



HAL
open science

Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire et organisation du parcours de soins en chirurgie sénologique

A. Scattarelli, F. Forestier, D. Georgescu, J. Carrilho, E. de Gournay, A. Poteau, M.L. Thibault, A. Dupont, Y. David, A. Crouzet

► To cite this version:

A. Scattarelli, F. Forestier, D. Georgescu, J. Carrilho, E. de Gournay, et al.. Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire et organisation du parcours de soins en chirurgie sénologique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2020, 48, pp.414 - 421. 10.1016/j.gofs.2020.02.006 . hal-03491109

HAL Id: hal-03491109

<https://hal.science/hal-03491109>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

1 **Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire et organisation du parcours de**
2 **soins en chirurgie sénologique.**

3 **Increase rate of ambulatory and management of the care path in breast cancer surgery.**

4
5 Antoine Scattarelli¹, Frédérique Forestier¹, Dragos Georgescu¹, Julien Carrilho¹,
6 Emmanuel De Gournay¹, Albane Poteau¹, Marie Laure Thilbault², Agathe Dupont¹, Yveline
7 David¹, Agathe Crouzet¹

8 *¹Département de chirurgie, Centre Henri Becquerel, 1 rue d'Amiens, 76000 Rouen, France*

9 *²Département d'anesthésie, Centre Henri Becquerel, 1 rue d'Amiens, 76000 Rouen, France*

10

11 **Correspondance** : Antoine Scattarelli, département de chirurgie oncologique, centre Henri
12 Becquerel, 1 rue d'Amiens, Rouen, France ; Email : antoine.scattarelli@gmail.com.

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26 **Titre court : Progression du taux de chirurgie ambulatoire en sénologie.**

1 Introduction

2

3 Depuis plusieurs années, la chirurgie ambulatoire se développe dans notre pays mais reste en
4 retard par rapport aux pays anglo-saxons. [1] Elle se définit comme la réalisation d'actes
5 chirurgicaux programmés ou non, selon un mode d'anesthésie variable lors d'une
6 hospitalisation de moins de douze heures. [2] Cette définition est différente de la définition
7 anglo-saxonne du « one day surgery » avec une hospitalisation inférieure à 24 heures. [1] La
8 prise en charge du cancer du sein en ambulatoire est validée et sûre. De nombreuses études
9 comparent la prise en charge ambulatoire à la prise en charge en hospitalisation traditionnelle
10 chez des patients opérés pour un cancer du sein. Elles montrent des taux de satisfaction des
11 patients et des complications post-opératoires comparables, voire en faveur de la prise en
12 charge ambulatoire. [1,3-6] L'Institut National du Cancer (INCa) encourage les centres
13 hospitaliers agréés pour la prise en charge cancérologique mammaire à réaliser ces actes en
14 ambulatoire et de nombreux centres s'y sont investis. Les freins à l'ambulatoire sont
15 essentiellement la gestion des symptômes post-opératoires (douleurs, nausées...), la gestion
16 du drainage si nécessaire mais aussi l'anxiété liée à l'intervention et à l'organisation autour de
17 la prise en charge de la maladie. [7] Unicancer considère que plus de 50% des chirurgies pour
18 le cancer du sein doivent se réaliser en ambulatoire dans les Centres de Lutte Contre le Cancer
19 (CLCC) à l'horizon 2020. Cependant l'augmentation des taux de prise en charge ambulatoire
20 reste souvent insuffisante. [8]

21 L'objectif de cette étude est de décrire les pratiques et l'impact du dispositif d'aval sur le taux
22 de chirurgie ambulatoire. Nous évaluerons aussi la satisfaction des patients.

23

24

25

26 **Matériel et méthode**

27

28 En 2015, le Centre Henri Becquerel de Rouen, a répondu à l'appel à projet de l'Institut
29 National du Cancer (INCa) concernant le développement de la chirurgie oncologique en
30 ambulatoire. Sa proposition de développer un dispositif d'aval en chirurgie oncologique
31 mammaire a été retenu et a fait l'objet d'un financement pendant 2 ans. Afin de faciliter
32 l'organisation du parcours ambulatoire, le Centre a développé le Dispositif Infirmier
33 d'Accompagnement et de Suivi Post Ambulatoire à Domicile (DIASPAD CHB). Il s'appuie
34 sur le suivi et l'accompagnement par des infirmiers libéraux formés pour sécuriser le retour à
35 domicile des patients. Le DIASPAD CHB sécurise le retour à domicile par la mise en place
36 d'une visite programmée d'un infirmier libéral (IDEL) choisi par le patient dès le soir de
37 l'intervention à J0 et quotidiennement jusqu'à J3. Un numéro de téléphone du service de
38 chirurgie, joignable 24h sur 24 et 7 jours sur 7 leur est également mis à disposition. Le
39 dispositif est mis en place uniquement si des soins locaux et de surveillance de drain de redon
40 s'avèrent nécessaires. Il a nécessité un important travail d'harmonisation des pratiques
41 chirurgicales aboutissant à la création d'un memento à destination des IDEL. Un poste
42 d'infirmier dit « infirmier pivot » dédié à l'ambulatoire a également été créé afin de
43 coordonner le parcours de soin.

44

45 *Critères d'inclusion et d'exclusion*

46

47 Les critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire ont été définis et inscrits dans
48 la charte de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Au niveau
49 chirurgical, les patients étaient opérés pour une pathologie mammaire uni ou bilatérale avec
50 ou sans geste axillaire associé : tumorectomie, zonectomie, mastectomie, ganglion sentinelle,

51 curage axillaire. Les critères anesthésiques d'éligibilité correspondaient aux critères de la
52 Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) [9], prenant en compte des critères
53 médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des
54 suites opératoires prévisibles. Les statuts ASA (*Anesthetic Physical Status Classification*
55 *System*) I, II et III étaient éligibles à l'ambulatoire. Chaque patient devait être accompagné par
56 un tiers pour le retour à domicile et dans la nuit suivant l'intervention, avoir accès à un
57 téléphone et devait être capable de comprendre les modalités de sa prise en charge et les
58 prescriptions post opératoires. Les patients devaient donner leur accord pour le mode
59 d'hospitalisation en UCA par signature du document d'informations et de recommandations.
60 Le DIASPAD CHB était dédié aux patients nécessitant des soins locaux à domicile ou une
61 surveillance de redon en post-opératoire. Les patients bénéficiant d'une chirurgie mammaire
62 reconstructrice immédiate ou différée n'étaient pas éligibles à cette étude.

