

Recommandations formalisées d'experts

Prise en charge anesthésique des patients en
hospitalisation ambulatoire

Nouvelles Recommandations en Chirurgie Ambulatoire

Évolution des RFE 2009

Pr Marc BEAUSSIER
Département d'Anesthésie
Institut Mutualiste Montsouris



**L'INSTITUT
MUTUALISTE
MONTSOURIS**

et le Comité Ambulatoire de la SFAR



Que s'est-il passé depuis 2009 ?

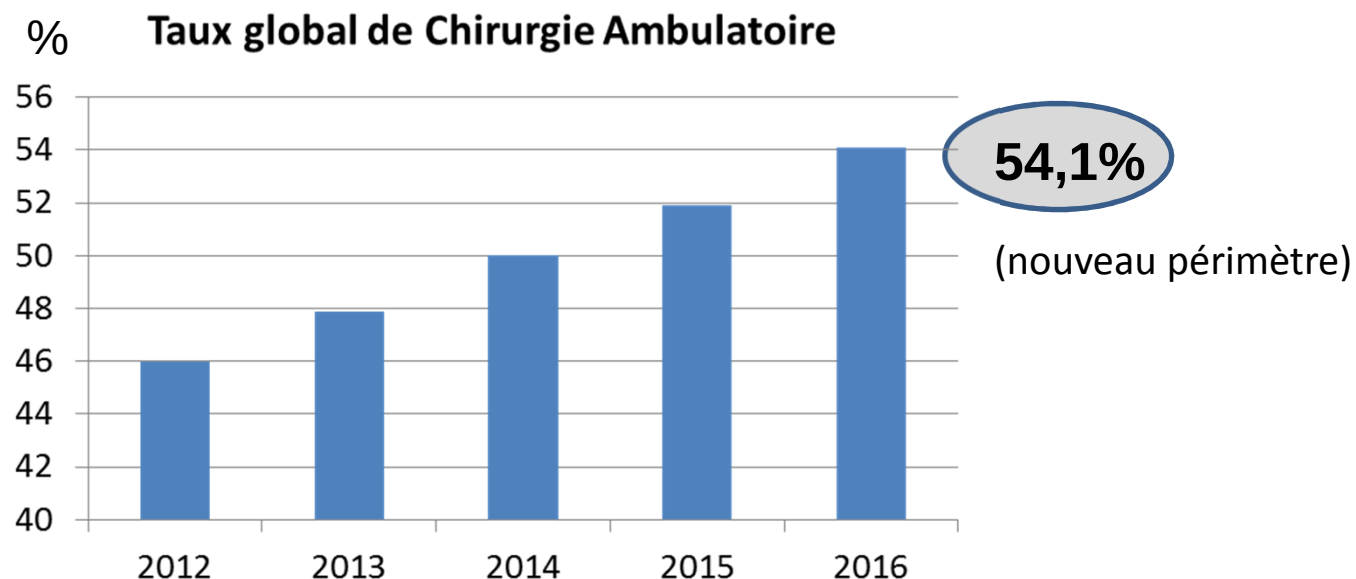
Les RFE 2009 restent valides et sont la référence nationale sur la prise en charge ambulatoire

mais depuis 2009 :

Beaucoup de messages déjà appliqués +++

- Une forte croissance de la chirurgie ambulatoire
- Un nouveau décret sur les structures alternatives à l'hospitalisation (2012)
- La création d'un Comité Ambulatoire à la SFAR
- La publication de recommandations organisationnelles ANAP/HAS
- Enquête OPERA (SFAR)
- Un Programme National de Développement de la Chirurgie Ambulatoire
- Circulaire Sept 2015 et note de Mai 2016 sur les indicateurs de performances

Taux de Chirurgie Ambulatoire Actuel



Données 2016 (en %)	2012	2013	2014	2015	2016
Hernies de la paroi	62	64,4	65,7	66,7	68,5
Hémorroïdectomie	16,2	20,6	26,7	31,9	37,8
Cholécystectomie	8,3	15,9	26,1	33,6	42,4
Appendicectomie	0,4	0,7	1,3	2,1	2,8
FAV	15,6	17,6	19,7	21	23,1
Lig croisés genou	0,8	2,9	12	24,4	37,2
Hystérectomie	0,1	0,2	0,4	0,8	1,5

Estimation du taux de transférabilité vers l'Ambulatoire

La détermination du potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire prend en compte **trois variables principales** :

- ✓ l'offre chirurgicale de l'établissement de santé : l'ensemble des racines de groupes homogènes de malade (GHM en C) ainsi que leurs effectifs respectifs (nombre de séjours par racine de GHM) ;
- ✓ la nature de la patientèle de l'établissement, appréciée par le degré de sévérité (1, 2, 3, 4) associé à chaque opération chirurgicale ;
- ✓ les durées de séjour constatées, par racine de GHM, au niveau de l'établissement.

**Glissement progressif du « Fast-Track »
vers l'ambulatoire**

Prise en compte des facteurs « locaux »

J	Niv1 DS=0	Niv1 DS=1	Niv1 DS=2	Niv1 DS=3	Niv1 DS=4	Niv1 DS>4	Niv2 DS=3	Niv2 DS=4	Niv2 DS>4	Niv3 DS=4	Niv3 DS>4	Niv4 DS>4
100	100	90	80	30	20	10	20	10	5	0	0	0

La mission a déterminé un potentiel national maximal de chirurgie ambulatoire, qui s'élève à 64 % des séjours de chirurgie (54% dans le public 71% dans le privé)

Source : rapport IGF/IGAS Chirurgie Ambulatoire 2014

Outpatient colectomy within an enhanced recovery program

B. Gignoux*, A. Pasquer, A. Vulliez, T. Lanz

Journal of Visceral Surgery (2015) 152, 11–15

From February 2013 to May 2014, 95 patients underwent colectomy in our centre as part of an enhanced recovery program. An outpatient procedure was performed in 5 patients, 4 men and 1 woman, mean age 64 years (59–69 years).

