

# MODES D'ORGANISATION DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

AVANTAGES, INCONVENIENTS

**Ch. Bourdallé-Badie , F. Sztark**

**D.A.R. 1 - Bordeaux**

**DIU - Alternative à l'Hospitalisation Conventiionnelle – 2005**

# PREMIERES APPLICATIONS EN PRATIQUE CHIRURGICALE

- **Les chirurgiens étaient ambulants**
- **La chirurgie se pratiquait à domicile**
  - **Exemples : amygdalectomie chez l'enfant (chlorure de méthyl)**

**Première intervention de chirurgie abdominale  
(Dowell, 1806)**
  - **Première série décrite : James NICOLL (1909) Glasgow**
    - **7000 enfants opérés sans hospitalisation**
  - **Puis arrêt ? Pourquoi ?**

# CHIRURGIENS AMBULANTS



# AMYGDALECTOMIE A DOMICILE

## CHLORURE DE METHYLE



Tube à chlorure de méthyle (clichés de Harris)

# PREMIÈRE INTERVENTION ABDOMINALE DOWELL 1806



# DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

- **Hospitalisation facile**
- **Sentiment de sécurité**
- **Peu de cas de l'économie de santé**
- **Séjour du patient : pas un impératif majeur**
- **Attachement culturel à l'hospitalisation traditionnelle**
- **Structure pyramidale : chefferie de service**
- **Organisation unidisciplinaire**
- **Budget global**

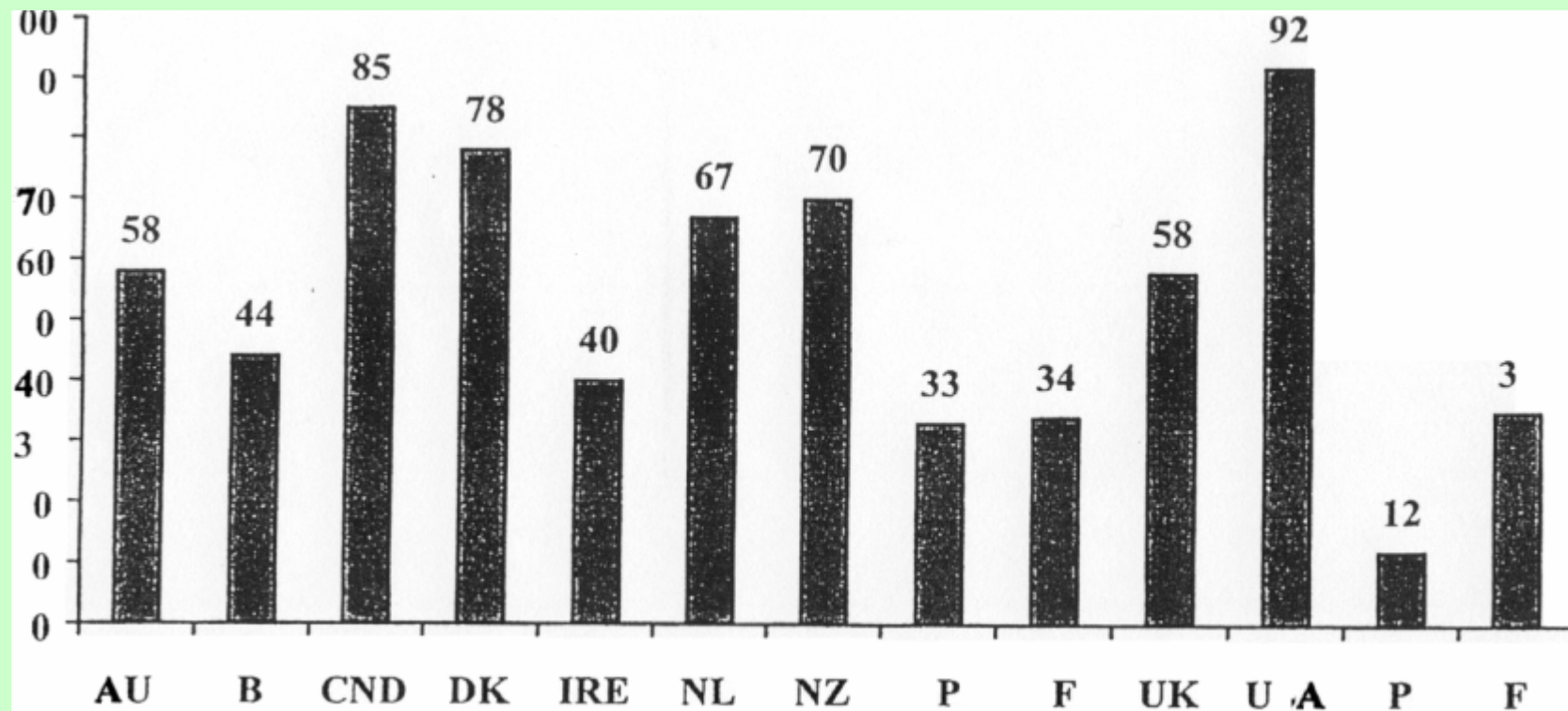
# EMERGENCE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

