



FORUM RÉGIONAL DE L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE

EN PACA

4^e ÉDITION

Virage en chirurgie ambulatoire

Professeur Corinne VONS

Service de chirurgie Digestive, APHP, Hôpitaux Universitaires de
Seine Saint Denis, Hôpital Avicenne, Bobigny

Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)

Membre du comité exécutif de « l'International Association
for Ambulatory Surgery » (IAAS)

Organisé par



Avec le soutien de



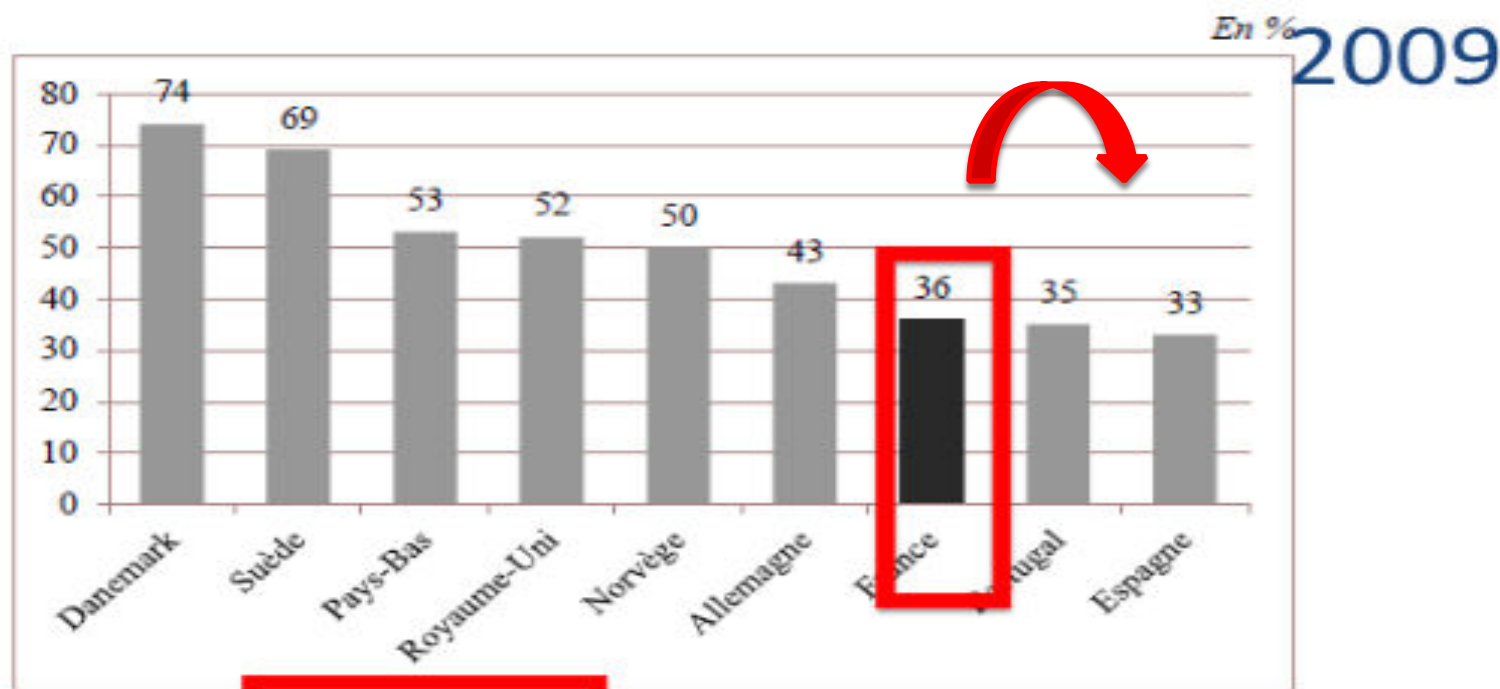
Avec la participation de





Taux de chirurgie ambulatoire français comparé aux autres pays européens

Taux de chirurgie ambulatoire

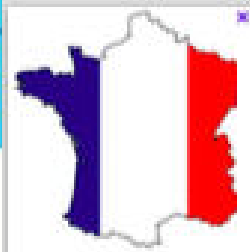


Source : HAS Enquête LAAS 2009 - % de chirurgie ambulatoire/chirurgie totale



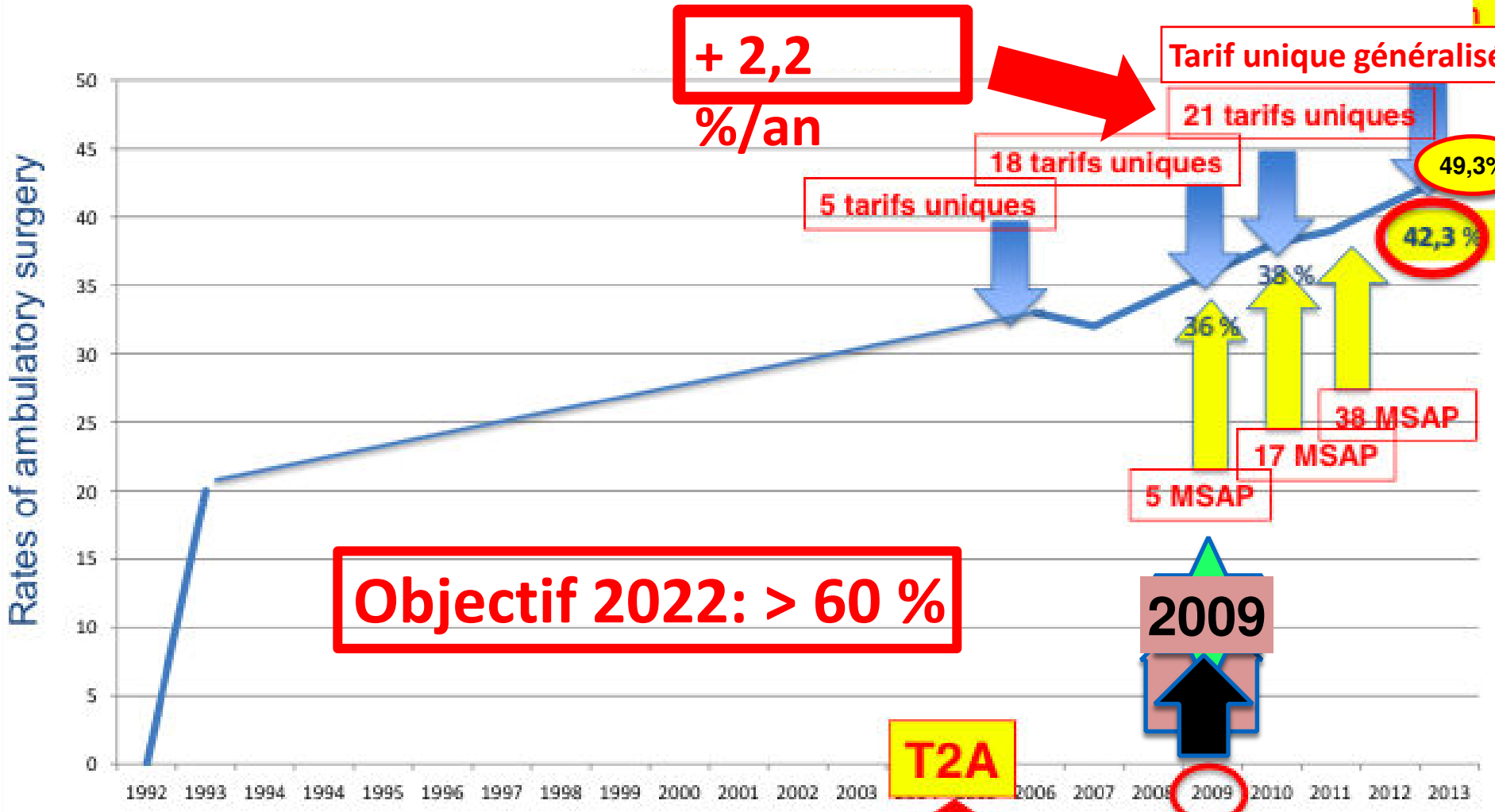
Mesures pour augmenter le taux de chirurgie ambulatoire

- Mesures incitatives: **tarif unique** entre séjour ambulatoire et conventionnel
- Mesures coercitives: l'hospitalisation conventionnelle (et non ambulatoire) doit être justifiée, pour certains actes, **sous peine** de ne pas être remboursée (Mise sous Accord Préalable: MSAP)



Evolution du taux national de chirurgie ambulatoire et mesures

54 %



Objectif 2022: > 60 %

• 1992 autorisation de la chirurgie ambulatoire en France

↑ Priorité nationale



Réussir le virage en chirurgie ambulatoire en France

- **Maîtriser la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)** du patient après l'acte dans la structure (et à son domicile)
- Maîtriser la gestion **des risques postopératoires** de l'acte (et du patient) dans la structure **et à son domicile**
- **S'appuyer sur de nouveaux modes d'organisation**
- **Informé, former** tous les acteurs

Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

en ambulatoire

= permettre une sortie (Score de Chung à 9)

en moins de 6 heures

Lutter contre ce qui empêcherait un patient de sortir le jour même

Causes des « admissions non programmées »

- Réveil incomplet pas de réhabilitation
- Douleurs post opératoires++++
- Nausées et vomissements post opératoires
- Incompréhension, incapacité à se prendre en charge, « Stress »,