63

64 *Phase pré-opératoire*

65

66 Un parcours pré-opératoire était déclenché dès la programmation au bloc opératoire. Chaque
67 patient bénéficiait d'une consultation par le chirurgien qui posait l'indication chirurgicale,
68 expliquait le déroulement de l'intervention, la technique chirurgicale et les complications
69 éventuelles. Il proposait systématiquement une prise en charge en ambulatoire pour tous les
70 actes éligibles. Le médecin anesthésiste validait ou non l'inclusion en hospitalisation
71 ambulatoire. Il remettait au patient une prescription anticipée d'antalgiques. Une note
72 d'information était remise au patient expliquant les modalités de l'anesthésie, y compris celles
73 relatives à l'anesthésie locorégionale (bloc paravertébral ou bloc inter-pectoraux).
74 L'infirmière pivot expliquait le déroulement pratique de l'hospitalisation (heure d'arrivée,
75 consignes de jeûne et d'hygiène, gestion du traitement antalgique, détection et conduite à tenir

76 en cas de complications) et remettait le « passeport ambulatoire ». Ce passeport était un livret
77 composé de deux volets. Un premier volet destiné au patient comprenant plusieurs fiches
78 informatives sur l'anesthésie et sur les suites opératoires en fonction de l'intervention
79 préconisée. Un deuxième volet était destiné à l'infirmier libéral si le DIASPAD CHB était mis
80 en place. Il comprenait un ensemble de documents permettant une surveillance simple et
81 efficace du patient, une fiche de déclaration d'évènement indésirable, un questionnaire de
82 satisfaction et une fiche explicative de la surveillance du drain. Lors de l'activation du
83 DIASPAD CHB, le dispositif était présenté et expliqué au patient. L'infirmier coordinateur
84 confirmait le mode de prise en charge et aidait à la recherche d'un infirmier libéral si le
85 patient rencontrait des difficultés à en trouver un disponible. L'infirmier libéral était
86 systématiquement contacté par l'infirmière pivot.

87 L'infirmier de chirurgie ambulatoire contactait le patient la veille de son admission (J-1). Il
88 s'assurait de l'absence d'évènement intercurrent contre indiquant l'intervention, lui confirmait
89 l'horaire d'entrée et lui rappelait les consignes à respecter (douche, conditions du jeûne,
90 présence d'un accompagnant à la sortie...).

91

92 *Le jour de l'intervention*

93

94 La veille ou le jour de l'intervention, le patient pouvait bénéficier si nécessaire d'un repérage
95 radiologique de la tumeur ou d'une lymphoscintigraphie en médecine nucléaire pour la
96 réalisation du ganglion sentinelle. Le jour de l'intervention, l'infirmier complétait une
97 « Check-List anesthésie ambulatoire » permettant de dépister un élément pouvant remettre en
98 cause l'intervention ou l'hospitalisation en ambulatoire. Tout évènement indiquant un
99 changement d'état de santé du patient, ou un non-respect des consignes faisait l'objet d'un

100 appel immédiat auprès du médecin anesthésiste responsable ou du chirurgien pour connaître
101 la conduite à tenir. Une prémédication pouvait être administrée sur prescription médicale.

102 Les interventions réalisées correspondaient à des chirurgies conservatrices ou non
103 conservatrices du sein (tumorectomie, zonectomie, mastectomie) avec ou sans geste axillaire
104 (ganglion sentinelle et curage axillaire). Certains patients bénéficiaient de plusieurs gestes
105 dans le même temps opératoire ou de gestes bilatéraux, d'autres de l'exérèse d'un ganglion
106 sentinelle seul en pré-thérapeutique si une chimiothérapie néoadjuvante était indiquée. Les
107 patients pouvaient bénéficier avec leur accord d'une analgésie loco-régionale réalisée par le
108 médecin anesthésiste. Cette analgésie loco-régionale pouvait se faire par bloc paravertébral ou
109 par bloc inter pectoraux. En cas de refus du patient, des infiltrations de la zone opératoire à la
110 Naropéine 2% pouvaient être réalisées par le chirurgien. Toutes les interventions étaient
111 réalisées sous anesthésie générale ou anesthésie combinée. Les modalités d'anesthésie et
112 d'analgésie per et post-opératoires ont été révisées par les médecins anesthésistes afin de
113 permettre une meilleure réhabilitation post-opératoire (diminution des doses de morphiniques,
114 adaptation des antalgiques). Lorsqu'une mastectomie était réalisée ou en cas de curage
115 axillaire sans mastectomie à risque important de lymphocèle, le patient bénéficiait de la mise
116 en place d'un redon pour une durée de 72 heures.

117 En post-opératoire, l'infirmier prenait connaissance de la grille « retour bloc op » et des
118 prescriptions médicales exposant les différentes consignes post-opératoires. Il favorisait la
119 récupération rapide du patient (alimentation, 1^{er} lever...) en vue de son retour à domicile. Il
120 éduquait et informait le patient selon l'intervention chirurgicale réalisée. En cas de DIASPAD
121 CHB, l'infirmier pivot s'assurait de la disponibilité de l'IDEL choisi par le patient et lui
122 confirmait les modalités de sortie (horaires, consignes de surveillance, signes d'alerte et
123 conduites à tenir).

124 La validation de la sortie d'un patient dépendait de la réalisation du score de Chung [10] par
125 l'infirmier et de l'UCA et de la signature d'un médecin (chirurgien ou anesthésiste). La
126 validation de la sortie était consignée sur un document, scanné dans le dossier du patient,
127 avant de lui être remis. Quant au score de Chung, il était tracé dans le dossier informatisé.
128 Avant la sortie, l'infirmier rappelait au patient le numéro d'appel d'urgence spécifique notifié
129 dans le « passeport », les recommandations de surveillance ainsi que les conseils en matière
130 de prise en charge de la douleur. Il s'assurait de la bonne délivrance des ordonnances
131 médicales, des rendez-vous et du questionnaire de satisfaction. L'infirmier vérifiait également
132 la présence de l'accompagnant. Si la sortie n'était pas autorisée, le patient était pris en charge
133 par l'unité d'hospitalisation conventionnelle.

