

ECHECS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

EXPERIENCE
AU C.H. DE CHATELLERAULT

IADE : GUYOT CAROLE
RIVault ANNE
TECHER ELINA

○ **DEFINITION DE L'AMBULATOIRE:**

« Concept organisationnel qui permet au patient opéré, le retour à un domicile privé le jour même. » ¹

(1.Santegouv.fr)

○ **CADRE REGLEMENTAIRE:**

Recommandations SFAR & AFCA.²

Code de la santé publique. ³

(2.Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire 1990- 1994

2.Recommandations formalisées d'experts SFAR .2009

3.Décret n°2012-969 du 20 août 2012).

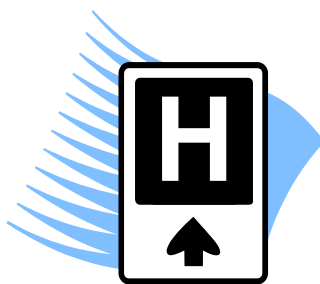


CRITERES D'ELIGIBILITE A L'AMBULATOIRE

CRITERES PATIENTS



CRITERES LIES A L'ACTE



UCA



CRITERES SOCIAUX ENVIRONNEMENTAUX



- ASA 1, 2 OU 3 STABILISE
- PAS DE NOUVEAU-NE
- BON NIVEAU DE COMPREHENSION

- PROGRAMME
- URGENCE SIMPLE
- DE COURTE DUREE
- RISQUE FAIBLE
- SUITES SIMPLES

- RETOUR DU PATIENT AU DOMICILE AVEC ACCOMPAGNANT
- TELEPHONE



LE SERVICE AMBULATOIRE DU C.H. DE CHÂTELLERAULT

- . Mars 2001 : création de 5 places
- . Juin 2012 : création d'une UCA de 10 places
(+ 2 places d'Handisoins)

Mise en place :

- d'un protocole d'organisation de la prise en charge du patient
- d'une charte
- d'un coordinateur médical

Composition:

- 1 médecin coordinateur (temps partiel)
- 1 cadre
- 3,8 ETP (2,8 IDE et 1 AS)
- 1 assistante de régulation médicale

