



Congrès de l'Adarpef

## La chirurgie ambulatoire : organisation pratique et aspects médico-légaux, en France<sup>☆</sup>



*Ambulatory surgery in France: Practical and medicolegal considerations*

E. Wodey<sup>\*</sup>, F. de la Brière

Service d'anesthésie pédiatrique, CHU Anne-de-Bretagne, 16, boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes cedex 2, France

### INFO ARTICLE

**Mots clés :**

Anesthésie ambulatoire  
Enfant  
Analgésie  
Jeûne préopératoire  
Score de sortie

**Keywords:**

Ambulatory anaesthesia  
Child  
Analgesia  
Preoperative fasting  
Discharge score

### RÉSUMÉ

L'anesthésie ambulatoire chez l'enfant apparaît bien codifiée en France. De nombreux textes réglementaires émanant de l'Haute Autorité de santé (HAS) ou des sociétés savantes existent et sont présentés dans cette revue. Au-delà de ces textes, un certain nombre de problèmes persiste. La compréhension de l'information donnée aux parents ainsi que la disponibilité de certains antalgiques en pratique de ville constituent deux exemples de difficultés non rencontrées habituellement dans la population adulte. La population pédiatrique reste pour autant une population idéale du fait de sa bonne santé et de ses capacités de récupération importante. Le faible taux d'échec d'ambulatoire ou de réadmission en est le reflet.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

In France, ambulatory anaesthesia and surgery seem to be well codified. Many recommendations have been published by the Health Authority and the professional associations: they are summarized in this review. However, numerous practical problems persist: for example, two situations specific to paediatric practice are problematic parental comprehension and application of the information provided and poor access to strong analgesics outside the hospital. Despite this, the paediatric population is an ideal target for ambulatory care because of its usual good health and quicker recovery after minor injury as proven by the small percentage of failure and readmission.

© 2013 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Point de vue de la Haute Autorité de santé (HAS)

En avril 2012, l'HAS a publié un document de 141 pages intitulé « Socle de connaissances en chirurgie ambulatoire ». Elle en a tiré une synthèse de 21 pages, puis un résumé de la problématique sous forme de 12 questions accessibles à la lecture rapide. Elle définit de manière générale et simple la chirurgie ambulatoire comme une prise en charge ou « la sortie du patient est possible le jour même de son intervention ». Elle y rapporte que la France a du retard par rapport à d'autres pays puisque « sur trente-sept gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 45 % en France alors qu'il était de plus de

65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de 36 % en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord ».

Elle rappelle que l'acte de chirurgie (et d'anesthésie) réalisé en ambulatoire ne présente pas en soi de particularité. Ceci est vrai. Cependant, il apparaît évident que le choix des agents anesthésiques et des techniques d'analgésie postopératoire devront être adaptés aux contraintes horaires de l'ambulatoire et à la prise en charge exclusive de l'enfant par les parents à la sortie.

L'HAS rappelle que la réglementation française n'impose pas un modèle organisationnel particulier. Il est néanmoins précisé que les structures de chirurgie ambulatoire doivent être aisément identifiables par leurs usagers, faire l'objet d'une organisation spécifique et disposer en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel. La présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin qualifié et d'un infirmier pour cinq patients présents est notée.

<sup>☆</sup> Travail présenté au 34<sup>e</sup> Congrès de l'Association des anesthésistes-réanimateurs pédiatriques d'expression française (Adarpef), Toulouse, 5–6 avril 2013.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [eric.wodey@chu-rennes.f](mailto:eric.wodey@chu-rennes.f) (E. Wodey).

Les quatre phases principales de la prise en charge sont aussi appelées avec, l'évaluation préopératoire, au cours de laquelle la décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise (de manière collégiale), la phase opératoire considérée comme non spécifique aux yeux de l'administration, la phase d'autorisation de sortie et la phase de suivi du patient, assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention. Il est dit que l'unité de chirurgie ambulatoire et son coordinateur ont la responsabilité d'organiser la continuité de soins et que le patient est l'acteur majeur de sa propre prise en charge ambulatoire. Aussi, une information claire, précoce et réitérée, à chaque étape, est indispensable.

