

Fast tracking en ambulatoire

&

Réhabilitation précoce après chirurgie

Ce que l'on fait dans mon hôpital

Va-t-on vers de nouveaux risques?

Chirurgie ambulatoire

*Recommandations
organisationnelles*

Mai 2013

HAS

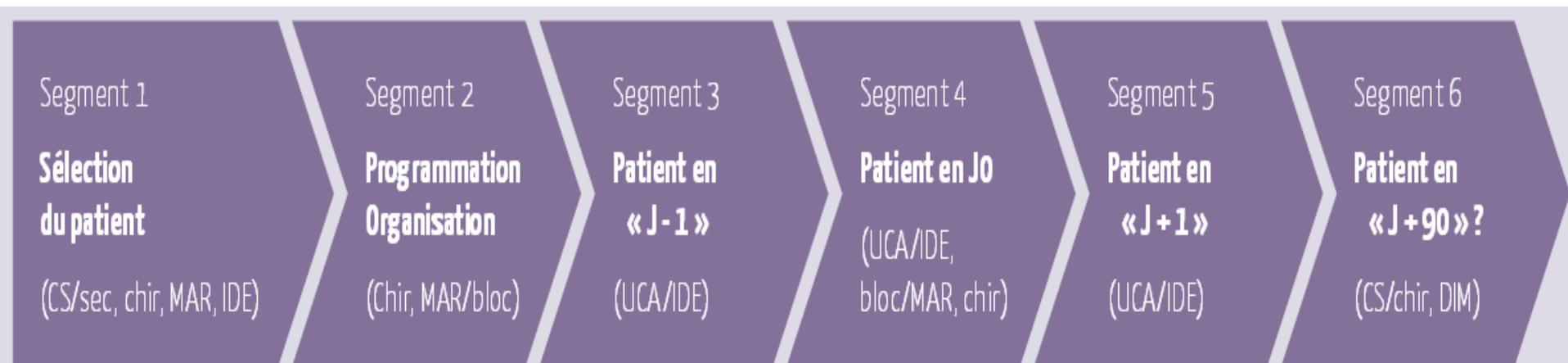
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP

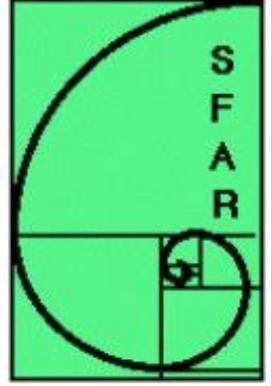
appui santé & médico-social

Recommandation A : identifier les étapes clés du processus

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel qui nécessite une approche par les processus.



- 1) Identifier les étapes à problème et mettre en place des indicateurs qualité simples: « sentinelles » ou de suivi**
- 2) Tableaux de bord**



RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

Question 3 : Quelles sont les modalités de l'information du patient ?

Objectifs qualité : Faire adhérer activement le patient au processus. L'information doit être coordonnée, explicite et utiliser des supports

Critères :

- Il existe des documents d'information sur l'hospitalisation en ambulatoire rédigés sous l'égide de l'UCA.
- Il existe des processus permettant d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient.
- Il existe une traçabilité de la délivrance de l'information orale et écrite .
- Il existe une procédure d'appel dans les jours précédents l'hospitalisation permettant de rappeler l'information et de vérifier sa bonne compréhension.
- Il existe un document permettant de recueillir le consentement éclairé du patient pour le mode d'hospitalisation, l'intervention et l'anesthésie proposés.

Indicateurs :

- Taux de traçabilité de délivrance de l'information.
- Taux de traçabilité de recueil du consentement éclairé.
- Taux d'appels pré hospitalisation aboutis.