HORAIRES D'OUVERTURE 7H- 19H



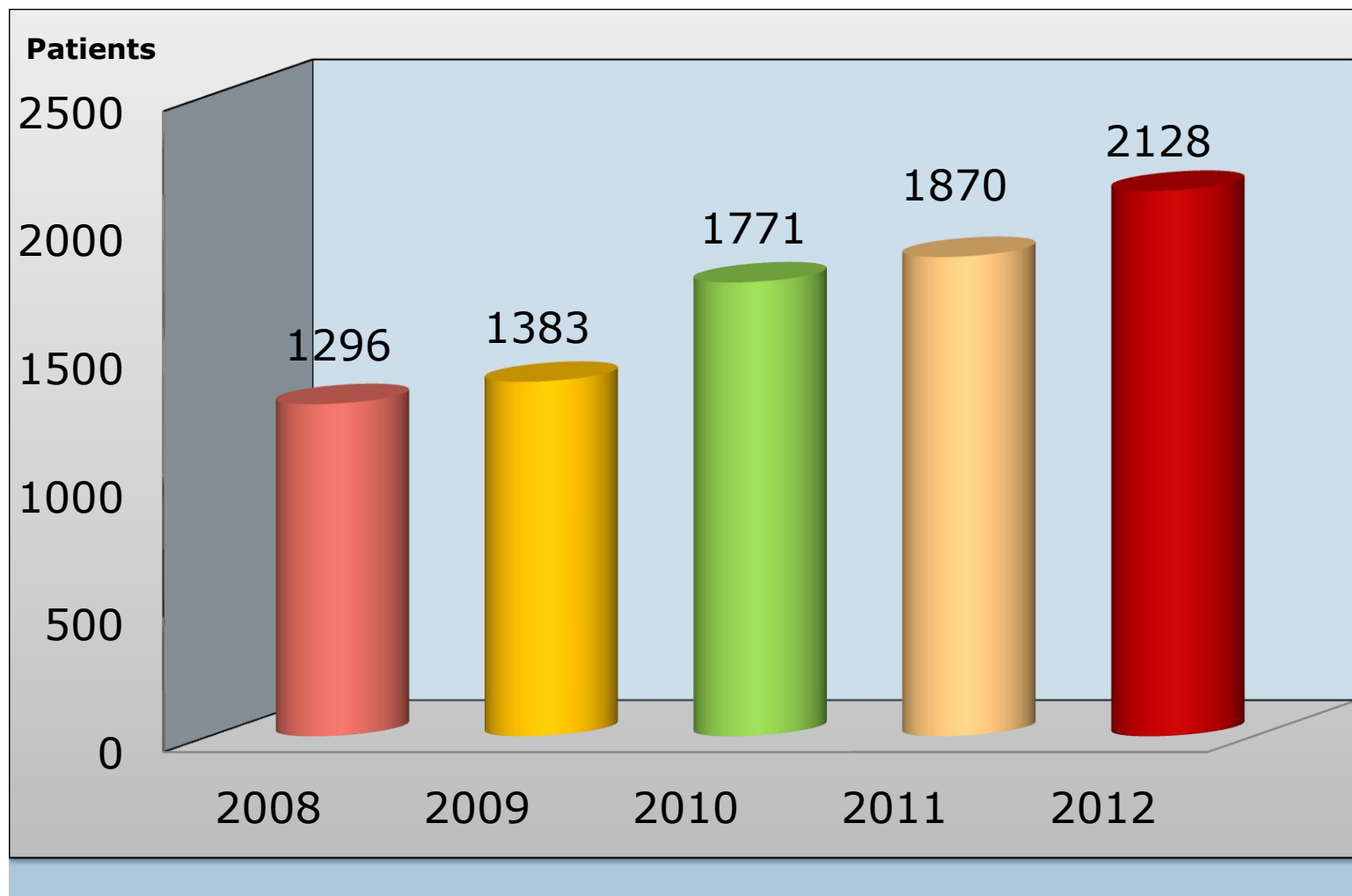
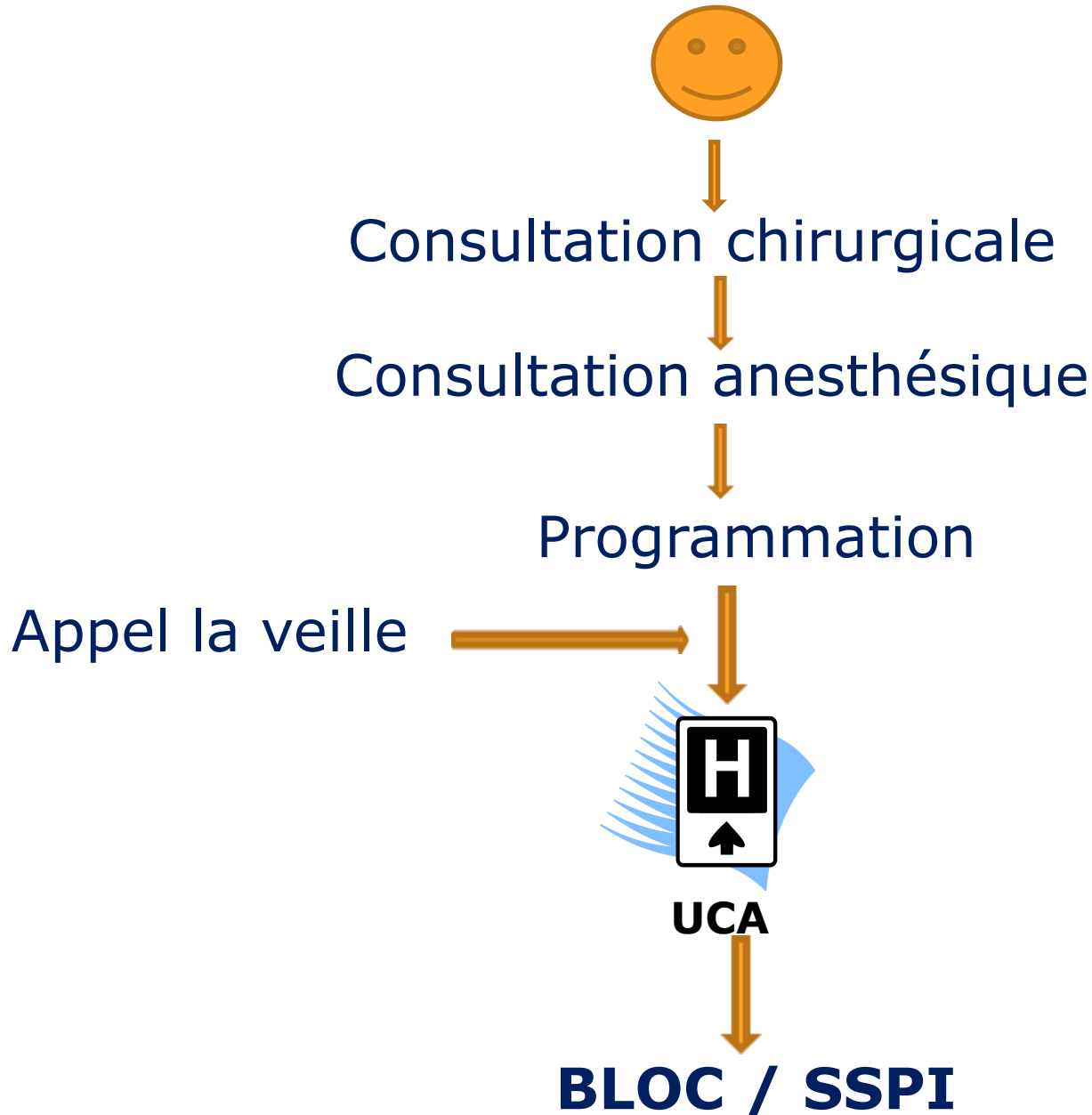


Schéma n°1: Evolution de l'activité en chirurgie ambulatoire au CH de CHATELLERAULT.