Gestion des risques post-opératoires

1. Classiquement inexistante

- **Principe de précaution** (reconnaissance d'un doute)
- **Hébergement** postopératoire à l'hôpital
- Pour: identifier et traiter « **au cas où** » complication postopératoire
- Maintien à l'hôpital de **tous les patients tant que les risques de complications persistent**
 - Exemple: appendicectomie: 5 jours



A decorative header featuring a blue background with various white and yellow medical icons such as crosses, hearts, syringes, and pills.

Plaidoyer sémantique:

non, un risque ne se prévient pas

- « **Prévention des risques** »: certain succès, y compris dans textes officiels provenant des ministères: **Impropiété sémantique.** (prévention concerne les évènements indésirables, comme les complications postopératoires)
- Le risque n'est pas un événement: **c'est un concept** qui **combine** la **probabilité** de survenue, la **gravité potentielle**, ..
- La gestion des risques (ou **management des risques**) désigne l'ensemble de cette démarche
(guides de référence ISO-CEI 51 et 73: vocabulaire de la sécurité)

Gestion des risques postopératoires

Lesquels? exemple: complications chirurgicales

1. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **probabilité** de leur survenue
2. Connaître, après l'avoir **évaluée**, la **gravité** potentielle leur survenue
3. Connaître, après les avoir **évalués**, les **facteurs de risque** de leur survenue, avant et après l'intervention
4. Connaître, et après l'avoir **évalué**, le **délai** de leur survenue

1- Prévention autant que possible puis diagnostic et traitement précoce



2- Barrières de sécurité nécessaires sur l'itinéraire du patient (éviter et diagnostiquer)



1-Barrières de sécurité non spécifiques en chirurgie ambulatoire

1. Vérifications des critères d'éligibilité (selon acte, patient) Check list
2. Appel de la veille Check list
3. **Calcul du Score** d'Aldrete : sortie de SSPI Check list
4. **Calcul du Score** de Chung: Sortie de l'UCAA Check list
5. Numéros de téléphone du chirurgien et de l'anesthésiste de garde Check list
6. Appel du lendemain Check list

