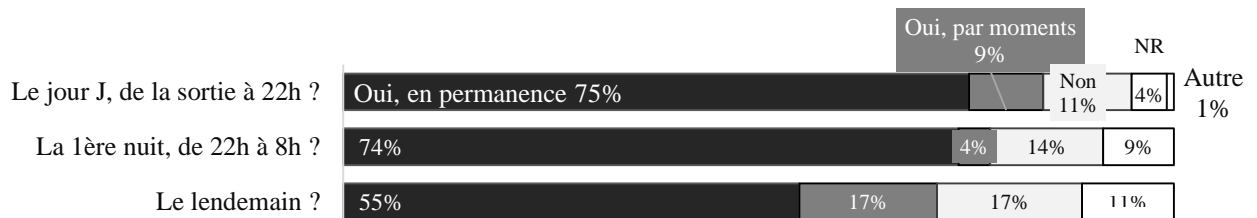
3.1.2.4 - RECOURS AUX SOINS DANS LES 3 JOURS (DE LA SORTIE A J+2 AU SOIR)

La personne aidante

Réalité de l'aide humaine

75 % des patients ont quelqu'un avec eux en permanence le 1^{er} jour, et 74 % la première nuit.

On constate que malgré les recommandations, tous ne sont pas effectivement accompagnés en permanence par quelqu'un jusqu'à la fin de la première nuit.

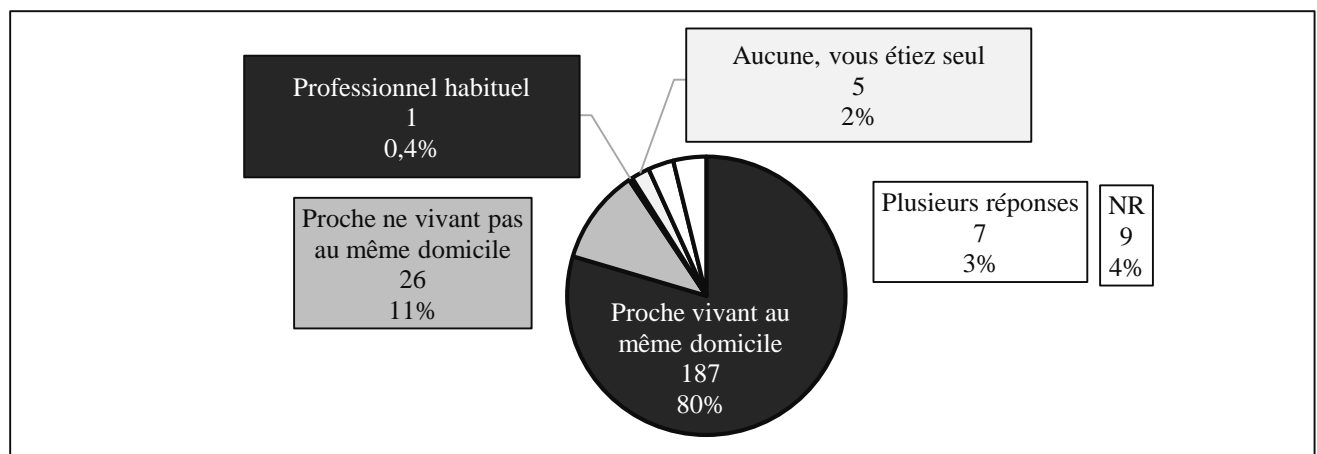


Identité de l'aidant

La personne présente est un proche vivant au même domicile pour 80 % des patients.

Dans 11 % des cas, l'aidant ne vit pas au même domicile, ce qui suppose un minimum d'organisation.

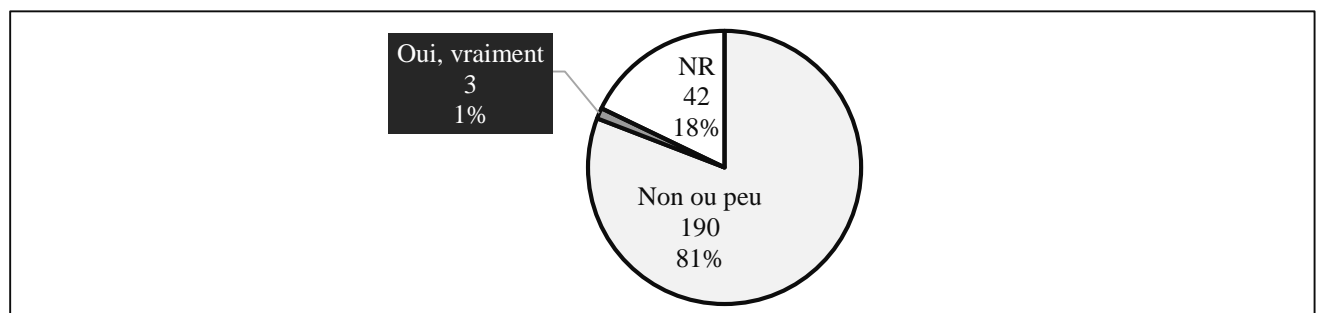
Aucun patient n'a contacté exprès un professionnel pour être présent suite à la CA.



Difficultés à trouver la personne aidante

81 % des patients n'ont pas eu de difficulté à trouver une personne pour être présente à leur côté.

1 % ont eu de vraies difficultés.



Recours aux soignants du fait de la chirurgie

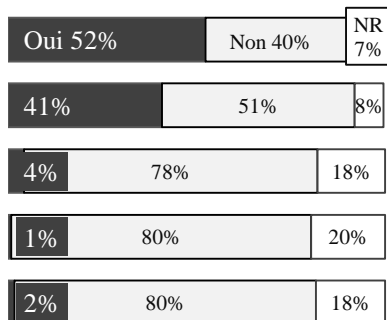
Soignants non médicaux

53 % des patients ont eu recours à une pharmacie (ce qui a été compliqué dans 3 % des cas),

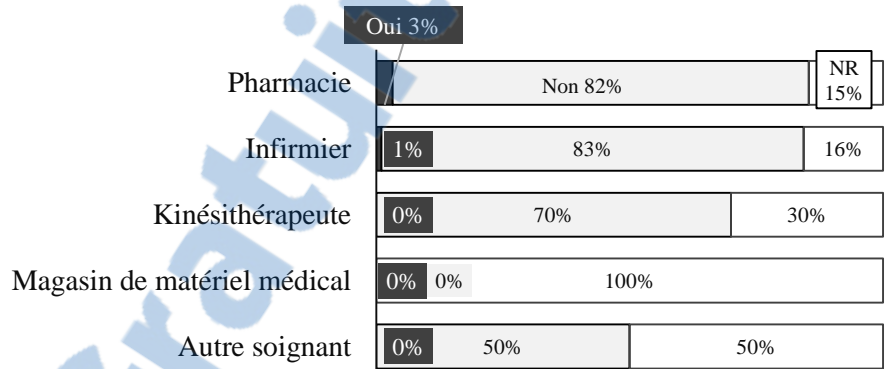
41 % à un infirmier (ce qui a été compliqué dans 1 % des cas).

Le recours aux autres professionnels de santé semble très faible, et surtout n'est jamais dit compliqué.

**Avez-vous eu recours,
du fait de la chirurgie,
à ces professionnels de santé ?**

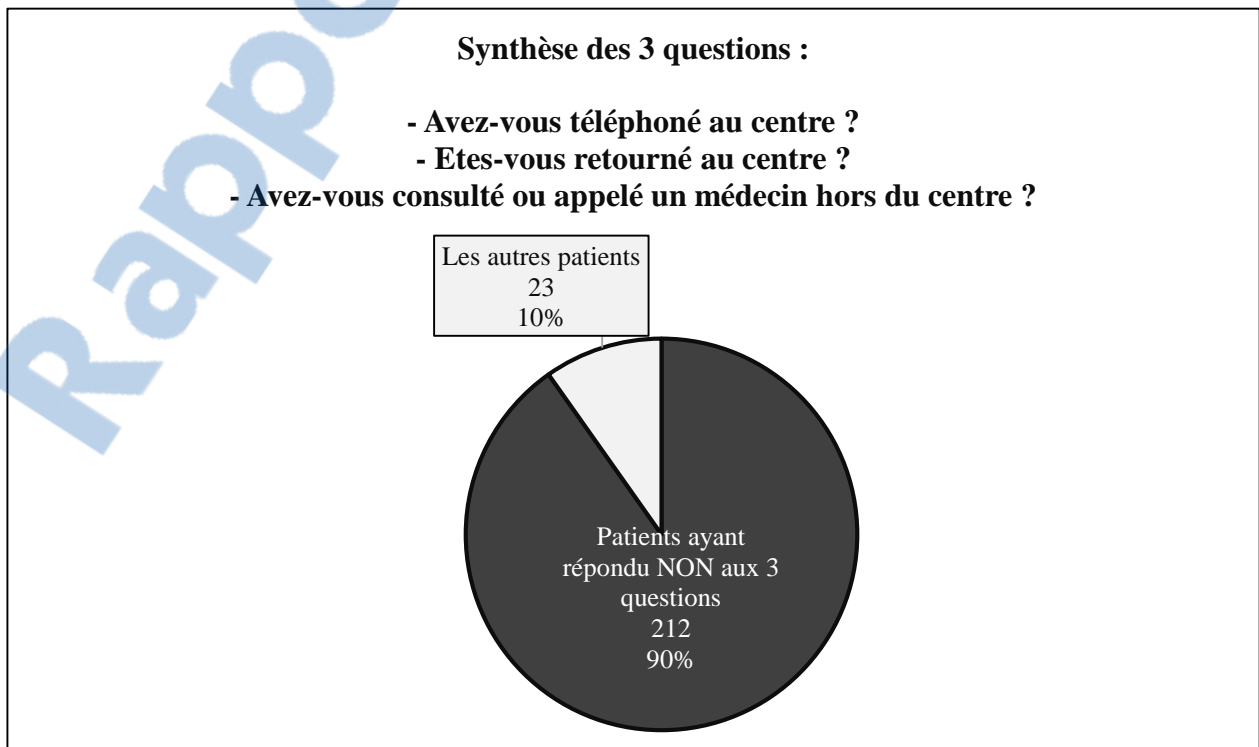


**Si oui, était-ce compliqué ?
(parmi les patients ayant eu recours au soignant)**



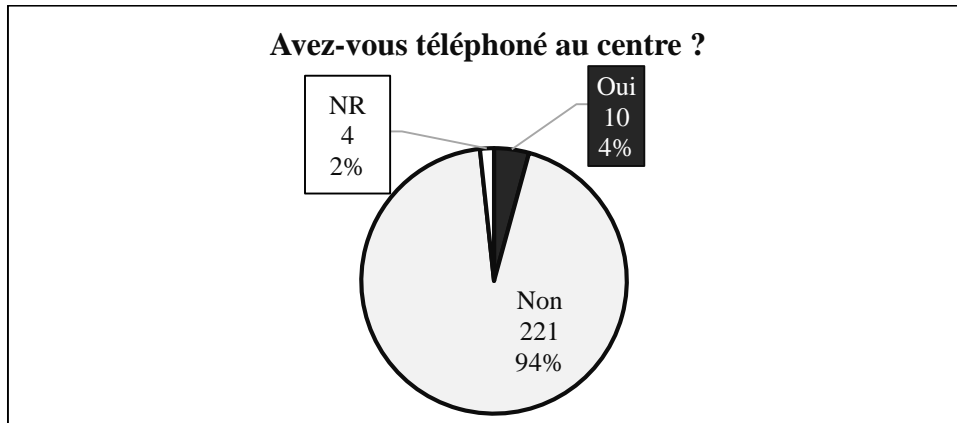
Recours médical

La très grande majorité des patients (90 %) n'a pas eu recours à un médecin (du centre ou hors centre, et quel que soit le moyen) dans les 3 jours (synthèse des réponses aux questions 12, 13 et 14).



Appel du centre par le patient

Seuls 4 % des patients ont téléphoné au centre.



Parmi les 10 patients ayant téléphoné au centre :

- 1 seul patient dit avoir parlé à un médecin.
- 6 patients ont trouvé l'appel utile (pour 2, l'appel n'a pas tout réglé ; 2 ont trouvé l'appel inutile).

Les 2 patients ayant trouvé l'appel inutile n'ont pas parlé à un médecin. Ils ont fait ces remarques :

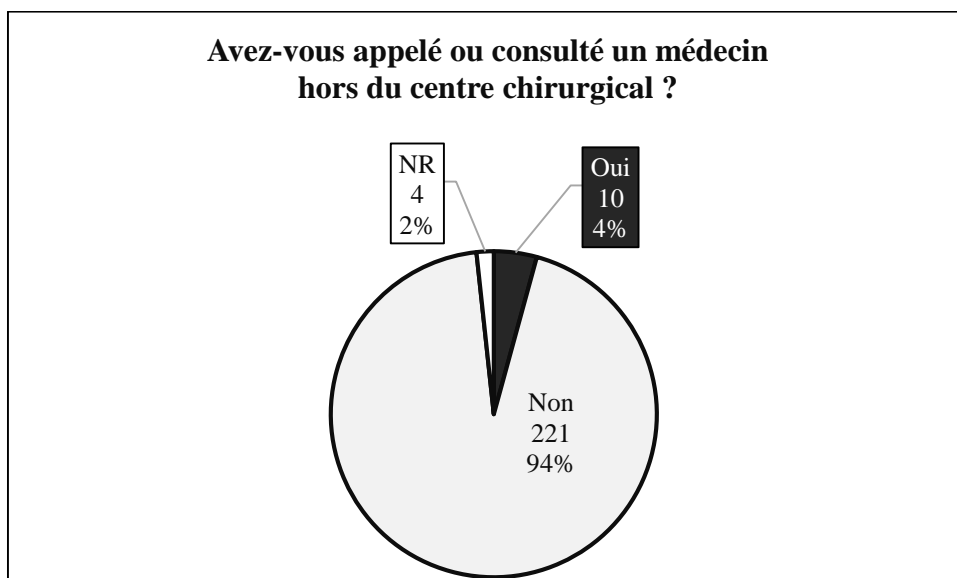
- 1^{er} patient : « ne décroche pas mais appel pas urgent »
- 2^{ème} patient : « Vomissements répétés + non prise médicaments ni nourriture (...) Douleurs fortes, intolérance aux anti-douleurs = vomissements. Grande fatigue ». Il a consulté son MG dans les 3 jours.

Retour des patients au centre

Seul 1 patient sur 235 (0,4 %) dit être retourné au centre pour un souci (231 n'y sont pas retournés et 3 n'ont pas répondu).

Recours à un médecin hors du centre

10 patients (4 %) disent avoir contacté un médecin hors du centre dans les 3 jours.



Voici les 10 patients ayant contacté un médecin hors du centre :

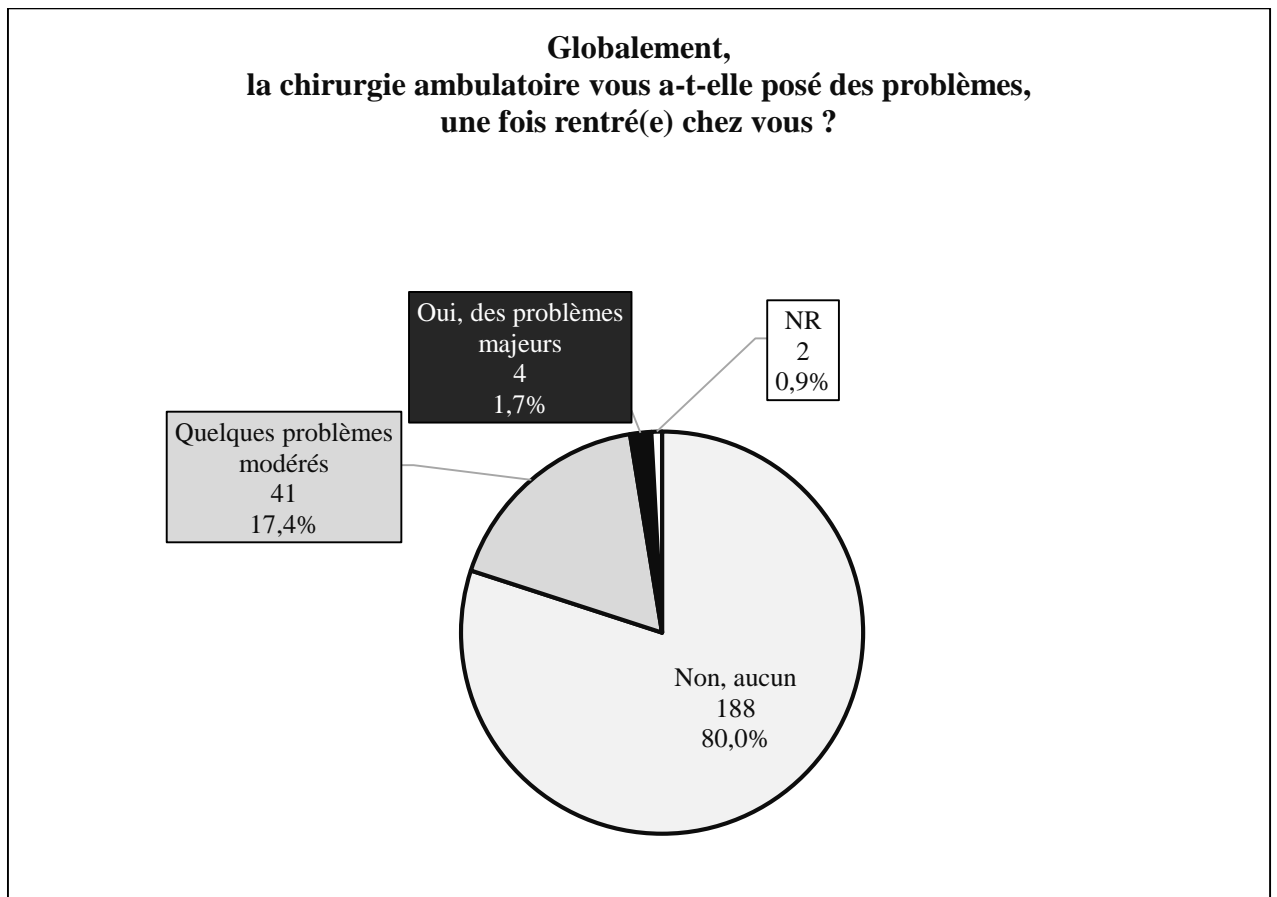
	Médecin contacté	Moyen	Motif(s)	Eventuel besoin de prendre l'avis du centre
1 ^{er} patient	MG habituel	Consultation	- « informer votre médecin traitant de la chirurgie » - « demander un avis, un conseil »	Non
2 ^{ème} patient	MG habituel	Téléphone	- « des médicaments liés à l'opération »	Non
3 ^{ème} patient	(NR)	(NR)	- « demander un avis, un conseil »	Non
4 ^{ème} patient	MG habituel	Consultation	- « demander un avis, un conseil »	Non
5 ^{ème} patient	SAMU / urgences	Consultation	- « demander un avis, un conseil »	(NR)
6 ^{ème} patient	Autre médecin	Consultation	- « autre raison liée à l'opération »	Non
7 ^{ème} patient	MG habituel	Consultation	- « problème sans rapport avec l'opération »	Non
8 ^{ème} patient	MG habituel	Téléphone	- « demander un avis, un conseil » - « des médicaments liés à l'opération » - « autre raison liée à l'opération »	Non
9 ^{ème} patient	MG habituel	Consultation	- « informer votre médecin traitant de la chirurgie » - « arrêt de travail » - « problème sans rapport avec l'opération »	Non
10 ^{ème} patient	MG habituel	Consultation	- « Contrôle de la tension conseillé par l'infirmière avant le départ de la clinique »	Non

Seuls 5 patients ont vu leur MG habituel en consultation.

Aucun patient sur les 10 ne semble avoir eu de complication.

3.1.2.5 – IMPRESSION GLOBALE DES PATIENTS

Seuls 4 patients (1,7 %) disent avoir eu des problèmes majeurs liés à la CA.



Les 4 patients disant avoir eu des problèmes majeurs sont les suivants :

- la première patiente est une femme de 66 ans qui a été endormie. Elle a discuté lors de l'appel du lendemain et cela lui a été « un peu » utile. Elle dit avoir eu beaucoup de « douleurs de l'endroit opéré », « vomissements ou nausées », « vertiges », « difficultés pour dormir » et « problèmes de concentration ». Elle a eu des difficultés à faire seule tous les items proposés jusqu'au surlendemain (sauf utiliser le téléphone). Son aidant était un proche vivant au même domicile, présent en permanence jusqu'au lendemain. Elle a eu recours à un(e) IDE. Malgré ces soucis, elle n'a pris aucun avis médical.

