

# 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



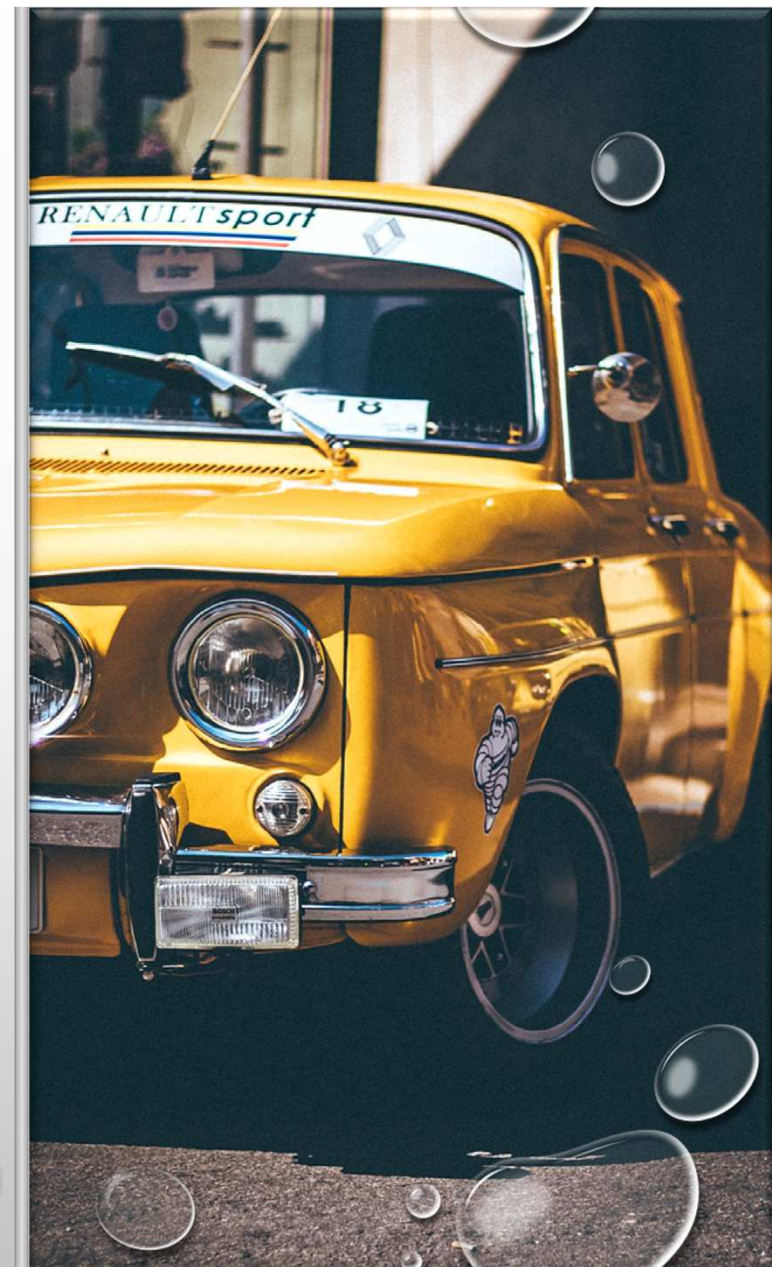
# RRAC, RAAC, FAST TRACK, OU...?

