Comment optimiser le circuit chez le patient ambulatoire?

-

Rencontres d'Anesthésie SANOFI AVENTIS
Biarritz 18 - 19 Juin 2016

-

P. NICCOLAI (NICE) , M. BEAUSSIER (PARIS)

- **Aucun conflit d’intérèt**

AMBULATOIRE

Chirurgie ambulatoire :
aspects organisationnels

Marc BEAUSSIER, Nicolas DUFEU,
Patrick NICCOLAI, Alexandre THEISSEN

Lorsqu'elle est possible, la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui considérée comme la meilleure façon de prendre en charge un patient devant être opéré.. Ce livre présente l'importance de l'organisation optimale des unités de chirurgie ambulatoire ; il en rappelle les principes et les exigences, et répond à trois questions fondamentales : pour quel patient ? Pour quel acte ? Dans quelle structure ?

L'organisation des locaux, l'environnement informatique et le pilotage médicoadministratif sont des éléments essentiels à la prise en charge. Une politique bien conduite d'évaluation des pratiques, de gestion des risques et d'assurance qualité est garante d'un fonctionnement performant et sécurisé. En effet, ne pas exposer le patient à un risque majoré est une des préoccupations majeures de la chirurgie ambulatoire.

Abordant tous ces sujets, l'ouvrage accompagne pas à pas les gestionnaires et acteurs de soins, tout au long du parcours opératoire du patient, en proposant d'en optimiser chacune des étapes. Sa présentation sous forme de fiches en rend la consultation facile et efficace. Chaque fiche est accompagnée de conseils pratiques et de compléments numériques, vidéos ou textes de loi utiles.

ISBN : 978-2-7184-1392-1

Marc BEAUSSIER, Nicolas DUFEU
Patrick NICCOLAI, Alexandre THEISSEN

Chirurgie ambulatoire :
aspects organisationnels

AMBULATOIRE

Chirurgie ambulatoire :
aspects organisationnels

Marc BEAUSSIER
Nicolas DUFEU
Patrick NICCOLAI
Alexandre THEISSEN

Chirurgie Ambulatoire : Succés = sélection + éligibilité

- **Chirurgie ambulatoire ≠ expérimentation**

  on ne fait en ambulatoire que ce que l'on maitrise parfaitement
  actes à bénéfices démontrés pour les patients +++
  mais… innovations possibles

- **Tryptique : Patient / Acte / Structure**

  spécificités locales +++ (Architecture)
  analyse au « cas par cas »
  protocoles réévalués régulièrement
  critères socio-environnementaux, benchmarking (hospidiag,scanSanté)

- **Aspects organisationnels**

  information orale + documents : messages homogènes dans l'équipe +++
  accord du patient et accord dans l'équipe
  chemins cliniques précis…

- **Un modèle de gestion des risques** ≠ principe de précaution

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 formation[19] 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

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(DS) constatées, par racine de GHM**, au niveau de l'établissement.

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

Prise en compte de la part des **urgences** dans les séjours de chirurgie
18,3% dans le public
3,2% dans le privé

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)

en 2018

Source : rapport IGF/IGAS Chirurgie Ambulatoire 2014

GESTION DES RISQUES

NEWS

NOTE D'INFORMATION DGOS du 24 mai 2016 relative aux points critiques récurrents et à la mise en oeuvre, 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.

Date d'application : immédiate

- fiche 1 « Eléments critiques récurrents identifiés au cours du processus de prise en charge en chirurgie ambulatoire ».
- fiche 2 « Déclinaison de la politique et du programme institutionnel d'amélioration continue de la qualité , de la sécurité des soins et de gestion des risques, en UCA ».
- fiche 3 « Mise en oeuvre en UCA du programme d'actions de l'établissement pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques ».
- fiche 4 « Types de situations à risque intervenant lors des prises en charge en CA ».
- fiche 5 « Exemple d'indicateurs mobilisables pour la constitution d'un tableau de bord en chirurgie ambulatoire ».

PLAN D'ACTION

- **Optimiser le circuit c'est optimiser le chemin clinique**

- mais un Pré requis: ACCORD
  - de la Direction
  - de tous les Praticiens
  - de l'Encadrement et de tous les Personnels soignants.

- et un outil : le Lean Management

Qu'est ce que le LEAN?

- Culture axée sur une manière de voir et de penser qui se focalise sur un certain nombre de notions telles:
  - Activités centrés sur le client
  - Réduction des gaspillages
  - Réduction des délais

Qu'est ce que le LEAN?

- Objectif du LEAN
  - Réduire les délais pour le client
    - ✓Éliminer les activités sans valeur ajoutée
    - ✓Offrir le service requis, au moment requis et en quantité requise
- Est-ce que cela veut-dire d'aller plus vite?

Non! Être Lean, c'est viser l'efficience

Faire mieux avec ce que l'on a!

Définir **M**esurer **A**nalyser **I**nnover **I**mplanter **C**ontrôler

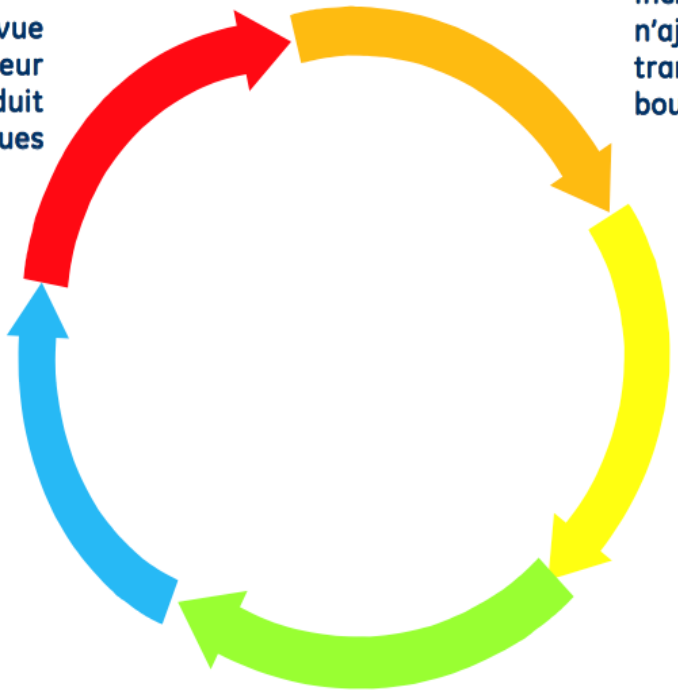
Stratégie Lean

1. Spécifier la valeur

Définir la valeur du point de vue du client et exprimer la valeur sous forme d'avantages produit spécifiques

2 Dresser la carte du flux de valeur

Inclure toutes les étapes (qui ajoutent ou n'ajoutent pas de valeur) qui transforment un intrant en extrant, d'un bout à l'autre



3. Etablir le flux / éliminer le gaspillage

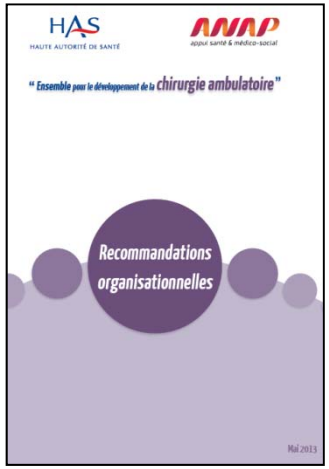
Le mouvement continu de travaux uniques en cours dans le processus ; pas de production par lots

4. Mettre en œuvre les flux tirés

La commande du client lance tous les processus et étapes de production en amont, jusqu'à la production des matières premières

5. Travailler vers la perfection

L'élimination complète du gaspillage pour que toutes les activités et ressources soient utilisées pour créer de la valeur pour le client



Mai 2013

PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR DÉVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

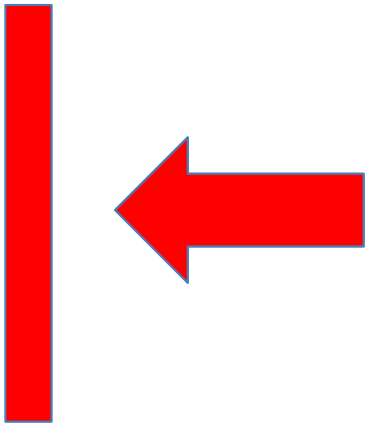
Recommandation A : identifier les étapes clés du processus

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

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.