- **Exigence de confort**
- **Exigence de la qualité des soins**
- **Evolution de l'anesthésie et de la chirurgie**
- **Economie de santé**
- **Patient : élément central**
- **Souci d'organisation planifiée**
- **Nouvelle tarification : T2A**
- **Demande de séjour écourté**

# ELEMENTS COMPARATIFS INTERNATIONAUX

- **Par rapport à des actes marqueurs**
  - 34 % en France
  - 92 % aux USA
- **En France, pratique d'anesthésies ambulatoires**
  - 5 % en 1980
  - 27 % en 1996
- **Essentiellement**
  - Secteur privé (75%)
  - Secteur public (25%)

# DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE MONDE



# DEFINITION DU CONCEPT DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

- **CHIRURGIE DE JOUR**
  - **entrée le matin – sortie l'après-midi**
- **EXIGENCE DU CONCEPT : regard attentif**
  - Avant : recommandations, consultations spécifiques
  - Pendant : chirurgie de senior, anesthésie appropriée, respect horaire .
  - Après : analyse de « l'aptitude à la rue »
    - analyse du retour à domicile
    - prise en charge thérapeutique (douleur)
    - suivi téléphonique
    - possibilité d'hospitalisation imprévue
    - rapport avec le médecin traitant

# CONCEPTS GENERAUX ORGANISATIONNELS

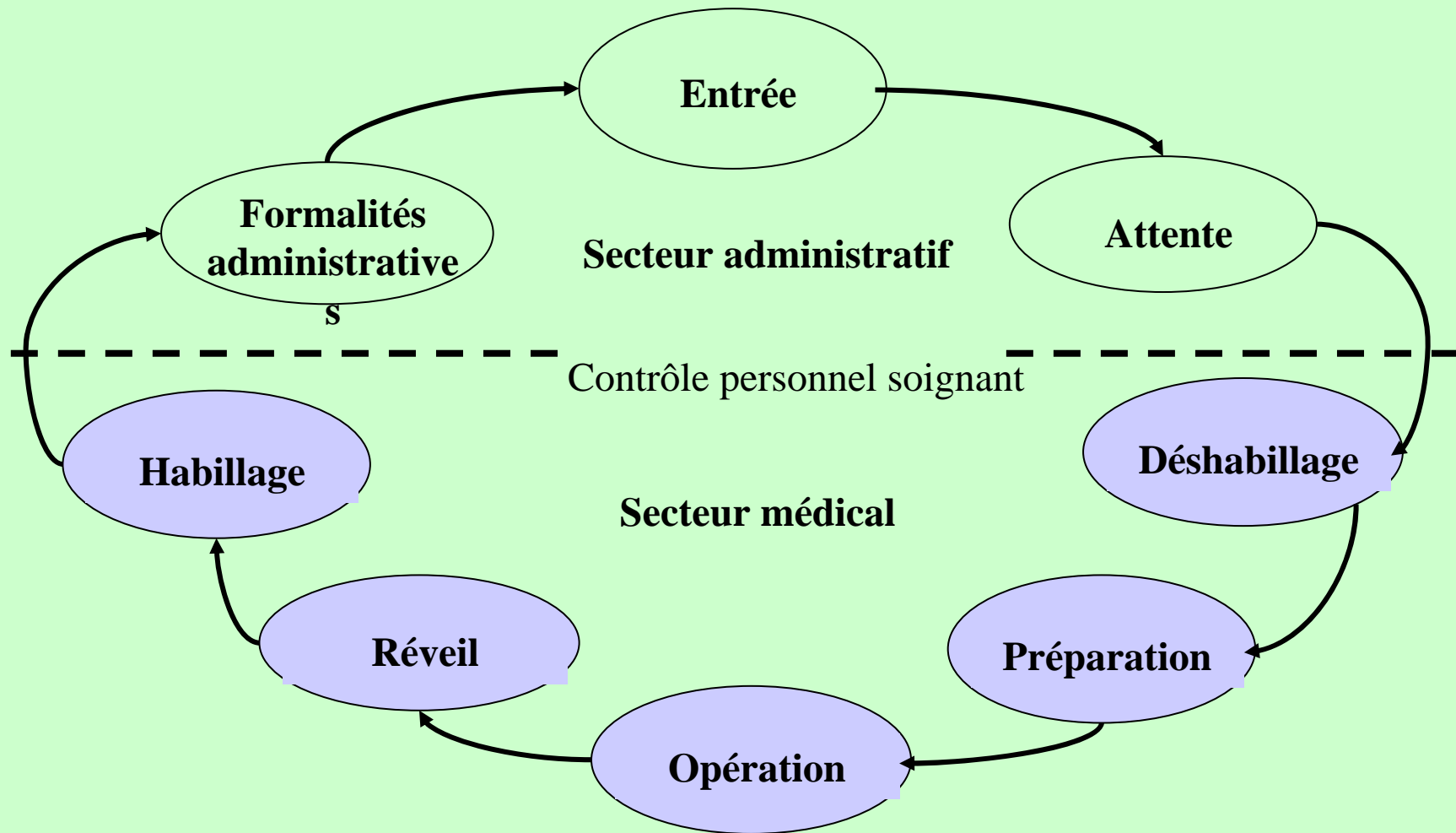
## REGULATION DES FLUX

- **Trois circuits à considérer :**  
**« l'organisation est centrée sur le patient »**