2- Barrière de sécurité: Le patient Informé, éduqué

Information répétée (au moins 3 fois)

Orale,
Ecrite,



Au mieux visuelle: **vidéo**: tablette; internet

Lors d'une **consultation infirmière preop**



LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE

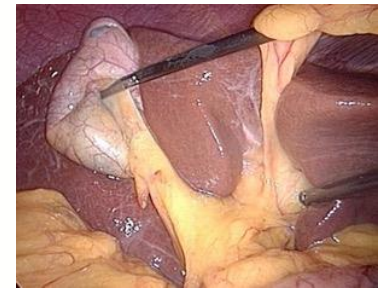
- Informations détaillées sur l'intervention, l'anesthésie
 - Modalités, risques
 - Symptômes postopératoires **habituels, pas d'alerte**
 - Symptômes postopératoires devant **donner l'alerte**

Check list



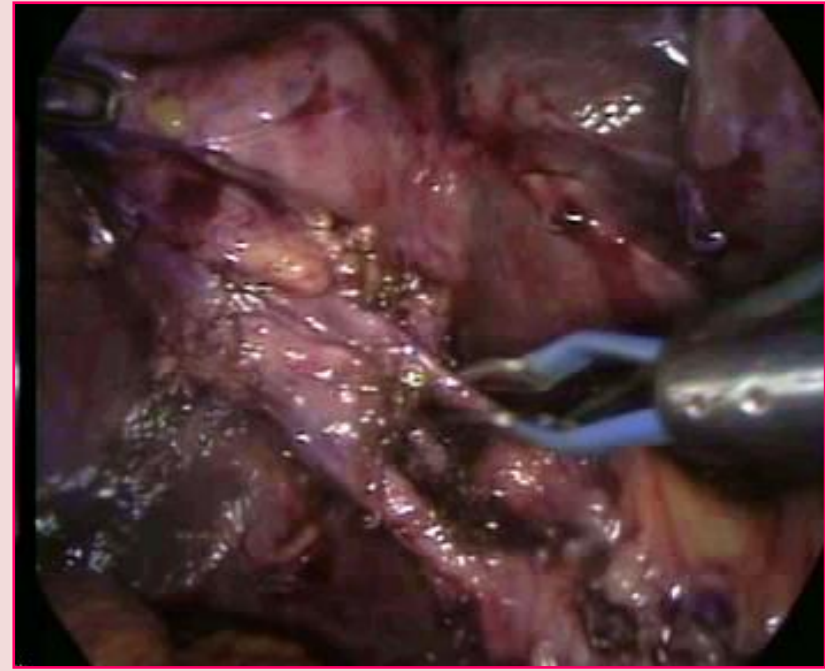


1- Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire



Technique opératoire

- 1- triangle de Calot bien identifié
- 2- artère et canal cystique identifiés et sectionnés séparément
- 3- lit vésiculaire sec
- 4- pas d'écoulement biliaire



Gestion des risques après cholécystectomie

Si doute sur l'artère:

Barrière de sécurité: avant la sortie:

1- NFS à la sortie

(ou 2- surveillance postopératoire en UCA de 6 heures)

Barrière de sécurité:

information du patient:

possibilité de collection sous hépatique et si fièvre et douleur, revenir ou téléphoner

Gestion des risques après cholécystectomie

- **Hémorragie**

- Quelle fréquence ?
- Quelle gravité ?
- Dans quel délai ?

Fréquence < 0,01 %

Hémopéritoine aigu

< 6 heures



- **Fuite biliaire**

- Quelle fréquence ?
- Quelle gravité ?
- Dans quel délai ?

Fréquence < 0,5 %

Pas de nécessité d'un geste en « super urgence »
distance, et après ¾ jours

2- Pose d'anneau de gastroplastie pour obésité morbide en ambulatoire



Technique opératoire

- 1- Dissection de l'angle de Hiss et ouverture du ligament gastrophenique
- 2- Création d'un trajet rétrogastrique en avant des piliers
- 3- Technique de la Pars Flacida
- 4- Valve gastro gastrique sur l'anneau

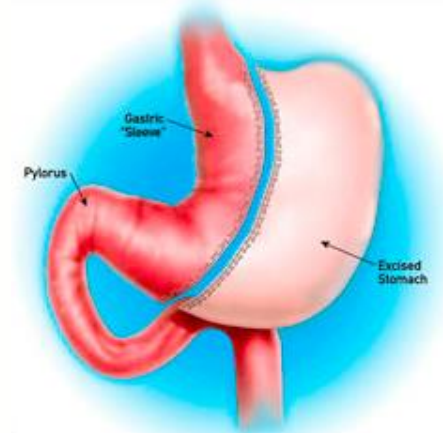


Gestion des risques post opératoires après pose d'un anneau de gastroplastie

- Hémorragie 0
- Perforation digestive: 0



Pas de barrière de sécurité particulière

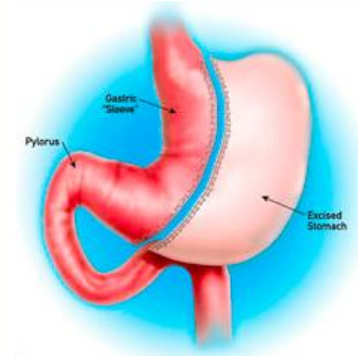


3- Sleeve gastrectomie pour obésité morbide en ambulatoire

(Expérience initiée en 2010 par l'équipe de Amiens: > 200 patients à ce jour)

Technique opératoire

- Agrafage linéaire
- Pas de drainage
- Pas de sonde gastrique



- **Instillation sous phrénique** avec des analgésiques à résorption lente
- **Infiltration de orifices de trocars** avec des analgésiques à résorption lente

