



CHIRURGIE PROTHÉTIQUE EN AMBULATOIRE, INNOVATION OU CHANGEMENT DE CULTURE ?

LA PROTHÈSE TOTALE DE GENOU

CLINIQUE SAINTE ODILE – HAGUENAU

ARS AQUITAINE – 29 NOVEMBRE 2018

The most
dangerous phrase
in the language is "we've
always done it this way."

Rear Admiral Grant Hopper



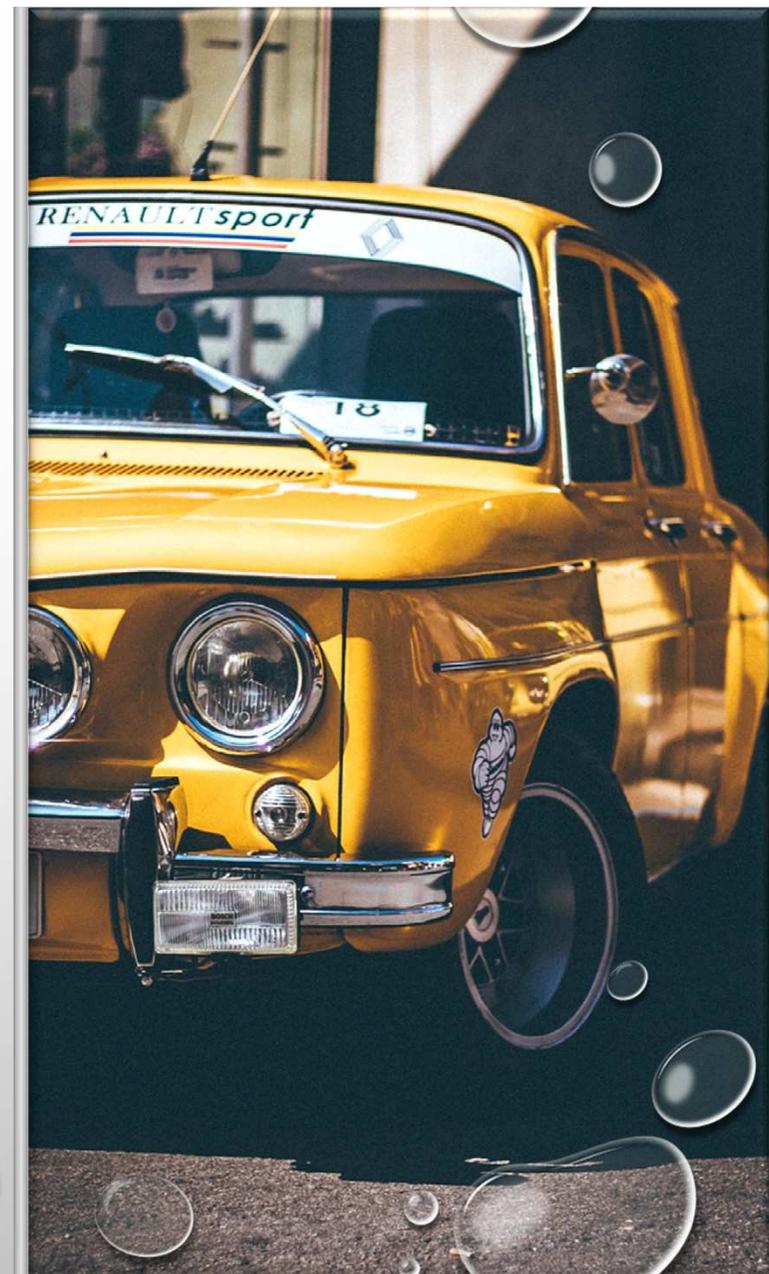
RRAC, RAAC, FAST TRACK, OU...?

C'EST **UN ENSEMBLE DE MOYENS** PERMETTANT **L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ** DE LA PRISE EN CHARGE PÉRI-OPÉATOIRE DU PATIENT

ADAPTABLE ET ADAPTÉ À **TOUS LES PATIENTS**

ADAPTABLE ET ADAPTÉ À **TOUTES LES CHIRURGIES**

IL N'EXISTE **PAS DE CONTRE-INDICATION** À LA RRAC





RÉHABILITATION ?

SI ON DOIT **RÉCUPÉRER**, C'EST QU'ON A **PERDU...**

LE **BUT** DE LA RRAC EST DE **MOINS PERDRE!**
DIMINUER L'IMPACT DE LA CHIRURGIE
ET DE L'ANESTHÉSIE...

ET SI ON VA VITE, C'EST QU'ON A MOINS
DE CHEMIN À FAIRE

CE N'EST **PAS** UNE QUESTION DE
VITESSE...

