

SEANCE PLENIERE 4

Hygiène dans les pratiques ambulatoires

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Dr SALES J-P.

*Président de l' Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA),
Coordinateur Adjoint de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire du CHU Bicêtre*

Par chirurgie ambulatoire, "on entend les actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmées et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission". (Conférence de consensus mars 1993 ; Fondation de l'Avenir). Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie dispensent "sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures" des prestations qui équivalent "par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet". (décrets 92-1100, 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992). Ces structures, associent un secteur opératoire qui peut être partagé avec le secteur opératoire utilisé pour les patients en hospitalisation complète et un secteur spécifique dit "d'accueil et de repos", lieu de séjour du patient quand il n'est ni au bloc opératoire ni en salle de réveil, et qui constitue la structure matérielle de cette "hospitalisation ambulatoire" qui ne dure que quelques heures. La prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire relève d'une décision collégiale entre un chirurgien et un anesthésiste qui ont réalisé une procédure sélection qui permet sur des critères médicaux d'une part et sociaux environnementaux d'autre part d'identifier un patient éligible.

La Loi, la logique et la pratique veulent que la chirurgie ambulatoire dans sa réalisation ne soit pas différente de la chirurgie tout court, mais dans son concept, elle repose sur une organisation centrée sur le patient qui dans la rigueur qu'elle impose, l'harmonisation des tâches qu'elle met en place permet une brièveté et une densité du séjour telles que le patient peut regagner son domicile en toute sécurité et tout confort le jour même. L'hygiène pré, per et post opératoire demeure donc un élément clef de la sécurité et du succès de la procédure chirurgicale et il ne fait pas de doute que les mêmes règles qu'elles soient d'origine législative, scientifique ou consensuelle doivent s'y appliquer. La singularité de la prise en charge ambulatoire en matière d'hygiène peut alors se décomposer en deux interrogations :

Comment la brièveté extrême du séjour hospitalier impacte-t-elle la mise en œuvre des règles d'hygiène reconnues ?

Le patient pris en charge en ambulatoire présente-t-il un risque infectieux différent du patient en hospitalisation complète ?

IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RÈGLES D'HYGIÈNE ?

Le premier élément ne devrait plus avoir qu'un intérêt historique : Les décrets de 1992 et l'arrêté de 1993 relatif au mode de fonctionnement du secteur opératoire incitaient fortement à installer

une culture de l'écrit, à rédiger des protocoles de soins et à définir toutes les procédures mises en œuvre dans l'unité. Ceci à généralement conduit à des interrogations sur les habitudes de préparation et de traitement, et à mettre en place des protocoles adaptés, en particulier avec une démarche d'homogénéisation dans les unités multidisciplinaires. La mise en œuvre de cette réglementation a suscité un questionnement propre à faire évoluer les pratiques dans le domaine de l'hygiène comme dans d'autres (gestion de dossier, information...). Il est évident que l'existence de recommandations présente au stade de mise en place d'une unité un soutien considérable et que inversement la mise en place d'une nouvelle structure favorise l'appropriation et la mise en œuvre de recommandations¹.

La mise en place d'un secteur opératoire particulier peut être effectivement un moyen de mettre en place de nouveau dispositif et/ou de nouvelles pratiques. A titre d'exemple, notre unité a été le lieu d'expérimentation du dispositif de traçabilité de l'instrumentation (gravage, descriptif des boîtes, code barre...).

Enfin, la préparation de l'opéré doit être externalisée. Il n'y a pas de procédure type en ambulatoire. En fait, chaque structure doit développer une réflexion sur les modalités de mise en œuvre de la préparation en fonction de ses installations, de ses activités et de son organisation. A titre d'exemple, dans notre structure, chaque opéré reçoit une ordonnance de savon antiseptique et une notice illustrée d'utilisation pour la douche antiseptique du matin de l'intervention. En revanche, la tonte, quand elle est nécessaire est réalisée sur site, dans un box d'accueil. Chaque unité doit mettre en place un protocole qui lui permette de respecter les recommandations de la SFHH.

La prise en charge ambulatoire induit une réflexion analogue en matière de pansement avec l'objectif de limiter les interventions de professionnels au domicile du patient ou de contraindre celui-ci à des déplacements tout en assurant une aseptie suffisante de la plaie opératoire. Une des réponses possible est le recours à des fermetures pariétales par des fils à résorption rapide éventuellement intra-dermiques associés à des films adhésifs stériles transparents. Ceci aboutit à une plus grande autonomie du patient en allégeant le dispositif de pansement, en permettant la prise de douches dès le premier jour post opératoire tout en autorisant une surveillance visuelle par le patient ou son médecin.

LE PATIENT PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE PRÉSENTE -T-IL UN RISQUE INFECTIEUX SPÉCIFIQUE ?