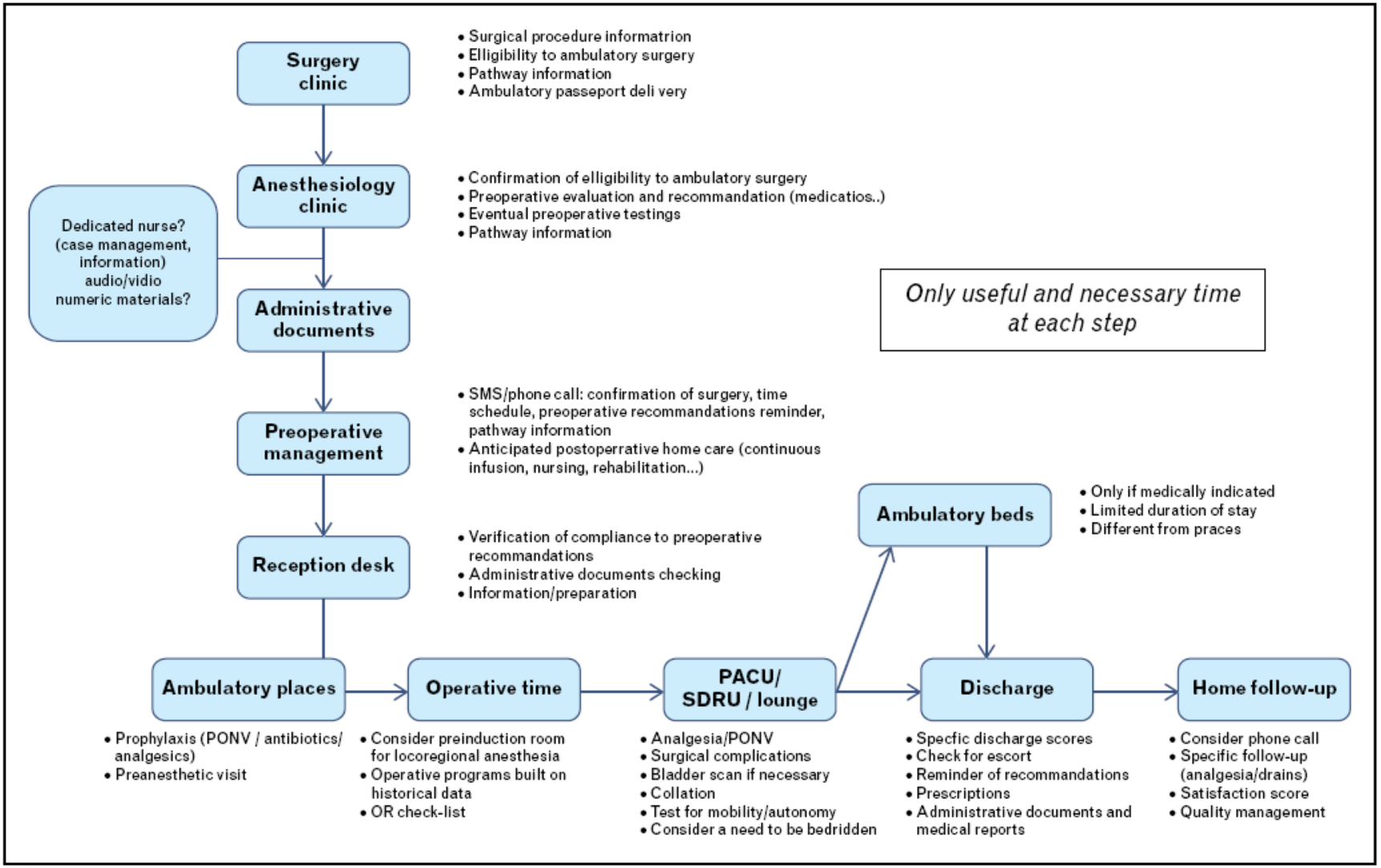
Cette contrainte de temps oblige l'optimisation des flux à chaque étape du processus, en réduisant au maximum les temps sans « valeur ajoutée » (ou zone de gaspillage).



Organizational aspects to optimize patient's ambulatory pathway

Marc Beaussier[a,b], Florence Marchand-Maillet[a,b], Nicolas Dufeu[a,b], and Didier Sciard[a,b]

Curr Opin Anesth 2015



Lean et Parcours Ambulatoire =

Parcours complexe : NECESSITE d' organisation + procédures de soins

Consultation de chirurgie : Programmation

Défaut de communication inter-spécialité
Dossier et patient non identifiés en ambulatoire
Consignes ambulatoires non transmises
Circuit trop complexe de prise de rendez-vous CSA ou de pré-admission

Ret

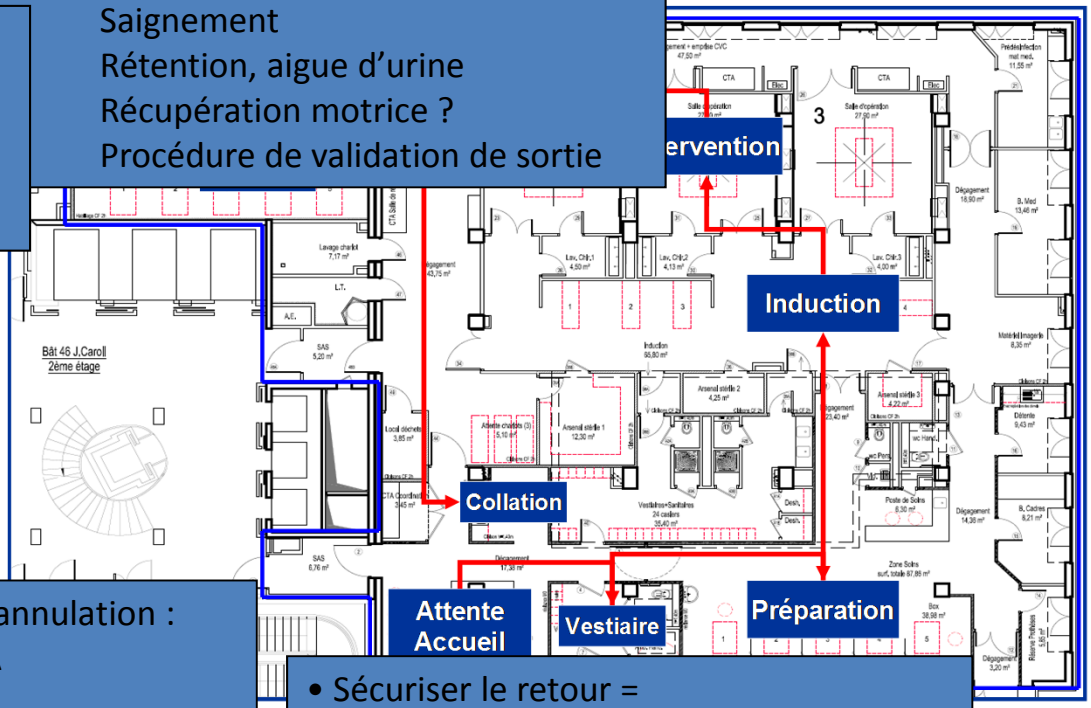
Intervention trop longue
Douleur
NVPO
Sédation
Saignement
Rétention, aigue d'urine
Récupération motrice ?
Procédure de validation de sortie

Cs anesthésie

J0

Pré-

Retard de prise en charge ou annulation :
Dossier, admission, CSA
Jeûn, accompagnant
Non maitrise du Flux de patient



