

Le parcours patient en chirurgie ambulatoire aux CHU de Strasbourg

Dr Florian BARTHEL (PH anesthésie/réanimation) / Habiba MOUSSA (IADE – CSS)

*Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – CHU de Hautepierre – Avenue Molière – 67200
Strasbourg Hautepierre*

Auteur correspondant : Madame Habiba MOUSSA – IADE / cadre supérieur pôle

Email : habiba.moussa@chru-strasbourg.fr

Aucun conflit d'intérêt.

Points Essentiels

- Le patient est un acteur essentiel de sa propre PEC.
- Différents modèles architecturaux existent en matière d'organisation de chirurgie ambulatoire : le centre intégré, autonome, satellite ou indépendant.
- Le concept de marche en avant permet une utilisation optimisée de l'UCA en fluidifiant et en sécurisant le parcours du patient à chaque étape de sa prise en charge.
- La programmation opératoire est échelonnée pour permettre de limiter les temps d'attente des patients et de consacrer un temps d'accueil et de préparation adapté en préopératoire. Les temps de passage de chaque étape sont optimisés notamment par l'utilisation de checklist.
- L'enchaînement des étapes répond à une logique de validation par check-list et un fonctionnement en flux tirés vers le bloc opératoire, puis en flux poussés en aval de celui-ci.
- Le plus adéquat serait que ce soit le bloc opératoire, élément pivot et le plus onéreux de la prise en charge, qui régisse les transferts du patient vers le bloc opératoire puis vers la SSPI ou l'UCA.
- L'informatique doit permettre l'établissement et l'adaptation en temps réel de la programmation opératoire, y compris en y intégrant d'éventuelles urgences.
- Au bloc opératoire, le patient est accueilli par l'équipe de sa salle. Les vérifications pré interventionnelles sont réalisées et le patient marche, accompagné, jusqu'en salle d'opération.
- Le concept d'analgésie balancée appliquée en période post opératoire gagne progressivement la phase peropératoire comme en témoigne l'avènement de l'anesthésie sans opiacés. Les additivités et synergies des différents produits sont

recherchées pour optimiser l'analgésie tout en limitant les effets indésirables de chacun d'entre eux.

- Une prévention active et protocolisée des NVPO est indispensable. Intraveineuse totale.

1. Introduction

Le processus de prise en charge d'un patient pour une intervention au bloc relève d'un parcours de soins complexe. Il débute par l'adressage du patient par le médecin traitant à un chirurgien et se termine par la consultation chirurgicale post opératoire de contrôle.

Les interventions autour du patient sont multiples : consultation(s) chirurgicale(s) préopératoire(s), consultation pré anesthésique, admission administrative, admission en unité de chirurgie ou de chirurgie ambulatoire, bloc opératoire, SSPI..., et les acteurs nombreux : patient +/- accompagnant(s), médecin traitant, chirurgien, médecin anesthésiste réanimateur, IDE, IADE, IBODE, AS, brancardiers, secrétaires, logisticien, programmeur +/- niveau métier : coordinateur de parcours

Nous allons centrer nos propos sur la prise en charge de patients en chirurgie ambulatoire ou en RAAC parce qu'elle revêt la particularité de nécessiter une parfaite maîtrise de ce processus pour mener à bien l'intégralité de cette séquence, sous peine d'insatisfaction du patient et des soignants, de sortie retardée, de report d'intervention ou de conversion en hospitalisation conventionnelle.

La RAAC est une approche de prise en charge globale du patient visant un rétablissement précoce de ses capacités après chirurgie. Elle se base sur l'information et la formation du patient, une organisation des soins et de la sortie du patient anticipée, la réduction des conséquences du stress opératoire, la maîtrise des douleurs et nausées vomissements postopératoires et la stimulation à l'autonomie du patient [1].

La chirurgie ambulatoire partage les mêmes principes et a pour objectif supplémentaire de limiter la durée de séjour à 12 heures, indépendamment des horaires d'ouverture de la structure [2].