Gestion des risques postopératoires après Sleeve gastrectomie

- Hémorragie sur la ligne d'agrafes

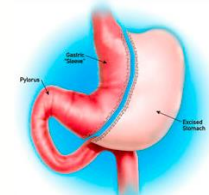
De plus en plus rare
Dans les 6 premières heures
Hémopéritoine

Barrière de sécurité: sortie après NFS

- Fistule sur la ligne d'agrafes

1 à 2 %
grave
J 4
Péritonite localisée ou généralisée

Barrière de sécurité:
consultation à J4 avec NFS et CRP





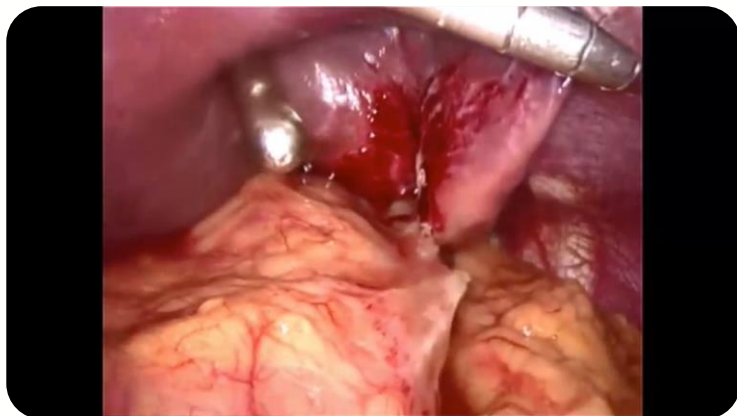
Résultats

• Complications majeures : 5.

➢ Dont 3 reprises chirurgicales:

- Fistule gastrique (3).
- Sténose gastrique (1).
- Hématome intra-abdominal/drainage radiologique (1).

➔ Diagnostic à la consultation de J4





Réussir le virage en chirurgie ambulatoire en France

- Maîtriser la **Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)** du patient après l'acte dans la structure (et à son domicile)
- Maîtriser la gestion **des risques postopératoires** de l'acte (et du patient) dans la structure **et à son domicile**
- **S'appuyer sur de nouveaux modes d'organisation**
- **Informers, former** tous les acteurs



Mode d'organisation à l'hôpital réinventé:

- « **Classiquement** » en France

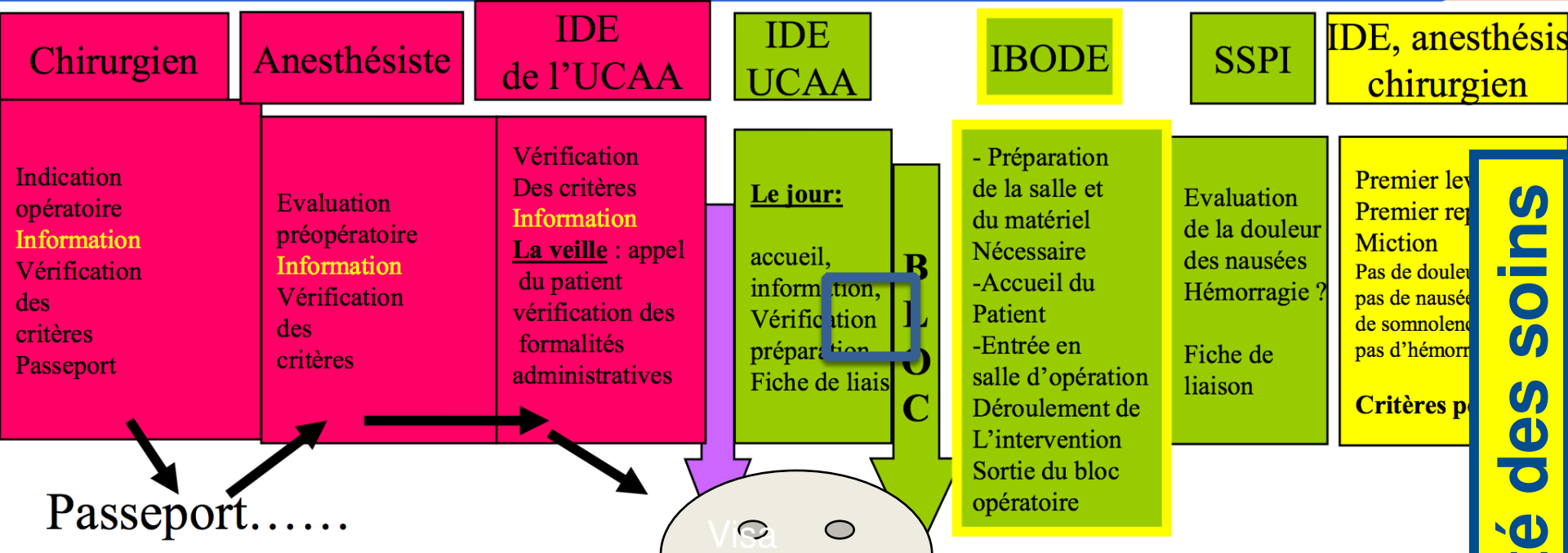
- Hôpital: hôtel... hébergement
- Pas de planification des soins
- Beaucoup de « au jour de jour »: pas d'évaluation de la pertinence des hospitalisations
- Et donc, patients à disposition, **attendant** la disponibilité et la décision des prof de santé
- Arrivée la veille de l'intervention pour ?
- **Tous les patients ont les mêmes rituels de surveillance**