- Sécuriser le retour =
  - Accompagnant présent
  - Béquille, véhicule pour MI
- Sécuriser la prise en charge à domicile =
  - CR A et CRC
  - Ordonnances faites et regroupées
  - IDE à domicile
  - Consignes orales et écrites etc…

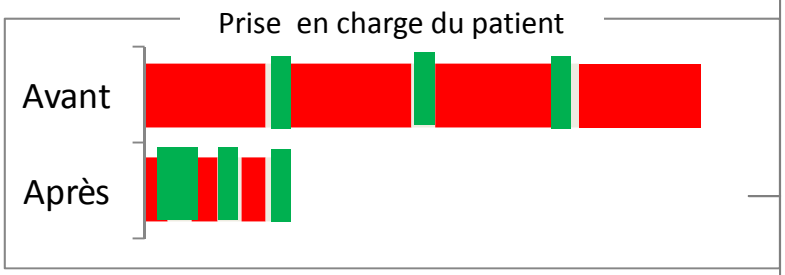
ie

Rapport finale sur "Organisation de la chirurgie
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/20

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

EXEMPLE DE RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES

Comprendre



Valeur ajoutée

Gaspillage

Minimiser les gaspillages

Défauts :
Dossier incomplet

Action inappropriée :
1h systématique en SSPI pour une topique

Temps d'attente :
Signature médicale pour la sortie

Sous-utilisation des ressources :
Sous-occupation UCA certains jours

Transport et Mouvement
Brancardage systématique

Transfert multiple de patient

Accumulation de patients
Tous les patients à 8h

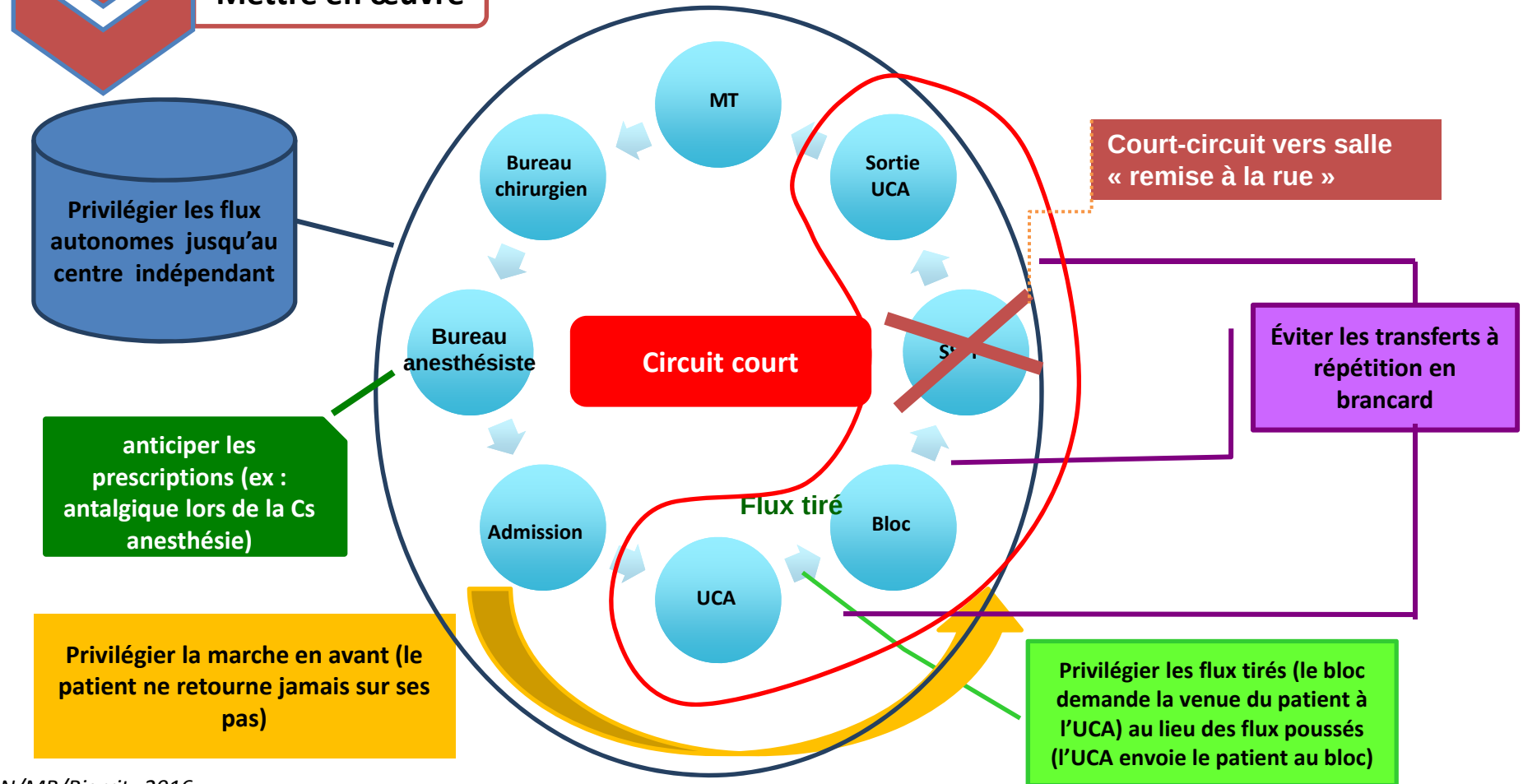
Doublon de tâches :
Papier et Système d'info.

