

Rencontre performance

Jeudi

22

Novembre

Développer l'ambulatoire en chirurgie digestive

Professeur Corinne VONS

Chirurgie digestive Hôpital Universitaire Avicenne, AHP

Université de Paris 13

Présidente de l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire
(AFCA) et membre du Comité exécutif de l'**IAAS**

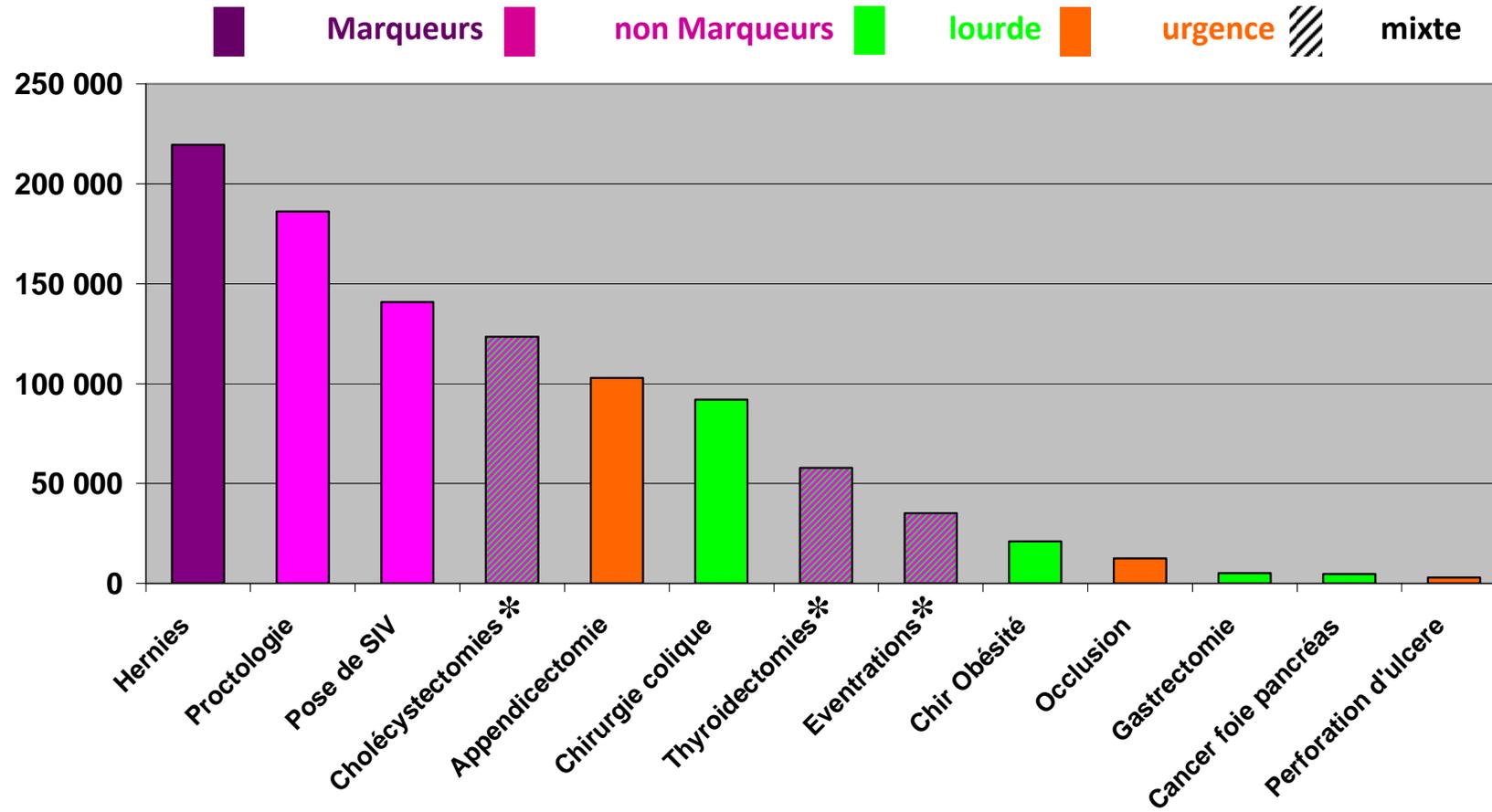
ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Introduction (1)

- Définition internationale de la chirurgie ambulatoire: séjour de 12 heures sans nuit
- Bénéfices démontrés : ISO, accidents thromboemboliques, satisfaction des patients
- **Taux national en France de chirurgie ambulatoire 2017 (nouveau périmètre): 55,9 %**

Spécialités	TAUX AMBU 2016	TAUX AMBU 2017
ORL	58,0%	59,9%
GYNECOLOGIE	56,8%	58,6%
ORTHOPEDIE	43,3%	45%
GENERALE ET DIGESTIVE	31,2%	33,2%
UROLOGIE	40,9%	41,8%

Interventions en chirurgie viscérale / source PMSI 2006



* chirurgie lourde potentiellement ambulatoire pour des équipes ayant parfaitement maîtrisé le bénéfice risque

Taux d'ambulatoire selon les actes marqueurs internationaux en chirurgie générale et digestive

GENERALE ET DIGESTIVE	2016	2017	Evolution
Cholécystectomie	32,0 %	37,1 %	+ 5,1 %
Cure de Reflux gastro œsophagien	3,8 %	4,7 %	+ 0,9%
Hernie de l'aïne	61,3 %	63,9 %	+ 2,6%
Hémorroïdectomie	32,2 %	38,3 %	+ 6,1%
Cure de sinus pilonidal	52,8 %	57,8 %	+ 5 %

Introduction (2)

- Chirurgie en ambulatoire : pas facile
 - Pas juste un problème d'organisation
 - Pas juste inscrire un patient au bloc opératoire et décider qu'il entrera et sortira le jour même
- Plus difficile d'autoriser la sortie d'un patient le jour même que de le garder hospitalisé

- Pour développer de la chirurgie ambulatoire et encore plus la chirurgie digestive, il est nécessaire de **s'appuyer sur les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire**

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et de son éducation: le patient devient acteur de sa prise en charge
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations



Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (1): **Deux principaux objectifs des soins en chirurgie ambulatoire**

1. Permettre un réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en **moins de 6 heures**

La structure devant se donner les moyens humains et organisationnels de le garantir