134

135 *Organisation de la prise en charge ambulatoire post opératoire*

136

137 Un appel du lendemain était systématiquement réalisé. Lorsque le DIASPAD CHB était activé
138 un IDEL rendait visite au patient le soir même de l'intervention. Les données post opératoires
139 (constantes, évaluation de la douleur, thymie, état du pansement, débit du drain...) étaient
140 consignées dans les documents de suivi et de liaison du « passeport ». En cas de questions ou
141 de complications post-opératoire, un numéro de téléphone ouvert 24 heures sur 24 était à
142 disposition de chaque patient et IDEL. Si une reprise chirurgicale en urgence était nécessaire,
143 une équipe d'astreinte était présente et opérationnelle rapidement. Une fiche de déclaration
144 était à disposition de tout infirmier libéral et communiquée au Centre, en cas d'évènement
145 indésirable se déclarant dans le cadre du DIASPAD CHB.

146 Tous les patients bénéficiaient d'un rendez-vous de soins infirmiers au Centre dans les 3 à 4
147 jours post-opératoires. Le patient bénéficiait enfin d'une consultation par le chirurgien 3

148 semaines après l'intervention pour le contrôle de la bonne cicatrisation et l'annonce des
149 résultats de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

150 Concernant les soins de kinésithérapie, les patients sortaient d'hospitalisation avec une
151 prescription systématique en cas de curage axillaire (mobilisation douce, massage de cicatrice
152 et drainage lymphatique). Les patients commençaient leurs séances après la consultation
153 pansement quelques jours plus tard à condition que les drains soient enlevés. Pour le reste des
154 patients, les prescriptions étaient réalisées en cas de besoin.

155

156 *Prise en charge en ambulatoire avant la mise en place du dispositif DIASPAD CHB*

157

158 Avant la mise en place du dispositif DIASPAD-CHB, les patients nécessitant une surveillance
159 de drainage n'étaient pas considérés comme éligibles à l'ambulatoire. Les appels J-1 par
160 l'infirmier de l'UCA étaient mis en place mais les patients ne bénéficiaient pas d'une
161 consultation infirmier de pré ambulatoire. Les modalités d'admissions ont évolué avec une
162 convocation à 7h30 pour les patients du matin et 13h30 pour les patients de l'après-midi.
163 Actuellement, les patients sont convoqués 2 heures avant le bloc.

164 Les patients étaient recontactés par l'infirmier de l'UCA à J+1 et revus en consultation IDE à
165 J3 pour le pansement. Une consultation post opératoire était organisée à 3 semaines avec le
166 chirurgien.

167

168 *Recueil de données*

169

170 Le DIASPAD CHB a été mis en place en Janvier 2017. Depuis la mise en place de ce
171 dispositif, les différentes données des patients ont été recueillies de manière prospective.
172 Chaque patient a signé le jour de l'intervention un consentement concernant la mise en place

173 du DIASPAD CHB et l'accès de leur dossier médical à la réalisation d'études médicales.
174 Nous avons recueilli les caractéristiques des patients telles que : l'âge, l'indice de masse
175 corporelle, le score ASA, le département du logement principal, la présence d'un
176 accompagnant pour le retour au domicile, si un traitement par chimiothérapie néoadjuvante
177 avait été réalisé au préalable, le type de chirurgie réalisée, la survenue d'une complication, la
178 nécessité d'une reprise chirurgicale et d'une ré hospitalisation dans les 30 jours. Nous avons
179 étudié l'évolution du taux de chirurgie ambulatoire dans notre service depuis la mise en place
180 de ce dispositif. De plus, nous avons comparé dans notre étude les taux d'intervention, de re-
181 hospitalisation, de conversion et l'utilisation du dispositif DIASPAD entre les patients
182 hospitalisés en unité conventionnelle et en unité ambulatoire. Chaque patient et chaque IDEL
183 ont bénéficié de la remise d'un questionnaire de satisfaction à réponses fermées remis au
184 service qualité du Centre. Les questions pour les infirmiers libéraux étaient majoritairement
185 portées sur la qualité de la communication et de la coordination ville-hôpital.
186 Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Stata 8®. La comparaison des
187 groupes a été permise en utilisant le t-test de Student pour les séries non appariées et le test de
188 Chi2 de Pearson (ou test de Fisher quand cela cet avéré nécessaire). Un $p < 0.05$ était considéré
189 comme significatif.

190

191 **Résultats**

192

193 De Janvier 2017 à Décembre 2018, 1312 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical
194 pour un cancer du sein toutes modalités d'hospitalisation confondues.

195 Le tableau 1 regroupait les principales caractéristiques des patients. Les deux groupes étaient
196 comparables en dehors du groupe hospitalisation conventionnelle qui avait un âge moyen
197 supérieur à celui du groupe hospitalisation ambulatoire avec une différence moyenne de 10

198 ans ($p < 0.001$). Il n'existait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concernait le
199 score ASA et le taux de chimiothérapie néoadjuvante.

200 *Taux de chirurgie ambulatoire*

201

202 Quatre-vingt-quatre virgule cinq pourcent des patients ont été programmés en ambulatoire et
203 15.5% ont été programmés en hospitalisation conventionnelle. Trente-sept patients (2.8%) ont
204 été convertis de la chirurgie ambulatoire vers la chirurgie conventionnelle. Le taux réel
205 d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire sur les deux années d'étude était de 81,7% : 80.3%
206 en 2017 et 82.7% en 2018 (figure 1).

207 Le DIASPAD CHB a été mis en place pour 35.4% des patients quel que soit leur type
208 d'hospitalisation. Le taux de mise en place du DIASPAD CHB selon le type d'intervention
209 est illustré dans la figure 2. La mastectomie associée ou non à un geste axillaire est le
210 deuxième geste réalisé bénéficiant du dispositif DIASPAD (72,9%).

211

212 *Patients pris en charge en ambulatoire*

213

214 Chez les patients hospitalisés en ambulatoire, l'intervention chirurgicale la plus représentée
215 était la tumorectomie avec exérèse du ganglion sentinelle (44.8%). Ces patients n'ont pas
216 bénéficié du DIASPAD CHB.

