

Notre savoir faire

Notre groupe travaille en **s'adaptant à la chirurgie ambulatoire et ses spécificités**, c'est à dire surtout sur des points organisationnels, le choix des patients, leur flux dans leur centre, la communication entre les différents acteurs et une **PRISE EN CHARGE CENTRÉE AUTOUR DU PATIENT**.

Sa stratégie médicale repose sur la qualité offerte à tous ses patients :

1.1 Mise en place d'une dynamique collective avec des équipes pluridisciplinaires engagées

La chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser de multiples acteurs (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistiques, etc.). Tous les intervenants du parcours de soins sont impliqués dans la démarche. La mise en commun des connaissances permet d'améliorer la prise en charge et de réduire les risques éventuels par une évaluation systématique de chaque étape du parcours.

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). Les temps à « valeur ajoutée » sont à renforcer, par exemple, le temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge. Les zones de gaspillage à repérer sont de nature variable : les défauts ou erreurs, la surproduction, les attentes, le transport, les mouvements, les actions inappropriées, la sous-utilisation des ressources, le doublonnage de tâche.

1.2 Elaboration un chemin cliniqueⁱ englobant tout le parcours de soins

« Le chemin clinique », confirmé en 2004 par la Haute Autorité de Santéⁱⁱ (HAS), incite à une modification de la prise en charge des patients en faisant du chemin clinique la méthode de choix. C'est un « tapis roulant » sur lequel le patient se trouve du début la fin de son traitement : il ne revient jamais au même endroit. Centré autour du patient, ce chemin clinique a pour but de décrire, **pour une pathologie donnée**, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Elle place le patient au centre des préoccupations et l'incite à devenir l'acteur principal de ses soins.

C'est le chemin que le patient doit suivre depuis la consultation chez son chirurgien, l'admission de la clinique, la consultation d'anesthésie, la salle de réveil, la salle de mise en condition et son retour à domicile. Toutes les sociétés qui gèrent la chirurgie ambulatoire ont adopté ce chemin clinique.

1.3 Préparer le patient à son intervention

La connaissance des différentes étapes de la prise en charge permet au patient de mieux se préparer à chacune des étapes de son séjour dans l'établissement de santé. Être mieux informé lui permet d'arriver dans les meilleures conditions possibles pour son intervention. Le patient a également toutes les informations nécessaires pour préparer son retour à domicile.

1.4 Mettre en place un traitement préventif efficient et bien documenté de la douleur post-opératoire

Une prise en charge de la douleur avant, pendant et après l'intervention reste primordiale.

La combinaison de plusieurs molécules agissant sur les centres douloureux permet tout d'abord de réduire la dose administrée au patient et surtout de diminuer les effets secondaires tels que nausées et vomissements. Sans douleur, le patient peut rapidement se lever et s'alimenter. La mobilisation précoce permet de réduire le risque de complications lié notamment à un alitement prolongé.

1.5 Rendre le patient autonome le plus rapidement possible

1.6 Sécuriser et organiser la sortie du patient

L'équipe médicale et soignante fixe au patient un certain nombre d'objectifs qu'il lui faudra atteindre avant de pouvoir rentrer chez lui, en fonction de la pathologie pour laquelle il a été admis, parmi lesquels :

- Pas de fièvre
- Pas de douleur
- Reprise de l'alimentation
- L'état de la plaie

1.7 Analyser et évaluer le parcours clinique pour objectiver les succès et identifier les améliorations possibles

Cette qualité du groupe est constituée de quatre pierres angulaires :

- Une médecine moderne
- Une bonne information
- Un traitement bienveillant
- Un environnement moderne et des équipements adéquats

Le principe de récupération rapide des patients après une chirurgie consiste à réduire au maximum les traumatismes liés à une intervention chirurgicale afin de permettre au patient de récupérer plus vite ses capacités.