L'hospitalisation se limite au strict temps utile et nécessaire dans la structure tout en assurant une qualité et une sécurité de prise en charge optimales. Pour y arriver, il convient de supprimer tous les temps et actions inutiles au profit de ceux dits à haute valeur ajoutée, selon des principes issus de l'industrie comme celui du Lean management.

Une gestion optimale passe par la maîtrise des flux reposant sur une organisation des circuits patients, accompagnants, médecins, soignants, matériels dans l'espace et dans le temps. Cette dernière passe par la réduction, autant que possible, des distances, des délais, des intermédiaires et interfaces.

L'organisation des différentes interventions autour du patient doit être rigoureuse et les enchainements des temps professionnels harmonieux. Leur anticipation et coordination permettent de meilleures synchronicité et succession des temps médicaux, paramédicaux et administratifs. Cette organisation doit être connue et respectée de tous les intervenants, y compris du patient, consensuelle et harmonisée. L'établissement d'une charte et d'un règlement intérieur, l'utilisation de check-lists, chemins cliniques, procédures et protocoles vont dans ce sens. Ces outils permettent une synergie de prise en charge, elle-même source de lisibilité, d'efficacité, et in fine, de meilleures qualités et sécurité des soins comme de satisfaction du patient et des équipes.

La maîtrise des interfaces interprofessionnelles est un point critique :

Entre ville et hôpital mais également au sein de l'hôpital : entre médecin et secrétaire, entre chirurgien et MAR, entre médecins et paramédicaux... Le dossier médical partagé, la lettre de liaison, un outil informatique partagé par tous les professionnels intervenants (AS-IDE-brancardiers-personnels de bloc-SSPI et médecins), un passeport ambulatoire.

La lutte contre les temps d'attente patient, source d'incompréhension et d'anxiété, et les temps d'attente soignants source d'agacement, voire de conflit impose en outre une communication permanente, la possibilité d'une information en temps réel (système informatique partagé bloc et UCA, écran...) et une bonne organisation.

Les arrivées des patients sont ainsi échelonnées et programmées au plus près de l'heure de passage prévu au bloc opératoire tout en gardant un temps pour les vérifications administratives et infirmières préopératoires en UCA et la possibilité d'adresser un autre patient au bloc en cas d'annulation tardive. Il est indispensable de coordonner et faire correspondre le programme opératoire et son ordonnancement avec les capacités d'accueil et d'hébergement de l'UCA.

A chaque étape de la prise en charge, un travail d'identification des temps et actions inutiles ou à faibles plus-values est nécessaire, puis une réflexion collective doit être menée pour les éliminer ou les retrouver aux profits des temps et actions à plus hautes valeurs ajoutées. Ces derniers ont trait à la sécurité ou la qualité des soins, au confort et à l'autonomisation rapide du patient et encouragent les rapports humains entre soignants et patients. On peut ainsi citer : la vérification du respect des consignes préopératoires, l'information/éducation du patient et de son accompagnant, une surveillance adaptée au couple patient/geste, la vérification de la bonne récupération postopératoire...

La sensibilisation de tous les acteurs, y compris du patient, au respect des horaires, règles, procédures et protocoles, est fondamentale, faute de quoi toute l'organisation du bloc opératoire est compromise.

2. DISCUSSION

2.1 Le patient est un acteur essentiel de sa propre PEC.

Les concepts de « patient » et d'« acteur » peuvent sembler a priori contradictoires, pourtant l'adhésion et la participation active du patient dans sa propre prise en charge sont maintenant reconnues comme des éléments importants pour un meilleur vécu de l'intervention et pour une récupération postopératoire plus rapide. Ces concepts ont été développés et largement validés pour la chirurgie ambulatoire et la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie et tendent à se généraliser.