217 Le DIASPAD CHB a été mis en place pour 31.6% des patients en hospitalisation
218 ambulatoire, permettant de prendre en charge en ambulatoire 53 mastectomies, 79
219 mastectomies avec exérèse du ganglion sentinelle, 147 mastectomies avec curage axillaire et
220 29 chirurgies combinées. Les chirurgies combinées correspondaient aux patients ayant
221 plusieurs types de geste mammaire associées dans le même temps opératoire.

222 L'analyse de la part d'hospitalisation ambulatoire pour chaque type d'intervention (figure 3),
223 a permis de mettre en évidence des taux d'ambulatoire supérieurs à 80% pour plusieurs types
224 d'intervention : les tumorectomies (95%), tumorectomie avec exérèse du ganglion sentinelle
225 (90.2%), zonectomie (91.8%), ganglion sentinelle (92.1%) et curage axillaire (83.3%).

226 La majorité des patients habitaient en Seine Maritime ou dans l'Eure avec un périmètre
227 d'environ 100 km autour du Centre. Quelques patients habitant à plus de 100 km ont bénéficié
228 d'une prise en charge ambulatoire avec la possibilité de la mise en place du DIASPAD CHB.

229

230 *Patients pris en charge en hospitalisation conventionnelle*

231

232 Chez les patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle, 63.7% sortaient le lendemain de
233 l'intervention dont 2.5% dans les 24 premières heures. La mastectomie avec curage axillaire
234 était le geste majoritaire et concernait 25.5% des patients. Le DIASPAD CHB a été mis en
235 place pour 50.1% des patients. Les freins à l'ambulatoire étaient : pour 38% des patients le
236 fait d'être seul au domicile, 27.6% de patients ont été recusés par le chirurgien (ou
237 ambulatoire non proposé par le chirurgien), 20.3% de patients ont été recusés sur le plan
238 médical par les médecins anesthésistes, 12.5% des patients ont refusé l'hospitalisation
239 ambulatoire et dans 1.6% des cas les patients ont été recusés pour raison diverses (ambulatoire
240 non programmé, distance trop grande avec un âge trop avancé). Il n'existait pas de différence
241 entre les patients pris en charge en hospitalisation ambulatoire et conventionnelle en ce qui
242 concerne la distance entre le lieu de vie et le Centre Henri Becquerel.

243

244 *Patients convertis*

245

246 Les causes de conversion d'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle
247 étaient : dans 32.5% des cas liées à un retour tardif du bloc opératoire, dans 24.3% des cas du
248 fait d'un hématome ou une hémorragie post-opératoire, 16.5% secondaires à des difficultés
249 diverses d'organisation (patient finalement seul à domicile, refus du conjoint, problème
250 organisationnel...), 13.5% du fait d'une anxiété du patient et 13.5% en raison de nausées-
251 vomissements post opératoire. Un patient a développé une tachycardie ventriculaire per
252 opératoire ayant nécessité une surveillance en unité de soins intensifs.

253

254 *Complications post-opératoires*

255

256 Les taux de reprise chirurgicale et de ré-hospitalisation étaient respectivement de 1.3 et 1.1%.
257 Ces taux étaient comparables chez les patients hospitalisés en conventionnel et en ambulatoire
258 (tableau 2), il n'existait pas de différence significative ($p=0.256$ et 0.809). Toutes les reprises
259 chirurgicales étaient dues à un hématome post-opératoire. Quatre-vingt-deux pourcents des
260 hématomes ont été repris dans les 72 heures après l'intervention et 100% dans la semaine qui
261 suit l'intervention. Dans la majorité des cas, il s'agissait de patients ayant subi une
262 mastectomie totale (58.8%).

263

264 *Taux de satisfaction*

265

266 Le questionnaire de satisfaction comprenait 2 volets : un premier volet concernant
267 l'hospitalisation en UCA et un deuxième volet concernant le retour à domicile.

268 Le taux de retour était de 56% pour le premier volet et de 50% pour le deuxième volet.

269 Quarante pourcents des IDEL ont rendu leur questionnaire. Le taux de satisfaction était bon

270 avec 99% des patients et des IDEL satisfaits ou très satisfaits de la mise en place du
271 DIASPAD CHB (Figure 4).

272

273

274 **Discussion**

275

276 *Comparaison du taux d'ambulatoire*

277

278 Notre étude montre une progression du taux de prise en charge en hospitalisation ambulatoire
279 après la mise en place du DIASPAD CHB. En effet, 81.7% des patients ayant une chirurgie
280 pour cancer du sein sont pris en charge en ambulatoire au Centre Henri Becquerel, alors qu'il
281 n'était que de 46% en 2016. Ce taux est bien supérieur au chiffre national publié en 2018 qui
282 s'élève à 22.3% en 2015. [11] Par ailleurs 63.7% des patients en hospitalisation
283 conventionnelle sont sortis à J+1 dont 36.8% avec un accompagnement à domicile du
284 DIASPAD CHB diminuant ainsi la durée moyenne de séjour en hospitalisation
285 conventionnelle.

286

287 *Bénéfice et limites de l'ambulatoire et du DIASPAD CHB*

288

289 La faisabilité, le bénéfice et la sécurité de l'hospitalisation en ambulatoire dans la chirurgie
290 sénologique n'est plus à démontrer. Notre étude conforte les données de la littérature. [1,3-6]

291 La prise en charge ambulatoire améliore la réhabilitation post-opératoire et diminue le risque
292 d'infections liées aux soins. La chirurgie sénologique est adaptée à la prise en charge
293 ambulatoire avec une incidence élevée, des gestes chirurgicaux nécessitant une durée

294 opératoire courte et comprenant peu de complications per et post-opératoires. [12] Les taux de
295 reprise chirurgicale pour saignement sont identiques quel que soit le mode d'hospitalisation.

296 Le DIASPAD CHB améliore la coordination ville-hôpital en accompagnant les infirmiers
297 libéraux dans la prise en charge ambulatoire des chirurgies sénologiques. Il a nécessité de
298 former des infirmiers libéraux sur la gestion du patient, du redon et des soins post-opératoires
299 pour les gestes mammaires. Pour cela, des rencontres sur l'ensemble de la Seine-Maritime et
300 de l'Eure ont été organisées, ce qui a permis de former plus de 400 infirmiers libéraux avant
301 la mise en place du dispositif. Ensuite, des rencontres de formation et de retour d'expérience
302 ont été organisées avec l'Unité Régionale des Professionnels de Santé (URPS) en 2017 et
303 2018 et seront réitérées dans les années ultérieures. Elles permettent d'améliorer la formation
304 des IDEL, d'ajuster le dispositif à leurs demandes et donnent l'occasion d'échanges entre les
305 divers professionnels de santé pour la plus grande satisfaction de tous. Ce dispositif permet
306 d'assurer une continuité de prise en charge. Il permet une meilleure collaboration entre les
307 professionnels et une meilleure coordination des soins.

