

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

appui santé & médico-social

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

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

Note de cadrage

Octobre 2012

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

**Agence Nationale d'appui à la performance
des établissements de santé et médico-sociaux**

23 avenue d'Italie – 75013 Paris

Tél. : +33 (0)1 57 27 12 00 – Fax : +33 (0)1 57 27 12 12

SOMMAIRE

1. NOTE DE CADRAGE : FINALITÉ ET MÉTHODE

1.1 « Note de cadrage »	7
1.2 Recherche réalisée.....	7
1.3 Validation et diffusion.....	7

2. OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE NOTE DE CADRAGE 8

3. SAISINE

3.1 Demandeur et intitulé.....	9
3.2 Objectifs et enjeux.....	9
3.3 Origine et historique de la demande.....	9
3.4 Collaboration HAS – ANAP	9
3.5 Programme d'actions communes HAS – ANAP	10

4. CONTEXTE

4.1 Vers une chirurgie de première intention.....	12
4.2 Des messages politiques incitant les établissements de santé au développement de la chirurgie ambulatoire	12
4.3 Bénéfices et risques de la chirurgie ambulatoire	13
4.4 Étapes de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire	14

5. ANALYSE DE LA DEMANDE

5.1 Pertinence de l'évaluation.....	16
5.2 Enjeux	17
5.3 Questions soulevées par l'évaluation	18



6. RÉALISATION PROPOSÉE

6.1	Éléments à prendre en compte pour la définition du champ d'évaluation.....	20
6.2	Difficultés prévisibles.....	21
6.3	Objectif et champ de l'évaluation	22
6.4	Aspects exclus du champ de l'évaluation	22
6.5	Type de production.....	22

7. MÉTHODE DE TRAVAIL ENVISAGÉE

7.1	Phase de revue systématique et de synthèse de la littérature	23
7.2	Phase de consultation du groupe de travail	26
7.3	Phase de lecture.....	27
7.4	Phase de finalisation.....	28

8. PARTENARIATS

8.1	Sociétés savantes	29
8.2	Partenaires institutionnels impliqués	29
8.3	Professionnels de santé concernés	29

9. PLANNING PRÉVISIONNEL 30

10. STRATÉGIE DE DIFFUSION ET DE COMMUNICATION

10.1	Types de documents à diffuser.....	31
10.2	Destinataires.....	31
10.3	Communication	31

.....

11. VALIDATION

11.1 Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) 32

11.2 Collège..... 32

ABRÉVIATIONS..... 33

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE 34

RÉFÉRENCES 44

ANNEXE 1. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS ÉLABORÉS PAR LA SFAR..... 53

ANNEXE 2. DONNÉES PMSI 54

**ANNEXE 3. LA PARTICIPATION DES PATIENTS À LA DÉCISION MÉDICALE : SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DE LA RELATION
PATIENT-MÉDECIN, DU DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE DE LA DÉCISION PARTAGÉE, DE SES DOMAINES D'APPLICATION,
DE SES OUTILS ET DE SON IMPACT SUR LES SOINS 55**

ANNEXE 4. PARTICIPANTS..... 60

FICHE DESCRIPTIVE 61

1. NOTE DE CADRAGE : FINALITÉ ET MÉTHODE

Le cadrage est une étape systématique qui marque le début de la procédure d'évaluation. On appelle procédure d'évaluation la production d'une réflexion basée sur les données de la littérature disponible, éventuellement complétée par l'expérience de terrain recueillie au sein de groupes de professionnels et de représentants de la société civile. Le cadrage doit garantir la pertinence de cette évaluation et exige pour ce faire d'appréhender les principales dimensions de la technologie de santé ou de la modalité de prise en charge à évaluer.

Le cadrage s'intéresse ainsi à ses dimensions médicales (qualité et sécurité des soins), organisationnelles, professionnelles ou encore économiques. Sont ainsi examinés :

- les motivations, enjeux et finalités de la saisine adressée à la HAS ;
- le contexte de cette demande ;
- la technologie de santé ou la modalité de prise en charge à évaluer (déterminants techniques, bénéfices et risques attendus) ;
- les contextes réglementaire et économique.

1.1 « Note de cadrage »

La note de cadrage est le document qui synthétise l'ensemble de l'analyse menée durant cette phase initiale. Cette note précise le périmètre du sujet, formule les questions d'évaluation devant être traitées et prévoit les moyens et les méthodes pour y répondre. Sont ainsi définis :

- les critères d'évaluation (critères d'efficacité, de sécurité, aspects organisationnels, etc...) ;
- la stratégie de recherche bibliographique à mener en conséquence ;
- la méthode d'analyse des données (revue systématique descriptive, méta-analyse, enquête, etc...) ;
- les éventuels collaborateurs conjointement investis de cette évaluation (autre service de la HAS, institution extérieure) ;
- et le calendrier d'évaluation (dates de début d'évaluation et de publication de l'avis HAS).

1.2 Recherche réalisée

Une recherche documentaire initiale a permis d'identifier les principales données de synthèse publiées (revues systématiques, méta-analyses, recommandations de bonne pratique, rapports antérieurs d'évaluation technologique ou encore articles de synthèse). Une analyse critique de ces publications en a dégagé et synthétisé les points clés utiles à cette phase de cadrage.

1.3 Validation et diffusion

La note de cadrage est examinée et approuvée pour présentation au collège par la CEESP puis validée par le collège de la HAS. Elle est ensuite diffusée sur le site internet de la HAS.

2. OBJECTIFS DE LA PRÉSENTE NOTE DE CADRAGE

Les objectifs de la présente note de cadrage sont :

- de préciser l'origine de la saisine et la mise en place du programme d'action communes HAS-ANAP (cf. [3. Saisine](#)) ;
- de rappeler le contexte du développement de la chirurgie ambulatoire en France et l'importance de l'étape de sélection des patients (cf. [4. Contexte](#)) ;
- d'analyser la pertinence, les enjeux, les questions soulevées et les éléments à prendre en compte dans le cadre de cet axe de travail (cf. [5. Analyse de la demande](#)) ;
- de définir le champ de l'évaluation (cf. [6. Réalisation proposée](#)) ;
- de définir la méthode (cf. [7. Méthode de travail envisagée](#)) ;
- de définir les parties prenantes et les objectifs attendus de leur participation (cf. [8. Partenariats](#)) ;
- de proposer un planning de travail (cf. [9. Planning prévisionnel](#)) ;
- de présenter la stratégie de diffusion et de communication envisagée (cf. [10. Stratégie de diffusion et de communication](#)).

3. SAISINE

3.1 Demandeur et intitulé

DGOS

2010_C_017

1/ Direction de la sécurité sociale SD1 Bureau 1A, associée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) (juin 2010).

2/ Ministère de la Santé, associé à l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA), la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), et l'*International Association for Ambulatory Surgery* (septembre 2010).

3/ Autosaisine HAS (octobre 2011).

4/ Rapport d'orientation commun ANAP-HAS (20 décembre 2011).

3.2 Objectifs et enjeux

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

Par ailleurs, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue l'un des dix programmes prioritaires de la gestion des risques des agences régionales de santé pour les années 2010-2012¹.

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

3.3 Origine et historique de la demande

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

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

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

3.4 Collaboration HAS – ANAP

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

1. Instruction DGOS/R3 n° 2010-457 destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010.

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

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

3.5 Programme d'actions communes HAS-ANAP

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

Axe 1 : Socle de connaissances

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

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

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

La sélection des patients repose sur des critères médicaux et psychosociaux. Il s'agit d'une étape essentielle

dans la décision de ce mode de prise en charge. L'objectif de ce travail est de reconsidérer ces critères qui ont déjà fait l'objet d'une actualisation en 2009 par la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR), à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques.

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

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

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

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

- analytique ;
 - analyse du risque organisationnel sur la base de méthodes éprouvées à partir d'un échantillon de 5 établissements de santé,
 - benchmarking ciblé sur 15 établissements pionniers en chirurgie ambulatoire,
- d'accompagnement ;
 - accompagnement opérationnel de 20 établissements de santé volontaires pour faire progresser leurs taux de chirurgie ambulatoire,
 - accompagnement ciblé de 3 ou 4 ARS pilotes ayant un faible taux de chirurgie ambulatoire,
- de production ;
 - avec pour but de mettre à disposition des produits (outils, guides, recommandations, etc.) aboutissant à des modèles génériques de schémas organisationnels, de chemins cliniques et des check-lists adaptés.

Axe 4 : Évaluation, outils et recommandations économiques

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

Deux approches complémentaires vont être développées :

- une analyse par comptabilité analytique aboutissant à la construction d'un modèle dynamique et reproductible (outil logiciel) qui a pour objet d'objectiver les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire, en analysant notamment l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire. Cet outil, conçu sur un premier échantillon de 5 établissements de santé de différents statuts juridiques, sera utilisé dans le cadre d'un autre projet lancé par l'ANAP « Accompagnement de 20 établissements de santé », afin d'y apporter d'éventuels ajustements. L'outil ainsi élaboré fera l'objet d'un déploiement auprès des ARS et/ou d'établissements volontaires ;
- une analyse par technique de *micro-costing* réalisée à partir de l'observation du chemin clinique des patients. Elle permettra de calculer un coût par séjour et ses variations en fonction de l'éventail des cas (*case-mix*) de l'établissement, et des volumes de production. La méthode utilisée sera reproductible et aboutira à la production d'un second outil complémentaire au premier. Elle sera ensuite déployée dans les établissements volontaires.

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

Axe 5 : Indicateurs, suivi et évaluation

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

Axe 6 : Certification /accréditation

Une évolution des référentiels de certification est envisagée sur les quatre à cinq prochaines années, avec la perspective d'une « certification des équipes » et la mise en œuvre par ces équipes d'engagements d'excellence (développement de programmes d'identification d'équipes entraînées). L'actualisation du guide

de certification permettra ainsi d'appuyer de façon cohérente la déclinaison de l'ensemble des actions menées en amont.

Ces six axes ont vocation à être intégrés dans une démarche cohérente globale, permettant d'appréhender l'ensemble des questions relatives à la chirurgie ambulatoire soulevé dans le cadre du socle de connaissances (axe 1). Les travaux menés pour la révision des critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire (axe 2) et les résultats des études d'exploration du champ organisationnel (axe 3) contribueront à l'élaboration de chemins cliniques et à la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation (axe 5). Les recommandations à vocation économique (axe 4) s'appuieront sur un socle d'indicateurs solides permettant de renseigner le niveau de déploiement des mesures incitatives et d'évaluer leurs résultats. Enfin, les différentes perspectives (niveau de l'établissement, niveau régional des ARS et niveau du régulateur national) devront être analysées conjointement de manière à assurer une cohérence globale des recommandations, pouvant s'intégrer dans les référentiels de certification (axe 6).

4. CONTEXTE

L'analyse du contexte de la chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'un rapport détaillé (« [Socle de connaissances](#) » – Rapport HAS, 2012), qui constitue le premier livrable du programme pluriannuel HAS-ANAP sur la chirurgie ambulatoire sur lequel se fonde la suite des travaux (1).

Cet état des connaissances précise notamment les points suivants : (i) la chirurgie ambulatoire tend aujourd'hui à être considérée comme la chirurgie de première intention ; (ii) en France, des politiques incitatives en sa faveur ont été mises en place ; (iii) ses bénéfiques en regard des risques postopératoires sont admis ; (iv) la maîtrise des risques associés à cette pratique passe par une sélection appropriée des patients.

4.1 Vers une chirurgie de première intention

La chirurgie ambulatoire, définie en France dans le cadre de la conférence de consensus de mars 1993 comme « des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention » (2) tend à être aujourd'hui considérée par de nombreux experts comme la chirurgie de première intention (3 - 11).

Elle doit par ailleurs répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par les articles D. 6124-301 à 305 du Code de la santé publique, portant sur les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces articles ont récemment été modifiés par le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 afin d'assouplir les conditions de fonctionnement de ces structures et de renforcer les exigences de qualité de la prise en charge.

Techniquement, l'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec hospitalisation complète. Aussi, a-t-on coutume de dire que ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais le patient (12).

La chirurgie ambulatoire nécessite une organisation centrée sur le patient puisque « L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » (13,14). Son développement nécessite d'une part

de s'interroger sur l'organisation de l'établissement de santé, et d'autre part d'articuler les soins hospitaliers et les soins de ville.

4.2 Des messages politiques incitant les établissements de santé au développement de la chirurgie ambulatoire

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

En France, les établissements de santé reçoivent de forts messages politiques les incitant au développement de la chirurgie ambulatoire et à « changer de paradigme ».

L'instruction destinée aux directeurs généraux des ARS du 27 décembre 2010 (Instruction DGOS/R3 n° 2010-457) précise en effet :

« Il s'agit de changer de paradigme :

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

Actuellement, trois dispositifs incitatifs sont en application en France :

- l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans les dispositifs de planification de l'offre hospitalière : depuis 2004, la plupart des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont fixé un objectif de progression du taux de chirurgie ambulatoire, déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- la mise sous accord préalable par l'assurance maladie de dix-sept gestes chirurgicaux marqueurs : lorsqu'un établissement souhaite réaliser un acte de la liste en hospitalisation classique, il doit demander l'autorisation à la caisse d'Assurance maladie ;

- des incitations tarifaires :
 - l'instauration d'un tarif identique pour un ensemble de « couples » de GHM (ambulatoire-classique),
 - la diminution du différentiel de tarifs pour certains « couples » de GHM entre la chirurgie ambulatoire et traditionnelle, la suppression de la borne basse pour d'autres et la revalorisation de certains tarifs à hauteur des coûts ajustés.

4.3 Bénéfices et risques de la chirurgie ambulatoire

Sous réserve d'être organisée, les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. L'analyse des données disponibles ne remet pas en cause ce bénéfice, à la fois clinique et en terme de satisfaction du patient (1) :

- le gain, en terme de diminution des infections associées aux soins, paraît réel puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation. Une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire (1) ;
- les enquêtes rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire, supérieurs à 90% dans la moitié des douze études analysées dans le cadre du socle de connaissances (15-26). Ces enquêtes révèlent également qu'une place très importante doit être accordée à l'information², à la communication et aux relations avec le personnel soignant.

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques peropératoires et postopératoires. L'analyse des risques associés à la pratique d'interventions chirurgicales en ambulatoire n'a néanmoins rapporté que peu d'événements (1) :

- seules quatre études observationnelles évaluant le risque de mortalité suite à une intervention en

ambulatoire et portant sur un nombre de procédures importants et variées (de 6 000 à 2316249 procédures) identifiaient des cas de décès en peropératoires ou en postopératoires. Les taux observés s'étendaient de 0,78 à 72 pour 100 000 interventions, sans que l'imputabilité du mode de prise en charge ambulatoire ne puisse être clairement identifiée (27-30).