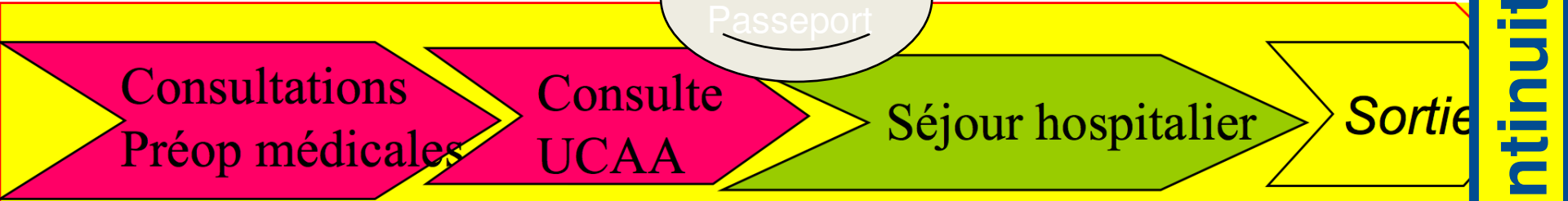
Mode d'organisation à l'hôpital réinventé:

- **Avec la chirurgie ambulatoire : nouvelle organisation, nouveaux repères**
 1. Organisation avec une vision transversale, centrée sur le patient, multi professionnelle et de sa prise en charge globale (en dehors de l'hôpital)
 2. **Chemin clinique: outil de planification**, de caractérisation de chacune des étapes (clés), leurs objectifs, des moyens de les atteindre: anticipation
 3. **Réflexion** en termes objectifs pour les soignants et pour le patient, et les **recommandations** de bonne pratique, qualité
 4. Objectifs définis aussi pour la première fois pour le **patient et en terme de délais**, mais aussi de qualité

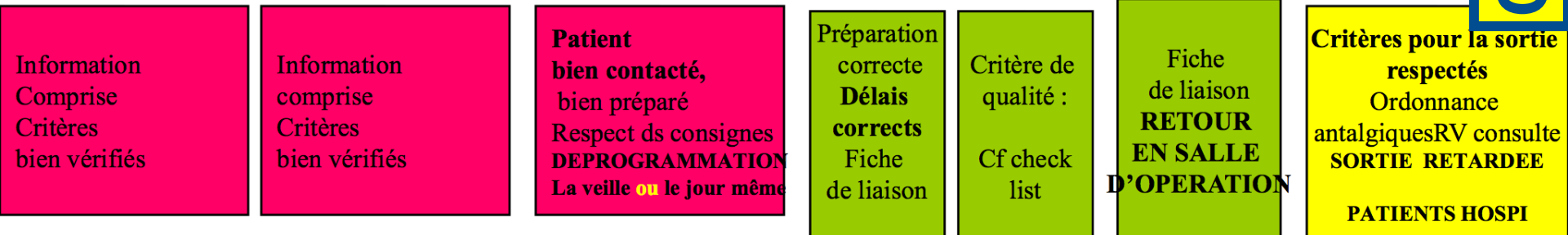
Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire



Passeport.....