Maximiser les étapes à forte valeur ajoutée

temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge

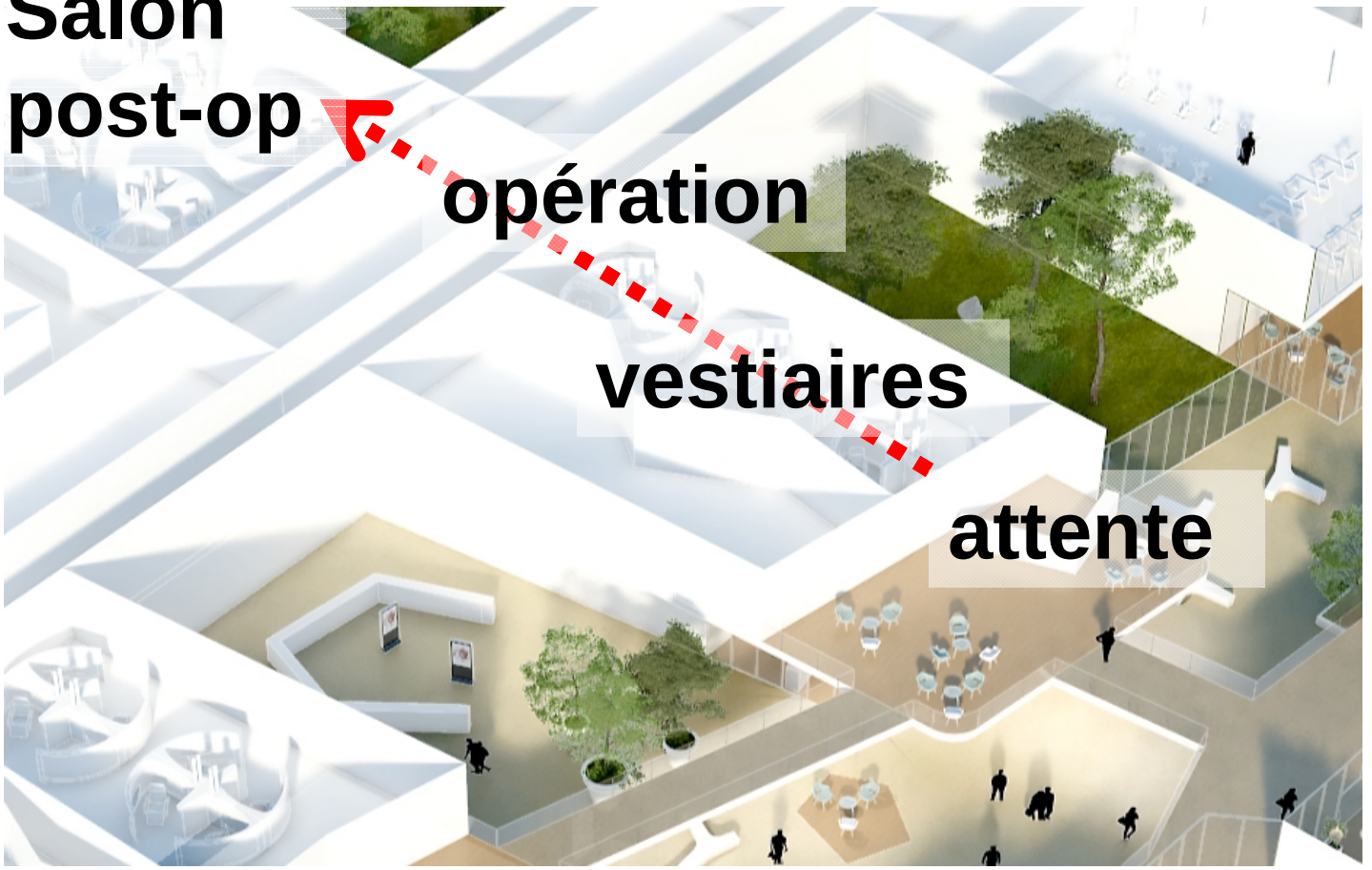
EXEMPLE DE RECOMMANDATIONS ORGANISATIONNELLES

Mettre en œuvre



PN/MB/Biarritz 2016

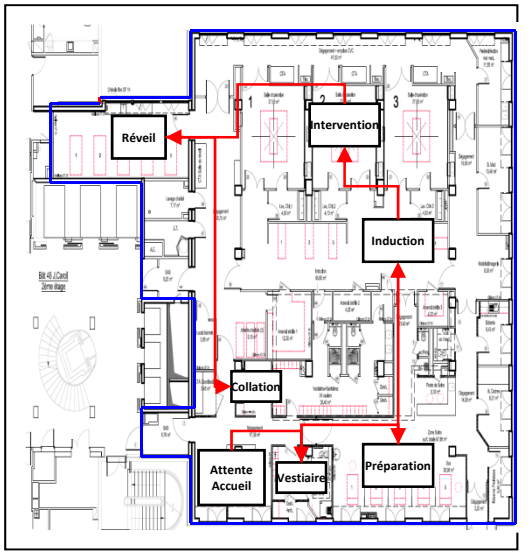
Pour les patients, il faut un parcours court, efficient, sécurisant et de qualité



Améliorer et repenser le parcours du patient dès le vestiaire

Aspects organisationnels

→ Optimisation des flux



- **Principe de la « marche en avant »**

  Le patient ne repasse pas par une étape préalable
  → flux continu

- **Découpage en étapes**

  Temps minimal nécessaire à chaque étape
  Solution informatique de suivi de parcours

- **Répartition des taches et du personnel alloué à chaque étapes**

  Vérifications spécifiques mais polyvalences possibles
  « Check-Lists » à chaque étape
  Procédures dégradées en cas d'absence

- **Personnel dédié au parcours patient (avec de nouvelles missions AS / ASH)**

- **Repenser la prise en charge**

  Pas d'alitement systématique en postopératoire (salon postopératoires…)
  Brancardage inutile
  Programmation échelonnée
  …

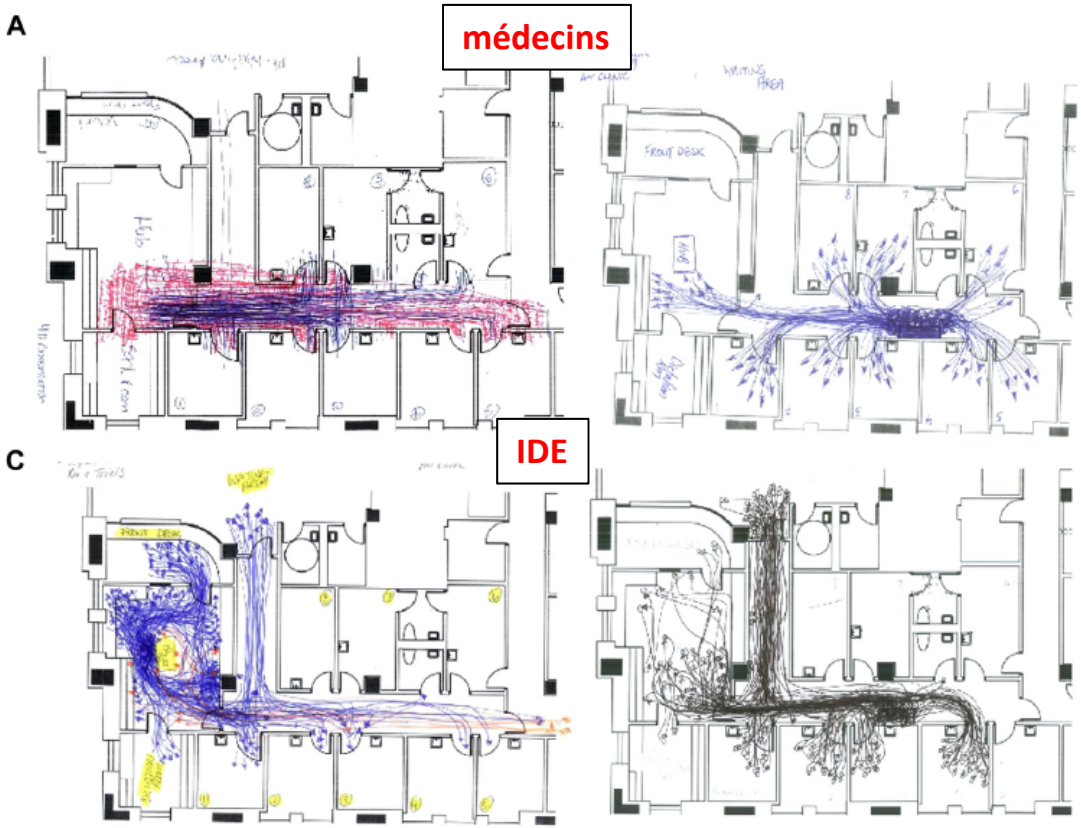
Le « Lean Management »; c'est possible !!

Ambulatory and Office Urology

Lean Methodology Improves Efficiency in Outpatient Academic Uro-oncology Clinics

Sean C. Skeldon, Andrea Simmons, Karen Hersey, Antonio Finelli, Michael A. Jewett, Alexandre R. Zlotta, and Neil E. Fleshner

Vancouver (Canada) Urology 2014



Temps (en min)

Temps passage :	46	→	35*
Attente bloc :	10	→	5*
Attente PNM :	23	→	10*
Contact PM :	7,5	→	10,5*
Contact PNM :	0,5	→	3,5*