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**

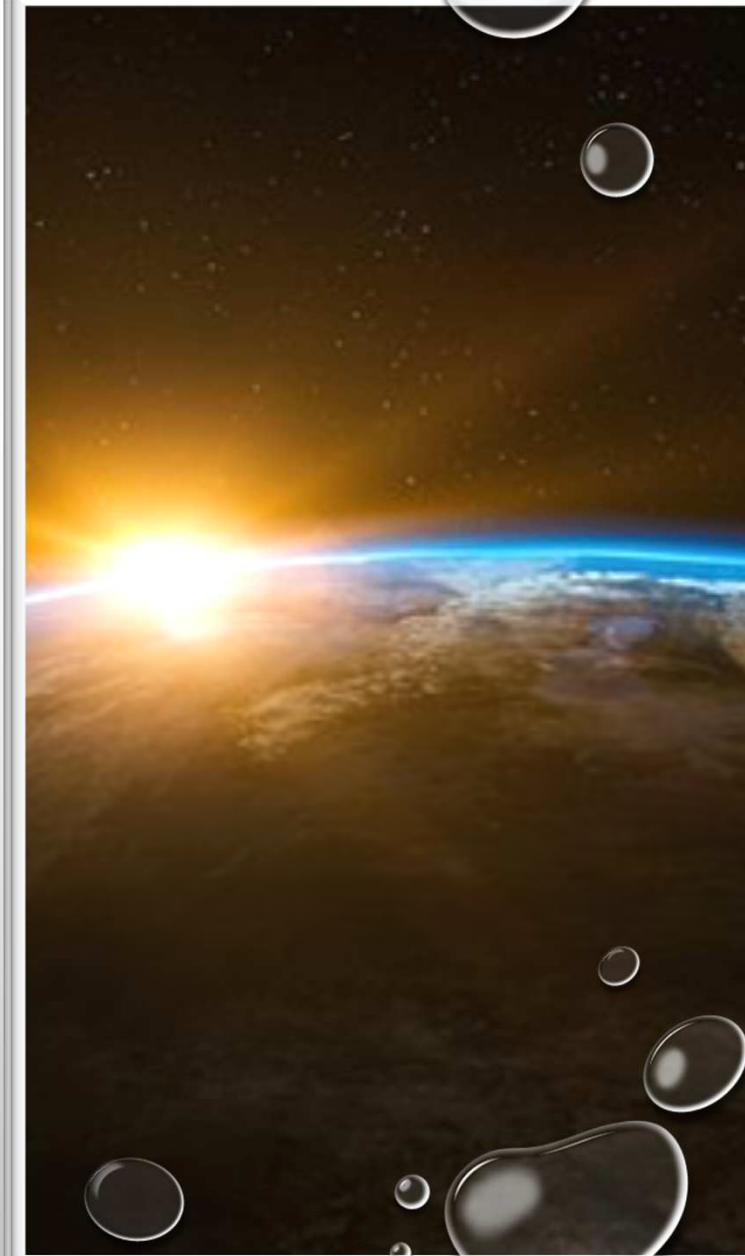
## RESPONSABILISATION DU PATIENT

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