- la deuxième patiente est une femme de 57 ans qui n'a pas été endormie. L'appel du lendemain lui a été très utile. Elle a coché « oui, beaucoup » à « douleur au niveau de l'endroit opéré » et à « difficulté pour dormir ». Elle a eu des difficultés pour faire sa toilette, le ménage, les courses, préparer les repas ou manger et acheter les prescriptions au moins jusqu'au surlendemain. Elle a appelé le centre mais n'a pas parlé à un médecin, cet appel lui a été très utile. Elle n'est pas retournée au centre, et n'a pas eu recours à un médecin extérieur au centre. Elle précise : « douleurs d'un niveau 10/10 la 1ère nuit »

- le troisième patient est un homme de 84 ans qui n'a pas été endormi. Il a été raccompagné par un professionnel. L'appel du lendemain lui a été très utile. Il fait la remarque : « état hémorragique des urines ». Il dit avoir eu une forte douleur autre qu'à l'endroit opéré. Il a eu recours à un(e) IDE. Il a appelé le centre, n'a pas parlé à un médecin, cet appel lui a été très utile. Il est retourné au centre. Il a eu recours à un médecin (SAMU ou urgences) en consultation « pour demander un avis, un conseil ».

- la quatrième patiente est une femme de 22 ans qui a été endormie. Elle dit ne pas avoir eu d'appel du lendemain. Elle a coché « oui, beaucoup » à « douleur de l'endroit opéré », « mal de gorge », « vomissements ou nausées » et « vertiges », et « modérément » à « angoisse », « difficulté pour dormir », « fatigue ou envie de dormir » et « problèmes de concentration ». Elle dit avoir eu des « difficultés pour faire seule » tous les items au moins jusqu'au surlendemain, sauf utiliser le téléphone (difficultés jusqu'au lendemain). Elle a téléphoné au centre mais n'a pas parlé à un médecin et n'a pas trouvé cet appel utile. Elle a téléphoné à son généraliste, pour des médicaments. Elle a fait les remarques suivantes : "Vomissements répétés + non prise médicaments ni nourriture" ; "Douleurs fortes, intolérance aux anti-douleurs = vomissements. Grande fatigue" ; "(opération 4 dents sagesse)" ; "Très bon accueil de la clinique et du personnel. Merci"

On remarque que ces quatre patients ont noté avoir une douleur importante.

3.2 – RESULTATS DU QUESTIONNAIRE GENERALISTES

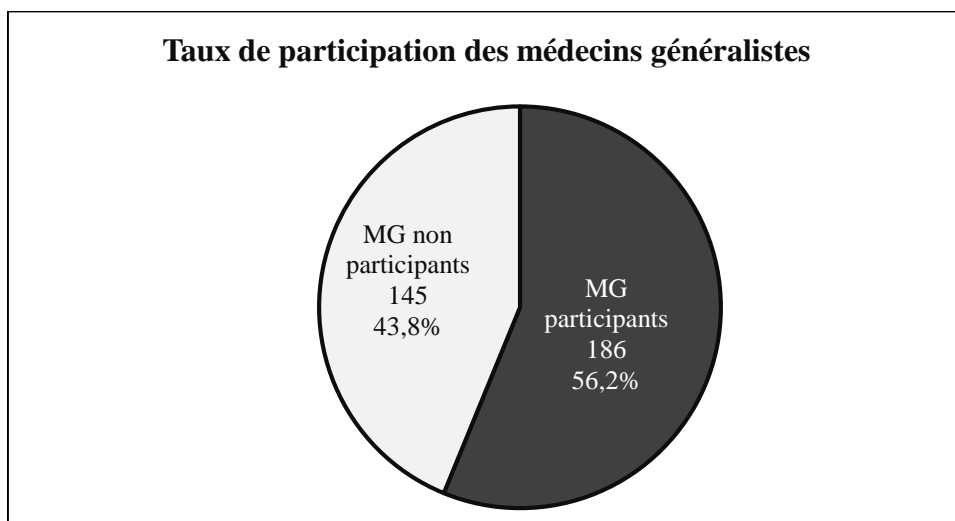
3.2.1 – TAUX DE PARTICIPATION DES MEDECINS GENERALISTES

Parmi les 331 médecins inclus dans l'enquête :

- 145 n'ont pas participé, ce sont :
 - 143 qui n'ont pas répondu (considérés comme exerçant la médecine générale)
 - 2 généralistes qui ont retourné le questionnaire sans avoir souhaité le remplir.
- 186 médecins généralistes ont participé.

Le taux de participation est donc de $186/331 = 56,2 \%$.

Cependant, d'après les Pages Jaunes, 12 médecins de la liste du CDOM (n'ayant a priori pas répondu) auraient une autre spécialité rendant improbable l'exercice de la médecine générale (urgentistes, nutritionnistes, angiologues). En les excluant, le taux de participation serait de $186/(331-12) = 58,3 \%$.

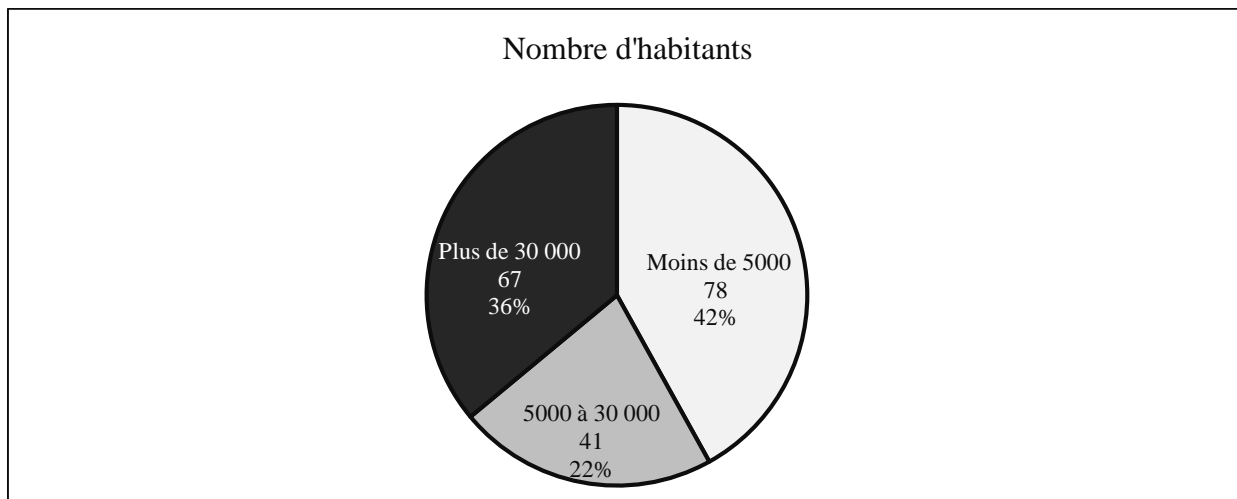


3.2.2 – ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

3.2.2.1 – CONTEXTE

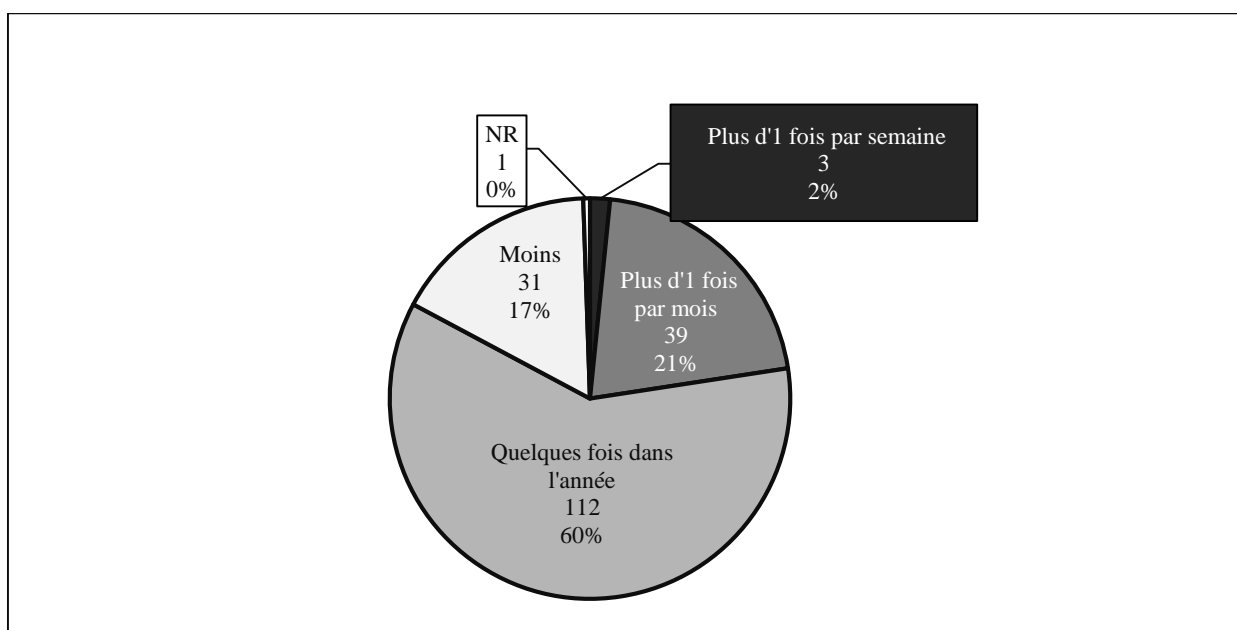
- Taille de l'agglomération d'exercice (habitants)

64 % des MG participants exercent dans un village ou une petite ville de moins de 30 000 habitants.



- Fréquence de sollicitation des généralistes après chirurgie ambulatoire

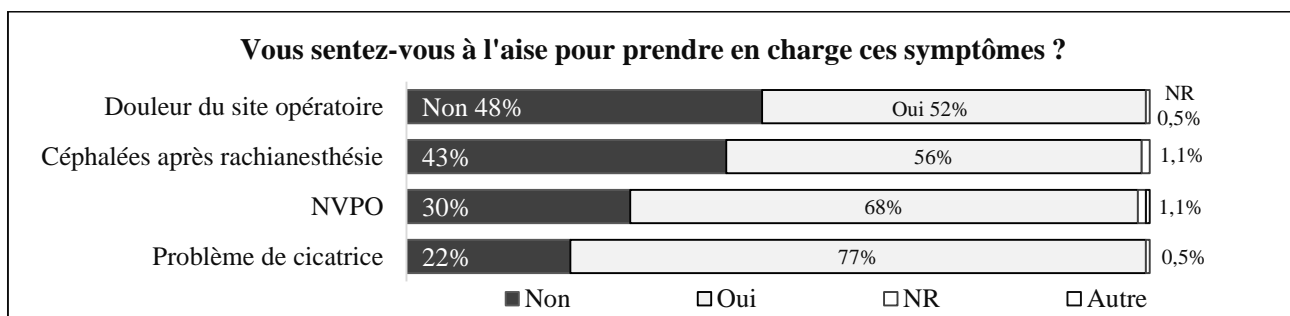
Presqu'un quart (23 %) des MG se disent sollicités plus d'une fois par mois dans les 3 jours après CA.



3.2.2.2 – AUTOEVALUATION DES COMPETENCES

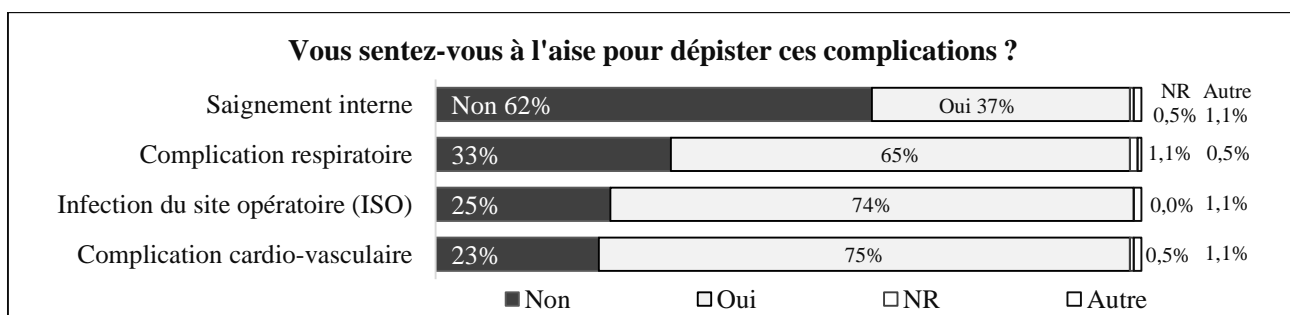
- pour prendre en charge des symptômes postopératoires

Malgré la fréquence de la douleur en médecine générale, la douleur postopératoire est le symptôme le plus souvent cité par les généralistes comme leur posant des difficultés.



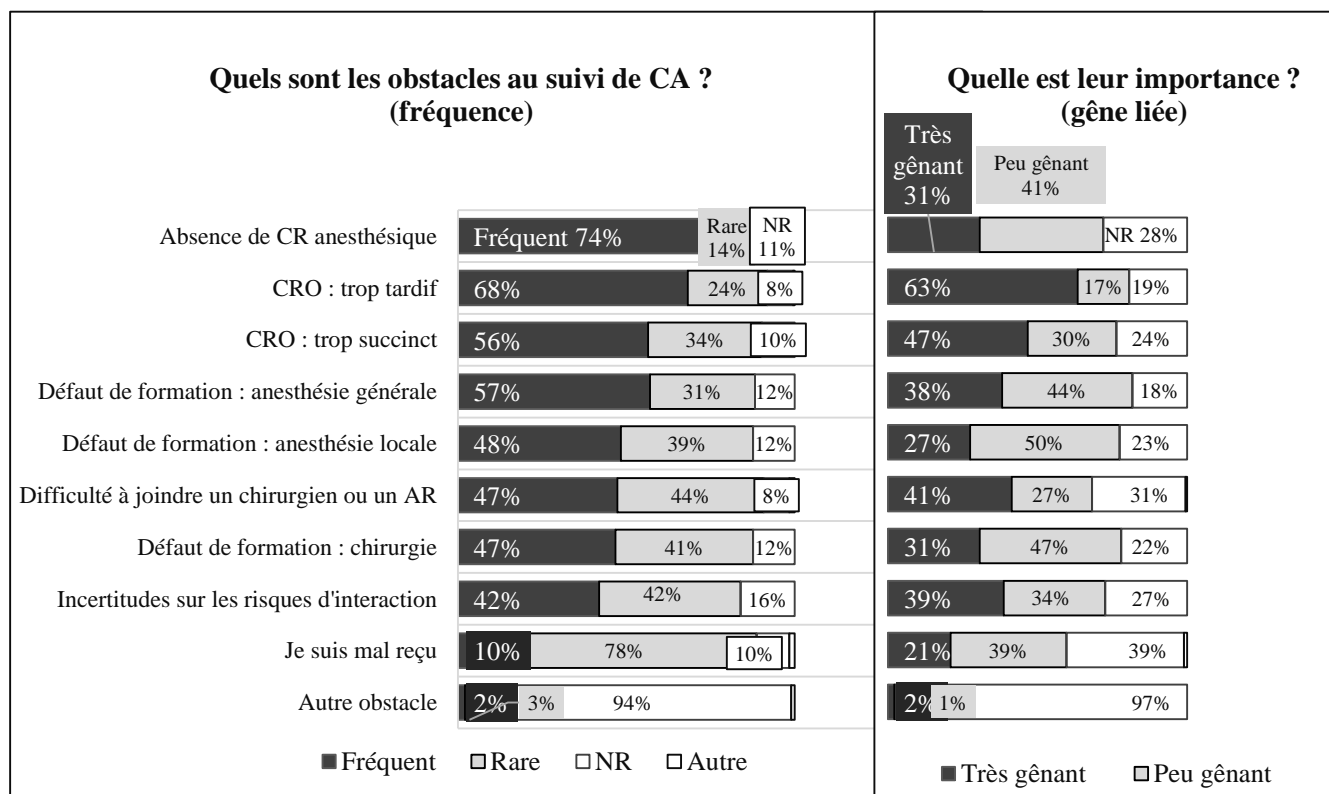
- pour dépister des complications

L'hémorragie interne est la complication la plus souvent citée par les généralistes comme leur posant des difficultés.



3.2.2.3 – OBSTACLES AU SUIVI RENCONTRES APRES UNE CA

Les obstacles rencontrés le plus fréquemment sont : l'absence de CR anesthésique (74 %), le compte-rendu opératoire (CRO) trop tardif (68 %) d'ailleurs considéré comme le plus gênant (63 %), et le défaut de formation sur des symptômes spécifiques à l'anesthésie générale (57 %).



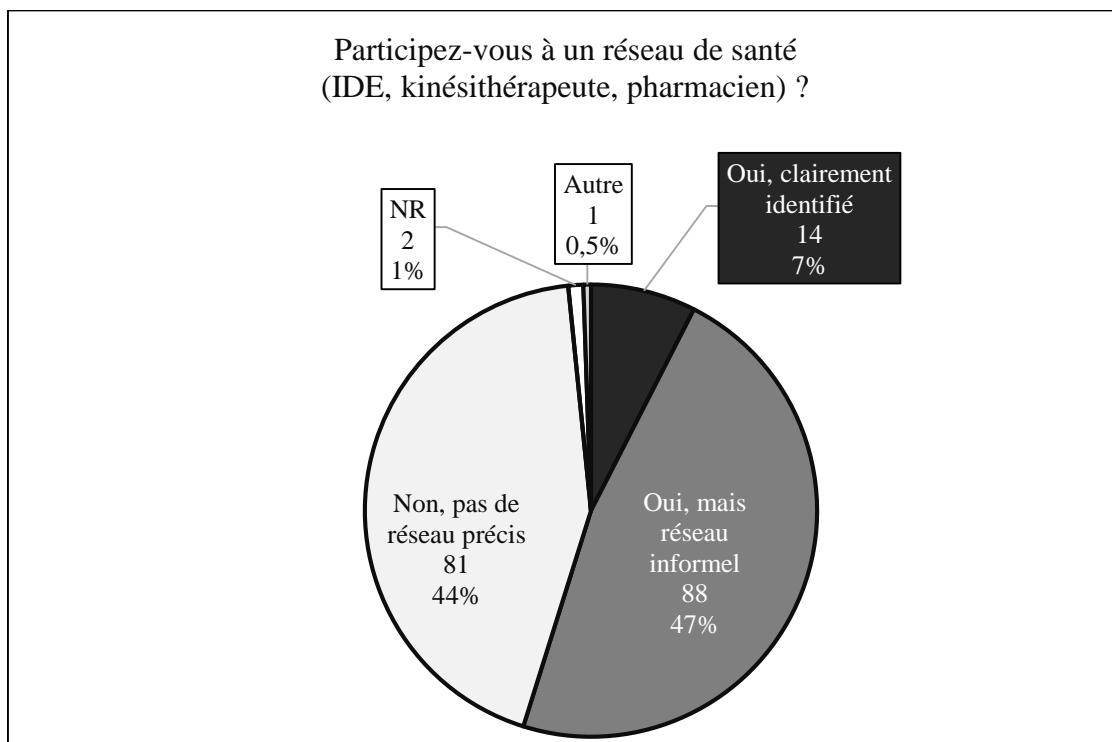
Pour chaque obstacle, la question était posée dans l'idée d'évaluer indépendamment la fréquence puis la gêne. Mais la réponse à « la gêne » a pu être impactée par les faits suivants (par exemple pour le retard du CRO) :

- certains MG ont pu comprendre que la notion de « gêne » incluait la fréquence (le questionnaire n'insistant pas sur l'indépendance des 2 questions)
- même comprise de façon indépendante, la perception de la gêne a pu être grossie par une irritation due à la fréquence de certains obstacles, ou atténuée par une résignation/adaptation.

3.2.2.4 – EVENTUEL RESEAU DE SANTE EN CA

- Participation à un réseau de santé

7 % des MG participent à un réseau clairement identifié, mais environ la moitié (47 %) participe à un réseau informel.



Il n'a pas été retrouvé d'association entre la taille de la ville d'exercice et la participation à un réseau.

- Opinion sur le bénéfice d'un réseau pour la CA

71 % des MG disent que la chirurgie ambulatoire pourrait bénéficier d'un réseau de santé.