value-added time : 30,6% → 66,4%

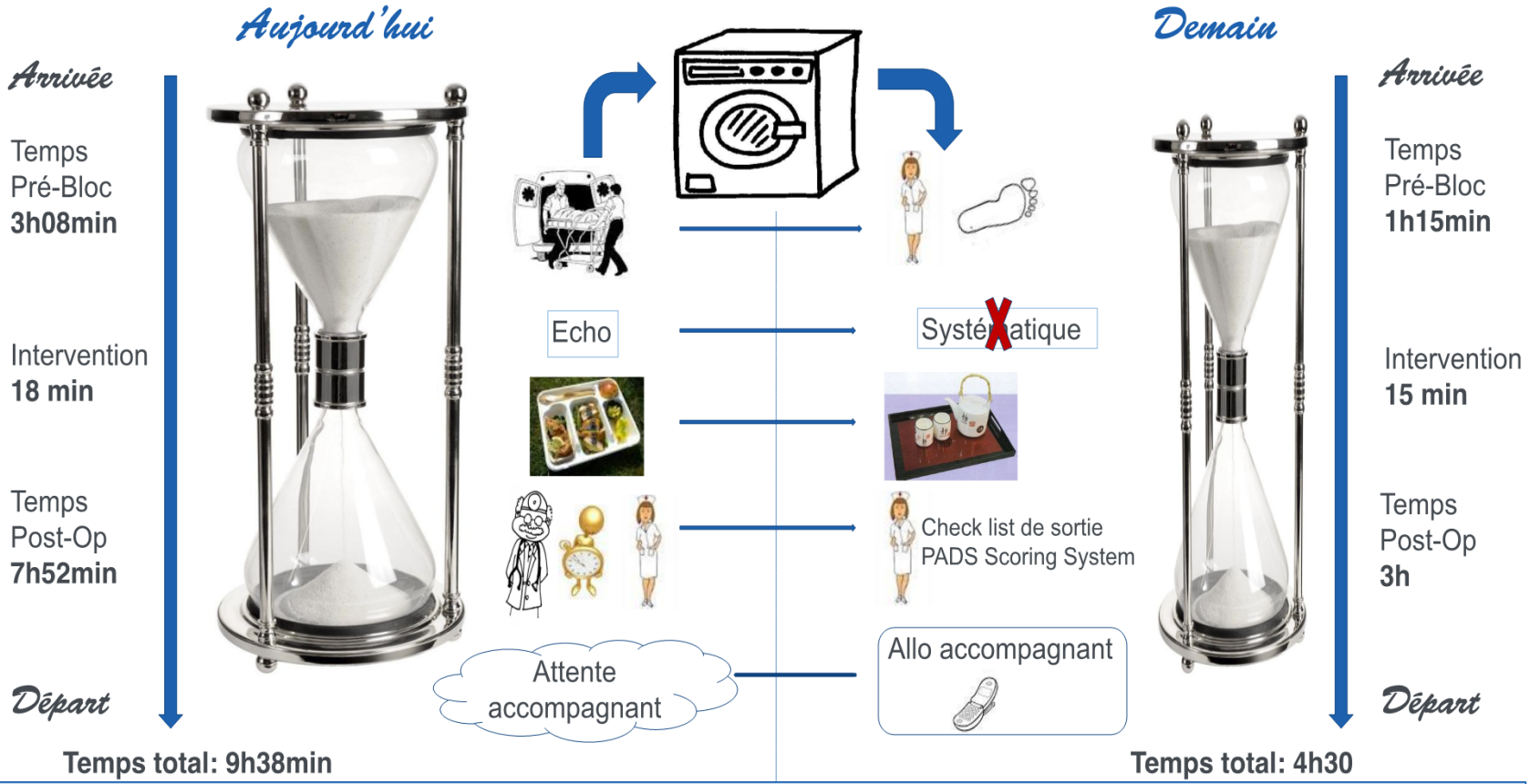
PN/MB/Biarritz 2016

IVG Chirurgicale Ambulatoire selon la méthode Lean*

**Lean* : Méthode participative consistant en la description du processus transversal actuel, l'identification des activités sans valeur ajoutée, l'optimisation du processus dans un travail d'équipe pluridisciplinaire

Problématique : Aujourd'hui, le taux de couverture des IVG chirurgicales ambulatoires est de 48%, alors que la cible à atteindre est fixée à 80%
50 % du temps total de prise en charge est consacré à des activités sans valeur ajoutée pour la prise en charge

Objectifs : Augmenter le taux de couverture des IVG chirurgicales ambulatoires / Diminuer les temps d'attente pour la patiente
Utiliser au mieux les ressources de l'Hôpital



Bilan de la méthode : 1 – Amélioration de la satisfaction des patientes et du personnel 2- Diminution du temps de prise en charge
3- Optimisation des coûts 4- Diminution des répercussions psychosociales pour la patiente
5- Possibilité d'étendre à d'autres chirurgies ambulatoires

14ème Journée Qualité
7 décembre 2012

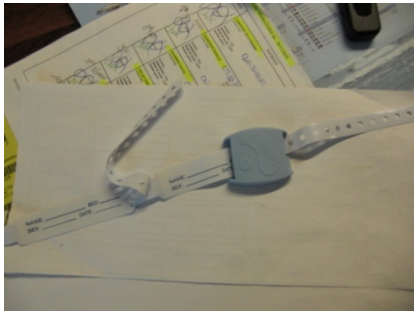
Hôpitaux Universitaires de Genève

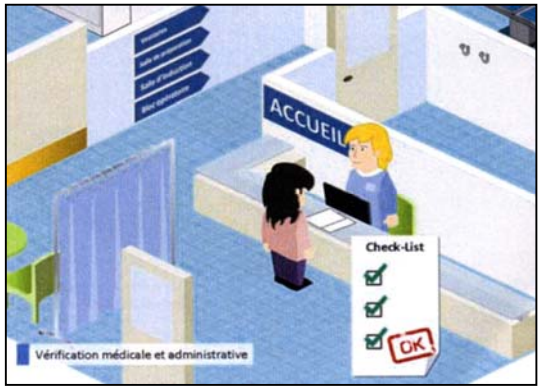
Auteurs poster:
Mme Malet - Lean Manager;
Mme Briet – Responsable des Soins DGO;
Mme Campione - Quality Officer DGO

PN/MB/Biarritz 2016

Hôpitaux Universitaires Paris Est
SAINT-ANTOINE

Kheops® localisation system





Système RFID *Radio Frequency Identification*

Le « bypass » de la SSPI

SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

ENQUETE SFAR-OPERA

Organisation PERiopératoire de l'anesthésie et de la chirurgie Ambulatoire

(n=201) (%)	CH	CHU	Clinique	Total
Pour certains actes de chirurgie, acceptez-vous que les **patients ne passent pas par la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)** et retournent après la chirurgie dans le secteur ambulatoire (en dehors des anesthésies locales pures) ?	35,1	22,9	19,1	25,9
Si oui, pour quels actes (n=52)				
OPH	18,5	50	64,7	38,5
ALR Périphérique	85,2	62,5	58,8	73,1
Si non, seriez-vous prêts à autoriser que certains patients ne transitent pas par la SSPI (hors anesthésies locales pures) ? (n=147)				
Après consensus local seul	24,5	15,4	11,1	16,3
Seulement après une décision de la SFAR	81,6	69,2	73,6	75,5
Jamais	8,2	7,7	12,5	10,2

SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Le Comité Vie Professionnelle (CVP) de la SFAR a fait état de ses travaux en cours, notamment de celui concernant le passage en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) après anesthésie loco-régionale (ALR) périphérique *.

Il est évident qu'il ne s'agit que d'une réflexion interne, la SFAR devant aborder de manière scientifique toute question relative à l'exercice professionnel, **mais ce n'est en aucun cas une recommandation.**

En l'état actuel, il est clair que tout patient ayant bénéficié d'une anesthésie réalisée par un anesthésiste-réanimateur, qu'elle ait été générale ou loco-régionale, DOIT séjourner en SSPI. C'est plus qu'une recommandation, c'est une obligation règlementaire, qui engage la responsabilité du praticien. La durée de ce séjour ressort de l'appréciation du praticien.
Le texte en question ne disait rien d'autre, et ce communiqué n'est destiné qu'à éviter tout dérive en la matière.

Pr Claude Ecoffey, Président du Comité Vie professionnelle
Pr André Lienhart, ancien Président de la SFAR
Dr Laurent Jouffroy, Président de la SFAR

http://www.sfar.org/accueil/article/834/communique-de-la-sfar-du-26-decembre-2011

Recommandation L : disposer de compétences et de ressources humaines dédiées

Recommandation P : développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux

Dans la perspective d'un développement important de la chirurgie ambulatoire, la productivité et la qualité de l'organisation ambulatoire sont directement liées au degré d'indépendance de ses flux, ce qui les isole des flux potentiellement désorganisateurs des autres modes de prise en charge. Les impacts sur l'organisation sanitaire sont à apprécier.