Table 2 Patient characteristics.

	Age	Sex	ASA	BMI	Surgical indication	Operative time (minutes)	Duration of hospital stay (hours)
Patient 1	66	M	2	21	Sigmoid colon cancer	150	12 h
Patient 2	69	M	2	23	Sigmoid diverticulitis	130	10 h 15
Patient 3	59	M	2	26	Sigmoid diverticulitis	130	10 h 30
Patient 4	68	M	1	25	Sigmoid diverticulitis	180	10 h 30
Patient 5	63	F	2	21	Sigmoid volvulus	50	11 h

We have shown in this study that optimization of the ERAS protocol has made outpatient colectomy feasible in surgical units that are experienced in ERAS and outpatient surgery.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation

« Art. D. 6124-301-1. – Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

« Art. D. 6124-305. – Une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 6124-301-1 est établie et précise notamment :

« 1° L'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;

« 2° Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure ;

« 3° L'organisation générale des présences et de la continuité des soins assurée par les personnels mentionnés à l'article D. 6124-303 ;

« Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après leur sortie de la structure, afin que la continuité des soins y soit assurée. » ;

Lettre circulaire aux ARS . Nov 2012

« Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'Agence régionale de santé,
Comme demandé vendredi dernier, vous trouverez ci-dessous les éléments de la réponse qui a été faite à l'AFCA au sujet du décret d'août 2012 relatif aux conditions de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation partielle.

1/ Le décret maintient une obligation d'une équipe médicale et paramédicale dédiée pour la chirurgie ambulatoire.
Il s'agit d'une exception (avec l'anesthésie ambulatoire) par rapport à la possibilité de mutualisation avec les équipes d'hospitalisation complète pour les autres activités de soins. La seule mutualisation possible en chirurgie ambulatoire concerne les personnels de bloc opératoire.
2/ Le décret prévoit explicitement que les structures de chirurgie ambulatoire font l'objet d'une organisation spécifique qui permet au patient de rejoindre sa résidence le jour même de son admission et qu'elles disposent de « locaux dédiés » à la chirurgie ambulatoire (c'est-à-dire ne pouvant être utilisés pour une hospitalisation complète de chirurgie).
Le décret ne permet pas la mutualisation au sein des UCA des activités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire avec les activités relevant d'une structure d'hospitalisation à temps partiel (ex : chimiothérapie).

Le décret permet, par la suppression des dispositions de l'ancien article D.6124-302 indiquant qu'« au cours de la durée d'ouverture les locaux ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité de soins », une mutualisation des activités de médecine et de SSR en hospitalisation à temps partiel

3/ Le décret prévoit une obligation de formation des membres de l'équipe exerçant en unité de chirurgie ambulatoire.
Les formations nécessaires sont inscrites dans la charte de fonctionnement de l'unité. La DGOS a ainsi inscrit dans le programme de formation prioritaire de la fonction publique hospitalière pour l'année 2013 un axe de formation à l'organisation spécifique de la chirurgie ambulatoire.

Ainsi, ces dispositions visent à faire progresser la chirurgie ambulatoire de qualité au travers des points suivants :

- La définition et la meilleure prise en compte de l'organisation spécifique qui doit être décrite, évaluée et actualisée dans la charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire,
- L'évaluation de l'activité et de la qualité à l'aide d'indicateurs spécifiques formalisés dans la charte de fonctionnement,
- Une meilleure prise en compte de la gestion de la douleur,
- Une amélioration de l'effectivité de la continuité des soins.

Afin de lever les éventuelles difficultés d'interprétation sur le terrain, des éléments plus complets sur les évolutions apportées par le décret précité modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation seront prochainement diffusés.

Bien cordialement,

Jean Debeaupuis
Directeur général de l'offre de soins »

L'Ambulatoire au bloc opératoire



parcours « dédié »

Pas de télescopage d'activité

Meilleur respect des horaires

Procédures plus homogènes
(installations, matériel...)

Réduction délais entre patients

Processus très rodés
(prophylaxies / analgésie...)

Fonde la « culture ambulatoire »

Organisation des chirurgiens

Disponibilité du matériel

Activité monotone

parcours « non dédié »

Activité opératoire plus variée

Plus grande transférabilité technique

Flexibilité des programmes

Contamination par habitudes
(frein à l'innovation organisationnelle)

Moindre confort des patients

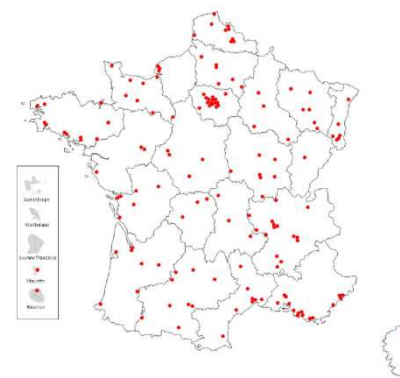
Programmation de l'ambulatoire ?
Début ? Fin ? Entre le conventionnel ?

Impact sur durées de séjour
(attente autorisation sortie....)

Enquête nationale sur la Chirurgie Ambulatoire : OPERA



M Beaussier *et al.* ACCPM 2017 - à paraître



Sur 206 établissements de santé MCO pratiquant la chirurgie ambulatoire

En nombre de centres (et %)

	Total, n (%)
Totally dedicated AS centre	34 (17)
AS unit distinct from conventional surgical ward	167 (81)
Reception desk specifically dedicated to AS	159 (77)
Operating room specifically dedicated to AS	28 (13)
PACU specifically dedicated to AS	28 (13)
AS beds within conventional surgical ward	38 (18)

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

Date d'application : immédiate

1. Améliorer l'organisation des structures pratiquant la CA sur la base d'objectifs de progression

L'objectif est d'atteindre un taux global national de CA de 66.2% (nouveau périmètre) à horizon 2020. Cet objectif, fondé sur une méthode unique de transférabilité des séjours d'HC, est déterminé à partir des potentiels « personnalisés » de l'ensemble des établissements de santé (ES).

2. Encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins

L'enjeu est d'étendre la CA à des gestes/actes plus complexes, des pathologies plus lourdes, des populations plus diverses (comorbidités, patients âgés, etc.) et d'encourager l'inscription de la séquence chirurgicale réalisée en ambulatoire dans la mise en œuvre de parcours plus « complexes » (exemple : cancérologie) en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

3. Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours

L'enjeu est d'inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture.

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

Date d'application : immédiate

4. Développer la formation des acteurs

L'enjeu est d'accompagner la formation¹⁹ d'équipes (médicale, paramédicale et administrative) aux multiples enjeux du développement de la CA : organisationnels, médico-économiques, de qualité et de sécurité des soins, de la coordination ville-hôpital et d'optimisation des capacités qui en découlent.

5. Assurer une large communication portant sur les bénéfices de la CA

L'enjeu est de lever les freins psychologiques au développement de la CA

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en œuvre, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques en établissement de santé.



Ministère des affaires sociales et de la santé

2016

Le parcours patient
en chirurgie ambulatoire

Phase	Élément critique récurrent	Points de vigilance	Correspondance avec la grille HAS patient-traceur
Consultations pré-opératoires	Eligibilité du patient	Prise en compte du « tryptique acte/patient/structure » incluant le contexte social et environnemental du patient. Utilisation de scores. Une coopération ville-UCA est mise en place, le médecin-adresseur informe l'équipe de l'UCA	2, 3
	Risque médicamenteux	Revue et analyse tracées des traitements en cours, participation (si nécessaire) du médecin traitant dans la reprise des traitements interrompus	1
	Examens complémentaires	Pertinence vérifiée, résultats validés en amont	1
	Le patient est éclairé sur sa prise en charge	Information claire et adaptée sur les suites et les complications, le bénéfice-risque, la procédure de sortie. Reformulation. Reprise des informations sur supports papier ou électronique consultable à domicile	4, 5, 8, 14
Préparation pré-opératoire	La sortie est anticipée	Les suites opératoires prévisibles sont anticipées et évaluées par l'UCA Les prescriptions post-opératoires sont remises en préopératoire et/ou à la sortie. Les RV d'aval éventuels sont pris par le patient.	8, 11 et rappel en 31-32
	Le patient est préparé	Des instructions adaptées sont remises au patient pour sa préparation	8
	Contact de la veille	Les recommandations et instructions lui sont rappelées la veille de son arrivée, cette démarche est tracée.	12
Phase per-opératoire	La réhabilitation rapide est favorisée	Chirurgie mini-invasive et modalités anesthésiques adaptées.	-
Phase post-opératoire	Surveillance post-interventionnelle	Adaptée en conformité avec la réglementation, formalisée et tracée	25 à 28
	Sortie d'UCA	Formalisée (protocole et scores). Rappel des informations au patient et/ou à son accompagnant (notamment, les ordonnances lorsqu'elles lui ont été fournies lors des consultations préopératoires, sont réexpliquées au patient) Remise d'une lettre de liaison.	8, 30 à 32
	Contact du patient sous 72h	Systématique sauf justification dans le dossier. Formalisé avec questionnaire « check-list ».	33

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en œuvre, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques en établissement de santé.



Ministère des affaires sociales et de la santé

2016

Le parcours patient en chirurgie ambulatoire

La structure de l'UCA s'organise autour du parcours du patient. Son architecture vise à faciliter toutes les étapes de ce parcours, les flux des patients et des professionnels. L'UCA doit être la plus proche possible du bloc opératoire. La séparation des flux des patients ambulatoires et non ambulatoire doit être organisée le mieux possible. Des circuits différents sont organisés en fonction des gestes ou des patients.

Les déplacements du patient et son éventuel brancardage sont minimisés. L'ensemble des temps morts doit être réduit tout en autorisant la réalisation des contrôles nécessaires à la réduction des erreurs.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2016/164 du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en œuvre, pour l'activité de chirurgie ambulatoire, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques en établissement de santé.



Ministère des affaires sociales et de la santé

2016

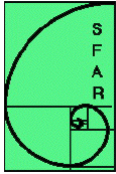
Gestion des risques Documentation

Le représentant légal de l'établissement de santé est responsable de la déclinaison de la PACQSS-GdR en programme d'actions, y compris dans l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Il s'assure de l'évaluation régulière de ce programme, en lien avec le président de la conférence médicale ou de la commission médicale d'établissement, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins prévu par l'article R. 6111-4 du CSP, le médecin coordonnateur de l'UCA et le responsable du bloc opératoire. Les améliorations nécessaires sont proposées.

A ce titre il :

- i. favorise la déclaration des événements indésirables associés aux soins, leur analyse, la mise en place de démarches de retours d'expérience et de mesures correctives ou d'atténuation ;
- ii. organise la communication en externe (vers les professionnels de santé de ville) et en interne (vers les professionnels de l'établissement et vers la commission des usagers) sur la mise en place du programme d'actions et ses objectifs en matière de qualité, de sécurité, de satisfaction des patients. Il valorise les actions menées au titre de ce programme et les résultats obtenus.
- iii. Prépare, avec les équipes concernées, la certification de l'établissement par la mobilisation d'outils tels que la grille « patient-traceur en chirurgie ambulatoire », les audits de processus, la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » et les RMM. Les dispositifs d'accréditation des médecins ou d'équipes peuvent être intégrés dans le programme d'actions.
- iv. Veille au suivi dans les UCA des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients, sous forme de tableaux de bord (notamment, les annulations le jour même, les admissions la première nuit et les ré-hospitalisations non programmées dans les 30 jours)

La liste des actes marqueurs



RFE 2009

2. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient.
3. Il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire.