MAIS DE **DISTANCE!**

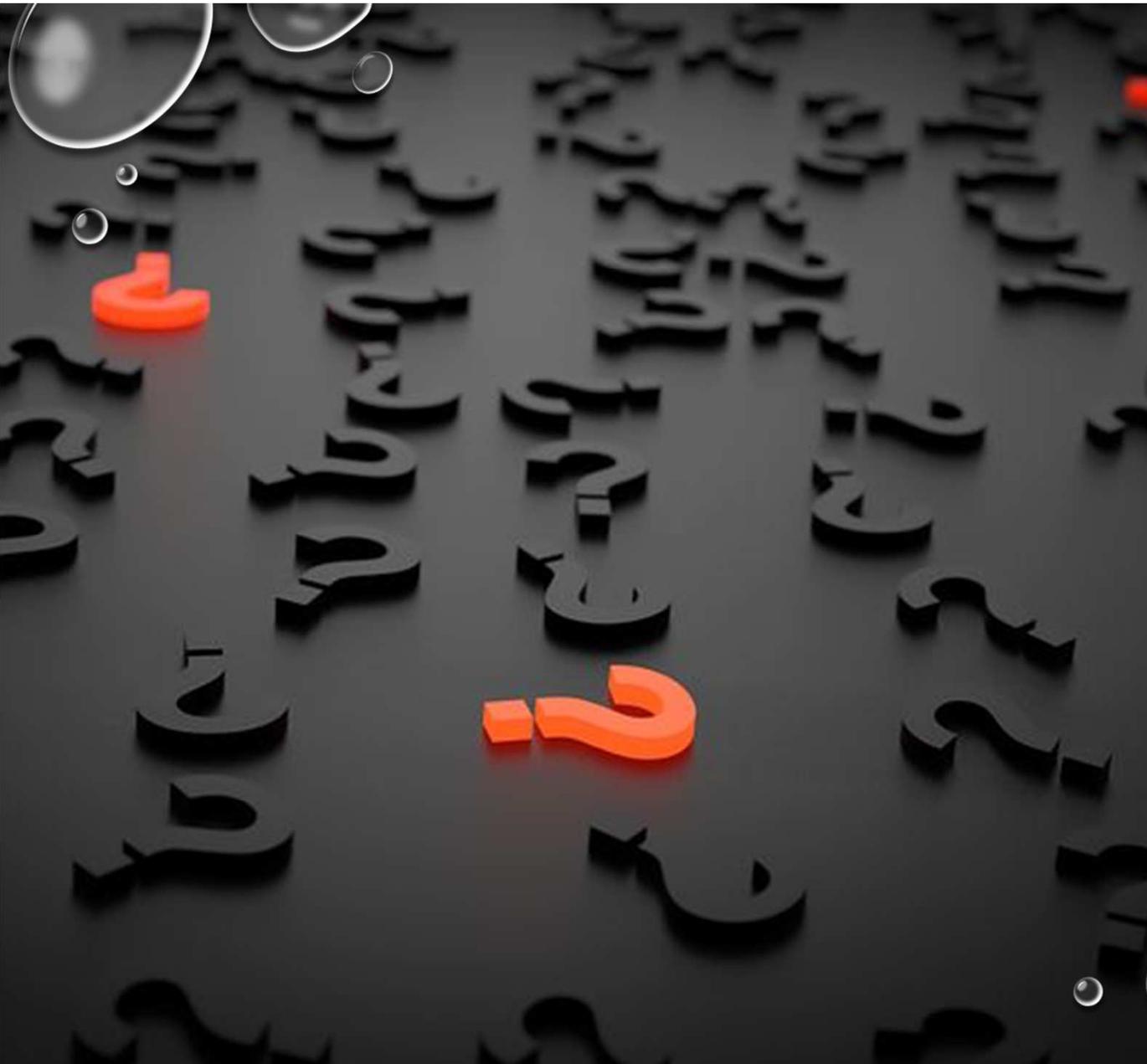


L'AMBULATOIRE ?

CE N'EST NI LA **CHIRURGIE**, NI L'**ANESTHÉSIE**,
QUI SONT AMBULATOIRES,
C'EST **LE SÉJOUR HOSPITALIER** DU PATIENT

C'EST **RÉALISER LE MÊME ACTE** CHIRURGICAL QU'HABITUELLEMENT,
MAIS LE PATIENT RENTRERA **DORMIR CHEZ LUI**

C'EST TRANSFÉRER LE **CONFORT PRÉSUMÉ** DES SOIGNANTS, VERS LE
CONFORT RÉEL DES PATIENTS



POURQUOI ?

30% DE **MORTALITÉ EN MOINS** À 2 ANS, EN CAS D'UTILISATION DE **LA RRAC** SYSTÉMATIQUE

(ÉTUDES SUR 1 500 PTG ET PTH)

INTÉRÊT DE LA RRAC ET DE L'AMBULATOIRE

PROPORTIONNEL À L'ÂGE

EXPONENTIEL À PARTIR DE 85 ANS

COMMENT CONTINUER À FAIRE SANS LA RRAC ?

L'AMBULATOIRE

AU DÉPART, CE N'ÉTAIT PAS UNE **FINALITÉ**,

ET MAINTENANT, C'EST UNE **ÉVIDENCE!**

« **ON EST QUAND MÊME MIEUX CHEZ SOI** » ...



LA **RRAC** DOIT ÊTRE LA PRISE EN CHARGE DE **RÉFÉRENCE**

C'EST TRÈS LONG CHEMIN... POUR LES PROMOTEURS!