En outre, l'article D. 6124-301-1 du CSP précise qu'en termes d'organisation, la structure doit disposer de moyens dédiés à la chirurgie ambulatoire en locaux et matériel (c'est-à-dire ne pouvant être utilisés pour une hospitalisation complète de chirurgie). Le décret ne permet pas la mutualisation au sein des unités de chirurgie ambulatoire des activités de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire avec les activités relevant d'une structure d'hospitalisation à temps partiel (exemple : chimiothérapie).

Lettre circulaire DGOS aux ARS / Novembre 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.

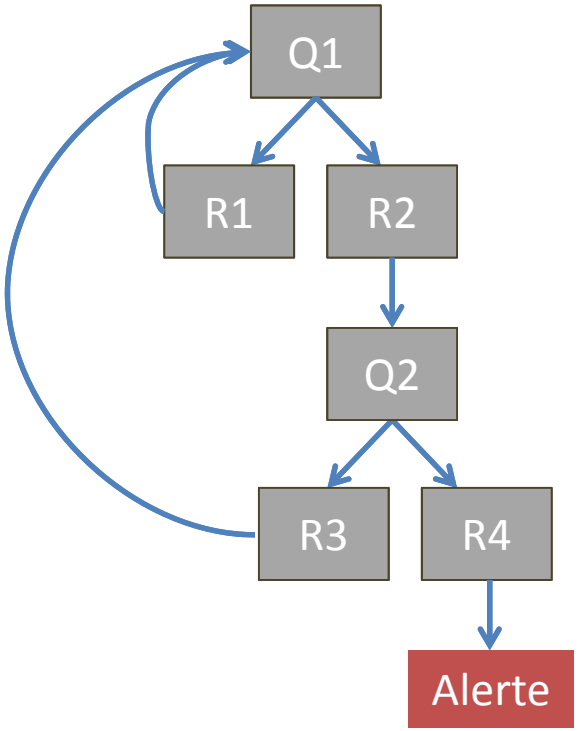
Ainsi, ces dispositions visent à faire progresser la chirurgie ambulatoire de qualité au travers des points suivants :
- La définition et la meilleure prise en compte de l'organisation spécifique qui doit être décrite, évaluée et actualisée dans la charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire,
- 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'avenir :

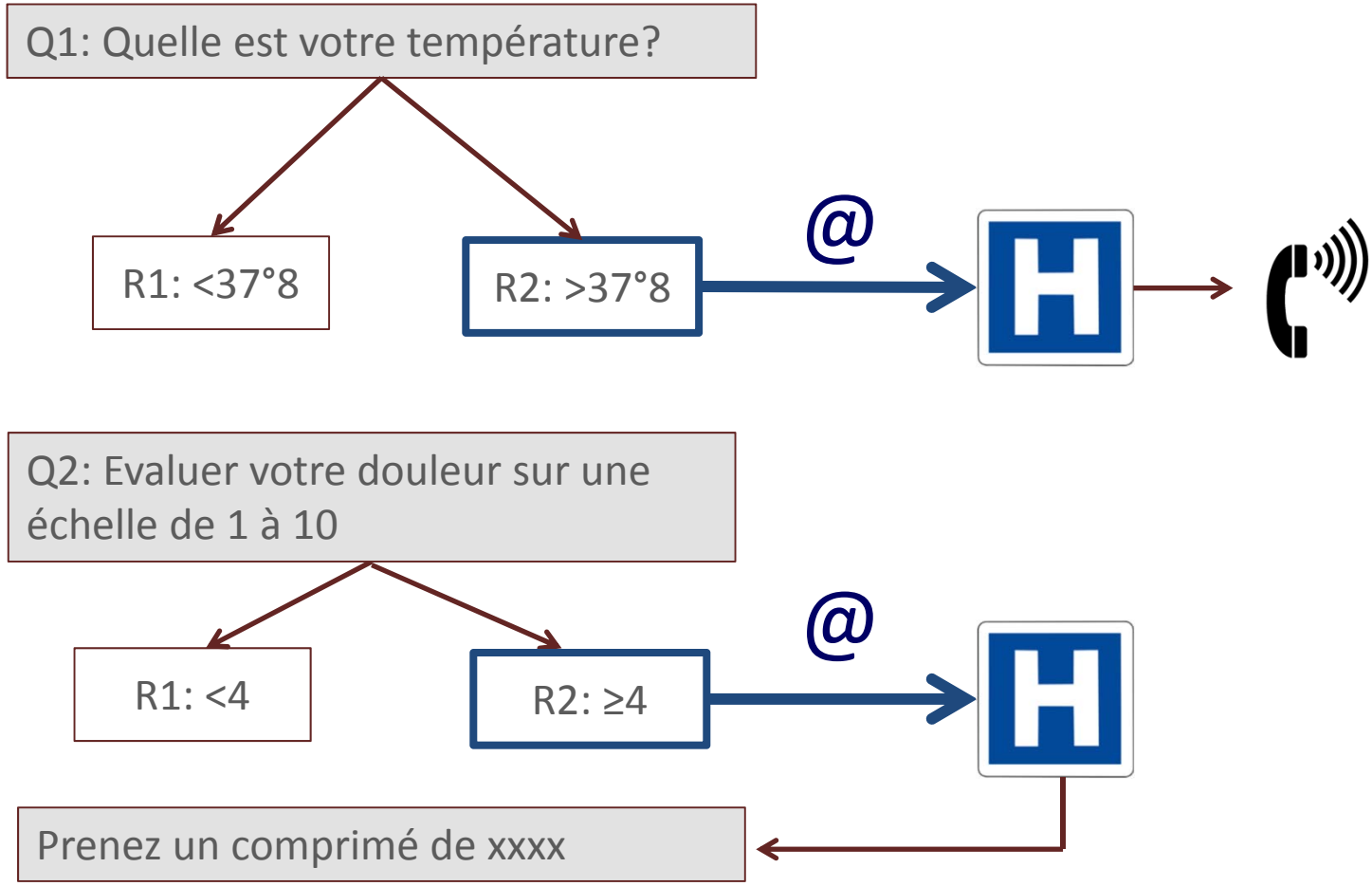
Les dialogues automatisés



Selon un algorithme défini par le médecin, le système Memoquest

- envoie des mails ou des sms au patient aux dates et heures convenues
- recueille les réponses
- active les questions suivantes ou les alertes en fonction des réponses

Ou seules les réponses définies comme « anormales » sont transmises



Les nouveaux enjeux pour les anesthésistes

- Plus longues durées / procédures abdominales / patients fragiles….
- ↗ du nombre d'anesthésies générales - ↗ recours à la curarisation
  ± en association avec analgésie loco-régionale
- → Problématiques communes avec l'activité « conventionnelle »
  hypothermie / curarisation résiduelle…
- Intérêt des produits d'élimination rapide - maniabilité
- Développement d'un monitorage adapté
  profondeur anesthésie / analgésie / curarisation….
- **RAAC !!!**

Journal of Visceral Surgery (2015) 152, 1–3

Innovations chirurgicales

ELSEVIER MASSON

Available online at ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com/en

EDITORIAL

Ambulatory colectomy: No innovation without evaluation

KEYWORDS
Ambulatory surgery;
Colectomy;
Enhanced recovery after surgery

The article published in this issue of the Journal by Gignoux et al. [1] relating a series of five laparoscopic colectomies performed within an ambulatory surgery framework is interesting for two reasons: it raises the problems related to surgical innovation and to the place ambulatory surgery might come to occupy within the framework of "major" surgery.

The multidisciplinary team who reported this experience here are pioneers in the domain of enhanced recovery programs and should be commended for their initiative to publish their short series in our journal. We have decided to publish this experience to echo the Editorial by Laurent Brunaud published a few months ago in the Journal on the value of publishing innovations in Surgery [2].