308 De plus, le dispositif présente l'intérêt de diminuer l'impact de la maladie sur la vie
309 personnelle du patient. En améliorant le taux de chirurgie ambulatoire, il participe à une
310 dédramatisation de la maladie.

311 Certaines études mettent en évidence différents freins à la chirurgie ambulatoire dans la
312 chirurgie sénologique. [4, 7] L'intervention de nombreux professionnels en pré-opératoire
313 (radiologue, nucléariste, anesthésiste), la gestion des symptômes post-opératoires (nausées,
314 douleur), la gestion plus difficile des complications post opératoires pour les chirurgies non
315 conservatrices (gestion des redons), l'anxiété et l'isolement sont les principaux facteurs
316 rapportés.

317 L'harmonisation des pratiques chirurgicales, l'évolution des techniques d'anesthésie, la
318 coordination par les infirmières pivot, la mise en place du DIASPAD CHB ont permis de

319 limiter au maximum ces freins. L'isolement des patients reste le principal facteur limitant
320 puisque 38% des patients hospitalisés en chirurgie conventionnelle étaient seuls à domicile.
321 La distance entre le lieu d'habitation et le Centre et le score ASA n'étaient pas des facteurs
322 d'exclusion à une prise en charge ambulatoire. *Dravet et al.* limitaient la prise en charge en
323 ambulatoire à une distance maximum de 100km. [3] La majorité de nos patients étaient pris en
324 charge au sein de la région Haute Normandie comprenant la Seine Maritime (76) et l'Eure
325 (28). Certains patients habitaient en dehors de ces régions, notamment dans la Somme (80) à
326 plus de 100 km du Centre Henri Becquerel. De plus, les patients éligibles au DIASPAD CHB,
327 pouvaient en bénéficier aussi dans cette région. L'âge élevé associé à un lieu d'habitation
328 distant du Centre pouvait être un facteur limitant à la prise en charge en ambulatoire (0.9%).

329

330 *Limites*

331

332 Notre étude possède certaines limites. Tout d'abord, il n'y a pas eu de randomisation de nos
333 patients dans chacun des groupes. Le choix de la prise en charge était laissé au chirurgien, au
334 médecin anesthésiste et au patient. Cela entraîne un biais de sélection avec deux groupes
335 déséquilibrés en nombre, mais l'objectif de notre étude était de montrer une progression du
336 taux d'ambulatoire et non pas la faisabilité de cette prise en charge.

337 Le taux de questionnaires de satisfaction rapporté par les patients et les infirmiers libéraux est
338 faible mais classique dans ce genre d'enquête. Nous pouvons supposer que les patients et
339 infirmiers libéraux insatisfaits sont plus susceptibles de rapporter le questionnaire par rapport
340 aux patients satisfaits. D'après les questionnaires rapportés les taux de satisfaction étaient
341 majoritairement bons, résultats en accord avec la littérature, ce qui nous rassure dans
342 l'organisation et la mise en place du dispositif. [13-14]

343

344 *Avantages*

345

346 Il s'agit d'une étude prospective incluant un nombre de patient plus important que les autres
347 études portant sur le même sujet, portant sur tous les types de chirurgie sénologique. Dans
348 leur étude, *Dravet et al.* excluaient les interventions nécessitant la mise en place de redon. [3]
349 Ce critère est un des facteurs limitant de la prise en charge ambulatoire. L'objectif de notre
350 étude était d'observer une amélioration du taux de chirurgie ambulatoire après avoir mis en
351 place un dispositif (DIASPAD) permettant de surseoir à ce frein. Dans notre étude, nous
352 objectivons une augmentation significative de ce taux, notamment chez les patients ayant une
353 chirurgie non conservatrice et nécessitant la mise en place d'un drain de redon (66.2% de
354 mastectomie, 66.9% de mastectomie ganglion sentinelle et 70% de mastectomie curage)
355 (Figure 3).

356

357 *Perspectives*

358

359 La mise en place d'un dispositif performant ainsi que l'harmonisation des pratiques des
360 différents acteurs de la prise en charge, sous la coordination des infirmiers pivots, sont
361 primordiales afin de permettre une augmentation du taux d'hospitalisation ambulatoire tout en
362 assurant une sécurité de prise en charge et la satisfaction des patients. Le taux de chirurgie
363 ambulatoire peut encore s'améliorer.

364 Dans notre étude, une meilleure information et éducation du patient aurait peut-être permis de
365 diminuer le taux de refus (7.3%) et de limiter le nombre de patients convertis en chirurgie
366 conventionnelle pour anxiété (16.2%). Par exemple des campagnes vidéo, la rencontre des
367 équipes et du service ou encore le partage d'expérience avec d'autres patients déjà pris en
368 charge en ambulatoire pourrait permettre de diminuer le taux de refus pour anxiété.

369 L'ambulatoire étant devenu le mode d'hospitalisation principal en sénologie au Centre, une
370 modification de l'organisation du bloc opératoire est nécessaire pour diminuer le nombre de
371 patients convertis pour retour tardif de bloc opératoire (actuellement 32.5% des patients
372 convertis).

373 D'autres éléments pourraient être développés pour permettre une amélioration de la
374 satisfaction des patients : amélioration de l'intimité du patient par la création de nouveaux
375 locaux plus adaptés, diminution du temps d'attente avant l'intervention, diminution de la
376 médicalisation avant l'intervention et meilleure coordination des examens pré-opératoires afin
377 de diminuer l'anxiété du patient.

378 Notre établissement poursuit ces efforts de développement, il a notamment mis en place le
379 dispositif « patient debout » permettant un acheminement du patient dans la salle
380 d'intervention à pied et un circuit de « marche en avant ».

381 L'arrivée de la télémédecine et des objets connectés pourraient permettre d'améliorer la
382 sécurité post-opératoire. Le soutien-gorge connecté permettrait notamment de prévenir les
383 hématomes et infections.