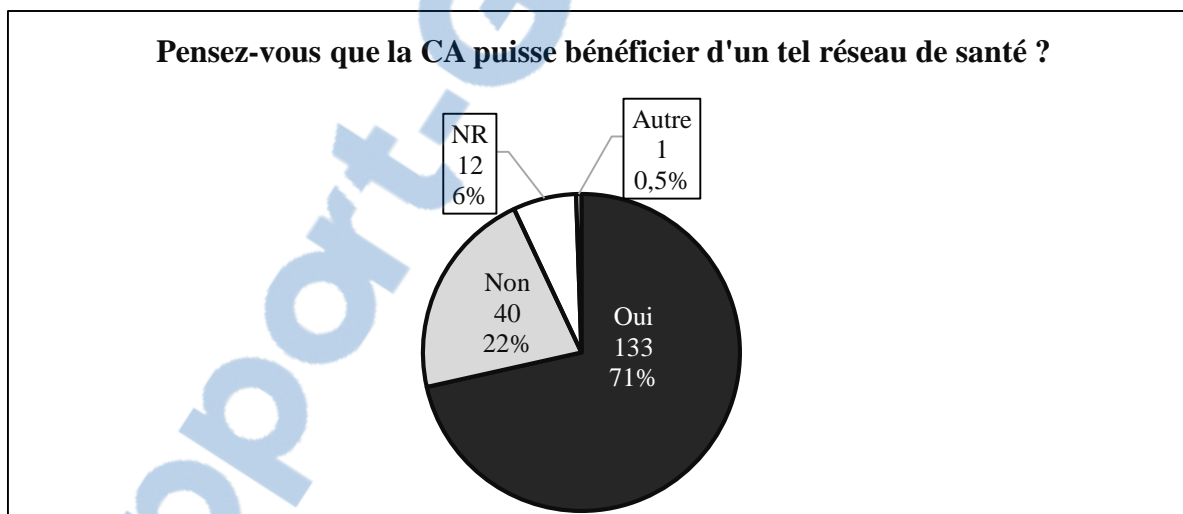
Et plus les MG participent déjà à un réseau, plus ils pensent que la CA pourrait bénéficier d'un réseau, ce qui suggère que les réseaux sont appréciés par ceux qui les ont expérimentés :

- parmi les 14 MG participant à un réseau clairement identifié, 13 (93 %) pensent que la CA pourrait bénéficier d'un réseau

- parmi les 88 MG participant à un réseau informel, 65 (74 %) pensent que la CA pourrait bénéficier d'un réseau

- parmi les 81 MG ne participant pas à un réseau précis, 55 (68 %) pensent que la CA pourrait bénéficier d'un réseau.

Cependant, parmi les MG ayant donné une raison, 25 ont répondu « oui » et 22 « non », ce qui suggère peut-être des réponses en proportion plus réfléchies parmi les « non ».



60 annotations :

25 parmi les 133 réponses « oui » :

- « Aide à notre exercice
- C'est de l'hospitalisation à domicile ! Mal reconnue, mal rémunérée
- Pour le mieux-être du patient et pour un coût moindre pour la collectivité
- Répartition des tâches et harmonisation des soins post-op
- Améliorer le contact et la communication entre les intervenants
- Améliorer le suivi patient
- Gain de temps. Efficience.
- Généralisation future de la chirurgie ambulatoire
- Pour améliorer la qualité des soins et diminuer le stress des patients et des médecins
- Il faut que l'équipe hospitalière soit joignable facilement par le généraliste / le patient
- Personnel dédié donc formé rassurant // MT et patient
- Pour une meilleure prise en charge du patient
- Meilleure coordination ville-hôpital et entre médecins et infirmiers pour la continuité des soins et une bonne réactivité
- Favoriser le suivi des premiers jours / améliorer l'accès au dossier
- Meilleure coordination des soins / un seul interlocuteur
- Car on se connaît à partir du moment où on travaille en équipe et cela permet de [rénover ?] les capacités des uns et des autres
- Pour avoir des protocoles bien établis, des correspondants identifiés et des sessions de formation
- Sécuriser encore plus la prise en charge
- Afin d'avoir des interlocuteurs privilégiés et disponibles pour répondre aux questions/problèmes
- Réponse dans question : faciliter prise en charge
- Réseau = dialogue
- Difficultés sur le terrain pour coordonner les différents professionnels. De plus, manque de comptes-rendus
- Pour faciliter les soins surtout quand évolution douteuse
- + coordination des soins / + interactivité concertée des différents acteurs
- Pour nous faciliter la tâche quand notre intervention est requise »

22 parmi les 40 réponses « non » :

- « Encore un réseau... dont l'utilité ne me paraît pas certaine
- Les réseaux tous formels installés fonctionnent mais lentement. Chacun garde sa responsabilité.
- Parce que des pareils réseaux clairement identifiés sont d'habitude : 1/ des menaces à la liberté du patient 2/ centrés non sur le patient mais sur les intérêts des pros. 3/ grands consommateurs des fonds publics.
- Faut-il mettre en place un "réseau" ou simplement assurer une filière de soins post chirurgie ambulatoire performante.
- Trop lourd. Pas le temps, aucune confiance dans les réseaux
- Plutôt plus d'infos par le spécialiste sur les complications attendues et les signes
- Je radote... le temps !
- Prise en charge trop individuelle
- Le clinicien doit être capable de prendre des décisions lui-même
- Réseau généraliste, chirurgien, anesthésiste : oui
- Un de plus...
- L'IDE m'appelle au bureau, et je la rappelle toujours sur son portable. T. B. collaboration, réseau informel
- TROP DE RESEAUX !!!
- Difficilement réalisable en pratique
- Une information suffisante sur l'intervention et une facilité à joindre le chirurgien est suffisante
- Pas besoin
- Une bonne information par courrier de sortie explicite suffit (voir les courriers du centre de la main)
- Pas de problème particulier
- Complexité localement avec un réseau étroit... alors sur un plus large périmètre
- TROP de réseaux ! En milieu rural...
- Pas d'intérêt
- Encore un réseau de plus... les médecins généralistes ont leur propre réseau local »

6 parmi les 13 médecins ne se prononçant pas :

« Il faudrait y mettre tous les chirurgiens et anesthésistes pratiquant cette chirurgie, en ville et en hôpital et tous les MG et tous les infirmiers et tous les pharmaciens et..." [le médecin ayant coché « oui » et « non »]

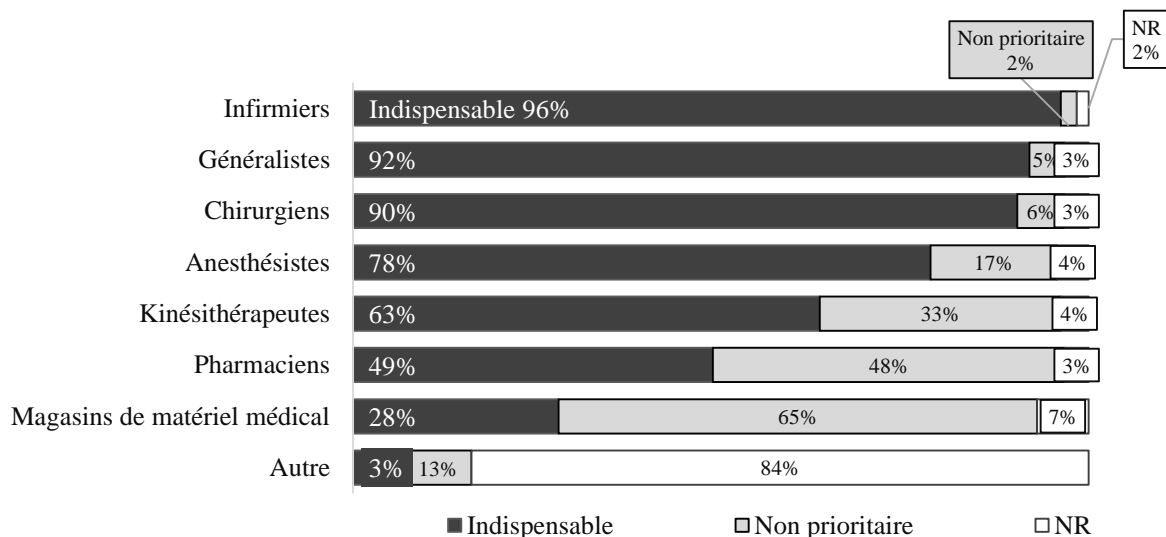
- Je ne sais pas ?
- Pourquoi "PAS"
- [3 médecins ont noté : « ? »]

Ces 6 réponses ont une connotation négative et porteraient à 53/186 = 28 % le taux de MG non favorables à un réseau.

- Importance accordée aux différents acteurs

Les infirmiers apparaissent comme les acteurs les plus indispensables aux MG en cas de création d'un réseau (96 % des avis), suivis de près par les généralistes eux-mêmes (92 %), les chirurgiens (90 %), et les anesthésistes (78 %).

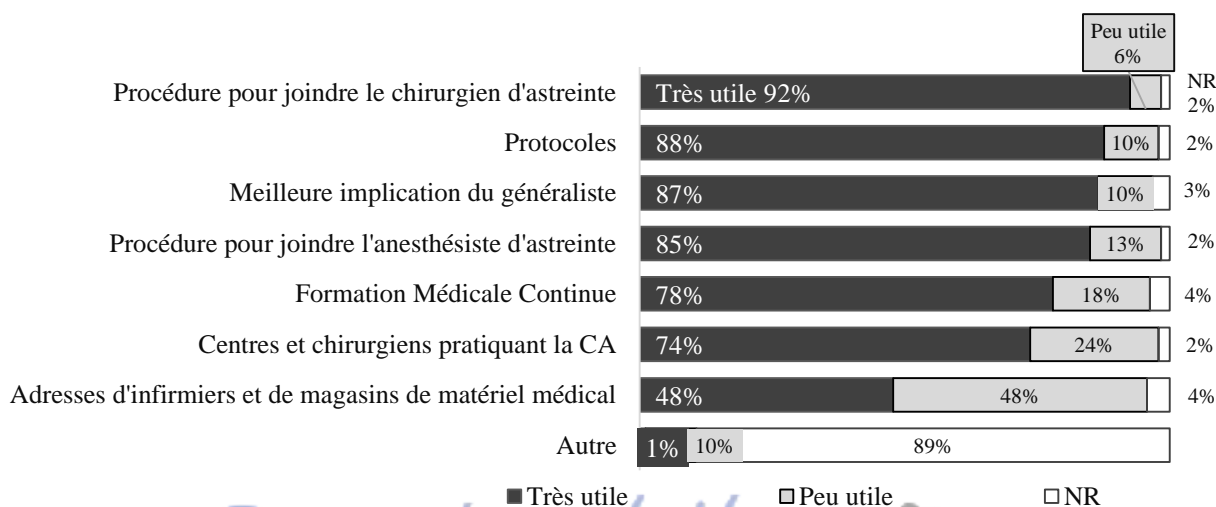
Les pharmaciens apparaissent moins importants dans le cadre d'un éventuel réseau autour de la CA (49 %), alors même qu'ils sont assez régulièrement en contact téléphonique avec les généralistes.



- Eléments à apporter par un tel réseau

Semblent le plus intéresser les MG :

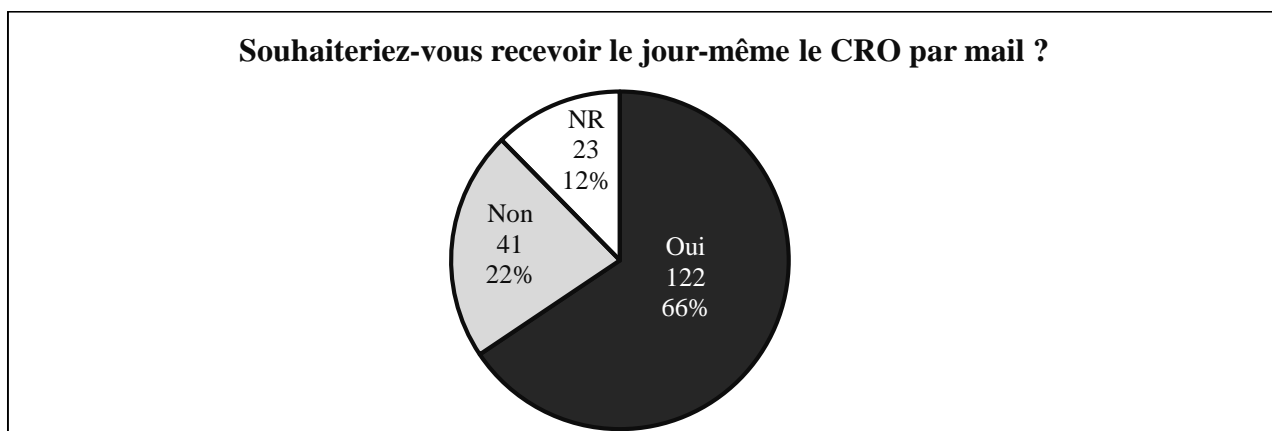
- la procédure pour joindre le chirurgien et l'anesthésiste d'astreinte (92 % et 85 %),
- la mise à disposition de protocoles (88 %)
- et une meilleure implication du MG (87 %) qui reflète la demande de davantage participer à la prise en charge des patients de CA, et l'intérêt que les MG portent à la CA.



3.2.2.5 – INTERET DES MG POUR CERTAINS OUTILS D'INFORMATION

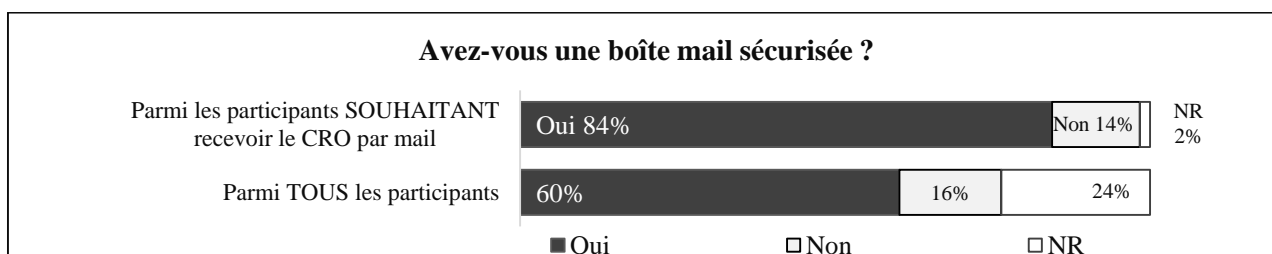
- Compte-Rendu Opérateur par mail

Le souhait des MG de recevoir le CRO par mail le jour-même apparaît très important : 66 % alors même que tous ne disposent pas encore de boîte mail sécurisée.

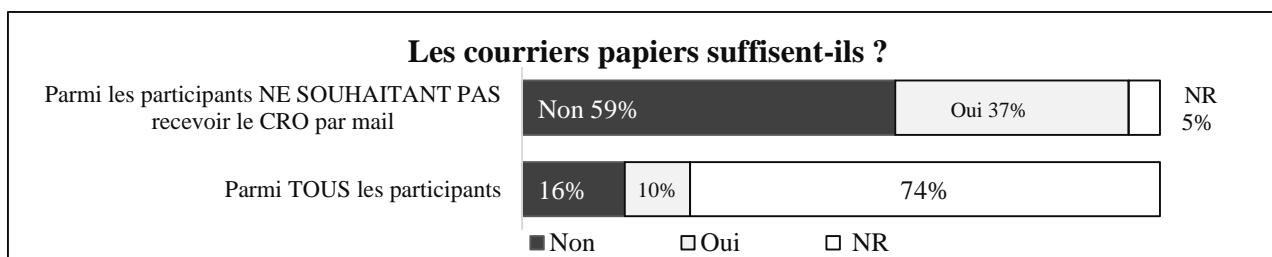


Remarque : les 2 résultats suivants sont chacun exprimés parmi 2 populations différentes : seule le 1^{er} chiffre reflète la question (le 2^{ème} est donné à titre informatif, d'où son fort taux de non réponse).

- Parmi les MG souhaitant recevoir le CRO par mail, 84 % disposent d'une boîte mail sécurisée ;
 (et au moins 60 % de tous les généralistes participants en disposent d'une). La boîte mail sécurisée est donc déjà largement diffusée, et les médecins intéressés par la communication par mail ont déjà, pour une grande partie, fait la démarche de se procurer une boîte mail sécurisée.



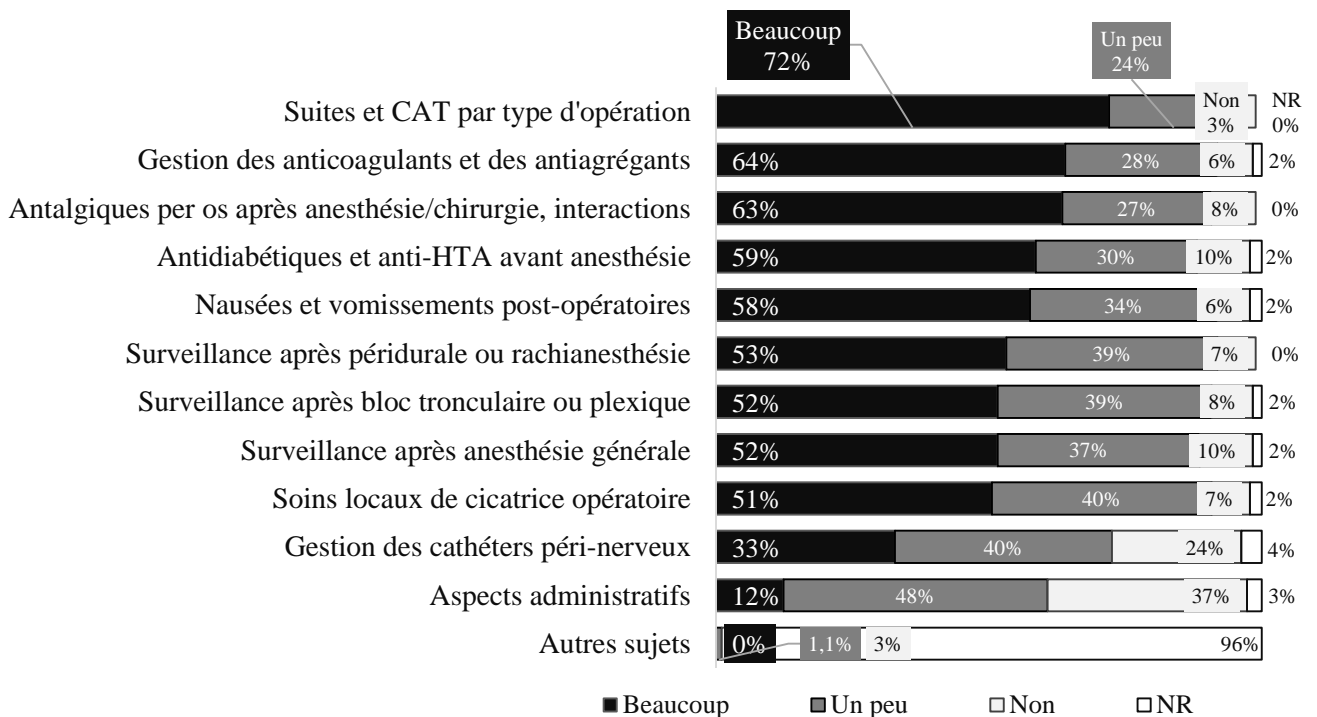
- Parmi les MG ne souhaitant pas recevoir le CRO par mail, 59 % disent quand même que les courriers papiers ne suffisent pas, ce qui est un argument supplémentaire pour chercher à améliorer le mode d'information.



- Formation Médicale Continue : sujets intéressant les MG

Les sujets de FMC les plus cités comme intéressant beaucoup les MG sont :

- les suites et conduites à tenir par type d'opération (72 %)
- la gestion des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires (64 %)
- la prescription d'antalgiques per os, après une anesthésie/chirurgie, et interactions (63 %).



La plupart (91 %) des MG se disent « beaucoup » intéressés par au moins un des sujets de FMC donnés en exemple, ils se sentent donc très concernés par la CA.