K. Slim[a,*], Groupe GRACE (Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie)
[a] *Service de Chirurgie Digestive, CHU Estaing, 1, place Lucie Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France*

R. Amalberti[b]
[b] *Haute Autorité de Santé, 2, avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine, France*

* Corresponding author.
E-mail address: kslim@chu-clermontferrand.fr (K. Slim)

Available online 31 January 2015

[1] Gignoux B, Pasquer A, Vulliez A, Lanz T. Outpatient colectomy within an enhanced recovery program. J Visc Surg 2014, http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2014.12.004 [in press].
[2] Brunaud L. Should all new surgical procedures be published? J Visc Surg 2013;150:163–4.

Beaussier 2016

Table 1 Phases of innovation in surgery.

	Phase 1	Phase 2a	Phase 2b	Phase 3	Phase 4
Purpose	Proof of concept	Development	Learning phase (first evaluation)	Formal evaluation	Surveillance
Number of type of patients	Single digit, highly selected patients	Few, selected patients	Many patients, broad indications	Many patients, indications expanded but well-defined	All eligible patients
Number and type of surgeons	Very few surgeons, innovators (pioneers)	Few surgeons, limited number of investigators	Many surgeons	Many surgeons	All surgeons perform the procedure
Information (output)	Description	Description	Measurement of endpoints, comparison	Comparison with reference procedure	Audit, quality assurance
Intervention	Under development	Under development and standard-ization	Under development and refinement of the procedure	Standardized	Standardized
Method	Case series	Prospective studies	Registry, database, randomized feasibility study	Randomized trial or alternative comparative study	Registry, database
Results	Proof of concept and perfectioning of protocol	Evaluation of safety	Safety and short term results	Middle-term clinical outcomes and cost-effectiveness studies	Long-term outcomes, quality assurance
Ethical considerations	CPI not routine but administrative authorization	Authorization of CPI	Authorization of CPI	Authorization of CPI	No

Adapted from McCulloch et al. [9].
CPI: committees for the protection of individuals
Phases 1, 2a and 2b correspond to feasibility (or safety): the possibility of performing the procedure without prohibitive increase in postoperative morbidity or mortality. Phase 3 corresponds to efficacy: the procedure is at least equivalent to the best known technique (gold-standard) currently in practice in terms of morbidity, mortality and quality of life; phase 4 corresponds to reproducibility: the possibility to apply the procedure in current practice with results similar to those of expert centers.

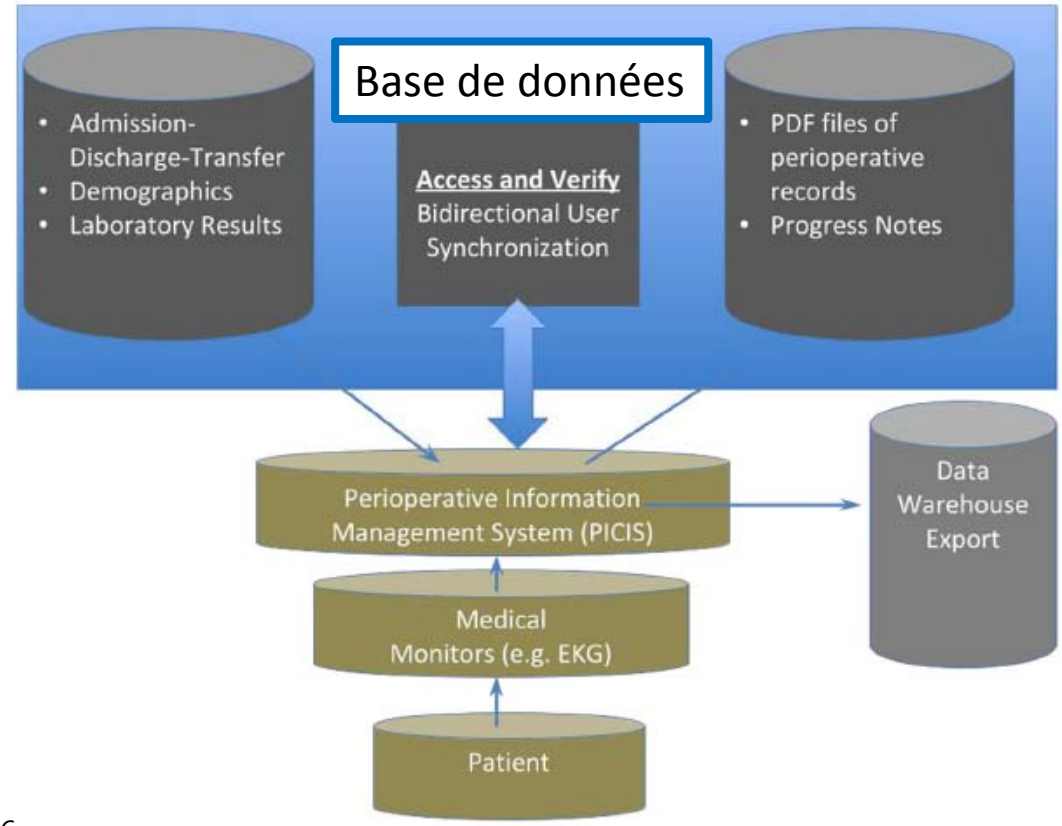
Informatisation des unités de chirurgie ambulatoire

J Med Syst (2016) 40: 22
DOI 10.1007/s10916-015-0390-4

SYSTEMS-LEVEL QUALITY IMPROVEMENT

Implementation of an Anesthesia Information Management System in an Ambulatory Surgery Center

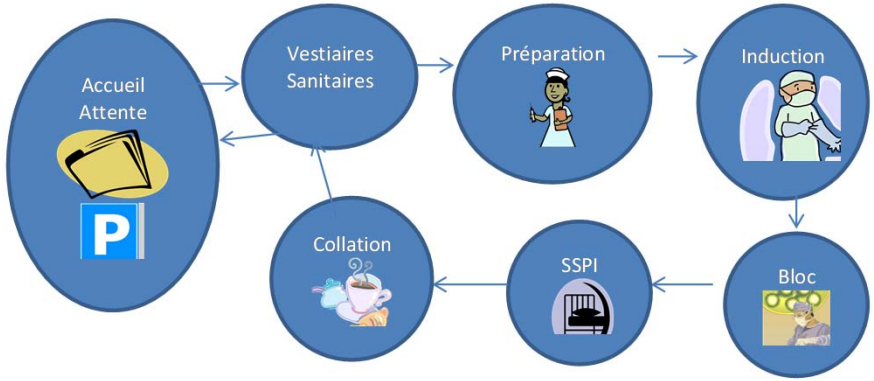
Seshadri C. Mudumbai [1,2]



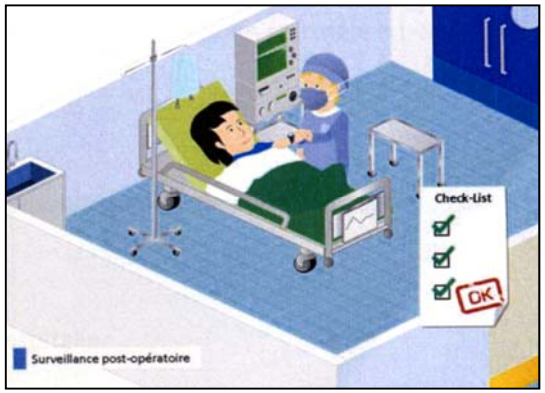
- Gain de temps
- Outil qualité
- Sécurité
- **Transversalité +++**
- Codage activité
- Recherche