ORIGINE

DYNAMIQUE DE **RÉDUCTION** DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
MANQUE DE PLACES À LA CLINIQUE
RAISONS ÉCONOMIQUES (TARIFICATION À L'ACTIVITÉ)

INCITATIONS DU GROUPE CAPIO

RAISONS ÉCONOMIQUES
SAVOIR-FAIRE ET **MÉDECINE DE QUALITÉ**
PARI SUR LES BORNES BASSES !

INTRODUCTION DE **NOUVELLES TECHNIQUES**

LIA (LOCAL INFILTRATION ANALGESIA)
RRAC (RÉCUPÉRATION RAPIDE APRÈS CHIRURGIE)



DÉMARRAGE

MISE EN PLACE DE LA RRAC

LIA : GAIN IMPORTANT SUR LA **DOULEUR**, MOINS D'EFFETS INDÉSIRABLES

CONVAINCRE LES PATIENTS DU **BIENFONDÉ** D'UNE **SORTIE RAPIDE**

RESPONSABILISATION DU PATIENT

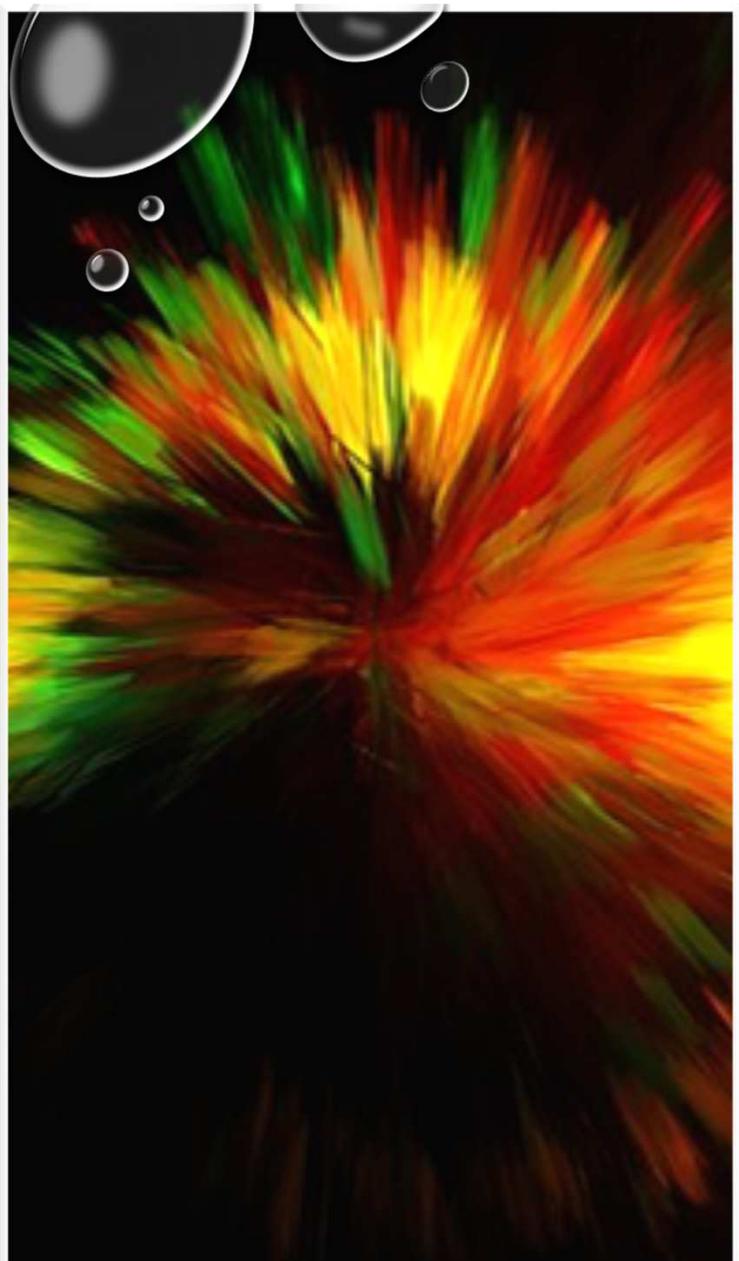
LE **PRÉPARER** AU MIEUX

L'AMENER À **DÉCIDER DE SA SORTIE**

SENSIBILISATION DES **ÉQUIPES**

MÉDICALE, SOIGNANTE, SECRÉTARIAT...





ACCÉLÉRATION

TRÈS RAPIDE

RÉSULTATS TRÈS **ÉTONNANTS** ET SATISFAISANTS

DOULEUR TRÈS **BIEN GÉRÉE**

REPRISE D'**AUTONOMIE** QUASI-IMMÉDIATE

ECOUTE DU PATIENT

CONDITIONS DE L'AMBULATOIRE EN HOSPITALISATION
TRADITIONNELLE

RAPPELS À L'ORDRE

PROBLÈMES TECHNIQUES (LIA, NÉCROSE CUTANÉE...)