3.2.2.6 – LES REMARQUES D'ORDRE GENERAL DES MG

« Les 10 à 12 heures de travail par jour me paraissent incompatibles avec la gestion nouvelle de patients postopératoires. »

« Le temps on le trouve où ? Si ce n'est pas une nouvelle fois sur notre vie privée !... »

« La question primordiale de la possibilité de prise en charge par les médecins généralistes, déjà surchargés, n'est pas clairement posée. »

3.3 – ENTRETIENS AVEC LES CENTRES

Pratiques	Saint Léonard	Saint Joseph	Clinique de l'Anjou	CHU
Horaires de l'UCA	7 heures – 20h30 (ou 20 h si 3 IDE)			7 heures – 19 heures
Indépendance de l'UCA	Intégrée (locaux de séjour en commun avec des HDJ de médecine, bloc partagé)	Intégrée	Autonome ?	Autonome ?
Logiciel	Myvisit			Sphinx
Prophylaxie NVPO à l'UCA	Fonction des facteurs de risque : ondansétron, dexaméthasone, dropéridol (+/- métoclopramide)	Ondansétron	Fonction de la chirurgie et des facteurs de risques : ondansétron, corticoïdes, dropéridol	
Prise en charge de la douleur à l'UCA	Paracétamol, buprénorphine, +/- néfopam, +/- morphine			
Cathéter péri-nerveux ?	Non car pas de structure d'aval trouvée, mais le souhaiteraient. Mettent adjuvants localement pour faire durer l'analgésie jusqu'à 24 heures.	Non	OUI, ropivacaïne, grâce à un organisme infirmier depuis février 2014 : « @perf », en chirurgie de l'épaule (cathéter péri-nerveux interscalénique), retiré par IDE à J3.	
Surveillance	Douleur, NVPO, malaise au 1 ^{er} lever, saignement Peut manger 1h30 après ablation du masque laryngé			
Visite et signature de l'accord de sortie	Double : un anesthésiste ET le chirurgien du patient	Le chirurgien du patient	Le chirurgien du patient	Très généralement par le chirurgien du patient ou l'interne de chirurgie qui l'a aidé. Parfois par un autre chirurgien si celui du patient est pris par une urgence. (Avant, se faisait parfois par l'anesthésiste)
Ordonnances de sortie	Standardisées Par le chirurgien Faites le jour de la CA Antalgiques PAS d'antiémétique (pas de sortie si nausée)	Par le chirurgien PAS d'antiémétique systématique	Standardisées Par le chirurgien Antalgiques palier 1 et 2 PAS d'antiémétique	
CR opératoire et courrier au MG	Standardisé, par la poste Jamais par mail		Papier : donné au patient et envoyé au MG par la poste Le mail se développe pour certains chirurgiens	Par le chirurgien, dicté au bloc, complété avec noms du chirurgien, de l'anesthésiste, type d'anesthésie, intervention, Donné au patient, voire envoyé directement au MG si la CA est tardive.
CR anesthésique ?	Non mais projet	(sur CRO : type d'anesthésie) Patients ASA III et IV : courrier au MG	Non	Non (mais type d'anesthésie mentionné sur le courrier de sortie)

	Saint Léonard	Saint Joseph	Clinique de l'Anjou	CHU
Numéro de téléphone donné au patient	Standard : 02 41 41 73 73 Puis dirigé vers : - jours ouvrés : UCA - autres horaires : urgences de la clinique		Ambulatoire : 02 41 44 72 15 Urgences 24h/24, 7j/7 : 02 41 44 70 70	7h-19h : UCA : 02 41 35 31 87 Nuit : service de chirurgie (différents numéros, standard : 02 41 35 36 37)
Accès au dossier après la sortie	Oui	Oui, tout informatisé		
Appel du lendemain ?	Systématique, par IDE, avec questionnement sur : douleur, motricité, sensibilité, marche, pansement, besoin d'un IDE	Systématique par IDE	De plus en plus, pour les grosses chirurgies (arthroscopies, by-pass, cholécystectomies) voire deux appels si chirurgie lourde (by-pass)	Oui, systématique
Coopération entre centres ?	Pour les anesthésistes : plateau de consultations commun (village santé)			
	Chaque spécialité a son chirurgien d'astreinte	Chaque spécialité a son chirurgien d'astreinte	Chaque spécialité a son chirurgien d'astreinte	Chaque spécialité a son chirurgien d'astreinte
Coopération avec les MG	Il serait intéressant d'avoir un retour d'information. Une FMC paraît intéressante.			
Les MG appellent-ils l'anesthésiste ?	Très rare, parfois si rash		Très peu (moins de 2 sur environ 2000 patients par an)	

Les instances de tutelles font pression pour augmenter les taux de chirurgie ambulatoire. Le consentement du patient au mode ambulatoire peut sembler parfois biaisé. Le centre ne lui demande pas de signer ce consentement.

De nouvelles techniques de surveillance postopératoire au domicile se développent, comme un système de pastille à coller sur le sternum du patient, détectant la fréquence cardiaque et la saturation, qui transmet ces informations sur le téléphone portable du praticien du centre.

Certains chirurgiens souhaiteraient davantage être appelés par les patients ayant un souci après une chirurgie, et davantage de retour de la part des MG quand les patients consultent leur généraliste pour une question en rapport avec la chirurgie.

4 – DISCUSSION

4.1 – LIMITES METHODOLOGIQUES

4.1.1 – QUESTIONNAIRE PATIENTS

D'une part, le type d'intervention aurait été intéressant à connaître car il peut influencer sur les suites (risque de symptômes postopératoires, procédure de sortie...) et aurait donc pu expliquer des différences :

- au niveau individuel entre des patients subissant différents types d'intervention, éventuellement dans un même centre
- et entre les centres suivant les spécialités exercées.

D'autre part, comme signalé précédemment, l'inclusion des patients a été différente pour la Clinique de l'Anjou par rapport aux autres centres :

- pour les trois premiers centres, elle concernait tous les patients d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire (dont ceux par exemple admis pour une coloscopie),
- pour la clinique de l'Anjou où les questionnaires ont été distribués le plus tard, nous avons choisi d'exclure les patients subissant une anesthésie ambulatoire sans acte chirurgical, la présence de ce dernier nous semblant plus intéressante.

Mais l'étude n'ayant pas pour objectif de comparer les centres entre eux, cette différence dans le protocole altère probablement peu l'intérêt des résultats.

4.1.2 – QUESTIONNAIRE GENERALISTES

On aurait pu interroger les MG sur leur âge, susceptible d'influencer les réponses (autoévaluation des compétences, demandes de formation, perception d'un réseau).

Il aurait été intéressant de poser explicitement la question aux MG de leur intérêt pour « s'impliquer dans le suivi de la CA ». Mais d'autres études l'ont mis en évidence, et des éléments de notre étude le suggèrent fortement (intérêt pour un réseau de CA, approbation de l'item « meilleure implication des MG » dans le cadre d'un réseau, demandes de formation).

L'autoévaluation des connaissances est difficilement interprétable (questions 3 et 4).

Enfin, les items « complication respiratoire » et « complication cardio-vasculaire » (question 4 sur les difficultés de dépistage) regroupent divers diagnostics, ce qui rend la réponse aléatoire donc moins pertinente, d'autant plus que leur gravité peut être très variable.

4.2 – INTERPRETATION DES RESULTATS

4.2.1 – QUESTIONS PREALABLES

4.2.1.1 – FAUT-IL IMPLIQUER LES MG EN CA ?

Actuellement, MG et CA ont des points communs mais des habitudes les séparent

Chirurgie ambulatoire et médecine générale ont plusieurs points communs. D’abord, elles tiennent toutes deux une place de plus en plus importante dans le système de soins. Le MG est un pivot du système de santé, tant sur le plan individuel que de la santé publique. Dans cette étude, 90 % des patients se disent suivis régulièrement par un MG. Au vu de la place grandissante que la CA va occuper, il semble difficile de la priver du concours du généraliste. Chirurgie ambulatoire et Médecine générale ont aussi en commun leur caractère ambulatoire. La CA se définit par un retour en ville le jour-même. Or la prise en charge en ville, par rapport aux soins hospitaliers, est basée sur une approche orientée vers celle de la médecine générale plutôt que celle d’autres spécialités, dans le sens où la ville est le lieu des soins de premier recours et (souvent) moins spécialisés : « c’est bien à partir et autour du médecin traitant que doit s’organiser l’offre de soins ambulatoire » (76). Enfin l’importance de la coordination est présente à la fois dans le rôle du médecin généraliste au sein du parcours de soins et dans les besoins de la chirurgie ambulatoire.

Cependant, les habitudes actuelles peuvent entraîner des difficultés pour impliquer les MG en CA, mais celles-ci peuvent justement constituer une cible d’amélioration des pratiques. La séparation ville / hôpital est souvent considérée comme un frein à la communication. Le peu d’habitude des généralistes dans le suivi précoce d’une chirurgie risque de les rendre méfiants (un MG remarque : « Ce n’est pas notre travail »). Le fait que les centres de CA pourvoient eux-mêmes aux besoins des patients après CA (appel du lendemain, numéro de téléphone joignable, services d’urgence, organisation des soins IDE au domicile...) pourrait apparaître comme un frein à l’implication des MG. Mais ceci offre en fait des possibilités complémentaires au patient, libre d’appeler le centre ou son MG. De plus, cette disponibilité des centres pour suivre le patient après sa sortie pourra bénéficier au MG pour sa prise en charge.

A l’avenir, la motivation des acteurs pourra faciliter l’implication des MG en CA

Les instances de tutelle que sont le ministère de la santé et la HAS poussent à coordonner la chirurgie ambulatoire avec les soins de ville. Selon la HAS et l’ANAP, « la médecine de ville n’est qu’insuffisamment destinataire des informations relatives à la prise en charge en chirurgie ambulatoire et aux suites à en attendre » (50). L’AFCA semble un peu plus réservée.

Les MG manifestent leur intérêt pour la CA dans cette enquête. Leur taux de participation est assez élevé : 56,2 %. La demande des MG est forte : nombreux sont ceux envisageant la possible création d'un réseau autour de la CA (71 %) ; 87 % des MG souhaitent qu'une meilleure implication des généralistes soit une action d'un éventuel réseau ; enfin, la demande de Formation Médicale Continue dans ce domaine est importante : 91 % des MG se disent « beaucoup » intéressés par au moins 1 sujet de FMC proposé ; et 72 % des MG trouvent très utile une FMC sur les suites et la conduite à tenir par type d'opération, item le plus spécifique, ce qui reflète l'intérêt des MG pour la CA.

Les médecins des centres (chirurgiens et anesthésistes) semblent approuver l'idée d'une participation active des MG en CA. Ils sont déjà moteurs dans le développement de la CA, ainsi que dans des innovations et pour améliorer le suivi au domicile : par exemple, de nouveaux dispositifs de surveillance à distance sont en cours d'évaluation, comme le biocapteur HealthPatch* MD : développé par la société Vital Connect, il s'agit d'un patch à positionner sur la poitrine du patient et transmettant à distance, au médecin du centre après la sortie, des paramètres comme la fréquence cardiaque, un ECG simple dérivation, la température, la fréquence respiratoire (99). La motivation des professionnels des centres pour impliquer les généralistes en CA se perçoit au travers des entretiens. Ceci nécessitera de ne pas compliquer leur travail.

Le MG pourrait être impliqué dans les phases pré et postopératoires.

Avant la CA, le MG peut faire bénéficier le centre de sa connaissance du patient, qui est en effet globale (antécédents, mode de vie) et souvent ancienne, et il pourrait notamment aider le chirurgien et l'anesthésiste à évaluer l'éligibilité à l'ambulatoire. Après la CA, le MG peut participer à la surveillance postopératoire et fournir au centre un retour d'information. Même si le recours au MG est rare, il semble plus fréquent que le recours au centre et il est en tous cas une part non négligeable du recours aux soins après CA. La participation des MG peut ainsi contribuer à l'amélioration de la CA. Enfin, peut-être que le MG pourrait aussi assurer une part de la coordination en CA ? Pour l'instant, le MG n'y étant que peu impliqué, la coordination entre les acteurs est assurée principalement par les centres. Mais il serait envisageable que le MG y participe, comme il le fait déjà dans tous les domaines extra-hospitaliers. Cependant, dans le contexte de la CA, même en impliquant davantage les MG, il est généralement admis que « la continuité des soins doit être (...) coordonnée par l'unité de chirurgie ambulatoire », comme le dit le guide de la HAS et de l'ANAP (50). La pratique est en effet peut-être trop spécifique pour reposer sur le généraliste ? De plus, avant de vouloir impliquer le MG dans cette coordination, il faut bien sûr commencer par l'inclure comme simple membre de l'équipe de CA, coordonnée par le centre, ce qui n'est pas encore optimal.

4.2.1.2 – S'IL FAUT IMPLIQUER LES MG, PAR QUELS MOYENS GLOBALEMENT ?

Il faut assurer le temps nécessaire aux MG pour cette charge de travail.

Les besoins des patients de recourir au MG semblent actuellement faibles : la CA satisfait fortement les patients : elle n'a posé aucun problème à 80 % des patients, et pas de problème majeur à 97 % d'entre eux. Et même des patients ayant des symptômes gênants gardent un bon souvenir de la CA (par exemple la 4^{ème} personne rapportant des problèmes majeurs remercie l'équipe). Le suivi est très apprécié des patients : l'appel du lendemain a été trouvé utile par 86 % des patients qui ont pu y répondre. Le déroulement semble fluide : les patients entendent l'information (par exemple 97 % savent qu'ils ont un numéro de téléphone joignable si besoin). Ils s'arrangent au plus simple : 81 % se font raccompagner par un proche et 80 % se font aider par un proche vivant au même domicile. Pour la plupart, l'organisation ne pose pas de difficultés majeures : 81 % n'ont pas de difficulté à trouver une personne pour être présente à leurs côtés, et le recours à la pharmacie n'est compliqué que dans 3 % des cas, celui à un IDE que dans 1 % des cas. Enfin, le recours au généraliste dans les 3 jours après CA est rare. Les patients le disent : 90 % n'ont demandé aucun avis médical au centre ou à un autre médecin (au téléphone ou en consultation) et 94 % n'ont pas eu recours à un médecin hors du centre. Les MG le confirment : les trois quarts (77 %) disent n'être sollicités par un patient de CA que quelques fois dans l'année ou moins.

Cependant les besoins de recours au MG devraient augmenter.

Déjà, les besoins de suivi en CA sont plus grands que la demande de soins le laisse croire : en prévention, une vigilance s'impose car les recommandations ne sont pas toujours suivies par les patients : par exemple, de nombreux patients ne sont pas accompagnés en permanence jusqu'à la fin de la première nuit (20 % le jour J et 18 % la 1^{ère} nuit) : est-ce un choix ou est-ce dû à la difficulté à trouver une personne disponible ? Si des symptômes apparaissent, même gênants ou très gênants (douleur très forte, vomissements), de nombreux patients ne consultent pas et sont d'autant moins soignés pour ces symptômes : n'osent-ils pas ? pensent-ils que la CA ne concerne pas les MG ? Ou qu'une consultation ne les soulagerait pas ? Ces trois possibilités inciteraient à mieux former le MG qui, prévenu des risques et voyant le patient en préopératoire, l'encouragerait à consulter en cas de symptôme afin d'être mieux soulagé.

A l'avenir, la demande de soins au MG devrait augmenter après la CA qui est en pleine expansion. En effet, le nombre de patients opérés en ambulatoire augmente et les centres pourraient déléguer aux MG des actions du suivi (déjà ordinaires ou qui le deviendront) pour favoriser les soins de proximité et limiter la charge de travail des centres et le coût global (contrôle clinique, prescription de soins infirmiers, adaptation des antalgiques, gestion des cathéters péri-nerveux, arrêts de travail...). Les actes

de CA sont proportionnellement de plus en plus complexes, chez des patients de plus en plus fragiles, ce qui laisse envisager bientôt des soins au domicile plus fréquents et plus techniques nécessitant un contrôle médical.

La disponibilité des MG pour cette activité supplémentaire pose question : certains MG craignent un accroissement de leur charge de travail. En témoignent dans cette étude plusieurs remarques d'ordre général formulées par des médecins déjà surchargés.

Cependant, la charge supplémentaire ne serait probablement pas trop importante : seulement 7 ou 8 patients sur 235 (3 %) ont consulté un médecin hors centre dans les 3 jours, dont 5 (2,1 %) leur MG habituel (très inférieur à l'étude de Kong et al. où 16,7 % des patients ont consulté leur MG dans les 7 jours après CA (58) : cette différence est-elle liée au délai (3 jours versus 7) et au fait que notre étude ait inclus des anesthésies ambulatoires sans chirurgie ?). Le temps de travail des MG est élevé : ils l'estiment entre 52 et 60 heures par semaine (100). Cependant si on évalue le retentissement maximal que pourrait avoir la CA sur leur charge de travail, en imaginant que chaque patient subissant une anesthésie ambulatoire consulte une fois son généraliste (en France, 101 896 MG étaient en activité au 01/01/2012) : 4 088 368 anesthésies en ambulatoire en 2010 se traduiraient par 1 consultation tous les 9 jours par MG, et 11 623 630 anesthésies au total se traduiraient par 1 consultation tous les 3 jours par MG (101) (102). Même si la France atteignait les niveaux des pays avec les taux de CA les plus élevés (de l'ordre de 80 %), la charge de travail surajoutée n'apparaît donc probablement pas insurmontable, bien que devant être considérée si une plus forte participation des MG était demandée.

Les autres moyens hors information nécessaires pour impliquer les MG

Se posent les questions par exemple de la rémunération (appels téléphoniques, réunions...), du matériel, des gardes...

Les moyens liés à l'information des MG : c'est l'objet spécifique de cette étude.

4.2.2 – QUELS OUTILS DE COMMUNICATION EXISTENT OU SONT A DEVELOPPER ?

Les actions proposées visent à mieux intégrer les médecins généralistes dans l'équipe de chirurgie ambulatoire.

4.2.2.1 – LES CONNAISSANCES GLOBALES DES MG EN CA

• Pour participer au suivi, le MG doit pouvoir prendre en charge les besoins des patients après CA.

La prise en charge générale après le retour d'hospitalisation fait fondamentalement partie de la pratique courante des MG. Elle peut comporter des explications et des conseils au patient, une surveillance, une réadaptation du traitement, des prescriptions de soins infirmiers, d'une aide à domicile, d'une adaptation du logement, d'une rééducation, une réévaluation de la reprise du travail... Les symptômes fréquemment rencontrés après CA, que sont la douleur et les nausées, sont fréquents en médecine générale, les généralistes pourront donc au moins y apporter une réponse non spécifique.

Mais les spécificités du suivi précoce après chirurgie ou anesthésie sont peu connues des MG (dépister les complications et prendre en charge les symptômes gênants précoces liés à la chirurgie ou à l'anesthésie, en particulier les douleurs et les NVPO) : de fait, ce suivi est nouveau pour eux : il était fait auparavant dans les centres lors d'une HC, vu la relative nouveauté de la CA, il est en partie spécialisé (chirurgie et anesthésie), et pour l'avenir ils sont peu incités à se former du fait du petit nombre de consultations après CA. Les MG confirment avoir des difficultés face à d'éventuelles complications : 48 % disent ne pas être à l'aise devant une douleur du site opératoire, 62 % disent ne pas être à l'aise pour dépister une hémorragie, ce qui peut signifier une demande de formation (mais aussi l'aveu d'une certaine impuissance à détecter tôt cette urgence rare mais redoutée de tout médecin. Cette crainte est peut-être difficile à solutionner, et ce d'autant plus en médecine de ville).

• **Nous proposons donc des actions de diffusion de l'information**

L'initiative de ces actions serait logiquement du ressort des centres :

- le centre est à la fois l'effecteur de l'acte principal (chirurgie), et la référence pour les patients et les MG
- la faible confrontation des MG à la CA les incite peu pour le moment à se former par eux-mêmes.

Les modes possibles de transmission de l'information sont variés

Une formation médicale présentielle (FMC ou autre) permettrait un partage d'informations sur le suivi après CA à destination des généralistes (annexe 7) (103). Ces réunions permettraient dans le même temps un échange plus direct entre ville et hôpital, ainsi qu'un retour informel du ressenti des MG sur le suivi de CA.

Un site internet pourrait soit être créé exprès pour la CA autour d'Angers, soit s'inclure dans une plateforme déjà existante (exemple : e-sante Pays de la Loire), selon la liberté de gestion désirée et rendue possible.

D'autres supports seraient envisageables comme une lettre papier régulière...

Le type d'informations diffusées pourrait répondre à des demandes différentes

La mise à disposition des coordonnées des acteurs de soins en CA permettrait à tous et en particulier aux MG de contacter plus facilement l'interlocuteur souhaité (centres de CA, IDE pouvant gérer des techniques spécialisées comme des cathéters périmerveux...). Ce pourrait être sous forme d'un numéro unique d'astreinte, ou d'un annuaire des différents intervenants. Le RPPS pourrait être une aide.

La diffusion de protocoles pourrait être intéressante : ceux-ci pourraient être à destination des patients et/ou des MG (par exemple mesures antalgiques non médicamenteuses...) : 88 % des MG souhaitent des protocoles. Ceux-ci leur permettraient de disposer, de base, des informations spécifiques sur la conduite à tenir standardisée telle qu'elle est préconisée par le centre selon ses habitudes. Ceci ne modifierait quasiment pas ce qu'inclut le courrier de sortie de chaque patient : ces conseils standardisés pourraient continuer d'y figurer, et les informations individualisées resteraient de toute façon indispensables. Les praticiens des centres diffuseraient leurs protocoles au rythme de leur évolution. Cette information régulière des MG pourrait se faire par voie postale ou par mail.