- Introduction d'un caractère de contrainte sur certains actes
- Actes pouvant être majoritairement réalisés en ambulatoire
- Jugement des collégiales de chirurgie + SFAR
- Base de la mise en place MSAP
- Risque = pression sur certaines équipes

Liste des 55 gestes « marqueurs »

ORTHOPEDIE

Arthroscopie de la cheville
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
Chirurgie de la main
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons
Chirurgie de l'avant pied
Chirurgie de l'épaule
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
Chirurgie du pied
Chirurgie du poignet
Exérèse de kystes synoviaux

VASCULAIRE

Angioplasties du membre supérieur
Angioplasties périphériques
Chirurgie des varices

Abord vasculaire

Accès vasculaire
Fistules artério veineuses

PEAU ET LAMBEAU

Exérèse de lésions cutanées
Exérèse de lésions sous-cutanées
Geste secondaire sur lambeau
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique

DIGESTIF

Chirurgie anale
Chirurgie des hernies de l'enfant
Chirurgie des hernies abdominales
Chirurgie des hernies inguinales
Cholécystectomie

UROLOGIE

Chirurgie des bourses
Chirurgie des bourses de l'enfant
Cure de paraphimosis
Geste sur la vessie
Geste sur l'uretère
Geste sur l'urètre
LEC

GYNECOLOGIE

Chirurgie de l'utérus
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin
Interruption tubaire
Prélèvement d'ovocyte

SEIN

Chirurgie du sein/tumorectomie

ORL

Adénoïdectomies
Chirurgie des sinus
Chirurgie du nez
Chirurgie du tympan

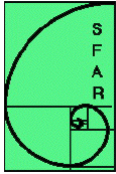
STOMATOLOGIE

Avulsion dentaire
Chirurgie des maxillaires
Exérèse de lésions de la bouche
Fermeture de fistule buccale
Geste sur les glandes salivaires
Plastie de lèvres

OPHTALMOLOGIE

Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
Chirurgie du cristallin
Chirurgie du glaucome
Chirurgie du trou maculaire
Chirurgie pour strabisme
Vitrectomie avec pelage de membrane
Vitrectomie postérieure isolée

Chirurgie Ambulatoire...pour certains patients ASA 4 ?



RFE 2009

7. Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.

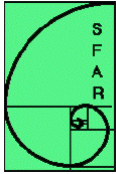
Patients ASA 4 pour certains actes

- L'éligibilité des patients ASA IV et basée sur l'analyse du rapport bénéfice / risque.
- Par exemple, certains actes de cancérologie (chambres implantables, sites intrathécaux, pleuraux, intraveineux...) sont réalisables chez des patients ASA IV en ambulatoire.
- Le principe général, quelquesoit le score ASA, est que la prise en charge ambulatoire ne déstabilise pas l'état clinique du patient.

Niveau de preuve faible

Accord fort du groupe

Le problème de l'accompagnant....un casse-tête !

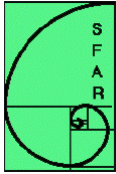


RFE 2009

11. Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
12. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

- Il faut clairement distinguer l'accompagnement sur le trajet de retour de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au domicile, qui reste une recommandation forte, et l'accompagnement au domicile du patient qui doit être envisagé au « cas par cas » en fonction des risques associés à l'acte chirurgical, au statut médical du patient et de ses conditions de vie
- L'accompagnement du patient sur le trajet de retour s'entend de l'unité de chirurgie ambulatoire jusqu'au domicile, c'est-à-dire que si un taxi est choisi, le chauffeur ne doit pas laisser le patient sur un trottoir, même à proximité du lieu de résidence.

Le problème de l'accompagnant....un casse-tête !



RFE 2009

11. Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
12. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.



Faut-il ouvrir la possibilité de sortie sans accompagnant pour certains actes (chirurgie de la main sous locorégionale ?) ou certains patients ?

La possibilité de sortie sans accompagnant peut être envisagée dans le cadre d'actes mineurs réalisés sous anesthésie locale stricte et sans sédation.

Dans les autres cas, la sortie sans accompagnant doit être exceptionnelle.

Niveau de preuve modéré

Accord fort du groupe

Accompagnant sur le trajet de retour à domicile

Une recommandation internationale forte

Car Accidents After Ambulatory Surgery in Patients Without an Escort

Frances Chung, FRCPC

Nicole Assmann, FRCA

Anesth Analg 2008

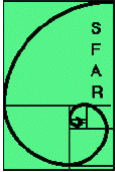
Recommendations

These two malpractice cases from the CMPA national database illustrate the potential hazards associated with impaired mental, and possibly physical disability after surgery and anesthesia or sedation.

Many health care professionals may not have realized the potentially disastrous consequences of patients returning home unaccompanied after surgery.

Anesthesiologists may wrongly believe that the short-acting anesthetics will have worn off by the time of the discharge or the amount of the sedation is too small to impact the psychomotor function of the patients. Education of surgeons, anesthesiologists and nurses regarding the importance of escorts is essential to the success of the discharge policy.