Comme tout bon acteur, le patient a besoin d'être formé et de bien connaître le scénario pour que la séquence prévue se déroule correctement. La formation du patient consiste en la compréhension et l'appropriation des consignes préopératoires réputées optimiser ses conditions physiques et psychologiques avant l'intervention. Pour cela il convient de dispenser une information claire, concertée, adaptée, répétée, écrite et orale et progressive, et d'établir un « contrat » de soins avec le patient, facteurs clé de réussite. L'éducation du patient débute dès les consultations préopératoires. Les moyens de cette information/éducation du patient, et parfois de son accompagnant, sont multiples et connaissent depuis peu des évolutions significatives notamment avec l'avènement des outils numériques. Outre les informations habituellement données par oral et par écrit lors des

consultations médicales préopératoires qui restent fondamentales, d'autres moyens sont maintenant à considérer :

En RAAC comme en chirurgie ambulatoire, la remise au patient d'un passeport chirurgie, physique et/ou numérique, est recommandée par la HAS et l'ANAP et a montré son intérêt comme vecteur d'information du patient et de communication entre soignants et patient, mais aussi entre soignants. Il est également possible d'encourager le patient à consulter une plateforme internet dont l'accès peut être sécurisé et pouvant renvoyer vers des vidéos explicatives sur le parcours, les consignes préopératoires, l'intervention et les suites de celle-ci...

Des systèmes automatisés de contact comme des plates formes téléphoniques ou le « SMS interactif » ont vu le jour et rencontrent un succès croissant. Ils permettent en préopératoire le rappel des consignes préopératoires (hygiène, jeûne, heure de convocation...), la vérification de l'absence de modification de l'éligibilité à l'ambulatoire (absence de fièvre ou de modification thérapeutique intercurrente...) et de donner l'heure de convocation en UCA. Et après retour à domicile, ces contacts automatisés, parfois couplés à l'utilisation de l'intelligence artificielle, permettent la surveillance par échanges automatisés basés sur des algorithmes décidés par les équipes soignantes, adaptée au patient et à sa chirurgie. Ces échanges s'adressent au patient, mais peuvent également s'adresser à une IDE libérale, un kinésithérapeute ou au médecin généraliste du patient. Une alerte est envoyée à l'équipe soignante hospitalière pour qu'elle reprenne la main lorsqu'une réponse est jugée anormale. Ces systèmes fonctionnent 7j/7 et permettent de libérer du temps soignant pour d'autres tâches, un meilleur respect des consignes, des retards moins fréquents et une traçabilité complète [3].

Par ailleurs, la mise en place de consultations infirmière de parcours ou de coordination pour la chirurgie ambulatoire et la RAAC [4] a montré un intérêt en termes de meilleur suivi des consignes pré et post opératoires, et permet de diminuer les taux d'annulation à J0, de report d'intervention ou de conversion en hospitalisation conventionnelle. Ainsi, les explications relatives aux modalités de l'ambulatoire, les protocoles d'hygiène, de jeûne préopératoire, et les prescriptions post opératoires remises au patient lors des consultations préopératoires peuvent être plus exhaustives.

2.2 Structure/architecture d'une UCA

Différents modèles architecturaux existent en matière d'organisation de chirurgie ambulatoire : le centre intégré, autonome, satellite ou indépendant. Les structures intégrées, c'est-à-dire constituées d'une UCA localisée dans l'hospitalisation conventionnelle et utilisant un plateau opératoire commun, restent les plus représentées actuellement en France. Les centres autonomes, disposant d'une UCA et d'un bloc opératoire dédié au sein du bloc traditionnel, sont probablement à privilégier car ils permettent une grande polyvalence et gardent un potentiel d'évolution. Le modèle satellite regroupe dans l'enceinte de l'établissement une UCA et un bloc opératoire exclusivement dédié à cette activité, les parcours patients y sont plus simples, mais ce type de structure manque d'adaptabilité et impose d'avoir du matériel opératoire en double. Enfin, les centres indépendants réunissent accueil, hébergement et plateau opératoire dans une structure unique et strictement indépendante. Les premiers centres de ce type ont ouverts récemment en France, ils nécessitent une organisation optimale et s'adressent à des chirurgies parfaitement maîtrisées [5].

Indépendamment du type de structure, il convient d'avoir une UCA à immédiate proximité des blocs opératoires et de taille adaptée à l'activité attendue.

