

Chirurgie ambulatoire:

**...vers une modélisation du parcours du patient
au service de la prévention des risques**

DIU ambulatoire – vendredi 20 janvier 2006

1.

De l'utopie d'une vision « uniformisatrice » à la reconnaissance des vertus de la modélisation organisationnelle

1.1 L'utopie d'une organisation ambulatoire totalement standardisée et reproductible

La variabilité de l'organisation des centre ambulatoires tient nécessairement compte:

- Des contraintes architecturales
- De la population cible et des actes pratiqués
- De la nécessaire liberté des opérateurs
 - Sur le plan des pratiques
 - Sur le plan du fonctionnement

1.2 Les incitations en faveur de l'harmonisation des organisations ambulatoires

Le fonctionnement des centres ambulatoires s'appuie sur des invariants qui sont le résultat d'incitations convergentes à l'harmonisation:

- Les prescriptions réglementaires et la certification
- Les recommandations médicales
- La tarification à l'activité
- Les démarches comparatives (AFCA, MEAH 2005)
- Les attentes des patients

2.

L'engagement dans une démarche de formalisation du parcours du patient ambulatoire: périmètre et méthode

2.1 Les différents niveaux d'optimisation du parcours du patient en ambulatoire

- **Sécuriser** la prise en charge du patient
- Optimiser la gestion des **flux** opératoires
- Maîtriser chaque étape du **processus**
- Améliorer la **satisfaction** du patient
- Accroître l'**efficience** du centre ambulatoire

2.2 Les outils d'optimisation et d'évaluation du parcours du patient ambulatoire

- Les **méthodes d'analyse des risques** (a priori: recueil des EI/ a posteriori: cartographie type AMDEC)
- L'utilisation des **indicateurs** de l'AFCA
- L'approche **processus**: le découpage des étapes de la prise en charge ambulatoire: qui fait quoi? comment?

2.3 L'identification des étapes de la prise en charge du patient ambulatoire

La décision d'intervention

La pré-admission

L'accueil

La préparation de l'opéré

L'intervention

La préparation de la sortie

Le suivi médical à domicile

Exemple de circuit du malade au Centre de la main d'Angers (Source: S.Renet, 2000)

- i. Accueil du patient au niveau du secrétariat (vérification des données adm, du n° tel...)
- ii. Prise en charge du patient par l'IDE et installation de celui-ci en box de préparation
- iii. Trajet en fauteuil jusqu'au bloc opératoire, installation sur la table d'opération et anesthésie
- iv. Sortie du bloc en fauteuil, accueil et installation en SSPI
- v. Sortie de la salle de repos et passage par le secrétariat de sortie

3.

Les points clé de la mise « sous contrôle » du parcours du patient ambulatoire

3.1 Etape 1: La décision d'intervention

- Absence de liste « prête à l'emploi » d'actes éligibles à l'ambulatoire
- Les critères de la prise de décision médicale
 - ✓ **critères médicaux** (la prise en compte des 5 niveaux de l'American Society of Anesthesiologists)
 - ✓ **critères psychosociaux et environnementaux**
 - ✓ **rôle de la pédagogie**: « *le malade acceptera, si on lui propose, sous réserve d'une explication claire* » (extrait du rapport Domergue et Guidicelli sur la chirurgie française, fév. 2003, p 33)

3.2 Etape 2: De l'accueil à l'intervention

Quelques principes d'optimisation de l'organisation:

- Un circuit du patient « circulaire »
- L'anticipation de toutes les causes de retardement ultérieurs de la sortie (douleur, effets secondaires de l'anesthésie...)
- Un planning opératoire unique, flexible et scrupuleusement respecté accompagné d'une charte de bloc opératoire
- Le regroupement sur un même niveau de l'accueil, du séjour et du bloc ambulatoire

3.3 Etape 3: De la préparation de la sortie au suivi du malade à domicile

- Une surveillance maîtrisée du malade en SSPI (réveil rapide et sûr, prise en charge de la douleur post-op immédiate et évaluée à tous instants...)
- Le respect des recommandations pour la sortie du patient (K.Korttila, 1995): signes vitaux stables depuis au moins 1H...
- Un hébergement non médicalisé à proximité
- Le rappel téléphonique du lendemain de l'intervention
- ...

4.

Exercice pratique: comment construire une démarche de prévention des risques en ambulatoire?