### **1 – Circuit patient**

**Le plus court possible, confortable et sécurisant**

# SCHEMA DU CIRCUIT PATIENT



# Concepts généraux organisationnels

- Régulation des flux -

## **2 – Circuit médical**

- Liaisons courtes et strictes**
- Respect horaire**
- Rigueur du rythme d'activité**
- Hygiène irréprochable**

# Concepts généraux organisationnels

## - Régulation des flux -

### **3- Circuit du matériel**

#### **– Circuit adapté à la structure**

- **Approvisionnement en matériel, en médicaments, en linge, en consommables**
  - **Stérilisation du matériel**
  - **Évacuation des déchets**
  - **Service de collation adapté**
- **Toutes les résolutions de ces problèmes restent liées à l'architecture et au mode de fonctionnement du centre, mais doivent être capables de s'adapter à toute évolution de l'activité**

# CONCEPTS GENERAUX ORGANISATIONNELS EXIGENCES STRUCTURELLES

- **Acceptation de la remise en cause de la structure traditionnelle**
  - **Organisation collégiale**
- **Organisation du ou des blocs opératoires : règlement intérieur et charte rédigée en collégialité**
- **Importance d'un régulateur ou coordonnateur faisant appliquer le règlement pré-défini et ses modifications éventuelles**
- **Implication de l'administration de l'établissement**

# CONCEPTS GENERAUX ORGANISATIONNELS EXIGENCES STRUTURELLES

- **Dotation suffisante en personnel médical, para-médical, secrétariat**
- **Respect des règles morales et éthiques**
- **Prise en compte des recommandations officielles liées à la pratique ambulatoire**
- **Evaluations régulières des pratiques permettant une démarche critique pour envisager toute modification d'orientation**

# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CHIRURGIE AMBULATOIRE DITE «FORAINE»**

**L'unité ambulatoire n'est pas différenciée du reste du  
secteur chirurgical et des secteurs d'hospitalisation  
traditionnels**

**Malheureusement très nombreux en France, ils n'ont que  
l'avantage de leur facilité d'installation**

# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

- **Les inconvénients sont majeurs**
  - Échappant aux exigences liées au concept d'ambulatoire
  - Le patient n'est plus au centre du fonctionnement
  - Risque de dysfonctionnements et de la bonne qualité de prestation
  - Risque d'infections nosocomiales
  - Plus de « culture ambulatoire »

# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CENTRES INTEGRES**

- Blocs intégrés au plateau technique de l'hospitalisation classique
- Structures d'hospitalisation ambulatoires indépendantes

### **AVANTAGES :**

- Possibilités de création d'un secteur ambulatoire sans espace libre
- Coût financier moindre
- Disponibilité facile pour le matériel
- Disponibilité des intervenants
- Hospitalisation rapide et facile

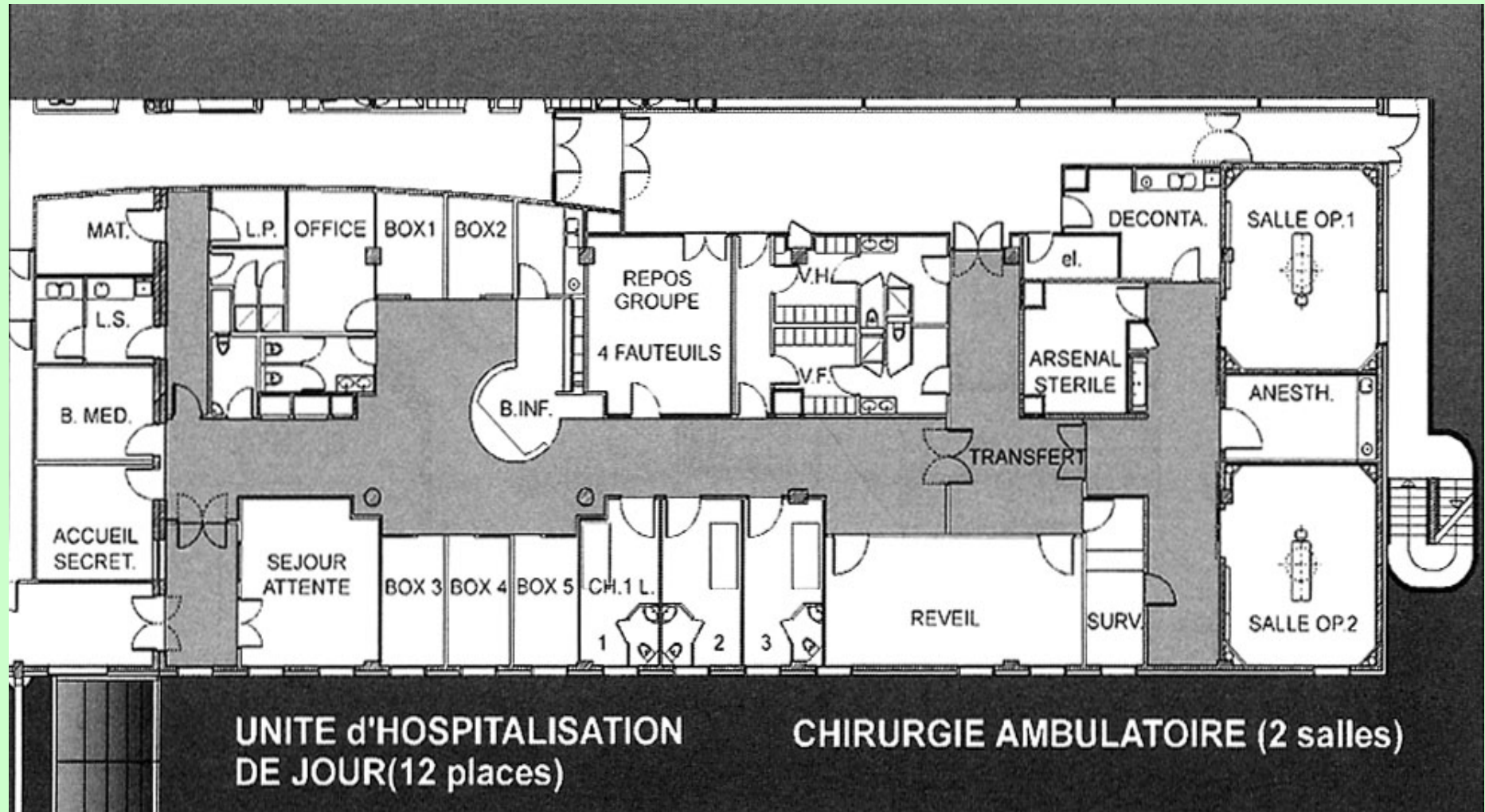
# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CENTRES INTEGRES**