Une formation plus poussée sur des problèmes rencontrés en CA pourrait être mise en place.

Des sujets intéressant les MG ont été définis pour une éventuelle FMC mais sont probablement extrapolables à d'autres moyens tels que des protocoles.

- Suites et conduites à tenir par type d'intervention

96 % des MG se disent intéressés (72 % beaucoup et 24 % un peu). Alors qu'il s'agit du sujet le plus spécialisé, c'est également le plus demandé par les MG, ce qui reflète leur volonté de se former dans des domaines différents de ceux qu'on leur attribuerait au premier abord, car ils savent que l'exigence d'une médecine générale de qualité suppose une certaine acuité dans quantités de disciplines.

- Gestion des anticoagulants

92 % des MG se disent intéressés. Cette proportion est considérable bien que ces traitements soient gérés de façon très courante en médecine générale. Les modalités d'arrêt et de reprise autour d'une chirurgie et les indications sont probablement les points sensibles pour les MG.

- Prise en charge des Nausées et vomissements post-opératoires (NVPO)

92 % des MG se disent intéressés. Les NVPO, bien qu'assez rares dans cette étude (notés par 10 % des patients), sont rapportés plus fréquents (de l'ordre de 30 %) dans la littérature. Seuls 30 % des généralistes disent ne pas être à l'aise pour prendre en charge des NVPO, cependant les traitements des nausées et des vomissements sont spécifiques dans ce contexte postopératoire, on peut supposer la pertinence d'une formation sur les spécificités du traitement des NVPO.

- Gestion des antalgiques après une anesthésie/chirurgie et interactions

90 % des MG se disent intéressés. La douleur est le symptôme le plus fréquent après CA. 53 % des patients de cette étude ont présenté une douleur, alors que la littérature rapporte plutôt des chiffres voisins de 40 %. Or c'est le symptôme devant lequel les généralistes sont le moins à l'aise (48 % disent ne pas se sentir à l'aise). Il y a donc une grande marge de progression possible. En outre, une formation sur les possibilités antalgiques utilisables en ville serait utile aux généralistes dans bien d'autres domaines que la CA (même si la douleur due à la CA a des spécificités) et les intéresserait d'autant plus.

- Surveillance après une anesthésie générale

89 % des MG se disent intéressés. 68 % des patients disent avoir été endormis. Une formation serait justifiée à la fois par la fréquence des symptômes variés entraînés par l'anesthésie générale (NVPO, somnolence, vertiges, douleur de gorge), et par le peu de confrontation habituelle des MG aux patients venant d'en subir une.

4.2.2.2 – INDIVIDUELLEMENT POUR CHAQUE PATIENT, UNE COMMUNICATION AISEE AVEC LES CENTRES EST NECESSAIRE

• Le courrier de sortie pourrait être plus efficace

Alors qu'au sein de toute structure hospitalière la transmission de toutes les informations médicales est faite systématiquement et rapidement par les dossiers médical et infirmier (le plus souvent encore sous forme papier, qui dans ce cadre pose peu de problèmes), cette transmission entre l'établissement de santé et la ville est bien différente par son manque d'exhaustivité et son délai.

Le délai de réception devrait être raccourci

Le risque d'apparition de symptômes voire de complications est d'autant plus important que le temps écoulé depuis l'intervention est court, or la chirurgie ambulatoire permet par définition la sortie le jour même de l'intervention : il semble donc évident que le compte-rendu ne sera intéressant, pour gérer un effet secondaire, que s'il est réceptionné dans des délais très brefs : le jour-même. Or 68 % des MG trouvent que la réception trop tardive du CRO est fréquente, et 63 % qu'elle est gênante : il s'agit de l'obstacle au suivi le plus gênant selon cette étude.

Le courrier papier est réceptionné trop tard. Si le courrier est remis au patient, il n'est pas porté au MG le jour-même dans la très grande majorité des cas. Si le patient consulte son MG, il peut avoir oublié ou perdu son compte-rendu : tout au plus 21% des patients auxquels le centre a confié un courrier à remettre à leur MG le lui donnent le jour-même, ce qui est bien compréhensible, leur priorité dans les heures qui suivent une chirurgie étant légitimement autre que porter un courrier. Et si le courrier est envoyé par la poste, il n'arrive pas avant le surlendemain, et le courrier papier, surtout s'il est reçu deux jours après la chirurgie, apparaît dépassé (sans parler de son coût).

Le courrier électronique sécurisé serait un moyen plus rapide et épargnant une fatigue supplémentaire au patient. Au temps des facilités offertes par internet, la communication par mail paraît intéressante : 66 % des MG souhaiteraient recevoir le CRO le jour-même par mail, et 84 % d'entre eux (plus de 60 % de l'ensemble des MG) disposent déjà d'une boîte mail sécurisée. Un médecin a précisé qu'il utilisait Apicrypt. Le courrier électronique apparaît très intéressant mais à considérer avec précaution pour garantir le secret médical.

Par rapport au papier, le mail présente les avantages suivants :

- instantané, il présente un intérêt considérable dans le contexte de la CA surtout en permettant au MG de disposer des informations dans les premières heures où peuvent survenir les symptômes
- plus aisément exploitable, il facilite l'alimentation du dossier médical informatique avec éventuel classement automatisé (date, praticien, éventuellement biologie...), et le partage avec le patient et les autres correspondants médicaux
- il permet des économies pour le système de santé : gratuité et peut-être gain de temps de secrétariat
- il est pratique et peut être aussi précis qu'un courrier papier.

La sécurisation des mails a déjà été éprouvée par exemple par Apicrypt, un service payant. Mais l'Agence des Systèmes d'Information Partagée de santé (ASIP santé) propose gratuitement aux professionnels de santé sa Messagerie Sécurisée de Santé « MSS » qui est d'ores et déjà lancée dans sa version bêta (104). La mise en place d'un tel mode de communication nécessiterait, pour être efficace, la participation de la plupart des médecins, chirurgiens, anesthésistes et généralistes, et pourrait facilement s'étendre à tous les professionnels de santé prenant en charge le patient (IDE, kinésithérapeute, pharmacien...)

D'autres supports pourraient être envisageables :

- le fax est déjà parfois utilisé
- le Dossier Médical Personnel (DMP) pourrait permettre au chirurgien d'y porter son compte-rendu et ses consignes de façon centralisée. En cours de développement, il sera probablement un enjeu important. Il est encore peu diffusé et sa finalisation reste attendue.
- voire téléphone, SMS...

La quantité des informations transmises pourrait être plus importante

Si la sortie du patient est approuvée au niveau médical, on conçoit que la quantité des informations transmises du centre au généraliste soit délibérément moindre que celles transmises au sein du centre pendant l'hospitalisation. Mais les informations importantes doivent être présentes, et dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, celles-ci sont nombreuses vu la fréquence des symptômes au domicile et leur spécificité.

- un compte-rendu opératoire plus complet est souhaité par les MG : 56 % des MG le trouvent fréquemment trop succinct et 47 % en sont très gênés.
- un compte-rendu anesthésique serait intéressant. Son absence (fréquente pour 74 % des MG) pouvait facilement se concevoir du temps où la chirurgie avait lieu en hospitalisation complète, car les effets secondaires de l'anesthésie étaient terminés dans l'immense majorité des cas). Mais elle pourrait être beaucoup moins légitime si le patient sort dans les quelques heures après son réveil. Malgré ce fait, seuls 31 % des MG considèrent cette absence comme très gênante : ce chiffre serait-il minoré par le peu d'expérience qu'ont encore les MG de la CA ? Alors se pose la question d'une généralisation d'un compte-rendu anesthésique (individualisé ou intégré au compte-rendu opératoire).
- un souhait d'informations sur les suites est aussi suggéré par la forte demande de protocoles (celle-ci pouvant être interprétée comme une demande de conseils standardisés ou individualisés).

• Il serait souhaitable de pouvoir joindre plus facilement un chirurgien et un anesthésiste

En particulier pour joindre un chirurgien, les MG sont demandeurs d'une procédure précise à cet effet : elle pourrait consister en un numéro de téléphone du chirurgien d'astreinte dans la spécialité concernée, diffusé aux généralistes du département, pourquoi pas mutualisé sur plusieurs centres de chirurgie ambulatoire ? On pourrait envisager la même possibilité pour joindre un anesthésiste d'astreinte, étant donnée la fréquence des effets secondaires de l'anesthésie survenant à domicile, plus importante par la force des choses en ambulatoire qu'en HC.

4.2.2.3 – QUELLE STRUCTURE EST LA PLUS APPROPRIÉE POUR PORTER CES ACTIONS ?

Il y a besoin de favoriser la communication entre les centres et les généralistes. La demande des MG d'améliorer l'information en CA est présente et forte dans cette étude comme dans d'autres, et demande donc à être entendue. Il serait souhaitable de concrétiser les actions de formation et de communication décrites précédemment, ce qui favoriserait la coordination des soins. L'objectif est de mettre en place ces actions d'information, quelle qu'en soit la structure porteuse. Pour faciliter l'interaction entre les centres et les MG, une coordination entre les centres serait aussi nécessaire.

• Pour choisir et mettre en place cette structure, plusieurs étapes se succèdent

En premier lieu, il faudrait identifier un promoteur du projet, ce qui nécessite d'identifier les acteurs les plus motivés pour le mener. Ce sera vraisemblablement un médecin ou soignant d'un centre (plus qu'un MG). Il pourrait s'entourer de personnalités qualifiées pour engager la réflexion.

Puis les actions d'information à mettre en place seront à définir. Ce peut être peuvent être la diffusion de protocoles, des formations, un renforcement de la communication, la généralisation du mail... Leur choix pourra s'appuyer sur les souhaits des généralistes mis en évidence dans cette enquête. Une étude de projet (cahier des charges, faisabilité, coûts) sera utile pour chacune d'entre elles.

Il faudra encore identifier les moyens nécessaires. Les moyens humains sont les personnes représentant chaque partie de la collaboration (chaque centre, les généralistes, les infirmiers, les patients...) et la charge de travail engendrée (FMC ponctuelles, mise à jour d'un site, permanence d'un anesthésiste d'astreinte...). Les moyens matériels sont éventuellement une plateforme informatique comme « e-santé Pays de la Loire », des locaux (FMC)... Les autres coûts engendrés doivent être considérés.

L'organisation la plus appropriée serait enfin à choisir. Une aide pour cette décision peut être recherchée auprès de différentes structures. L'ARS des Pays de la Loire pourrait être consultée pour définir la meilleure solution à mettre en œuvre en tenant compte des financements possibles par le FIR. Des avis pourront aussi être pris auprès d'autres centres (ex. : Cesson-Sévigné), de l'Union Nationale des Réseaux... En fonction du degré d'indépendance souhaité, on retrouve les possibilités suivantes :

- une coopération informelle entre les centres, ou entre centres et généralistes par exemple
- une intégration à une autre structure, réseau de santé ou non
- un réseau de santé au sens réglementaire, dont il faudrait définir le cas échéant : son statut juridique (association, GCS, GIP, GIE) ; son type : réseau de coordination régionale (pour les professionnels de santé), réseau monothématique régional ou réseau polythématique de proximité. Pour la CA, le plus approprié serait sans doute l'un des 2 premiers (105).

• Un réseau serait-il nécessaire ? Evaluer l'opportunité d'un réseau de santé

Les actions évoquées correspondent de fait à celles que les réseaux favorisent, mais elles pourraient aussi être menées par un réseau ou par une organisation plus informelle. L'opportunité d'un réseau dépendra de la comparaison entre la complexité des actions et celle d'un réseau :

- soit un réseau est trop lourd pour ces actions qui peuvent être menées directement et plus simplement
- soit à l'inverse, un réseau faciliterait ces actions entre autres en formalisant les rôles de chaque intervenant et en permettant un financement spécifique supplémentaire.

Les réseaux sont des structures intéressantes

Une grande proportion des MG (71 %) acquiesce à l'idée d'un réseau de santé en CA. Un réseau peut accélérer le développement d'actions de coordination, et paraît d'autant plus intéressant que le nombre de patients concernés est important. Par exemple au Centre de la Main de Trélazé, l'absence de réseau de santé impliquant des IDE a été regrettée car certains patients reviennent plusieurs fois au centre pour leur pansement, alors que celui-ci pourrait être géré en ville par des infirmiers (106). La fluidité d'une procédure ressentie par les bénéficiaires (que sont ici les patients, et par eux la société et les professionnels de santé), repose souvent sur une organisation très réfléchie, qui a été longue à mettre en place, et qui pourrait donc être plus facilement supportée par un réseau de santé.

Mais la création d'un réseau de CA autour d'Angers n'est pas évidente.

D'abord, l'idée d'un réseau en CA réseaux ne remporte pas l'adhésion de tous : certains médecins généralistes semblent irrités par ce concept. Et malgré la grande proportion des MG acquiesçant à cette idée, on peut supposer une réflexion souvent plus poussée de la part des MG répondant négativement : seuls 25 commentaires accompagnent les 133 réponses « oui » (19 %), alors que 28 commentaires sont plutôt négatifs parmi les 53 réponses « non » ou autres (53 %) : 22 parmi les 40 « non » et 6 parmi les 13 réponses autres.

Ensuite, la notion d'un réseau est complexe : elle regroupe des entités très différentes. Le but des réseaux, qui est de faciliter la prise en charge par une meilleure coordination, semble parfois surpassé par la peur de complexifier le système de soins auquel ils ajouteraient des structures supplémentaires. Il a déjà été noté par le passé que les réseaux ont eu tendance à dépasser leur mission première de coordination, par exemple en délivrant eux-mêmes une activité de soins (107). De plus, la plupart des

réseaux de santé en place sont centrés sur des patients atteints de maladies chroniques, que ne sont pas les patients de chirurgie ambulatoire. La prise en charge de CA se fait par définition à court terme. Il ne s'agirait donc pas d'un réseau de santé « classique », mais cela n'élimine pas pour autant toute faisabilité.

Des exemples montrent par ailleurs qu'une bonne prise en charge coordonnée peut se passer de réseau. La polyclinique Sévigné a monté un partenariat rapproché et apparemment efficace avec les médecins généralistes, sans créer de réel réseau formalisé. Et « les établissements du Benchmark ont développé des volumes importants, voire très importants d'ambulatoire, sans mettre en œuvre de dispositif structuré d'aval (Hospitalisation à Domicile, « réseaux », etc.) » (50).

Enfin, les réseaux de santé ne sont peut-être que provisoires : selon un guide de 2012 de la DGOS concernant l'évolution souhaitable des réseaux : « A terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes » (107).

Afin de prendre la meilleure option, l'objectif de la communication doit rester la priorité.

Le seul objectif est l'amélioration de la communication entre les centres et les généralistes, par des actions de partage de l'information telles que celles développées plus haut ; mais celles-ci pourraient être mises en place sans structure en tant que telle ou avant sa création, si les conditions le permettent (par exemple des coûts peu élevés...).

Dans tous les cas, il est nécessaire de veiller à ne pas alourdir le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, dont un des points forts est sa fluidité.

CONCLUSION

Les patients sont très satisfaits de la chirurgie ambulatoire et consultent peu le MG dans les suites immédiates, et ce malgré des symptômes qui restent conséquents : la faible fréquence de consultations du MG est donc aussi liée à d'autres raisons que simplement un déroulement sans encombres. Ceci montre la nécessité de guider voire d'inciter les patients à consulter si besoin, et la pertinence de mieux impliquer en CA les médecins généralistes qui, d'ailleurs, le souhaitent.

Or la communication centres-généralistes est perfectible. Les MG expriment un besoin d'une implication plus forte en CA et apprécieraient :

- une formation en CA : des sujets potentiels de Formation Médicale Continue ont été identifiés et seraient une action concrète et utile,
- un échange plus suivi avec les services de chirurgie ambulatoire par des moyens de communication plus performants: les MG demandent un courrier de sortie plus précis et reçu dans un délai plus bref, idéalement en temps réel (mail sécurisé), ainsi qu'un moyen de joindre facilement un chirurgien ou un anesthésiste.

Les différentes organisations pouvant porter ces actions seraient :

- une structure informelle menée par les centres,
- une intégration à un outil plus vaste (par exemple au niveau régional ou regroupant d'autres spécialités) comme une structure axée principalement sur le partage d'informations par internet (exemple : e-sante Pays de la Loire),
- ou un réseau formalisé spécifique à la chirurgie ambulatoire, peut-être plus lourd à mettre en place mais offrant plus de possibilités pour promouvoir des actions de coordination et de partage d'information. La plupart des généralistes acquiescent à la question de créer un réseau, mais cette question se heurte aussi à la méfiance de plusieurs d'entre eux.

Pour chaque organisation, les possibilités offertes sont à apprécier en fonction de son éventuelle complexité de mise en place et l'importance des actions envisagées.

Quelle que soit l'organisation, son objectif premier doit rester les actions de partage de l'information. Il faudra définir la structure la plus adaptée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jarrett PEM, Wetchler BV. Editorial. *Ambul Surg.* 1993;1:3.
2. HAS (Haute Autorité de Santé), ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Socle de connaissances. 2012.
3. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Instruction n°2010-457 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. déc, 2010.
4. Touraine M. Marisol Touraine : « Les 10 milliards d'économies n'aboutiront pas à un système de santé "low cost" » [Internet]. 2014 [cited 2014 May 31]. Available from: <http://www.lesechos.fr/economie-politique/france/actu/0203462078200-marisol-touraine-nous-allons-faire-10-milliards-d-economies-sans-aboutir-a-un-systeme-de-sante-low-cost-666760.php#Xtor=AD-6000>
5. Cour des comptes. La situation et les perspectives des finances publiques - Chapitre V : Des mesures structurelles d'économies à engager - II : Des pistes d'économie à explorer - C : Les dépenses d'assurance maladie - 1 : Les établissements de santé [Internet]. Paris; 2014 p. 167–9. Available from: file:///C:/Users/Jos%C3%A9phine/Downloads/20140616_rapport_situation_perspectives_des_finances_publicques.pdf
6. Jouffroy L, Gentili M, Paqueron X, White P. Consultation préanesthésique en chirurgie ambulatoire. Anesthésie en chirurgie ambulatoire. Wolters Kluwer France; 2005. p. 25–33.
7. Sondage BVA. Une très bonne opinion des Français à l'égard des médecins. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. 2008. p. 18. Available from: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
8. Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée. Conférence de consensus des 22-23-24 mars 1993. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de Conférence. *Rev Hosp Fr.* 1995;2:156–71.
9. IAAS (International Association for Ambulatory Surgery), Executive Committee. Ambulatory (day) surgery - Suggested International terminology and definitions [Internet]. 2003 [cited 2014 Mar 23]. Available from: http://www.iaas-med.com/files/historical/IAAS_definitions.pdf
10. EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies), Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, McKee M. Day surgery: making it happen. 2007.
11. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2009. p. 67–72.
12. Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. L'anesthésie en France en 1996 - Anesthésies des patients ambulatoires. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1998;17:1363–73.
13. L'anesthésie et la réanimation dans le temps [Internet]. Available from: <http://www.histanestrea-france.org/SITE/L-anesthesie-et-la-reanimation.html>

14. British Association of Day Surgery. Day case surgery. Ian Smith, Douglas McWhinnie, Ian Jackson; 2012.
15. CREDES, Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. 1997 Nov p. 127. Report No.: 466.
16. Nicoll JH. The surgery of infancy. Br Med J. 1909;753-4.
17. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire - Programme de gestion du risque. Lyon; 2013.
18. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Fichier de résultats 2007-2012 pour chaque indicateur et déclinés par région et par catégorie d'établissement. [Internet]. 2013. Available from: <http://www.atih.sante.fr/gestion-du-risque-chirurgie-ambulatoire>
19. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Manuel des GHM - v11f [Internet]. [cited 2014 Apr 7]. Available from: <http://www.atih.sante.fr/manuel-des-ghm-v11f>
20. Sales J-P. Place de la chirurgie ambulatoire en France. Comparaisons internationales. Ann Chir. 2001;126:680-5.
21. Toftgaard C. Day Surgery Activities 2009: International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. Ambul Surg. 2012;17.
22. Cour des comptes. La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - Chapitre VIII : La chirurgie ambulatoire. Paris; 2013 p. 229-52.
23. ARS (Agence Régionale de Santé) Pays de la Loire - Direction de l'efficacité de l'offre. La pratique de l'ambulatoire - Situation des établissements ligériens [Internet]. 2014. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/espace-efficience/sanitaire/chirurgie-ambulatoire/chirurgie-ambulatoire-pays-de-la-loire-5.jpg
24. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire (SFAR 1994) [Internet]. [cited 2014 Mar 24]. Available from: <http://www.sfar.org/article/12/recommandations-concernant-l-anesthesie-du-patient-ambulatoire-sfar-1994>
25. CNCE (Conseil National de Chirurgie de l'Enfant), ADARPEF (Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française). Recommandations pour la chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans. 2008 mai.
26. ASA Physical Status Classification System [Internet]. [cited 2014 Apr 2]. Available from: <http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>
27. ameli.fr - Accord préalable et chirurgie ambulatoire [Internet]. [cited 2014 Apr 7]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/accord-prealable-et-chirurgie-ambulatoire/objectif-developper-la-chirurgie-ambulatoire.php>
28. Liste des gestes marqueurs MSAP chirurgie ambulatoire [Internet]. ameli. 2012 [cited 2014 Mar 17]. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ListeDesActesEtGestesActualisee.pdf

29. CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), Ministère de la Santé. Thème 1B : "le patient peut-il intervenir dans le choix de sa prise en charge ?" Abécédaire Chirurgie ambulatoire - réglementation, organisation, pratique. 2009. p. 11.
30. Langloÿs J. Anesthésie du patient ambulatoire. *Encycl Méd Chir, Anesthésie-Réanimation*,.pdf. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés;
31. Apfelbaum JL, Walawander CA, Grasela TH, Wise P, McLeskey C, Roizen MF, et al. Eliminating intensive postoperative care in same-day surgery patients using short-acting anesthetics. *Anesthesiology*. 2002;97:66–74.
32. Aldrete JA, Kroulik D. A Postanesthetic Recovery Score. *Anesth Analg*. 1970 Dec;49:924–34.
33. Chung F, Chan VWS, Ong D. A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery. *J Clin Anesth*. 1995;7:500–6.
34. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth*. 1995;7:89–91.
35. Chung F, Mezei G. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Can J Anesth*. 1999;46:R18–R34.
36. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Massault PP, Johanet H, et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999–2000. *Ann Chir*. 2002;127:262–7.
37. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA*. 2014;311:709–16.
38. Vaghadia H, Scheepers L, Merrick PM. Readmission for bleeding after outpatient surgery. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 1998;45:1079–83.
39. ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), Bontemps G. Estimation globale des gains économiques liés au développement de la chirurgie ambulatoire [Internet]. Available from: http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/Chirurgie_ambulatoire/estimation_globale_gains_economiques.pdf
40. FHF (Fédération Hospitalière de France). Chirurgie ambulatoire : les propositions de la FHF - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cited 2014 Apr 28]. Available from: <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-One/Chirurgie-ambulatoire-les-propositions-de-la-FHF/>
41. FHF (Fédération Hospitalière de France). Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à moyen terme selon différentes hypothèses et les pratiques observées. 2013.
42. La chirurgie ambulatoire, beaucoup en parlent... nous la faisons ! - UCDF - Union des Chirurgiens de France [Internet]. [cited 2014 Jul 10]. Available from: <http://www.ucdf.fr/actualite/138-la-chirurgie-ambulatoire-beaucoup-en-parlent-nous-la-faisons>
43. IAAS (International Association for Ambulatory Surgery). Site de l'IAAS [Internet]. [cited 2014 Mar 23]. Available from: <http://www.iaas-med.com/index.php/85-iaas-general/24-welcome-to-the-iaas-website>

44. Présentation de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire - L'AFCA - Modèle officiel [Internet]. [cited 2014 Apr 4]. Available from: <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/afca/presentation-association-francaise-chirurgie-ambulatoire>
45. About DSDP | DSDP [Internet]. [cited 2014 Apr 23]. Available from: <http://www.dsdp.eu/summary/>
46. About DaySafe | Daysafe [Internet]. [cited 2014 Apr 23]. Available from: <http://www.daysafe.eu/summary/>
47. CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé). La chirurgie ambulatoire : potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs. *Quest Déconomie Santé*. 2002 avril;(50).
48. DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins), DSS (Direction de la Sécurité Sociale). CIRCULAIRE N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé. 2009.
49. ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Campagne tarifaire et budgétaire 2014 - Nouveautés financement [Internet]. 2014. Available from: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2435/notice_technique_financement_2014_cim-mf-249-1-2014.pdf
50. HAS, ANAP. Fiche n°13 : Améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire - Recommandation N. Recommandations organisationnelles - Pour comprendre, évaluer et mettre en oeuvre - 15 fiches techniques explicatives, évaluatives, de mise en oeuvre. 2013. p. 85–8.
51. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Can J Anesth*. 2004;51:886–91.
52. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 1998;45:304–11.
53. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth*. 1996;43:1121–7.
54. Pfisterer M, Ernst EM, Hirlekar G, Maser P, Shaalan AK, Haigh C, et al. Post-operative nausea and vomiting in patients undergoing day-case surgery: an international, observational study. *Ambul Surg*. 2001;9:13–8.
55. Odomforren J, Moser D. Postdischarge nausea and vomiting: A review of current literature. *Ambul Surg*. 2005;12:99–105.
56. Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, François T, Labbe D, et al. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol EJSO*. 2005;31:495–9.
57. Willis CE, Watson JD, Harper CV, Humphreys WG. Does day surgery embarrass the primary health care team? An audit of complications and consultations. *Ambul Surg*. 1997;5:71–5.
58. Kong KL, Child DL, Donovan IA, Nasmyth-Miller D. Demand on primary health care after day surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1997;79:291.

59. Aubert J-S. Chirurgie ambulatoire: implication, information et formation des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2007.
60. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1997;85:808–16.
61. Cadi P. AG ou ALR en chirurgie ambulatoire : arguments du choix [Internet]. Available from: <http://www.jarp.fr/Doc/JARP05/04-TxtCadi.pdf>
62. Martín López MA, Fortuny GO, Riera FO, Grau LH, Maeso MP. Effectiveness of a clinical guide for the treatment of postoperative pain in a major ambulatory surgery unit. *Ambul Surg*. 2001;9:33–5.
63. Macaire P, Gentili M. Quelles modalités analgésiques spécifiques en chirurgie ambulatoire ? *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2009;28:e127–e133.
64. Bernard N, Capdevila X. Cathéters périmerveux - analyse risque-bénéfice et conséquences pour la pratique. *MAPAR (Mises Au Point en Anesthésie Réanimation)*; 2006.
65. HAD (Hospitalisation A Domicile) Lorient-Quimperlé. Protocole : Gestion du Cathéter péri-nerveux [Internet]. 2011. Available from: http://www.hadlorient.com/had-pdf/Protocoles%20de%20soins/PT_Cath%C3%A9ter%20p%C3%A9ri-nerveux_V%201_06%2012%2011.pdf
66. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), Choquet O, Bennourine K, Gaertner E, Manelli J. Cathéters nerveux périphériques : modalités d'administration, surveillance, organisation des soins [Internet]. [cited 2014 Jun 20]. Available from: http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca04/html/ca04_65/ca04_65.htm
67. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al. A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *N Engl J Med*. 2004;350:2441–51.
68. Fero KE, Jalota L, Hornuss C, Apfel CC. Pharmacologic management of postoperative nausea and vomiting. *Expert Opin Pharmacother*. 2011;12:2283–96.
69. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), Diemunsch P, Zohra Laalou F. Nausées et vomissements postopératoires [Internet]. [cited 2014 Apr 28]. Available from: http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_22/ca05_22.htm#65862
70. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*. 1999;91:693–700.
71. Carroll NV, Miederhoff P, Cox FM, Hirsch JD. Postoperative nausea and vomiting after discharge from outpatient surgery centers. *Anesth Analg*. 1995;80:903–9.
72. ARS (Agence Régionale de Santé) Pays de la Loire - Direction de la Qualité et de l'Effizienz. Organisation des blocs opératoires et unités de chirurgie ambulatoire - Restitution du benchmark régional [Internet]. 2012. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_effizienz/rencontres_qualiteeffizienz/2012-03-27/ARSPDL_benchmark_blocUCA.pdf

73. HAS (Haute Autorité de Santé), ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Recommandations organisationnelles - Outils et guides - Guide de diagnostic externe chirurgie ambulatoire [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/guide-diag-externe_vd.pdf
74. ARS (Agence Régionale de Santé) Pays de la Loire - Direction de l'efficacité de l'offre. La pratique de l'ambulatoire - Production des acteurs - Un taux régional sur les gestes marqueurs < au taux national [Internet]. 2014. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/espace-efficience/sanitaire/chirurgie-ambulatoire/chirurgie-ambulatoire-pays-de-la-loire-2.jpg
75. Form de partage pour Header [Internet]. SCOPE Santé. [cited 2014 Mar 9]. Available from: <http://www.scopesante.fr/contenus/elements/partager>
76. Intervention de Marisol Touraine - Ministre des Affaires sociales et de la Santé - Présentation de la stratégie nationale de santé [Internet]. 2013 Sep. Available from: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention-Marisol-Touraine-StrategieNationaleSante-23-09-13.pdf>
77. CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention [Internet]. 2009. Available from: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
78. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Monsieur Gérard Larcher [Internet]. 2008. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
79. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. 2009;38:1404–9.
80. Giraud M. Coopération ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
81. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831–41.
82. Moore DC, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646–51.
83. Wenger NS, Young R. Quality indicators of continuity and coordination of care for vulnerable elder persons [Internet]. DTIC Document; 2004. Available from: <http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA427411>
84. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219–21.
85. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Ann Fam Med*. 2013;11:262–71.

86. Le RPPS en quelques questions/réponses | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/editeurs/le-rpps-en-quelques-questionsreponses#q1>
87. Exercice coordonné - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/exercices-coordonnes,11964.html>
88. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa.html>
89. ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Guide méthodologique des coopérations territoriales - Formes juridiques [Internet]. 2011. Available from: http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part2_V20110304.pdf
90. Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC. Acute Postoperative Pain Management at Home After Ambulatory Surgery: A French Pilot Survey of General Practitioners??? Views: *Anesth Analg*. 2002;95:1258–62.
91. Beaussier M, Vons C. Relais hôpital-ville en chirurgie ambulatoire. *Presse Médicale*. 2014;43:305–8.
92. Hubert J-C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des complications de la chirurgie ambulatoire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2009.
93. Baillon E. Relations Ville-Hôpital: les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2004.
94. Le dispositif chirurgie ambulatoire - Hôpital privé Sévigné - Cesson Sévigné – Générale de Santé [Internet]. [cited 2014 Apr 28]. Available from: <http://www.generale-de-sante.fr/hopital-prive-sevigne-cesson-sevigne/Nos-poles-d-activites/Pole-chirurgie-ambulatoire/Le-dispositif-chirurgie-ambulatoire>
95. Le Hétêt H, Aveline C, Bataillon R, Magoni L, Quiguer A-S. Improving Quality and Risk Management in Outpatient Surgery. [cited 2014 Apr 28]; Available from: <http://cdn.intechweb.org/pdfs/11557.pdf>
96. GCS e-santé Pays de la Loire. Avenant n° 2 à la Convention constitutive [Internet]. 2013. Available from: http://esante-paysdelaloire.fr/sites/default/files/u33/gcs_esante_cc_avenant_ag_280613.pdf
97. CHU d'Angers, CH Saumur, Centre de santé mentale angevin, CH Cholet, CH Nord Mayenne, CH Laval, et al. Communauté Hospitalière de Territoire - Mayenne - Anjou - Mauges [Internet]. 2013. Available from: http://www.ch-saumur.fr/actu_cht_signature_officielle_communique.pdf
98. CHU ANGERS : Espace Professionnels de santé / Coopérations et réseaux / Les réseaux du secteur sanitaire et social [Internet]. [cited 2014 Jun 20]. Available from: http://www.chu-angers.fr/?IDINFO=200_14786
99. HealthPatch MD [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://www.vitalconnect.com/healthpatch-md>

100. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé), editor. Quest Econ Santé [Internet]. 2009 juillet;(144). Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
101. FAUVET L. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), editor. Etude Résultats. 2012;796:8.
102. SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation). «Photographie» des actes d'anesthésie réalisés en France en 2010 [Internet]. 2012. Available from: <http://www.sfar.org/accueil/article/940/laquo-photographie-raquo-des-actes-d-rsquo-anesthesie-realises-en-france-en-2010>
103. CNFMC (Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue). Dossiers de demande d'agrément pour la Formation Médicale Continue (formation présentielle et formation à distance) [Internet]. Available from: <http://www.cnfmc.fr/aofmc-1.php>
104. ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé). MSSanté, la garantie d'échanger en toute confiance - Mieux comprendre MSSanté [Internet]. 2014. Available from: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/FAQ_MSSante_BD.PDF
105. Cesbron J-Y, Méaude E. Orientations régionales stratégiques en matière de politique de réseaux de santé - Réflexion pour leur mise en oeuvre [Internet]. Rencontre régionale des réseaux de santé - Pays de la Loire; 2011 Sep 29. Available from: http://ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/rencontre-reseaux-sante-sept-2011/politique-des-reseaux-de-sante-29-09-11.pdf
106. HAS (Haute Autorité de Santé), ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux). Recommandations organisationnelles - Pour approfondir la réflexion - Monographie Centre de la main (Angers) [Internet]. 2013 mai. Available from: http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/Chirurgie_ambulatoire/Monographie_Centre_de_la_Main_Angers.pdf
107. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 – LES QUESTIONNAIRES

A.1.1 – QUESTIONNAIRE PATIENTS (RECTO, VERSO)

QUESTIONNAIRE : Votre retour après CHIRURGIE AMBULATOIRE

Destiné aux patients : à remplir 3 jours après l'intervention, merci de cocher les cases correspondantes (☐)

- 1. Pouvez-vous préciser :**
- votre âge :
 - vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme
 - êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin généraliste ? ☐ oui ☐ non

- 2. Pour cette intervention, avez-vous été endormi(e) ?** ☐ oui
☐ non (je n'ai eu qu'une anesthésie locale)

3. Le centre chirurgical vous a-t-il donné, avant l'opération ou à la sortie :

- un numéro de téléphone du centre chirurgical à contacter en cas de problème ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- une (des) ordonnance(s) (médicaments, matériel, examens) ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- Si oui, ont-elles été suffisantes ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- des indications écrites sur que faire après l'opération (surveillance, consignes) ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- Si oui, ont-elles été utiles ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- un courrier pour votre médecin généraliste ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sais plus
- Si oui, vous le lui avez donné : ☐ le jour-même de l'opération
☐ le lendemain
☐ plus tard ou pas encore

(Généralement, le centre demande qu'une personne raccompagne le patient et reste avec lui le jour J et la 1^{ère} nuit)

4. A la sortie, lors de votre trajet de retour à domicile, avez-vous été raccompagné(e) par quelqu'un ?

- ☐ oui, par un proche
- ☐ oui, par un professionnel (taxi, ambulance, aide à domicile...)
- ☐ non (je suis rentré(e) seul, malgré les recommandations)

5. a) Le centre chirurgical vous a-t-il appelé(e) le lendemain (ou le lundi si vous êtes sorti(e) le vendredi) pour prendre de vos nouvelles (en dehors d'un éventuel appel de votre part) ?

- ☐ non ou je ne sais plus
- ☐ oui mais je n'ai pas pu répondre (le centre a laissé un message, ou appel en absence)
- ☐ oui, j'ai discuté :

b) Dans ce cas, cet appel vous a-t-il été utile ?

- ☐ oui, très utile
- ☐ un peu
- ☐ non, ça n'a pas réglé mes soucis
- ☐ non, je n'avais pas besoin d'être appelé.

6. Dans les 3 jours après l'opération (de la sortie au surlendemain soir), avez-vous eu les problèmes suivants ?

	Non ou très peu	Oui, modérément	Oui, beaucoup
- un problème avec la cicatrice et/ou le pansement ?	☐	☐	☐
- une douleur au niveau de l'endroit opéré ?	☐	☐	☐
- un mal de gorge ?	☐	☐	☐
- une autre douleur ?	☐	☐	☐
- des vomissements ou des envies de vomir (nausées) ?	☐	☐	☐
- des vertiges ?	☐	☐	☐
- une angoisse ?	☐	☐	☐
- une difficulté pour dormir ?	☐	☐	☐
- une fatigue ou une envie de dormir ?	☐	☐	☐
- des problèmes de concentration ?	☐	☐	☐

Tournez SVP →

7. Après la sortie, jusqu'à quand avez-vous eu des difficultés pour faire seul(e) les choses suivantes ?

	Jamais	Le jour J	Le lendemain	Davantage
- utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous déplacer dans la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire votre toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- préparer les repas et/ou manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- acheter les prescriptions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- faire des soins médicaux (injections, pansements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Avez-vous eu effectivement quelqu'un avec vous, pour vous aider :

- le jour J, de la sortie jusqu'à 22 heures ? oui, en permanence oui, par moments non
- la première nuit, entre 22 heures et 8 heures ? oui, en permanence oui, par moments non
- le lendemain ? oui, en permanence oui, par moments non

9. Qui était cette personne présente pour vous aider ? (si plusieurs, donner la principale)

- proche vivant au même domicile habituellement (conjoint, enfant, parent, colocataire)
- proche ne vivant pas au même domicile habituellement (famille, ami, voisin, connaissance)
- professionnel habituel (aide à domicile habituel, personnel de la maison de retraite ou du foyer logement)
- professionnel contacté exprès pour vous aider (aide à domicile, hôtel...)
- aucune, vous étiez seul

10. Avez-vous eu des difficultés à trouver cette personne ? non ou peu oui, vraiment

11. Dans les 3 jours, avez-vous eu recours, du fait de la chirurgie, à :

- une pharmacie (médicaments, pansement) ? oui non
- un magasin de matériel médical ? oui non
- un(e) infirmier(ère) libéral(e) ? oui non
- un kinésithérapeute ? oui non
- un(e) aide-soignant ou autre paramédical ? oui non

Si oui, était-ce compliqué ?

- oui non
- oui non
- oui non
- oui non
- oui non

12. a) Dans les 3 jours, avez-vous téléphoné au centre chirurgical (en dehors de l'appel prévu et fait par le centre) ?

- oui non

Si oui : - b) avez-vous parlé à un médecin ? oui non ne sais pas

- c) votre appel a-t-il été utile ? oui, très un peu mais il n'a pas tout réglé non

13. Dans les 3 jours, êtes-vous retourné(e) au centre chirurgical pour un souci (en dehors d'une éventuelle consultation systématique de contrôle) ?

- oui non

14. a) Dans les 3 jours, avez-vous appelé ou consulté un médecin hors du centre chirurgical ? oui non

Si oui :

- b) Qui était-ce, et comment vous a-t-il conseillé ?

- votre médecin généraliste habituel (ou au même cabinet) : en consultation par téléphone
- un médecin du SAMU/15 ou des urgences : en consultation par téléphone
- un autre médecin en ville : en consultation par téléphone

- c) Pour quelle(s) raison(s) était-ce ?

- Informer votre médecin traitant de la chirurgie
- Demander un avis, un conseil
- Des médicaments liés à l'opération (anti-douleur...)
- Du matériel médical (béquilles, attelle, pansements...)
- Une ordonnance pour des soins paramédicaux (infirmiers, kinésithérapie...)
- Un arrêt de travail
- Autre raison liée à l'opération :
- Un problème qui n'a a priori pas de rapport avec l'opération (traitement de fond...)

- d) A-t-il eu besoin de prendre l'avis du centre chirurgical ? oui non

15. Globalement, la chirurgie ambulatoire vous a-t-elle posé des problèmes, une fois rentré(e) chez vous ?

- Non, aucun
- Quelques problèmes modérés
- Oui, des problèmes majeurs :

Merci pour votre réponse.

A.1.2 – QUESTIONNAIRE GENERALISTES (RECTO, VERSO)

Questionnaire autour des patients de CHIRURGIE AMBULATOIRE

Destiné aux médecins généralistes, merci de cocher les cases correspondantes (☐)

1. Dans quel type d'agglomération exercez-vous ?

- Village ou bourg : moins de 5000 habitants
- Ville de taille moyenne : 5000 à 30 000 habitants (ex. : Segré, Chalonnes-sur-Loire, Baugé, Durtal)
- Plus grande agglomération : plus de 30 000 habitants (ex. : Angers, Cholet, Saumur)

Même si les patients opérés en ambulatoire disposent normalement du numéro de téléphone du centre, le suivi du patient est en théorie confié au généraliste dès la sortie, le jour-même de l'intervention, quel que soit le type d'anesthésie.