384 Dans notre centre, le DIASPAD CHB est étendu à la chirurgie plastique du sein et permet à ce
385 jour de prendre en charge plus de 80% de ces actes en ambulatoire pour la plus grande
386 satisfaction de tous.

387

388 **Conclusion**

389 La mise en place du DIASPAD au Centre Henri Becquerel a permis d'augmenter
390 considérablement le taux d'hospitalisation ambulatoire dans les actes de chirurgie en
391 oncologie mammaire tout en maintenant la sécurité et la satisfaction du patient. La
392 coordination ville-hôpital est la pierre angulaire de cette réussite.

393

394 **Soutiens et financements**

395 L'étude n'a pas bénéficié de soutien ou de financement particulier.

396

397

398 **Déclaration de lien d'intérêts**

399 Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

400

401 **Références**

402

403 [1] Lobelle S, Raylet M, Cohen M, Lambaudie E, Bannier M, Blache JL, et al. Mastectomy in
404 ambulatory hospitalization or 24hours: Feasibility, satisfaction and preferences of the patients.
405 Gynecol Obstet Fertil Senol. 2017 Feb;45(2):89-94.

406

407 [2] HAS. Guide sécurité du patient en chirurgie ambulatoire ; 2013. [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf)
408 [sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf)
409 [05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf)

410

411 [3] Dravet F, Belloin J, Dupré PF, François T, Robard S, Theard JL, et al. Role of outpatient
412 surgery in breast surgery. Prospective feasibility study. Ann Chir. 2000 Sep;125(7):668-76.

413

414 [4] Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. Int J Surg. 2009
415 Aug;7(4):318-23.

416

417 [5] Rovera F, Ferrari A, Marelli M, Bellani M, Limonta G, Corben AD, et al. Breast cancer
418 surgery in an ambulatory setting. Int J Surg. 2008;6 Suppl 1:S116-8.

419

420 [6] Guihard P, Dravet F, Ricaud-Couprrie M, Doutriaux-Dumoulin I, Classe JM. Surgical
421 management of non-palpable breast lesions in ambulatory care. J Gynecol Obstet Biol Reprod
422 (Paris). 1999 Jul;28(4):330-4

423 [7] Dravet F, Peuvrel P, Robard S, Labbe D, Michy T, François T, et al. Limiting factors for
424 development of ambulatory breast surgery in the French hospital network. J Visc Surg. 2011
425 Apr;148(2):e135-9.

426 [8] UNICANCER. Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? ; 2014.
427 <http://www.unicancer.fr/>.

428

429 [9] SFAR. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge anesthésique des patients
430 en hospitalisation ambulatoire. [http:// www.sfar.org](http://www.sfar.org) [Mise en ligne le 14 Janvier 2010 et
431 modifié le 11 Avril 2013].

432

433 [10] Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home
434 readiness after ambulatory surgery. J Clin Anesth. 1995 Sep;7(6):500-6.

435

436 [11] Institut National du Cancer. (INCa) La chirurgie ambulatoire dans le cancer : évolution
437 2010 à 2015 [Internet]. Avril 2018 : [www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-](http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015)
438 [des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015](http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015).

439

440 [12] Barranger E. Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24h hospitalization: A
441 possible alternative to complete hospitalization for selected patients. Gynecol Obstet Fertil
442 Senol. 2017 Feb;45(2):65-66.

443

444 [13] Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. Satisfaction
445 in ambulatory patients with breast-conserving surgery and sentinel node biopsy for breast
446 cancer. Gynecol Obstet Fertil. 2015 Mar;43(3):213-8.

447 [14] Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, François T, Labbe D, et al. Post-operative
448 care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. Eur J Surg
449 Oncol. 2005 Jun;31(5):495-9

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

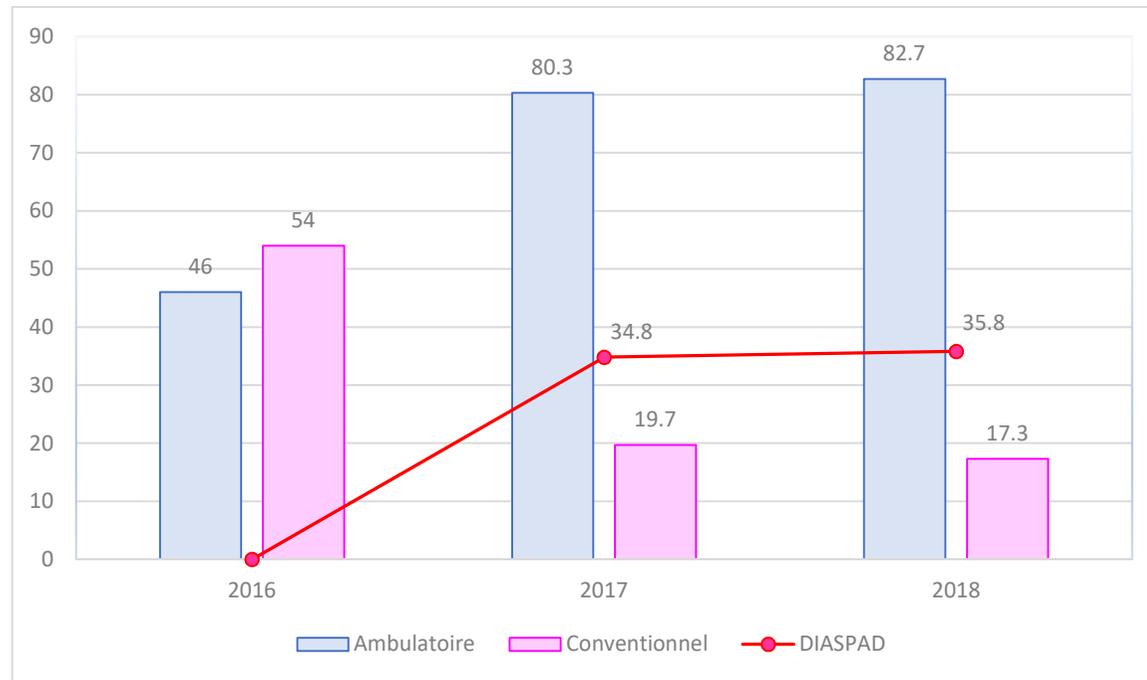


Figure 1. Evolution du taux d'ambulatoire en chirurgie sénologique avant et après la mise en place du dispositif DIASPAD.