Indication acte en hospitalisation ambulatoire

Consultation d'anesthésie

Contact préopéraoire

Hospitalisation en UCA

Visite pré-anesthésique

PEC anesthésique

Séjour SSPI

Hospitalisation en UCA

Validation autorisation de retour au domicile

Lien avec médecine de ville

Contact postopératoire

APPEL à J-2

Sélectionner la date d'intervention des patients à appeler

NOM	Sexe	OPERATEUR	Intervention	
PIETRI ANNIE 04/04/1949	F	SB+INT	cataracte phako droit + Bruno 2ème oeil	Ok
Tel 1 04 93 91 72 00		Tel 2 06 16 65 05 40	ANESTH: AL	
BERNARDINI ANDRE 26/07/1933	M	SB	cataracte phako gauche 2° oeil	Ok
Tel 1 04 93 13 45 97		Tel 2	ANESTH: AL	
MATHIAN MICHELE 04/09/1943	F	SB	cataracte phako gauche	
Tel 1 04 83 45 64 89		Tel 2	ANESTH: AL	
CARUSO JOSETTE 18/10/1925	F	BCS	AUTRE EXERESE LESIONS TEMPE + AILE DU NEZ Biopsies le 3/11/14	Répondre
Tel 1 04 93 89 04 00		Tel 2 04 93 89 76 21	ANESTH: ALR	
PAOLETTI GERARD 13/11/1927	M	BCS	AUTRE exeresse de deux lesions joue droite +/- tempe gauche	Ok
Tel 1 04 93 79 52 20		Tel 2	ANESTH: ALR	
NIUSSBAUM YVETTE 25/10/1938	F	BCS	EXERESE TUMEUR BASOCELLULAIRE 1 NEZ	Répondre
Tel 1 06 24 93 15 04		Tel 2 04 93 79 63 06	ANESTH: ALR	
SOW MODOU 03/04/1952	M	SB	cataracte phako gauche	Echec
Tel 1 07 87 83 77 44		Tel 2	ANESTH: AL	
ZABATTA ANDRE 08/12/1961	M	FPINON	Greffes de Cornée (Segm. Ant) gauche	
Tel 1 00 00 00 00 00		Tel 2	ANESTH: AG	
VESSIERE CHRISTIANE 23/08/1932	F	SB	cataracte phako gauche 2° oeil	
Tel 1 04 93 98 32 63		Tel 2	ANESTH: AL	
SAUNIER MARC 10/02/1951		SB	cataracte phako gauche	Ok
Tel 1 07 89 23 79 17		Tel 2	ANESTH: AL	
SESOLIS MAURICE 26/06/1933	M	SB	CATARACTE PHAKO droit	
Tel 1 06 74 91 87 32		Tel 2	ANESTH: AL	
AUDIBERT JEANNE 10/02/1941	F	BCS	AUTRE droit CBC CANTHUS INTERNE O E I L	Ok
Tel 1 04 93 81 02 85		Tel 2	ANESTH: ALR	
VELLET MARIE ROSE 04/06/1926	F	BCS	AUTRE EXERESE BASOCELLULAIRE PAUPIERE INFERIEURE à DROITE + LESION FRONTALE	Répondre
Tel 1 04 93 74 88 87		Tel 2	ANESTH: AG	

Enr: 1 sur 15 | Aucun filtre | Rechercher

Volet de navigation



APPEL à J+1

Sélectionner la date d'intervention des patients à appeler

NOM	Sexe	OPERATEUR	Intervention	
LES SEGRETAIN MARLENE 18/07/	F	RF	AUTRE gauche baso sclerodermeforme tempe	Ok
Tel 1 04 93 07 46 81		Tel 2	ANESTH: ALR	
CINGI DAVID 05/01/1968	M	RBD	AUTRE gauche regularisation meniscale genou gche sous arthroscopie	Ok
Tel 1 07 78 20 68 31		Tel 2	ANESTH: ALR	
GRENIER PASCAL 21/11/1961	M	RF	CANAL CARPIEN gauche	Ok
Tel 1 06 80 21 40 42		Tel 2	ANESTH: ALR	
HARTINS FILLI BRENO 31/07/19	M	RBD	AMOS droit ablation clou jambe droite 52	Répondre
Tel 1 06 64 98 38 95		Tel 2	ANESTH: ALR	
VILLARDRY MAURICE 08/05/192	F	RF	AUTRE exeresse lipome frontal droit et lesion cuisse gauche	Ok
Tel 1 06 98 90 08 05		Tel 2	ANESTH: ALR	
ZIMMERMANN OLIVIER 04/04/19	M	JS	ARTERIOGRAPHIE CEREBRALE	Ok
Tel 1 06 60 86 52 63		Tel 2	ANESTH: AL	
VOYE CATHERINE 26/12/1972	F	JS	ARTERIOGRAPHIE CEREBRALE	Répondre
Tel 1 06 62 05 34 52		Tel 2	ANESTH: ALR	
CAMPANA MARIE-THERESE 01/0	F	JS	ARTERIOGRAPHIE CEREBRALE	Echec
Tel 1 04 95 33 01 27		Tel 2	ANESTH: ALR	
DURAND BERNARD 29/11/1951	M	JPC	Clips Mélanome (Divers) gauche	
Tel 1 05 61 85 14 80		Tel 2 06 72 78 17 33	ANESTH: ALR	
WINRYKAMEN MAURICE 29/10/1	M	RF	AUTRE droit exeresse carcinome baso face posterieure mollet + baso pre auriculaire	Ok
Tel 1 06 08 04 32 32		Tel 2 04 93 62 88 06	ANESTH: ALR	
LAZRI CHABHA 01/03/1946		ALF	cataracte phako droit 2° oeil ARNAUD	
Tel 1 07 62 75 67 95		Tel 2	ANESTH: ALR	
AMSELLEM MARIE 04/08/1931	F	FPER	cataracte phako droit	
Tel 1 04 93 07 66 87		Tel 2	ANESTH: ALR	
BALDONI THOMAS 10/11/1981	M	PB	KYSTES 1 SINUS PILONIDAL	
Tel 1 07 86 41 83 16		Tel 2 06 76 10 97 86	ANESTH: AG	

Enr: 1 sur 19 | Aucun filtre | Rechercher

Volet de navigation



Déclaration des EI

- EI médicamenteux
- EI non médicamenteux
- EI texte libre en anesthésie

- EI médicamenteux en SSPI
- EI non médicamenteux en SSPI
- EI texte libre en SSPI

Staff UCA

Critères de marquage	Marquage du côté algique <i>Pas de marquage du niveau</i>	Marquage du côté de la lésion
Exclusions	Si pathologie bilatérale : pas de marquage	
Type de marquage	Réalisation du marquage au niveau du poignet du patient à l'aide d'un marqueur indélébile : - G si côté gauche - D si côté droit	