### **INCONVENIENTS :**

- **Risque de mélange des deux modes d'hospitalisation**
- **Risque de retour à des comportements traditionnels**
- **Oubli des exigences liées à la pratique ambulatoire**
- **Dysfonctionnements organisationnels**

# ARCHITECTURE D'UN CENTRE INTEGRE (d'après M SERAQUI)



# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CENTRE AUTONOME**

- **Secteur ambulatoire indépendant de toute structure hospitalière**
- **Organisation idéale, car centrée sur le patient**
- **Accueil, secrétariat, personnel paramédical spécifique**
- **Blocs opératoires, S.S.P.I., locaux de repos et de sortie autonomes**

# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CENTRE AUTONOME**

### **AVANTAGES :**

- **Organisation simple**
- **Respect horaire assuré**
- **Coût de fonctionnement faible**
- **Pas de risque d'infections nosocomiales**
- **Comportements des acteurs médicaux adaptés à la « culture » ambulatoire**

# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

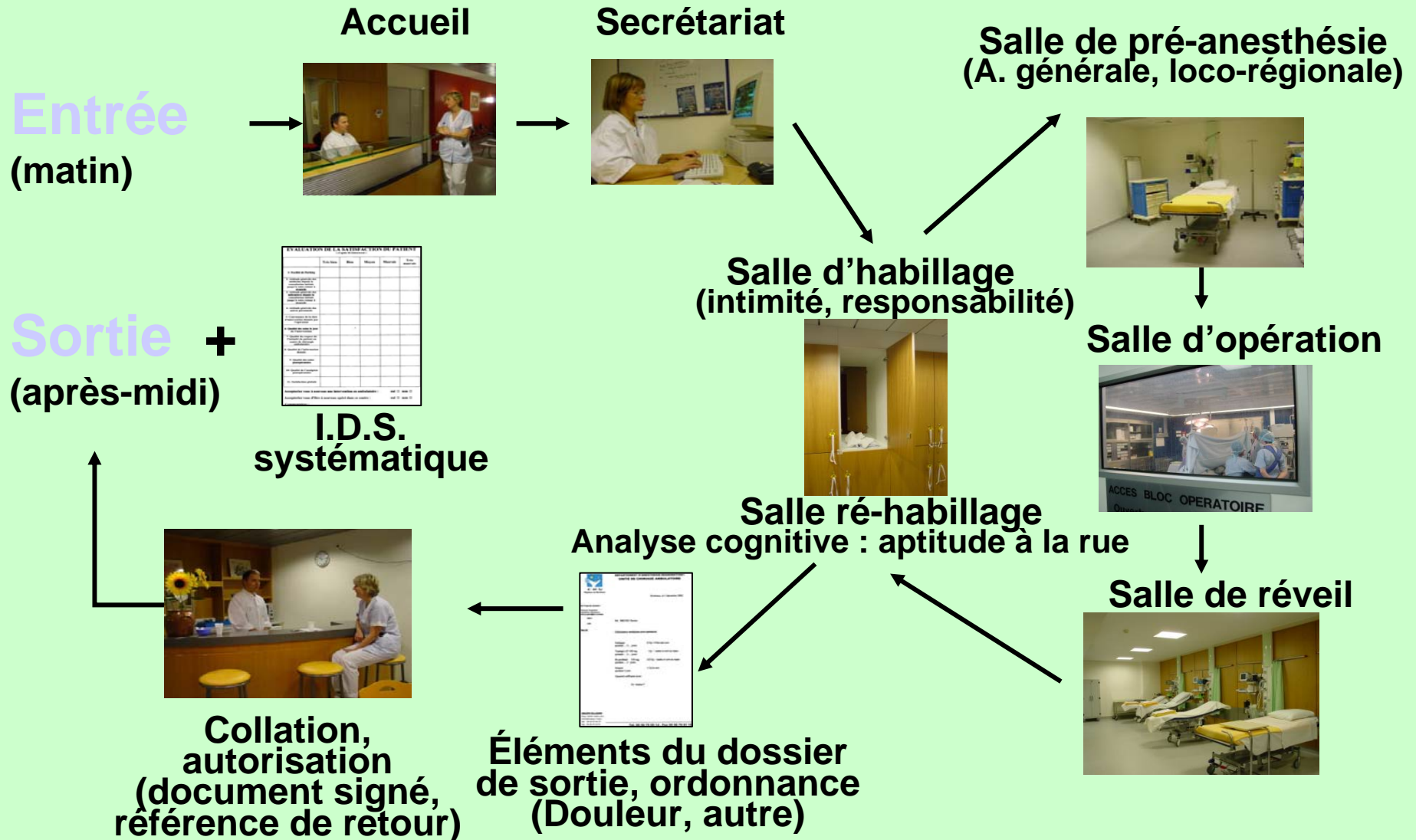
## **CENTRE AUTONOME**

### **INCONVENIENTS :**

- **Cadre organisationnel exigeant**
- **Imprévu exclu**
- **Ré-hospitalisation prévisible**
- **Logistique de l'accessibilité au matériel plus difficile**
- **Exigence de la disponibilité des acteurs médicaux**



# MODE D'ORGANISATION DU CENTRE AUTONOME DE BORDEAUX



# ORGANISATIONS ARCHITECTURALES

## **CENTRE SATELLITE**

- Unité ambulatoire indépendante de l'enceinte de l'établissement

### **AVANTAGES :**

- Ceux liés au centre autonome

### **INCONVENIENTS :**

- Eloignement d'un plateau technique
- Peu adapté à une chirurgie polyvalente
- Hospitalisation en cas d'imprévu plus délicate
- Si futurs hôtels médicalisés : essor possible

# Organisation autour du patient (1)

- **Le couple acte/patient** est le point autour duquel toute l'organisation doit se construire
  - Une parfaite synchronisation doit s'établir autour de ce concept ; en respectant une unité
    - **de lieu** : site exclusivement lié à cette prise en charge

# Organisation autour du patient (2)

- **de temps** : organisation temporelle prédéfinie
  - jours de consultations préopératoires anesthésiques et chirurgicaux
  - horaires précis de l'entrée du patient, de la durée de l'intervention et du retour à domicile avec accompagnant
- **d'action** : coordination de toute l'équipe soignante

## Organisation autour du patient (3)

- **Ce mode de prise en charge est très différent de l'organisation hospitalière traditionnelle**