EFFET REBOND (FIN DE VIE DE LA LIA)



KNOW THE
RULES

ROUTINE

AMÉLIORATIONS TECHNIQUES

LIA : OPTIMISATION

PAS DE **GARROT**

ANESTHÉSIE (JEÛNE, PAS DE PRÉMÉDICATION, CORTICOÏDES...)

RETOURS DES PATIENTS

OPTIMISATION DU RETOUR À DOMICILE

GÉNÉRALISATION DE L'AMBULATOIRE

MANAGEMENT DU PATIENT, DES ÉQUIPES

INFORMATION PRÉ-OPÉATOIRE,
COACHING DU PATIENT

FORMATION DES ÉQUIPES

RECETTE MAGIQUE ?

CERTAINEMENT PAS,
LE RISQUE MAJEUR EST D'Y CROIRE...

C'EST UN **ENSEMBLE** DE PROCESS

REMISE EN QUESTION **PERMANENTE**

CONSTRUCTION **LENTE**

AJUSTEMENTS **RÉGULIERS**

FORMATION DES ACTEURS

IL FAUT UN « **LEADER** »

RÔLE **ESSENTIEL**





...NE PAS CROIRE...

LA RRAC EST UNE **SIMPLE INFILTRATION** INTRA-ARTICULAIRE

IL SUFFIT DE DONNER DES **BEAUX DOCUMENTS** À MES PATIENTS

L'ORGANISATION QUE J'AI VUE **AILLEURS** EST TRANSPOSABLE CHEZ **MOI**

RRAC = AMBULATOIRE

L'ÉCHEC EST LE PLUS GRAND DANGER !

CHANGER !

LA MISE EN PLACE DE LA RRAC PASSE D'ABORD PAR UN
CHANGEMENT DE **CULTURE**

DES **ACTEURS**

MÉDICAUX

TRAVAIL EN ÉQUIPE... COUPLE CHIRURGIEN ANESTHÉSISTE

EQUIPES DE SOINS

ADMINISTRATIFS

DE L'ÉTABLISSEMENT

TUTELLES

ORGANISMES PAYEURS

DE LA **STRUCTURE**

ORGANISATION ET MANAGEMENT

ARCHITECTURE





Usefull

~~Useless~~

ELIMINER CE QUI EST INUTILE

TOUT EST **PRÉPARÉ AVANT** LA CHIRURGIE
RÉFLEXION SUR **CHAQUE ÉTAPE** DU
PARCOURS DE SOINS

RESPONSABILISER ET DÉFINIR LES RÔLES DE
CHAQUE ACTEUR

LE PATIENT

LES ÉQUIPES

SIMPLIFIER ET ÉLIMINER CE QUI N'EST PAS
NÉCESSAIRE

DURÉE D'HOSPITALISATION

ALIMENT

DRAINAGE

SOINS

...



L'INFORMATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

SURTOUT **AVANT** L'INTERVENTION

CONSULTATIONS

CHIRURGIEN

INFIRMIÈRE

DOCUMENTS DÉTAILLÉS (**SCÉNARIO**)

ANESTHÉSIE PEU INVASIVE

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPÉRATOIRE AGRESSIVE

LE BUT EST DE RÉDUIRE L'IMPACT **PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIQUE** DE L'INTERVENTION

COMMENT ?

AVANT DE DORMIR

IL FAUT ÊTRE À JEUN ?

JEÛNE COMPLET = **STRESS !**

INCONFORT

SOIF

ANXIÉTÉ

INSULINO-RÉSISTANCE

CATABOLISME PROTIDIQUE



LE JEÛNE « MODERNE »