La littérature internationale portait le message d'une moindre morbidité des actes en chirurgie ambulatoire et le bon sens voulait que les partisans de l'ambulatoire défendirent l'absence d'infection nosocomiale en l'absence d'hospitalisation. La réalité est à l'évi-

dence plus complexe et la première approche objective que l'on puisse en faire est de reprendre les données des enquêtes ISO des CLIN régionaux qui ont intégré la donnée ambulatoire en 1999. Ceci repose cependant sur une approximation car la qualification "ambulatoire" est accordée sur la notion d'une date de sortie égale à la date d'entrée sans préjuger du fait que la prise en charge se soit réalisée dans une unité conforme et organisée. Les données des différentes régions de l'année 2002 sont résumées dans le tableau I et sont en cohérence entre les régions et avec les données de la littérature étrangère : il y est moins dénombré d'Infection du Site Opératoire lors d'une prise en charge ambulatoire que lors des prises en charge en hospitalisation complète (entre deux et six fois moins). Cette constatation est stable d'année en année car elle avait déjà fait l'objet d'une publication en 2002 fondée sur les données 1999-2000². Cette donnée mérite une analyse critique afin d'en tirer une interprétation cohérente :

- le premier point concerne la réserve même faite par les auteurs des enquêtes qui ont dans certains cas rapporté un suivi moindre dans le cas des patients pris en charge en ambulatoire et donc de fait des données manquantes (36 % de perdu de vue en ambulatoire versus 30 % en hospitalisation complète pour le C-CLIN SUD-EST). Ceci a d'autant plus de poids que les enquêtes ont révélé que la survenue des sepsis étaient parfois assez tardives.

- Le second point est consubstantiel de la prise en charge ambulatoire et concerne la sélection dont sont l'objet les patients qui pourrait laisser penser que seules les patients avec peu de facteurs de risques font l'objet d'une telle prise en charge et donc, de fait présenteraient un risque moindre de complication infectieuse. Les critères de sélection admis recouvrent d'une part des critères médicaux assez simples (patient éligible jusqu'au score ASA III stabilisé) et des critères environnementaux qui ont peu de connexion avec le risque infectieux (distance du domicile, accompagnant, téléphone). Cette sélection pourrait avoir un impact limité. Mais la prise en charge ambulatoire exclu par principe et réglementairement les urgences et les geste chirurgicaux très longs. En fait l'analyse détaillée faite dans certaines enquêtes a fait apparaître une plus grande proportion de patients avec un NNIS à 0 en ambulatoire qu'en hospitalisation complète (81 % versus 60 % pour l'enquête ISO SUD-EST). Il a été aussi montré que le taux d'ISO dans le sous groupe de patients NNIS = 0 était de 0,2 % en chirurgie ambulatoire et 1,1 % en hospitalisation complète ce qui tend à démontrer un bénéfice à la prise en charge ambulatoire pour des patients à risque infectieux globalement équivalent. Seule une étude randomisée entre les deux types de prise en charge chez des patients homogènes pourrait répondre à un effet protecteur spécifique de l'ambulatoire.

Ainsi, s'il existe une occurrence plus faible des infections du Site Opératoire en cas de prise en charge ambulatoire, les responsabilités relatives respectives du processus de sélection des patients et

celle d'un effet spécifique du mode de prise en charge ne sont pas établie. Cela dit il nous semble déjà capital que ce constat soit réalisé car au delà du bénéfice strict que pourrait représenter pour un patient une prise en charge ambulatoire en alternative à une hospitalisation complète, c'est le fait que l'on individualise au sein d'un établissement deux flux de patients distincts qui doit appeler l'attention.

Le second constat qui doit être pris en compte est celui de l'augmentation du taux de prise en charge ambulatoire (9 % des interventions du réseau INCISO en 1999 14 % en 2001, et actuellement plus de 30 % des actes chirurgicaux (hors enquête INCISO) en 2003). Les taux de chirurgie ambulatoire dans les autres pays de l'OCDE laissent penser qu'il existe en France un potentiel important qui sera exploiter. Même s'il s'avérait que la partition des flux entre sujet à risque faible et important ne soit pas seul en cause, un tel mécanisme entraînerait concomitamment au développement de la prise en charge ambulatoire une concentration relative dans les unités d'hospitalisation complète de patients à risque élevé du fait de leur terrain, de la lourdeur de leur chirurgie, de la durée de leur séjour rendant ainsi les soins plus lourds plus complexes. Ceci justifie une grande vigilance sur l'évolution du risque et une grande réactivité.

En conclusion, la prise en charge ambulatoire par la réflexion qu'elle nécessite et les exigences qu'elle entraîne est un facteur favorisant de la mise en œuvre des règles d'hygiène au cours du séjour comme en amont ou en aval. Les patients pris en charge en ambulatoire sont moins exposés au risque infectieux par leur caractéristiques propres et par le circuit particulier qui est le leur. La proportion croissante de patients pris en charge en ambulatoire doit inciter réfléchir sur l'évolution de la population demeurant en hospitalisation complète en terme de lourdeur des soins en général et de risque infectieux en particulier.

Tableau I : Résultats des Enquête ISO2002 par réseaux régionaux :

CLIN	% d'acte ambulatoire	Taux d'ISO en Hospitalisation	Taux d'ISO en Ambulatoire
Paris-Nord	15,6	2,4	0,4
Sud-Est	19,8	2	0,3
Sud- Ouest	15,6	1,5	0,5
Ouest	11,8	1,1	0,5

RÉFÉRENCES

1. Conférence de Consensus : « Gestion pré-opératoire du risque infectieux », PARIS 5 mars 2004.
2. Sewonou A, Rioux C, Golliot F et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire: résultat du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000. *Ann Chir* 2002 ; 127 :262-7.