PN/MB/Biarritz 2016

Il faut évoluer vers des Unités à Plusieurs Circuits

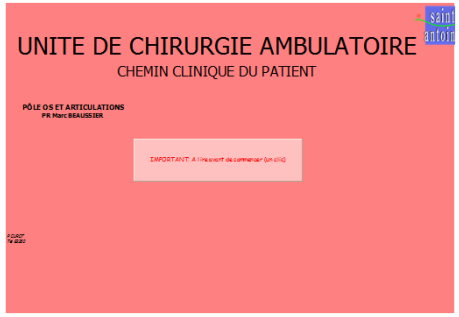


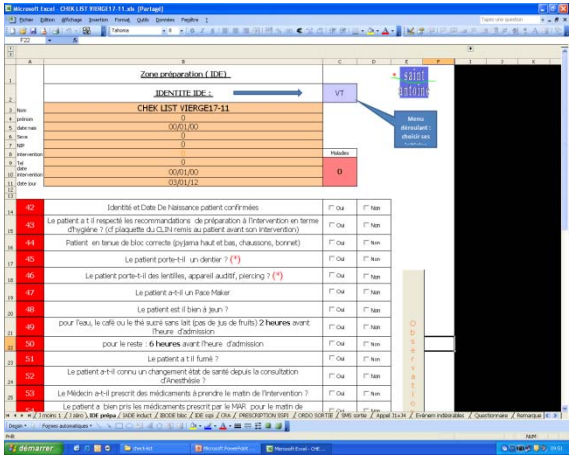
Circuit « court »	Circuit « standard »	Circuit « long »
Actes externes	Actes Chirurgicaux liste actes marqueurs	Actes Chirurgicaux innovants - lourds
Anesthésie locale	Anesthésie + analgésie codifiée	Anesthésie + analgésie « complexe »
« By-pass » SSPI	SSPI	SSPI
Durée passage ≈ 1h	Durée passage ≈ 3-4h	Durée passage ≈ 8-10h
		Hospitalisation 24h ?



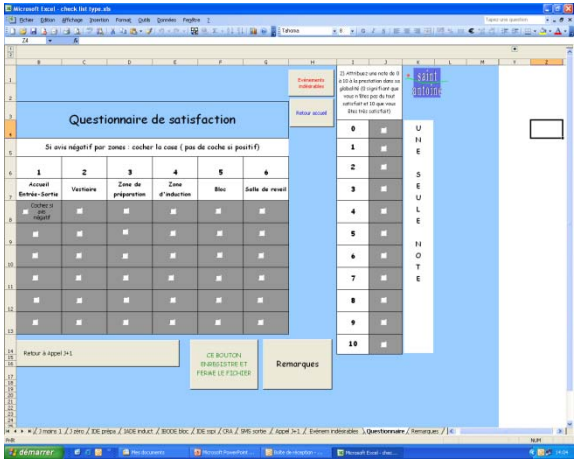
PROCÉDURES D'ASSURANCE QUALITÉ

Recueil d'informations
« Check-List »
Édition de documents
Suivi des événements

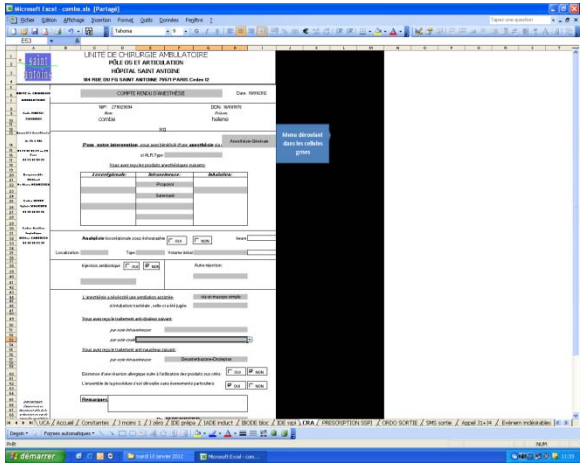




« Check-List »
à chaque étape



Recueil de données
appel J+1, satisfaction…



Documents
(CRA, ordonnance…)

PN/MB/Biarritz 2016

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

	Groupe "Appel"	Groupe "SMS"	*p*
	n (%)	n (%)	
Critière de jugement principal : Absence de tout dysfonctionnement dans la prise en charge à J0	**184 (61,1)**	**222 (74,5)**	*<0,001*
Présence d'au moins un dysfonctionnement ci-dessous dans la prise en charge à J0	**117 (38,9)**	**76 (25,5)**	*<0,001*
Annulation J0	12 (4,0)	12 (4,0)	
Absence d'accompagnant	0 (0,0)	0 (0,0)	
Retard > 30 minutes	31 (10,3)	3 (1,0)	
Patient non à jeun	46 (15,3)	35 (11,7)	
Douche non prise	0 (0,0)	1 (0,3)	
Ongles non courts	36 (12,0)	20 (6,7)	
Non retraits des bijoux/vernis	14 (4,7)	11 (3,7)	

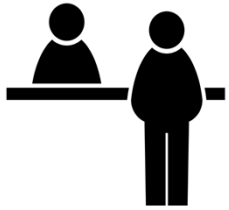
Par rapport à l'appel téléphonique l'utilisation de SMS à J-1 en chirurgie ambulatoire améliore le respect des CPO.

Cette modalité de rappel des CPO satisfait la majorité des patients.

La mise en place d'un suivi à domicile

- Appel J-1 et J+1 : à automatiser certainement
- Télémédecine : actuellement 5% : à évaluer
- Hôtels hospitaliers (?) : à discuter
- Réseau de suivi infirmier à domicile : à anticiper
- Implication des médecins généralistes : à améliorer (si possible…)
- Réseau ville-hôpital: à optimiser

Un accueil personnalisé ou Autonome pour le patient



A-I-A

Pour l’accompagnant, des espaces calmes et confortables ….

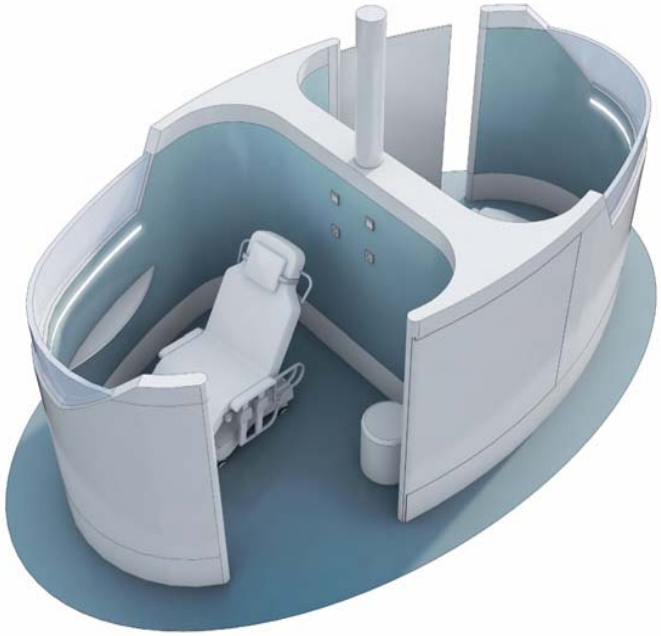
A-I-A

…pour se restaurer, se détendre ou partager…

A-I-A

Imaginer des formes et des usages différents: Le Cocoon’s care Pré-op

(modèle et nom déposé par AIA)



Ou des espaces protecteurs et individuels: Le Cocoon’s care (modèle et nom déposé par AIA)

Un lieu particulier dans un espace commun,
une ambiance accueillante et apaisante,
une pertinence et une efficacité dans la gestion et la fluidité des flux,
un espace multi sensoriel…

Ou bien encore, des box d’un nouveau genre pour patient et accompagnant

Box fermé avec accompagnant
Personnalisé: teinte, revêtement mural, graphismes, luminaire, confort pratique, apport de lumière naturelle ETC…

VIDEOCAA

5ÈME JOURNÉE DE VIDÉO TRANSMISSION EN CHIRURGIE ET ANESTHÉSIE AMBULATOIRE

PARTENARIAT PUBLIC / PRIVÉ

Vendredi 14 Octobre 2016

Cité internationale universitaire PARIS

INSCRIPTION OUVERTE

Vous pouvez, dès à présent, consulter
le programme VidéoCAA 2016 et vous inscrire sur
www.videocaa.fr

Je vous remercie