REPAS LÉGER **6 HEURES** AVANT L'ANESTHÉSIE

LIQUIDES CLAIRS JUSQU'À **2 HEURES** PRÉ-OP

BÉNÉFICES DE L'INGESTION D'UNE **BOISSON SUCRÉE**

2 HEURES AVANT L'INTERVENTION

IMPORTANCE D'UNE BONNE INFORMATION



PRÉMÉDICATION

NE PLUS DONNER DE **BENZODIAZÉPINES**

EFFET SÉDATIF PROLONGÉ

ACTION PARADOXALE

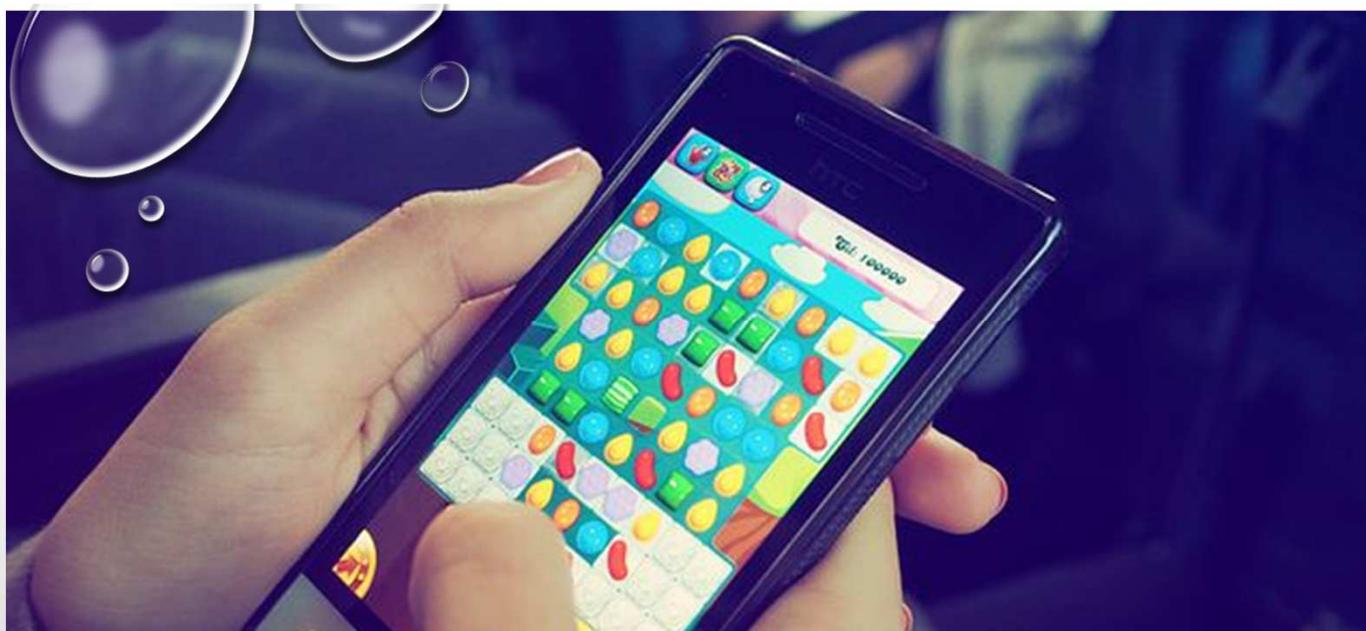
ANXIOLYSE ET LUTTE CONTRE
L'HYPERALGÉSIE

GABAPENTINE (NEURONTIN®) ? **NON
PROUVÉ...**

PRÉMÉDICATION ANTALGIQUE

PARACÉTAMOL

AINS



L'ANESTHÉSIE

MÉDECINE **MOINS** INVASIVE

DOIT PERMETTRE UNE **DÉAMBULATION**
« **IMMÉDIATE** »

CAHIER DES CHARGES **PARTAGÉ** PAR
L'ANESTHÉSISTE ET LE CHIRURGIEN

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PRIVILÉGIÉE

DEXAMÉTHASONE : 0,2 MG/KG

LA CHIRURGIE

INCHANGÉE

PAS DE GARROT

PAS DE DRAINAGE

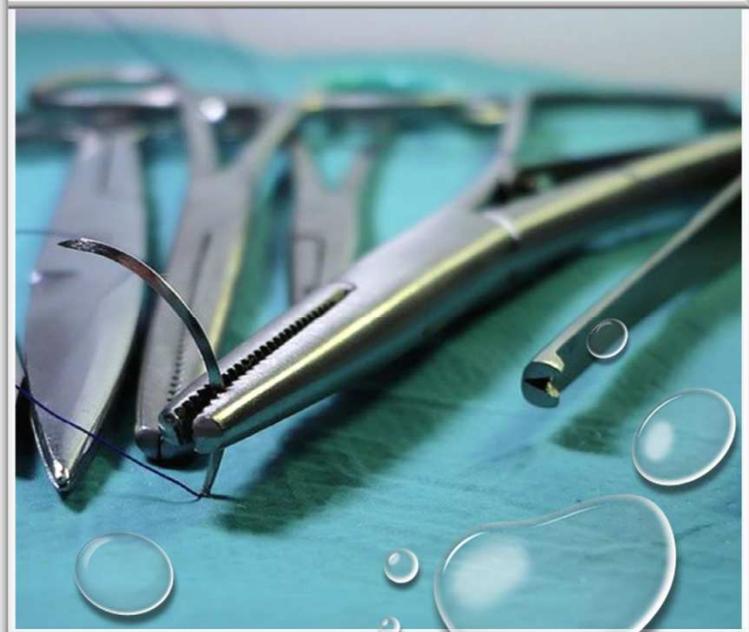
ACIDE TRANEXAMIQUE (EXACYL®)

LOCALEMENT ET PAR VOIE GÉNÉRALE

TECHNIQUES MINI-INVASIVES ?

POUR LA HANCHE

CE N'EST PAS L'OUTIL PRINCIPAL DE LA RRAC





LIA : LOCAL INFILTRATION ANALGESIA

INFILTRATION **PER-OPÉATOIRE**

ROPIVACAÏNE, DEXAMÉTHASONE, ADRÉNALINE

MISE EN PLACE D'UN **CATHÉTER** INTRA-ARTICULAIRE

PAS DE **BLOC MOTEUR!**

RÉINJECTION **LE LENDEMAIN** DANS LE CATHÉTER

ROPIVACAÏNE, DEXAMÉTHASONE

INFIRMIÈRE LIBÉRALE



LA « DÉMÉDICALISATION »

PAS DE DRAINAGE, PAS DE SONDES...