Le circuit physique du patient doit être aussi court que possible et intégrer les éléments fonctionnels suivants : un accueil avec zone d'attente, des box ou bureaux d'admission/sortie, une zone de préparation préopératoire, des blocs opératoires avec SSPI, une zone de surveillance postopératoire et un salon de sortie avec coin collation.

La capacité et les dimensions de l'UCA doivent également pouvoir évoluer pour accueillir une activité voulue croissante.

Le recours à des zones, chambres ou box pouvant tour à tour avoir des fonctions différentes permet de s'adapter rapidement à l'activité. Une zone de préparation préopératoire peut ainsi servir en seconde partie de journée de zone de surveillance post opératoire ou salon de sortie. Cette modularité est rendue possible par l'emploi de zones ouvertes armées d'un mobilier adapté tel que des paravents ou cloisons amovibles, du mobilier à roulettes...

2.3 Flux patient

Le concept de « **marche en avant** » qui consiste en un cheminement du patient à sens unique au sein de la structure, sans retour en arrière possible est à promouvoir. Son application permet une utilisation optimisée de l'UCA en fluidifiant et en sécurisant le parcours du patient à chaque étape de sa prise en charge. La programmation opératoire est échelonnée pour permettre de limiter les temps d'attente des patients et de consacrer un temps d'accueil et de préparation adapté en préopératoire. Les temps de passage de chaque étape sont optimisés notamment par l'utilisation de checklist.

Une architecture compacte et modulaire permet de s'adapter à l'activité et notamment au type de circuit : court, long, voire ultracourt. Le mobilier doit lui aussi permettre cette plasticité.

Note d'information N°DGOS/PF2/2016/164 : « L'UCA doit être la plus proche possible du bloc opératoire. La séparation des flux des patients ambulatoires et non ambulatoires 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 » [6].

2.4 Une unité, plusieurs circuits

L'optimisation de l'organisation d'une unité de RAAC ou d'une UCA passe également par l'identification des différents types de flux patients qui y transitent. Il est indispensable d'identifier différents circuits au sein de la structure en fonction des différents temps de parcours prévus et donc du type de flux. En chirurgie ambulatoire, il est communément décrit un circuit court dédiés aux durées de séjour de 3 à 4 heures, un circuit long pour les prises en charge de durée supérieures et, parfois, un circuit ultra court pour les actes les moins invasifs ou réalisés sous anesthésie locale. En effet, les besoins matériels et humains sont à adapter au type patient, de chirurgie et d'anesthésie.

Chaque étape du parcours du patient est réfléchi collectivement et vise une prise en charge optimale.

Découpage en étapes, limiter le nombre d'intervenant, les interruptions de tâche et les retards de mise œuvre des soins :

- Les consultations chirurgicales et pré anesthésiques peuvent être réalisées le même jour pour éviter au patient un aller-retour à l'hôpital
- La localisation des consultations pré interventionnelles à proximité de l'UCA permet une reconnaissance des locaux par les patients et leur accompagnant et parfois une visite de ceux-ci

- Une consultation IDE peut suivre les consultations pré interventionnelles pour les interventions les plus complexes et/ou des patients nécessitant un encadrement plus particulier.
- La préadmission administrative peut être faite le jour de la CPA ou en ligne
- L'appel J-1 +/- automatisé
- L'accueil dédié /secrétaire puis préparation par une IDE avec validation d'une checklist préopératoire
- Le passage aux vestiaires, accompagné par AS, transfert à pied vers
- L'attente préopératoire dans un sas devant bloc opératoire : assis, chaud, musique, lecture, info sur écran
- Le passage au bloc opératoire, accompagné par personnels du bloc, transfert à pied (+/- salle d'induction surtout si ALR)
- Intervention chirurgicale avec anesthésie adaptée
 - ALR
 - Analgésie multimodale et anticipée et épargne morphinique
 - Prévention active des NVPO
- Le passage en SSPI, transfert sur table ou brancard, voire à pied (bypass SSPI si ALR périphérique isolée ?)
- L'application des principes de communs de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) et de chirurgie ambulatoire :
 - Anticipation et prise en charge rapide des DPO et NVPO
 - Retrait précoce des « tuyaux »
 - Stimulation à l'autonomie
 - Maintien du cathéter veineux périphérique et retrait rapide de la ligne de perfusion
 - Verticalisation rapide accompagnée
 - Reprise des liquides clairs dès la SSPI
- La production rapide de la lettre de liaison
 - Dictée numérique ou reconnaissance vocale pour le CROP
 - Extraction automatisée de données à partir du dossier patient
 - Consignes de surveillance préétablie par geste
 - Secrétaires dédiées