- l'évaluation du risque de comorbidités majeures, sur la base de cinq études observationnelles, était complexe et ne permettait pas d'établir de lien direct entre ces événements et la procédure ou l'organisation ambulatoire. Ces études étaient hétérogènes de par leurs effectifs, leur population, le types de procédures et la définition de leur critère de jugement (27, 30 - 33). Les résultats suivants étaient rapportés :
 - Warner et *al.*, sur la base d'un effectif de 38 598 procédures, identifiaient la survenue d'un infarctus du myocarde pour 14 patients (1 pour 3 220 interventions), d'un déficit du système nerveux central pour 7 patients (1 pour 6 441 interventions), d'une embolie pulmonaire pour 5 patients (1 pour 9 018 interventions), d'une détresse respiratoire pour 5 patients (1 pour 6 441 interventions). Néanmoins, ajustée sur l'âge et le sexe, l'incidence des infarctus du myocarde et des embolies pulmonaires était plus basse que celle attendue dans la population générale (27).
 - Natof et *al.* et Osborne et *al.*, dénombraient respectivement, sur la base d'un effectif de 13 433 patients et 6 000 procédures, 106 et 103 patients ayant développé une comorbidité majeure (soit respectivement 0,79 % et 1,7 %). Celle-ci était définie comme la survenue d'un événement malentendus avec la possibilité d'un préjudice grave dans les deux semaines qui suivaient l'intervention (31,32).
 - Majholm et *al.* identifiaient les complications suivantes, observées rétrospectivement à partir d'un registre incluant 57 709 patients : œdème pulmonaire avec insuffisance respiratoire pour 1 patient, ulcère gastro-duodénal pour 1 patient, arthrite septique pour 5 patients, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire pour 12 patients (30).

2. La demande d'information est également un des points essentiels souligné par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) qui par ailleurs plébiscite ce mode de prise en charge (www.leciss.org).

• Shnaider et al. estimaient dans une analyse de la littérature que l'incidence approximative des événements cardiovasculaires peropératoire était de 2,0 %, survenant principalement chez les patients avec des antécédents de pathologies cardiovasculaires ou les personnes âgées. L'incidence approximative des événements pulmonaires était de 0,1 %. Les délais de survenue de ces événements n'étaient pas précisés. Les événements liés à l'intubation sous anesthésie générale comme les difficultés d'intubation, l'intubation œsophagienne, les dents cassées, survenaient avec une incidence de 0,2 à 0,5 % (33).

■ L'analyse menée dans le cadre du socle de connaissances rappelle également que la survenue d'effets indésirables mineurs (douleur, nausées et vomissements postopératoires, rétention urinaire, somnolence, vertiges, céphalées) n'est pas spécifique de la chirurgie ambulatoire. Les incidences retrouvées dans la littérature varient en fonction des caractéristiques de la population, du type de chirurgie et des techniques anesthésiques.

Il est à noter que ces critères d'évaluation reflètent plutôt l'état global de la population bénéficiant d'une intervention en ambulatoire.

Des indicateurs cliniques de sécurité et de qualité spécifiques de la chirurgie ambulatoire, tels que les taux d'admission postopératoire le jour de l'intervention ou les taux de retour à l'hôpital, ont été développés. Un travail complémentaire est en cours dans le cadre du programme national pour le développement de la chirurgie ambulatoire (Axe 5 relatif aux indicateurs, suivi et évaluation).

Une approche d'analyse des risques liés à la chirurgie ambulatoire est également en cours dans le cadre de l'axe organisationnel et contribuera à assurer la maîtrise des risques liés à cette pratique (Axe 3 Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre).

4.4 Étapes de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire


On distingue généralement quatre étapes principales de la prise en charge (4, 8, 11, 12) :

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

■ **la phase opératoire** en elle-même, qui est techniquement adaptée sur le plan anesthésique et chirurgical pour garantir le succès de la procédure selon un mode ambulatoire ;

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

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



Toutes ces étapes contribuent à permettre la sortie du patient le jour même de son intervention dans des conditions de sécurité optimales.

La première d'entre elles, l'étape d'évaluation préopératoire, a pour finalité de limiter les admissions non programmées la nuit suivant l'intervention et les réadmission dans les jours qui suivent, pour des raisons médico-chirurgicales ou socio-environnementales, et d'assurer, en cas de survenue d'évènements indésirables, une prise en charge dans des conditions de sécurité optimales (5, 6, 34 - 36).

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

Les interactions entre l'hôpital et la ville nécessitent d'être bien organisées et anticipées en amont, particulièrement dans les cas où un besoin en soin ou en surveillance est prévisible. Le travail sur les organisations relatives à la chirurgie ambulatoire, menée en partenariat avec l'ANAP et actuellement en cours dans le cadre du programme national pour le développement de la chirurgie ambulatoire, pourra explorer ce champ (Axe 3 Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre).

5. ANALYSE DE LA DEMANDE

Partant des constats abordés dans le contexte, l'analyse de la demande précise (i) la pertinence de l'évaluation, (ii) les enjeux, (iii) les questions soulevées par l'évaluation.

5.1 Pertinence de l'évaluation

Divers documents (recommandations, avis d'experts, documents d'information), français et internationaux, identifient des critères d'éligibilité/sélection des patients à la chirurgie ambulatoire (3-8,10,12,34-51). Le « changement de paradigme » nécessite néanmoins d'engager une nouvelle réflexion afin de tenter une approche plus complète et novatrice de l'appréciation de l'éligibilité (et, en miroir, de l'inéligibilité) des patients à la chirurgie ambulatoire.

Cinq arguments ont motivé la décision de reconsidérer les critères d'éligibilité existants et justifient l'évaluation proposée : il s'agit (i) d'assurer un développement dans des conditions de sécurité et de qualité de la prise en charge optimales, (ii) de renforcer la prise en considération d'éléments d'appréciation non strictement médicaux ou chirurgicaux mais également socio-environnementaux, (iii) de tenter une approche novatrice en s'interrogeant sur les besoins en soins et en hébergement, (iv) d'accompagner les professionnels de santé et (v) de s'inscrire dans une démarche globale de production de documents de référence sur les différentes étapes du parcours du patient.

5.1.1 Assurer un développement dans des conditions de sécurité et de qualité de prise en charge optimales

Comme présenté dans le contexte, la balance bénéfices/risques de la chirurgie ambulatoire est classiquement admise sous réserve que les patients à risque soient identifiés et que la prise en charge la plus adaptée leur soit proposée. Les résultats préliminaires de l'analyse des risques identifient l'étape de sélection des patients comme la première zone de risque du processus de prise en charge de la chirurgie ambulatoire³.

Or, le développement de la chirurgie ambulatoire exige l'assurance d'un développement dans des conditions de sécurité et de qualité de prise en charge optimales.

Ce constat incite à reconsidérer les critères existants à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques et du contexte français.

Par ailleurs, diminuer les risques associés à cette pratique permet d'augmenter la confiance et donc l'intérêt que porteront les professionnels de santé et le public à la prise en charge d'interventions chirurgicales en ambulatoire.

5.1.2 Renforcer l'évaluation des aspects socio-environnementaux

Quatre principales catégories de facteurs sont habituellement décrites dans la littérature pour apprécier la modalité de prise en charge à proposer : les critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux. Si les critères médicaux et chirurgicaux sont fréquemment abordés, une adaptation des critères socio-environnementaux au contexte français est essentielle, notamment concernant les appréciations des distances, des temps de transport et de l'offre de soins hospitalière et de ville.

De plus, la chirurgie ambulatoire étant particulièrement adaptée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber (enfants et personnes âgées) (4), une interrogation sur les conditions de vie de ces personnes aux extrêmes des âges, sur l'éventuel transfert de la charge de soins aux accompagnants, sur leur responsabilité et sur le maintien du secret médical dans ces conditions, doit être portée.

5.1.3 Proposer une approche novatrice

L'approche communément utilisée est celle de la définition de critères de sélection des patients à la chirurgie ambulatoire et non celle de l'interrogation des éléments motivant l'hospitalisation, en terme de besoin en soins, en surveillance ou en hébergement.

Certains pionniers de la chirurgie ambulatoire s'interrogent, si une hospitalisation avec une nuit complète est envisagée, sur les arguments motivant cette décision et sur les stratégies qui pourraient être employées pour rendre la prise en charge ambulatoire possible (6).

3. Analyse du risque organisationnel lié à la pratique de la chirurgie ambulatoire. Rapport en cours d'élaboration. HAS 2012.

D'autres suggèrent aux professionnels de santé de se poser la question suivante : « quel bénéfice ce patient, pour une intervention, pourrait-il retirer à passer une ou plusieurs nuits hospitalisés, en termes de sécurité, de confort et de continuité des soins ? » (4).

En effet, si référence elle devient, il conviendrait alors non pas de s'interroger sur les critères d'éligibilité du patients à l'ambulatoire mais plutôt de mener une réflexion autour des arguments motivant la décision de prendre en charge en hospitalisation traditionnelle un patient dans les suites d'une intervention chirurgicale programmée.

En d'autres termes, mener ce type de réflexion amène à s'interroger sur les conditions de soins et de surveillance nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier et sur les conditions sociales ou environnementales ne permettant pas d'assurer une prise en charge, lors du retour à domicile, dans des conditions de sécurité suffisantes. Cette approche conduit à distinguer distinctement les besoins en soins des besoins en hébergement.

Proposer une telle approche est innovante car, jusqu'à présent, les recommandations françaises (SFAR, cf. annexe 1) et les recommandations internationales n'abordent pas la problématique sous cet angle.

5.1.4 Accompagner les professionnels de santé

Première étape, l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire est une étape sur laquelle peuvent se cristalliser les premiers points de résistance et les premières oppositions culturelles, collectives et individuelles, de la prise en charge d'interventions en ambulatoire.

Les freins au développement de la chirurgie ambulatoire en France ont fait l'objet d'une enquête d'opinion en 2003, auprès des acteurs de terrain travaillant dans 1 289 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie, dans le cadre du Programme national inter-régimes. Cette étude a révélé qu'il existait une méconnaissance à la fois du concept organisationnel (centré sur le patient) et de la réglementation de la chirurgie ambulatoire. Les auteurs préconisaient un accompagnement du changement pour faire évoluer les comportements par des actions de formation et d'information des acteurs (23, 52).

Une réflexion sur les éléments d'appréciation de l'éligibilité des patients est une forme de contribution à l'accompagnement du changement.

Plus particulièrement, une information concernant les spécificités juridiques de la pratique de la chirurgie ambulatoire pourrait être un levier d'action supplémentaire. Une certaine appréhension autour de la responsabilité médicale liée à la pratique de la chirurgie ambulatoire est en effet souvent exprimée par les professionnels de santé lors de la phase d'appréciation de l'éligibilité.

Par ailleurs, un accompagnement des professionnels de santé sur l'aspect organisationnel sera proposé dans le cadre de l'axe organisationnel du programme de travail HAS-ANAP (Axe 3 Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre). L'appui d'un sociologue dans le cadre de cet axe de travail pourra être pertinent.

5.1.5 S'inscrire dans une démarche globale de production de documents de référence sur les différentes étapes du parcours du patient

L'ensemble du programme portant sur la chirurgie ambulatoire vise à produire des documents de référence concernant les différentes étapes du parcours du patient. Cet axe de travail, en lien étroit avec l'axe organisationnel (Axe 3 Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre), alimente le projet global.

5.2 Enjeux

Les enjeux de l'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire sont multiples.

Enjeu de sécurité : il s'agit de proposer une modalité de prise en charge qui assure des conditions de sécurité et de qualité optimales.

Enjeu pédagogique : en proposant des éléments amenant les professionnels de santé et les patients à s'interroger de façon pertinente, constructive et mutuelle, sur les besoins en soins, en surveillance et en hébergement nécessaires dans les suites opératoires, en tenant compte des préférences des patients.

.....

Enjeu organisationnel : les besoins en soins et en surveillance interrogent sur les liens entre les structures hospitalières et la ville ; les besoins en hébergement pour raisons socio-environnementales interrogent sur l'émergence de structures alternatives à l'hébergement hospitalier ;

Enjeu économique : cet axe de travail vise à soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire et à contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge ;

Enjeu juridique : l'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire interroge en terme juridiques sur la spécificité :

- de la responsabilité médicale associée à la décision de pratiquer une intervention en ambulatoire ;
- de la responsabilité du patient et de l'accompagnant engagé dans la phase postopératoire, particulièrement en cas de vulnérabilité des personnes ;
- des relations entre l'hôpital et les soins de ville pouvant participer à la continuité des soins.

Enjeu éthique et déontologique :

- d'une manière générale, le développement de la chirurgie ambulatoire interroge en terme d'égalité sociale et d'accès géographique puisqu'une grande importance est donnée aux facteurs socio-environnementaux au cours de la prise en charge ;
- en lien plus spécifique avec l'appréciation de l'éligibilité des patients, la place importante accordée à l'accompagnant interroge en terme de maintien du secret médical pour le patient, de responsabilité pour l'accompagnant et de la charge de soins qui lui est transférée ;
- enfin, apprécier l'éligibilité d'une personne interroge d'un point de vue éthique sur la nature et les modalités du recueil des informations nécessaires à ce processus, sur la nature du processus décisionnel et sur la place et l'impact des différentes personnes dans la décision.

5.3 Questions soulevées par l'évaluation

L'interrogation autour des éléments conditionnant le choix de la modalité de prise en charge soulève un

ensemble de questions dont certaines sont spécifiques de cette pratique et d'autres interrogent de façon plus générale sur les relations de soins. Il convient alors pour ces dernières de s'interroger sur leur spécificité dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Plus précisément, ces questions sont de l'ordre de :

- la maîtrise des risques ;
- la pertinence de l'hospitalisation en terme de besoins en soins, en surveillance et en hébergement ;
- la place accordée à l'accompagnant ;
- la (les) spécificité(s) de la responsabilité médicale ;
- la (les) spécificité(s) du recueil d'information ;
- les modalités de la décision et de sa mise en œuvre.

Aussi, l'évaluation abordera les questions suivantes :

- L'intervention nécessite-t-elle des **soins ou une surveillance** médicalisée en postopératoire qui imposent un environnement hospitalier (matériel, plateaux techniques, personnels qualifiés, etc.) ?
- Quelles peuvent être les interactions avec la médecine et les **soins de ville** ?
- En l'absence de soins ou de surveillance particuliers en postopératoires, quelles sont les **conditions socio-environnementales** susceptibles de compromettre la sécurité des soins ou de la surveillance ?
- Existe-t-il des **alternatives d'hébergement non hospitalières** possibles ? Quelle est alors la nature des services proposés ? Est-ce toujours de la chirurgie ambulatoire ?
- Quel rôle accorde-t-on à **l'accompagnant** au domicile ? Quelle est la nature de son interaction avec les professionnels de santé ? Doivent-ils être impliqués dans la décision ? L'acceptation d'une responsabilité fait-elle partie des éléments d'éligibilité pour la chirurgie ambulatoire ? Le cas échéant, doit-elle être documentée ? Le recueil d'un consentement du tiers est-il pertinent ? Un partage d'informations de santé est-il nécessaire pour assurer une prise en charge ambulatoire dans des conditions de sécurité optimale ?
-

-
- La **responsabilité médicale** associée à la pratique d'intervention ambulatoire présente-t-elle certaines spécificités pour le chirurgien ou l'anesthésiste ?
 - Quelles sont les **frontières de la responsabilité entre l'hôpital et les soins de ville** pouvant participer à la continuité des soins ?
 - Le processus conduisant le médecin à estimer que la chirurgie est potentiellement ambulatoire pour une personne implique-t-il le **recueil de données** additionnelles par rapport à ce qui doit normalement être connu médicalement dans sa situation ? Ce processus nécessite-t-il le recueil d'informations

nominatives concernant des personnes autres que le patient ? Ceci constitue-t-il une situation non prévue par les règles de déontologie et/ou le Code de la santé publique ? Le partage des informations couvertes par le secret entre professionnels présente-t-il des spécificités non encadrées par le code de déontologie et la loi ?