DÉPERFUSION EN SALLE DE RÉVEIL

PREMIER LEVER SANS KINÉSITHÉRAPEUTE

RÉALIMENTATION PRÉCOCE, AU FAUTEUIL

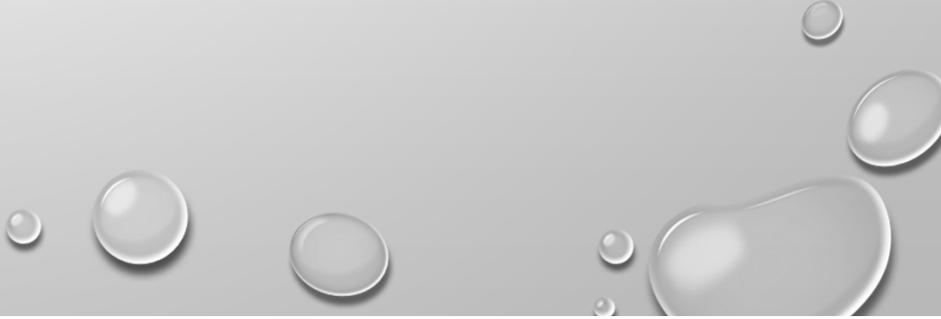
S'HABILLER NORMALEMENT

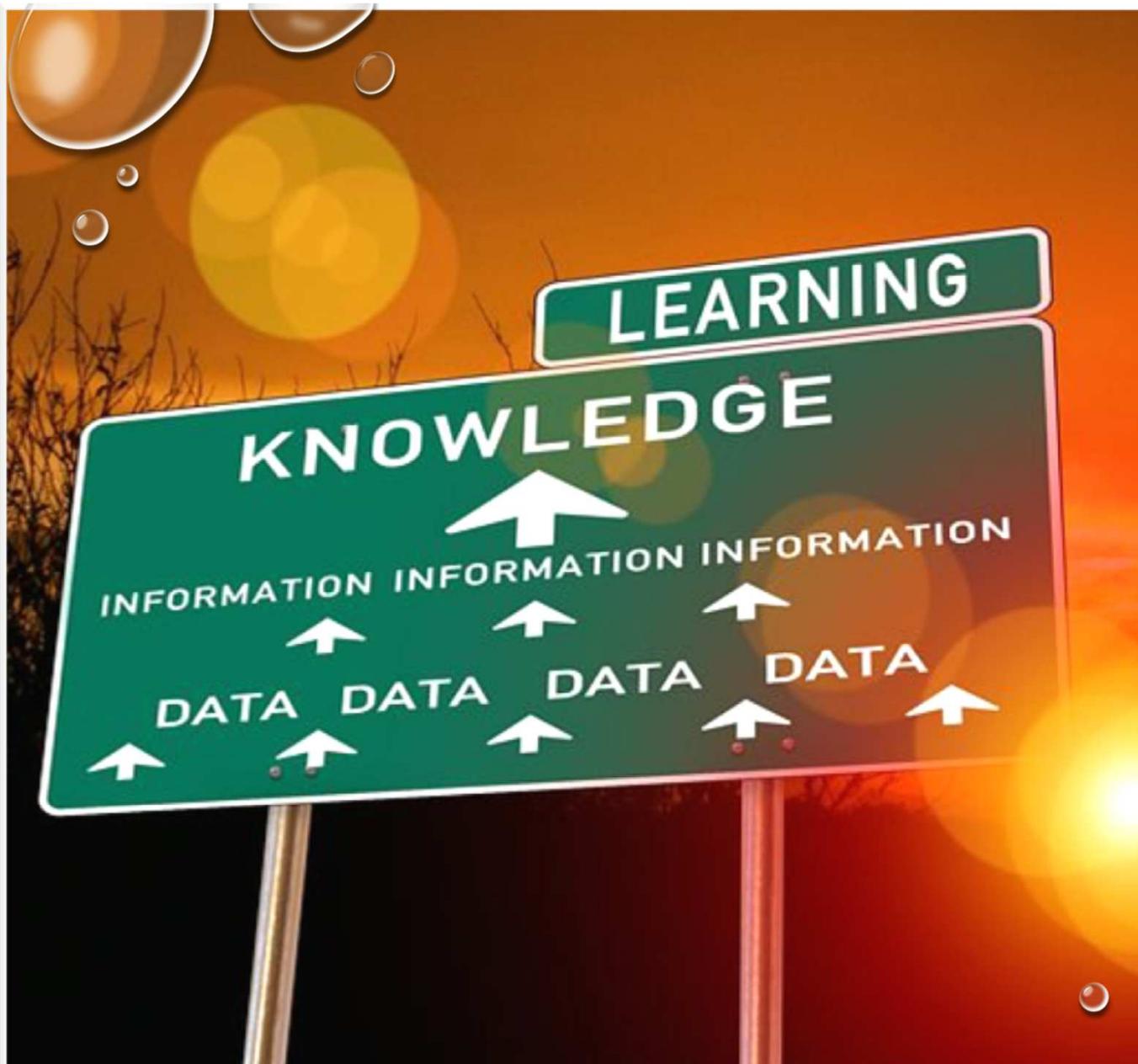
DES PATIENTS,
PAS DES MALADES...