  - **une excellente adéquation entre l'acte et le patient pour évaluer l'aptitude de ce patient à bénéficier de ce mode d'hospitalisation**
  - **une information précise pour assurer la bonne qualité de prise en charge**

## Organisation autour du patient (4)

- **Les avantages** de cette organisation sont multiples : qualité, satisfaction, bénéfice économique
- **Les inconvénients** : grande exigence et absence d'imprévu dans la prise en charge du patient

# Comparaison d'une même intervention en mode traditionnel et en mode ambulatoire

## Opération d'une hernie inguinale selon le mode traditionnel : 4 jours d'hospitalisation

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>1er jour</b>  | <b><i>admission du patient</i></b>  |
| <b>2ème jour</b> | <b><i>intervention chirurgicale et surveillance en salle de soins</i></b> |
| <b>3ème jour</b> | <b><i>convalescence</i></b>   |
| <b>4ème jour</b> | <b><i>sortie</i></b>  |

## Opération d'une hernie inguinale en chirurgie ambulatoire : sept heures d'hospitalisation

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>8 h</b>         | <b><i>entrée du patient</i></b>   |
| <b>9h30</b>        | <b><i>anesthésie</i></b>  |
| <b>9h50</b>        | <b><i>début de l'intervention</i></b>   |
| <b>10h50</b>       | <b><i>fin de l'intervention</i></b>   |
| <b>jusqu'à 13h</b> | <b><i>surveillance en salle de soins</i></b>  |
| <b>13h à 14h</b>   | <b><i>salle de repos</i></b>  |
|                    | <b><i>visite du chirurgien et de l'anesthésiste et préparation de la sortie</i></b> |
| <b>15h</b>         | <b><i>sortie du patient avec un accompagnant</i></b>                                |

# Organisation médicale

- **Deux concepts essentiels :**
  - **changer les mentalités des acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs**
  - **établir une organisation qui ne soit pas établie sur le schéma d'une chefferie de service traditionnelle mais construire une autorité collégiale incluant les médicaux, les paramédicaux et les administratifs**

# Organisation médicale

- **Cette organisation collégiale est articulée par un médecin coordonnateur nommé par ses pairs pour une période définie dans le règlement intérieur**
- **« La sécurité ne se mesure plus simplement dans l'art qu'exerce le sachant sur le patient, mais de plus en plus sur la qualité d'un processus avec ses modalités de contrôle et sur les indicateurs qui sont mis en place » (G. Bazin)**