- La présentation des options thérapeutiques est encadrée par le Code de la santé publique (Art. L1111-2 du Code de la Santé Publique). La chirurgie ambulatoire et les **processus décisionnels** afférents constituent-ils une situation innovante non couverte par cet encadrement ?

6. RÉALISATION PROPOSÉE

6.1 Éléments à prendre en compte pour la définition du champ d'évaluation

S'interroger sur la modalité de prise en charge des patients nécessite, d'une part, de considérer les facteurs liés aux patients, à la réalisation de l'acte et à la structure (communément appelé triptyque patient - acte - structure), et d'autre part, de s'interroger sur la participation du patient à cette décision.

De plus, certains éléments de faisabilité et l'intégration de cet axe dans un programme plus global sont à prendre en compte pour la définition du champ d'évaluation.

6.1.1 Le triptyque patient-acte-structure

► Facteurs liés aux patients

La pratique de la chirurgie ambulatoire concerne désormais également des patients situés aux extrêmes des âges, ou présentant certaines comorbidités associées, ou dont la prise en charge ambulatoire nécessite une adaptation particulière de certains traitements médicamenteux.

L'analyse des comorbidités (et leur degré de gravité), potentiellement non compatibles avec une prise en charge en ambulatoire, ne peut être exhaustive. Il en est de même pour les traitements médicamenteux, dont les classes et les possibilités d'adaptations sont d'une grande diversité.

Seuls certains critères médicaux ou traitements médicamenteux, pertinents car fréquemment retrouvés dans la population pouvant bénéficier de la chirurgie ambulatoire, peuvent être analysés.

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

L'IAAS et l'AFCA s'accordent sur le fait que les listes d'actes susceptibles de justifier une prise en charge ambulatoire n'ont pas lieu d'être puisque l'acte en lui-même ne suffit pas à définir le mode de prise en charge le plus adapté, la décision étant fondée sur le triptyque patient - acte - structure.

Ce sont en revanche les soins et la surveillance postopératoires prévisibles, suite à l'intervention, qui vont conditionner le choix de la modalité de prise en charge. Il en est de même pour la technique anesthésique.

Par conséquent, une approche par acte ou par technique anesthésique ne sera pas envisagée dans le cadre de cette évaluation.

Les protocoles de prises en charge médicales (anticipation des douleurs, des nausées et vomissements, du risque thromboembolique, etc.) pourront également dépendre de l'acte et de l'anesthésie pratiqués. Ces derniers ne feront pas l'objet de cette évaluation.

► Facteurs liés à la structure

L'organisation de la structure, afin de permettre la prise en charge en ambulatoire et de favoriser son acceptation, est un axe fondamental mais celui-ci sera abordé dans un des axes ultérieurs du programme portant sur la chirurgie ambulatoire (Axe 3 Dimension organisationnelle : modèles et outils de mise en œuvre).

Par exemple, la structure doit être capable d'absorber, dans un espace contraint, un nombre plus grand de patients évoluant dans des flux plus serrés, tout en assurant la confidentialité des données échangées. Une organisation avec les soins de ville pourra être envisagée en conséquence.

6.1.2 La participation du patient à l'appréciation de son éligibilité

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Afin d'aider les professionnels de santé à satisfaire à leur obligation d'information et de leur proposer des principes pour dispenser une information pertinente, de qualité et personnalisée, des recommandations ont été élaborées

par la HAS en mai 2012. Elles rappellent notamment que l'information délivrée au patient, prenant en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle, doit permettre à cette dernière de prendre ses décisions en connaissance de cause et qu'il est essentiel de présenter les différents choix possibles, pour permettre à la personne de se représenter les enjeux de sa décision quelle qu'elle soit : accord ou refus (53).

Le modèle de décision aujourd'hui retenu est donc celui de la décision partagée, où l'information médicale est rendue disponible à la personne malade, ses préférences écoutées et entendues, le consentement véritablement éclairé étant la pierre angulaire de la prise de décision. Une synthèse de ce modèle est présentée en annexe (cf. [Annexe 3. La participation des patients à la décision médicale](#)).

La prise de décision partagée peut en fait être considérée comme la « rencontre de deux experts : celui qui apporte des informations fondées sur le meilleur niveau de preuves scientifiques et celui qui connaît ce qui est le plus important pour lui-même. » (54). Pour ce faire, il repose sur la présentation de l'état actuel des connaissances et en particulier du meilleur niveau de preuves scientifiques de toutes les options possibles, associées à leurs risques et bénéfices. Le patient doit être en mesure de bien comprendre quels sont les choix, quels sont les risques et les bénéfices présumés pour chacun de ces choix et quelles sont ses valeurs et ses préférences.

Ce processus décisionnel interactif s'applique à toutes les décisions médicales. Il existe néanmoins un écart majeur entre le concept de la décision médicale partagée et son applicabilité en pratique clinique courante. Le recours à des outils d'aide à la décision, dont l'élaboration suit une méthodologie spécifique, permet d'améliorer et soutenir sa réalisation.

Concernant la chirurgie ambulatoire, la recherche bibliographique effectuée n'a pas permis d'identifier de références traitant de la participation du patient à la décision de réaliser ou non une intervention chirurgicale en ambulatoire (cf. [Stratégie de recherche documentaire sur les modèles de décision partagée](#)). Il est d'ailleurs fort probable qu'un outil d'aide à la décision ne puisse s'appliquer de façon générale à la décision de réaliser

une chirurgie en ambulatoire. Il serait plutôt nécessaire d'identifier des situations précises justifiant la mise en place d'outils spécifiques.

D'une manière plus générale, ce questionnement autour des modèles de décision partagée, dont l'importance est croissante, nécessiterait, dans un premier temps, une réflexion transversale pour établir une méthode globale au sein de la HAS, qui viserait à pouvoir intégrer, dans les évaluations, la question des préférences des patients et de la décision partagée. L'élaboration d'un document méthodologique pourrait être réalisée de façon concomitante à cet axe de travail.

6.1.3 La chirurgie ambulatoire cristallise de nombreux questionnements sur les relations entre le patient et les professionnels de santé et sur l'organisation des soins

De par sa nature organisationnelle, de nombreux questionnements, majeurs mais généraux, émergent de la réflexion autour du développement de la chirurgie ambulatoire et d'un de ces aspects, celui de l'appréciation de l'éligibilité des patients : égalité d'accès aux soins, nature et modalité du recueil de l'information, confidentialité et respect de la vie privée, respect de l'autonomie des personnes et modèles de décision.

Nombre de ces questionnements nécessiteraient plutôt d'engager une réflexion globale et transversale. Des interrogations autour de leur spécificité dans le cadre de la chirurgie ambulatoire peuvent en revanche être posées.

6.2 Difficultés prévisibles

Faiblesse des données d'évidence concernant les critères médicaux, chirurgicaux et socio-environnementaux.

Le niveau de preuve scientifique de la littérature est faible. Peu de recommandations identifiées explicitent leur méthode d'élaboration. La littérature disponible est principalement composée d'avis d'experts, de synthèses narratives et d'études observationnelles (cf. [Phase de revue systématique et de synthèse de la littérature](#)). Cet état de la littérature laisse supposer que l'avis des experts aura une place importante dans cette évaluation.

6.3 Objectif et champ de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation est de proposer aux professionnels de santé des éléments d'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire, afin de les aider à fonder leur décision de proposer au patient ce mode de prise en charge en toute sécurité.

La prise en compte des éléments décrits précédemment conduit à définir le champ d'évaluation suivant :

- le recensement des besoins médicaux et chirurgicaux en soins et en surveillance en postopératoire (la nuit suivant l'intervention et/ou le lendemain), liés aux comorbidités du patient ou aux suites opératoires. Cette analyse portera sur un nombre restreint et choisi au préalable pour leur pertinence de critères médicaux (comorbidités fréquentes dans la population pouvant bénéficier de cette modalité de prise en charge, adaptation de certains traitements fréquents, principales complications postopératoires). Elle nécessitera de s'interroger sur la place des soins de ville ;
- la description des besoins en hébergement en préopératoire et en postopératoire (la nuit suivant l'intervention et/ou le lendemain). Cette description tiendra compte d'éléments socio-environnementaux. Elle nécessitera en outre de s'interroger sur :
 - l'émergence d'autres structures pour pallier aux conditions sociales et environnementales défavorables (expérience des « médihotels »),
 - la place de l'accompagnant, en termes de maintien du secret médical pour le patient, de responsabilité pour l'accompagnant et de charge de soins qui lui est transférée.
- les spécificités juridiques associées à ce mode de prise en charge.

6.4 Aspects exclus du champ de l'évaluation

Seront exclus du champ de cette évaluation :

- les modalités du partage de la décision concernant le type de prise en charge. Si la nécessité d'un processus décisionnel interactionnel entre le patient et

les professionnels de santé sera rappelée, l'élaboration d'outils d'aide à la décision ne sera pas réalisée ;

- l'approche des critères d'éligibilité par liste d'actes ;
- l'approche des critères d'éligibilité par techniques anesthésiques ;
- les stratégies thérapeutiques d'anticipation des complications postopératoires ou les protocoles médicaux de prise en charge, comme la gestion de la douleur. Les organisations à mettre en place pour les anticiper et les prendre en charge pourront être analysés dans un axe de travail ultérieur (axe organisationnel) ; en revanche, les besoins en soins et en surveillance que leur survenue peut nécessiter seront abordés ;
- l'analyse des facteurs prédictifs des complications postopératoires et d'échec de la prise en charge en ambulatoire. Ces facteurs, abordés dans le cadre de l'analyse de la balance bénéfiques/risques de la chirurgie ambulatoire dans le rapport « socle de connaissances » sont en effet difficilement dissociables d'une approche par acte et par techniques anesthésiques et dépendent de l'organisation mise en place pour les anticiper (1) ;
- la prise en considération de la prise en charge en ambulatoire d'actes en urgence puisque par définition, la chirurgie ambulatoire est une chirurgie programmée pour des patients sélectionnés au préalable.

6.5 Type de production

L'objectif est de fournir aux professionnels de santé des éléments généraux d'appréciations médicales, chirurgicales et socio-environnementales de l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire à partir de l'analyse des éléments de la littérature et de la description des pratiques de terrain.

Ces éléments visent à les amener à s'interroger sur les besoins en soins, en surveillance, et en hébergement dans les suites de l'intervention, c'est-à-dire sur les facteurs motivant l'hospitalisation et sur la place du tiers dans cette prise en charge.

7. MÉTHODE DE TRAVAIL ENVISAGÉE

La méthode proposée est détaillée ci-dessous et comprend 4 phases : (i) phase de revue systématique et de synthèse de la littérature, (ii) phase d'interrogation des éléments d'appréciation identifiés dans la littérature par le groupe de travail, (iii) phase de consultation élargie par l'intermédiaire d'un groupe de lecture et (iv) phase de finalisation.

7.1 Phase de revue systématique et de synthèse de la littérature

Cette phase a déjà été initiée dans le cadre de la préparation de la note de cadrage et elle conditionne les choix du champ de l'évaluation et de la méthode proposés.

7.1.1 Stratégie de recherche documentaire

► Concernant les aspects médicaux, chirurgicaux et socio-environnementaux relatifs à l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

La recherche a été effectuée sur la période de janvier 2000 à mars 2012 et a consisté en une consultation de bases de données et sites spécialisés afin d'identifier l'ensemble des recommandations françaises et internationales et des revues systématiques traitant des critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire.

En complément, des recherches de littérature françaises et internationales ont été conduites dans MedLine et des bases et sites spécialisés pour :

- les critères médicaux et les modalités d'adaptation de traitements ; cette liste ne pouvant être exhaustive, les critères médicaux et d'adaptation de traitements ayant fait l'objet d'une recherche spécifique supplémentaire sont ceux qui sont discutés dans les recommandations et avis d'experts concernant les critères médicaux d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire ;
- les aspects psychosociaux et environnementaux associés à la pratique de la chirurgie ambulatoire ;
- d'autres thématiques entrant dans le champ de l'évaluation proposé :
 - les évaluations pré-opératoires,

- la pertinence de l'hospitalisation et les grilles d'*Appropriateness Evaluation Protocol* - AEP,
- les expériences des « médihôtels »,

■ Une recherche des textes législatifs, réglementaires et les circulaires concernant :

- les soins en hospitalisation à domicile, afin d'identifier les caractéristiques des soins nécessitant une hospitalisation,
- la responsabilité médicale de la pratique de la chirurgie ambulatoire,
- le secret médical.

Les publications évoquées dans cette note de cadrage ont été sélectionnées sur la lecture des titres et des résumés à partir des critères de sélection suivants. Les articles traitant d'un acte spécifique ont été exclus.

► Concernant les modèles de décision partagée

Une recherche bibliographique sur les modèles de décision partagée a été initiée. Une attention particulière a été portée à l'identification de références traitant du partage de la décision de réaliser ou non une intervention en ambulatoire.

7.1.2 État des lieux de la littérature disponible

Les références présentées ci-dessous ont été identifiées à partir de la recherche bibliographique décrite dans le paragraphe « Stratégie de recherche documentaire » et sélectionnées à la lecture de leur résumé. La sélection finale des références retenues dans le cadre de cette note de cadrage pourra être complétée et ajustée lors d'élaboration du rapport final.

► Concernant les critères de sélection/éligibilité des patients dans leur ensemble

- Recommandations, avis d'experts, documents d'informations : 26 documents français et internationaux ont été identifiées (3-8, 10, 12, 34-51, 55), 2 d'entre elles sont spécifiques de la pratique en *office-based*, pratique non autorisée en France (50, 51).
- Revues systématiques de la littérature : 4 revues systématiques de la littérature ont été identifiées (56-59). L'une d'entre elle est destinée à la pratique

en ambulatoire d'actes de plastie et de reconstruction mais ne restreint pas l'analyse de la littérature à ce type d'actes (59).

- Revues non systématique de la littérature : 13 revues non systématiques de la littérature ont été identifiées (60-70), dont 5 traitent plus spécifiquement d'un critère médical en particulier ou d'une population spécifique (population pédiatrique, hyperthermie maligne, pathologies pulmonaires, obésité) (65, 69, 70).
- Études observationnelles : 4 études observationnelles ont été identifiées (72-75), dont 2 traitent plus spécifiquement d'un critère médical en particulier (sujets âgés, obésité) (74, 75).

► Concernant les aspects médicaux spécifiques

Certains aspects médicaux spécifiques ont été retenus pour une analyse approfondie de la littérature. La condition pour qu'un aspect médical soit retenu était d'être discuté dans les recommandations ou avis d'experts traitant de l'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire. Leur analyse est pertinente car la chirurgie ambulatoire s'adresse à une très large population et doit prendre en compte les principales caractéristiques de son état de santé (augmentation de la fréquence des sujets obèses et âgés ; existence d'un nombre croissant de comorbidités associées ne contre indiquant plus désormais systématiquement la chirurgie ambulatoire du point de vue médical). À partir de cette recherche ciblée sur un nombre restreint d'aspects médicaux, les références ont ensuite, dans un deuxième temps, été sélectionnées si elles traitaient spécifiquement de cet aspect médical et apportaient un élément de preuve scientifique.

Par conséquent, de par ce mode de sélection des références, certains aspects médicaux discutés dans les recommandations ou avis d'experts peuvent n'être associés à aucune référence spécifique.

