

FESUM 2002

Y a-t-il une place pour la prise en charge ambulatoire des urgences ?

Is there any possibility to take care of hand emergencies on an outdoor patient basis?

J.-F. Schuhl, la FESUM *

Clinique Saint-Romain, 3, rue de la Rochefoucauld, 76000 Rouen, France

Résumé

Le Code de santé publique encadre la pratique de la chirurgie ambulatoire. La réglementation est bien définie et la différencie de la pratique des soins externes. La faisabilité au plan médical nécessite la compréhension et l'implication du patient, la participation de l'entourage, ce qui exclut que l'opéré soit seul à son retour à son domicile ; et une équipe médicale capable de rester en contact avec l'opéré. La plupart des actes de traumatologie de la main peuvent être réalisés en pratique ambulatoire. Seules les interventions nécessitant une surveillance postopératoire permanente et des soins complémentaires comme ceux pour la gestion de la douleur intense et celles réalisées chez des polytraumatisés nécessitent une hospitalisation traditionnelle. Il n'existe pas à ce jour ou très peu, de contentieux liés à cette pratique chirurgicale ; les règles et les obligations professionnelles sont identiques à celles de la chirurgie avec hospitalisation complète. Le risque d'infection nosocomiale est diminué car l'opéré ne reste que quelques heures dans l'établissement. La réglementation prévoit que le bon fonctionnement est sous la responsabilité du coordonnateur de l'unité chirurgie ambulatoire.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The Public Health Code includes the practice of ambulatory surgery. The regulations are well defined and different from the practice of out patients' care. Good practice of this surgery necessitates the will and involvement of the patient, the support of his/her family which means that the operated patient is not alone when he/she returns home after surgery and a medical team remains in contact with the patient. The majority of hand trauma surgical procedures can be performed by ambulatory surgery. Only operations necessitating permanent post-operative care and specific treatment as in the case of intense pain and surgical procedures in multi-trauma require traditional hospitalisation. To this day, there is no or very little litigation related to this surgical practice; the rules and professional obligations are the same as those for surgery with traditional hospitalisation. There are less risks of hospital infections because the operated patient spends only a few hours in the hospital. The rules specify that the proper functioning is under the responsibility of the co-ordinator of the ambulatory surgery unit.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Chirurgie ambulatoire ; Responsabilité médicale

Keywords: Ambulatory surgery; Medical responsibility

La problématique de l'urgence en chirurgie ambulatoire est double :

- au plan réglementaire d'abord ;
- quant à sa faisabilité pratique ensuite.

1. La réglementation

1.1. Les articles R 712-2-1 et D 712-30 du Code de santé publique

Ils définissent l'existence de structures habilitées à donner des soins nécessitant anesthésie ou recours à un secteur opératoire et ne comportant pas d'hébergement.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jfschuhl@club-internet.fr (J.-F. Schuhl).

1.2. La création d'un secteur ambulatoire soumis à l'article L 712-9 et L 712-10 ainsi que D 712-13-1 du Code de santé publique

Elle modifie le décret 99-444 du 31 mai 1999 définissant les modalités d'échange entre place d'ambulatoire et lit d'hospitalisation. Il faut bien observer que l'on parle d'une chirurgie substitutive, c'est-à-dire que l'on exclut les gestes qui se font, et se sont toujours faits, selon les modalités de prise en charge dites « des soins externes ». On notera du reste que dans l'audit réalisé dans les centres FESUM du 3 au 9 juin 2002, plus de la moitié des patients (66 %) étaient traités en soins externes.