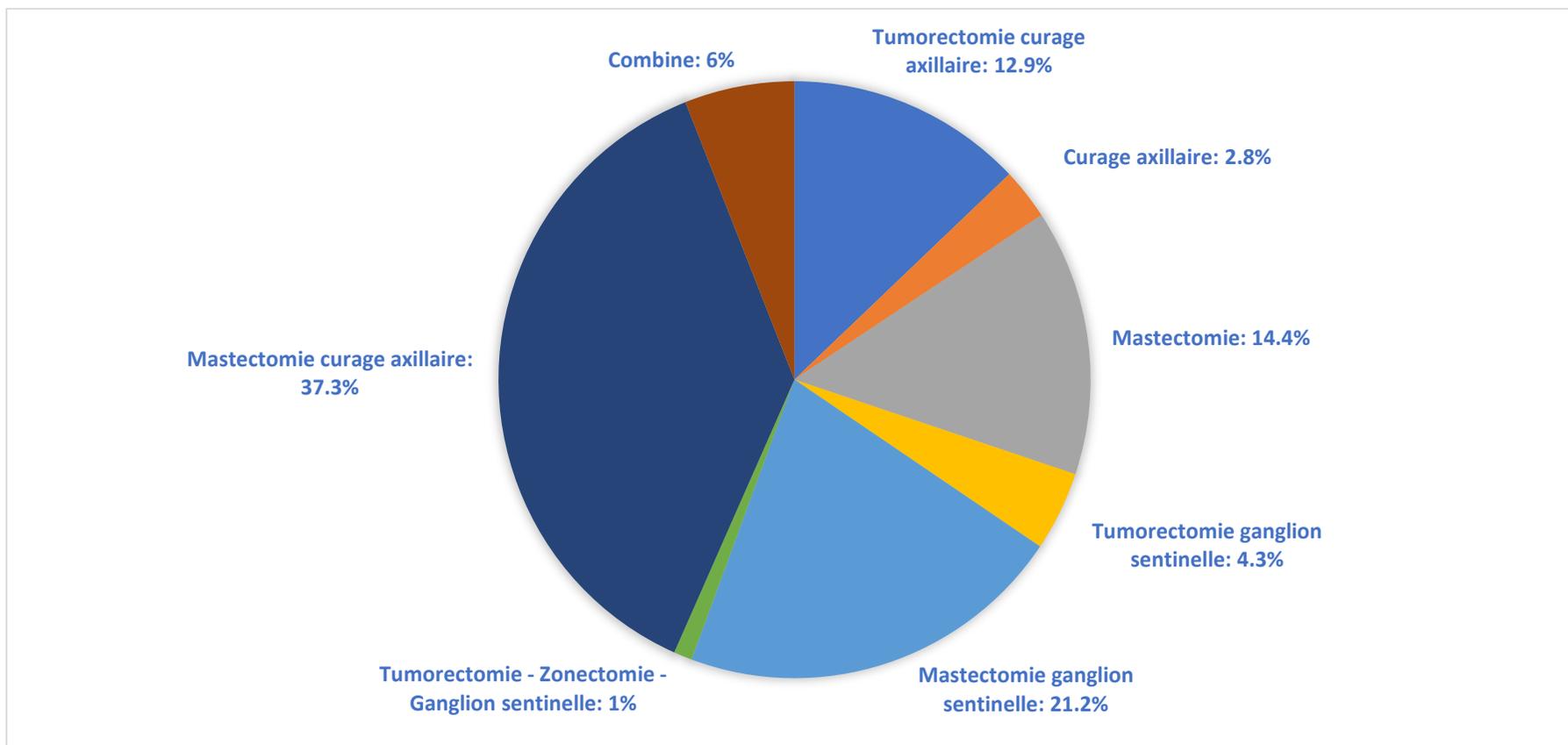


Figure 2. Répartition du DIASPAD selon le type d'intervention chirurgicale.