- Score ASA : 1 étude observationnelle retenue (76).
- Diabète : 2 recommandations et avis d'expert (77, 78), 1 revue systématique (56), 3 revues non systématiques (79-81), 1 étude (82).

- Obésité : 3 revues non systématiques (79, 83, 84), 7 études observationnelles (74, 85-90), 5 opinions (91-95).
- Syndrome d'apnée du sommeil : 1 recommandation (non spécifique de la chirurgie ambulatoire) (96), 2 avis d'expert (97, 98), 2 revues systématiques (99, 100), 7 revues non systématiques (67, 71, 79, 101-104), 2 études observationnelles (105, 106), 2 divers (commentaires) (107, 108).
- Infections des voies respiratoires : 0 article spécifique.
- Pathologies pulmonaires (Asthme et BCO) : 0 article spécifique.
- Alcoolisme : 0 article spécifique.
- Tabagisme : 1 étude comparative (109).
- Hyperthermie maligne : 1 recommandation (69), 1 revue non systématique (110), 1 étude observationnelle (111).
- Hypertension artérielle : 2 revues non systématiques (112, 113).
- Insuffisance hépatique : 0 article spécifique.
- Insuffisance rénale : 0 article spécifique.
- Épilepsie : 0 article spécifique.
- Maladies cardiaques : 2 revues non systématiques (114, 115).
- Spécificités de la prise en charge pédiatrique : 1 recommandation non spécifique de la prise en charge ambulatoire (116), 1 avis d'experts (117), 1 revue systématique non spécifique de la prise en charge ambulatoire (118), 1 revue non systématique (dont une traitant des enfants obèses) (87, 119), 4 synthèses narratives (120-123), 2 études observationnelles (124, 125).
- Spécificités de la prise en charge des sujets âgés : 1 revue non systématique (126), 5 études observationnelles (24, 75, 127-129).
- Adaptation des traitements :
 - inhibiteurs de la monoamine oxydase : 0 article spécifique,

- anticoagulants : 1 recommandation (130), 3 revues non systématiques (131-133).

► Concernant les aspects sociaux et environnementaux

- 1 revue de la littérature non systématique (134).
- 5 opinions, retours d'expérience, avis d'experts (135 - 139).
- 7 études observationnelles (140 - 146).
- 1 étude de validation d'une échelle (147).

► Concernant les modèles de décision partagée

Aucune référence traitant de la participation du patient à la décision de réaliser ou non une intervention chirurgicale en ambulatoire n'a été identifiée.

► Recherches complémentaires

- Évaluations préopératoires : 1 recommandation non spécifique de la chirurgie ambulatoire (148), 1 revue non systématique (149), 3 synthèses narratives (150-152).
- Pertinence des séjours / *Appropriateness Evaluation Protocol* : 1 guide HAS (153), 3 documents méthodologiques (154 - 156).
- Expériences des « médihôtels » : 1 revue (157) et 2 retours d'expérience australiens (158, 159), 1 note d'analyse de la DGOS (Veille et prospective DGOS du 5/07/2011) (160).
- Soins en hospitalisation à domicile :
 - Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (161),
 - Textes législatifs :
 - ▶ Article R.6121-4 du code de la santé publique,
 - ▶ Décret n° 2007-241 du 22 février 2007,
 - ▶ Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile,
 - ▶ Complément à la circulaire DH/EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile,
 - ▶ Circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile,

- ▶ Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

► Textes législatifs et déontologiques

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

7.1.3 Méthode d'analyse critique de la littérature

L'analyse de la littérature sera réalisée dans le respect des standards d'évaluation de la qualité méthodologique des publications scientifiques détaillés dans le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations publié en 2000 par l'ANAES (162).

Plus spécifiquement :

- l'analyse des documents de recommandations s'appuiera sur la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE) mise à jour en 2009 (163) ;
- l'analyse des revues systématiques de la littérature s'appuiera sur la grille PRISMA (164, 165) ;
- en l'absence de données de la littérature de plus haut niveau de preuve, les opinions et avis d'experts seront présentés.

7.1.4 Autres collaborations

Ce travail sera réalisé en collaboration avec le service juridique de la HAS.

La contribution d'un géographe de la santé sera demandée en amont de la réunion du groupe de travail afin de soutenir l'appréciation des éléments relevant de ce domaine.

7.1.5 Rédaction de l'argumentaire scientifique et de la liste de propositions à soumettre au groupe de travail

Un premier argumentaire scientifique, limité aux questions retenues dans la présente note de cadrage, comprendra une synthèse critique, concise et hiérarchisée de

la littérature retenue et la liste des références bibliographiques. Cet argumentaire servira à l'élaboration d'une proposition d'éléments d'appréciation de l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire. Les pratiques décrites et recommandées dans la littérature seront ensuite discutées lors de la réunion du groupe de travail afin de les confronter à la pratique française de terrain.

7.2 Phase de consultation du groupe de travail

7.2.1 Objectifs du groupe de travail

La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire a pour objectif de permettre le recueil de la position d'experts.

Le groupe de travail aura pour mission d'apprécier la validité d'une première version des éléments d'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire réalisée à l'issue de l'analyse de la littérature de la phase d'auditions et de faire connaître son expérience de terrain.

Au cours de la réunion du groupe de travail, ces éléments seront discutés en fonction des données et des pratiques existantes. De nouvelles données de la littérature fournies par les membres du groupe de travail pourront être discutées.

Cette discussion a pour objectif de faire émerger à partir d'une interrogation précise les différents points de vue et les différentes pratiques. Il sera proposé aux membres du groupe de travail d'énoncer des propositions personnelles. Le groupe de travail sera informé qu'à l'issue de la phase de relecture, les commentaires émis par les membres du groupe de lecture et la version finale du rapport d'évaluation lui seront envoyés à titre informatif (cf. [7.4 Phase de finalisation](#)).

7.2.2 Composition qualitative et quantitative

Les membres de ce groupe de travail devront avoir une bonne connaissance de la pratique professionnelle dans le domaine correspondant au thème de l'étude, et être capables de juger de la pertinence des études publiées

et des différentes situations cliniques évaluées. La présence d'un juriste au sein du groupe de travail a pour objectif de répondre aux interrogations juridiques des membres pouvant émaner des différentes propositions.

La composition du groupe doit assurer une représentation équilibrée :

- des principales professions de santé concernées par le thème de l'évaluation, conformément au champ défini dans la présente note de cadrage ;
- des modes d'exercice (public, universitaire ou non, libéral) ;
- des différents courants d'opinion ou écoles de pensée ;
- des origines géographiques des intervenants.

Le groupe de travail comprendra 18 professionnels et représentant de patients ou des usagers.

La composition qualitative et quantitative suivante du groupe de travail est proposée :

- 9 médecins hospitaliers ;
 - 2 anesthésistes réanimateurs,
 - 7 chirurgiens⁴ (3 du secteur privés lucratifs, 3 du secteur public, 1 du secteur privé non lucratif),
 - ▶ 1 ophtalmologue,
 - ▶ 1 chirurgien viscéral et pratiquant une activité de proctologie,
 - ▶ 1 orthopédiste,
 - ▶ 1 chirurgien gynécologue,
 - ▶ 1 chirurgien pédiatre,
 - ▶ 1 urologue,
 - ▶ 1 ORL,
- 2 personnels soignants hospitaliers ;
 - 1 IDE d'une unité de chirurgie ambulatoire,
 - 1 cadre de santé,
- 4 représentants des soins de ville ou ambulatoire ;
 - 1 médecin généraliste,
 - 1 assistante sociale,
 - 1 IDE pratiquant en ville,
 - 1 responsable d'un réseau de ville,

4. À titre indicatif, le volume d'activité et la proportion de prise en charge par spécialité chirurgicale pour certains gestes de la mise sous accord préalable sont précisés en annexe.

- 1 représentant de la société civile
- 1 juriste
- 1 géographe de la santé

L'identification de ces personnes sera réalisée en faisant appel aux organismes professionnels concernés par cette thématique (cf. [8. Partenariats](#)) et en réalisant un appel public à candidatures sur le site HAS.

7.3 Phase de lecture

7.3.1 Objectifs

Le groupe de lecture donnera un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initiale des éléments d'appréciation formulés par le groupe de travail, en particulier sur son applicabilité sur le terrain, son acceptabilité, sa lisibilité et sa cohérence.

Les membres du groupe de lecture rendront un avis consultatif, à titre individuel.

Il permettra d'élargir l'éventail des participants au travail, en y associant un plus grand nombre de représentants des spécialités médicales et chirurgicales, des professions non médicales et de la société civile.

7.3.2 Modalités de recueil et d'analyse de l'avis du groupe de lecture

Les membres du groupe de lecture recevront :

- l'argumentaire scientifique, éventuellement complété par les contributions du groupe de travail ;
- la version initiale des éléments d'appréciation issue du groupe ;
- un questionnaire qui permettra à chaque membre de rendre un avis individuel.

Ce questionnaire sera destiné à recueillir l'avis des professionnels de santé. Cet avis sera recueilli par une procédure standardisée et automatisées via une interface

web, sécurisée et accessible à partir du site internet de la HAS (outil informatique GRaAL).

Les résultats issus de l'analyse de la phase de lecture seront ensuite annexés à l'argumentaire scientifique.

7.3.3 Composition qualitative et quantitative

Le groupe de lecture comprendra entre 30 et 50 personnes, concernés par le sujet.

Afin de refléter l'ensemble des professions, médicales ou non, mettant en œuvre les interventions évaluées, ce groupe sera multidisciplinaire et pluriprofessionnel.

Afin de respecter l'indépendance des groupes, les membres du groupe de travail, les personnes éventuellement auditées et celles participant aux instances de validation, ne feront pas partie du groupe de lecture.

La composition qualitative et quantitative suivante du groupe de lecture est proposée :

► Une vingtaine de représentants du milieu hospitaliers

Il s'agira de professionnels de santé de terrain (anesthésistes, chirurgiens) pratiquant dans des établissements de santé autorisés à l'activité de chirurgie ambulatoire (UCA).

L'identification de ses établissements sera réalisée par l'intermédiaire des Agences régionales de santé afin d'élargir les profils des professionnels de santé interrogés.

► Une dizaine de représentants des soins de ville

L'identification de ses personnes sera réalisée en faisant appel aux organismes professionnels concernés par cette thématique (cf. [8. Partenariats](#)) et en réalisant un appel public à candidatures sur le site HAS.

► 5 représentants de la société civile

L'identification de ces personnes sera réalisée en faisant appel aux associations de patients et d'usagers.



7.4 Phase de finalisation

7.4.1 Rédaction de la version finale

La version finale des éléments d'appréciation de l'éligibilité du patient à la chirurgie ambulatoire sera rédigée à l'issue de l'analyse des commentaires du groupe de lecture.

Les commentaires émis par les membres du groupe de lecture et la version finale du rapport d'évaluation seront envoyés à titre informatif au groupe de travail et au groupe de lecture.

7.4.2 Validation

Le rapport d'évaluation est soumis pour validation à la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) et transmis pour information aux instances de validation intermédiaires de l'ANAP et au COPIL.

Il sera ensuite soumis pour validation au collège de la HAS et au Comité publication de l'ANAP, après avis Conseil scientifique d'orientation (CSO).

À la demande des instances de validation, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

8. PARTENARIATS

8.1 Sociétés savantes

- Association française de chirurgie ambulatoire.
- Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR).
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive.
- Fédération de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie (FSCMF).
- Société française d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale.
- Association française d'urologie.
- Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP).
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT).
- Collège français de chirurgie thoracique et cardiovasculaire.
- Société française de chirurgie pédiatrique.
- Académie d'ophtalmologie.
- Société nationale française de colo-proctologie.
- Collège de neurochirurgie.
- Collège professionnel des gériatres français.
- Collège de la médecine générale.
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI).
- Société française d'évaluation et de recherche en soins infirmiers de bloc opératoire.
- Commission des infirmiers anesthésistes de la SFAR.
- Fédération nationale des infirmiers.
- Union nationale des réseaux de santé.
- Association nationale des assistants de service social (ANAS).
- Association de patients : Collectif inter associatif sur la santé.
- Association d'usagers : UFC Que Choisir.
- Juristes : SHAM et MACSF/Le sou médical.

8.2 Partenaires institutionnels impliqués

Ce travail s'inscrit dans le cadre du partenariat institutionnel entre l'ANAP et la HAS, les agences régionales de santé, les établissements hospitaliers publics ou privés.

8.3 Professionnels de santé concernés

Les professionnels concernés sont les personnels hospitaliers des services de chirurgie et de chirurgie ambulatoire des établissements hospitaliers, les médecins généralistes, les gestionnaires d'établissements de santé, les institutions et le grand public.

9. PLANNING PRÉVISIONNEL

Septembre 2012 : Validation par la CEESP et le Collège de la HAS de la note de cadrage ;

Novembre-décembre 2012 : Constitution du groupe de travail et de lecture, analyse des DPI, validation par le bureau de la CEESP ;

Janvier 2013 : Première réunion du groupe de travail ;

Février 2013-mars 2013 : Interrogation du groupe de lecture ;

Avril 2013 : Analyse des remarques du groupe de lecture ;

Mai 2013 : Rédaction finale ;

Juillet 2013 : Processus de validation interne ;

Juillet-août 2013 : Diffusion et communication.

Ce calendrier est indicatif. Tout retard dans une des phases peut générer un décalage dans le calendrier prévisionnel

10. STRATÉGIE DE DIFFUSION ET DE COMMUNICATION

10.1 Types de documents à diffuser

- Rapport final (texte long).
- Rapport final (texte court).
- Brief INAHTA.

10.2 Destinataires

Chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers, gestionnaires d'établissements de santé, institutions, grand public.

10.3 Communication

- Diffusion électronique.
- Communiqué de presse.

11. VALIDATION

11.1 Commission évaluation économique et santé publique (CEESP)

Messieurs Gérard BECHER, Richard DOUARD, et Philippe MOSSE ont été désignés rapporteurs de cette note de cadrage pour la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) de la HAS.

Elle a été validée par la CEESP le 18 septembre 2012.

11.2 Collège

Le membre rapporteur pour cette évaluation est Madame le Pr. Lise ROCHAIX et les membres contre-rapporteurs sont Monsieur le Pr. Jean-Michel DUBERNARD et Monsieur Jean-Paul GUÉRIN.

Le Collège de la HAS a validé cette note de cadrage le 25 octobre 2012.