Règles de jeune préopératoires



RFE 2009

27. Il est recommandé d'établir des règles de jeune préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.

- Il n'existe pas de spécificité concernant les règles de jeûne en chirurgie ambulatoire.
- En absence d'altération de la vidange gastrique, la prise de liquide clair (eau, café, thé, jus de fruit sans pulpe et boissons sucrées non gazeuses) est permise jusqu'à 2 heures avant une anesthésie.
- Les solutions de préparation colique sont assimilées à des liquides clairs et répondent donc au même délai de jeun que ces derniers.
- Le délai entre la dernière prise alimentaire pour les autres aliments liquides (comme le lait par exemple) ou solides et l'anesthésie doit être de 6 heures. Il pourrait même être prolongé jusqu'à 8 heures pour les américains lorsqu'il s'agit d'aliments gras, fris ou pour la viande². Pour le lait maternel, le durée est de 4 heures.
- La prise de solution enrichie en carbohydrate est permise jusqu'à deux heures avant l'anesthésie.
- En absence de troubles de la déglutition, la reprise postopératoire d'une alimentation liquide par de l'eau doit se faire dès que le patient le souhaite sans qu'il existe un délai minimum à respecter après la fin de l'anesthésie.

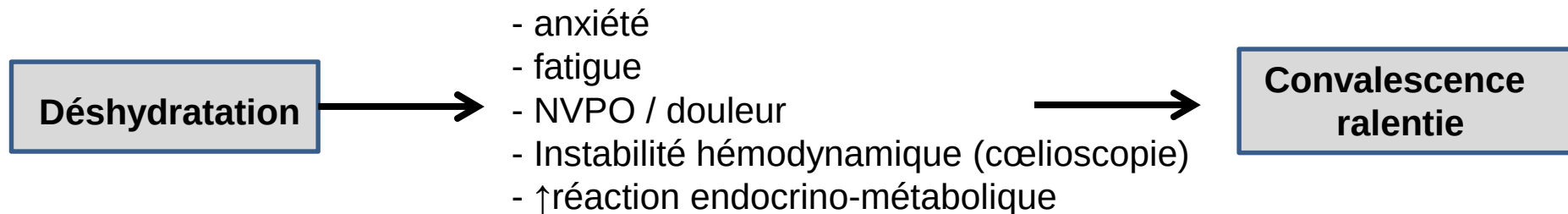
Règles de jeûne préopératoire



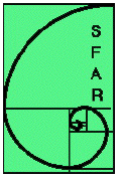
M Beaussier *et al.* ACCPM 2017 – à paraître

Fasting rules in accordance with current recommandations :

Private	Public hospital	University Hospital
88%	70%	78%



Règles de jeûne préopératoires



27. Il est recommandé d'établir des règles de jeûne préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.

RFE 2009

RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Black or white coffee before anaesthesia? Gastric volume measured by MRI

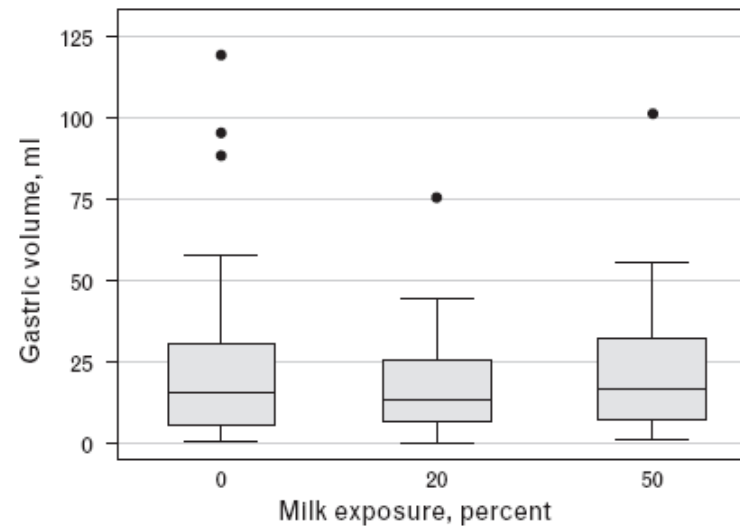
A randomised crossover trial

Birgit Larsen, Lars P. Larsen, Kim Sivesgaard and Svend Juul

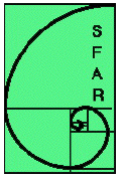
Eur J Anaesth 2016

le lait ne semble pas avoir d'impact

Après jeûne solide de 6h
175 ml - Lait non écrémé
Volume mesuré 2h après ingestion par RMM



Faire évoluer l'information délivrés aux patients



RFE 2009

22. Il est recommandé que l'information délivrée soit orale, complétée par un support écrit court et lisible ou d'un support audiovisuel, incitant le patient à poser toute question utile et d'en assurer sa traçabilité.
24. Il est recommandé de pouvoir établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation pour réitérer les consignes et les conditions de l'hospitalisation. Ce contact revêt une importance particulière en cas de consultation d'anesthésie délocalisée ou d'acte itératif.

- Un facteur clé de la réussite en ambulatoire +++
- Difficile à mettre en pratique – temps +++
- Trouver des solutions :



Nouvelles techniques de communication (SMS....)

Infirmière coordonnatrice

Appel J-1 : intérêt des procédures automatisées

Efficacité de l'automatisation du rappel des consignes préopératoires par SMS à J-1 en chirurgie ambulatoire.