SATISFACTION ?

Vidéos non disponibles





MON EXPÉRIENCE

RECU DE **8 ANS** POUR LA RRAC
PLUS DE **800 PTG** CONSÉCUTIVES

EN AMBULATOIRE :

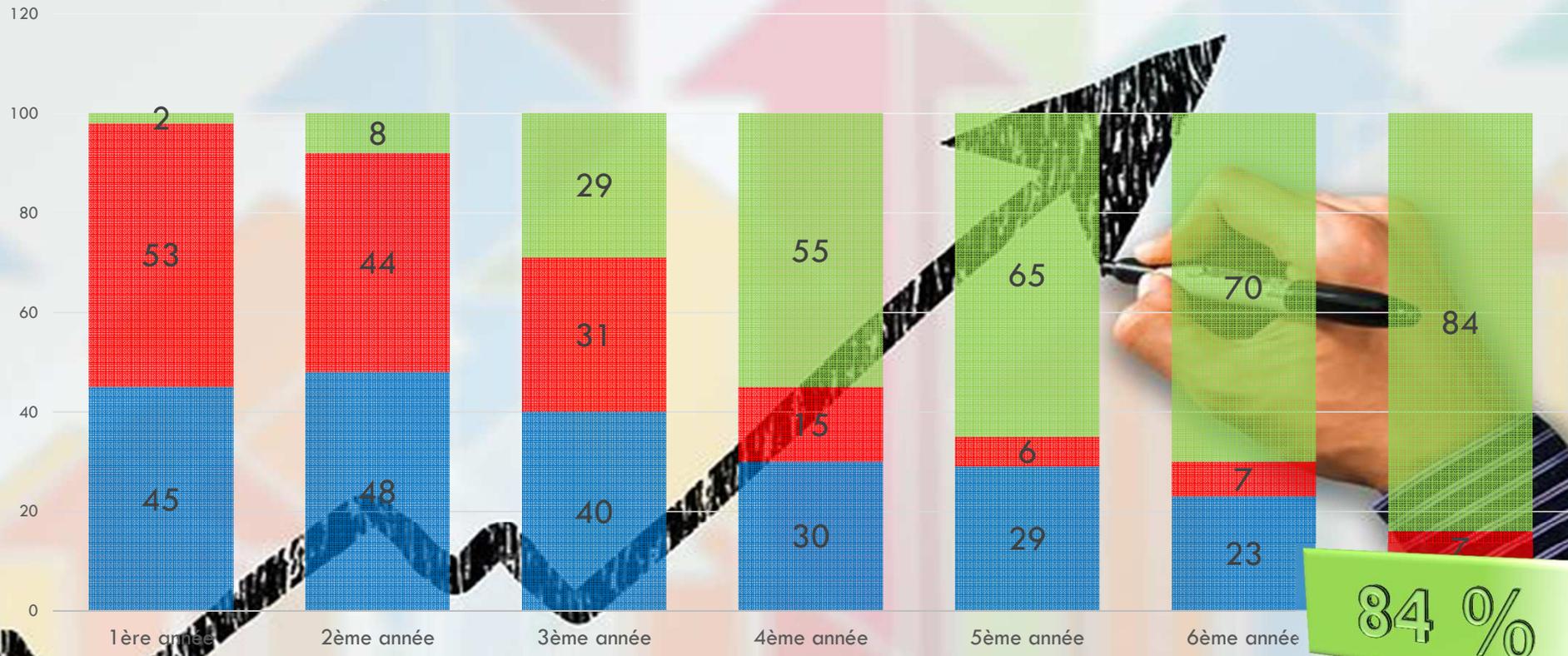
540 PTG (1^{ÈRE} EN MAI 2012)

3 CHANGEMENT DE PUC EN PTG

3 CHANGEMENT DE PTG (1 **CHARNIÈRE**)

EVOLUTION (%)