# Organisation par rapport aux exigences de qualité

- **La qualité repose sur quatre bases essentielles :**
  - la définition des normes
  - la démarche éthique
  - le suivi analytique : les évaluations
  - le respect des recommandations

# Organisation par rapport aux exigences de qualité

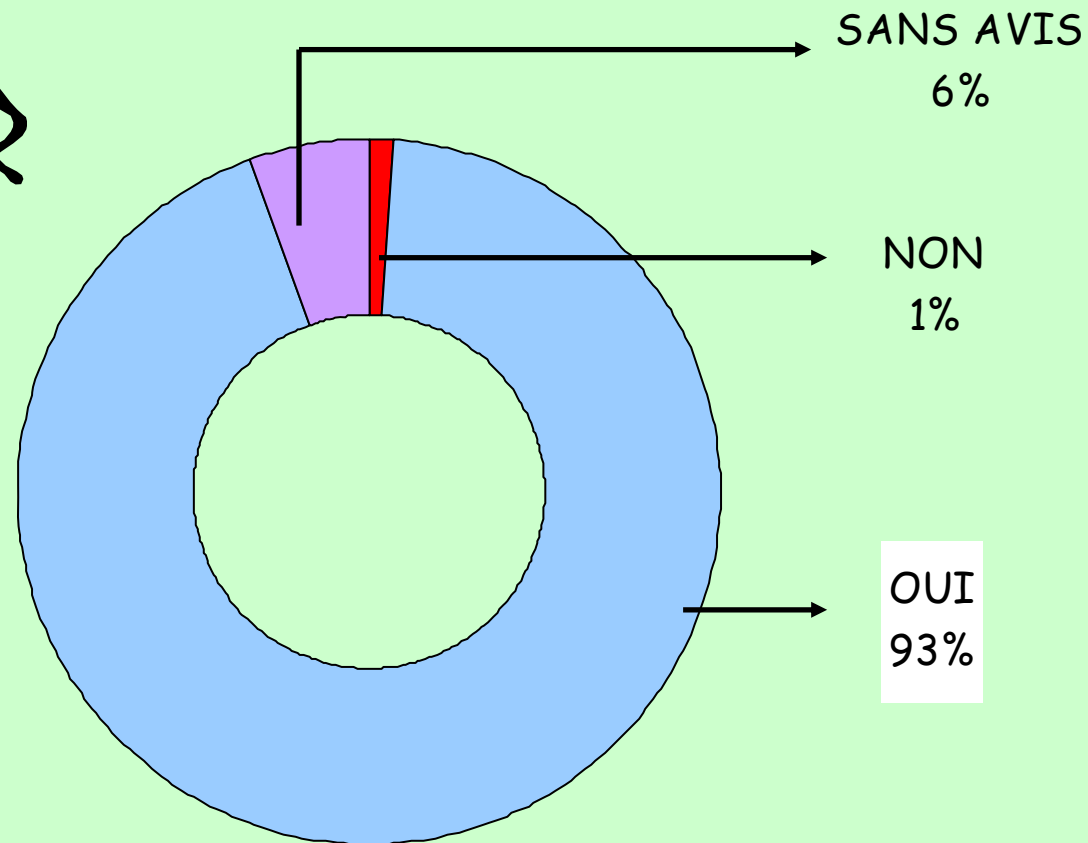
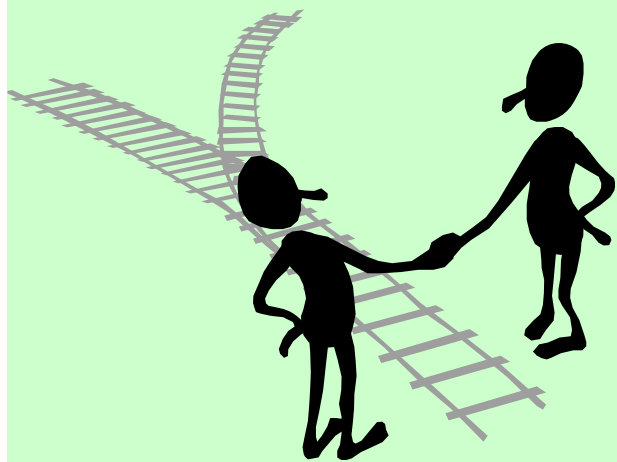
- **La qualité en chirurgie ambulatoire doit prendre en considération**
  - **le patient** : analyse de la satisfaction évaluée par des enquêtes patient et un indice de satisfaction établi à domicile ou appel téléphonique
  - **la production** : aptitude d'un bon circuit organisationnel capable de produire à moindre coût pour un meilleur bénéfice (réforme de tarification T2A)
  - **la société** : capacité à l'innovation à créer une meilleure prestation
- **La chirurgie ambulatoire entre dans ce cadre innovant prôné par l'ANAES**

# Critères d'analyse de qualité

- **Bonne compréhension de la demande par le patient**
- **Respect d'une organisation programmée**
- **Nombre d'hospitalisations imprévues**
- **Analyse de l'indice de satisfaction des patients écrit ou téléphonique**
- **Prise en charge de la douleur postopératoire**
- **Analyse des pratiques et enquêtes patients régulières**
- **Problèmes d'information et de transmission**
- **Bonne coordination de tous les acteurs médicaux par des réunions de service**