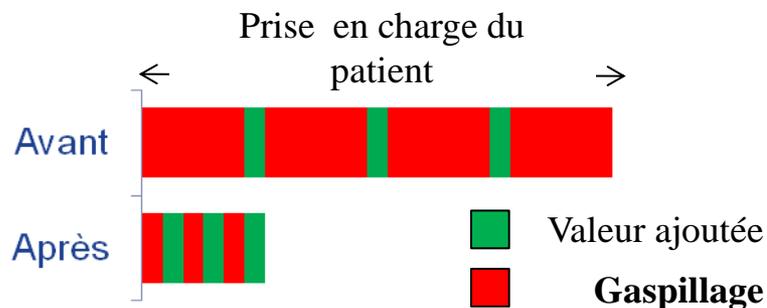
Indice prioritaire de risques				
Niveau de maîtrise	Niveau de Criticité			
		1	2	3
	M1	2	3	3
	M2	2	3	3
	M3	2	2	2
	M4	1	1	2
M5	1	1	2	

Risques a priori

Tout le monde
doit participer
!



L'approche LEAN management offre un cadre théorique et pratique complet, en phase avec les pratiques observées et les enjeux d'organisation de la chirurgie ambulatoire.



Erreurs :

Dossier incomplet

Sur-qualité :

1h en SSPI pour une topique

Temps d'attente :

signature médicale pour la sortie

Sous-occupation :

sous-occupation UCA certains jours

Transport :

Brancardage systématique

Stock :

Tous les patients à 8h

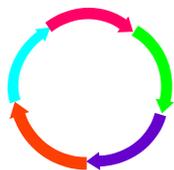
Mouvement :

Transfert multiple de patient

Doublon :

Papier et Système d'info.

Spécifier la valeur



Cartographier les flux de valeur

Etablir

le flux / éliminer le gaspillage

Travailler vers la perfection

Implémenter des flux tirés



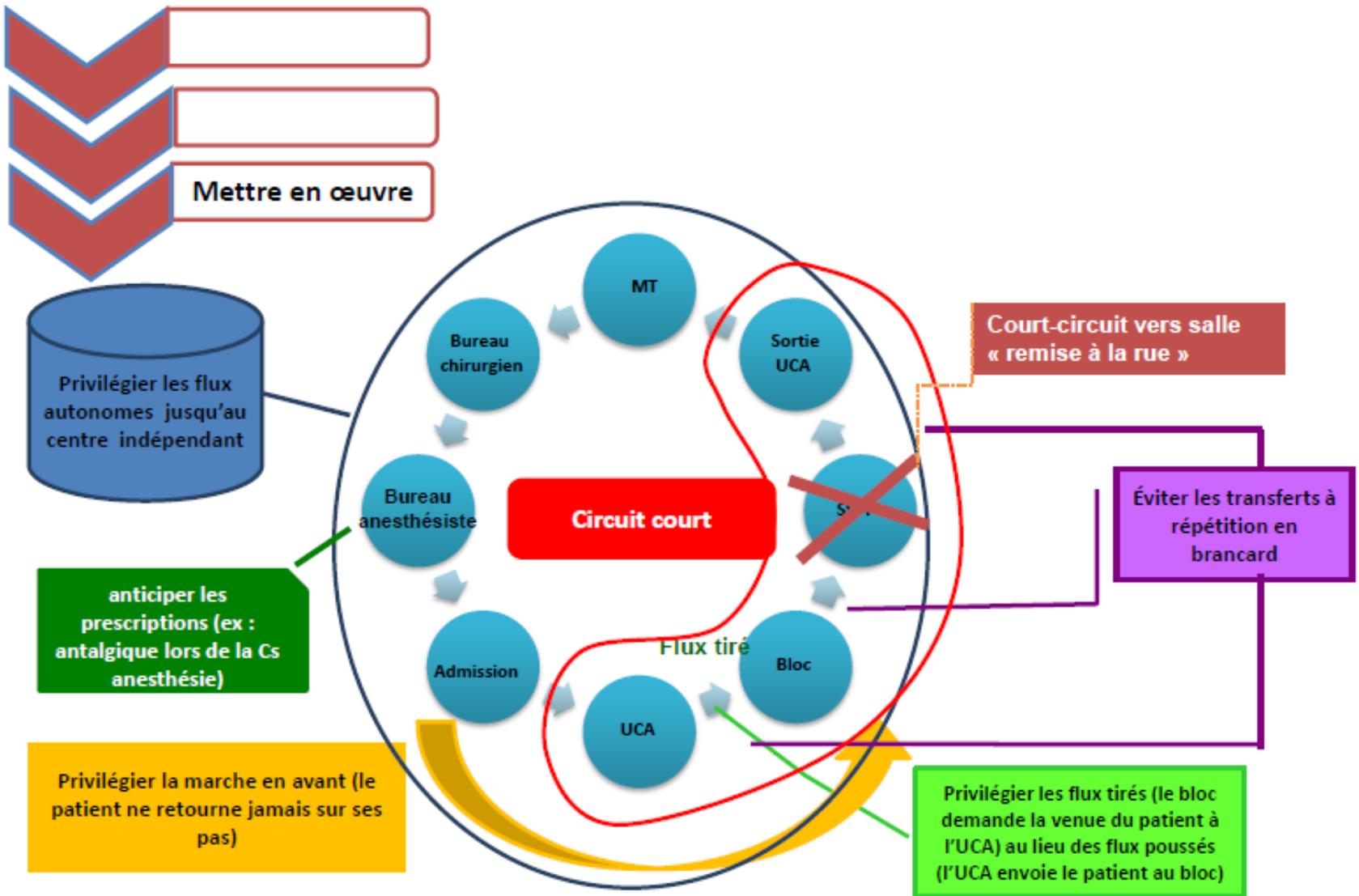
Concept room CHRU de Lille et Clubster santé