2. Gérer les risques de complications post opératoires

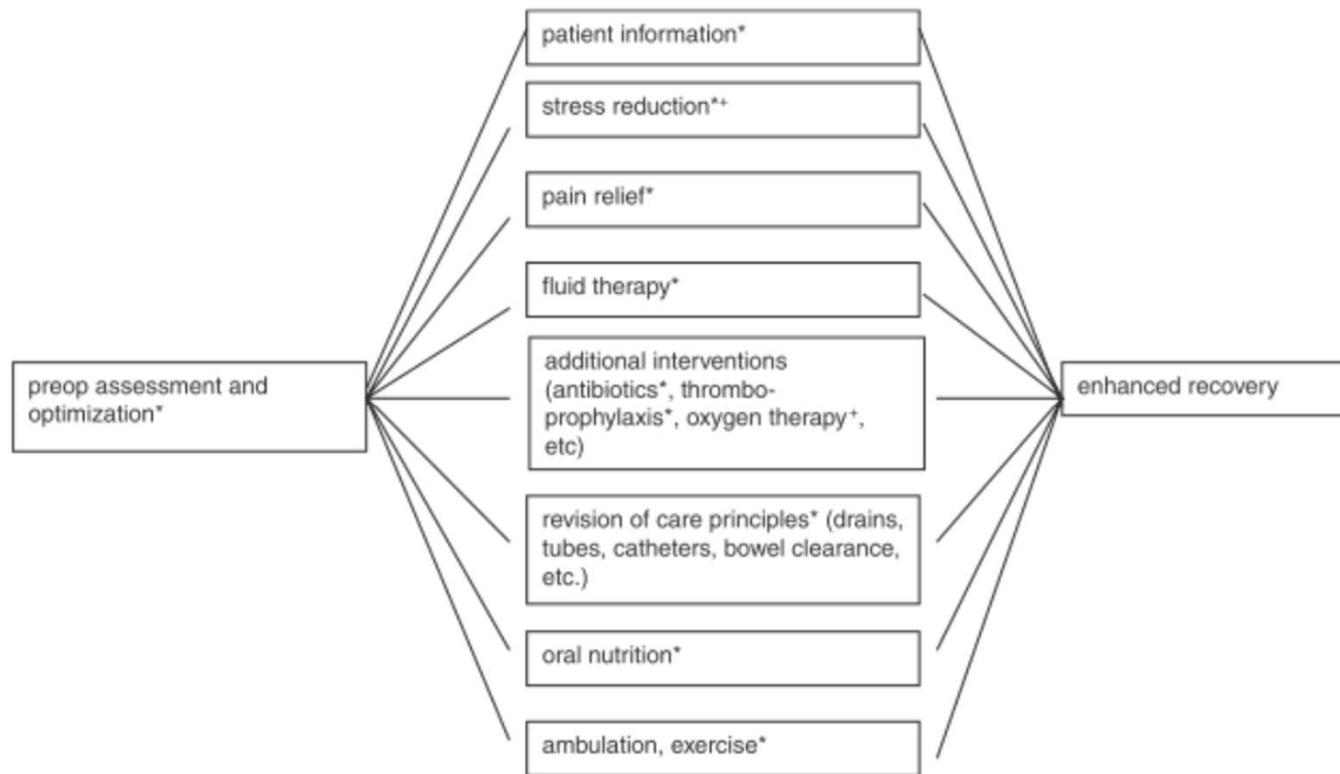
La structure devant se donner les moyens humains et organisationnels de le garantir

Ces capacités s'acquièrent progressivement et donc éligibilité évolutive pour une équipe

La réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

« Définition »

Approche multidisciplinaire de la période péri-opératoire, visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques d'un patient opéré. *Kehlet H. Br J Anaesth 1997*



[Arch Surg.](#) 2011 May;146(5):571-7. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery.

[Gustafsson UO](#)¹, [Hausel J](#), [Thorell A](#), [Ljungqvist O](#), [Soop M](#), [Nygren J](#); [Enhanced Recovery After Surgery Study Group](#).

1

Abstract

OBJECTIVES:

To study the impact of different adherence levels to the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol and the effect of various ERAS elements on outcomes following major surgery.

DESIGN:

Single-center prospective cohort study before and after reinforcement of an ERAS protocol. Comparisons were made both between and across periods using multivariate logistic regression. All clinical data (114 variables) were prospectively recorded.

SETTING:

Ersta Hospital, Stockholm, Sweden.

PATIENTS:

Nine hundred fifty-three consecutive patients with colorectal cancer: 464 patients treated in 2002 to 2004 and 489 in 2005 to 2007.

MAIN OUTCOME MEASURES:

The association between improved adherence to the ERAS protocol and the incidence of postoperative symptoms, complications, and length of stay following major colorectal cancer surgery was analyzed.

[Arch Surg.](#) 2011 May;146(5):571-7. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery.

[Gustafsson UO](#)¹, [Hausel J](#), [Thorell A](#), [Ljungqvist O](#), [Soop M](#), [Nygren J](#); [Enhanced Recovery After Surgery Study Group](#).

Abstract

RESULTS:

Following an overall increase in preoperative and perioperative adherence to the ERAS protocol from 43.3% in 2002 to 2004 to 70.6% in 2005 to 2007, both postoperative complications (odds ratio, 0.73; 95% confidence interval, 0.55-0.98) and symptoms (odds ratio, 0.53; 95% confidence interval, 0.40-0.70) declined significantly. **Restriction of intravenous fluid and use of a preoperative carbohydrate drink were major independent predictors.** Across periods, the proportion of adverse postoperative outcomes (30-day morbidity, symptoms, and readmissions) was significantly reduced with increasing adherence to the ERAS protocol (>70%, >80%, and >90%) compared with low ERAS adherence (<50%).

CONCLUSION:

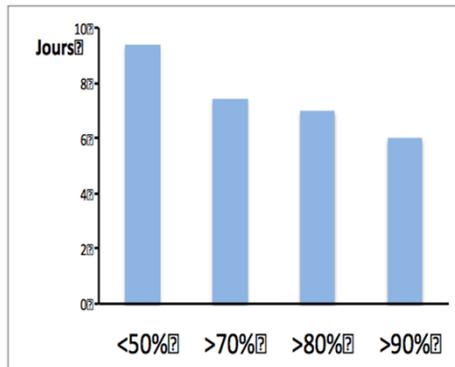
Improved adherence to the standardized multimodal ERAS protocol is significantly associated with improved clinical outcomes following major colorectal cancer surgery, indicating a dose-response relationship.

Comment in

• [Enhanced recovery programs: major benefits demonstrated again.](#)

Plus le programme de réhabilitation est appliqué....

Plus la durée du séjour est raccourcie.....



[Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery.](#)

Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J;
Enhanced Recovery After Surgery Study Group.
Arch Surg. 2011; 146: 571-7.

[World J Surg.](#) 2016 Jul;40(7):1741-7. doi: 10.1007/s00268-016-3460-y.

Adherence to the ERAS protocol is Associated with 5-Year Survival After Colorectal Cancer Surgery: A Retrospective Cohort Study.

[Gustafsson UO](#)^{1,2}, [Oppelstrup H](#)^{3,4}, [Thorell A](#)^{3,4}, [Nygren J](#)^{3,4}, [Ljungqvist O](#)⁵.

2

Abstract

BACKGROUND:

Surgical stress can influence oncological outcome and survival. The enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol is designed to reduce perioperative stress and has been shown to reduce postoperative morbidity. We studied if adherence to ERAS is associated with increased long-term survival.

METHODS:

Between the years 2002 and 2007, 911 consecutive patients, operated with major colorectal cancer surgery at Ersta Hospital, Stockholm, Sweden were analyzed. The histopathological reports of the resected specimen, date, and cause of death of the patients as well as postoperative CRP levels were obtained. The relation between the rate of adherence to the ERAS protocol at the time of surgery, and the short-term outcomes in relation to 5-year overall and colorectal cancer-specific survival was determined in this retrospective cohort study.

RESULTS:

In patients with $\geq 70\%$ adherence to ERAS interventions (N = 273), the risk of 5-year cancer-specific death was lowered by 42 %, HR 0.58 (0.39-0.88, cox regression) compared to all other patients (<70 % adherence). Significant independent perioperative predictors of increased 5-year survival were avoiding overload of intravenous fluids, HR 0.53 (0.32-0.86); oral intake on the day of operation, HR 0.55 (0.34-0.78); and low CRP levels on postoperative day 1.