1.3. La tarification

L'accord tripartite du 14 décembre 1992 régit le mode de rémunération de la chirurgie ambulatoire dans les établissements privés autorisés à pratiquer cette chirurgie ambulatoire, notamment par le règlement d'un forfait d'accueil et de suivi. Cet accord insiste notamment sur la limitation du nombre d'actes effectués par rapport au nombre de postes disponibles sur le principe d'un poste un acte par jour, éventuellement lissé sur l'année. Cela limite donc la pratique des urgences, notamment en dehors des heures d'ouverture de la structure. Actuellement, le développement de la chirurgie ambulatoire est notamment défini dans les divers contrats d'objectifs et moyens signés par les établissements et dans les projets médicaux hospitaliers. Une jurisprudence du tribunal des affaires de Sécurité Sociale de Douai au 14 septembre 1995 a condamné une CPAM à prendre en charge un tel acte réalisé en urgence, et en dehors des heures d'ouverture de la structure. Depuis, les pouvoirs publics ont, avec la profession, déterminé un forfait d'activités non programmées (FANP) que l'on retrouve dans l'arrêté du 23 avril 2001 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnées à l'article L 6114-3 du CSP.

Par ailleurs, les taux de conversion postes d'ambulatoire–lits d'hospitalisation sont de plus en plus favorables si le pourcentage de chirurgie substitutive s'élève de façon importante. Cela devrait donc être très favorable pour les établissements qui pratiquent l'urgence de façon notable.

2. La faisabilité au plan médical

Un certain nombre de critères doivent être remplis pour qu'un acte soit effectué dans le cadre d'une chirurgie de jour, a fortiori en urgence. Tout d'abord, il faut :

- un praticien convaincu [1] ;
- un patient consentant et entouré ;
- une équipe habituée.

2.1. Un patient convaincu

Car la chirurgie ambulatoire nécessite une implication personnelle, il faut revoir son patient avant le départ du

centre, le suivre régulièrement en fonction des besoins ce qui impose des consultations plus nombreuses. Il est vrai que dans le cadre de l'urgence, ces revues à court terme sont plus fréquentes et habituelles, quel que soit le mode d'hospitalisation.

2.2. Un patient consentant et entouré

C'est d'abord quelqu'un qui comprend le principe de cette chirurgie ambulatoire. Il faut donc s'assurer que toute crainte est levée. Dans le cadre de l'urgence, cela nécessite souvent un effort d'explication supplémentaire, notamment du fait du caractère anxiogène d'un tel traumatisme. Le patient ne doit pas être isolé, il s'agit avant tout d'une des conditions restrictives de la chirurgie ambulatoire, celle-ci en effet assure un transfert de charge du milieu hospitalier vers l'entourage. De plus, la main traumatique est très souvent appareillée et inutilisable dans la vie courante ce qui nécessite une aide autour du patient.

Tout comme la chirurgie conventionnelle, il faut s'assurer que tous les moyens de communication existent afin que l'équipe médicale soit joignable à tout moment. En effet, un acte ambulatoire ne signifie pas que l'on abandonne le patient dans la nature en transférant l'ensemble des responsabilités sur d'autres praticiens, notamment sur le médecin traitant.

2.3. Une équipe habituée à la pratique de la chirurgie ambulatoire

C'est-à-dire qu'elle est capable d'expliquer ce qui doit être effectué après la sortie, d'évoquer les diverses éventualités... Mais cette équipe est aussi souvent mise à contribution pour le suivi immédiat, tel que répondre au téléphone, régler ainsi de multiples petits problèmes et surtout savoir quand renvoyer le blessé sur l'opérateur. Dans certaines unités, cette équipe est souvent en charge des premiers pansements.

3. Quelles urgences peut-on ainsi traiter dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire ?

Tout d'abord, on élimine tout ce qui ne nécessite pas un important plateau technique, par exemple panaris ou plaie superficielle, immobilisation simple, etc. Ensuite, la grande majorité des actes de traumatologie peuvent être effectués dans le cadre d'une chirurgie de jour à condition que soient respectées les règles édictées plus haut. C'est ainsi qu'il est assez inhabituel de laisser repartir chez lui un blessé opéré tard dans la soirée. Il faut en effet se laisser un peu de recul avant d'autoriser la sortie.

3.1. Quelques réticences

En effet, certains opérateurs hésitent à ne pas assurer un contrôle permanent de la vitalité de certains lambeaux ou de revascularisations distales, même effectuées tôt dans la journée. On approche là la limite de ce mode d'hébergement.

3.2. Des impossibilités

Rappelons les contre-indications de base liées au patient d'ordre médical (type anticoagulant) et d'ordre social (patient seul et isolé).