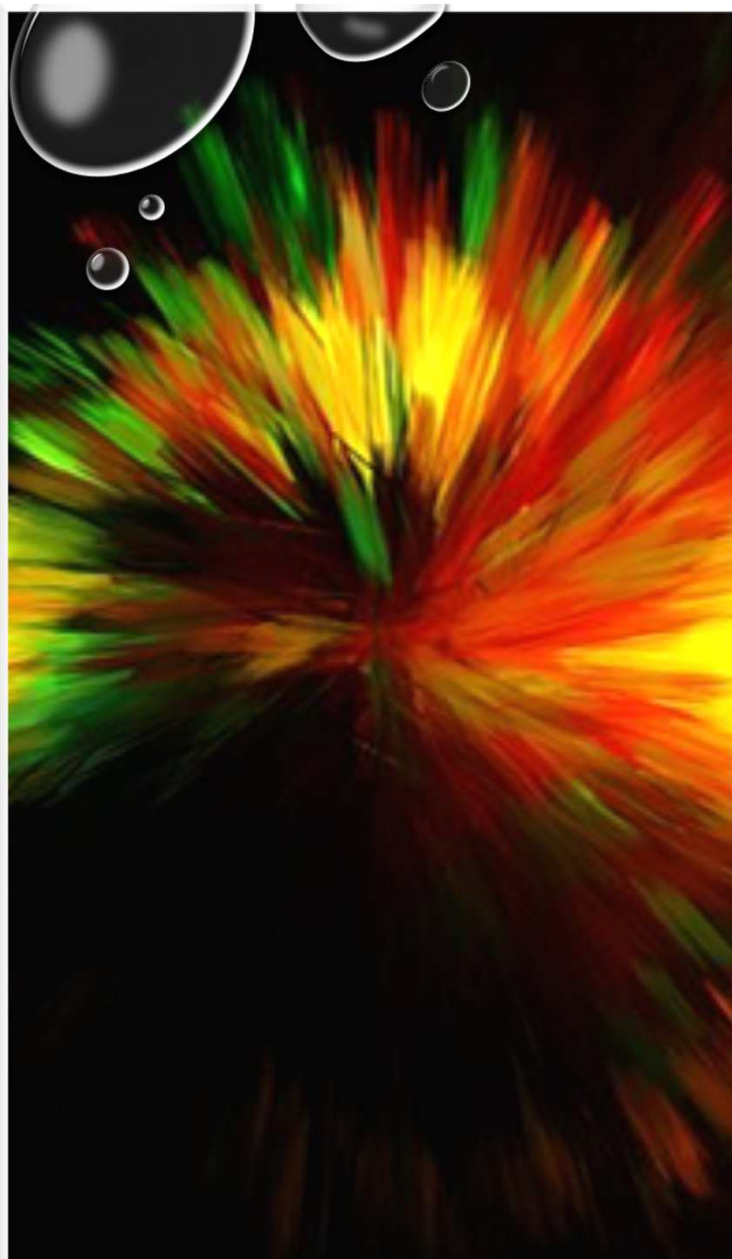
**ÉCOUTE** DU PATIENT

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**

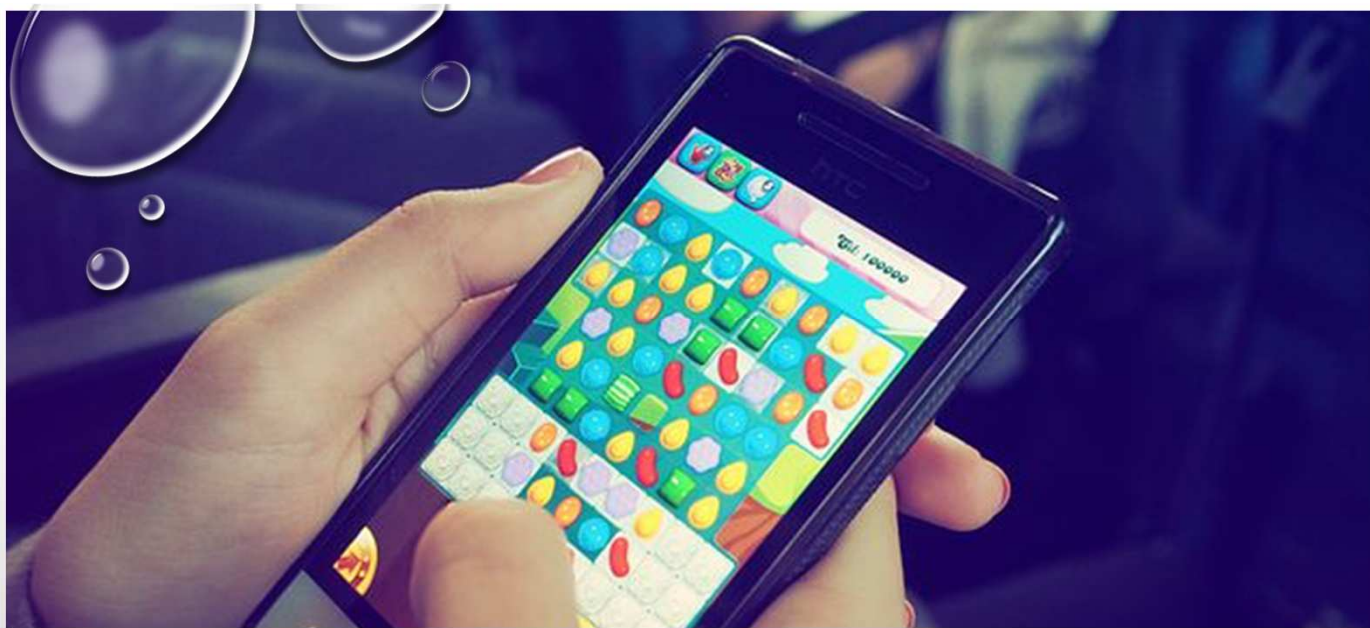
ANXIOLYSE ET LUTTE CONTRE  
L'HYPERALGÉSIE

