



## **Signature de la sortie de chirurgie ambulatoire sous condition Proposition de l'AFCA et la SFAR**

La réglementation a précisé certains aspects de la sortie après une chirurgie réalisée en ambulatoire: 1- l'article D. 6124-101 du Code de la Santé Publique énonce que le médecin responsable de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, ... « *autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement* » ; 2- l'article D. 6124-304 du CSP ajoute que : « (...) *chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.* »

La visite médicale (au moment de la signature autorisant la sortie), réalisée immédiatement avant la sortie du patient, est souvent considérée comme un critère de qualité. Néanmoins son caractère systématique peut être, pour certains actes et/ou patient, responsable de sortie tardive sans réelle valeur ajoutée pour la prise en charge du patient.

L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) et la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) proposent que l'organisation d'une « *signature sous condition de score* », puisse être une alternative de la visite médicale à la sortie. La signature sous condition de score est la possibilité pour le patient de sortir de l'établissement sans avoir revu de médecin. Mais elle est signée sous condition de la valeur d'un score fiable réalisé par un personnel infirmier formé. Ce score peut être, par exemple, le score de Chung modifié chez l'adulte et le Ped-PADSS chez l'enfant.

Le patient concerné par cette procédure devra en avoir été informé lors d'une visite préopératoire. Il devra sortir avec le même niveau de sécurité, le même niveau d'information et les mêmes documents qu'en cas de sortie standard. Ainsi les informations médicales sur les suites opératoires prévisibles, sur la prise en charge de la douleur, la gestion des éventuelles complications anesthésiques ou chirurgicales doivent avoir été données en amont du jour opératoire. Ce qui n'exclue pas leur rappel par l'infirmier(e) avant la sortie. Le score est tracé dans le dossier du patient.

Les documents recommandés doivent être donnés au patient à sa sortie. En ce qui concerne les ordonnances, les rendez-vous à venir ils auront été remis avant le jour opératoire.

Cette procédure ne peut en aucun cas être imposée. Son élaboration dans un établissement doit donner lieu à une réflexion collégiale impliquant tous les acteurs : l'équipe d'anesthésie réanimation, les médecins réalisant l'acte et l'équipe paramédicale. Elle doit faire l'objet d'une procédure interne, et être incluse dans la charte de fonctionnement du bloc et de l'UCA.

L'éligibilité du patient à cette procédure ne sera validée qu'à la fin de l'intervention après décision collégiale entre l'anesthésiste réanimateur et le praticien ayant pratiqué l'intervention, en tenant compte de l'analyse des données de l'acte et du patient. Cependant le patient pourra être revu à sa demande par le chirurgien et/ou l'anesthésiste ayant réalisé l'intervention.

Cette procédure peut être annulée par le médecin anesthésiste réanimateur, le praticien ayant pratiqué l'intervention, ou un(e) infirmier(e) en charge du patient en UCA.