2. A quelle fréquence êtes-vous sollicité par des patients, dans les 3 jours après une chirurgie ambulatoire ?

- Plus d'une fois par semaine
- Plus d'une fois par mois
- Quelques fois dans l'année
- Moins

3. Vous sentez-vous à l'aise pour prendre en charge, dans un contexte post-opératoire, ces symptômes fréquents ?

- un problème de cicatrice (écoulement, inflammation...) oui non
- une douleur importante du site opératoire oui non
- des nausées et vomissements post-opératoires oui non
- des céphalées après une rachianesthésie oui non
- autre symptôme difficile à prendre en charge :

4. Vous sentez-vous à l'aise pour dépister ces complications possibles d'une anesthésie ou d'une chirurgie ?

- saignement interne oui non
- infection du site opératoire oui non
- complication respiratoire (pneumopathie, dépression respiratoire...) oui non
- complication cardio-vasculaire (troubles tensionnels...) oui non

5. Quels sont les obstacles au suivi de chirurgie ambulatoire que vous rencontrez et quelle est leur importance ?

		Fréquent	Rare ou inexistant	très gênant	peu gênant
Défaut de formation des généralistes sur des symptômes spécifiques :	- à la chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- à l'anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- à l'anesthésie locorégionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incertitudes sur les interactions médicamenteuses possibles après une anesthésie générale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu opératoire :	- réception trop tardive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- trop succinct, sans conseil si symptôme / complication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de compte-rendu anesthésique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quand je souhaite joindre un chirurgien ou un anesthésiste pour un patient d'ambulatoire :	- difficulté à les joindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- je suis mal reçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre obstacle, précisez :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Participez-vous à un réseau de santé comportant infirmier, kinésithérapeute et pharmacien ?

- oui, clairement identifié
- oui, mais réseau informel
- non, pas de réseau précis.

7. Pensez-vous que la chirurgie ambulatoire puisse bénéficier d'un tel réseau, dont l'objectif serait de faciliter la prise en charge post-opératoire des patients opérés en ambulatoire ?

- oui non Pourquoi ?

Rapport-gratuit.com



Tournez SVP →

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

8. Si un tel réseau était créé pour la chirurgie ambulatoire, quelle importance accorderiez-vous à la participation de ces acteurs ?

	indispensable	non prioritaire
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magasins de matériel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anesthésistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chirurgiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Un tel réseau devrait-il apporter aux acteurs de ville, d'après vous, les éléments suivants ?

	très utile	peu utile	
- Meilleure implication du généraliste dans l'équipe chirurgicale (communication, courriers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Formation Médicale Continue (ex. : antalgiques après une anesthésie générale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Protocoles (douleur, nausées/vomissements, relais anticoagulants, antibiothérapie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Annuaire de participants au réseau, comportant :	- centres et chirurgiens pratiquant la chirurgie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- procédure pour joindre le chirurgien d'astreinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- procédure pour joindre l'anesthésiste d'astreinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- adresses d'infirmiers et de magasins de matériel médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre (information à diffuser...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Souhaiteriez-vous recevoir le jour-même le compte-rendu opératoire, par mail ?

- oui : si oui, avez-vous une boîte mail sécurisée pour recevoir des comptes-rendus médicaux ? oui non
 non : si non, pourquoi ? les courriers papier suffisent et arrivent à temps.
 les courriers papier ne suffisent pas forcément, mais le mail ne me convient pas.

11. Ces sujets de Formation Médicale Continue autour du patient de chirurgie ambulatoire vous intéressent-ils ?

	beaucoup	un peu	non
- Aspects administratifs (Responsabilités, mise sous accord préalable, chemin clinique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Soins locaux de cicatrice opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prescription des antalgiques per os après une anesthésie/chirurgie, et interactions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prise en charge de nausées et vomissements post-opératoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surveillance après anesthésie générale (risques des anesthésiques, de l'intubation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surveillance après une péridurale ou après une rachianesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Surveillance après un bloc tronculaire ou plexique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gestion des cathéters péri-nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gestion des antidiabétiques et des antihypertenseurs avant une anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gestion des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires (avant, après)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Suites et conduites à tenir par type d'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre(s) sujet(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci pour votre réponse.

ANNEXE 2 – LEGISLATION (EN VIGUEUR EN MARS 2014)

A.2.1 – CHIRURGIE AMBULATOIRE

Textes successifs sur la chirurgie ambulatoire :

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (art. L. 712-2 et L 712-8 à L 712-18 du CSP)
- 3 décrets du 2 octobre 1992 :
- n° 92-1100 portant application de l'article L. 712-10 du CSP
- n° 92-1101 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- n° 92-1102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation
- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b)
- Décret no 99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires et modifiant le CSP
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Article L6122-1 du CSP

Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds.

La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article R. 6121-4 du CSP (ancien art. R. 712-2-1 du CSP puis R 712-4 du CSP)

Les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6121-2 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.

Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

- 1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;
- 2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires 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.

Article D. 6124-301 du CSP

[Structures autorisées]

Les dispositions de la présente section [Section 3 : Structures de soins alternatives à l'hospitalisation] s'appliquent aux structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète prévues à l'article L. 6122-1.

Article D. 6124-301-1 du CSP (ancien art. D. 712-30 du CSP puis D 6124-301)

[Prestations, conditions d'accès]

Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires 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.

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.

Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également 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 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Cette équipe peut comprendre, dans le respect de l'organisation spécifique de la prise en charge à temps partiel et des dispositions prévues à l'article D. 6124-303, des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site.

Toutefois lorsqu'il s'agit d'une prise en charge en anesthésie ou chirurgie ambulatoires, les membres de l'équipe mentionnée au troisième alinéa n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires pendant la durée des prises en charge.

Lorsque les prises en charge requièrent l'utilisation d'un plateau technique, elles peuvent être réalisées avec les moyens en personnel et en matériel du ou des plateaux techniques existant sur le site, dans le respect de l'organisation spécifique et des contraintes de la prise en charge à temps partiel ou de celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

Les structures mentionnées au présent article peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé.

Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

Article D6124-302 du CSP (ancien art. D. 712-31 du CSP)

[Agencement, équipement]

Les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- 1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- 2° L'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins intégrant la prise en charge de la douleur ;
- 3° La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;
- 4° Le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux.

La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des chambres ou des espaces spécifiques adaptés.

Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient. Elles disposent également d'une zone de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient.

Article D6124-303 du CSP (ancien art. D. 712-32 du CSP) [Personnel]

Le nombre et la qualification des personnels médicaux et auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 6124-301-1 sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure pendant la durée des prises en charge, la présence minimale permanente :

- 1° D'un médecin qualifié ;
- 2° D'un infirmier diplômé d'Etat ou, pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, d'un infirmier diplômé d'Etat ou d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'Etat ;
- 3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

Article D6124-304 du CSP (ancien art. D. 712-33 du CSP) [Continuité des soins]

Les structures de soins mentionnées à l'article D. 6124-301 sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

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.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou 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.

Article D6124-305 du CSP (ancien art. D. 712-34 du CSP) [Charte de fonctionnement]

Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301-1 est établie et précise notamment :

- 1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;
- 2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;
- 3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;
- 4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'article D. 6124-304 ;
- 5° Les formations nécessaires, en raison notamment du processus et de l'organisation spécifiques de la structure.

La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins.

Article L162-1-17 du CSS (MSAP)

Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation. La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie, après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret. Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

A.2.2 – MEDECINE GENERALE

Article L4130-1 du CSP (créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36)

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

A.2.3 – RESEAUX DE SANTE

Textes successifs sur les réseaux de santé :

- Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
- Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - article 50
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du CSP
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation - article 11
- Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - article 23

- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - article 215
- Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financements de la sécurité sociale pour 2012 - article 65
- Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financements de la sécurité sociale pour 2014 - articles 32 ; 43.

Article L6321-1 du CSP

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Article L6321-2 du CSP

Afin de remplir les missions définies par l'article L. 6321-1, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.

Article D6321-1 du CSP

Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 6321-2 à D. 6321-6.

Article D6321-2 du CSP

Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

Article D6321-3 du CSP

Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'utilisateur ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'utilisateur et par les professionnels.

La charte du réseau décrite à l'article D. 6321-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 6321-5 sont portées à la connaissance de l'utilisateur. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

Article D6321-4 du CSP

L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

Une charte, dite " charte du réseau ", définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

- 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;
- 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;
- 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;
- 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.

Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 6321-3 est également annexé à la charte du réseau.

Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 6321-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

Article D6321-5 du CSP

Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :

- 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;
- 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;
- 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information
- 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
- 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
- 6° Les modalités de représentation des usagers ;
- 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
- 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins
- 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;

- 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;
- 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
- 12° Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre ;
- 13° Les conditions de dissolution du réseau.

Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.

Article D6321-6 du CSP

Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 6321-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 6321-3 à D. 6321-5, ainsi qu'un plan de financement et les modalités de suivi des dépenses du réseau. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

Article D6321-7 du CSP

Chaque année, avant le 1er mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 6321-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant. Ce rapport précise les résultats obtenus au regard du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le réseau et l'agence régionale de santé.

Tous les trois ans et au terme de la décision de financement mentionnée à l'article R. 162-61 du code de sécurité sociale, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

- 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- 2° La qualité de la prise en charge des usagers, processus et résultats ;
- 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- 5° Les coûts afférents au réseau ;
- 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles ;
- 8° L'emploi et l'affectation des différentes ressources dont le réseau a bénéficié.

Article L162-31-1 du CSS

I. - Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre. L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'Etat. Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé. Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.

II. - Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

3° Aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

4° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;

5° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

6° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du même code, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code.

Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.

III. - Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation.

IV. - Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes, transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.

Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1.

Article L162-45 du CSS

Les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article L162-46 du CSS

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en œuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements.

Annexe 3 – Les 38 gestes de la Mise Sous Accord Préalable

En 2008 : les 5 premiers (28)

- Adénoïdectomies
- Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
- Chirurgie des varices
- Chirurgie du cristallin
- Extractions (« Avulsions ») dentaires

En 2009 : 17 au total (5 de 2008 + 12 nouveaux). Les 12 ajoutés en 2009 sont :

- Chirurgie anale
- Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
- Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
- Chirurgie de la maladie de Dupuytren
- Chirurgie des bourses
- Chirurgie des hernies inguinales
- Chirurgie du sein/tumorectomie
- Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)
- Chirurgie du strabisme
- Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP
- Cœlioscopies gynécologiques
- Exérèses de kystes synoviaux

En 2012 : 38 au total (5 de 2008 + 12 de 2009 - 2 + 23 nouveaux).

• Disparition de 2 gestes (« remplacés » par ceux avec *) :

- « Cœlioscopies gynécologiques »
- « Chirurgie de l'utérus, de la vulve, du vagin et AMP »

• Ajout de 23 gestes :

- Accès vasculaire
- Angioplastie membre supérieur
- Angioplastie périphérique
- Arthroscopie de la cheville
- Chirurgie de l'avant-pied
- Chirurgie de l'utérus*
- Chirurgie de la main
- Chirurgie des bourses de l'enfant
- Chirurgie des hernies de l'enfant
- Chirurgie des hernies abdominales
- Chirurgie des maxillaires
- Chirurgie col, vulve, vagin*
- Chirurgie du nez
- Chirurgie de l'épaule
- Cholécystectomie
- Cure de paraphimosis
- Fistules artério-veineuses
- Geste sur l'uretère
- Geste sur l'urètre
- Geste sur la vessie
- Interruption tubaire*
- Lithotritie extracorporelle
- Prélèvements d'ovocytes*

ANNEXE 4 – SCORES UTILISES

Le score ASA

(American Society of Anesthesiologists)

ASA Physical Status Classification System:

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Le score PARSAP

(Post-Anaesthesia Recovery Score for Ambulatory Patients) :

sortie de l'UCA si > ou = 18/20)

(BP = Blood Pressure)

Table 4. Modified post-anaesthetic recovery (PAR) score for patients having anaesthesia on ambulatory basis.

Task	Score	Measures
Able to move four extremities voluntarily or on command	2	Activity
Able to move two extremities voluntarily or on command	1	
Unable to move extremities voluntarily or on command	0	
Able to breathe deeply and cough freely	2	Respiration
Dyspnoea, limited breathing or tachypnoea	1	
Apnoeic or on mechanical ventilator	0	
BP \pm 20% of pre-anesthetic level	2	Circulation
BP \pm 20-49% of pre-anesthetic level	1	
BP \pm 50% of pre-anesthetic level	0	
Fully awake	2	Consciousness
Arousable on calling	1	
Not responding	0	
Able to maintain O ₂ saturation >92% on room air	2	O ₂ saturation
Needs O ₂ inhalation to maintain O ₂ saturation >90%	1	
O ₂ saturation <90% even with O ₂ supplement	0	
Dry and clean	2	Dressing
Wet but stationary or marked	1	
Growing area of wetness	0	
Pain free	2	Pain
Mild pain handled by oral medication	1	
Severe pain requiring parenteral medication	0	
Able to stand up and walk straight*	2	Ambulation
Vertigo when erect	1	
Dizziness when supine	0	
Able to drink fluids	2	Fasting-feeding
Nauseated	1	
Nausea and vomiting	0	
Has voided	2	Urine output
Unable to void but comfortable	1	
Unable to void and uncomfortable	0	
Totals		

* May be substituted by Romberg's test, or picking up 12 clips in one hand.

Le score PADSS


(Post Anesthetic Discharge Scoring System)

Post Anaesthetic Discharge Scoring System (PADS)	Clinical Discharge Criteria (CDC)
1. Vital Signs 2 = Within 20% of preoperative value 1 = 20-40% of preoperative value 0 = >40% preoperative value	1. Stable vital signs
2. Activity and mental status 2 = Oriented x3 AND has a steady gait 1 = Oriented x3 OR has a steady gait 0 = Neither	2. Patient is alert and oriented 3. Patient is free of nausea and/or vomiting
3. Pain, nausea and/or vomiting 2 = Minimal 1 = Moderate, having required treatment 0 = Severe, requiring treatment	4. Steady of gait 5. Patient has no significant bleeding
4. Surgical bleeding 2 = Minimal 1 = Moderate 0 = Severe	
5. Intake and output 2 = Has had PO fluids AND voided 1 = Has had PO fluids OR voided 0 = Neither	
<i>Total pads score is 10; Score \geq 9 considered fit for discharge</i>	

Figure 1. The Post-Anesthetic Discharge Scoring System and the Clinical Discharge Criteria used in our ambulatory surgery unit. PO = oral administration.

ANNEXE 5 – DOCUMENTS CLINIQUE SEVIGNE

A.5.1 – SEVIGNE : COURRIER PATIENT ; COURRIER MEDECIN



Cesson, le

Dr.....

Cher confrère,

Je vous remercie de bien vouloir voir en consultation : Madame – Mademoiselle – Monsieur –L'enfant :

Le lendemain matin de son intervention :

Qui aura lieu le :


Et ceci dans le cadre de la mise en place du projet d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques en chirurgie ambulatoire, en collaboration avec l'URML Bretagne.

J'ai informé votre patient du bien fondé de cette consultation.

Bien confraternellement.

Dr.....

Hôpital Privé Sévigné
3 rue du Chêne Germain - CS 27608 - 35576 Cesson-Sévigné Cedex
Tél : 02 97 74 35 50 - Fax : 02 99 63 58 06
S.A. au capital de 96 000 € - RCS Rennes 310 855 323



Madame, Monsieur,

Vous allez être pris en charge en ambulatoire au sein de l'Hôpital Privé Sévigné.

Afin d'améliorer vos soins post opératoires, nous avons mis au point une collaboration avec la médecine de ville.

Dans ce cadre, nous avons demandé à votre médecin traitant de bien vouloir vous consulter le lendemain matin de votre intervention.

Merci de bien vouloir confirmer votre rendez vous auprès de votre médecin traitant dans les meilleurs délais.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr.....

A.5.2 – SEVIGNE : DOSSIER DE LIAISON

Etiquette patient

Dossier de liaison

Nom du chirurgien : Nom de l'anesthésiste :

Date de l'intervention :

Type d'intervention :
 Générale (AG) Loco-régionale (ALR) Locale (AL)

Anesthésie :
 Observations et traitement antalgique :

Évaluation de la douleur avant la sortie : Heure :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Douleur maximale imaginable										

.....

Traitement avant la sortie (antalgiques, anti-nauséeux, autres...) : à renseigner par l'IDE (voir en dos)
 Spécialité + dose :
 Date et heure de dernière prise :

Amalgams :

Traitement de sortie (anticoagulants, AAP, autres...) : à renseigner par le médecin
 Spécialité :
 Date et heure de dernière prise :

Anticoagulants - AAP :


Autres :

Traitements antérieurs arrêtés pour l'intervention (antihypertenseurs, anticoagulants, APP...) :
 Traitement arrêté :
 Reins prescrits :
 Date de reprise :
 Médicaments :

Informations particulières données au patient concernant :

.....

A.5.3 – SEVIGNE : QUESTIONNAIRE PATIENT



Questionnaire de suivi du patient en ambulatoire
A remplir le lendemain de l'intervention

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance :


Adresse :

Code postal : Ville :


Évaluer votre douleur ou celle de votre enfant :
Encourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur ressentie la 1^{ère} nuit. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable »


Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------


Adulte





Enfant











A quel moment la douleur a-t-elle été la plus importante ?

.....

.....

Votre sommeil :
Avez-vous eu des problèmes de sommeil (sommolence / insomnie) ? Oui Non

.....

.....

Votre alimentation :
Avez-vous pu vous alimenter ? Oui Non
Avez-vous eu des nausées ou des vomissements ? Oui Non

.....

.....

Votre température :
Avez-vous eu une température supérieure ou égale à 38,5°C depuis votre sortie ? Oui Non

.....

.....

Tournez v.p

Avez-vous eu d'autres problèmes à votre domicile ? Oui Non
Si oui, lesquels ?

.....

.....

Votre traitement :
Avez-vous reçu une ordonnance pour votre retour à domicile ? Oui Non
Avez-vous pris vos médicaments pour lutter contre la douleur selon les indications du médecin ? Oui Non
Si non, pour quelles raisons ?

.....

.....

Avez-vous rencontré des difficultés pour la prise de votre traitement ? Oui Non
Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Votre information sur la conduite à tenir :
Les explications données à votre sortie ont-elles été claires ? Oui Non
Les explications données ont-elles été utiles ? Oui Non
Avez-vous appelé quelqu'un pour résoudre votre ou vos problème(s) ? Oui Non
Si oui, était-ce : votre médecin traitant le médecin urgentiste de Sévigné
 votre chirurgien le centre 15
 un médecin de garde les urgences
 une autre personne, précisez :

.....

.....

Avez-vous obtenu une réponse à votre problème ? Oui Non

Votre satisfaction :
Avez-vous été satisfait(e) de l'intervention ? Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Pas satisfait

.....

.....

Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge à l'Hôpital Privé Sévigné ?
 Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Pas satisfait

.....

.....

Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge après votre sortie ?
 Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Pas satisfait

.....


.....

Recommanderiez-vous à un proche cette intervention en chirurgie ambulatoire ?
 Oui Non

.....

.....

A.5.4 – SEVIGNE : PLAQUETTE MEDECIN ; CONSULTATION DU LENDEMAIN



Améliorer la qualité des soins et le suivi des patients ayant bénéficié d'une intervention en ambulatoire.

Trois raisons de s'impliquer :

1. Sécuriser le retour à domicile
2. Disposer des moyens pour assurer le suivi des patients
3. Aider le patient à gérer les problèmes rencontrés et le rassurer sur le suivi.

Une étude de l'URML, centre a montré que la principale crainte du patient face à la prise en charge en ambulatoire est l'isolement et la survenue de complications. D'autre part, une enquête téléphonique réalisée par l'Hôpital Privé Sévigné a montré que certains patients peuvent ne pas faire appel au médecin en cas de problème à la suite d'une prise en charge en ambulatoire

Nous vous proposons de revoir systématiquement les patients le lendemain de leur opération pour :

- s'assurer du bon déroulement du retour à domicile
- repérer les difficultés rencontrées par le patient (suivi du traitement, alimentation, douleur...)
- informer l'équipe de l'Hôpital Privé Sévigné des éventuelles difficultés rencontrées par le patient pour améliorer la prise en charge au sein du service de chirurgie ambulatoire

Pour vous aider dans cette démarche, des outils vous sont fournis :

- un dossier de liaison
- une fiche relative à l'intervention (suivi habituel, conduite à tenir...)
- un numéro de téléphone pour contacter un référent au sein de l'équipe

Concrètement, comment cela se passe ?