Un cadre particulièrement adapté à la chirurgie ambulatoire :

- Approche pragmatique et très éprouvée de la gestion des flux
- Chasse aux gaspillages sans compromettre la qualité
- Réduction de la durée de séjour (DMS en heure/en mn)
- Amélioration continue : nouveaux gestes en ambulatoire
- Favorise le travail d'équipe entre les corps de métiers

Recommandation B : maîtriser le processus par la gestion des flux

La chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser des flux multiples (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques...). Sa spécificité essentielle est un temps de prise en charge réduit au maximum à 12 heures de présence du patient dans la structure tout en améliorant la qualité de sa prise en charge.



Patient debout : Evaluation de la satisfaction des patients et du personnel de bloc opératoire

S. Laloum*, L. Levraut* M. Houée**, M Raucoules-Aimé* 2014

chirurgie plastique (47 %), chirurgie de la main (24 %) et chirurgie réparatrice (29 %)

Satisfaction	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	n
L'information sur ce mode de prise en charge a-t-elle réduit votre anxiété ?	14	0	35	46	95
Respect de l'intimité	0	0	42	56	98
Sécurité du transport	1	0	40	57	98
Tenue vestimentaire	6	0	48	45	99

Par contre le vécu des soignants est plus contrasté : anxiogène pour le patient (25% des IDE et médecins), traversée du bloc jugée dangereuse pour les patients (20 %, encombrement des couloirs), manque de brancard pour le retour du BO.

Par contre 100 % des brancardiers ont apprécié : moins de manipulations, gain de temps, meilleur respect de l'intimité du patient (tenue vestimentaire), patient acteur.



Chirurgie ambulatoire en 2015: SSPI/UCA

Evaluation de la satisfaction du personnel en SSPI (IDE, AS)

100% du personnel est également satisfait de ce mode de prise en charge. Il évoque comme points positifs : le délai de PEC en SSPI plus rapide, l'amélioration des flux, la diminution des soins délivrés en postopératoire.

Evaluation de la satisfaction du personnel en UCA

100% du personnel est satisfait de cette prise en charge. Il relève l'importance du respect de la dignité et de l'autonomie du patient, la rapidité de la PEC permettant de lisser le flux des patients.

Épidémiologie du risque médico-légal lié à la pratique de la chirurgie ambulatoire en France : données SHAM

A. Theissen^{a,*}, F. Fuz^b, J. Catoire^a, W. Sultan^a, M. Beaussier^c, M. Carles^d,
M. Raucoules-Aimé^d, P. Niccolai^e

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 33 (2014) 158–162

Pour l'ambulatoire **467 déclarations de sinistres** sur un **total de 29565**, soit **1,6 % des sinistres totaux** *alors*

Que la chirurgie ambulatoire a représenté 35% de l'activité

Les sinistres:

- 14 causes chirurgicales et 13 Infections nosocomiales
- 3 défauts d'organisation (côté, identité patient ou intervention) et 3 défauts d'information

L'AMBULATOIRE À L'ÉPREUVE DES SINISTRES

Analyse des données 2002-2013 de plaintes à l'assureur



L'étude a porté sur 70 sinistres déclarés en 2012 et en 2013

se rapportant à des événements survenus entre 2003 et 2013

- 29 complications chirurgicales (42% en ambulatoire comparé à 44% en hospitalisation)
- 20 infections associées aux soins (29% en ambulatoire comparé à 27% en hospitalisation)
- 12 événements liés à la conduite médicale (17% en ambulatoire comparé à 16% en hospitalisation)
- 5 défaillances dans l'organisation des soins (7% en ambulatoire et en hospitalisation (attente de la réception de la plainte sur la base de la perception du patient ou de ses avocats, avant enquête, ce qui entraîne une fréquence bien plus grande de l'implication de l'organisation des soins))
- 2 chutes (3% en ambulatoire comparé à 4% en hospitalisation)
- 1 faute d'un préposé : erreur médicamenteuse d'un produit de chimiothérapie
- 1 accident par matériel : brûlure électrique d'un enfant de 3 ans au cours d'une amygdalectomie

**Gestion des risques en chirurgie
ambulatoire et en hospitalisation
courte**☆☆☆

J Visc Surg 2016, 153: 55-60

Risk management guidelines in ambulatory and short stay gastrointestinal surgery

K. Slim^{a,*}, A. Theissen^b, M. Raucoules-Aimé^c,
Fédération de chirurgie viscérale et digestive
(FCVD)¹, Groupe francophone de réhabilitation
améliorée après chirurgie (GRACE)²

Chirurgie ambulatoire/RRAC

Chemins cliniques spécifiques (hernies de l'aine/GRACE)

Prise en charge multidisciplinaire/multiprofessionnelle

Esprit et travail d'équipe

Participation active du patient qui est acteur de ses soins

Risques doivent ne pas être > de ceux de l'hospitalisation
conventionnelle



Procédures systémiques de gestion de ces risques

Analyse de la base REX pour la chirurgie ambulatoire en chirurgie digestive

La base de données REX incluait (en mars 2014) 285

signalements d'effets indésirables associés aux soins (EIAS =

événement porteur de risque ou événement indésirable grave):

115 préopératoires (40 %),

40 peropératoires (15 %)

130 postopératoires (46 %).