Pertinence des actes – Évaluation des délais et du processus global

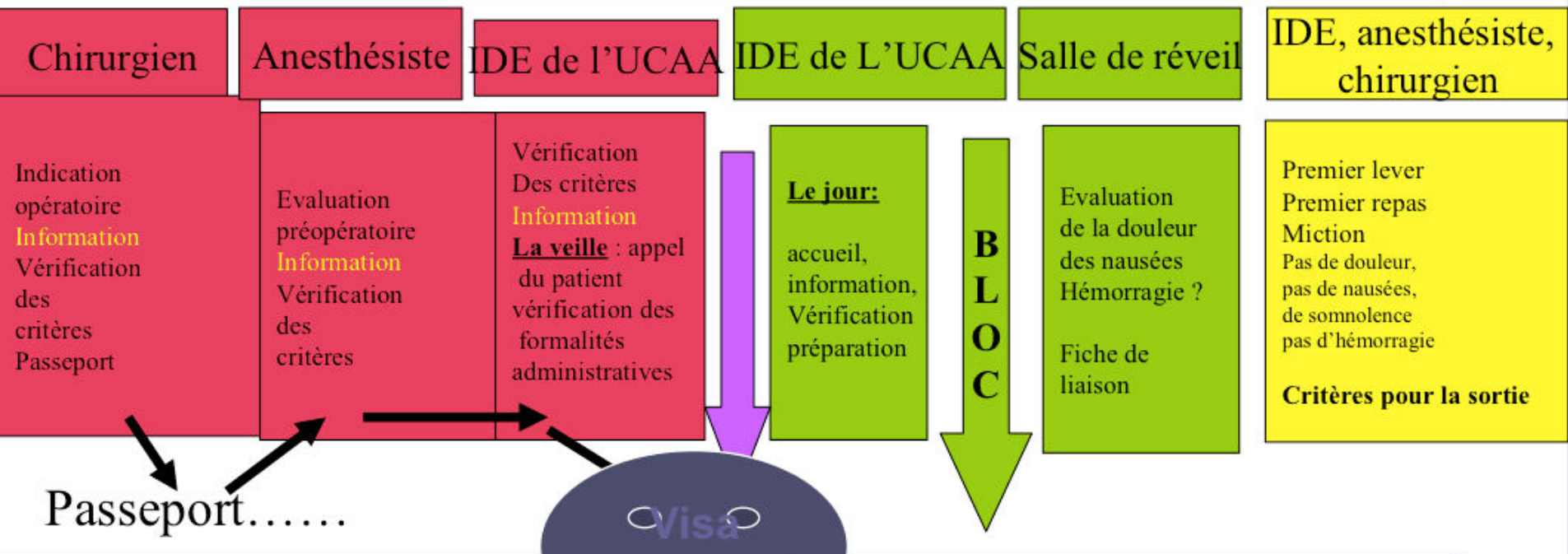


Continuité des soins

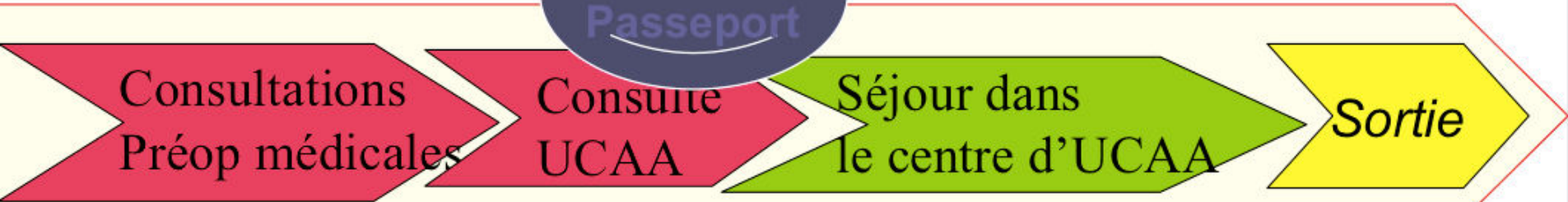
Indicateurs de qualité et de sécurité en chirurgie ambulatoire après la sortie

1. Satisfaction des patients ++
2. Consultations non programmées après la sortie
 1. Globalement
 2. Pour des pathologies ciblées
3. Admissions non programmées après la sortie
 1. Globalement
 2. Pour des pathologies ciblées
4. Réinterventions non programmées
 1. Globalement
 2. Pour des pathologies ciblées

Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire

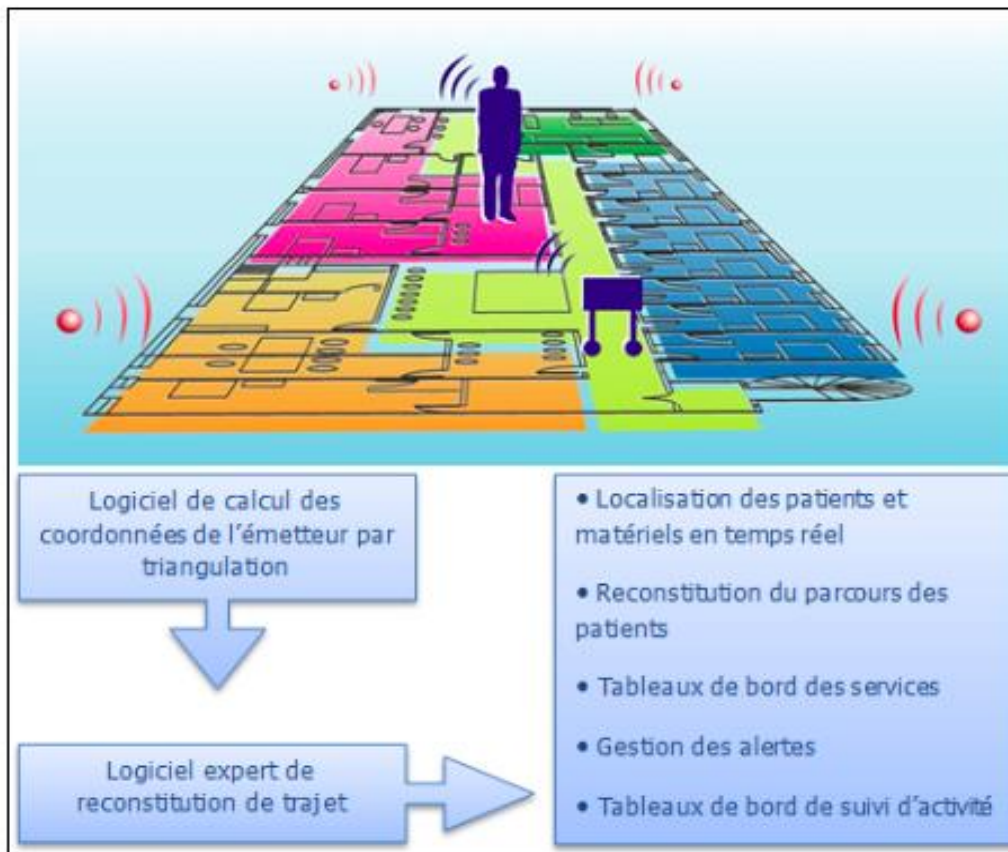


Passport.....



Pertinence des actes – Évaluation des délais et du processus global





Les logiciels développés par Kheops permettent :

- La localisation en temps réels par géolocalisation
- La reconstitution des trajets des patients.

La base de données ainsi obtenue constitue le cœur des outils K-LS :

- **Localisation en temps réel** des patients et des équipements hospitaliers
- **Traçabilité** de la prise en charge
- **Sécurisation et optimisation** des circuits de prise en charges
- Mise en œuvre de tableaux de bord adaptés à votre activité (urgences, blocs opératoires, personnes âgées, etc.)
- **Statistiques d'activité**

Logiciel de localisation du Patient en temps réel

Localisation des patients dans l'UCA

PARCOURS DES PATIENTS

Induction 17 min | Salle 1 188 min | Salle 2 17 min | Salle 3 67 min | S.S.P.I 8 min

13/01/2012 | Choix de secteur : Tous les secteurs | Choix intervention : Toutes les interventions | Menu