CONCLUSION:

High adherence to the ERAS protocol may be associated with improved 5-year cancer-specific survival after colorectal cancer surgery.

[JAMA Surg.](#) 2017 Mar 1;152(3):292-298.
Enhanced Recovery After Surgery: A Review.
[Ljungqvist O](#)¹, [Scott M](#)², [Fearon KC](#)³.

Abstract

IMPORTANCE:

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) is a paradigm shift in perioperative care, resulting in substantial improvements in clinical outcomes and cost savings.

OBSERVATIONS:

Enhanced Recovery After Surgery is a multimodal, multidisciplinary approach to the care of the surgical patient. Enhanced Recovery After Surgery process implementation involves a team consisting of surgeons, anesthesiologists, an ERAS coordinator (often a nurse or a physician assistant), and staff from units that care for the surgical patient. The care protocol is based on published evidence. The ERAS Society, an international nonprofit professional society that promotes, develops, and implements ERAS programs, publishes updated guidelines for many operations, such as evidence-based modern care changes from overnight fasting to carbohydrate drinks 2 hours before surgery, minimally invasive approaches instead of large incisions, management of fluids to seek balance rather than large volumes of intravenous fluids, avoidance of or early removal of drains and tubes, early mobilization, and serving of drinks and food the day of the operation. Enhanced Recovery After Surgery protocols have resulted in shorter length of hospital stay by 30% to 50% and similar reductions in complications, while readmissions and costs are reduced. The elements of the protocol reduce the stress of the operation to retain anabolic homeostasis. The ERAS Society conducts structured implementation programs that are currently in use in more than 20 countries. Local ERAS teams from hospitals are trained to implement ERAS processes. Audit of process compliance and patient outcomes are important features. Enhanced Recovery After Surgery started mainly with colorectal surgery but has been shown to improve outcomes in almost all major surgical specialties.

Objectif de la RAAC en
chirurgie ambulatoire?

Gérer tout ce qui peut empêcher le patient de rentrer le soir même à son domicile

1. L'absence de réveil complet
2. Les douleurs
3. Les nausées et vomissements
4. L'anxiété

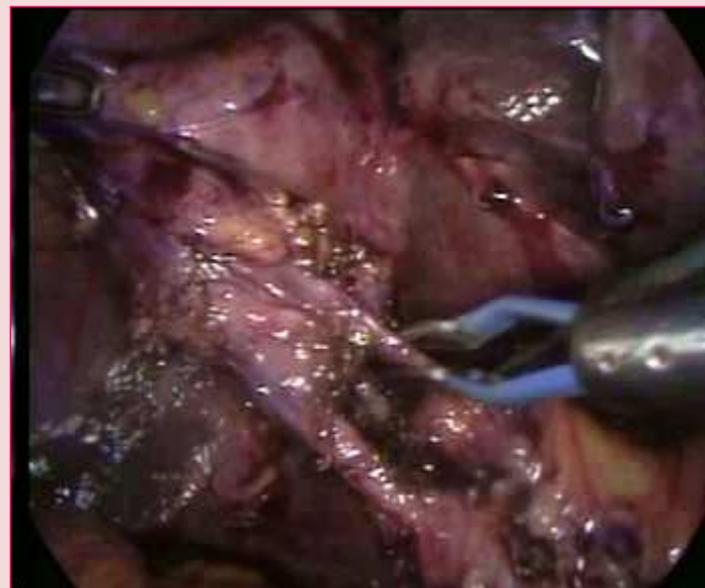
5. La rétention complète d'urine



Réhabilitation Améliorée Après cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire

Pas de particularité technique

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



Réhabilitation Améliorée après cholécystectomie

Eviter les admissions non programmées (14 %) *

1.	Réveil incomplet	50 %	Pas de prémédication	Eviter d'avoir besoin de morphine en SSPI
2.	Douleur résiduelle	25 %	Commencer les antalgiques dès le début de l'intervention	PNP à 9 mm HG
				Utiliser l'analgésie régionale et locale
3.	Nausées	15 %	Commencer les anti émétiques dès le début de l'intervention	Ajouter de la dexaméthasone au dropleptan
4.				
5.	Bloc tardif			Adopter le jeune moderne
Intervention programmée assez tôt, finir avant 15 heures				

*PROSKE JM, DAGHER I, REVITEA C, CARLONI A, BEAUTHIER V, LABAILLE T, VONS C, FRANCO D.

Day-case laparoscopic cholecystectomy: results of 211 consecutive patients. **Gastroenterol Clin Biol** 2007; 31: 421-4.

Réhabilitation Améliorée après thyroïdectomie partielle ou totale en ambulatoire

Pas de particularité technique

- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée progressivement simplifiée (fil > colle)
- Examen histologique extemporané



Réhabilitation Améliorée après résection thyroïdienne partielle

Eviter les admissions non programmées (13, 7%)*

- Nausées : 33 %
 - Commencer les anti émétiques dès le début de l'intervention
 - Adopter le jeune moderne
 - Ajouter de la dexaméthasone au Droleptan
- Vertiges, malaise :anxiété 25 %
 - Information, éducation, évaluation anxiété ++++
- Douleur : 0
 - Infiltrer la sous peau
- Surveillance de moins de 6 heures: 11 %
 - Finir avant 14 heures

*CHAMPAULT A, **VONS C**, ZILBERMAN S, LABAILLE T, BROSSEAU S, FRANCO D.

How to perform a thyroidectomy in an outpatient setting. **Langenbeck's Archives of Surgery** 2009; 394: 897-902



Réhabilitation Améliorée
pose d'anneau de gastroplastie
pour obésité morbide en ambulatoire

Pas de particularité technique

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



Réhabilitation Améliorée après pose d'un anneau de gastroplastie

Eviter les admissions non programmées :

1- Nausées: 80 %

Commencer les anti émétiques
dès le début de l'intervention

2- Douleurs: 10 %

Ajouter de la dexaméthasone
au Droleptan

Commencer les antalgiques dès
le début de l'intervention

3- Anxiété

Infiltrer, instiller des antalgiques à
résorption lente+++

Attitude empathique, gestion centrée
sur le patient, information, éducation



Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (1): **Deux principaux objectifs des soins en chirurgie ambulatoire**

1. Permettre un réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en **moins de 6 heures**

La structure devant se donner les moyens humains et organisationnels de le garantir

2. Gérer les risques de complications post opératoires

La structure devant se donner les moyens humains et organisationnels de le garantir

Ces capacités s'acquièrent progressivement et donc éligibilité évolutive pour une équipe

2- Gérer les risques en chirurgie ambulatoire

C'est gérer quoi ?