Jules Boucon, Florence Marchand Maillet, Didier Sciard, Marc Beaussier

Département d'Anesthésie-Réanimation et Unité de Chirurgie Ambulatoire. Hôpital Saint Antoine, GH EST APHP, Paris. Sorbonne Universités. UPMC Univ Paris 6

SMS automatisés

Contact avec l'UCA si absence de réponse ou réponse inadéquate

	Groupe Appel		Groupe SMS	
	%	Nombre	%	Nombre
Critère de jugement principal : Absence de tout dysfonctionnement dans la prise en charge à J0	61,1	184	74,5	222
Présence d'au moins un dysfonctionnement ci-dessous dans la prise en charge à J0	38,9	117	25,5	76
Annulation J0	4,0	12	4,0	12
Absence d'accompagnant	0,0	0	0,0	0
Retard > 30 minutes	10,3	31	1,0	3
Patient non à jeun	15,3	46	11,7	35
Douche non prise	0,0	0	0,3	1
Ongles non courts	12,0	36	6,7	20
Non retraits des bijoux/vernis	4,7	14	3,7	11

↗ exhaustivité (taux de contact) - ↗ respect des consignes

Infirmière coordinatrice en chirurgie ambulatoire

- Il existe actuellement des arguments montrant que la coordination du parcours patient en ambulatoire, mais aussi pour la RRAC, par une infirmière clinicienne, améliore la préparation à l'intervention, l'observance de la préparation et de l'organisation et l'efficacité du parcours patient.
- La charge de travail du personnel médical et non médical pendant le séjour est significativement réduite par la mise en place de ce poste.

Niveau de preuve fort

Accord fort du groupe

Coordination Infirmière pour l'ambulatoire

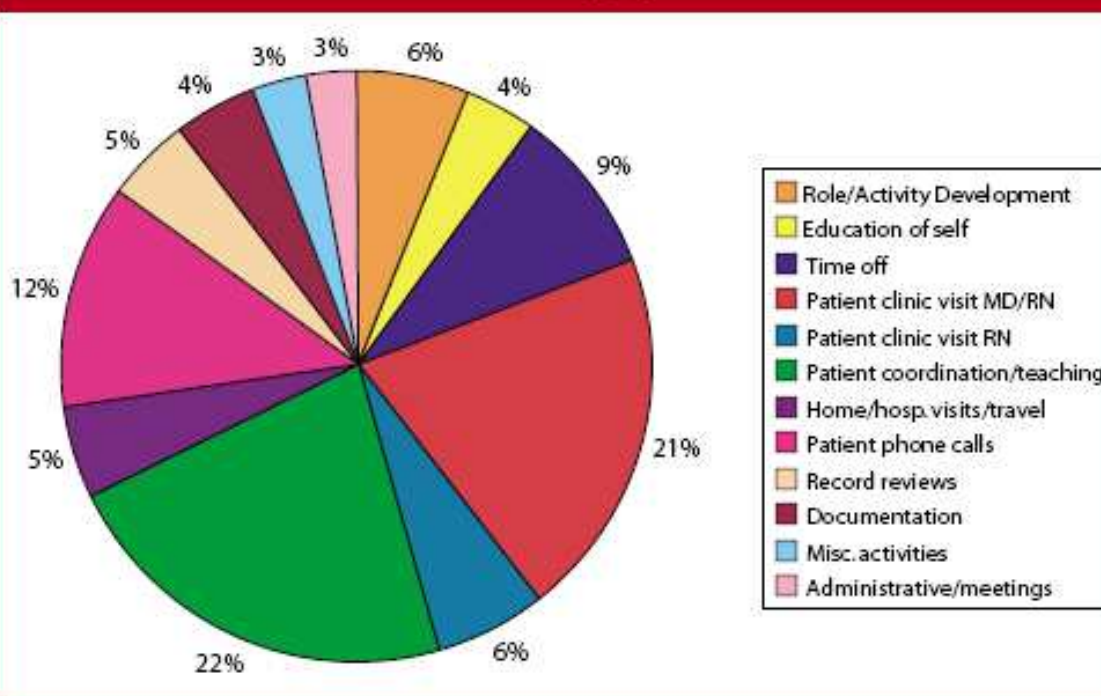


One of the great challenges of primary health care is the range of problems clinicians encounter, and each practice cannot afford a series of disease-specific care coordinators. However, a generalist model of nurse care coordination fits well into small settings with diverse patient populations.

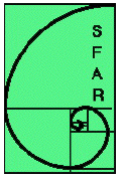
Int Nurse Rev 2007

Les missions de l'infirmière coordinatrice

FIGURE 1. CARE COORDINATOR HOURS BY ACTIVITY TYPE FOR 1999



Ordonnances d'antalgiques en préopératoire



RFE 2009

32. Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.

- Nécessite des procédures très reproductibles – une organisation de la CSA
- Un vrai problème pour les opiacés
 - besoins difficiles à anticiper
 - validité = 3j
 - problème des comprimés non consommés ?

→ Un travail du Comité Ambulatoire pour l'année 2017

Enquête nationale sur la Chirurgie Ambulatoire : OPERA

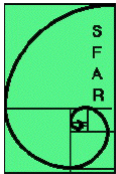


M Beaussier *et al.* ACCPM 2017 – à paraître

La Sortie

Use of objective discharge score	156 (77)
PADSS (if yes)	66 (42)
Modified PADSS (if yes)	84 (54)
Other (if yes)	15 (9)
Physician giving the discharge authorisation	
Anaesthesiologist	30 (15)
Surgeon	34 (17)
Both of them	59 (30)
One or the other (according to surgical procedure)	40 (20)
One or the other (according to availability)	34 (17)
Escort at home required during the first postoperative night	164 (81)

Suivi des patients à domicile



RFE 2009

36. Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters péricervicaux au lieu de résidence.

53. Il est recommandé que les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

- Les bonnes pratiques en ambulatoire, permettant une gestion "à priori" du risque, doivent voir la continuité des soins évoluer vers une simplification des soins et de suites opératoires. (HAS)
- Dans ce cadre, la surveillance à domicile est donc le plus souvent inutile. Cependant l'élargissement des indications vers des actes et des patients plus lourds pourraient justifier un suivi de la prise en charge à domicile dans certains cas.
- Il existe une confusion entre coordination ville hôpital et transfert de responsabilité. Réglementairement, aucun transfert possible de responsabilité de l'opérateur / anesthésiste vers le médecin de ville .
- L'organisation de la continuité des soins est sous la responsabilité de la structure.