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**

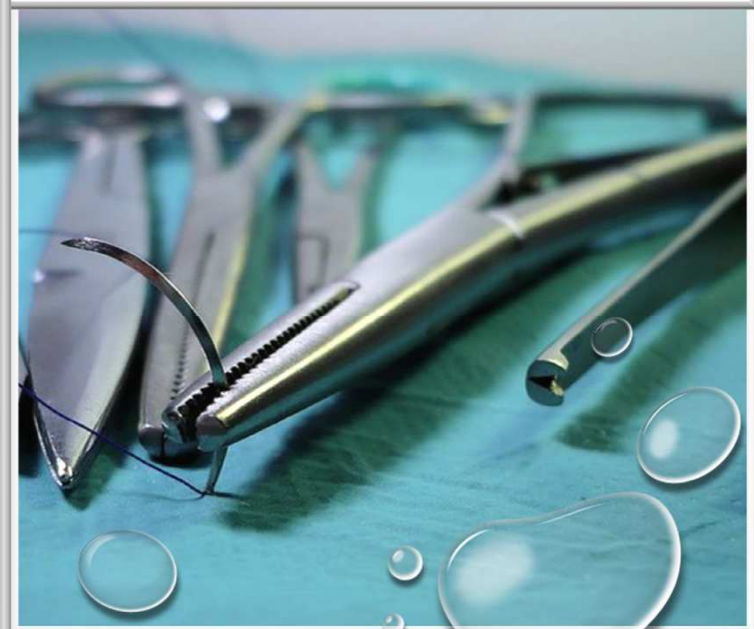
ACIDE TRANEXAMIQUE (EXACYL®)

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 SONDÉS...

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<sup>ÈRE</sup> EN MAI 2012)