ABRÉVIATIONS

ADARPEF	Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
cf.	confer
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCE	Conseil national de chirurgie de l'enfant
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
IAAS	International Association of Ambulatory Surgery
PSMI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

► Aspects médicaux, chirurgicaux et socio-environnementaux relatifs à l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (National Library of Medicine, États-Unis) ;
- The Cochrane Library (Wiley Interscience, États-Unis) ;

- BDSP Banque de Données en Santé Publique ;
- National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis) ;
- HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Sélection des patients		01/1990 - 05/2012	
Étape 1	"Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh] OR "Surgicenters"[Mesh] OR (Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery)[title]		
ET			
Étape 2	"Patient Selection"[Mesh]) OR "Eligibility Determination"[Mesh] Or patient selection Or patient eligibility OR screening Or suitable Or patient characteristics OR [(test* or assessment or evaluation) AND (pre admission Or preoperative)] [title]		246
Aspects environnementaux		01/1990 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 3	"Aftercare"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Planning"[Mesh:NoExp] OR "Social environment"[Mesh:NoExp] OR "Population Characteristics"[Mesh:NoExp] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh:NoExp] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh:NoExp] OR "Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR "Family Practice"[Mesh:NoExp] OR "General Practitioners"[Mesh:NoExp] OR "Physicians, Family"[Mesh:NoExp] OR "Home Care Services"[Mesh:NoExp] OR "Home Health Aides"[Mesh:NoExp] OR "Home Nursing"[Mesh:NoExp] OR "Healthcare Disparities"[Mesh:NoExp] OR "Telemedicine"[Mesh:NoExp] OR "Social Support"[Mesh:NoExp] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR (recovery hotel OR "hospital hotel*" OR "patient hotel*" OR hotel* OR housing* OR boarding* OR accommodation* OR lodging Or "discharg location*" OR "transit location*" OR medihotel* OR medi motel* OR hospital home distance OR limited care accomodation facilities) [title, résumé]		243

Aspects psychosociaux		01/1990 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 4	"Patient Participation"[Mesh] OR "Patient Preference"[Mesh] Or "Choice Behavior"[Mesh] OR "Patient Education Handout" [Publication Type] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Health Literacy"[Mesh] OR "Patient Rights"[Mesh] OR "Parents"[Mesh] Or "Family"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Comprehension"[Mesh] "Anxiety"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Telephone"[Mesh] OR (choice Or preference OR educat* or information or call) [titre]		233
Pertinence des durées de séjours ou des hospitalisations en chirurgie		01/1990 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 5	"Utilization Review"[Mesh:NoExp] OR "Health Services Misuse"[Mesh] or appropriate or inappropriate Or overuse Or misuse Or underuse [titre] AND ("Length of Stay"[Mesh] OR "Hospitalization"[Majr:NoExp] OR hospital stay Or lenght stay [titre]AND ("Surgical Procedures, Operative"[Mesh] Or surgery or surgical [titre, résumé])		85
Apnée du sommeil		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 6	"Sleep Apnea Syndromes"[Mesh] Or sleep apnea [titre]		41
Maladies rénales		01/1990 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 7	"Kidney Diseases"[Mesh] Or renal Or kidney [titre]		38
Obésité		01/1990 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 8	"Obesity"[Mesh] Or obes* [titre]		63

Infections des voies respiratoires		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 9	"Respiratory Tract Infections"[Mesh] OR upper Respiratory Infection [title]		40
Hyperthermie		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 10	"Fever"[Mesh] Or Fever Or hyperthermia [title]		11
Hypertension		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 11	"Hypertension"[Mesh] Or hypertens* [title]		8
Maladies cardiaques		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 12	"Heart Diseases"[Mesh] OR cardiac OR heart [title]		102
Maladies hépatiques		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 13	"Liver Diseases"[Mesh] Or hepatit* Or liver [title]		8
Épilepsie		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 14	"Epilepsy"[Mesh] Or epilepsy* [title]		8
Diabète		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 15	"Diabetes Mellitus"[Mesh] Or diabet* [title]		26

Asthme et BPCO		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 16	"Asthma"[Mesh] Or "Pulmonary Disease, Chronic Ob-structive"[Mesh] Or COPD Or asthma* [title]		4
Critères ASA		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 17	"Anesthesiology/classification"[Mesh] OR ASA Physical Status Classification OR ASA grade [title/abstract]		29
Anticoagulants		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 18	"Anticoagulants"[Mesh] Or Anticoagulant* [title]		41
Monoamine		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 19	"Monoamine Oxidase Inhibitors"[Mesh]		1
Consommation d'alcool		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 20	"Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR Alcohol [title]		12
Appropriateness Evaluation Protocol		01/2000 - 05/2012	
Étape 1			
ET			
Étape 21	Appropriateness Evaluation Protocol [full text]		189

Sommaires des revues

En complément les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés tout au long du projet :

- *Annals of Internal Medicine* ;
- *Archives of Internal Medicine* ;
- *British Medical Journal* ;
- *Canadian Medical Association Journal* ;
- *JAMA* ;
- *Lancet* ;
- *New England Journal of Medicine* ;

- *Presse Médicale* ;
- *Surgery* ;
- *Journal of Ambulatory surgery*.

Bibliographie des articles

La bibliographie des articles étudiés a été exploitée.

Sites internet

Les sites internet internationaux des sociétés de chirurgie ambulatoire, des sociétés savantes de chirurgie générale ou spécialisée, et des autorités administratives ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement.

Organismes	URL
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña	www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/es/Du8/index.html
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia	www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538
Agency for Healthcare Research and Quality	www.ahrq.gov
Agency for Healthcare Research and Quality / National Quality Measures Clearinghouse	qualitymeasures.ahrq.gov
Agency for Healthcare Research and Quality / Patient Safety Network	psnet.ahrq.gov
Alberta Heritage Foundation for Medical Research	www.rso.ualberta.ca/ahfmr.cfm
Ambulatory Surgery Center Association	www.ascassociation.org/Home
American Academy of Ophthalmology	www.aaoo.org
American College of Physicians	www.acponline.org
American College of Surgeons	www.facs.org
American Association for Accreditation of Ambulatory Surgery Facilities	www.aaaasf.org
American Medical Association	www.ama-assn.org
American Society of Anesthesiologists	www.asahq.org
Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)	web.asecma.org
Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland	www.fascrs.org/physicians
Association Française de Chirurgie Ambulatoire	www.chirurgie-ambulatoire.org
Association Française de Pédiatrie ambulatoire	www.afpa.org
Association Des Anesthésistes-Réanimateurs d'Expression Française	www.adarpef.org
Association belge pour la chirurgie ambulatoire	www.baas.be/mn_francais.htm

Organismes	URL
Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland	www.apagbi.org.uk
Australian Day Hospital Association	www.adha.asn.au
Australian Day Surgery Nurses Association	www.adsna.info
Australian Government - Department of Health and Ageing	www.health.gov.au
Blue Cross Blue Shield Association - Technology Evaluation Center	www.bcbs.com
Bibliothèque médicale Lemanissier	www.bmlweb.org
British Association of Day Surgery	daysurgeryuk.net/bads/joomla
British Association of Pediatric surgeons	www.baps.org.uk
British Society of Gastroenterology	www.bsg.org.uk
Canadian Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities	caaasf.org
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	cadth.ca
Centers for Disease Control and Prevention	www.cdc.gov
California Technology Assessment Forum	www.ctaf.org
Canadian Anesthesiologists' Society	www.cas.ca
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	kce.fgov.be/fr
CISMeF	www.chu-rouen.fr/cismef
CMAInfobase	www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm
Collège des Médecins du Québec	www.cmq.org
College of Physicians and Surgeons of Ontario	www.cpso.on.ca
Cochrane Library Database	www.cochrane.org
Collège Français des Anesthésistes et Réanimateurs	www.cfar.org
Centre for Review and Dissemination databases	www.york.ac.uk/inst/crd
Danish Association of Day Surgery	www.dsdk.dk
DaySafe	www.daysafe.eu
Department of Health (UK)	www.dh.gov.uk/en/index.htm
Dutch Association of Day Care & Short Stay	www.nvdk.nl
ECRI Institute	www.ecri.org
Evaluation des Technologies de Santé pour l'Aide à la Décision)	www.etsad.fr/etsad/index.php
European Society of Anaesthesiology	www.euroanesthesia.org
European Society of Gastrointestinal Endoscopy	www.esge.com
Euroscan	euroscan.org.uk

Organismes	URL
Fédération Hospitalière de France	www.fhf.fr
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne	www.fehap.fr
German Association for Ambulatory Surgery	www.operieren.de
GIN (Guidelines International Network)	www.g-i-n.net
Haute Autorité de Santé	www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
Health and Safety Commission	www.hse.gov.uk
Italian Society of Ambulatory Surgery and Day Surgery	www.sicads.com
King's Fund	www.kingsfund.org.uk
Horizon Scanning	www.horizonscanning.gov.au
Institute for Clinical Systems Improvement	www.icsi.org
International Association for Ambulatory Surgery	www.iaas-med.com
Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux	www.inesss.qc.ca
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
Iowa Healthcare collaborative	www.ihconline.org
Journées d'Enseignement Post Universitaire d'Anesthésie Réanimation	www.jepu.net
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports	www.sante.gouv.fr
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales	www.msps.es/en/home.htm
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	www.hta.ac.uk
National Horizon Scanning Centre	www.nhsc-healthhorizons.org.uk
National Health and Medical Research Council	www.nhmrc.gov.au
National Institute for Health and Clinical Excellence	www.nice.org.uk
National Institutes of Health	consensus.nih.gov
New Zealand Guidelines Group	www.nzgg.org.nz
Norwegian Day Surgery Association (NORDAF)	www.nordaf.no
Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias OSTEBA	www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkoste02/es/contenidosinformacion/osteba_presentacion/es_osteba/osteba_presentacion.html
Ontario Health Technology Advisory Committee	www.hqontario.ca/en/mas/ohtac_home.html
Patient Safety Institute	www.patientsafetyinstitute.ca/french/Pages/default.aspx
Portuguese Association of Ambulatory Surgery (APCA)	www.apca.com.pt
RAND Corporation	www.rand.org/topics/health-and-health-care.html

Organismes	URL
Royal Australasian College of Surgeons	www.surgeons.org
Royal College of Anaesthetists	www.rcoa.ac.uk
Royal College of Ophthalmologists	www.rcophth.ac.uk
Royal College of Nursing	www.rcn.org.uk
Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	www.sign.ac.uk
Singapore Ministry of Health	www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
Société Française de Pédiatrie	www.sfpediatric.com
Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	www.sofcot.fr
Société Française Ophtalmologie	www.sfo.asso.fr
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation	www.sfar.org/accueil
Société française d'endoscopie digestive	www.sfed.org
Société Nationale Française de Gastroentérologie	www.snfge.asso.fr
Society for Ambulatory Anesthesia	www.sambahq.org
Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons	www.sages.org
Society for Pediatric Anesthesia	www.pedsanesthesia.org
Tripdatabase	www.tripdatabase.com
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	www.wmhtac.bham.ac.uk
World Federation of Societies of Anaesthesiologists	www.anaesthesiologists.org
World Health Organization	www.who.int/en
Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons	www.sages.org
Society for Pediatric Anesthesia	www.pedsanesthesia.org
Tripdatabase	www.tripdatabase.com
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	www.wmhtac.bham.ac.uk
World Federation of Societies of Anaesthesiologists	www.anaesthesiologists.org
World Health Organization	www.who.int/en

Littérature grise

Une recherche spécifique de littérature grise sur les «Medihotel » a été effectuée en utilisant les expressions suivantes (recovery hotel OR "hospital hotel*" OR "patient hotel*" OR medihotel* OR medi motel* OR limited care accomodation facilities).

► Modèles de décision partagée

Une recherche bibliographique complémentaire sur les modèles de décision partagée à été réalisée afin d'identifier les références les plus pertinentes relatives à ce sujet et rechercher si de tels modèles avaient été réalisés pour faire participer le patient à la décision de réaliser ou non une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis).
- *The Cochrane Library* (Wiley Interscience, États-Unis).
- *Academic Search premier*.
- ECONLIT.
- CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).
- SOCIAL SCI SEARCH.
- PASCAL.
- Science direct.

Stratégie de recherche documentaire

Base de données	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Medline	"Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh] OR "Surgicenters"[Mesh] OR Ambulatory Surgery OR Outpatient Surgery OR Outpatient Surgeries OR Ambulatory Surgeries OR Day Surgeries OR Day Surgery OR Surgicenters OR day case surgery Or same day surgery Field: Title AND "Decision Making"[Mesh] OR "Decision Making, Computer-Assisted"[Mesh] OR "Decision Making, Organizational"[Mesh] OR Decision Making OR shared decision Field: Title	Toutes langues, sans limite de date	151
Academic Search premier	"Shared decision-making" AND "Medical care"	Toutes langues, sans limite de date	97
	"Shared decision-making" AND "Surgical procedures"	Toutes langues, sans limite de date	11
	"Shared decision-making" AND "Day surgery" OR "ambulatory surgery"	Toutes langues, sans limite de date	2
ECONLIT	"Shared decision-making" AND "Medical care"	Toutes langues, sans limite de date	1
CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	"Shared decision-making"	2000-2012	175
SOCIAL SCI SEARCH	"Shared decision-making"		392
PASCAL	"Décision médicale partagée"	2000-2012	14
Science direct	"Décision médicale partagée"	2000-2012	4

.....

Bibliographie des articles et des travaux antérieurs de la HAS, références identifiées par la CEESP

La bibliographie des articles sélectionnés a été exploitée.

En complément, les études scientifiques identifiées dans les travaux HAS antérieurs portant sur la décision

partagée, ainsi que la bibliographie de ces études, ont été exploitées.

Sept références ont été identifiées par les membres de la CEESP.

Sites internet

Organismes	URL
Picker Institute	www.pickereurope.org/projects-shared-decision-making.html
Patient Decision Aids Research Group	decisionaid.ohri.ca
King'sfund	www.kingsfund.org.uk/
Cochrane Library	www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html
Health Foundation	www.health.org.uk
Med-Decs	www.thedecisionaidcollection.nl

Références retenues

Aucune des références obtenues ne traitait de la participation du patient à la décision de réaliser ou non une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Certaines références traitant des modèles de décision partagée ont été retenues afin de réaliser une synthèse sur leur nature, méthode, évaluation et impact.

RÉFÉRENCES

1. Haute Autorité de Santé, Agence nationale d'appui à la performance. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socle de connaissances. Saint-Denis La Plaine; Paris : HAS ; ANAP ; 2012.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf
2. Conférence de consensus. La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence. Rev Hosp France 1995;2:156-71.
3. International Association for Ambulatory Surgery. Day surgery. Development and practice. London: IAAS; 2006.
4. Société française d'anesthésie et de réanimation. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris : SFAR ; 2009.
www.sfar.org/docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf
5. Australian Day Surgery Council. Day surgery in Australia. Report and recommendations of the Australian Day Surgery Council. Melbourne: ADSC; 2004.
www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/Day%20Surgery%20in%20Australia.pdf
6. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia 2011;66(5):417-34.
7. Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Day Surgery. London: RCOA; 2009.
8. International Association for Ambulatory Surgery. Policy brief day surgery: making it happen. London: IAAS; 2007.
9. Wales Audit Office. Making better use of NHS day surgery in Wales. Cardiff: Auditor General for Wales; 2006.
www.wao.gov.uk/assets/englishdocuments/WAO_Day_Surgery_Eng_web.pdf
10. UK Department of Health. Day surgery: operational guide. London: DH; 2002.
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487?IdcService=GET_FILE&dID=17206&Rendition=Web
11. National Health Services Scotland. The Planned Care Improvement Programme. Day Surgery in Scotland. Edinburgh: NHS Scotland; 2006.
www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/154924/0041643.pdf
12. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Paris: Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports; 2009.
www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf
13. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. London: IAAS; 2003.
14. De Lathouwer C, Pouiller JP. Ambulatory surgery in 1994-1995: the state of the art in 29 OECD countries. Ambul Surg 1998;6:43-55.
15. Icenhour ML. Quality interpersonal care. A study of ambulatory surgery patients' perspectives. AORN J 1988;47(6):1414-9.
16. Philip BK. Patients' assessment of ambulatory anesthesia and surgery. J Clin Anesth 1992;4(5):355-8.
17. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. Br J Surg 1994;81(11):1635-8.
18. Hawkshaw D. A day surgery patient telephone follow-up survey. Br J Nurs 1994;3(7):348-50.
19. Rudkin GE, Bacon AK, Burrow B, Chapman MH, Claxton M, Donovan B, et al. Review of efficiencies and patient satisfaction in Australian and New Zealand day surgery units: a pilot study. Anaesth Intensive Care 1996;24(1):74-8.
20. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. Anesthesiology 1997;87(4):856-64.
21. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. Can J Anaesth 1998;45(4):304-11.
22. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. Qual Health Care 1999;8(2):86-91.

23. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Paris: CNAMTS; 2003.
www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conditions_de_developpement_de_la_chirurgie_ambulatoire.pdf
24. Aldwinckle RJ, Montgomery JE. Unplanned admission rates and postdischarge complications in patients over the age of 70 following day case surgery. *Anaesthesia* 2004;59(1):57-9.
25. Canouï-Poitaine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008;39(4):323-30.
26. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth* 2009;21(3):200-5.
27. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA* 1993;270(12):1437-41.
28. Engbaek J, Bartholdy J, Hjortso NC. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(8):911-9.
29. Vila H, Soto R, Cantor AB, Mackey D. Comparative outcomes analysis of procedures performed in physician offices and ambulatory surgery centers. *Arch Surg* 2003;138(9):991-5.
30. Majholm B, Engbaek J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand* 2012;56(3):323-31.
31. Natof HE. Complications associated with ambulatory surgery. *JAMA* 1980;244(10):1116-8.
32. Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1993;21(6):822-7.
33. Shnaider I, Chung F. Outcomes in day surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19(6):622-9.
34. UK Commission for Healthcare Audit and Inspection. Acute hospital portfolio review. Day surgery. London: CQC; 2005.
archive.cqc.org.uk/db/documents/04018390.pdf
35. South Australia Health Commission. Guide-lines for the conduct of day surgery in South Australia. Adelaide: SAHC; 1994.
www.publications.health.sa.gov.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=med
36. Royal College of Nursing. Day Surgery Information. Selection criteria and suitable procedures. London: RCN; 2004.
http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0004/78511/001436.pdf
37. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Day surgery. London: AAGBI; 2005.
38. American Society of Anesthesiologists. Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery 2008.
www.asahq.org/~media/For%20Members/documents/Standards%20Guidelines%20Stmnts/Ambulatory%20Anesthesia%20and%20Surgery.ashx
39. Société française de chirurgie digestive, Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation. Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte. *J Chir* 2010;147 (Supplément 4).
40. Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française, Conseil national de la chirurgie de l'enfant. Chirurgie ambulatoire de l'enfant (de moins de 18 ans). Recommandations. ADARPEF ; CNCE; 2008.
www.adarpef.ouvaton.org/congresadarpef2009/CNEA-DARPEF.pdf
41. Spain Ministry of Health and Consumer Affairs. Day Surgery Unit Guide. Standards and Recommendations. Madrid; 2008.
www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA_eng.pdf
42. Royal College of Anaesthetists. Section 5: Day surgery services. London: RCOA; 2006.

43. Association of periOperative Registered Nurses. AORN Guidance Statement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. AORN J 2005;81(4):871-8.
44. Hong Kong College of Anaesthesiologists. Guidelines on anaesthesia for day surgery 2002. http://www.hkca.edu.hk/ANS/standard_publications/guidep05.pdf
45. National Health Services. National good practice guidance on pre-operative assessment for day surgery 2002.
46. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Recommendations for the Perioperative care of patients selected for day care surgery. Melbourne: ANZCA; 2010. <http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/documents/professional-standards/professional-standards-15.html>
47. British Association of Day Surgery. Ten dilemmas in day surgery. London: BADS ; 2006.
48. British Association of Day Surgery. Ten more dilemmas in day surgery. London: BADS ;
49. British Association of Day Surgery. Ten dilemmas in pre-operative assessment for day surgery. London: BADS ; 2009.
50. American Society of Anesthesiologists. Guidelines for office-based anesthesia Committee of Origin: Ambulatory Surgical Care. Park Ridge: ASA; 2009.
51. Iverson RE, Lynch DJ, ASPS Task Force on Patient Safety in Office-Based Surgery Facilities. Patient safety in office-based surgery facilities: II. Patient selection. *Plast Reconstr Surg* 2002;110(7):1785-90.
52. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, Caisse nationale de l'assurance maladie des professions indépendantes. Condition du développement de la chirurgie ambulatoire. Freins et Leviers. Enquête d'opinion de professionnels dans les établissements de santé en 2001. Paris : CNAMTS ; 2003. [www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/\\$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/aqu/doc.nsf/VDoc/C3C6B7A5AA2B85A1C1257289002B3A3E/$FILE/PNIR_chirurgie_ambulatoire_freins_et_leviers.pdf)
53. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Principes généraux. Recommandations. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
54. Légaré F. Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Le pouvoir médical* 2009;50(2):283-99.
55. Scales BA. Screening high-risk patients for the ambulatory setting. *J Perianesth Nurs* 2003;18(5):307-16.
56. Bryson GL, Chung F, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, Henderson C, et al. Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review: part II. *Can J Anaesth* 2004;51(8):782-94.
57. Canadian Ambulatory Anesthesia Research and Education, Bryson GL, Chung F, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, et al. Patient selection in ambulatory anesthesia. An evidence-based review: part I. *Can J Anaesth* 2004;51(8):768-81.
58. Lermite J, Chung F. Patient selection in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005;18(6):598-602.
59. Haeck PC, Swanson JA, Iverson RE, Schechter LS, Singer R, Basu CB, et al. Evidence-based patient safety advisory: patient selection and procedures in ambulatory surgery. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(4 Suppl):6S-27S.
60. Qadir N, Smith I. Day surgery: how far can we go and are there still any limits? *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20(6):503-7.
61. Buckley H, Palmer J. Overview of anaesthesia and patient selection for day surgery. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2010;11(4):147-52.
62. Massa H, Hubert S, Carles M, Raucoules-Aimé M. Anesthésie du patient ambulatoire. *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation* 2010;36-635-A-10.
63. Prabhu A, Chung F. Anaesthetic strategies towards developments in day care surgery. *Eur J Anaesthesiol Suppl* 2001;23:36-42.
64. Stierer T, Fleisher LA. Challenging patients in an ambulatory setting. *Anesthesiol Clin North America* 2003;21(2):243-61, viii.

65. Fishkin S, Litman RS. Current issues in pediatric ambulatory anesthesia. *Anesthesiol Clin North America* 2003;21(2):305-11, ix.
66. Pasternak LR. Risk assessment in ambulatory surgery: challenges and new trends. *Can J Anaesth* 2004;51(6):R1-5.
67. Bettelli G. High risk patients in day surgery. *Minerva Anesthesiol* 2009;75(5):259-68.
68. Smith I. Day surgery for all: Updated selection criteria. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2007;18(4):181-7.
69. Gurunluoglu R, Swanson JA, Haeck PC, ASPS Patient Safety Committee. Evidence-based patient safety advisory: malignant hyperthermia. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(4 Suppl):68S-81S.
70. Haeck PC, Swanson JA, Iverson RE, Lynch DJ, ASPS Patient Safety Committee. Evidence-based patient safety advisory: patient assessment and prevention of pulmonary side effects in surgery. Part 2. Patient and procedural risk factors. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(4 Suppl):57S-67S.
71. Moos DD, Prasch M, Cantral DE, Huls B, Cuddeford JD. Are patients with obstructive sleep apnea syndrome appropriate candidates for the ambulatory surgical center? *AANA J* 2005;73(3):197-205.
72. Friedman Z, Chung F, Wong DT, Canadian Anesthesiologists' Society. Ambulatory surgery adult patient selection criteria - a survey of Canadian anesthesiologists. *Can J Anaesth* 2004;51(5):437-43.
73. David G, Neuman MD. Physician division of labor and patient selection for outpatient procedures. *J Health Econ* 2011;30(2):381-91.
74. Davies KE, Houghton K, Montgomery JE. Obesity and day-case surgery. *Anaesthesia* 2001;56(11):1112-5.
75. McCallum J, Nakamura T, Bye R, Jackson D. Day surgery for older people (70+): selection versus outcome effects. *Ambul Surg* 2000;8(3):143-9.
76. Ansell GL, Montgomery JE. Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery. *Br J Anaesth* 2004;92(1):71-4.
77. Joshi GP, Chung F, Vann MA, Ahmad S, Gan TJ, Goulson DT, et al. Society for Ambulatory Anesthesia consensus statement on perioperative blood glucose management in diabetic patients undergoing ambulatory surgery. *Anesth Analg* 2010;111(6):1378-87.
78. British Association of Day Surgery. Managing patients with diabetes for day and short stay surgery. London: BADS ; 2011.
79. Candiotti K, Sharma S, Shankar R. Obesity, obstructive sleep apnoea, and diabetes mellitus: anaesthetic implications. *Br J Anaesth* 2009;103 Suppl 1:i23-i30.
80. Vann MA. Perioperative management of ambulatory surgical patients with diabetes mellitus. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(6):718-24.
81. Marks JB. Perioperative management of diabetes. *Am Fam Physician* 2003;67(1):93-100.
82. DiNardo M, Donihi AC, Forte P, Gieraltowski L, Korytkowski M. Standardized glycemic management and perioperative glycemic outcomes in patients with diabetes mellitus who undergo same-day surgery. *Endocr Pract* 2011;17(3):404-11.
83. Ingrande J, Brodsky JB, Lemmens HJ. Regional anesthesia and obesity. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(5):683-6.
84. Servin F. Ambulatory anesthesia for the obese patient. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19(6):597-9.
85. Atkins M, White J, Ahmed K. Day surgery and body mass index: results of a national survey. *Anaesthesia* 2002;57(2):180-2.
86. Ryan D, Ghosh S, Collier A. Day case surgery and obesity. *Br J Anaesth* 2007;99(3):449.
87. Olutoye OA, Watcha MF, Andropoulos DB. Pediatric obesity: observed impact in the ambulatory surgery setting. *J Natl Med Assoc* 2011;103(1):27-30.
88. Nielsen KC, Guller U, Steele SM, Klein SM, Greengrass RA, Pietrobon R. Influence of obesity on surgical regional anesthesia in the ambulatory setting: an analysis of 9,038 blocks. *Anesthesiology* 2005;102(1):181-7.
89. Chung F, Mezei G, Tong D. Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. *Br J Anaesth* 1999;83(2):262-70.

90. Hofer RE, Kai T, Decker PA, Warner DO. Obesity as a risk factor for unanticipated admissions after ambulatory surgery. *Mayo Clin Proc* 2008;83(8):908-16.
91. Mathias JM. Is there a patient weight limit for ASCs? *OR Manager* 2004;20(5):26-7.
92. Obesity surgery in an ASC with extended stay 4551. *OR Manager* 2002;18(8):26-7.
93. Gomaa S. Yes, for updating the guidelines for day case surgery; and please stick to it. *Anaesthesia* 2002;57(6):624.
94. Ni KM, Watts JC. Obesity and day-case surgery in an isolated unit. *Anaesthesia* 2002;57(3):290-1.
95. Huang J. Is obesity a cause of surgical cancellation in outpatient surgery center? *J Clin Anesth* 2009;21(8):618.
96. Gross JB, Bachenberg KL, Benumof JL, Caplan RA, Connis RT, Cote CJ, et al. Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of patients with obstructive sleep apnea. *Anesthesiology* 2006;104(5):1081-93.
97. Moos DD, Cuddeford JD. Implications of obstructive sleep apnea syndrome for the perianesthesia nurse. *J Perianesth Nurs* 2006;21(2):103-15.
98. Seet E, Chung F. Obstructive sleep apnea: preoperative assessment. *Anesthesiol Clin* 2010;28(2):199-215.
99. Haeck PC, Swanson JA, Iverson RE, Lynch DJ, ASPS Patient Safety Committee. Evidence-based patient safety advisory: patient assessment and prevention of pulmonary side effects in surgery. Part 1. Obstructive sleep apnea and obstructive lung disease. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(4 Suppl):45S-56S.
100. Chung SA, Yuan H, Chung F. A systemic review of obstructive sleep apnea and its implications for anesthesiologists. *Anesth Analg* 2008;107(5):1543-63.
101. Stephan PJ, Mercier D, Coleman J, Rohrich RJ. Obstructive sleep apnea: implications for the plastic surgeon and ambulatory surgery centers. *Plast Reconstr Surg* 2009;124(2):652-5.
102. Ankichetty S, Chung F. Considerations for patients with obstructive sleep apnea undergoing ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):605-11.
103. Adesanya AO, Lee W, Greilich NB, Joshi GP. Perioperative management of obstructive sleep apnea. *Chest* 2010;138(6):1489-98.
104. Mull Y, Bedder M. Obstructive sleep apnea syndrome in ambulatory surgical patients. *AORN J* 2002;76(3):458-64.
105. Sabers C, Plevak DJ, Schroeder DR, Warner DO. The diagnosis of obstructive sleep apnea as a risk factor for unanticipated admissions in outpatient surgery. *Anesth Analg* 2003;96(5):1328-35, table.
106. Stierer TL, Wright C, George A, Thompson RE, Wu CL, Collop N. Risk assessment of obstructive sleep apnea in a population of patients undergoing ambulatory surgery. *J Clin Sleep Med* 2010;6(5):467-72.
107. Gay PC. The value of assessing risk of obstructive sleep apnea in surgical patients: it only takes one. *J Clin Sleep Med* 2010;6(5):473-4.
108. Chung F. It may be unsafe for patients with untreated severe OSA requiring postoperative narcotic to undergo ambulatory surgery. *J Clin Sleep Med* 2011;7(1):111-3.
109. Myles PS, Iacono GA, Hunt JO, Fletcher H, Morris J, McLroy D, et al. Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers. *Anesthesiology* 2002;97(4):842-7.
110. Brandom BW. Ambulatory surgery and malignant hyperthermia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(6):744-7.
111. Pollock N, Langton E, McDonnell N, Tiemessen J, Stowell K. Malignant hyperthermia and day stay surgery. *Anaesth Intensive Care* 2006;34(1):40-5.
112. Holm SW, Cunningham LL, Jr., Bensadoun E, Madsen MJ. Hypertension: classification, pathophysiology, and management during outpatient sedation and local anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(1):111-21.
113. Smith I, Jackson I. Beta-blockers, calcium channel blockers, angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers: should they be stopped or not before ambulatory anaesthesia? *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23(6):687-90.