2.5 Outils informatique

La mise à disposition des équipes de moyens dédiés, notamment matériels, est recommandée [7].

La mise en place d'un système informatique efficient est nécessaire dans les blocs opératoires, les unités d'hospitalisation et en UCA. Elle est source d'économie, de meilleure qualité et sécurité des soins, d'une information au patient et de données de santé utiles au pilotage ou à la recherche.

L'informatisation doit permettre le partage d'information en temps réel pour les acteurs de la prise en charge du patient. Chaque catégorie de personnels et parfois les patients accèdent aux données qui leurs sont utiles et alimentent le système selon ses droits.

Une solution informatique de suivi des parcours idéalement associée à la pose d'un bracelet localisant chaque patient en temps réel permet une vision globale et en direct de l'activité de l'unité, une meilleure gestion des flux et une extraction de données destinées à la production

d'indicateurs de suivi qualité utiles dans la gestion de l'UCA. La mise en place d'écrans en unités d'hospitalisation, en UCA, au bloc et en SSPI permet une vision globale de l'activité et une anticipation de chacune des étapes du patient : patient prêt pour le bloc, fin d'intervention en salle, score d'Aldrete validé en SSPI, attente validation médicale de sortie...

L'informatique doit permettre de faciliter le travail des acteurs de santé. Les chemins cliniques intègrent le dossier patient et permet une prise en charge adaptée à chaque pathologie. Les check-lists et protocoles de soins y sont intégrés et le tout est parfaitement tracé. Les erreurs de retranscription disparaissent et des systèmes d'alerte peuvent être mis en place.

L'informatisation permet également de répondre à la nécessité de maîtriser, coordonner et synchroniser des flux multiples (patients, soignants, matériels accompagnants).

L'enchaînement des étapes répond à une logique de validation par check-list et un fonctionnement en flux tirés vers le bloc opératoire, puis en flux poussés en aval de celui-ci. En effet, il semble plus adéquat que ce soit le bloc opératoire, élément pivot et le plus onéreux de la prise en charge, qui régisse les transferts du patient vers le bloc opératoire puis vers la SSPI ou l'UCA. Là encore, l'informatique doit permettre l'établissement et l'adaptation en temps réel de la programmation opératoire, y compris en y intégrant d'éventuelles urgences.

La gestion des vestiaires ne doit être un élément bloquant du parcours patient. Le choix se fait le plus souvent entre des casiers de type « piscine » et des vestiaires mobiles. Les premiers imposent d'avoir des cabines de change en nombre suffisant pour ne pas représenter un goulot d'étranglement du flux patient et des patients suffisamment autonomes pour se changer seuls. Les vestiaires mobiles imposent leur manipulation pour suivre le patient dans son parcours en UCA, mais le patient se change dans sa chambre ou son box où il peut être, si nécessaire, aidé plus facilement.

2.6 La mise en place du principe de « patient debout »

Dès lors qu'elle est raisonnablement possible, elle semble avantageuse pour tous. Le patient est respecté dans son autonomie et sa dignité, son intimité est préservée par l'usage d'une tenue chaude et décente, et la marche est facilitée par la mise à disposition de chaussons adaptés. Le patient est accompagné dans tous ses déplacements par un personnel de l'UCA puis par les personnels du bloc opératoire. Les nécessités de brancardages, souvent source d'inconfort et d'anxiété pour les patients, doivent être plus réfléchies, et l'usage de la position assise pour les transferts est autant que possible encouragée si la marche n'est pas adaptée. L'usage d'une prémédication anxiolytique, sans réel avantage pour la prise en charge et la satisfaction du patient, est largement réduit.