Les bénéfices attendus de la chirurgie ambulatoire sont semblent-il nombreux notamment en chirurgie pédiatrique. Un des principaux bénéfices serait la diminution du risque infectieux nosocomiale. Monsieur de la Palisse aurait pu imaginer lui-même qu'une réduction du temps passé à l'hôpital diminuerait nécessairement le risque de complications lié à l'hôpital lui-même. Il n'en reste pas moins que des risques spécifiques liés à la pratique de l'ambulatoire peuvent survenir et doivent être anticipés par les équipes médicales.

L'HAS rappelle que l'intérêt économique de la chirurgie ambulatoire est un postulat souvent évoqué pour justifier son développement.

La déontologie médicale voudrait que l'intérêt du patient prime les intérêts économiques. Cependant, il apparaît évident que l'intérêt qu'ont les patients à bénéficier d'un système de santé gratuit « à la Française » ne peut s'affranchir totalement des réalités économiques. Par exemple, l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique) semble démontrer que les pouvoirs publics souhaitent amener les hôpitaux à corriger eux-mêmes leur déficit structurel en favorisant l'ambulatoire, afin de réduire leur nombre de lits et le personnel y travaillant, tout en conservant le même nombre d'actes opératoires réalisés.

D'un point de vue médical et scientifique, les rapporteurs de l'HAS précisent qu'au moins neuf études réalisées entre 1997 et 2011 traitent de la prise en charge pédiatrique en chirurgie ambulatoire [1–7]. Ces dernières rapportent que la douleur reste le principal symptôme retrouvé en postopératoire d'une prise en charge ambulatoire et que ce point spécifique reste source d'insatisfaction [8,9]. Devant ce constat et sans autre commentaire, il reste évident qu'il appartient à la communauté médicale de veiller à ce que la qualité des soins reste identique pour tous les patients dans cette prise en charge qui reste spécifique.

## 2. Point de vue des sociétés savantes

La chirurgie ambulatoire a fait l'objet de recommandations formalisées d'experts en 2009 (Sfar, Adarpef).

Pour le versant pédiatrique, il existe très peu de limites formalisées, puisqu'il est rapporté que « seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire.

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire reste une décision médicale prise en colloque singulier avec les parents. En aucun cas l'administration ne peut imposer ce choix. Les enfants ASA I, II et III sont éligibles. Seule une limite d'âge à trois mois a été suggérée par les experts selon l'acte opératoire. On peut noter que dans un travail récent, il est rapporté que 98 % de l'activité ambulatoire pédiatrique a lieu chez des enfants de plus d'un an et 64 % pour les plus de trois ans [10].

Concernant les prématurés, si ceux âgés de moins de 60 semaines d'âge post-conceptionnel doivent être exclus du fait

du risque d'apnée postopératoire, il reste néanmoins possible au vu de ces recommandations, « en fonction de l'expérience de l'équipe et la nature de l'intervention » d'inclure certains enfants d'âge post-conceptionnel supérieur à 60 semaines (après accord préalable anesthésiste-réanimateur/opérateur).

Il est aussi recommandé de ne pas oublier l'enfant dans les informations données lors des consultations d'anesthésie et de chirurgie et enfin pour le retour : « Il est recommandé d'informer les parents de la présence nécessaire d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur. Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire ».

De manière non spécifique, on retrouve « qu'il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie ». Ce point est particulièrement important pour les enfants et leurs parents sachant qu'il est souvent difficile de se procurer des antalgiques le soir même d'une intervention en ambulatoire et que certains traitements ne sont accessibles que sur commande dans leur forme pédiatrique dans certaines officines pharmaceutiques. Une alternative serait de donner aux parents le traitement antalgique à donner à leur enfant pour les premières 24 heures postopératoires. Mais ceci se heurte dans certains établissements à l'impossibilité pour ces derniers d'en obtenir le remboursement par les caisses d'assurance maladie.