Cette médecine est basée sur des faits scientifiques validés, pour laquelle chaque étape, chaque soin, sont optimisés autour du patient opéré. Les points clés de ce mode de prise en charge sont les suivants

L'ambition du groupe est de développer cette Médecine Moderne au niveau national pour apporter les meilleurs soins et la meilleure qualité de vie à ses patients. Cela se traduit par un investissement continu dans les nouvelles technologies, mais aussi par une amélioration continue des pratiques médicales et des modes de prise en charge.

Durant l'intervention sont utilisées les techniques de chirurgie mini-invasive et anesthésiques modernes. Tout au long du parcours est mise en place une prise en charge ciblée de la douleur. Une réalimentation et une mobilisation précoces du patient sont privilégiées pour limiter les risques de complication. La mise en œuvre des principes de la RRAC permettent au patient de retrouver plus rapidement son

autonomie et ainsi, de réduire sa durée d'hospitalisation, et donc, les risques d'infections nosocomiales associés.

1.8 Une stratégie permettant de diminuer le risque pour tous les patients doit être mise en place :

Prévention de la déshydratation, recours à des techniques anesthésiques le moins émettantes possibles et prise en charge efficace de la douleur permettant de renoncer à des morphiniques.

1.9 Sélection sur critères médicaux

Tout patient ne peut pas être opéré **en ambulatoire** pour **n'importe quelle opération**. Il incombe aux différents intervenants de la première heure (médecin traitant, opérateur, médecin anesthésiste) d'établir les facteurs de risque selon l'opération envisagée et l'état du patient.

1.10 Les critères psychosociaux

Ces critères sont également importants tels que la bonne compréhension du geste proposé au patient, l'aptitude à observer des consignes médicales, de bonnes conditions d'hygiène et un accompagnant présent au domicile pour le retour.

Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire pour les patients sont classiquement admis, particulièrement pour la population pédiatrique et les personnes âgées. L'analyse des données disponibles ne remet pas en cause ce bénéfice à la fois clinique et en termes de satisfaction du patient.

Le médecin ou le chirurgien doit expliquer le bien-fondé de la prise en charge ambulatoire et utiliser les techniques médicales ou chirurgicales appropriées à l'ambulatoire.

Outre son efficacité prouvée pour le patient, la récupération rapide bénéficie aussi à la collectivité, car elle permet de réduire le coût des prises en charge. Dans les pays où elle est largement diffusée, elle réduit le nombre de lits de chirurgie nécessaires pour faire face à la demande de la population du fait de la baisse de la durée moyenne de séjour, sans que les dépenses soient reportées sur la médecine de ville à 100% ou les centres de rééducation. Les ressources ainsi libérées peuvent donc être consacrées à d'autres besoins sanitaires.

La Récupération Rapide s'appuie sur plusieurs principes fondamentaux qui combinés contribuent à diminuer les effets négatifs de l'intervention chirurgicale et permettent de retrouver rapidement la forme, à savoir :

1.11 Nature de l'acte prévu

De plus en plus de gestes médicaux et chirurgicaux peuvent être réalisés en ambulatoire. Initialement réservée à la chirurgie programmée, de courte durée, sans risque hémorragique et aux douleurs faibles, elle se réalise maintenant lors de certaines urgences (moins p. ex.), pour des temps opératoires de plus en plus longs (90-120 min), au risque hémorragique contrôlé, aux douleurs de plus en plus fortes grâce à une prise en charge adaptée.

1.12 Dossier de liaison ou passeport ambulatoire

A la fin de la visite chirurgicale, un dossier de liaison est remis au patient. Il contient : un document précisant la nature de l'intervention et les suites opératoires immédiates, au mieux les protocoles opératoires et d'hospitalisation. Dans ces documents sont détaillés les suites habituelles et la conduite à tenir en cas de complication, les consignes postopératoires, les ordonnances de sortie, les rendez-vous post-opératoires, les adresses et numéros de téléphone utiles pour la continuité des soins.

MV Santé crée ce dossier de liaison via son application MV Connect.