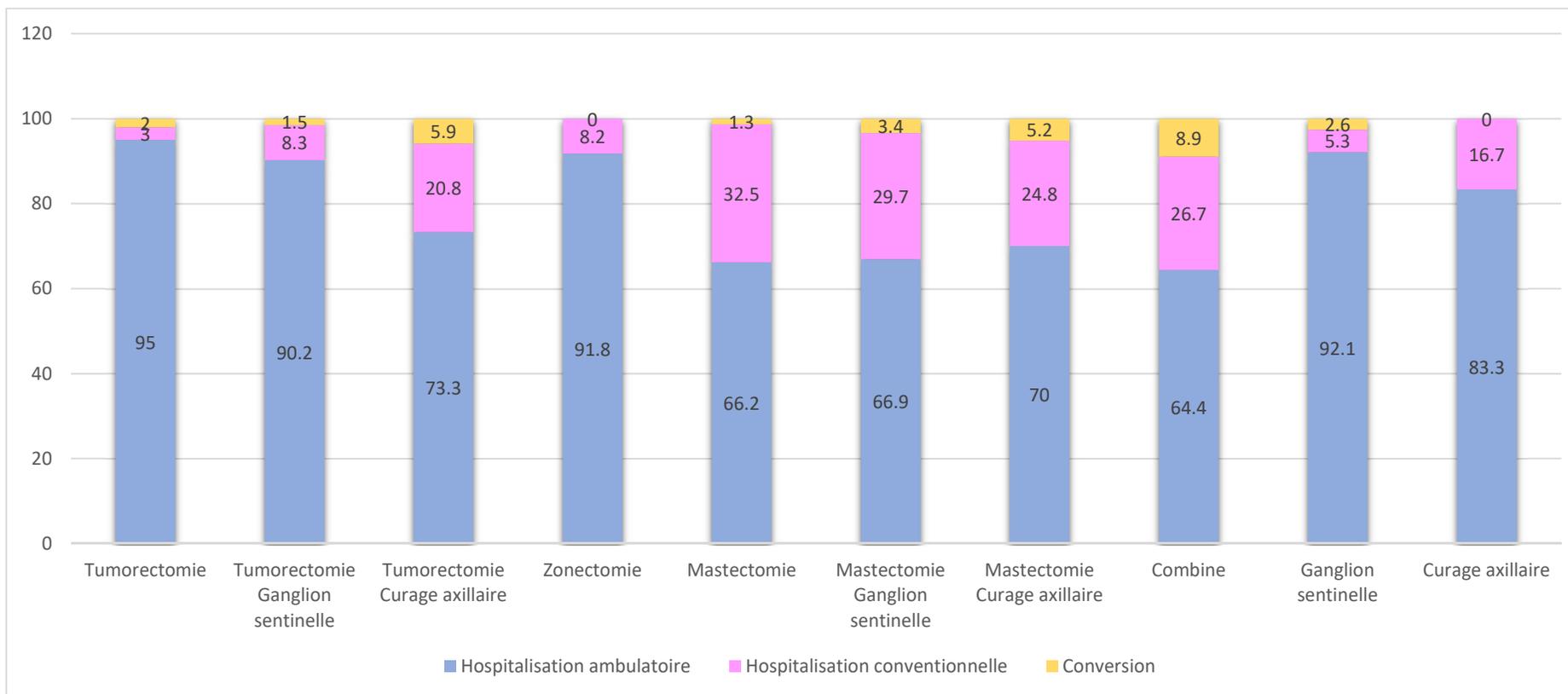


Figure 3. Répartition des taux (%) d'hospitalisation ambulatoire réelle, de conversion et d'hospitalisation conventionnelle selon le type d'intervention.

Figure 4. Taux de satisfaction de la mise en place du dispositif DIASPAD des patients (rose) et des infirmiers libéraux (bleu).

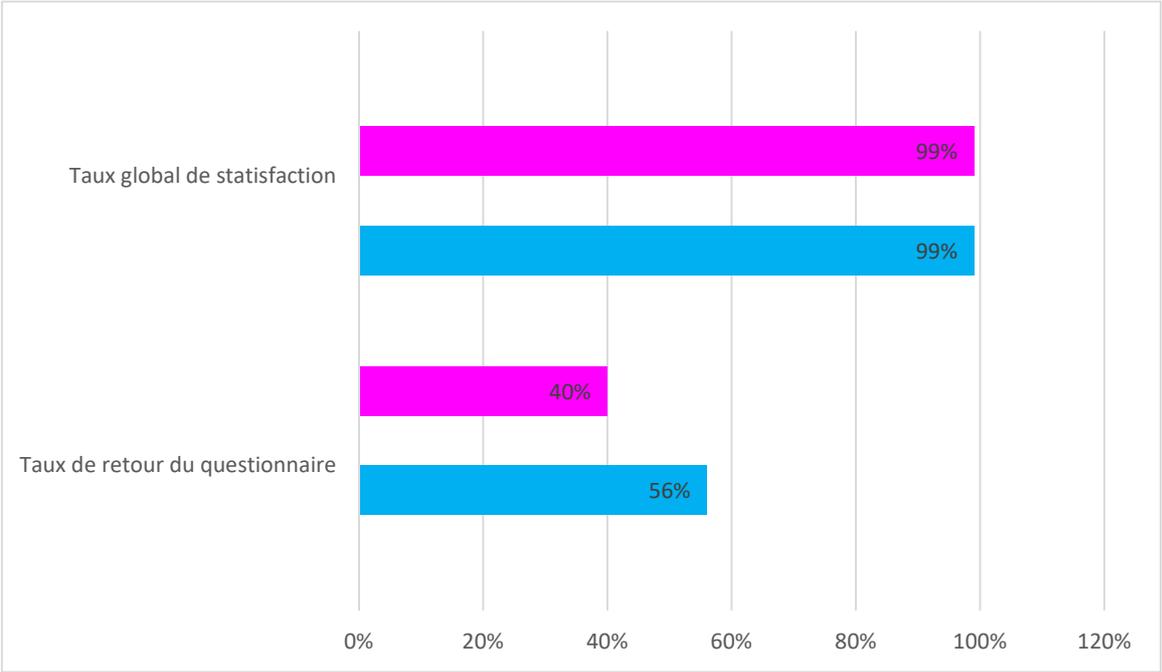


Tableau 1.

Caractéristiques des patients programmés en chirurgie ambulatoire et chirurgie conventionnelle.

	Hospitalisation ambulatoire	Hospitalisation conventionnelle	p
	n=1108 (84.5%)	n=204 (15.5%)	
	n(%) ou moyenne	n(%) ou moyenne	
Age (années)	57.1	67.5	<0.0001
IMC (kg/m ²)	27.7	27.5	0.624
Score ASA			
ASA 1	125(11.3)	17(8.3)	0.213
ASA 2	789(71.2)	150(73.5)	0.500
ASA 3	195(17.6)	37(18.1)	0.853
Chimiothérapie néoadjuvante	19(1.7)	6(2.9)	0.239
DIASPAD CHB	360(32.5)	104(50.1)	<0.0001
Tumorectomie	97(8.8)	3(1.5)	0.012
Tumorectomie Ganglion sentinelle	496(44.8)	45(22.1)	<0.0001
Tumorectomie Curage axillaire	80(7.2)	21(10.2)	0.130
Zonectomie	56(5.1)	5(2.5)	0.105
Mastectomie	54(4.9)	26(12.7)	<0.0001
Mastectomie Ganglion sentinelle	83(7.5)	35(17.1)	<0.0001
Mastectomie Curage axillaire	158(14.2)	52(25.5)	<0.0001
Chirurgie combinée	33(3.0)	12(5.9)	0.036
Ganglion sentinelle	36(3.2)	2(1)	0.076
Curage axillaire	15(1.3)	3(1.5)	0.895

Tableau 2.

Taux de conversion, ré-hospitalisation et reprise chirurgicale chez les patients hospitalisés en ambulatoire, hospitalisation conventionnelle ou convertis.

	Ambulatoire 1071(81.6)	Conventionnelle 204(15.6)	Convertis 37(2.8)	p Ambulatoire vs Convertis	p Ambulatoire vs Conventionnelle	p Conventionnelle vs Convertis
Ré-hospitalisation	11(1)	4(2)	0(0)	0.536	0.257	0.392
J0-J3	9(81.8)	3(75)	0(0)			
J4-J30	2(18.2)	1(25)	0(0)			
Reprise chirurgicale	8(0.7)	3(1.5)	6(16.2)	<0.0001	0.306	<0.0001

n(%)