114. Fleisher LA. Should my outpatient center have a beta-blocker protocol? *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20(6):526-30.
115. Clayman MA, Seagle BM. Office surgery safety: the myths and truths behind the Florida moratoria--six years of Florida data. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(3):777-87.
116. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Soreide E, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28(8):556-69.
117. British Association of Day Surgery. Issues in paediatric day surgery. London: BADS ;
118. Brady M, Kinn S, Ness V, O'Rourke K, Randhawa N, Stuart P. Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD005285.
119. Bastable A, Rushforth H. Parents' management of their child's postoperative pain. *Paediatr Nurs* 2005;17(10):14-7.
120. Amin A, Oragui E, Khan W, Puri A. Psychosocial considerations of perioperative care in children, with a focus on effective management strategies. *J Perioper Pract* 2010;20(6):198-202.
121. Meursing AE. Anaesthesia for day care surgery, patient selection, evaluation, preoperative preparation and selection of drugs. *Acta Anaesthesiol Belg* 1999;50(1):29-34.
122. Grosjean V, Veyckemans F, Seghaye MC, Hallet C, Jastrowicz J, Brichant JF. Anesthésie pédiatrique et hôpital de jour: les grands problèmes des petits enfants. *Rev Med Liege* 2011;66(3):135-9.
123. Emhardt JD, Saysana C, Sirichotvithyakorn P. Anesthetic considerations for pediatric outpatient surgery. *Semin Pediatr Surg* 2004;13(3):210-21.
124. Abu-Shahwan I. Ambulatory anesthesia and the lack of consensus among Canadian pediatric anesthesiologists: a survey. *Paediatr Anaesth* 2007;17(3):223-9.
125. Nivoche Y, Lucas MM, Souhayl D, Leculée R, Wodey E, Courrèges P. Les anesthésistes face à l'enfant ambulatoire: résultats d'une enquête de l'association des anesthésistes réanimateurs pédiatres d'expression française (ADARPEF). *Arch Pediatr* 2010;17(6):842-3.
126. Bettelli G. Anaesthesia for the elderly outpatient: preoperative assessment and evaluation, anaesthetic technique and postoperative pain management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23(6):726-31.
127. Canet J, Raeder J, Rasmussen LS, Enlund M, Kuipers HM, Hanning CD, et al. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47(10):1204-10.
128. Chung F, Mezei G, Tong D. Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. *Can J Anaesth* 1999;46(4):309-21.
129. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, Anderson GF. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. *Arch Surg* 2004;139(1):67-72.
130. Kirtane AJ, Rahman AM, Martinezclark P, Jeremias A, Seto TB, Manning WJ. Adherence to American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for the management of anticoagulation in patients with mechanical valves undergoing elective outpatient procedures. *Am J Cardiol* 2006;97(6):891-3.
131. Watts SA, Gibbs NM. Outpatient management of the chronically anticoagulated patient for elective surgery. *Anaesth Intensive Care* 2003;31(2):145-54.
132. Beirne OR. Evidence to continue oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(4):540-5.
133. Todd DW. Evidence to support an individualized approach to modification of oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63(4):536-9.
134. Gilmartin J, Wright K. The nurse's role in day surgery: a literature review. *Int Nurs Rev* 2007;54(2):183-90.
135. Frisch S. Hotel management. *Minn Med* 2011;94(9):6-8.
136. Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nurs Stand* 2010;24(44):40-6.

137. Provoost S. Social and economical implications of short stay procedures in a general practitioners perspective. *Acta Anaesthesiol Belg* 2004;55 Suppl:81-3.
138. Mathias JM. Outpatients need nursing's support. *OR Manager* 2001;17(2):30.
139. Kurtz M. Le médecin traitant doit être impliqué dans les suites de la chirurgie ambulatoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 1992;11(1):116.
140. Pajot O, Mazit C, Jallet G, Ebran JM, Cochereau I. Phacoemulsification : intérêt de la visite du lendemain ? *J Fr Ophtalmol* 2010;33(3):169-73.
141. Usang UE, Sowande OA, Ademuyiwa AO, Bakare TI, Adejuyigbe O. Day case surgery in Nigerian children: influence of social circumstances of patients. *Ann Afr Med* 2009;8(1):42-5.
142. Renholm M, Suominen T, Turtiainen AM, Leino-Kilpi H. Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: the patients' perceptions. *Medsurg Nurs* 2009;18(3):169-73.
143. Dewar A, Scott J, Muir J. Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *J Perianesth Nurs* 2004;19(4):234-41.
144. 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(5):1258-62.
145. Barrow S, Fisher AD, Seex DM, Abdul MS. General practitioner attitudes to day surgery. *J Public Health Med* 1994;16(3):318-20.
146. Kessels-Buickhuisen M, Wesseling M, Vissers J, Sjer M. Day surgery. Home comforts. *Health Serv J* 1994;104(5392):24-7.
147. Kleinbeck SV. Self-reported at-home postoperative recovery. *Res Nurs Health* 2000;23(6):461-72.
148. European Society of Anaesthesiology, De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, et al. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28(10):684-722.
149. Sweitzer BJ. Preoperative screening, evaluation, and optimization of the patient's medical status before outpatient surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2008;21(6):711-8.
150. Plauntz LM. Preoperative assessment of the surgical patient. *Nurs Clin North Am* 2007;42(3):361-77, v.
151. Gupta A. Preoperative screening and risk assessment in the ambulatory surgery patient. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(6):705-11.
152. Cammu G, Smith I. Day surgery, including the preoperative assessment of the patient: a UK experience by a Belgian anaesthetist. *Acta Anaesthesiol Belg* 2000;51(3):173-85.
153. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf
154. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, et al. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999;47(2):139-49.
155. Lombard I, Lahmek P, Diene E, Monnet E, Logerot H, Levy Soussan M, et al. Etude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^e partie). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49(4):367-75.
156. Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves ML, Lorenzo S, et al. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. *Int J Technol Assess Health Care* 1999;15(1):185-97.
157. State of Victoria Department of Human Services. Review of medihotels: future directions. Summary report. St Peters: State of Victoria Department of Human Services; 2006.
158. State of Victoria Department of Health. Framework for medihotels in Victorian public health services. Melbourne: State of Victoria Department of Health, 2009.

159. State of Victoria Department of Health. Framework for medihotels in Victorian public health services self-assessment tool. Melbourne: State of Victoria Department of Health, 2010.
160. Direction générale de l'offre de soins. Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital. Note d'analyse n°4. Paris: DGOS; 2011.
www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-organisationnelles/hebergements-alternatifs-chambres-hopital.pdf
161. Inspection générale des affaires sociales, Durand,N, Lannelongue,C, Legrand,P. Hospitalisation à domicile (HAD). Tome I. Paris: IGAS; 2010.
www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664/0000.pdf
162. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris: ANAES; 2000.
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf
163. AGREE Research Trust. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille AGREE II). Traduction française de la grille AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument). AGREE; 2009.
www.agreetrust.org/index.aspx?o=1445
164. Prisma Group, Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med 2009;6(7):e1000097.
165. Prisma Group, Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med 2009;6(7):e1000100.
166. Moumjid N, Christine D, ois-Regnier V, Roux P, Soum-Pouyalet F. Shared decision making in the physician-patient encounter in France: a general overview in 2011. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2011;105(4):259-62.
167. Brémond A, Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère M. Décision médicale et révélation des préférences des patients : de l'expérimentation à la routine. Journal d'Economie médicale 2006;24(5):203-12.
168. Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère M. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. Revue Française des Affaires Sociales 2000;(2):73-88.
169. Health Foundation. Helping people share decision making. A review of evidence considering whether shared decision making is worthwhile. London: Health Foundation; 2012.
www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3448/Helping-PeopleShareDecisionMaking.pdf?realName=Nq1TuP.pdf
170. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the 'tipping point': decision aids and informed patient choice. Health Aff (Millwood) 2007;26(3):716-25.
171. Massé R. Certitude scientifique et précaution. In: Saillant F, ed. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2003. p. 281-293.
172. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. London: King's Fund; 2011.
www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html
173. World Health Organization, Coulter,A, Parsons,S, Askham,J. Where are the patients in decision-making about their own care? Geneva: WHO; 2008.
www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf
174. Health Foundation, Coulter,A. Implementing shared decision making in the UK. A report for the Health Foundation. London: Health Foundation; 2009.
www.health.org.uk/public/cms/75/76/1915/1522/Implementing_shared_decision_making_in_the_UK2-1.pdf?realName=U39ZtQ.pdf
175. Picker Institute Europe, Walsh,J, Swain,D. Supporting shared decision-making: a Pathfinder project for NHS North West. Oxford: PIE; 2011.
www.pickereurope.org/assets/content/pdf/Project_Reports/NHS%20NW%20SDM%20Pathfinder%20Project%20Report%20August%202011.pdf

176. Barry MJ. Shared decision making: informing and involving patients to do the right thing in health care. *J Ambul Care Manage* 2012;35(2):90-8.
177. Légaré F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by health-care professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD006732.
178. Dy SM, Purnell TS. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: a literature review. *Soc Sci Med* 2012;74(4):582-7.
179. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146.
180. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44(5):681-92.
181. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006;60(3):301-12.
182. Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making* 2007;27(5):539-46.
183. Bekker, H, Thornton, JG, Airey, MC, Connelly, JB, Hewison, J, Robinson, MB, et al. *Informed Decision Making : An Annotated Bibliography and Systematic Review*, 1 vol. : Health Technology Assessment. Southampton: HTA; 1999.
www.hta.ac.uk/fullmono/mon301.pdf
184. Carrère MO, Moumjid-Ferdjaoui N, Charavel M, Brémond A. Eliciting patients' preferences for adjuvant chemotherapy in breast cancer: development and validation of a bedside decision-making instrument in a French Regional Cancer Centre. *Health Expect* 2000;3(2):97-113.
185. Charavel M, Brémond A, Mignotte H. Étude de la participation des patientes au choix thérapeutique en oncologie. *Annales médico-psychologiques* 2002;160(4):289-302.
186. Moumjid N, Carrère MO, Charavel M, Brémond A. Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer. *Health Expect* 2003;6(3):222-7.
187. Evans R, Joseph-Williams N, Edwards A, Newcombe RG, Wright P, Kinnersley P, et al. Supporting informed decision making for prostate specific antigen (PSA) testing on the web: an online randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2010;12(3):e27.
188. Haute Autorité de Santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2004.
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272376/elements-d-information-des-hommes-envisageant-la-realisation-dun-depistage-individuel-du-cancer-de-la-prostate-document-a-l-usage-des-professionnels-de-sante
189. National Collaborating Centre for Primary Care. *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: NCCPC ; RCGP; 2009.
190. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med* 2012.
191. Elwyn G, O'Connor AM, Bennett C, Newcombe RG, Politi M, Durand MA, et al. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDASi). *PLoS One* 2009;4(3):e4705.
192. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 2005;8(1):34-42.
193. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD001431.

ANNEXE 1. CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS ÉLABORÉS PAR LA SFAR

Neuf recommandations ont été élaborées et actualisées par la SFAR en 2009 à l'issue d'une analyse de la littérature et d'un accord professionnel après cotation selon la méthode du « groupe nominal » adaptée de la RAND/UCLA (4) :

« Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence.

Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles.

Le concept fondamental est le triptyque acte patient structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

1 - Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.

2 - Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.

3 - Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.

4 - Il est recommandé que les patients de statut ASA⁵ I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.

5 - Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :

- Les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue.
- Les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal.
- Les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.

6 - Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence post opératoire soit compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.

7 - Il est recommandé de formaliser une convention entre établissement afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.

8 - Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.

9 - Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place ».

5. 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.

ANNEXE 2. DONNÉES PMSI

	Geste	Nombre de séjours	Taux ambu (%)
Ophthalmologie	Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)	11,959	91,2
	Chirurgie du cristallin	643,709	78,1
	Chirurgie strabisme	8,136	36,3
Viscéral et proctologie	Chirurgie anale	17,524	25,9
	Chirurgie des hernies inguinales	116,925	18,1
Orthopédie	Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	141,046	71,8
	Chirurgie canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)	170,106	86,6
	Chirurgie de la maladie de Dupuytren	19,244	68,3
	Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main)	21,437	85,8
	Exérèses de kystes synoviaux	18,716	92,7
Gynécologie	Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	315,504	82,4
	Cœlioscopie gynécologique	12,916	16,3
ORL	Adénoïdectomies	89,628	97,3
Urologie	Chirurgie des bourses	25,727	50,0
Pédiatrie	-		

Source PMSI 2009 pour quelques gestes marqueurs de la MSAP – Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

ANNEXE 3. LA PARTICIPATION DES PATIENTS À LA DÉCISION MÉDICALE : SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION DE LA RELATION PATIENT-MÉDECIN, DU DÉVELOPPEMENT DU MODÈLE DE LA DÉCISION PARTAGÉE, DE SES DOMAINES D'APPLICATION, DE SES OUTILS ET DE SON IMPACT SUR LES SOINS

Cette synthèse de la littérature vise à présenter l'émergence des modèles de décision partagée et à explorer ses domaines d'application, ses outils et son impact sur les soins.

► L'évolution de la relation patient-médecin

En France, la demande de la part des patients d'information et de participation aux décisions de santé, faisant des patients de véritables acteurs de leur santé, est reprise sous le vocable de « démocratie sanitaire » et a été officiellement établi par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (166).

Selon l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* ».

Si elle le souhaite, la personne pour laquelle une intervention chirurgicale est envisagée peut donc participer à la décision médicale selon un modèle d'interaction entre elle et le professionnel de santé qualifié de « décision partagée », ce modèle se substituant au modèle paternaliste originel (166-168).

L'évolution de la relation médecin-patient fait l'objet d'une littérature de plus en plus abondante depuis la fin des années cinquante (168) et le terme de décision partagée (« *shared decision making* » en anglais) gagne en popularité depuis la fin des années 1990, principalement dans les pays anglo-saxons (169). Ce terme est en général utilisé pour décrire le partage de la décision entre les patients et les professionnels de santé et leur partenariat pour prendre une décision concernant un traitement ou un soin lorsque plusieurs alternatives sont possibles (169). Le concept de décision partagée est donc particulièrement bien adapté aux situations médicales pour lesquelles il existe plusieurs options de prise en charge,

aucune ne dominant toutes les autres sur l'ensemble des critères qui peuvent avoir de l'intérêt pour le patient (168-170).

En effet, la nature probabiliste des preuves scientifiques engendre une incertitude (171). La nécessité d'un partage de la décision est en partie justifiée par cette incertitude inhérente à toute décision médicale (54). Certains auteurs suggèrent que le patient est alors le mieux placé pour réfléchir à ce que représente pour lui les risques et les bénéfices associés à chacun des choix disponibles, en fonction de ce qui est le plus important pour lui (172). Le partage de décision permet de rétablir un juste rapport à l'incertitude lors de la prise de décision et, par extension, de favoriser la transparence des processus décisionnels (54). Il s'agit d'une forme de réponse éthique à l'incertitude (54).

Ce processus décisionnel répond également à une demande croissante des patients d'être plus impliqués dans la décision concernant leurs soins (169, 172).

► Un écart majeur entre le concept de la décision médicale partagée et son applicabilité en pratique clinique courante

Une préoccupation contemporaine et croissante des politiques de santé

L'implantation de processus décisionnels permettant le partage de la décision entre le médecin et le patient est devenue une préoccupation contemporaine des grandes organisations de santé (54, 173-176). Les décideurs perçoivent en effet la prise de décision partagée comme souhaitable en raison de son potentiel à (177) :

- réduire l'utilisation abusive des options non clairement associées à des avantages pour tous (par exemple, le dépistage du cancer de la prostate) ;
- améliorer l'utilisation des options clairement associés à des avantages pour la grande majorité (par exemple, la prise en charge du risque cardiovasculaire) ;

- de réduire les variations de pratique de soins de santé injustifiées ;
- de favoriser la soutenabilité du système de santé ;
- et de promouvoir le droit des patients d'être impliqués dans les décisions concernant leur santé.

Une absence de définition consensuelle

La prise de décision partagée n'est pourtant pas encore largement adoptée dans la pratique clinique et il existe un écart majeur entre son concept, faisant appel à différentes dimensions (178) et son applicabilité en pratique clinique courante (179). Les éléments issus de la recherche révèlent que ce décalage entre la rhétorique et la pratique peut être en partie expliqué par l'absence de consensus autour de sa définition (169). En effet, pour certains auteurs, le processus de décision partagée suppose que les patients et les professionnels doivent en fin de compte être d'accord sur les décisions prises (180), mais d'autres ont fait valoir que la reconnaissance d'un désaccord était également acceptable dans la prise de décision partagée (181).