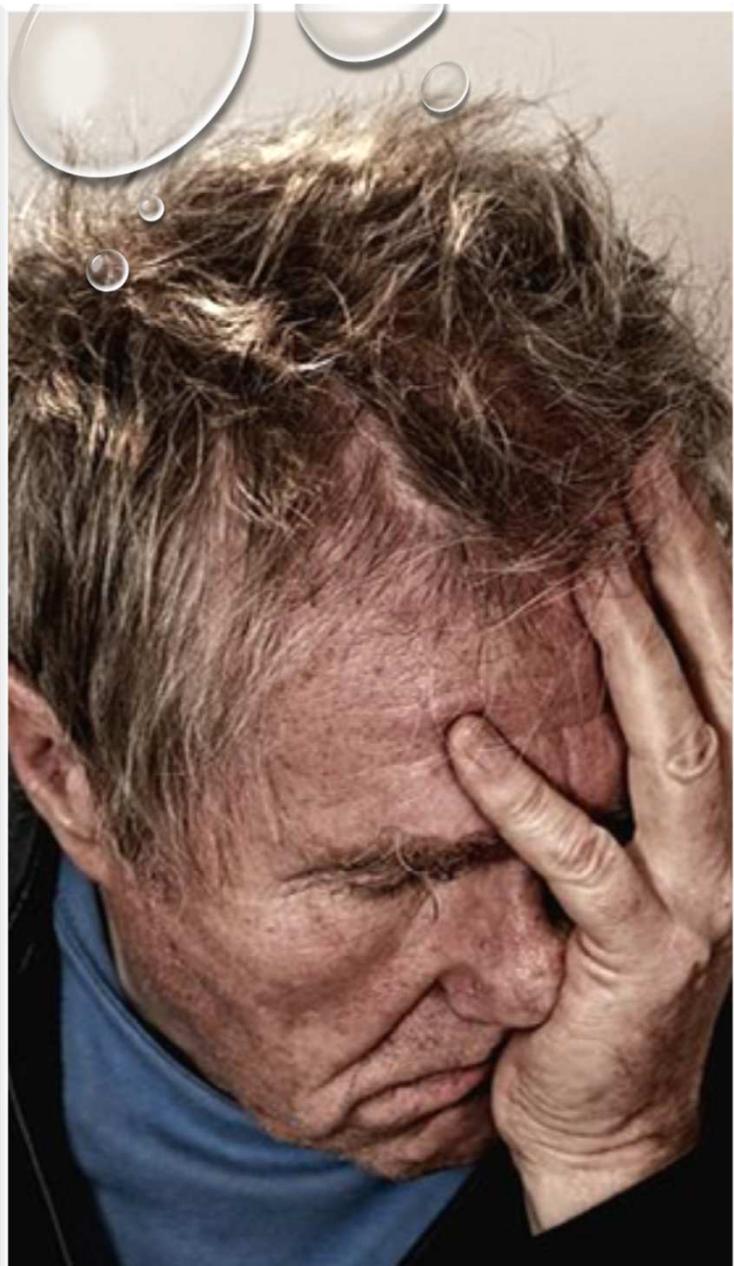
■ Hospitalisation classique ■ Centre de rééducation ■ Ambulatoire



LA SÉRIE



	Globale	Hospitalisation	SSR	Ambulatoire
Moyenne d'âge	67	64	74	63
Plus jeune/âgé	40 / 96	40 / 86	46 / 92	43 / 96
DMS	2,32	1,58	6,08	0



COMPLICATIONS, EN AMBULATOIRE ?

5 CHANGEMENTS DE PTG POUR **SEPSIS** (1 TARDIF, À 6 MOIS)

AUCUNE COMPLICATION **THROMBOEMBOLIQUE**

10 « NON-SORTIES » (2 ERREURS D'INDICATION)

7 RETOURS LE SOIR POUR RÉFECTION DE PANSEMENT

5 RETOURS À DOMICILE

2 GARDÉS POUR LA NUIT (ÉLOIGNEMENT GÉOGRAPHIQUE)

DONT 1 DEPUIS L'UTILISATION D'EXACYL®



C'EST IMPOSSIBLE, JUSQU'À CE QU'ON LE FASSE!

QUI PENSAIT POSSIBLES DES **CAROTIDES** EN AMBULATOIRE ?

C'EST UNE **PRESCRIPTION MÉDICALE**

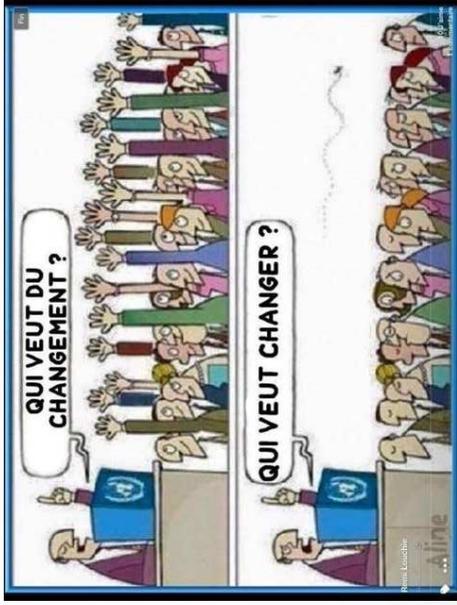
LA RÉCUPÉRATION RAPIDE (OU AMÉLIORÉE) APRÈS CHIRURGIE ET
L'AMBULATOIRE SONT DES **VRAIES DÉMARCHES QUALITÉS**

C'EST UNE **AUBAINE** POUR NOUS, LE SYSTÈME DE SANTÉ,
MAIS SURTOUT **POUR LES PATIENTS**

L'AMBULATOIRE POUR LA PTG? C'EST LA RÉFÉRENCE!



...MERCI...



”Ceux qui pensent que
c’est impossible sont priés
de ne pas déranger”
ceux qui essaient ...



L'OUVERTURE
D'ESPRIT
N'EST PAS
UNE
FRACTURE
DU
CRÂNE