En 2012, dans le cadre des journées monothématiques, la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a refait un état des lieux de la prise en charge ambulatoire. L'ensemble des informations est accessible sur son site : <http://www.sfar.org/accueil/article/900/journee-monothematique-2012-prise-en-charge-ambulatoire>.

## 3. Publications récentes et perspectives

Force est de constater que très peu d'études concernant l'ambulatoire de chirurgie pédiatrique sont à ce jour disponibles.

### 3.1. Jeûne préopératoire

Une étude récente a mis en évidence le peu de compréhension des parents concernant le jeûne préopératoire et ses conséquences potentielles dans le cadre de la chirurgie ambulatoire [11]. En effet, dans cette étude réalisée sur une période de trois mois, les auteurs ont mis en évidence qu'en termes de compréhension de l'intérêt d'un jeûne préparatoire, seulement 9 % des parents avaient compris qu'il prévenait le risque d'inhalation, 51 % pensaient prévenir le risque des NVPO et 12,5 % pensaient prévenir le risque d'avoir une anesthésie de moins bonne qualité. À noter que dans 72 % des cas, l'information qu'ils avaient reçue était sous forme de lettre contre seulement 10 % directement d'un anesthésiste-réanimateur.

Les conséquences de cette mauvaise compréhension mises à jour par cette étude sont que 7 % des enfants ne sont probablement pas à jeun suivant les recommandations actuelles (6 h/solides, 4 h/lait et 2 h/liquide clair). Cette étude justifie qu'un contrôle systématique de la réalité du jeûne soit fait auprès des parents (et de l'enfant) à l'arrivée en unité ambulatoire et probablement qu'une explication spécifique claire et directe de l'intérêt du jeûne préopératoire par l'anesthésiste-réanimateur en consultation. Ce dernier point apparaît déjà dans les recommandations non spécifiques de 2009.

### 3.2. Gestion de la douleur postopératoire

Une des principales limites à l'ambulatoire reste, comme le rapporte l'HAS, la difficulté à prendre en charge la douleur de manière optimale pour certains enfants. Au-delà de la disponibilité

des traitements déjà évoquée, les limites d'âge des AMM peuvent apparaître comme une contrainte supplémentaire. Ainsi la codéine devrait être réservée aux enfants de plus d'un an. Une alerte récente de « l'European Medicines Agency (EMA) » concernant l'usage de la codéine chez l'enfant vient de rendre la tâche des anesthésistes-réanimateurs encore plus compliquée. Le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de cette agence a en effet demandé une enquête afin d'évaluer le rapport bénéfice–risque des médicaments à base de codéine utilisés comme antalgiques chez l'enfant. Cette alerte fait suite à des accidents liés à l'usage de la codéine dans les populations d'acétyleur rapide (fréquent dans la population d'Afrique noire et notamment d'Éthiopie) chez des enfants présentant peut-être de manière associée un syndrome d'apnée du sommeil dans le cadre de la chirurgie ORL. Toutes conclusions hâtives concernant l'usage de cet antalgique chez l'enfant pourraient avoir des conséquences négatives dans la prise en charge ambulatoire et conduire à des impasses thérapeutiques, sachant que selon un communiqué de la Sfar, le problème pourrait être identique pour d'autres molécules comme le tramadol. Une alternative simple serait de simplifier la prescription de sirop de morphine chez l'enfant en postopératoire, sachant que dans ce cas la dose serait fixe et non dépendante du métabolisme de l'enfant.

De manière plus générale, les modalités et limites d'utilisation des antalgiques, des échelles d'évaluations par les parents ainsi que les erreurs à ne pas faire suite à une ALR ont largement été rapportées lors du dernier congrès de l'Adarpef à Nice en 2012 [12–14]. En résumé, il vaut probablement mieux demander aux parents d'être systématiques dans l'administration multimodale des antalgiques pour les premières 24 heures ou 48 heures. Cependant, même ce principe simple n'est pas toujours respecté par les parents.