De plus, il existe une confusion entre décision partagée (« *shared decision making* ») et décision informée (« *informed decision making* ») (182) alors qu'il semble important de les distinguer (54, 183). Les professionnels peuvent, à défaut, définir la décision partagée comme la transmission des informations ou l'occasion donnée aux patients de commenter les décisions. Or, comme le précise Légaré et al. « *La décision informée renvoie à un modèle de prise de décision dans lequel le patient reçoit une information fondée sur les meilleures données probantes sans inclure le processus interactif décisionnel avec son médecin. Le patient prend, seul, une décision informée. Le modèle de prise de décision partagée se situe au centre d'un continuum avec d'un côté, le modèle paternaliste ou dit « de l'expert » et de l'autre, celui du consommateur de soins de santé. Il se veut donc une réponse à deux visions extrêmes de la prise de décision en santé* » (54).

Un manque de formation des professionnels de santé

Certains auteurs expliquent également le faible recours aux modèles de décision partagée par le manque de

compétence des professionnels ou le manque de temps au sein d'une consultation pour impliquer les patients comme des partenaires égaux dans les soins (169). Ils préconisent alors un travail pédagogique, nécessitant un arbitrage sur l'utilisation des ressources (169).

► Domaines d'application

Les domaines d'application de la décision partagée sont extrêmement variés. Il peut s'agir de décisions concernant des traitements majeurs (intervention médicale ou chirurgicale), la planification des soins, les examens et traitements réalisés au cours d'une hospitalisation, la prescription de médicaments ou la réalisation de tests de dépistage ou de diagnostic (169, 172).

Les moments de ces décisions sont également divers : lors d'une consultation programmée pour le suivi d'une pathologie chronique ou non planifiée, lors d'une hospitalisation, dans un service d'urgences, au domicile des patients, etc. (172).

Les décisions concernant des traitements majeurs

De nombreuses études dans le domaine de la prise de décision partagée ont été réalisées pour des situations où les patients sont confrontés à des décisions importantes concernant les types de traitement dont l'efficacité thérapeutique est similaire.

L'évaluation du bénéfice et du risque est en effet telle que ce qui est acceptable pour un patient peut être rejetée par un autre, de sorte qu'il semble important que le choix du traitement soit fondé sur des valeurs et préférences du patient lui-même (172).

Il peut s'agir par exemple de la prise en charge du cancer du sein. Certaines études ont cherché à permettre à des patientes atteintes d'un cancer du sein d'exprimer leurs préférences par rapport au traitement de chimiothérapie adjuvante (184 - 186).

Parfois, la décision doit prendre en compte certains éléments comme la réponse du patient à la douleur ou son handicap. Les patients, par exemple, pour lesquels une chirurgie de la hanche ou du genou est envisagée pour gérer des douleurs secondaires à de l'arthrose, doivent peser les avantages potentiels du traitement chirurgical contre les inconvénients d'une longue période de

convalescence secondaire à l'intervention, dont les résultats sont incertains (172).

Les décisions concernant la planification des soins

La planification des soins est une autre forme de prise de décision partagée. Dans ce cas, il s'agit de personnes présentant des pathologies chroniques et dont des consultations planifiées sont organisées. Elles visent à discuter des traitements, des soins ou des soutiens souhaitables afin d'aider les patients à mieux gérer leur propre santé (172).

Les décisions lors du séjour hospitalier

La rapidité des décisions et des situations médicales lors d'une hospitalisation et le nombre importants d'exams possibles et disponibles impliquent souvent des décisions multiples pour les personnes hospitalisées. Ces dernières peuvent également avoir une altération de la conscience ou des capacités réduites rendant la compréhension de l'information complexe difficile.

Certains auteurs insistent néanmoins sur le fait que ces situations n'excluent pas la possibilité de recourir à des décisions partagées et qu'il reste particulièrement important de toujours essayer d'impliquer les patients et ou les accompagnants aux moments cruciaux des changements, en particulier :

- quand il y a une nécessité de modifier un traitement ou d'en essayer un nouveau ;
- dans les unités de soins intensifs, lorsque l'état clinique se détériore et que les chances de survie s'amenuisent ;
- lorsque le patient ayant une affection sous-jacente incurable ou une maladie en phase terminale a une détérioration de son santé amenant à une discussion autour de la poursuite de certains traitements ;
- quand il y a un choix à prendre entre prolonger un traitement dont l'efficacité est incertaine aux prix d'effets indésirables conséquents ou d'opter pour des soins palliatifs ;
- au moment de la sortie du patient, afin de s'assurer qu'ils se sentent prêts à rentrer chez eux (172).

Les décisions concernant les tests de dépistage ou de diagnostic

Le partage de la décision est également pertinent dans les situations où un test de dépistage ou diagnostic est envisagé. Il existe une idée très répandue mais inexacte qui consiste à croire que les tests de dépistage ou de diagnostic précoce sont toujours bénéfiques alors qu'ils comportent également certains préjudices (172). Par exemple, les hommes pour lesquels il est proposé un dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) afin de dépister un éventuel cancer de la prostate devraient pouvoir comprendre les avantages et les inconvénients d'un tel test et notamment les risques liés à un faux résultat positif, ou à la possibilité de diagnostic d'un cancer évoluant lentement et qui n'aurait très probablement pas causé de préjudice, et peser l'anxiété pouvant être associée à un tel test (187, 188).

► Quel impact ?

Les analyses de l'impact de la participation des patients à la décision révèlent que ce processus décisionnel permet une meilleure connaissance et compréhension des options de soins et de leurs risques, une diminution du nombre d'interventions chirurgicales majeures, une meilleure observance du traitement, une amélioration de la confiance et une utilisation plus appropriée des services de soins (172).

L'impact de l'implication du patient dans la décision de prescrire une thérapie médicamenteuse sur la compliance du patient au traitement a plus particulièrement été étudié par la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) au Royaume-Uni. L'étude menée montrait que les personnes adhéraient davantage aux traitements médicamenteux s'ils avaient participé à la décision et si une discussion autour de la façon dont ils allaient intégrer la prise du médicament dans leur routine quotidienne avait eu lieu (189).

► Comment appliquer le modèle de la décision partagée ?

Le processus de la décision partagée

Le processus de la décision partagée fait appel à la « rencontre de deux experts : celui qui apporte des

informations fondées sur le meilleur niveau de preuves scientifiques et celui qui connaît ce qui est le plus important pour lui-même. » (54).

Néanmoins, si les principes et concepts de la décision partagée sont bien documentés, peu de recommandations guident son application dans la pratique clinique. Des récents travaux menés par *Elwyn et al.* proposent néanmoins un modèle pour la pratique clinique, basé sur trois étapes : (i) une introduction sur la possibilité d'un choix, (ii) la description des différentes options et (iii) l'exploration des préférences des patients et la prise de décision (190).

Pour ce faire, l'étape de délivrance de l'information est fondamentale : la décision repose en partie sur la présentation de l'état actuel des connaissances et en particulier du meilleur niveau de preuves scientifiques de toutes les options possibles, associées à leurs risques et bénéfices. Le patient doit ensuite être en mesure de bien comprendre quels sont les choix, quels sont les risques et les bénéfices présumés pour chacun de ces choix et quelles sont ses valeurs et ses préférences (54).

Les outils d'aide à la décision

Outils pour les patients

Le processus de la décision partagée peut s'appuyer sur des outils spécifiques permettant de délivrer une information claire et compréhensible sur les différentes options se présentant au patient (172, 176). Il en existe de variés, majoritairement en langue anglaise, certains faisant participer les patients plus activement que d'autres (169), aux formats et supports divers, allant de la simple feuille d'une page décrivant les choix, aux brochures plus détaillées ou à la mise en place de programmes informatiques, de DVD ou de sites Web interactifs qui incluent des entretiens filmés avec les patients et les professionnels (172, 174, 179).

Ils sont néanmoins à différencier des documents traditionnels d'information des patients car ils énoncent des faits et aident les gens à réfléchir et délibérer sur les

différentes options. Ces outils sont élaborés pour un type de questionnement en particulier et contiennent généralement :

- une description de l'état et les symptômes ;
- une présentation du pronostic probable, avec et sans traitement ;
- une description des options thérapeutiques et de leurs probabilités de résultats ;
- une présentation des données fondées sur la preuve scientifique et les zones d'incertitudes ;
- des illustrations pour aider les gens à comprendre, notamment les effets secondaires ou complications des différentes options de traitement les plus fréquentes ;
- un espace pour aider les personnes à clarifier leurs préférences ;
- les références et autres sources d'information ;
- les auteurs des informations identifiées, les sources de financement et les déclarations des conflits d'intérêts.

De nombreux travaux de recherche sont actuellement élaborés au Canada par l'Institut de Recherche de l'Hôpital d'Ottawa (OHRI/IRHO), au sein d'un groupe de recherche établi en novembre 1995 pour aider les patients et leur équipe de santé à prendre des décisions difficiles. Le groupe conçoit et teste les outils d'aide à la décision ainsi que les programmes de formation pour les patients et les professionnels de santé.

Cette équipe de recherche a conçu un guide personnel général d'aide à la décision (le GPDO) destiné à la prise de décisions en matière de santé ou de services sociaux, disponible en français⁶.

À l'exception de ce guide, les aides à la décision du patient qui ont été développés sont spécifiques d'une décision. La plupart sont en langue anglaise. Deux sites internet les répertorient de façon quasi exhaustive⁷.

6. decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html

7. decisionaid.ohri.ca/ et www.thedecisionaidcollection.nl

Cette équipe a également développé un Modèle d'Aide à la Décision d'Ottawa (MADO ou *Ottawa Decision Support Framework - ODSF*) afin de guider l'élaboration d'interventions permettant de préparer les patients et les professionnels de la santé à la prise de décision partagée⁸.

Des normes, élaborées par l'*International Patient Decision Aid Standards (IPDAS)*, ont été établies afin d'améliorer la qualité de ces outils⁹ (191).

Afin de soutenir l'utilisation par les patients de ces outils et les amener à davantage participer à la décision s'ils le souhaitent, un nouveau cadre de recherche émerge, axé sur la formation individuelle ou en groupe de personnes. Un exemple est celui du « *decision counselling* » qui implique des séances individuelles et vise à fournir des informations de fond et afin d'envisager chaque étape de décision de manière structurée (169).

Outils pour les professionnels de santé

Certains auteurs soulignent que les actions pour favoriser le partage de la décision ne doivent pas uniquement concerner les patients (169). En effet, précisent certains, pour que les patients et les professionnels aient un rôle plus d'égal à égal dans les décisions concernant les soins, les professionnels ont besoin d'acquérir un ensemble de compétences, en communication, en analyse des relations interpersonnelles, et en travail sur leurs attitudes (177).

Une des limites souvent avancée est le manque de temps lors des consultations. Il semble néanmoins avant tout important d'encourager les professionnels à respecter l'autonomie des patients (169). Différentes stratégies peuvent ensuite être appliquées : des ateliers de renforcement des compétences, l'utilisation de didacticiels électroniques, la familiarisation avec les aides à la décision, la mise en place de protocoles structurées d'aide à la décision, des exercices de mise en situation avec de vrais ou des patients simulés ou des exercices de discussion sur la façon dont les entretiens avec les patients sont menés (169).

L'autre moyen est de faire connaître, par le biais des publications ou de recommandations, les modèles de décision partagée (169).

L'évaluation des outils d'aide à la décision

Le développement d'outils d'aide à la décision s'accompagne actuellement d'un développement d'outils d'évaluation de ces aides, visant à mesurer le degré de décision partagée qu'ils permettent. Par exemple, l'outil OPTION (*Observing Patient Involvement in Decision Making*) est un outil utilisé pour mesurer la prise de décision partagée lors des consultations cliniques. Il permet d'attribuer un score pour chacun des douze comportements du médecin associés à la prise de décision partagée (192). Cette échelle a été traduite, adaptée et validée en français (54).

L'utilisation des outils d'aide à la décision dans des essais contrôlés randomisés a par ailleurs fait l'objet d'une revue Cochrane (193). L'analyse portait sur 86 essais cliniques randomisés publiés sur les aides à la décision conçues pour soutenir la prise de décision des patients en fournissant des informations sur les options de traitement ou de dépistage et leurs résultats associés par comparaison avec les soins habituels et/ou des interventions alternatives. Les auteurs ont montré que lorsque les patients utilisaient les aides à la décision, ils amélioraient leur connaissance des options, avaient une idée plus précise des bénéfices et préjudices éventuels, faisaient des choix plus cohérents avec leurs valeurs, et participaient davantage à la prise de décision.

Les auteurs précisaient que les aides à la décision exerçaient un effet variable sur les choix réels, mais ils réduisaient le choix d'une intervention chirurgicale non urgente lorsque les patients envisageaient d'autres options. Lorsque les patients utilisaient les aides à la décision, celles-ci semblaient avoir un effet positif sur la communication avec leur médecin et un effet variable sur la durée nécessaire pour cette consultation. Les aides à la décision plus détaillées, par comparaison avec des aides à la décision plus simples, produisaient des améliorations plus modestes. Il ne semblait pas y avoir d'effets indésirables sur la santé ou la satisfaction.

Ils concluaient que des recherches supplémentaires devaient être menées pour évaluer l'adhésion à l'option choisie, la communication entre le patient et le médecin, et les coûts associés.

8. decisionaid.ohri.ca/francais/docs/MADO.pdf

9. ipdas.ohri.ca/resources.html

ANNEXE 4. PARTICIPANTS

Cette note de cadrage a été rédigée par Mme Cécile MIGNOT, chef de projet, service évaluation des actes professionnels, sous la responsabilité de Mme Michèle MORIN-SURROCA, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme Frédérique PAGÈS, docteur ès science, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Suzie DALOUR.

M. Eric DARVOY, sous la coordination de Mme Annie CHEVALLIER (SDIP - HAS) a conçu et appliqué la charte graphique commune HAS - ANAP à ce document selon les directives conjointes des équipes de communication de la HAS et de l'ANAP.

FICHE DESCRIPTIVE

Intitulé	Titre
Méthode de travail	Analyse de la littérature ; groupes de travail et de lecture
Date de mise en ligne	Octobre 2012
Date d'édition	-
Objectif(s)	Reconsidérer les critères de sélection des patients à la chirurgie ambulatoire, à la lumière des pratiques actuelles et de la gestion des risques Permettre une approche, déconnectée de l'acte, distinguant le besoin de soins du besoin d'hébergement
Professionnel(s) concerné(s)	Chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers, gestionnaires d'établissements de santé, institutions, grand public
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	Haute Autorité de Santé (HAS) ; Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Participants	Sociétés savantes, institutions, professionnels de santé
Recherche documentaire	De janvier 2000 à mars 2012
Auteurs de l'argumentaire	Cécile MIGNOT (HAS, service évaluation des actes professionnels)
Validation	Validation de la Commission évaluation économique et santé publique le 18 septembre 2012 Validation par l'ANAP en octobre 2012 Validation par le Collège de la HAS le 25 octobre 2012
Autres formats	-
Documents d'accompagnement	Aucun document d'accompagnement



“ Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ”

Octobre 2012