Les revascularisations ne nous semblent pas relever de la chirurgie ambulatoire, tant pour des raisons de surveillance que pour la prise en charge des traitements complémentaires à court terme. Il en va également de certains grands lambeaux libres qu'il faut contrôler ou de ceux rendant difficile l'autonomie, tel par exemple le lambeau inguinal de Mc Grégor. De plus, l'opérateur risque, en cas de problème, d'être confronté à une difficulté médicolégal difficile à soutenir. Enfin, certains grands traumatisés, voire polytraumatisés, justifient d'un hébergement plus prolongé. Ils sont rares rapportés au nombre élevé des traumatisés de la main en général.

On le voit, le problème médical relève plus du bon sens que d'un catalogue de faisabilité. Si l'on n'est pas certain de l'entourage et des possibilités de soins ultérieurs, si l'on craint un patient peu coopératif ou n'ayant pas compris les impératifs de cette chirurgie, il ne faut pas envisager, quel que soit le geste chirurgical, un séjour en ambulatoire. En revanche, mieux seront remplies ces conditions, plus il sera possible d'étendre le champ de cette pratique ambulatoire restreignant les actes avec hospitalisation aux seules interventions nécessitant une surveillance constante et des soins postopératoires immédiats.

L'isolement géographique peut quelquefois limiter aussi cette pratique, notamment en zone rurale éloignée.

Il faut appréhender l'importance de la douleur postopératoire qui peut nécessiter un traitement lourd relevant de l'hospitalisation.

L'enquête de la FESUM 2002 a montré que l'hospitalisation de jour avait concerné 29 % des patients, rappelons qu'il y en avait 66 % traités en soins externes et que seuls 4,6 % ont été hospitalisés plus d'une journée. En revanche, cette même enquête notait que près d'un accident sur cinq survenait après 19 heures ce qui peut être un facteur limitant la pratique ambulatoire. On notera que dans cette même enquête, seuls 15 % des patients, avaient nécessité des gestes microchirurgicaux dont six replantations.

4. L'aspect médicolégal

À ce jour, peu ou pas de contentieux ont été générés par la pratique de la chirurgie ambulatoire. Opérateurs et établissements de santé sont astreints aux mêmes règles que celles qui

régissent toute la chirurgie et principalement l'obligation de moyen. On peut cependant isoler deux problèmes très spécifiques qui prennent toute leur valeur dans la pratique de l'urgence :

- l'infection ;
- le rôle du coordonnateur.

4.1. L'infection nosocomiale

Elle est rarissime dans un centre ambulatoire. Du reste, qu'en est-il de sa définition lorsque le patient ne passe que quelques heures dans la structure ? De plus, les plaies générées par le traumatisme sont le principal facteur d'infection secondaire.

4.2. Le rôle du coordonnateur

La responsabilité du bon fonctionnement d'une unité d'ambulatoire est sous le contrôle du coordonnateur de la structure tel que stipulé par l'arrêté du 7 juin 1993. Il est notamment chargé de la bonne organisation des plannings opératoires susceptibles d'être perturbés par la réalisation d'un geste en urgence. On touche là une autre limite de la pratique de l'urgence en ambulatoire, en effet, ces unités sont aujourd'hui très convoitées par de multiples opérateurs et les places disponibles se font rares. Cela entrave donc la prise en charge des blessés dans de tels centres.

Le coordonnateur est également responsable des procédures, il doit s'assurer que les patients sont particulièrement bien informés des suites opératoires et des consignes à respecter. Il doit veiller à ce que les blessés opérés dans ce type de structure reçoivent une information écrite spécifique, et que le bulletin de sortie soit dûment signé.

Enfin, il ne faut pas oublier, et les textes l'imposent, que tout doit être organisé afin d'autoriser une réhospitalisation à tout moment si la nécessité s'en fait sentir. Cela est rare, mais jamais exclu en chirurgie de la main, y compris en urgence.

Référence

- [1] La Chirurgie ambulatoire, gestion, organisation, économie, direction J.-F Schuhl, Montpellier: Sauramps Medical; 2000.