Protocole d'utilisation à domicile des spécialités à base de ropivacaïne 2 mg/ml, solution injectable en poche (NAROEINE et génériques) dans le cadre de l'analgésie postopératoire par cathéter perinerveux

Au-delà de ces recommandations, lorsqu'une analgésie périnerveuse continue à domicile peut être mise en place, cela permet d'élargir les indications classiques de l'ambulatoire et d'inclure des patients devant subir un acte de chirurgie orthopédique avec douleur postopératoire sévère.

L'analgésie post-opératoire par cathéter péri-nerveux en ambulatoire nécessite une surveillance à domicile pendant la période du cathétérisme périnerveux (48 à 72 heures) : surveillance infirmière quotidienne et présence d'un proche au domicile en fin de journée ou à défaut surveillance biquotidienne de l'infirmier(e).

L'infirmier(e) qui prend en charge le patient doit être formé(e) spécifiquement pour la surveillance d'une analgésie continue par cathéter péri-nerveux. Il prend contact avec le patient le jour même ou le lendemain du retour au domicile, puis effectue une surveillance quotidienne ou biquotidienne.

La surveillance comprend :

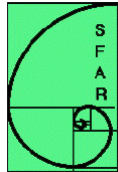
Les paramètres communs à tous les blocs :

- constantes hémodynamiques, température
- efficacité analgésique
- évaluation à la recherche d'un bloc moteur
- points d'appui ou de compression
- signes de surdosage (signes neurologiques)
- site d'insertion du cathéter
- bon fonctionnement du système de perfusion : volume d'anesthésique local perfusé.

Une surveillance spécifique selon le bloc réalisé :

- par exemple, dépistage d'un bloc phrénique avec le bloc interscalénique, bloc moteur d'un membre inférieur nécessitant un béquillage... Ces éléments faisant partie de l'information au patient.

Le suivi d'indicateurs spécifiques



RFE 2009

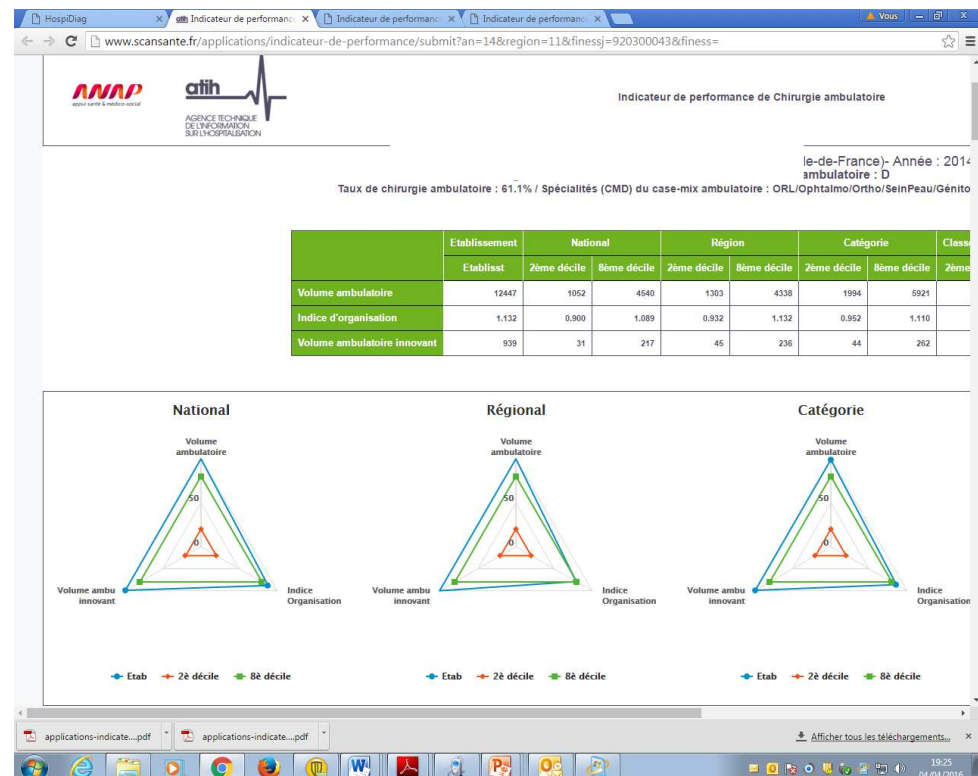
54. Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.

ANAP
appui santé & médico-social

atih
AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Clés de lecture
de l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire
pour l'interprétation du taux de chirurgie ambulatoire
d'un établissement de santé

Instruction DGOS du 28 Sept 2015



Suivi des indicateurs



ENQUETE SFAR-OPERA

Organisation **PER**iopératoire de l'anesthésie et de la chirurgie **Ambulatoire**

(n=201) % ou médiane (IQR)	CH	CHU	Clinique	Total
Connaissez-vous le taux de patient restant dans la structure (non programmé) ?	62,3	74,3	57,3	62,2
Si oui: Taux [%] (n=125)	2 (1-3)	2 (1-3)	1 (1-3)	2 (1-3)
Connaissez-vous le taux de réhospitalisation le jour même?	48,1	48,6	38,2	43,8
Si oui: Taux [%] (n=88)	0 (0-1)	1 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-1)
Connaissez-vous le taux de réhospitalisation le lendemain ou plus tard ?	33,8	34,3	24,7	29,9
Si oui: Taux [%] (n=60)	0 (0-0)	0 (0-1)	0,5 (0-1)	0 (0-1)
Utilisez-vous des indicateurs de pilotage?	64,9	77,1	59,6	64,7



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Sept 2017

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Parcours de patients en chirurgie ambulatoire