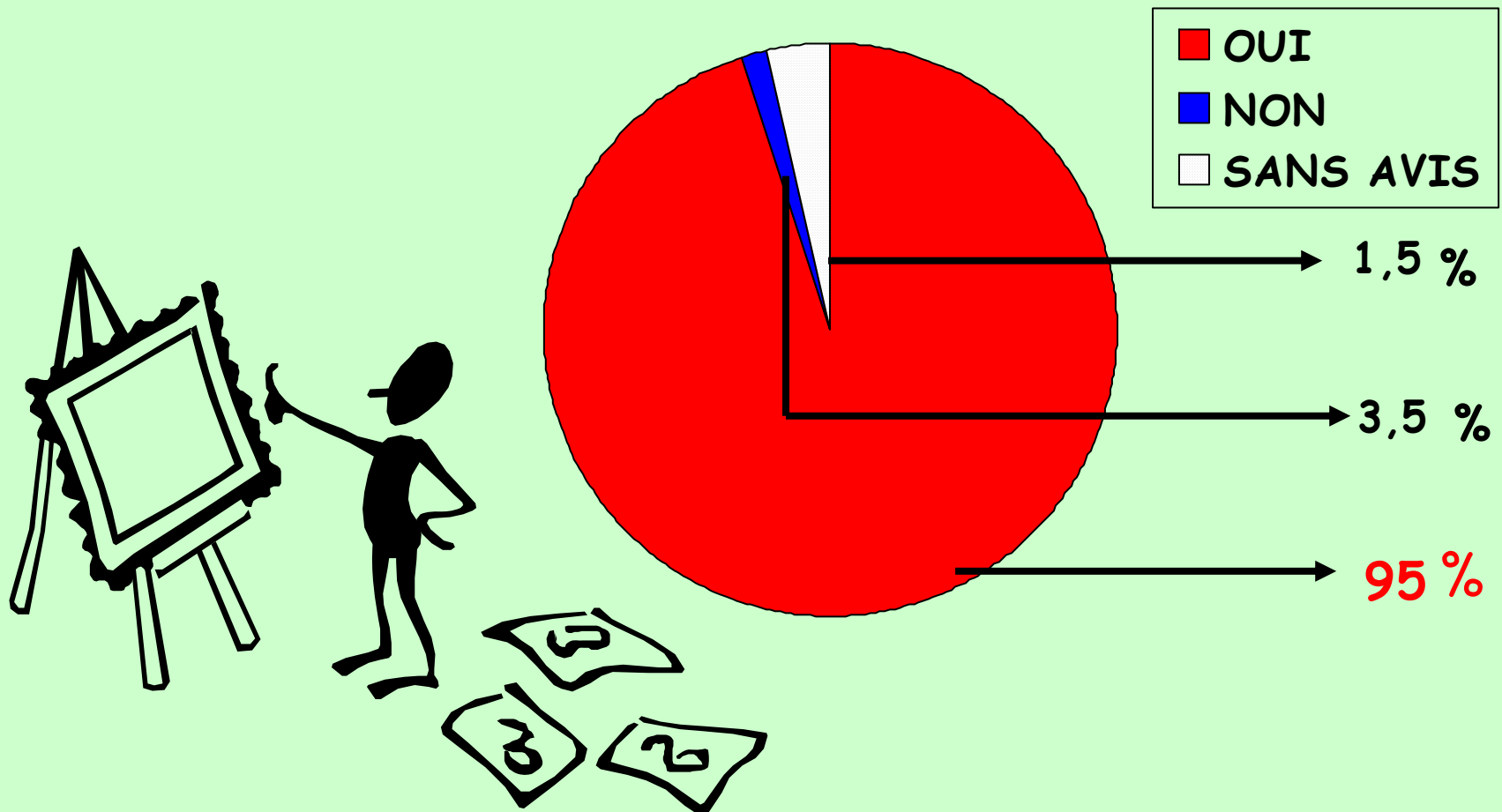
# Résultats en terme de qualité (1)

L'accueil dans le service a-t-il paru satisfaisant ?



# Résultats en terme de qualité (2)

Recommanderiez-vous ce service  
à une autre personne ?



AUTO-EVALUATION DE LA DOULEUR POST-  
OPERATOIRE  
EN SECTEUR AMBULATOIRE

Exemple du centre ambulatoire du plateau technique du Tripode Pellegrin  
(CHU-BORDEAUX)

C. Bourdallé-Badie, J. Esposito, F.Gadrat, F Sztark  
D.A.R. I, C.H.U. Bordeaux

# Grille d'auto évaluation de la douleur post-opératoire à domicile (EVS)

ETIQUETTE

**SURVEILLANCE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE  
(E. V. S.)**

Date intervention :

N° Protocole :

Intervention :