Réponse

- C'est gérer **les risques de complications postopératoires**
- Ce n'est pas les maîtriser: on ne maîtrise pas un risque
- C'est gérer les risques de complications pour qu'elles ne soient pas plus graves que si elles survenaient en HC

Gestion des risques de complications postopératoires (1)

1. Classiquement

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



Gestion des risques de complications postopératoires (2)

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

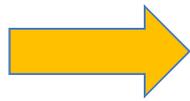
1- Evaluation précise des risques postopératoires



2- Définir les barrières de sécurité nécessaires

Organisation pour la gestion des risques (3)

- Planification des barrières de sécurité,
- Et de leur place sur le chemin clinique du patient



Barrières de sécurité non spécifiques
Barrières de sécurité spécifiques d'une intervention

1-Barrières de sécurité non spécifiques en chirurgie ambulatoire

1.Vérification des critères d'éligibilité (selon acte, patient, et équipe) 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

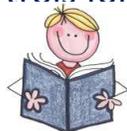
5.Possibilité de contacter l'équipe 24H/24: numéros de téléphone du chirurgien et de l'anesthésiste de garde Check list

6.Appel du lendemain Check list



7^{ème} barrière de sécurité: Information/éducation patient

- **Information** répétée au moins trois fois
- Orale,
écrite,
au mieux visuelle: vidéo: tablette; internet



Peut être délivrée à plusieurs patients en même temps

Pensée comme une préparation à l'intervention (*comme celle d'un accouchement*)

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

LES PROGRÈS DE L'AMBULATOIRE



- **Education du patient:** compréhension de l'utilité des étapes, des prescriptions et notamment de la gestion de la douleur, de sa « surveillance ». Il devient acteur

Barrières de sécurité spécifiques de chaque intervention

Exemples

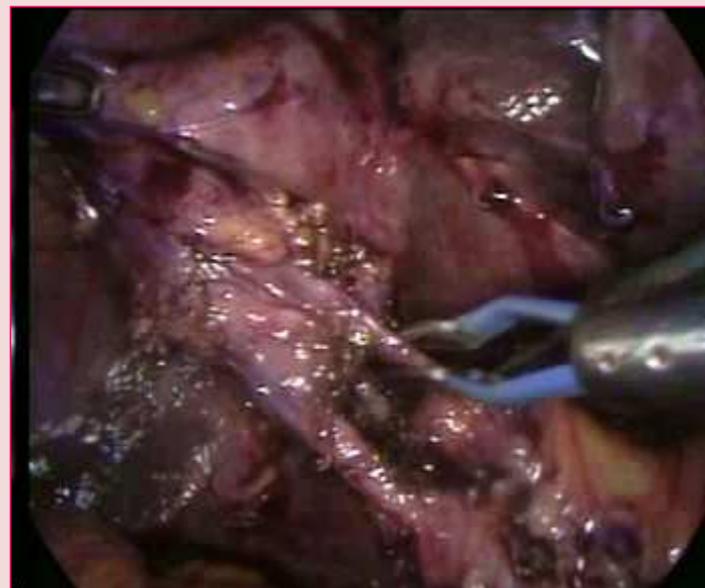


Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire

Gestion des risques postopératoires

Pas de particularité technique

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



Evaluation des risques après cholécystectomie

- Hémorragie
 - Quelle fréquence ? Fréquence < 0,01 %
 - Quelle gravité ? Hémopéritoine aigu
 - Dans quel délai ? < 6 heures
 - Fuite biliaire
 - Barrière de sécurité : Si doute: Surveillance postopératoire de 6 heures ou NFS avant sortie
 - Quelle fréquence ? Fréquence < 0,5 %
 - Quelle gravité ? Pas de traitement super urgent
 - Dans quel délai ? À distance, J3 J4
- Barrière de sécurité: information patient

Thyroïdectomie partielle ou totale en ambulatoire

Gestion des risques postopératoires

Pas de particularité technique

- Hémostase à la pince bipolaire
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée progressivement simplifiée (fil > colle)
- Examen histologique extemporané



Gestion des risques post opératoires

Après résection thyroïdienne partielle et totale

– Hémorragie

- Dans quel délai ?
- Quelle gravité ?
- Quelle fréquence ?
- Facteurs de risque:
- Facteurs favorisants:

70 % < 6 heures

Compressif asphyxiant dans les 4 premières heures

< 0,03 % si sélection prép

Reprise, volume thyr > 80 ml, Nodule > 4 cm,

Lésion récurrentielle, toux, poussée d'HTA

Barrières de sécurité: sélection de l'éligibilité
Surveillance post opératoire de 6 heures
Education du patient+++

- Hypocalcémie si thyroïdectomie totale:

Barrière de sécurité: supplémentation calcium, vitamine D



Pose d'anneau de gastroplastie
pour obésité morbide

en ambulatoire

Gestion des risques postopératoires

Pas de particularité technique

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 durée imposée de surveillance postopératoire
Pas de barrière de sécurité spécifique: information patient

Sleeve gastrectomie
en ambulatoire
Gestion des risques postopératoires

Gestion des risques après Sleeve gastrectomie

Hémorragie

Quelle fréquence ? Fréquence < 0,01 %

Quelle gravité ? Hémopéritoine aigu

Dans quel délai ? < 6 heures

Surveillance post opératoire de 6 heures et/ou Numération globulaire avant la sortie

Fistule digestive

Quelle fréquence ? Fréquence : 0,4 à 3 %

Quelle gravité ? Péritonite

Dans quel délai ? À distance, 3, 4 jours

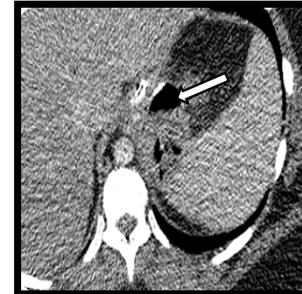
Barrière de sécurité à J 4: NFS et CRP
TDM si anormal

- Hospitalisations non programmées : 7 (5,8%).

- **Complications majeures : 5 (4,1%).**

➤ Dont 3 reprises chirurgicales:

- **Fistule gastrique (n=3; 2,5%,).toutes diagnostiquées à la consultation de J4**
- Sténose gastrique (n=1).
- Hématome intra-abdominal traité par drainage radiologique (n=1).



Video Pr René Amalberti (expert en sécurité des soins)

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et son éducation: le patient devient acteur
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations

Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (2)

Prise en charge globale du patient, information éducation: patient acteur

- Sa satisfaction est un objectif affichée prioritaire, étude de son ressenti (centré sur le patient; expérience patient)
- Gestion de son anxiété
- Donner une information exhaustive
 - Sur le chemin clinique de sa prise en charge:
 - Indications et modalités opératoires
 - Indications et modalités de l'anesthésie et de la chirurgie
 - Sur ses suites opératoires **normales, ou anormales** devant donner l'alerte,
- Information à répéter, formalisée par un document voir si possible une vidéo.

- Education sur le normal, pas normal dans les suites, et la conduite à tenir
- Il prend une part active dans sa prise en charge, et doit être en mesure de choisir son type d'hospitalisation

Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (2)

« Expérience » patient

- On cite souvent l'expression « centrée sur le patient »
- Véritable explication :
 - Son ressenti
 - Son expérience
 - Son histoire est prise en compte
 - On informe, mais surtout on pose des QUESTIONS, on évalue

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et son éducation: le patient devient acteur
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations



Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (3)

Continuité des soins après la sortie

- Responsabilité de l'équipe de l'UCA (médicale et paramédicale) et du couple chirurgien/anesthésiste
 - UCA prend en charge et a planifié la réhabilitation postopératoire à domicile
 - UCA prend en charge et a planifié la gestion des risques postopératoires à domicile

Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (3)

Continuité des soins après la chirurgie

- Le concept étant, **non pas de reconstruire l'hôpital à la maison**, mais de
 - Se poser en permanence la question de **la pertinence** de chaque geste et soin postopératoires (vers la simplification)
 - S'appuyer pour le choix de chaque geste et soin postopératoires sur:
 - Des preuves scientifiques (EBM), ou une argumentation de l'équipe
 - Et pas sur le principe de précaution (doute, au cas où)

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (4)

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et son éducation: le patient devient acteur
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations



Fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (4)

La gestion du flux des patients



Que voyez vous sur cette photo ?