Indicateurs de processus et de résultats



Avant l'hospitalisation

1. Évaluation Pré-opératoire	Proportion de séjours pour lesquels sont retrouvés dans le dossier - L'évaluation de l'éligibilité du patient à la CA (7 items, 8 questions) - et - L'information et le consentement du patient à sa prise en charge en CA (1 question) - Et - La prévention des risques propres au patient (Nausées Vomissements Post Opératoires et maladie thromboembolique veineuse) (2 items, 4 questions) - Et - L'anticipation de la prise en charge de la douleur du patient (1 item, 3 questions) - Et - Un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J-1 et J-3 (1 item, 1 question).	11 % 65 % 23 % 11 % 45 %
---	--	---

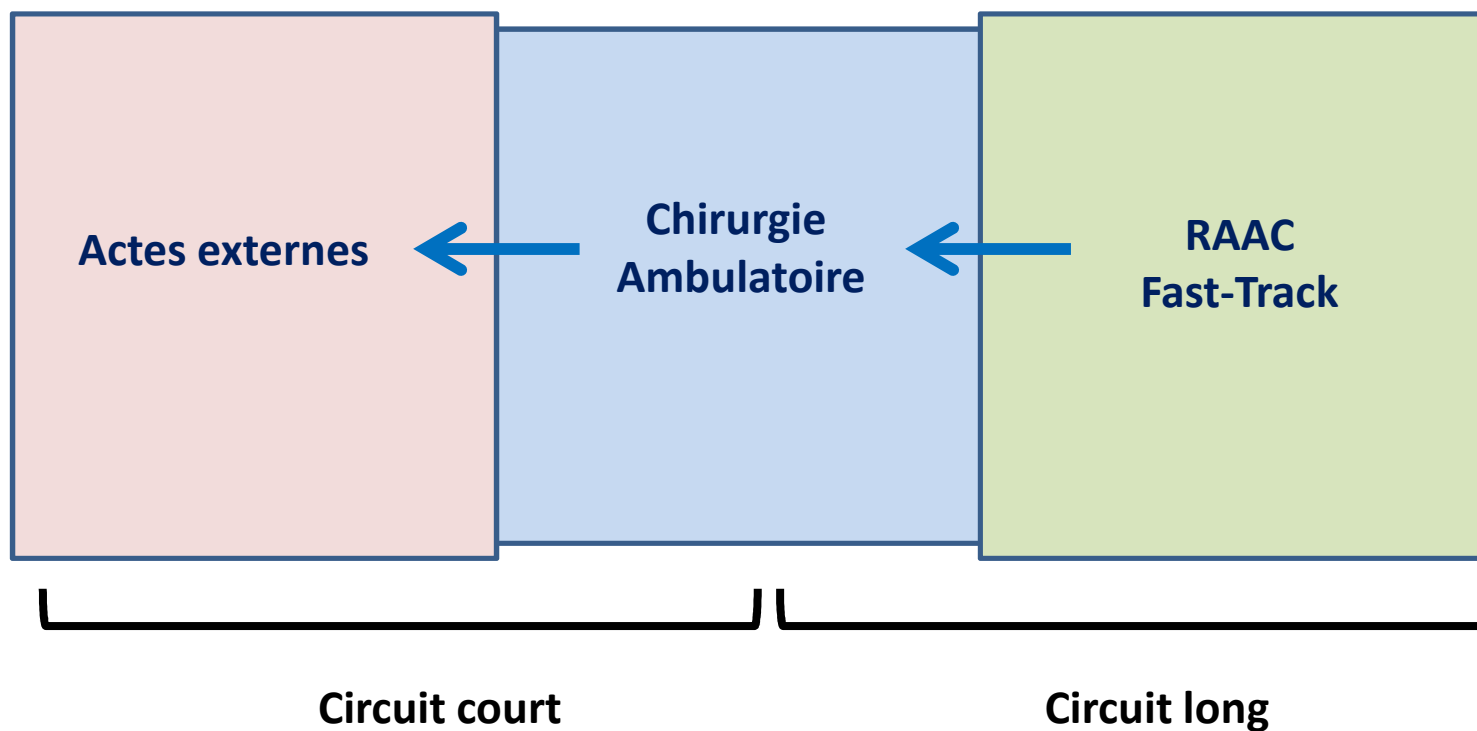
Pendant l'hospitalisation		
2. Gestion des suites opératoires	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	- Une gestion de la douleur après l'intervention (si applicable) (1 item, 5 questions, dont 3 entrent dans le calcul de l'indicateur)	87 %
	et - Une gestion des nausées vomissement après l'intervention (si applicable) (1 item, 2 questions)	72 %
Moyenne 65 %		
3. Évaluation du patient pour la sortie de la structure	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	- le bulletin de sortie (1 critère, 8 questions)	81 %
	et - le compte rendu opératoire (1 critère, 9 questions)	
Moyenne 81 %		
4 Documents pour la continuité des soins	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés :	
	- le bulletin de sortie (1 critère, 8 questions)	24 %
	et - le compte rendu opératoire (1 critère, 9 questions)	12 %

Après l'hospitalisation

5. Suivi du patient après la sortie de la structure	Proportion de dossiers patient dans lesquels sont retrouvés : - Une information sur les soins à réaliser en post hospitalisation (1 item, 1 question) et - Une programmation de consultation post opératoire avec le chirurgien (si applicable) (1 item, 1 question) et - Une trace d'un contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 à J+3 (1 item, 1 question)	68 % 65 % 48 %
--	--	-------------------------------------

Chirurgie Ambulatoire : transition des pratiques

L'ambulatoire au centre d'une dynamique



Conclusions

- Une vraie dynamique d'accroissement
- Pression sur les « actes marqueurs »
- De nouveaux problèmes (médicaux / organisationnels...)
- Simplification des parcours...
- Importance des parcours dédiés
- La bascule RAAC → ambulatoire
- Suivi des indicateurs