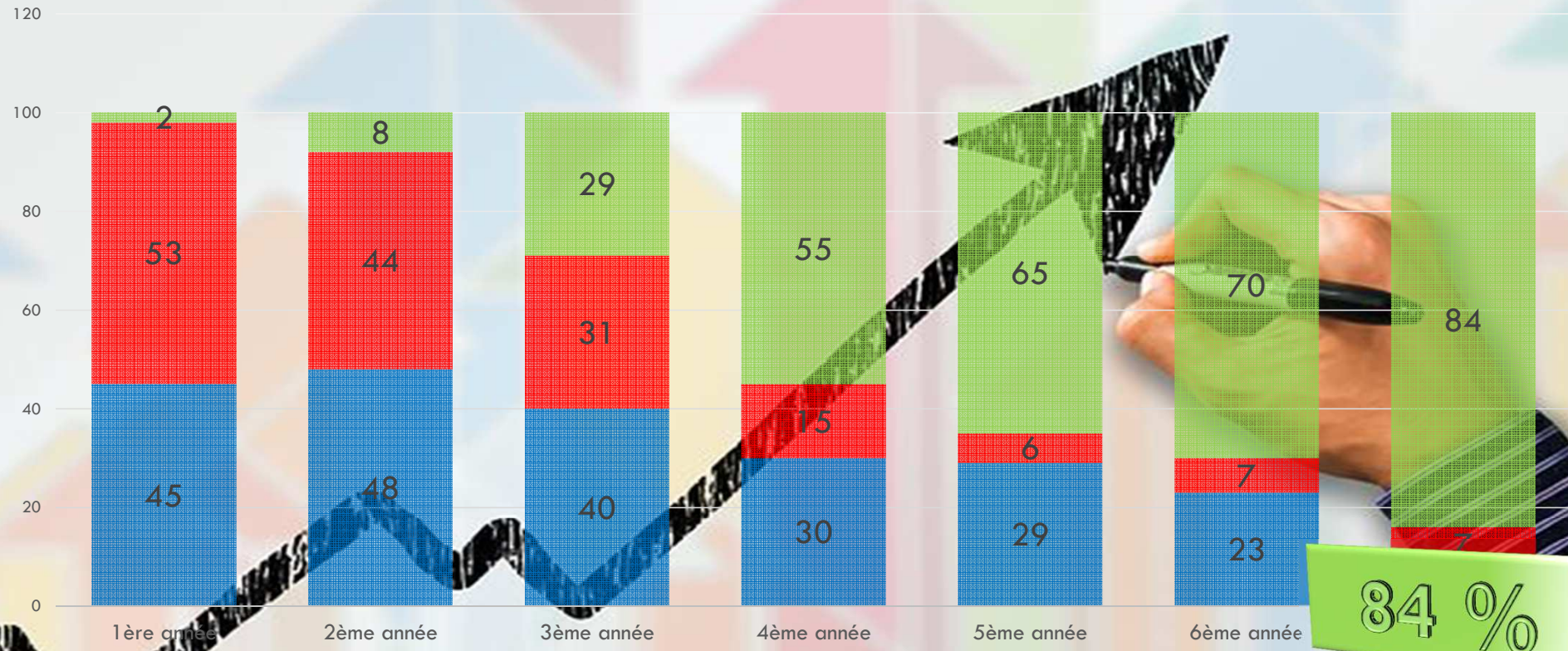
3 CHANGEMENT DE PUC EN PTG

3 CHANGEMENT DE PTG (1 **CHARNIÈRE**)



# EVOLUTION (%)

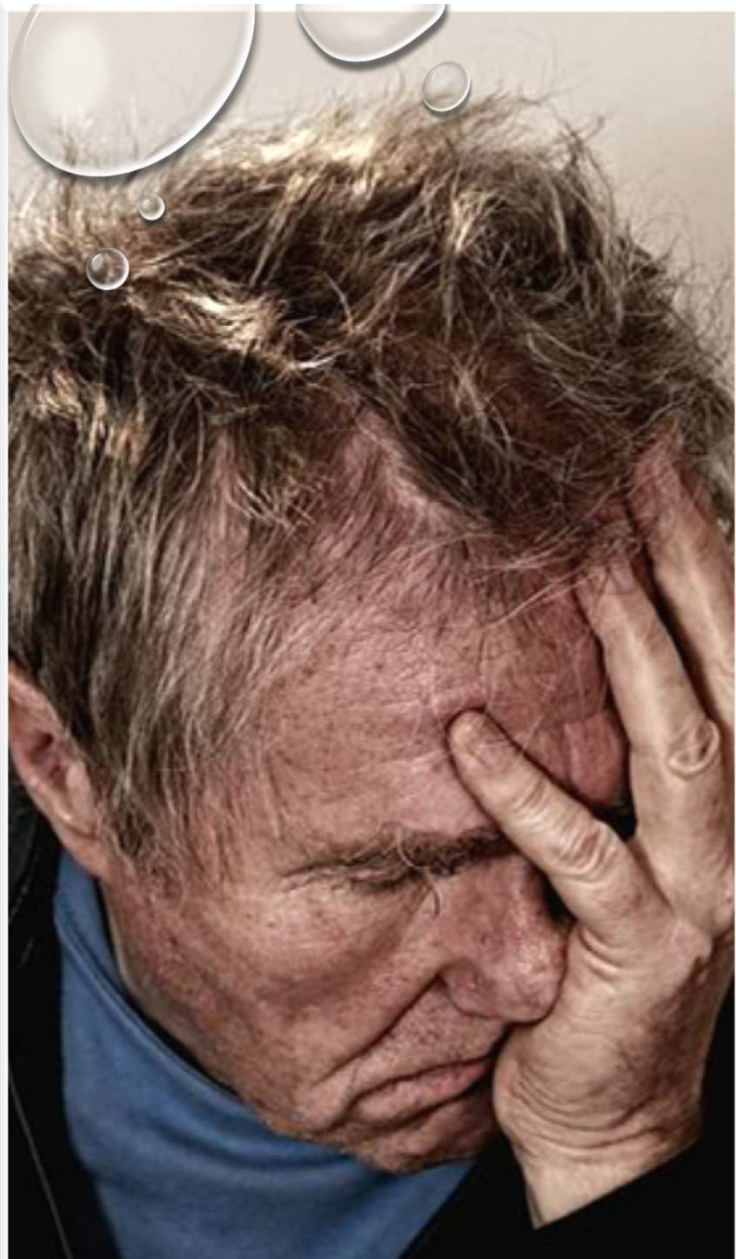
■ Hospitalisation classique   ■ Centre de rééducation   ■ Ambulatoire



# 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**

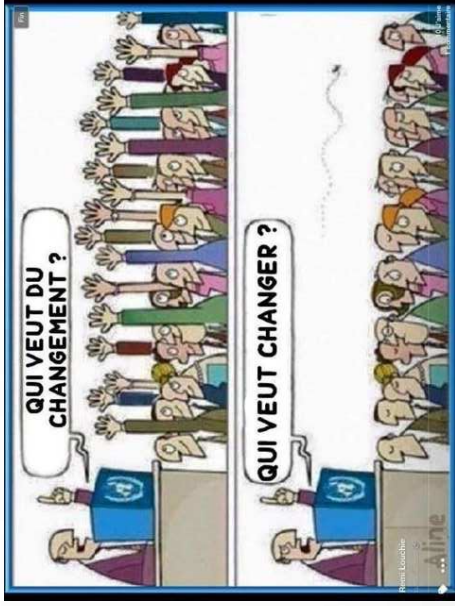
LA RÉCUPÉRATION RAPIDE (OU AMÉLIORÉE) APRÈS CHIRURGIE ET  
L'AMBULATOIRE SONT DES **VRAIES DÉMARCHES QUALITÉS**

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