Analyse de base REX pour la chirurgie ambulatoire

Les EIAS préopératoires : étaient en rapport avec la programmation (24%), la préparation cutanée (21%), erreurs de côté (15%), ou des problèmes d'anticoagulation et de respect du jeûne → 56% report du geste ou hospitalisation complète.

Les EIAS peropératoires : essentiellement erreur de site opératoire (30%), incident technique (27%) anesthésique (20%). Les erreurs de site (ou de côté) avérées (n=8) étaient observées en chirurgie pariétale/cutanée → hospitalisation ou réintervention non-programmée.

Les EIAS postopératoires : hémorragies (19%), des douleurs, malaises ou chute, des rétentions urinaires, voire une péritonite. → réhospitalisation dans près de la moitié des cas (48%) & hospitalisation complète dans 37%.

Prérequis organisationnels préopératoires	Intervenants
Respect des critères d'éligibilité	A + C
Chemin clinique spécifique à chaque intervention	A + C + P
Dossier médical commun et partagé	A + C + P
Participation active du patient	-
Organisation anticipée de la sortie	A + C + P

Prérequis organisationnels pendant l'hospitalisation	Intervenants
Checklist de sécurité au bloc opératoire	A + C + P
Sortie de la salle de réveil selon le score d'Aldrete	A + P
Protocole validé et partagé de surveillance postopératoire (CRP)	A + C + P
Participation active du patient (journal de bord)	-
Critères de sortie (PADSS pour l'ambulatoire et critères clinico-biologiques de la RRAC)	A + C + P
Programme de surveillance après la sortie	A + C + P

Prérequis techniques pendant l'hospitalisation	Intervenants
Chirurgie mini-invasive	C
Protocole de lutte contre la douleur	A + P
Protocole d'antibioprophylaxie, thromboprophylaxie, prévention nausées et iléus PO	A + P

Prérequis organisationnels après la sortie	Intervenants
Appel du lendemain (formalisé sous la forme d'une checklist)	P
Surveillance par SMS avec alerte systématique si écart J1 pour l'ambulatoire et J1+3+5 pour la réhabilitation améliorée	A + C
Consultation chirurgicale de contrôle en cas de réhabilitation améliorée	C
Mise en place de réseaux de soins avec la médecine de ville	A + C + P

RRAC



2012

Numéro du questionnaire :

Cher (ère) collègue,

Vous avez accepté d'être notre « contact » pour ce questionnaire visant à mieux préciser les **pratiques postopératoires après césarienne**

programmée en France. Les résultats de cette enquête resteront, bien entendu, **anonymes** et les pratiques individuelles ne seront pas décrites

dans le rapport qui en découlera. Nous ne disposons aujourd'hui d'aucune étude des pratiques en France dans ce domaine. Pour répondre au

questionnaire, il faut considérer que **nous cherchons à connaître les pratiques habituelles de l'équipe dans laquelle vous travaillez en cas**

de situation obstétricale simple (exemple : césarienne pour siège à terme chez une patiente avec un utérus non-cicatriciel), lorsque

l'anesthésie est réalisée chez une **patiente ASA 1 et chez laquelle vous n'avez détecté aucune contre-indication à l'AG ou à l'ALR.**

Nous vous remercions pour votre patience et votre aide. Les résultats principaux de ce travail vous seront transmis avant diffusion.



Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France

Enhanced recovery after Caesarean delivery: A practice survey in two French regions

A. Wyniecki ^a, M. Raucoules-Aimé ^b, J. de Montblanc ^a, D. Benhamou ^{a,*}

^a Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Bicêtre, AP-HP, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Département d'anesthésie-réanimation Ouest, hôpital de l'Archet 2, 151, route Saint-Antoine-Ginestiere, 06202 Nice cedex 03, France

1- Type d'activité

Public type CHU/CHG Privé à but non lucratif Privé à but lucratif

2- Centre périnatal

Type 1 Type 2 Type 3

3- Nombre d'accouchements annuels :

< 1000 1000-2000 2000-3000 > 3000

4- Nombre approximatif de césariennes programmées

< 1/semaine 1/semaine-1/jour > 1/jour

5- Type d'anesthésie habituellement proposée pour césarienne programmée

Anesthésie générale Rachianesthésie Péridurale Rachianesthésie-péridurale combinée

Taux de réponse de 74% (111/149 maternités)