MALADE

|                                 | J 0<br>Jour de<br>l'intervention |      |      | J 1 |      |      | J 2 |      |      | J 3 |      |      | J 4 |      |      | J 5 |      |      | J 6 |      |      |  |
|---------------------------------|----------------------------------|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|-----|------|------|--|
|                                 | 8 h                              | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h | 8 h | 14 h | 20 h |  |
| <b>Pas de Douleur*</b>          |                                  |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |  |
| <b>Douleur modérée*</b>         |                                  |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |  |
| <b>Douleur plus importante*</b> |                                  |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |  |
| <b>Douleur insupportable*</b>   |                                  |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |  |
| <b>Observations</b>             |                                  |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |     |      |      |  |

\*Placer une croix dans la case correspondante

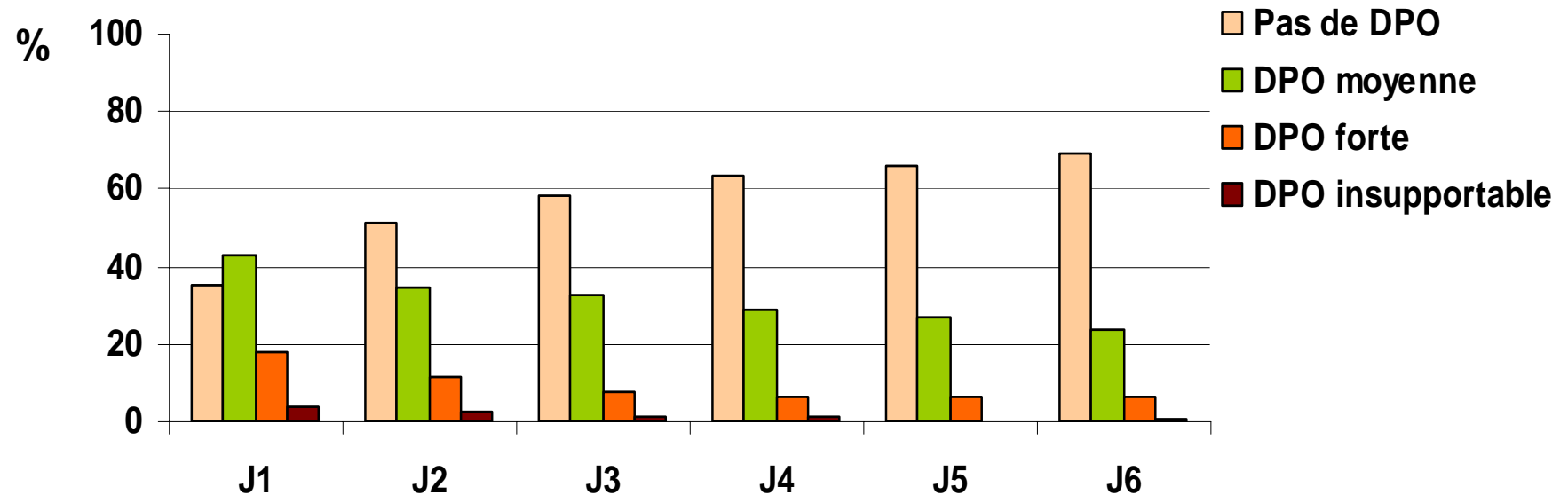
A renvoyer au Centre de Chirurgie Ambulatoire, Hôpital Pellegrin, Place Amélie Raba Léon, 33076 BORDEAUX CEDEX  
Ou par FAX au 05-56-79-98-35

En vous remerciant pour votre collaboration

# Résultats en terme de qualité

## Résultats en orthopédie

**Douleur postopératoire en Orthopédie en ambulatoire  
sur deux ans (373 patients)**



# Organisation paramédicale

- **Le rôle de chaque acteur paramédical présente des spécificités propres à la chirurgie ambulatoire**
  - 1- **Personnel d'accueil** : il doit s'assurer
    - à l'entrée de la bonne prise en charge du patient (cohérence du dossier, existence d'un accompagnant, compréhension du patient)
    - à la sortie de la complétude du dossier délivré (ordonnances) prise en charge de la douleur, de l'analyse de satisfaction, des conditions du retour à domicile

# Organisation paramédicale

## **2- Surveillante :** elle doit gérer la pluralité chirurgicale

- comportements techniques spécifiques
- accessibilité du matériel chirurgical
- adaptation au fonctionnement à l'organigramme prévu

## **3- Secrétariat :** son rôle est essentiel

- gestion des hospitalisations et des consultations
- établissement et maintien de la rigueur de l'organigramme
- relation téléphonique avec les patients
- établissement d'un dossier de sortie précis
- courrier avec le médecin traitant

# Organisation paramédicale

## **4- L'ensemble du personnel**

- sécurité pour le retour à domicile
- s'adapter à la pluridisciplinarité
- contrôle précis du réveil pour éviter tout risque
- établir un score de sortie

# Conclusion

- **La démarche ambulatoire est innovatrice dans notre monde médical**
- **Elle ne peut souffrir d'une défaillance de qualité**
- **La nouvelle tarification (T2A) est adaptée à ce mode pratique**
- **Elle est très différente de l'organisation traditionnelle et doit, dans le cadre d'une organisation collégiale, parer à toute défaillance**
- **Elle implique une démarche éthique et nouvelle très exigeante**
- **Elle est la modernité dans l'évolution de la pratique médico-chirurgicale**