1.13 Place du médecin traitantⁱⁱⁱ

Le médecin traitant est un acteur indispensable dans notre système de soins. Son rôle tient à son positionnement en amont et en aval de l'acte ambulatoire^{iv}. Il est l'interlocuteur central en raison de sa proximité avec le patient, de sa connaissance du contexte social (hygiène, entourage, difficultés) et historique (pathologies familiales, interactions médicamenteuses, difficultés, etc.) de ce dernier.

Il existe 3 temps essentiels pour le médecin traitant dans le circuit ambulatoire : le temps précédant la consultation, le temps intermédiaire entre la consultation puis l'opération et le temps consécutif à l'opération. Lorsqu'il adresse un patient au chirurgien, le médecin traitant fait état dans son courrier des antécédents du patient, des traitements en cours, du contexte social et de l'environnement familial.

Ce sont là autant d'éléments lui permettant d'établir si le patient est ou non éligible à une éventuelle prise en charge chirurgicale en ambulatoire. Le chirurgien informe le médecin traitant de l'indication opératoire et de la décision de prise en charge en ambulatoire. Il précise dans son courrier la date d'intervention, les éventuels avis spécialisés (cardiologue, pneumologue, gériatre, etc.), les examens complémentaires d'opérabilité, les consignes péri-opératoires.

Les substitutions de traitement (anticoagulants, antiagrégants) ou adaptation de posologie seront validées ultérieurement par le médecin anesthésiste suivant le geste thérapeutique.

Devant un nombre croissant d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, les équipes chirurgicales tendent à gagner en maturité et développent les actes de haute technicité et prennent en charge des patients à comorbidité de plus en plus importante.

Il pourra aider le patient à remplir le questionnaire d'anesthésie en précisant notamment les traitements poursuivis, les facteurs de risques d'anxiété, de nausées et vomissements. Il réexpliquera les conditions de jeûne préopératoire, la préparation cutanée.

Le suivi de la rééducation d'une prothèse totale de genou ou de hanche incombe de plus en plus souvent au médecin de famille. En effet le nombre total de prothèses de genou augmentent, les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes et il est sans doute nécessaire que le médecin de famille s'implique de plus en plus dans la rééducation fonctionnelle qui peut durer plusieurs mois. A l'exemple de la rééducation de la prothèse de genou^v, il devra évaluer les chances d'une rééducation fonctionnelle

satisfaisante et préparer le patient et son environnement. Il en est de même pour la prothèse de hanche^{vi}, ^{vii}, la prothèse de l'épaule^{viii} ou chirurgie de la coiffe des rotateurs^{ix}.

1.14 Consultation chirurgicale, Patient doit être opéré, oui-non ?

Afin d'éviter des examens paracliniques « à double », le patient se rend à la consultation chirurgicale avec tout son dossier de radiographies, d'examens de laboratoire récents (< 1an). Le chirurgien affine le diagnostic et pose une éventuelle indication. Il doit se poser la seule vraie question : pour quelle raison « je ne pourrais pas opérer ce patient en ambulatoire » ?

Le médecin traitant et le chirurgien peuvent de faire aider dans leur décision par Score POSSUM^x de morbidité et de mortalité qui tient compte de l'état du patient et de la nature de l'opération.

1.15 Consultation d'anesthésie

L'anamnèse (aidée par un questionnaire médical) et l'examen clinique permettront au médecin anesthésiste d'établir le Score de risque anesthésique ASA^{xi}. Les patients de risque ASA I et II sont éligibles pour la chirurgie ambulatoire, ceux de la classe III aussi, pour autant qu'ils soient compensés.

L'anesthésiste, au cours de la consultation pré-interventionnelle, réévaluera « l'éligibilité à l'ambulatoire » ; déterminera le mode d'anesthésie, et les examens biologiques préopératoires valideront les substitutions de traitement. En cas de contre-indication anesthésique, le médecin traitant sera tenu informé par courrier. L'anesthésiste propose la technique d'anesthésie la plus adaptée au geste médical ou chirurgical envisagé, et assure une lutte efficace contre la douleur. Il prévient enfin la survenue des nausées et vomissements préopératoires (score d'Apfel)^{xii}.