Si l'utilisation d'espaces ouverts collectifs avec des sièges ou fauteuils semblent plus adaptés aux circuits courts et ultra courts à flux rapides, la disposition de chambres ou box individuels équipés de brancards plus confortables est appréciable pour les durées de séjours les plus longues.

2.7 Un parcours patient standardisé et personnalisé

Pour les interventions les plus communes, il est entendu que les soins gagnent à être standardisés en s'appuyant sur des protocoles et l'élaboration de chemins cliniques qui garantissent une prise en charge de meilleure qualité. A l'inverse, les patients attendent de leurs soignants une prise en charge humaine et personnalisée. C'est cet apparent contraste qui est le challenge des soignants.

La notion de chemin clinique est inspirée des techniques de management par processus du milieu de l'ingénierie de projet et a été transposée au domaine de la santé dans les années 80-90 aux Etats-Unis. Selon la HAS, « le chemin clinique décrit, pour pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient ». Il consiste en une modélisation des étapes clés du processus de soins établissant un plan clinique prévisionnel, rationnel et interdisciplinaire pour la prise en charge optimale de groupes de patients. Des objectifs sont établis pour chaque étape. Il fait l'objet d'évaluations et d'ajustements réguliers dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il garantit au patient une prise charge optimale basée sur des recommandations actualisées de bonnes pratiques médicales, validée par l'ensemble des personnels impliqués et adaptée aux spécificités locales éventuelles. Pour les soignants, partie prenante dans la rédaction du chemin clinique, il est un référentiel unique pour la prise en charge standardisée d'une pathologie donnée, et, intégré au dossier, il assure une traçabilité optimale. Il permet d'anticiper la programmation (la durée de chaque étape est connue) et d'améliorer la coordination et la communication au sein de la structure, mais également avec le patient et la ville.

2.7.1 Prise en charge au bloc opératoire

Le patient est accueilli par l'équipe de sa salle. Les vérifications pré interventionnelles sont réalisées et le patient marche, accompagné, jusqu'en salle d'opération.

Après installation et monitoring du patient, un cathéter veineux périphérique est posé en privilégiant les dispositifs permettant le retrait de la ligne de perfusion dès la SSPI.

L'anesthésie locorégionale est privilégiée, seule ou en association.

En cas d'anesthésie générale, les drogues de durée d'action courte sont préférées.

Le concept d'analgésie balancée maintenant appliquée communément en période post opératoire gagne progressivement la phase peropératoire comme en témoigne l'avènement de l'anesthésie sans opiacés. Les additivités et synergies des différents produits sont recherchées pour optimiser l'analgésie tout en limitant les effets indésirables de chacun d'entre eux. Ainsi, outre l'ALR, l'utilisation peropératoire de kétamine, lidocaïne intraveineuse, dexaméthasone, AINS, agonistes alpha 2 est souhaitable.

Une prévention active et protocolisée des NVPO est indispensable. Elle passe par le respect des règles modernes du jeûne opératoire encourageant la prise de liquide clairs hydrocarbonés jusqu'à deux avant l'anesthésie, un remplissage vasculaire peropératoire correct, une utilisation raisonnée des opiacés, une prévention médicamenteuse systématique et double pour certains, et pour les patients les plus à risques, le recours à l'anesthésie intraveineuse totale [8].

Les techniques d'hypnoses médicales sont adaptées à la RAAC et l'ambulatoire et a minima une relation de type hypnotique est à encourager.

2.7.2 SSPI

Le passage en SSPI reste pour l'heure obligatoire après toute anesthésie, même si des expériences relatent la faisabilité d'un « bypass » de la SSPI pour les patients opérés sous anesthésie locale ou locorégionale sans sédation et ayant les critères de sortie de SSPI [5, 9].

En SSPI, le patient est stimulé positivement, progressivement verticalisé puis encouragé à boire dès que possible. La ligne de perfusion est retirée et un premier levé est le souvent effectué.