1. Une intervention en ambulatoire est programmée pour un patient à l'hôpital
2. Le patient se présente en consultation de pré anesthésie environ un semaine avant son intervention. L'anesthésiste lui remet un courrier lui demandant de prendre rendez vous chez son médecin traitant le lendemain de l'intervention.
3. L'anesthésiste envoie un courrier ou téléphone au médecin traitant du patient pour l'informer et recueillir tous renseignements utiles sur le patient. Une fiche décrivant les suites post opératoires est jointe au courrier ou faxé.
4. Un dossier de liaison est remis au patient à sa sortie de la structure ambulatoire. Ce dossier contient :
 - la fiche de liaison à remplir par le praticien et les infirmières avant la sortie du patient
 - une fiche d'évaluation de l'état clinique du patient
 - une fiche décrivant les suites habituelles et les éventuels risques post opératoires à destination du patient.
 - les éventuelles ordonnances de sortie
5. Lors de la consultation du lendemain, le médecin traitant remplit la fiche d'évaluation clinique du patient, puis la faxe à l'établissement.
6. L'établissement analyse les fiches d'évaluation pour améliorer et ajuster la prise en charge proposée. Cette analyse se fait par une cellule de vigilance composée de praticiens de l'établissement, du responsable de la commission ambulatoire, du responsable du service ambulatoire, du responsable qualité et d'un médecin généraliste impliqué dans le projet.

Depuis mars 2006, de nombreux patients adressés en ambulatoire à l'Hôpital Privé Sévigné bénéficient de ce type de prise en charge, l'objectif étant qu'à terme, l'ensemble des patients d'ambulatoire soient intégrés dans la démarche.

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à contacter le Dr H. Le Hétiét à l'Hôpital Privé Sévigné, ou le Dr R. Bataillon à l'URML.

Bien cordialement
Dr R. Bataillon

Dr H. Le Hétiét

Consultation du lendemain

Nom du patient : Prénom :

Date de naissance :


Date de la consultation :

Evaluation de la douleur lors de la consultation du lendemain :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Adulte

Enfant



Tampon du médecin

Suites et / ou complications observées :

Douleur : Oui Non *Si oui, précisez :*

Troubles de l'alimentation : Oui Non *Si oui, précisez :*

Température $\geq 38,5$ °C : Oui Non *Si oui, précisez :*

Hémorragie active : Oui Non *Si oui, ces saignements ont-ils été gênants ? :*

Troubles du sommeil : Oui Non *Si oui, précisez :*

Respect de l'observance du traitement de sortie : Oui Non *Si non, pour quelles raisons ? :*

Pb de prise de médicament : Oui Non *Si oui, précisez :*

Autres problèmes ou complications identifiés :

Solutions aux problèmes repérés :

.....

.....

.....

Cette consultation vous semble-t-elle nécessaire ? Oui Non

Pourquoi ?

.....

.....

Qu'est ce que cette consultation a apporté à votre patient ?

.....

.....

Merci de faxer cette fiche à l'équipe de l'Hôpital Privé Sévigné au 02 99 25 52 99.

107

ANNEXE 6 – LOCALEMENT



A.6.1 – DONNEES LOCALES DE CA

(23)

La pratique de l'ambulatoire Situation des établissements Ligériens

Territoire de santé	Finess	Etablissement	2010	2011	2012	2013	Evolution 2010-2013
Loire-Atlantique	440000057	CH St Nazaire	26,9%	29,1%	31,2%	40,1%	13,1 Pts
	440000289	CHU Nantes	24,1%	23,8%	24,6%	25,7%	1,6 Pts
	440000297	CH Ancenis	41,6%	39,0%	40,8%	38,6%	-3 Pts
	440000404	Clinique Ste Marie Châteaubriant	36,7%	38,3%	46,4%	50,7%	13,9 Pts
	440000412	Clinique Brétéché Nantes	31,5%	29,2%	27,7%	30,4%	-1,1 Pts
	440000487	Clinique Urologique St Herblain	27,0%	29,4%	30,4%	35,9%	8,9 Pts
	440000511	Clinique Jeanne d'Arc Nantes	77,9%	79,3%	81,1%	83,2%	5,3 Pts
	440000651	Clinique Sourdille Nantes	59,4%	63,7%	65,9%	67,3%	7,9 Pts
	440001113	ICO René Gauducheau St Herblain	18,9%	23,8%	22,3%	25,5%	6,5 Pts
	440002020	Polyclinique de L'Europe St Nazaire	35,0%	45,2%	46,3%	48,5%	13,5 Pts
	440024982	Clinique St Augustin Nantes	28,5%	31,9%	32,3%	32,4%	4,0 Pts
	440029338	Clinique Mutualiste Jules Verne Nantes	21,4%	26,5%	32,1%	36,0%	14,6 Pts
	440029379	Clinique Jules Verne Nantes	45,7%	47,7%	46,2%	47,9%	2,2 Pts
	440033819	Polyclinique de l'Atlantique St Herblain	45,4%	46,5%	49,5%	53,8%	8,4 Pts
	440041580	NCN Nantes	31,4%	32,1%	33,9%	37,8%	6,4 Pts
440050433	Clinique Mutualiste de L'Estuaire	37,7%	46,5%	44,0%	42,3%	4,6 Pts	
Taux Loire-Atlantique			38,7%	41,1%	42,3%	44,9%	6,2 Pts
Maine et Loire	490000031	CHU Angers	24,4%	26,5%	27,2%	27,9%	3,5 Pts
	490000155	ICO Paul Papin Angers	29,9%	32,4%	33,3%	28,8%	-1,1 Pts
	490000262	Clinique St Joseph Angers	42,0%	45,0%	43,7%	46,4%	4,4 Pts
	490000676	CH Cholet	30,2%	30,8%	35,8%	36,3%	6,1 Pts
	490002037	Polyclinique du Parc Cholet	44,2%	49,4%	48,3%	47,6%	3,4 Pts
	490007929	Clinique Chirurgicale de la Loire Saumur	35,8%	38,0%	38,1%	37,3%	1,5 Pts
	490014909	Clinique de l'Anjou Angers	38,2%	46,6%	46,9%	47,2%	9,1 Pts
	490015906	Clinique St Léonard Angers	28,2%	27,1%	25,7%	29,8%	1,6 Pts
490540440	Centre de la main Angers	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0 Pts	
Taux Maine et Loire			36,7%	40,0%	40,6%	41,6%	4,9 Pts
Mayenne	530000025	CHI du Haut Anjou Château Gontier	35,9%	42,9%	42,0%	43,3%	7,4 Pts
	530000074	CH du Nord Mayenne	34,9%	36,1%	36,9%	38,8%	3,9 Pts
	530000371	CH Laval	32,7%	36,9%	42,0%	45,8%	13,1 Pts
	530031962	Polyclinique du Maine Laval	37,4%	40,8%	43,4%	45,6%	8,2 Pts
Taux Mayenne			35,6%	39,5%	41,8%	44,1%	8,5 Pts
Sarthe	720000025	CH Le Mans	28,7%	29,2%	31,9%	34,4%	5,7 Pts
	720000199	Clinique chirurgicale du Pré Le Mans	40,2%	42,8%	42,3%	45,3%	5,1 Pts
	720000231	Clinique Le Tertre rouge Le Mans	41,3%	42,2%	47,2%	47,8%	6,5 Pts
	720006022	CH La Ferté Bernard	55,8%	56,3%	58,9%	55,3%	-0,5 Pts
	720016724	Pôle Santé Sarthe et Loir Sablé Sur Sarthe	27,1%	35,0%	36,1%	43,1%	16,0 Pts
	720017748	Pôle santé sud, site CMCM Le Mans	36,0%	40,1%	40,9%	42,3%	6,3 Pts
Taux Sarthe			36,2%	38,5%	39,6%	41,7%	5,5 Pts
Vendée	850000019	CHD La Roche sur Yon	28,8%	29,4%	30,8%	34,0%	5,2 Pts
	850000118	Clinique St Charles La Roche sur Yon	37,1%	40,0%	40,6%	42,8%	5,7 Pts
	850000126	Clinique Sud Vendée Fontenay Le Comte	43,6%	47,9%	49,8%	49,7%	6,1 Pts
	850000134	CCPO Les Sables d'Olonne	40,7%	42,7%	45,9%	47,9%	7,3 Pts
	850009010	CH Loire Vendée Océan Challans	28,8%	32,8%	31,8%	34,5%	5,7 Pts
Taux Vendée			35,4%	37,7%	39,0%	41,4%	6,0 Pts
Taux Région			37,4%	40,0%	41,1%	43,2%	5,9 Pts
Taux France			37,8%	39,5%	40,8%	42,7%	4,9 Pts

A.6.2 – ATTESTATION ET CONSEILS POUR LE RETOUR (SAINT LEONARD)

	<p>Clinique Saint-Léonard - Service d'hospitalisation de jour 18, rue de Bellinière - 49800 TRÉLAZÉ Tél. : 02 41 41 73 73</p>	RAC = 37b
Attestation de sortie Service d'Hospitalisation de Jour		
Madame, Mademoiselle, Monsieur (préciser NOM, Prénom)		<input type="text"/>
Vous avez été opéré (e) ce jour, le / /		par :
o le docteur :		<input type="text"/>
o et le médecin Anesthésiste-Réanimateur :		<input type="text"/>
Cotation de l'intervention : KC :		KA :
<p>Cette intervention a été réalisée dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Après décision médicale, vous vous apprêtez à quitter la clinique. Vos ordonnances et papiers administratifs vous ont été remis.</p>		
<p>— Votre hospitalisation nécessite un repos complet de 24 heures durant lesquelles :</p> <ul style="list-style-type: none">o vous respectez les prescriptions médicales notifiées sur les ordonnanceso vous ne devez pas rester seul (e)o vous êtes joignable au numéro de téléphone que vous avez indiqué sur votre passeporto vous ne conduisez pas de véhiculeo vous ne prenez aucune décision importante		
<p>Afin d'assurer la continuité de soins, vous pouvez appeler le standard de la clinique (02 41 41 73 73) en cas de problème (douleur non contrôlée par les antidouleurs prescrits, saignement...). Vous serez alors mis en relation avec le médecin de garde qui vous renseignera. Le lendemain de votre intervention, vous recevrez un appel téléphonique d'un(e) infirmier(ère) du service qui vous interrogera sur votre état de santé et vous donnera des conseils si besoin.</p>		
Signature du médecin anesthésiste réanimateur		Signature du médecin ayant réalisé l'intervention
NOM et signature de l'IDE réalisant la sortie :		
Heure de départ du service d'hospitalisation de jour :		
Tournez SVP 		

A.6.3 – APPEL DU LENDEMAIN (CHU)

APPEL DU LENDEMAIN EN UCAA

Nom du patient : XXX Prénom du patient : XXXX

Intervention : 1.CCVT 2.DCO 3.OPH 4.URO 5.VISC

Si CCVT : Nombre de Müller < 30 1.Oui 2.Non

Type d'anesthésie 1.Générale 2.Locale ou Loco-régionale

Date Appel : 05/11/2013 Heure d'appel : Par qui : M

Patient joignable 1.Oui 2.Non

Message sur répondeur : Oui Non

Contact avec une autre personne que le patient (IDE de structure...)? 1.Oui 2.Non

Avez-vous dû appeler votre médecin dans la soirée ou dans la nuit : Oui Non

Si oui, précisez les raisons de l'appel :

Avez-vous eu mal : Oui Non

Si oui, évaluez votre douleur maximale entre 0 et 10 :

Avez-vous pris les traitements prescrits : Oui Non

A la dose prescrite : Oui Non

A l'heure prescrite : Oui Non

Avez-vous eu des nausées : Oui Non

Avez-vous vomi : Oui Non

Avez-vous saigné : Oui Non

Avez-vous eu de la fièvre : Oui Non

Si oui, combien :

Avez-vous eu des vertiges, des maux de tête : Oui Non

Avez-vous eu mal à la gorge : Oui Non

Les documents remis pour votre entrée ont-ils été suffisants : Oui Non

Les documents remis à votre sortie ont-ils été suffisants : Oui Non

Accepteriez-vous une autre hospitalisation de même type : Oui Non Non ap

Accepteriez-vous la même anesthésie : Oui Non Non ap

En ce qui concerne votre prise en charge, êtes-vous globalement : Très satisfait Satisfait Mécontent Non

Si mécontent ou très mécontent, pourquoi?

Commentaires ou suggestions

ANNEXE 7 – FORMATION MEDICALE CONTINUE (PRESENTIELLE)

CAHIER DES CHARGES DE L'AGREMENT AU TITRE DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE (103)

I - Déclaration d'intention

L'organisme s'engage dans sa déclaration d'intention à :

- effectuer ses missions conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent la formation médicale continue ;
- signaler sans délai, aux CNFMC, toute modification de ses missions, structures ou procédures ;
- respecter le code de bonnes pratiques dans le cadre d'un éventuel partenariat avec une entreprise de santé, le code de bonnes pratiques devant figurer dans les annexes de la convention de partenariat ;
- prendre en compte les orientations nationales définies par les CNFMC et les priorités de santé publique.

II - Description de l'organisme

Les modalités de fonctionnement de l'organisme doivent garantir le respect de l'indépendance professionnelle et scientifique.

L'organigramme donne la liste nominative des instances dirigeantes, celles-ci devant être constituées en majorité de médecins en exercice.

III – Gestion des moyens humains

La gestion des moyens humains doit garantir l'indépendance scientifique et professionnelle, permettre l'identification et la gestion des conflits d'intérêts des dirigeants de l'organisme, de ses membres et collaborateurs réguliers ou occasionnels, notamment dans les fonctions d'expertise.

L'organisme décrit :

- les modalités de recrutement des experts ;
- les modalités d'identification et de gestion des conflits d'intérêts.

IV- Description de la gestion financière

La gestion financière doit offrir des garanties en matière d'indépendance et de transparence vis-à-vis des différentes sources de financement de l'organisme.

L'organisme :

- s'engage à communiquer à première demande des CNFMC ses comptes et états associés,
- détaille ses différentes sources de financement et la répartition de leur usage. Sont en particulier précisés tous les liens avec l'industrie pharmaceutique et les autres producteurs de biens et services médicaux, les caisses d'assurance maladie et les assurances complémentaires.

V- Description des méthodes de réalisation des programmes

Les méthodes de réalisation des programmes doivent offrir des garanties en matière de qualité scientifique des programmes, en particulier pour les données scientifiques utilisées.

L'organisme décrit :

- les méthodes utilisées pour garantir la validité scientifique des données et des informations sur la base desquelles il élabore les programmes ;
- la procédure de validation scientifique de chaque programme incluant l'identification des responsabilités prises par les experts extérieurs dans l'élaboration et la réalisation des programmes.
- les caractéristiques des programmes.

VI- Evaluation

L'organisme garantit la confidentialité des données individuelles.

L'organisme communique aux CNFMC toute information relative :

- à son fonctionnement, notamment le nombre des médecins engagés dans ses programmes, le coût moyen par praticien engagé dans chaque programme et la part respective globale sur l'année des praticiens et des éventuels autres contributeurs
- à l'efficacité de ses programmes et notamment des indications sur les procédures d'évaluation mises en œuvre permettant d'apprécier les évolutions des connaissances et des pratiques.

L'ensemble des informations décrites dans ce cahier des charges devront être intégrées dans le rapport annuel dressant un bilan pédagogique et financier de l'activité de l'organisme agréé, qui sera transmis aux Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue (Art. R.4133-3 du Code de la Santé Publique).

TABLE DES MATIERES

Remerciements	6
Abréviations	8
Plan	9
Introduction	10
1 – Contexte et motivations	11
1.1 – La chirurgie ambulatoire (CA)	12
1.1.1 – Définitions	12
1.1.2 – Description.....	13
1.1.3 – Motivations pour développer la CA.....	19
1.1.4 – Période questionnant les généralistes : après la sortie	24
1.1.5 – Localement, la CA	28
1.2 – Médecine générale, coordination.....	30
1.2.1 – Rôles du médecin généraliste	30
1.2.2 – Interactions hôpital-ville, coordination.....	31
1.2.3 – Les attentes des généralistes vis-à-vis des centres de CA	36
1.2.4 – L’exemple de la clinique Sévigné.....	37
1.2.5 – Localement, la coopération formalisée.....	38
1.3 – But de l’étude : questionner l’implication des MG en CA.....	39
2 – Populations et méthodes	40
2.1 – Questionnaire Patients	40
2.1.1 – Méthodologie	40
2.1.2 – Contenu du questionnaire (annexe 1)	40
2.1.3 – Inclusion (et dates de distribution).....	40
2.1.4 – Organisation pour le recueil des données	40
2.2 – Questionnaire Généralistes	41
2.2.1 – Méthodologie	41
2.2.2 – Contenu du questionnaire (annexe 1)	41
2.2.3 – Inclusion.....	41
2.2.4 – Organisation pour le recueil des données	42
2.3 – Entretiens avec les centres	42
3 – Résultats et analyse	43
3.1 – Résultats du questionnaire Patients	43
3.1.1 – Taux de participation des patients	43
3.1.2 – Analyse des questionnaires	44
3.2 – Résultats du questionnaire Généralistes	59
3.2.1 – Taux de participation des médecins généralistes.....	59
3.2.2 – Analyse du questionnaire.....	60
3.3 – Entretiens avec les centres	69

4 – Discussion	71
4.1 – Limites méthodologiques	71
4.1.1 – Questionnaire Patients	71
4.1.2 – Questionnaire Généralistes	71
4.2 – Interprétation des résultats.....	72
4.2.1 – Questions préalables	72
4.2.2 – Quels outils de communication existent ou sont à développer ?	76
Conclusion	85
Références bibliographiques	86
Annexes	94
Annexe 1 – Les questionnaires	94
A.1.1 – Questionnaire Patients (recto, verso)	94
A.1.2 – Questionnaire Généralistes (recto, verso)	96
Annexe 2 – Législation (en vigueur en mars 2014).....	98
A.2.1 – Chirurgie ambulatoire	98
A.2.2 – Médecine générale	99
A.2.3 – Réseaux de santé	99
Annexe 3 – Les 38 gestes de la Mise Sous Accord Préalable	102
Annexe 4 – Scores utilisés.....	103
Annexe 5 – Documents clinique Sévigné.....	104
A.5.1 – Sévigné : courrier patient ; courrier médecin.....	104
A.5.2 – Sévigné : dossier de liaison.....	105
A.5.3 – Sévigné : questionnaire Patient	106
A.5.4 – Sévigné : plaquette médecin ; consultation du lendemain	107
Annexe 6 – Localement.....	108
A.6.1 – Données locales de CA	108
A.6.2 – Attestation et conseils pour le retour (Saint Léonard)	109
A.6.3 – Appel du lendemain (CHU)	110
Annexe 7 – Formation Médicale Continue (présentielle)	111
Table des matières	112

THÈSE DE Madame JUNG Joséphine

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Président du jury de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine d'ANGERS

Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

**CHIRURGIE AMBULATOIRE ET MEDECINE GENERALE
EN MAINE-ET-LOIRE :
OUTILS DE COMMUNICATION POUR LA CONTINUTE DES SOINS**

RESUME

Contexte : la chirurgie ambulatoire (CA) s'étend et insiste pour coordonner les soins. Ceci suggère d'impliquer les médecins généralistes (MG), ce qui nécessite des compétences et une communication efficace.

Objectifs : évaluer localement les besoins des patients après CA, la motivation des MG pour s'y impliquer, les échanges entre les centres de CA et les MG et la nécessité de les améliorer, et proposer des outils de communication.

Méthodes : 400 patients et 331 MG ont reçu un questionnaire sur la phase postopératoire. Certains intervenants des centres ont été interrogés.

Résultats : 235 patients et 186 MG ont répondu. Les patients sont satisfaits malgré des douleurs et des nausées. Il faut faciliter les échanges entre le MG et les centres. Les MG sont motivés : ils demandent des formations (des sujets les intéressant sont identifiés) et une meilleure communication avec les centres (réception plus rapide du courrier de sortie pour 63 % des MG, moyens de joindre facilement un chirurgien ou un anesthésiste...).

Discussion : les MG pourraient participer au suivi. Différentes actions de communication pourraient être menées. Globalement, les compétences des MG pourraient être renforcées par une formation, ce qui permettrait de partager des informations réciproquement, ou par d'autres supports (protocoles...). Individuellement, la communication pourrait être accélérée : par le courrier (proposition du mail) et un moyen simple et unifié de joindre un spécialiste (téléphone d'astreinte...). Ceci pourrait être porté par une collaboration informelle, une intégration à une autre structure ou la création d'un réseau de santé spécifique (approuvée par 71 % des MG).

MOTS-CLES

Chirurgie ambulatoire

Coordination des soins

Médecin généraliste

Réseau de santé

Continuité des soins

Courrier électronique

Communication

FORMAT

Mémoire

Article¹ :

à soumettre

soumis

accepté pour publication

publié

suivi par :

¹ statut au moment de la soutenance