Type d'établissement

CHU-CHG 56% / Libéral 39%

Niveau du centre périnatal

Type 1 43% 2 42% 3 15%

Nombre annuel d'accouchements par centre

< 1000 20%

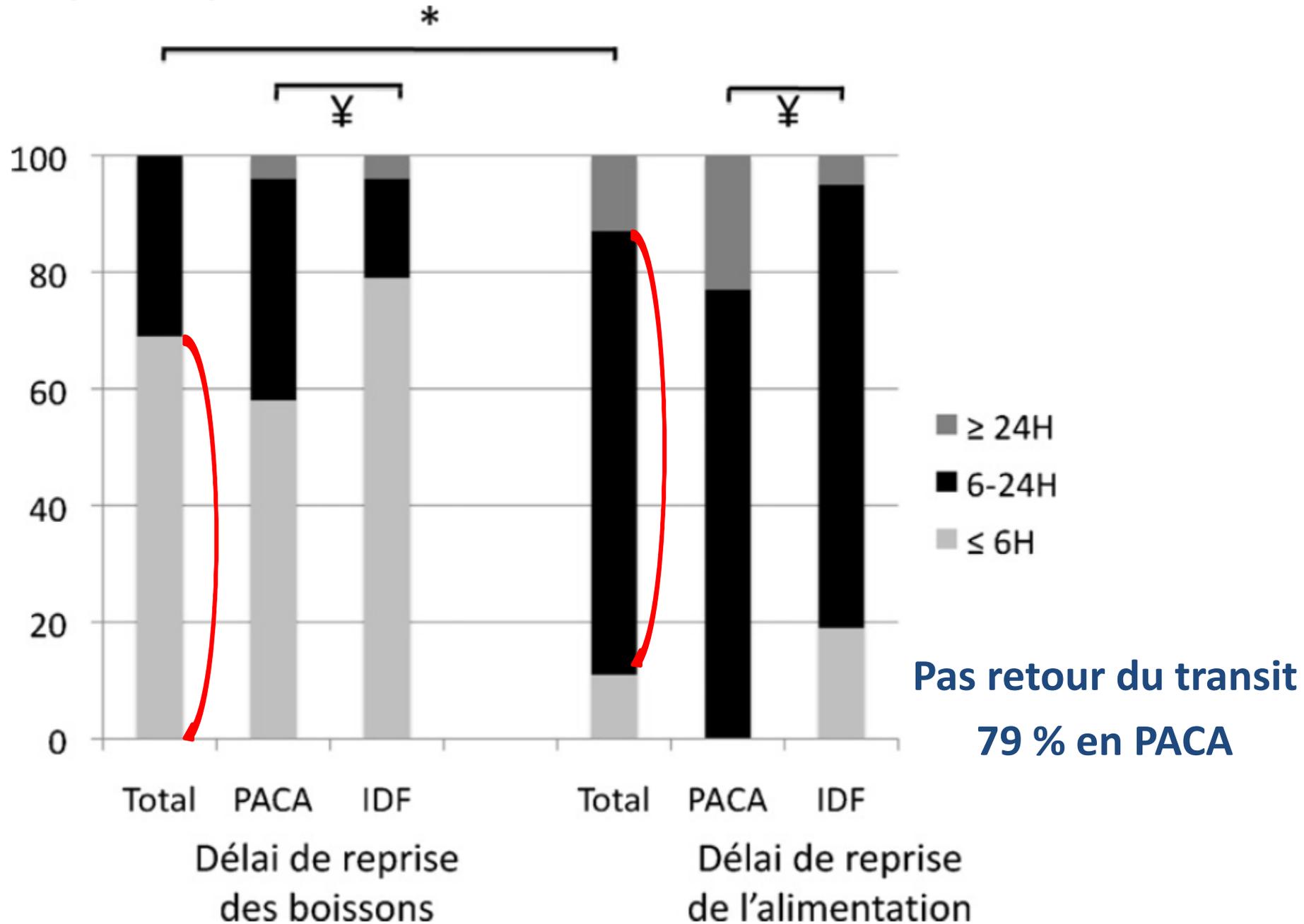
1000-2000 32%

2000-3000 34%

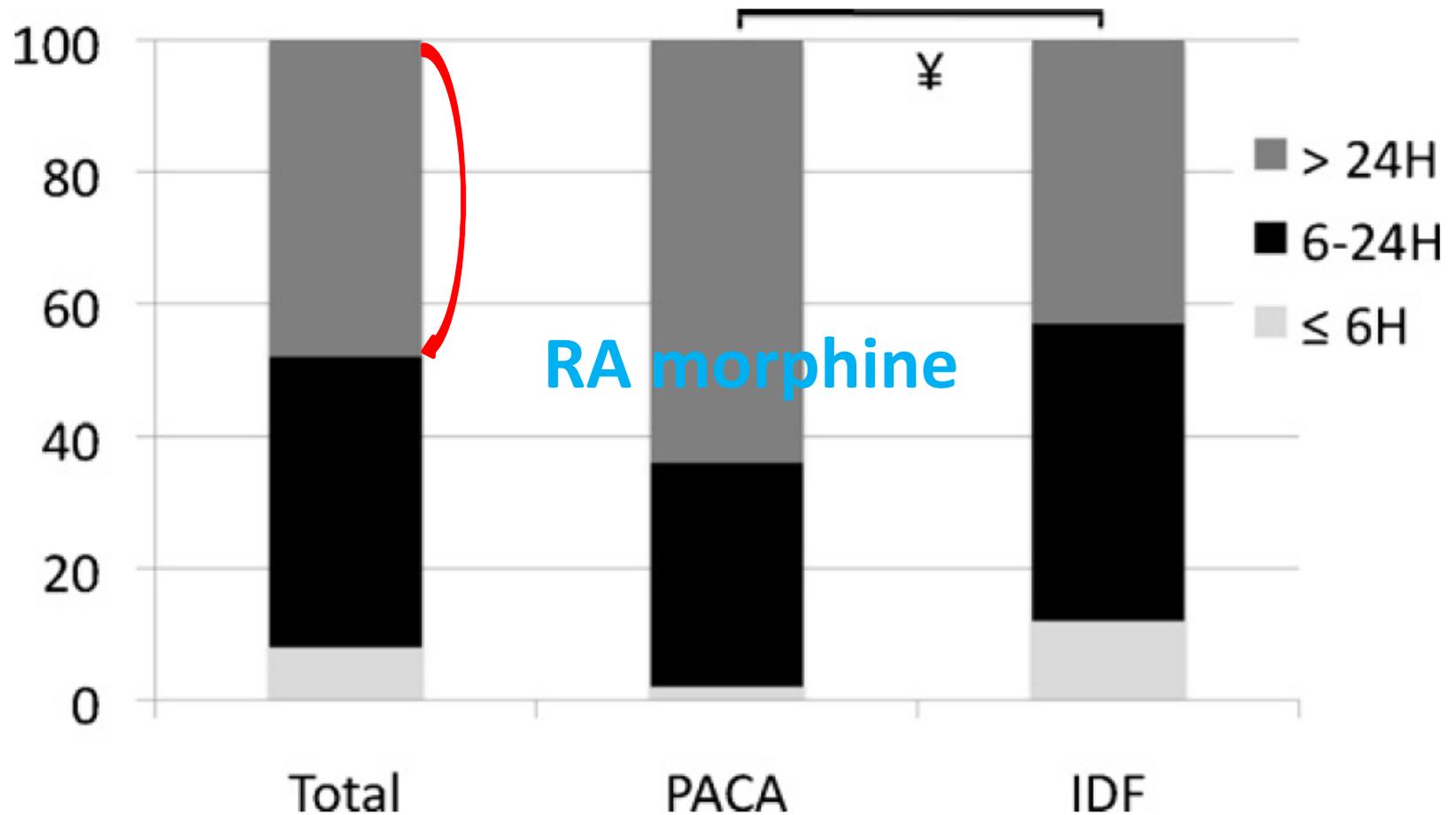
3000 14%

Césarienne: < 1/semaine 4% > 1/jour: 15%

Reprise précoce des boissons et de l'alimentation



Analgésie multimodale *per os* (non morphinique)



Délai avant première administration des antalgiques non morphiniques par voie orale. IDF : Île-de-France ; PACA : Provence Alpes Côte d'Azur ; $\yen p < 0,05$, PACA vs IDF.

Limitation des soins invasifs

Mise en place d'une sonde à demeure: 97 %

Ablation de la SU

SSPI	5%
< 24 h	24%
≥ 24 h	71%

Corrélié à:

durée maintien perfusion/relais tardif avec
analgésique per os/offre de boisson illimitée