La sortie de SSPI, soumise à l'absence de survenue de complications post interventionnelles et à l'obtention d'un score d'Aldrete modifié $\geq 11/12$, est autorisée par le MAR, mais peut également être protocolisée.

Le transfert en UCA se fait en position assise, voire à pied en cas d'ALR du membre supérieur isolée.

Le patient est incité à se mobiliser pour une récupération rapide et invité, dès que raisonnablement possible, à rejoindre un salon de collation.

La rédaction, la signature et l'édition des papiers de sortie, comportant notamment la lettre de liaison, sont anticipés et préparés par un secrétariat idéalement dédié. Et dans tous les cas cette étape ne doit pas retarder la sortie effective du patient.

L'accompagnant est prévenu de l'heure de sortie théorique en amont de l'hospitalisation, puis, le jour de l'intervention, l'horaire est exact est précisé et l'appel de l'accompagnant est anticipé.

3. Conclusion

L'UCA doit être une structure identifiable par les usagers et doit répondre à une organisation spécifique.

L'accessibilité, la fluidité du parcours devrait limiter autant que possible les déplacements des patients.

L'organisation du circuit patient autour plateau technique est le garant du confort, de la sécurité à moindre coûts et de l'efficacité pour les patients et les soignants.

Le CHU de Strasbourg a intégré un parcours patient dédié, des personnels dédiés à cette activité ambulatoire.

Une zone est dédiée à l'activité de chirurgie pédiatrique au sein de la SSPI et de l'UCA.

Des contraintes organisationnelles indispensables et de l'activité ambulatoire croissante découlent la nécessité d'assurer nouvelles missions qui visent à mieux accompagner le patient dans son parcours et à coordonner les actions des intervenants, parfois nombreux. Ainsi sont apparues des consultations infirmière de parcours. Personnels avec nouvelles missions : IDE de parcours ou de coordination.

Certaines pratiques chirurgicales se prêtent mieux à la chirurgie ambulatoire à des degrés divers et comportent des intérêts certains :

- Diminution de la durée d'hospitalisation (diminution DMS).
- Diminution des infections transmises.
- Impact de la qualité de la prise en charge ambulatoire sur l'attractivité de l'établissement.

L'hôpital de demain sera de moins en moins un lieu d'hébergement.

L'activité de chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient qui repose sur un processus de gestion de flux : patients, RH, matériel, informations, communication.....

Cette activité représente un ensemble de plateaux techniques autour desquels s'articulent des flux bien organisés de patients.

Références :

- [1] HAS Rapport d'orientation. Programme de récupération améliorée après chirurgie RAA
Juin 2016. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf
- [2] Déc. 2012-969 du 20 août 2012 du CSP. Accessible à :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026304936&categorieLien=id>
- [3] Sciard D. et Beaussier M. Mieux communiquer avec les patients non hospitalisés. Le praticien en Anesthésie Réanimation ; 2016, 20(2), 73-77
- [4] A. Lossent, P. Fournière, B. Chevet. Chirurgie ambulatoire, le rôle de l'infirmière. La revue de l'infirmière. 2014, 63 (202), 21-22
- [5] Enquête SFAR-OPERA. Avril 2015. Accessible à : http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2015/06/SFAR-OPERA_Avril-2015.pdf
- [6] Note d'information N°DGOS/PF2/2016/164. Accessible à : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste_20160006_0000_0074.pdf
- [7] Recommandations organisationnelles « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » HAS ANAP. Mai 2013. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf
- [8] Capron B, Lescut C, Garot M et Etghen S. Nausées et vomissements postopératoires en ambulatoire : tolérance zéro ? MAPAPR 2013. Accessible à :
<http://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/x681xceq/Naus%C3%A9es%20et%20vomissements%20postop%C3%A9ratoires%20en%20ambulatoire%20:%20tol%C3%A9rance%20z%C3%A9ro%20%3F.pdf>
- [9] Bloc S, Mercadal L, Cuny P, et Al. Fast-tracking en anesthesia loco-régionale périphérique : etude préliminaire de faisabilité. Ann Fr Anesth Ream 2010 ; 29 (10) :716-9