L'utilisation d'une ALR en dose unique ne dédouane pas de l'utilisation antalgique et le caractère multimodal de l'analgésie doit être expliqué aux parents et favorisé par l'ordonnance donnée en consultation. L'utilisation de la dexaméthasone pour ses effets combinés antalgique et préventif des NVPO ne peut être que rappelée en alternative aux AINS intraveineux administrés en peropératoire. Une méta-analyse réalisée chez l'adulte en a confirmé l'intérêt tout récemment [15].

### 3.3. Optimisation de la sortie

Dans une étude réalisée au sein du CHU de Rennes, nous avons évalué la faisabilité d'utiliser un score de sortie pédiatrique concernant l'accord de l'anesthésiste en ambulatoire. Le but était de supprimer l'attente du médecin anesthésiste (sauf cas particulier prévu dans le score), souvent non disponible au cours de la journée, et de fluidifier ainsi les sorties au niveau de la structure d'ambulatoire.

Le score PADSS [16] mis au point chez l'adulte a ainsi été adapté à l'enfant. Le Ped-PADSS utilisé dans notre travail est construit sur cinq items cotés 0, 1 ou 2 : hémodynamique, état d'éveil, NVPO, douleur et saignement (Tableau 1).

Un résultat supérieur ou égal à 9/10 valide la sortie si de plus :

- l'anesthésiste-réanimateur ne souhaite pas revoir le patient ;
- les parents ne souhaitent pas revoir l'anesthésiste-réanimateur ;
- il n'y a ni dysphonie, ni dyspnée.

Ces trois dernières conditions sont indépendantes du score lui-même. Lors de cette étude, la sortie des enfants était réalisée de manière classique après passage du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur et le score réalisé à l'insu de ces médecins par les infirmières de l'unité d'ambulatoire. Ce travail a permis de

**Tableau 1**  
Score PADSS modifié.

<i>Signes vitaux : fréquence cardiaque et pression artérielle en accord avec l'âge</i>	
Variation < 20 % par rapport au niveau préopératoire	2
Variation comprise entre 20 et 40 %	1
Variation > 40 %	0
<i>Niveau d'activité : marche ou activité</i>	
Démarche stable, sans étourdissement (activité normale)	2
Marche avec aide (ou activité réduite)	1
Marche impossible (hypotonie)	0
<i>Nausées et/ou vomissements</i>	
Minimes	2
Modérées	1
Sévères (malgré un traitement)	0
<i>Douleurs : le niveau de douleur acceptable et/ou contrôlable par des analgésiques oraux</i>	
Oui	2
Non	1
<i>Saignement chirurgical</i>	
Minime (pas de réfection du pansement)	2
Modéré (une à deux réfections du pansement)	1
Sévère	0

conclure que la sortie était possible après deux scores  $\geq 9/10$  réalisés à une heure d'intervalle. Nous avons pu noter que la majorité des enfants remplissaient les critères de sortie au bout de deux heures de surveillance postopératoire. Depuis ce travail présenté à la Sfar en 2012 sous forme d'abstract, toutes les sorties sont actuellement réalisées selon ce modèle dans notre structure, soit plus de 1000 patients. L'impact en termes organisationnel est important puisqu'il nous a permis de réduire le temps d'hospitalisation en ambulatoire de près de 70 minutes et surtout de répartir sur l'après-midi les sorties au grès du passage des chirurgiens. Ceci constitue un bénéfice non négligeable pour le personnel de ces structures. La publication des résultats finaux de cette étude observationnelle est en cours.