J-4 | J | J+1 | Rechercher patient : | Trier par : date d'arrivée

Patient	Accueil adm.	Verrière	Arrivée au prep.	Prêt anesth.	Arrivée au Indu.	Prêt bloc.	Attendu au bloc.	Bloc	Sortie bloc immin.	Entrée S.S.P.I.	Collation	Appel médecin coord.	Prêt à partir	Départ réel	Libér.
LENEVEU (M) 34 ans Ortho 34209	08:11 3 min	08:21 9 min	08:35 13 min	08:33 0 min	08:58 25 min	09:46 47 min	09:46 0 min	10:14 28 min	depuis 52 min			A	P	D	Lib
GUCHET (M) 37 ans Ortho 66321	08:14 3 min	08:21 6 min	09:39 1h17 min	09:49 10 min	depuis 17 min	P	depuis 33 min		S			A	P	D	Lib
MORIN (F) 60 ans Ortho 34214	08:23 3 min	08:35 12 min	depuis 31 min	P		P	A		S			A	P	D	Lib
TRAOUE (F) 27 ans Gynécologie 66305	08:41 3 min	08:48 7 min	08:58 9 min	08:56 0 min	08:59 3 min	08:59 0 min	08:59 0 min	09:22 23 min	09:22 0 min	10:09 46 min	depuis 1h17 min	A	P	D	Lib
MILAUD (M) 20 ans Ortho 66317	10:45 3 min	10:51 6 min	12:05 1h14 min	12:03 0 min	12:35 32 min	13:01 25 min	13:01 0 min	depuis 3h05 min	S			A	P	D	Lib
RSOUAÏ (M) 45 ans Ortho 66311	11:53 3 min	11:58 5 min	12:05 7 min	12:24 18 min	13:19 55 min	13:36 16 min	13:35 0 min	14:30 55 min	14:30 0 min	14:39 8 min	depuis 1h28 min	A	P	D	Lib

Temps réel d'occupation de chaque espace et des salles d'opération

Menu		Taux réel d'occupation des salles												KHEOPS Technologies S.A.	
		Année													
		2011													
		JANVIER	FEBVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAL	
TROS	Salle 1	68:11	51:26	65:44	61:23	64:45	71:55	73:47		71:32	68:23	73:47	30:53	701:37	
	Salle 2	68:14	52:11	60:18	62:03	63:15	69:40	71:53		66:27	64:30	71:53	30:11	680:29	
	Salle 3	59:39	41:46	55:26	55:34	57:24	64:27	64:42		59:33	52:09	64:42	19:46	545:14	
	LCA	195:06	145:24	181:29	175:01	185:25	205:11	210:21		197:14	184:43	210:23	80:52	1977:16	
Taux d'immobilité		22.12%	19.71%	19.11%	21.60%	20.46%	19.62%	20.50%	0.00%	21.17%	18.59%	21.60%	12.76%	17.99%	
Taux de débordement		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
Jours patient présent après 18h		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	

Donner d'emblée aux familles l'horaire de sortie des patients

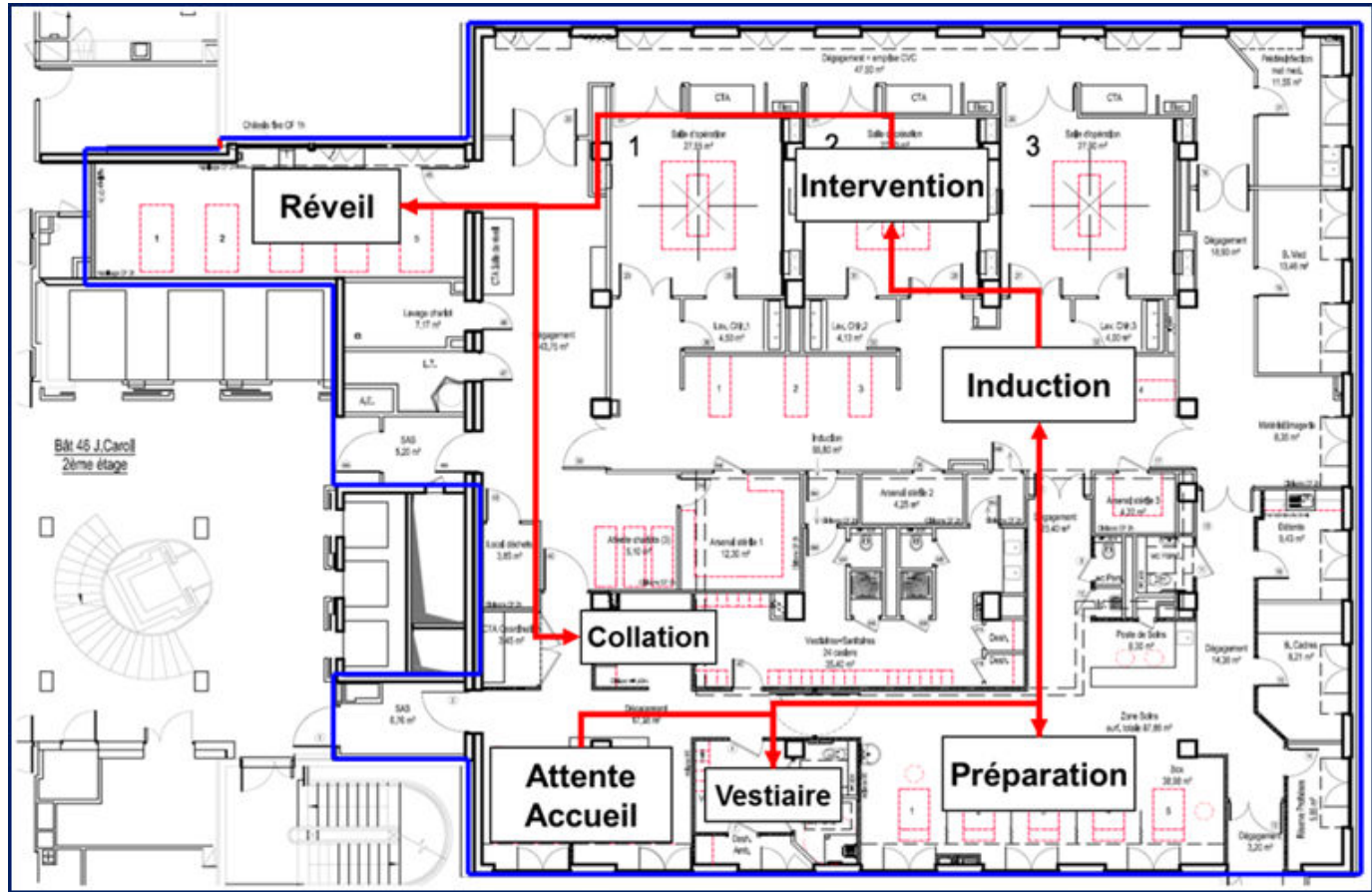
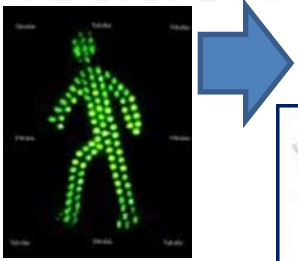