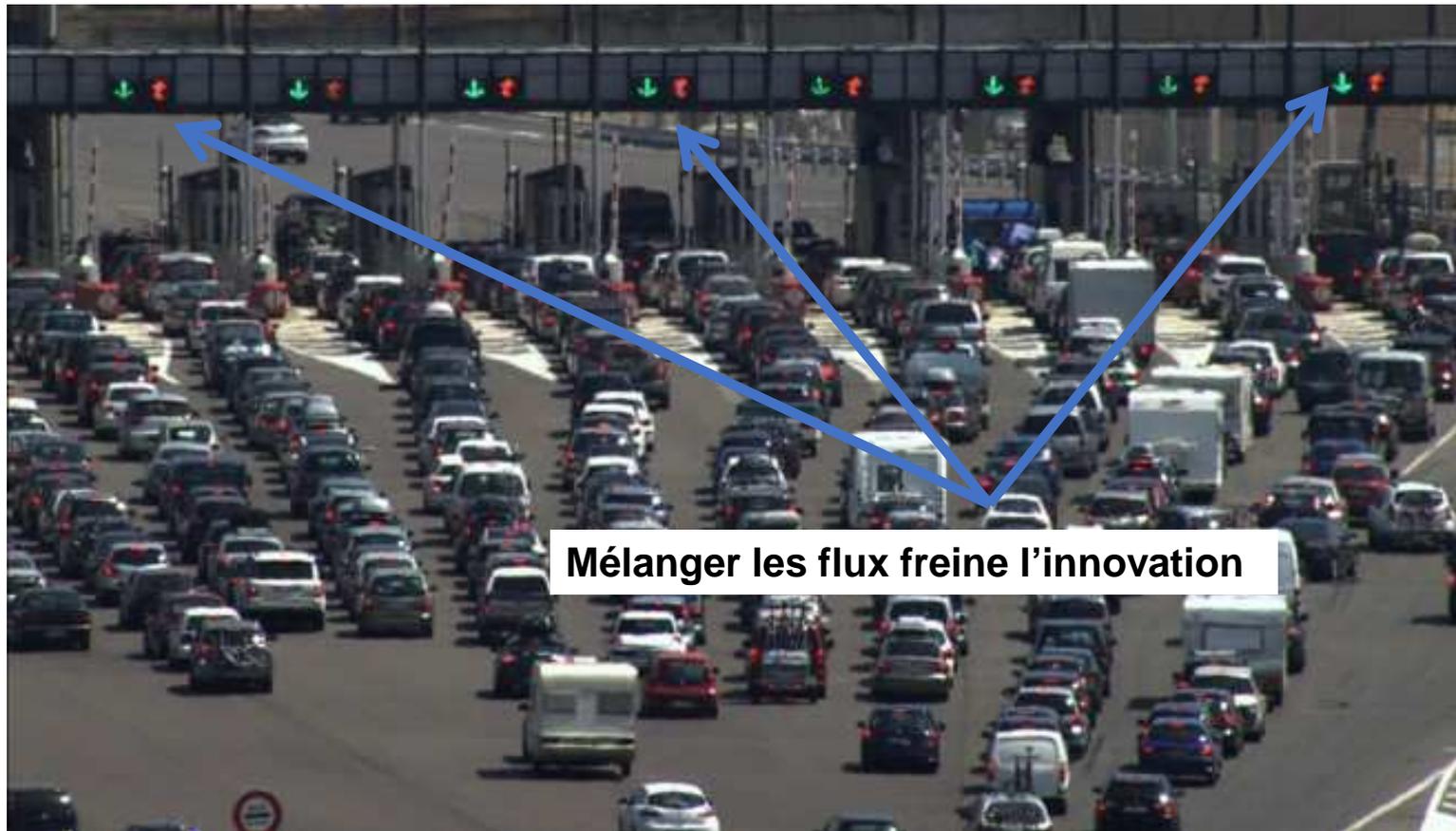
Le plus grand péage d'Europe: Sud de Paris



Disparité d'utilisation



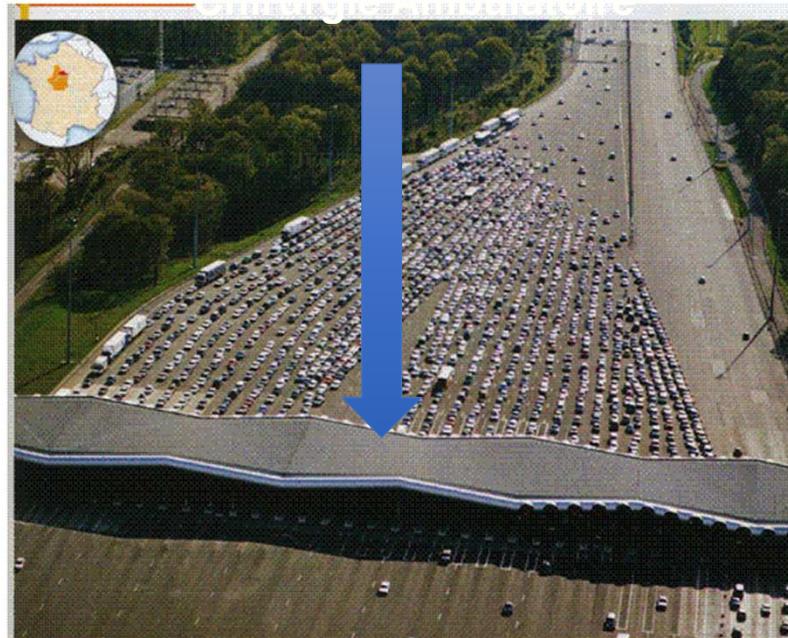
Unité de chirurgie ambulatoire intégrée



Mélanger les flux freine l'innovation

Unité satellite, centre autonome ou indépendant: bloc dédié

*Péage de Saint Arnoult sur l'autoroute A10
(Yvelines)*



Une organisation luttant contre les gaspillages et optimisant ainsi le flux des patients

Théorie organisationnelle (Lean Management)



Exemples de « gaspillage »

1h systématique en SSPI pour un brancardage d'autant que la distance UCA Bloc importante

Temps d'attente :
Signature médicale pour la sortie

Transfert multiple de patient

Accumulation de patients
Tous les patients à 8h

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et son éducation: le patient devient acteur
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations



Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (5)

Nouvelles organisations

1. Organisation des soins: le chemin clinique
2. Organisation spatiale

Mode d'organisation des soins à l'hôpital réinventé (1)

Classiquement » en France

- « Hôpital: hôtel... **hébergement**
 - Pas de planification précise 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**
- **Hôpital = hôtels!**
- **(et les plus résistants veulent refaire des hôtels-hôpitaux)**

Mode d'organisation à l'hôpital réinventé (2)

Le chemin clinique

1. **Planification à l'aide d'un chemin clinique:** , - - Description de chacune des étapes : anticipation
2. - Elaboration de façon **multi-professionnelle et multi-métier, de la prise en charge globale du patient (en dehors de l'hôpital)**
3. - **Prise en charge centrée sur le patient (son ressenti)**
4. - **Réflexion en termes d'objectifs de chaque étape pour les soignants et pour le patient, et les actions pertinentes à mettre, en œuvre s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques (EBM), de qualité**

Objectifs définis aussi pour la première fois:

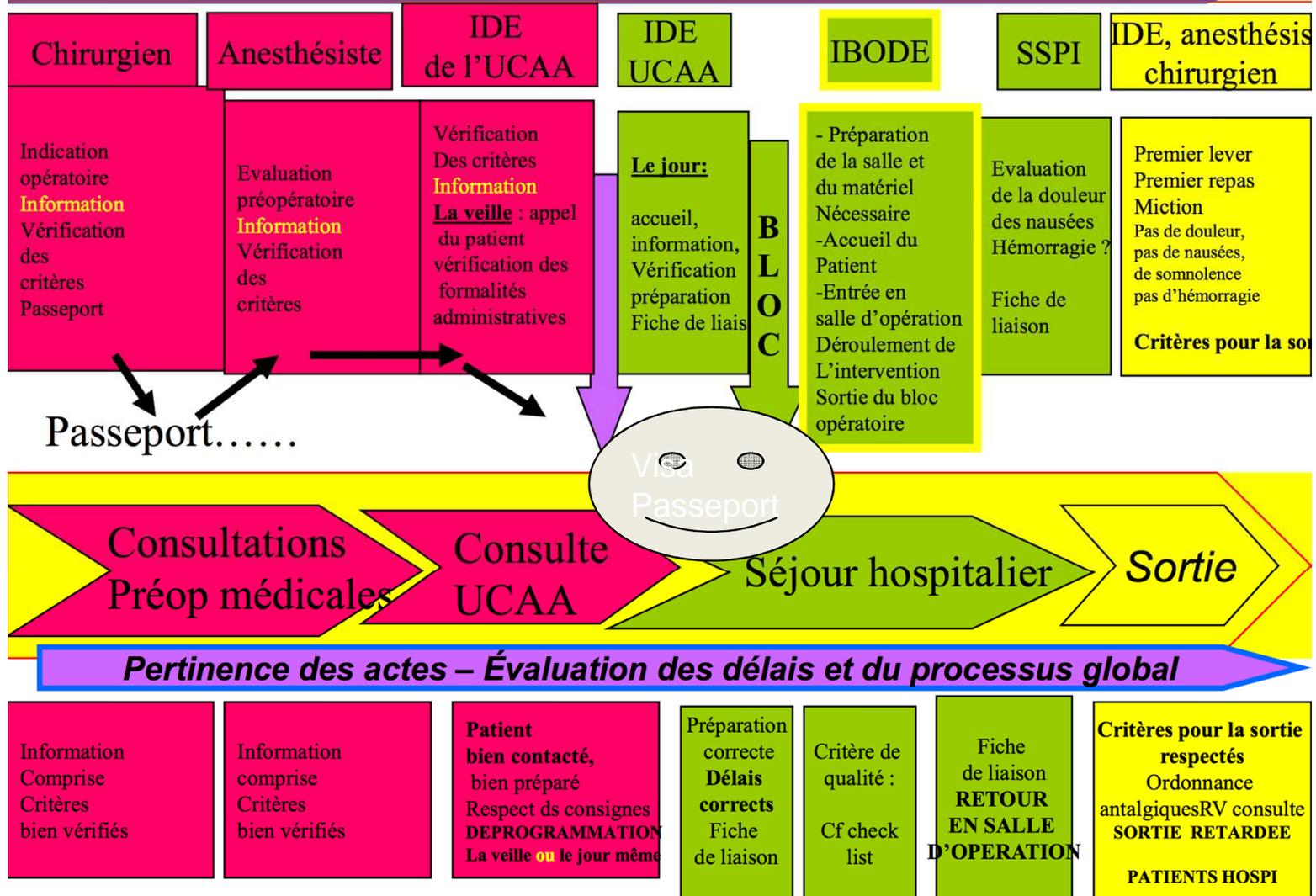
1- pour le **patient et**

2- en terme de délais,

3- sur preuves scientifiques

4- mais aussi de qualité et sécurité

Chemin clinique -Chirurgie ambulatoire



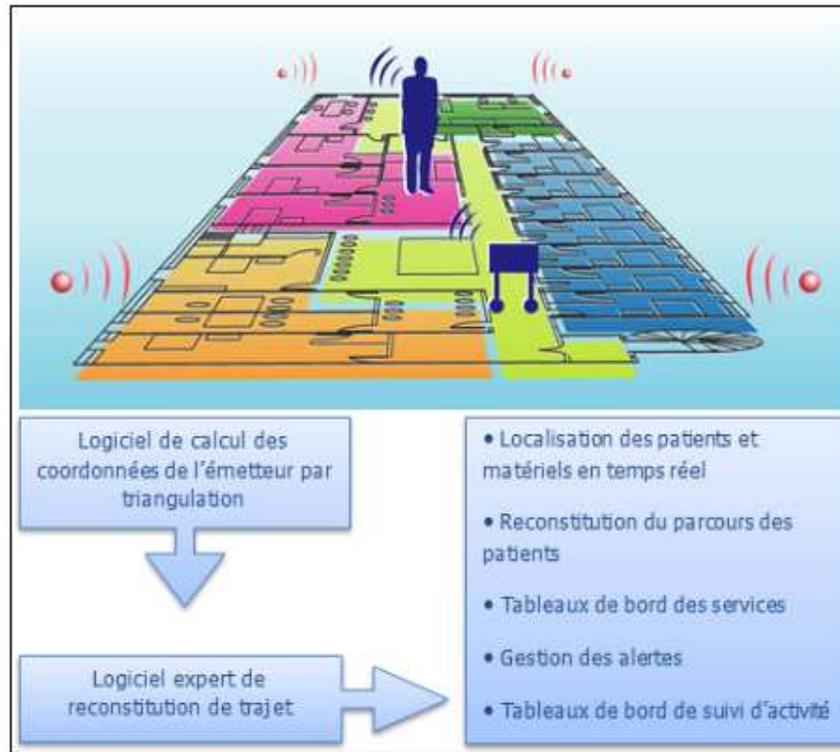
Continuité des soins

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire (5)