### 3.4. Échec d'ambulatoire

Si l'ambulatoire prend de mieux en mieux sa place dans nos structures, l'organisation et les possibilités d'accueil doivent tenir compte d'un possible échec. Très peu de travaux existent à ce sujet. Dans une étude réalisée sur une période de quatre ans et concernant 13 592 enfants, Blacoe et al. [17] ont rapporté en 2008, 238 retours à l'hôpital, soit un taux d'échec de 1,8 % des procédures ambulatoires. Les nausées/vomissements ( $n = 56$ ) et les saignements postopératoires ( $n = 34$ ) étaient les deux principales causes de retour. L'ectopie testiculaire, la circoncision et l'extraction dentaire étaient les trois principales chirurgies concernées. À noter que le niveau de confort et de douleur n'apparaissait pas dans cette étude comme une cause de retour. Il est évident que plus les indications seront larges, plus le risque théorique de conversion en hospitalisation traditionnelle ou de retour sera élevé. On peut même imaginer qu'il reste préférable, par une bonne évaluation, de ne pas laisser sortir un enfant que de le voir revenir dans la nuit. Actuellement dans notre établissement, l'étude réalisée sur le score de sortie Ped-PADSS a mis en évidence un taux de conversion (ambulatoire/hospitalisation) de l'ordre de 1 % mais sans aucun retour au CHU après la sortie.

## 4. Conclusion

Les enfants constituent probablement une population idéale pour l'ambulatoire du fait du faible taux de pathologies associées. Cependant, la prise en charge de la douleur à domicile et l'évaluation de son efficacité restent un élément clef à garder à

l'esprit pour les équipes d'anesthésiste et de chirurgien. Ceci est important à considérer afin de ne pas revenir en arrière sur les progrès réalisés chez l'enfant dans ce domaine ces 20 dernières années dans le cadre de l'hospitalisation classique.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Grenier B, Dubreuil M, Siao D, Meymat Y. Paediatric day case anaesthesia: estimate of its quality at home. *Paediatr Anaesth* 1998;8:485–9 [Epub 1998/12/04].
- [2] Kotiniemi LH, Ryhanen PT, Valanne J, Jokela R, Mustonen A, Poukkula E. Postoperative symptoms at home following day-case surgery in children: a multicentre survey of 551 children. *Anaesthesia* 1997;52:963–9.
- [3] Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth* 1999;9:243–51.
- [4] Letts M, Davidson D, Splinter W, Conway P. Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. *Can J Surg* 2001;44:193–8.
- [5] Segerdahl M, Warren-Stomberg M, Rawal N, Brattwall M, Jakobsson J. Children in day surgery: clinical practice and routines. The results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:821–8.
- [6] Darbyshire P. Mothers' experiences of their child's recovery in hospital and at home: a qualitative investigation. *J Child Health Care* 2003;7:291–312.
- [7] Jonas DA. Parent's management of their child's pain in the home following day surgery. *J Child Health Care* 2003;7:150–62.
- [8] Hicklin L, Tostevin PM, Wyatt ME. Parental satisfaction with paediatric day-case ENT surgery. *J Laryngol Otol* 1999;113:1072–5.
- [9] Faponle AF, Usang UE. Post-operative symptoms at home in children following day case surgery. *Middle East J Anesthesiol* 2007;19:185–96.
- [10] Macq C, Seguret F, Bringuier S, Sola C, Capdevila X, Dadure C. Photographie épidémiologique d'une année d'anesthésie pédiatrique en France. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012;31:835–9.
- [11] Cantellow S, Lightfoot J, Bould H, Beringer R. Parents' understanding of and compliance with fasting instruction for pediatric day case surgery. *Paediatr Anaesth* 2012;22:897–900.
- [12] Babre F, Meymat Y. Analgésie postopératoire à domicile : évaluation de la douleur par les parents, information. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:e9–11.
- [13] Dadure C, Macq C, Sola C, Raux O. Place de l'anesthésie locorégionale dans l'analgésie postopératoire à domicile chez l'enfant. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:e17–20.
- [14] de la Brière F, Wodey E. Analgésie systémique à domicile après chirurgie pédiatrique ambulatoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:e13–5.
- [15] Waldron NH, Jones CA, Gan TJ, Allen TK, Habib AS. Impact of perioperative dexamethasone on postoperative analgesia and side-effects: systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2013;110:191–200.
- [16] Chung F. Discharge criteria—a new trend. *Can J Anaesth* 1995;42:1056–8.
- [17] Blacoe DA, Cuning E, Bell G. Paediatric day-case surgery: an audit of unplanned hospital admission Royal Hospital for Sick Children, Glasgow. *Anaesthesia* 2008;63:610–5.