Organisation avec marche en

Bloc dédié

avant

Circulation en sens Unique



- Pas de chambre, pas de place, pas de lit/fauteuil nominatif
- (Vestiaires)

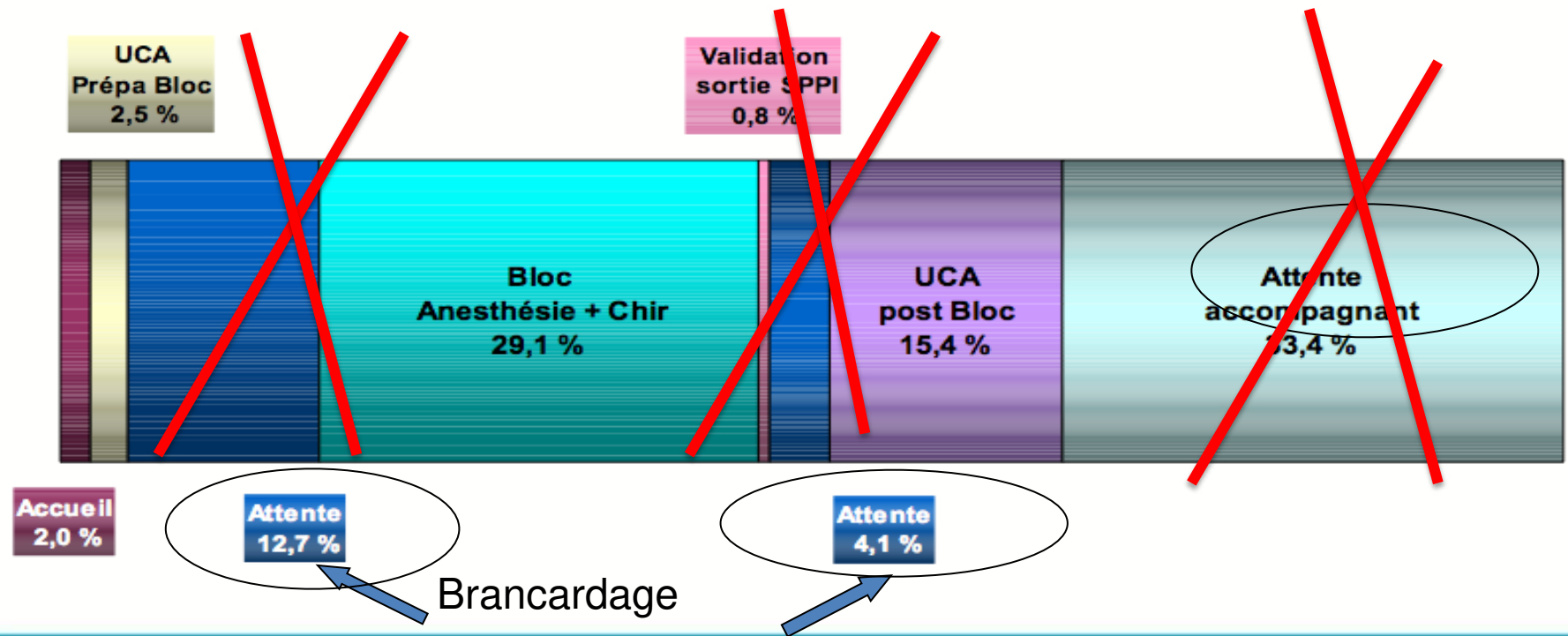


BLOC PARTAGE

Temps patient/acte/structure

Recueil Manuel

Découpage horaire du temps passé par les patients programmés en Ambulatoire Orthopédie UCA UH 762 du 22/11/2007 au 30/11/2007





Informier, former tous les acteurs

- Patients : de façon répétée, en préopératoire, écrite et imagée
- Médecins généralistes : pendant leur formation et avec le courrier pour chaque patient
- Chirurgiens et anesthésistes: pendant leur formation initiale et continue
- Paramédicaux:
 - Pendant leur formation initiale et continue
 - IDE UCA et de ville
 - IBODE et IADE



Conclusions

- Le virage en chirurgie ambulatoire en France nécessite la conjonction de plusieurs capacités des équipes, des directions des établissements, et des professionnels de soins en ville. L'hôpital de demain donnera en grande majorité des soins ambulatoires



Conclusion

- La réussite du virage ambulatoire repose aussi sur une complète modification **des modes d'organisation** s'appuyant sur un chemin clinique qui planifie les soins **à partir d'objectifs pour les professionnels** (de qualité des soins, de sécurité des patients, de pertinence des actes) mais aussi pour le patient, pris dans sa globalité.
- Permettre le circuit du patient dans l'établissement de soins avec le plus de fluidité possible nécessite de modifier les agencements architecturaux, et donc des investissements.



Définition internationale Day surgery:



- Day = **working day (no overnight stay)** (IAAS en 2003)
= « ambulatory surgery », **12 Heures**
= « same-day surgery »,
= « day-only ».



≠ « extended day », « 23 hours », « overnight stay »,
« single night », « short stay ».