1.15.1 Examens paracliniques nécessaires

Formule sanguine :

S'il est vrai que l'anémie prédit la mortalité chez des patient cardio-vasculaires lors de de chirurgie majeure^{xiii}, elle n'est cependant présente que dans 1% des patients « sains »^{xiv}. La formule sanguine n'est recommandée que si la chirurgie est connue pour provoquer des pertes sanguines importantes.

Tests de la coagulation :

Valeurs anormales très rares (0,1%) chez patients « sains ». Aucune valeur prédictive de saignement post-op si pas d'anamnèse évocatrice. Effectuer que si troubles de la coagulation connus ou maladies en rapport.

Electrolytes :

Anomalies rencontrées très rares (0,2%) chez patient sain. Dosage justifié lorsque l'anamnèse suggère des anomalies possibles (prise de diurétiques, etc.).

ECG ¹ recommandé si :

Homme > 45ans ; femme > 55ans ; Anomalies ECG avec l'âge (> 45ans) Pathologie cardiaque connue ou suspectée (clinique). Maladie systémique + répercussions

cardiaques (diabète, hypertension artérielle, IRC). Interventions chirurgicales majeures. L'ECG pré-op est un médiocre prédicteur de complications péri-opératoire mais important à titre de comparaison chirurgicales majeures.

1.16 L'instruction (information) du patient ambulatoire

Pour optimiser la prise en charge ambulatoire et guider le patient sur ce chemin clinique, il est nécessaire que le patient soit clairement informé.

Deux options sont possibles :

- Trouver une infirmière qui pourra s'occuper de l'information du patient, de la prise des différents rendez-vous et du retour de l'information vers le chirurgien, l'anesthésiste etc. Une alternative est d'ouvrir une « école du patient ambulatoire ».
- Le patient est totalement informé de sa prise en charge et de ses soins, afin qu'il devienne un acteur à part entière de son parcours et de son rétablissement. Une réalimentation et une mobilisation précoces du patient sont privilégiées pour limiter les risques de complication.

1.17 La période opératoire ne présente pas de spécificité.

1.18 L'autorisation de sortie.

Elle est validée par le médecin et/ou le chirurgien qui reprecise les consignes postopératoires, les soins éventuels, et les coordonnées téléphoniques en cas de question ou d'urgence.

1.19 Suivi post-opératoire

Le suivi est assuré par un appel téléphonique le lendemain qui s'assure que tout s'est déroulé comme prévu et que le patient va bien.

-
- ⁱ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013_02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf Consulté le 10.1.2017
- ⁱⁱ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf Consulté le 9.1. 2017
- ⁱⁱⁱ <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01221042/document> Consulté le 14.09.2016
- ^{iv} <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/chirurgie-ambulatoire-en-urologie-texte-des-recommandations-afu.html> Consulté le 27.9.2016
- ^v <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-367/Les-douze-points-cles-de-la-reeducation-apres-une-prothese-totale-de-genou> Consulté le 17.09.2016
- ^{vi} http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/prothese_hanche_08_11.pdf Consulté le 24.2.2017
- ^{vii} <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291765/>
- ^{viii} http://www.ortho-ge.ch/ortho/images/stories/reeducation_pdf/Les_prothese_epaule.pdf
- ^{ix} http://chirurgie-epaule-fontvert.fr/reeduc_coiffe.html
- ^x <http://www.riskprediction.org.uk/index-pp.php>
- ^{xi} <http://www.sfar.org/scores/asa.php>
- ^{xii} http://www.smart-doc.org/projects/calc_jvs/score_apfel.htm
- ^{xiii} Effect of anaemia and cardiovascular disease on surgical mortality and morbidity. Carson JL1, Duffa, Poses RM, Berlin JA, Spence RK, Trout R, Noveck H, Strom BL. Lancet 1996; 348:1055 Lancet. 1996 Oct 19;348(9034):1055-60.
- ^{xiv} The usefulness of preoperative laboratory screening Kaplan EB, et al. JAMA 1985 Jun 28;253(24):3576-81.