d'emblée/absence protocole: 14 % (IDF x 3, niveaux
2 et 3) et 38 % évalués

Prévention des hémorragies du PP

Ocytocine

vs

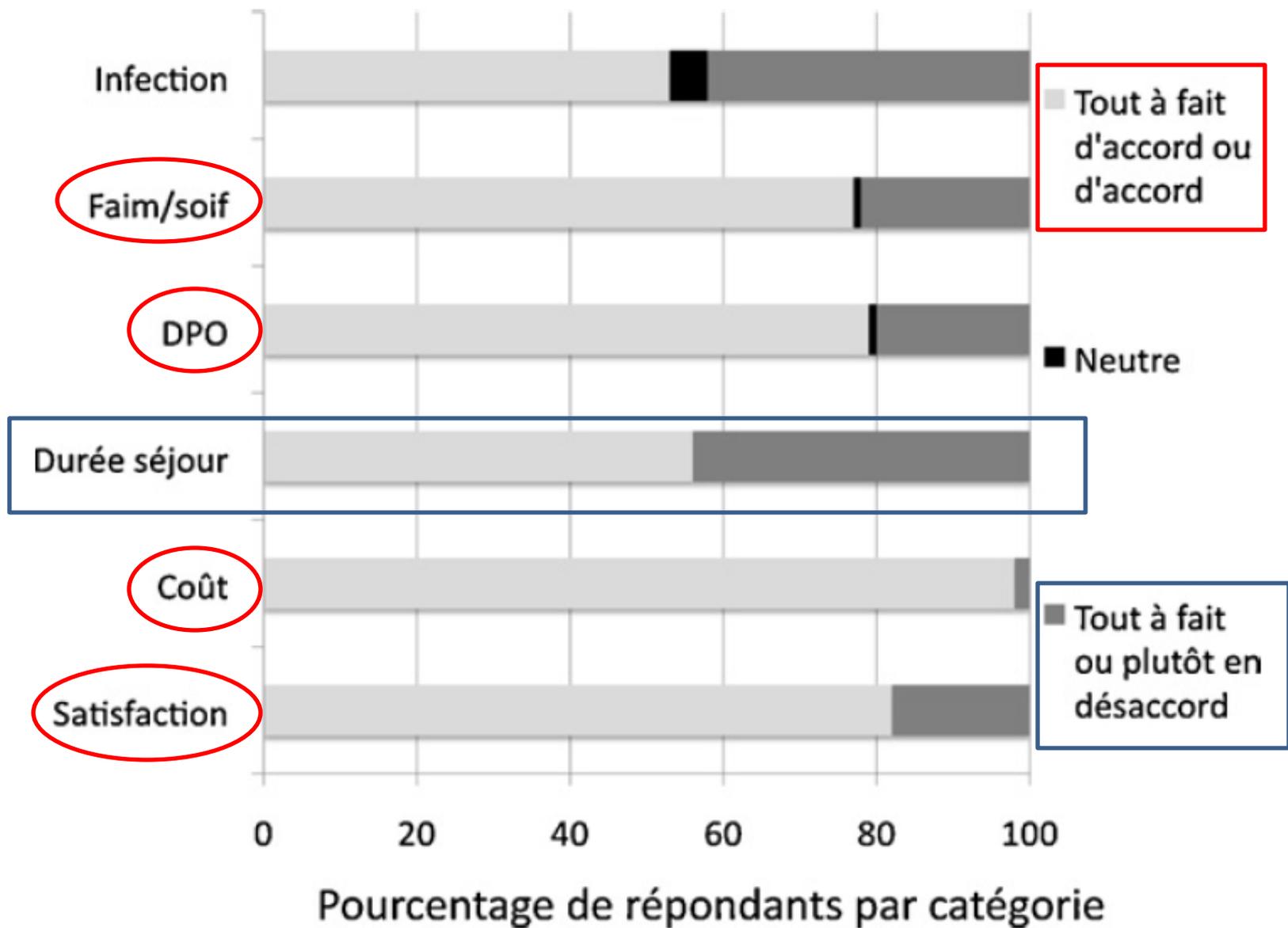
Carbétocine

69%

31%

Relais par ocytocine iv postop plus long en IDF

**5 centres carbétocine et relais par ocytocine
mais durée d'utilisation plus courte (5/46)**



Distribution des réponses décrivant la perception des répondants vis-à-vis des effets de la réhabilitation postopératoire après césarienne.

Enquête sur les Alpes-Maritimes - 2014

8 maternités

Type d'établissement

CHU-CHG 5 / Libéral 3

Niveau du centre périnatal

Type 1 3 Type 2 4 Type 3 1

Nombre annuel d'accouchements par centre

< 1000 2

1000-2000 5

2000-3000 1



Césarienne: 10%/21% (16,7%) RA (+ morphine 7/8)

Les pratiques se
sont modifiées

Reprise précoce des boissons et de l'alimentation

Boissons: 4 et 6 h (avant sortie SSPI pour 1 centre)

Illimité d'emblé (1/2)

Alimentation: > 6 h, le soir même (sauf 2 centres)

Limiter les soins invasifs

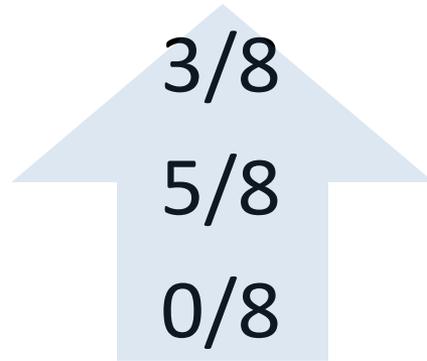
Mise en place d'une sonde à demeure: 100%

Ablation de la SU 2014 (2012)

SSPI 3/8 (5%)

< 24 h 5/8 (24%)

≥ 24 h 0/8 (71%)



Durée de perfusion

SSPI	3/8	(obturateur)
6 et 12 h	3/8	
< 24 h	2/8	

Analgésie multimodale adéquate

relais per os < 6 h pour 4/8

durée < 24 h pour 7/8 (> 24 h RA sans morphine)

Utérotoniques

carbétocine: 5/8 vs oxytocine 3/8 (de 6h à 12 h)

utilisation non systématique de la carbétocine

Protocole: 3/8



(évalués?)

Autres pratiques évaluées

Information des patientes: 0

Sortie: J4

NVPO: à la demande et sétron

lever de la patiente le soir même: 6/8

HBPM: stop à la sortie de la patiente si

pas de risque identifié (4/8)



Plusieurs EPU et formations

Enquête sur les Alpes-Maritimes - 2016

Boissons (sortie SSPI) et alimentation < 6 h

Protocole: 6/8 2 évaluations

Mais information patiente: 2/8

Sortie: J4, (J3 → J4)

HBPM: BAT, HBPM (sortie, J7-J8)

F de R: 15 j à 6 semaines

Complications: rétention d'urines (SSPI) 1/8

Enquête sur les Alpes-Maritimes - 2016

Evaluation des protocoles

Information des patientes

HBPM: uniformisation des pratiques

Sortie: J4