Nouvelles organisations

1. Organisation des soins: le chemin clinique

2. Organisation spatiale



Logiciel de localisation du Patient en temps réel



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**

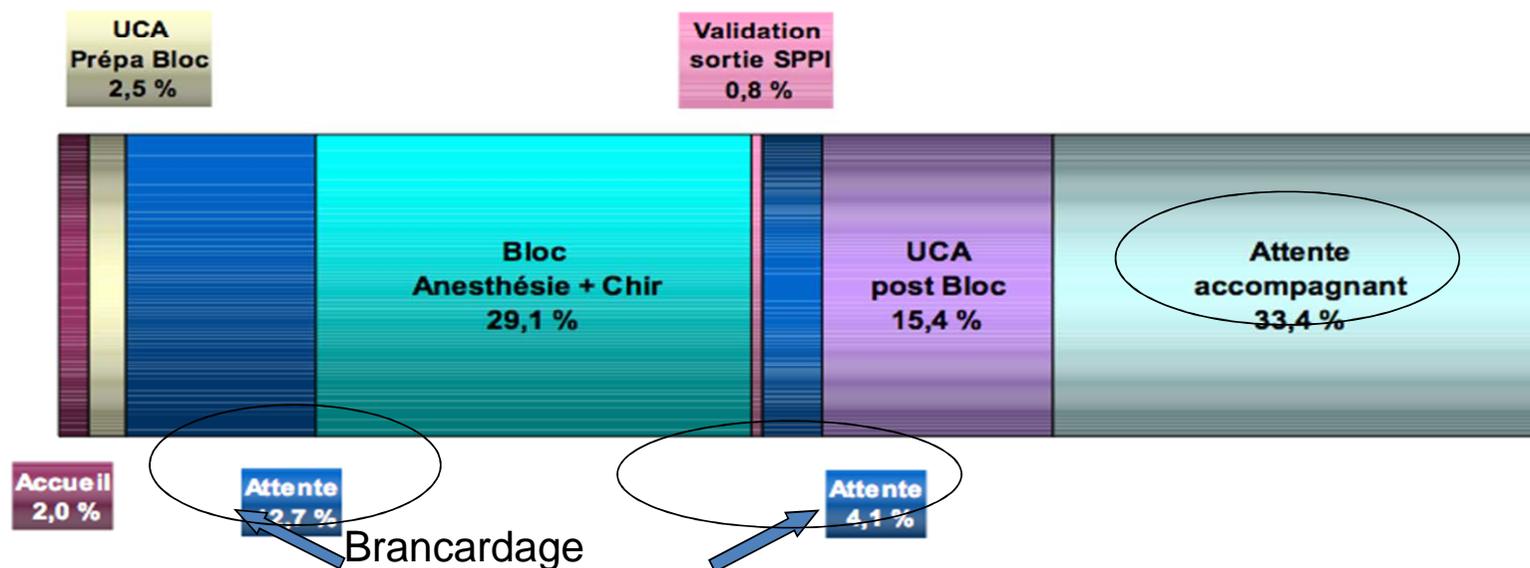


BLOC PARTAGE

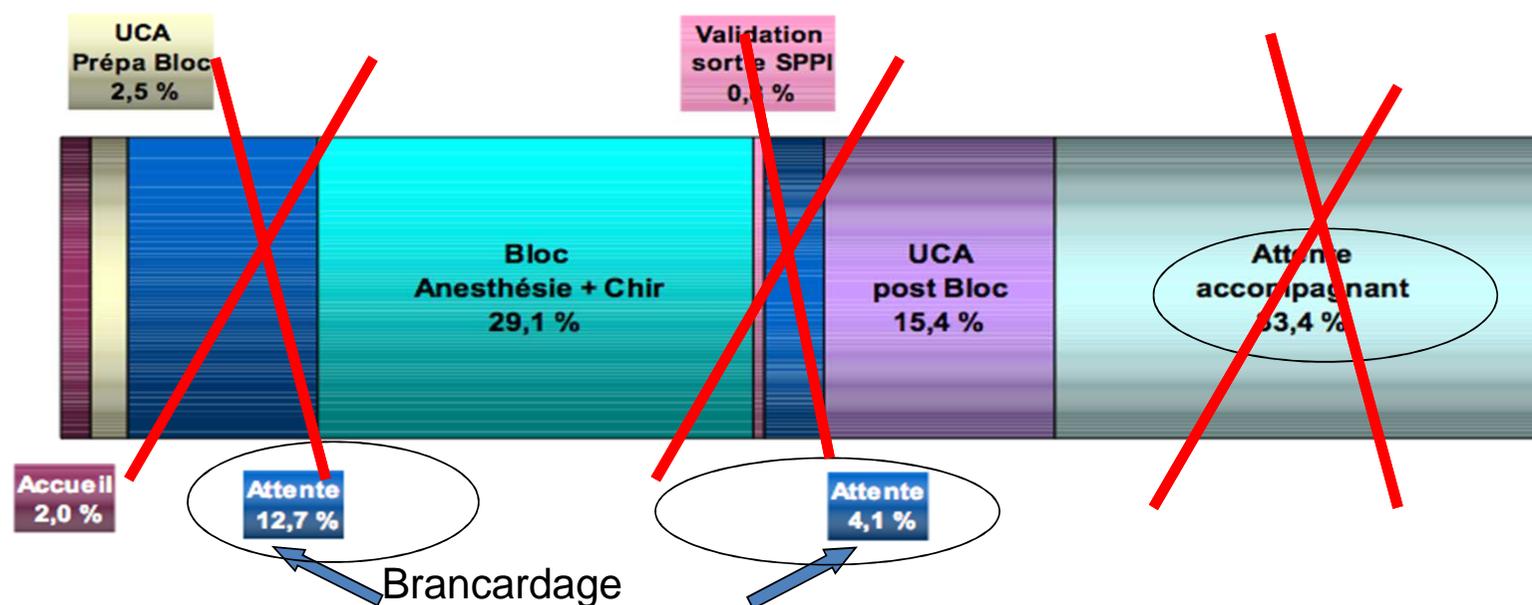
Temps patient/acte/structure

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



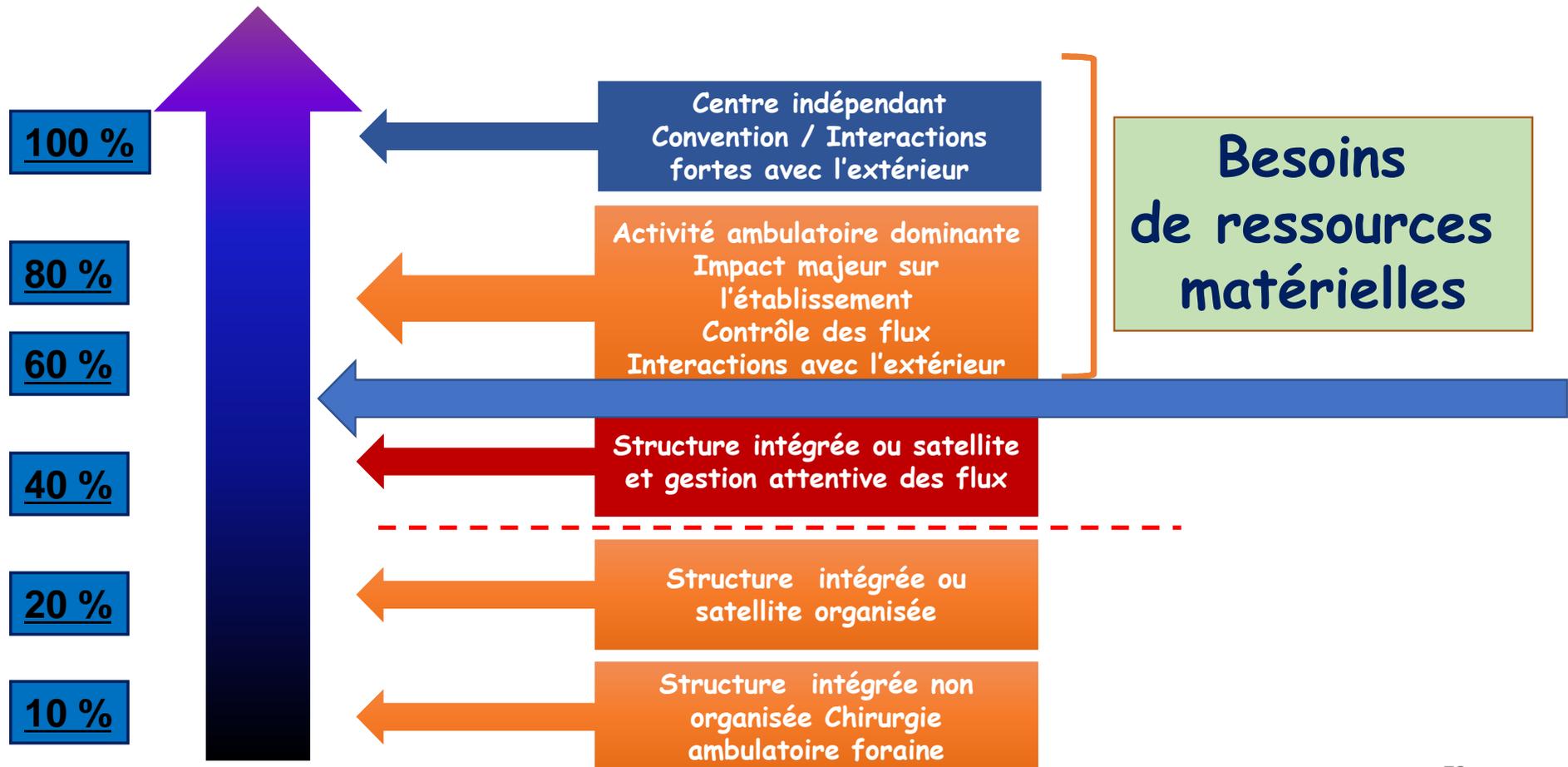
Découpage horaire du temps passé par les patients programmés en Ambulatoire Orthopédie UCA UH 762 du 22/11/2007 au 30/11/2007