Pourquoi doter chaque centre ambulatoire d'un dispositif de gestion des risques?

Une activité très exposée

La chirurgie ambulatoire n'est pas une chirurgie « légère » mais une prise en charge régie par des contraintes de temps; la réglementation veille donc à ce que le centre ambulatoire garantisse au patient la possibilité de regagner son domicile le soir même de son intervention dans des conditions de *fiabilité* et de *sécurité* avérées

Les risques en ambulatoire: de quoi parle t-on?

« *Un risque est une situation [...] dont l'occurrence est incertaine et dont la réalisation affecte les objectifs de l'entreprise qui le subit* »
(B.Barthélémy, gestion des risques – Editions d'Organisation; 2001)

Plusieurs notions:

- ✓ **Risque** (probabilité de survenue d'un dommage)/**sécurité** (risque maîtrisé par une action pré-établie)
- ✓ **Risques endogènes** (créés par l'activité de l'organisation)/ **risques exogènes** (naissant dans l'environnement de l'organisation et l'affectant)
- ✓ **Risques iatrogènes** = liés à l'activité de soins
- ✓ **Evénement indésirable**: dommage non intentionnel lié à la prise en charge médicale et qui aboutit à une invalidité mesurable qui prolonge l'hospitalisation ou réduit les fonctions à la sortie

Les risques en ambulatoire: de quoi parle t-on?

La notion de « criticité »

Un risque se caractérise par deux grandeurs:

- ✓ d'une part, **la fréquence** (f), qui mesure la probabilité d'occurrence d'une situation dommageable
- ✓ d'autre part, **la gravité** (G), qui mesure les conséquences du sinistre

Criticité = fréquence X gravité

Quelles méthodes pour identifier les risques en ambulatoire?

La contribution de l'AFCA: les indicateurs

- ✓ Le patient ne se présente pas dans l'unité de chirurgie ambulatoire
- ✓ L'intervention programmée est annulée après l'arrivée du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire
- ✓ Retour non planifié au bloc opératoire dans la même journée
- ✓ Transfert en hospitalisation dans un autre établissement
- ✓ Sortie retardée du patient
- ✓ Défaut d'organisation altérant la prise en charge du patient en dehors de l'unité de chirurgie ambulatoire
- ✓ Retour imprévu d'un patient au sein de l'établissement

Approche préventive *versus* approche rétrospective

Méthodes permettant la connaissance **a posteriori** des risques

Recueil des événements indésirables au sein du centre ambulatoire

Méthodes fondées sur la connaissance **a priori** des risques

Cartographie des risques du centre ambulatoire

Les étapes clé de la gestion préventive des risques

- **Identifier** les risques
- **Quantifier** les risques
- **Hiérarchiser** les risques
- **Elaborer** des réponses
- **Mettre en œuvre**
- **Evaluer les résultats** pour retour d'expérience
- **Analyser et adapter le système** sur la base des résultats

La méthode AMDEC appliquée à l'ambulatoire

Etapes	Modes de défaillance	Effets	Criticité (fxg)	Causes	Action

La méthode AMDEC appliquée à l'ambulatoire

Etapes	Modes de défaillance	Effets	Criticité (C= fxg)	Causes	Action
1.Sélection du mode chirurgical 2.Arrivée, accueil et installation du patient 3.Arrivée, accueil et installation du patient 4. Pré-anesthésie 5. Trajet et installation du patient dans la salle 6. Intervention 7. Transfert en salle de réveil 8. Transport jusqu'à la chambre	Le patient ne se présente pas dans l'UCA	<ul style="list-style-type: none"> - Annulation de l'intervention programmée - Mobilisation en pure perte du personnel - Perte financière - Perte de chance - Reprogrammation à prévoir - etc... 	Exemple : F = 5 % des interventions G = à évaluer par le centre ambulatoire (évaluation de la perte économique, Organisationnelle, médicale...)	<ul style="list-style-type: none"> - Oubli du patient - Problème lié au retour à domicile - maladie imprévue intercurrente - discordance date de rendez-vous/date de programmation - annulation du fait du patient sans explication 	<ul style="list-style-type: none"> -Développer l'information du patient - meilleure identification des profils de patients susceptibles d'être opérés en ambulatoire (facteurs géographiques, sociaux, ...) - etc...