Freins à la chirurgie ambulatoire ont été alimentés par :

- Absence de moyens : pas de ressources matérielles adaptées pour supprimer les freins aux flux des patients, et assurer leur autonomie
 - Absence de mitoyenneté / bloc UCA
 - Absence de bloc/ salle d'op dédiée
 - Absence de support d'opération et de transport unique
 - Pas de marche en avant
 - Circuit dossier complexe : pas d'informatisation

Attention au plafond de verre



Conclusions (1)

- Le développement de la chirurgie ambulatoire et d'autant plus en chirurgie digestive, en France nécessite la conjonction de plusieurs « savoir faire » des équipes, des directions des établissements, et des professionnels de soins en ville

Conclusions (2)

- Les équipes doivent avoir la capacité de permettre une **Récupération Améliorée Après Chirurgie** en maximum 6 heures et de **gérer les risques postopératoires**, et ceci d'autant plus que l'acte, et le patient, sont lourds.
- Le mode de **prise en charge des suites opératoires**, innovant, où le patient est acteur, fait comprendre qu'en chirurgie ambulatoire, **il ne s'agit pas de refaire l'hôpital à la maison**, même pour une intervention lourde, mais de mener une **culture de simplification, de pertinence** en se limitant à ce qui est suffisant et nécessaire pour **assurer la qualité des soins et la sécurité du patient, comme s'il était à l'hôpital**.

Conclusion (3)

- La réussite du développement de la chirurgie digestive ambulatoire repose aussi sur une complète modification **des modes d'organisation** s'appuyant sur des chemins cliniques 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.

Take home messages

Les fondamentaux de la chirurgie ambulatoire

1. Bien comprendre les objectifs des soins en chirurgie ambulatoire
 1. Réhabilitation postopératoire en moins de 6 heures
 2. Gestion des risques postopératoires
2. Intégrer l'importance de la prise en charge globale du patient, de son information et son éducation: le patient devient acteur
3. Ne pas oublier la continuité des soins après la sortie
4. Etre attentif à la gestion du flux des patients
5. S'appuyer sur de nouvelles organisations des soins et agencements architecturaux

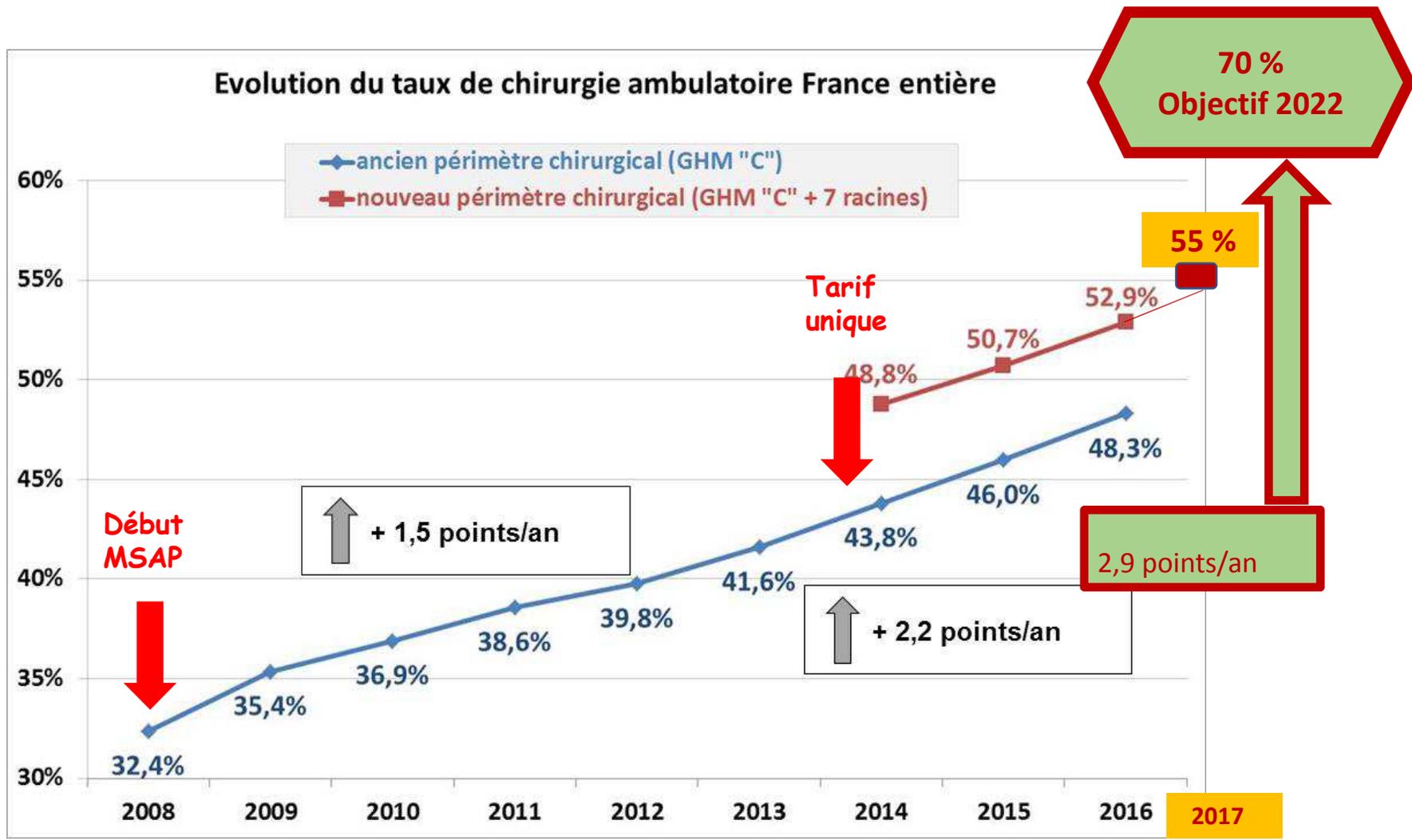
AU PALAIS DES CONGRES D'ISSY LES MOULINEAUX

JAB 2019

**Les 8èmes Journées Nationales de Chirurgie
Ambulatoire**

SAVE THE DATE

**DU 30 AU 31
JANVIER 2019**





Définition internationale Day surgery:



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

NON ! † « extended day », « 23 hours », « overnight stay »,
« single night », « short stay ».