PARCOURS DU PATIENT EN AMBULATOIRE



PARCOURS DU PATIENT EN AMBULATOIRE

BLOC / SSPI

Aldrète > 9



UCA

.Chung ≥ 9
.Critères d'aptitude
à la rue



Appel le
lendemain



hospitalisation



CONSEQUENCES DE L'ECHEC EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Pour le patient
- Pour l'organisation du service
- Impact financier : entretien avec le médecin SIM (service d'information médicale).



ETUDE

BUT :

- Analyser les échecs en chirurgie ambulatoire
- Définir les causes
- Proposer des axes d'amélioration dans le cadre d'une démarche qualité (EPP)



METHODOLOGIE (1)

• Étude rétrospective

- du **1^{er}** novembre 2011 au **31** octobre 2012
- Relevé des patients hospitalisés pour la nuit dans un service de court séjour
- Analyse des dossiers d'anesthésie de la consultation à la sortie de la SSPI
(logiciel *Opésim Evolucare*)
- Analyse des dossiers de soins infirmiers informatisés (logiciel *Crossway McKesson*)



METHODOLOGIE (2)

- **Élaboration d'une grille d'évaluation, les critères retenus sont:**

- Sexe, ASA, âge, IMC
- type d'intervention, type d'anesthésie, temps d'anesthésie et de chirurgie
- analgésie post-opératoire
- heures d'entrée en salle d'opération et heures de sortie de SSPI, oxygénation à la sortie de SSPI
- scores d'Aldrète, Chung
- urgence ou programmé
- motifs de l'hospitalisation



RESULTATS

2245 Patients hospitalisés en UCA
du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012

77 Patients transférés dans un service
d'hospitalisation

soit 3,43 %



RESULTATS (2)

- 31 femmes
- 41 hommes
- 5 enfants (- 15 ans)

- **ASA 1 :** 32
- **ASA 2 :** 36
- **ASA 3 :** 3
- **NR :** 6

- **7,8% d'urgences**

CRITERES	MOYENNE	MIN	MAX
AGE	53	9	90
BMI (kg/m ²)	25,7	14,6	43,7
TEMPS ANESTHESIE (min)	60,8	9	205
TEMPS DE CHIRURGIE (min)	34,03	2	179

tableau n°1 : Analyse des critères d'âge, BMI, temps d'anesthésie, temps de chirurgie.



RESULTATS (3)

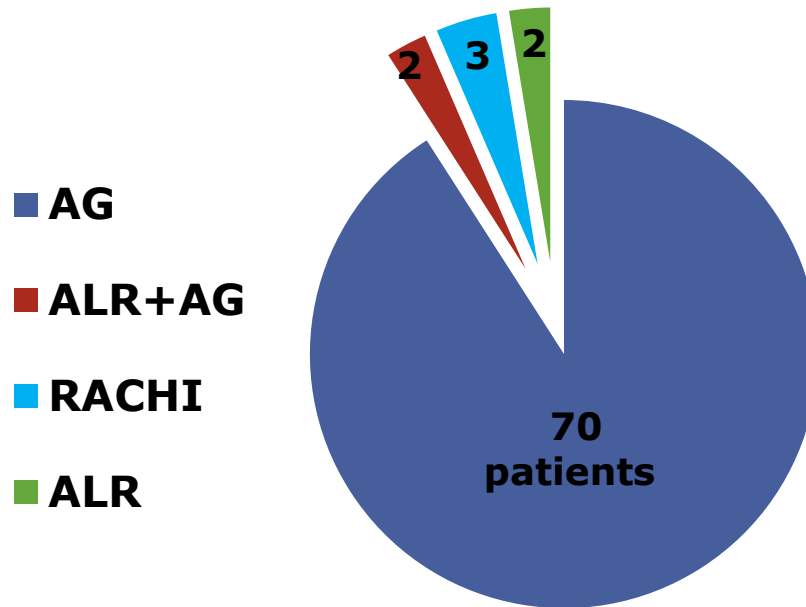


Schéma n°2 : Répartition des échecs à l'ambulatoire par type d'anesthésie.

➤ **Aucun** score de CHUNG retrouvé dans le DSI.



RÉSULTATS (4)

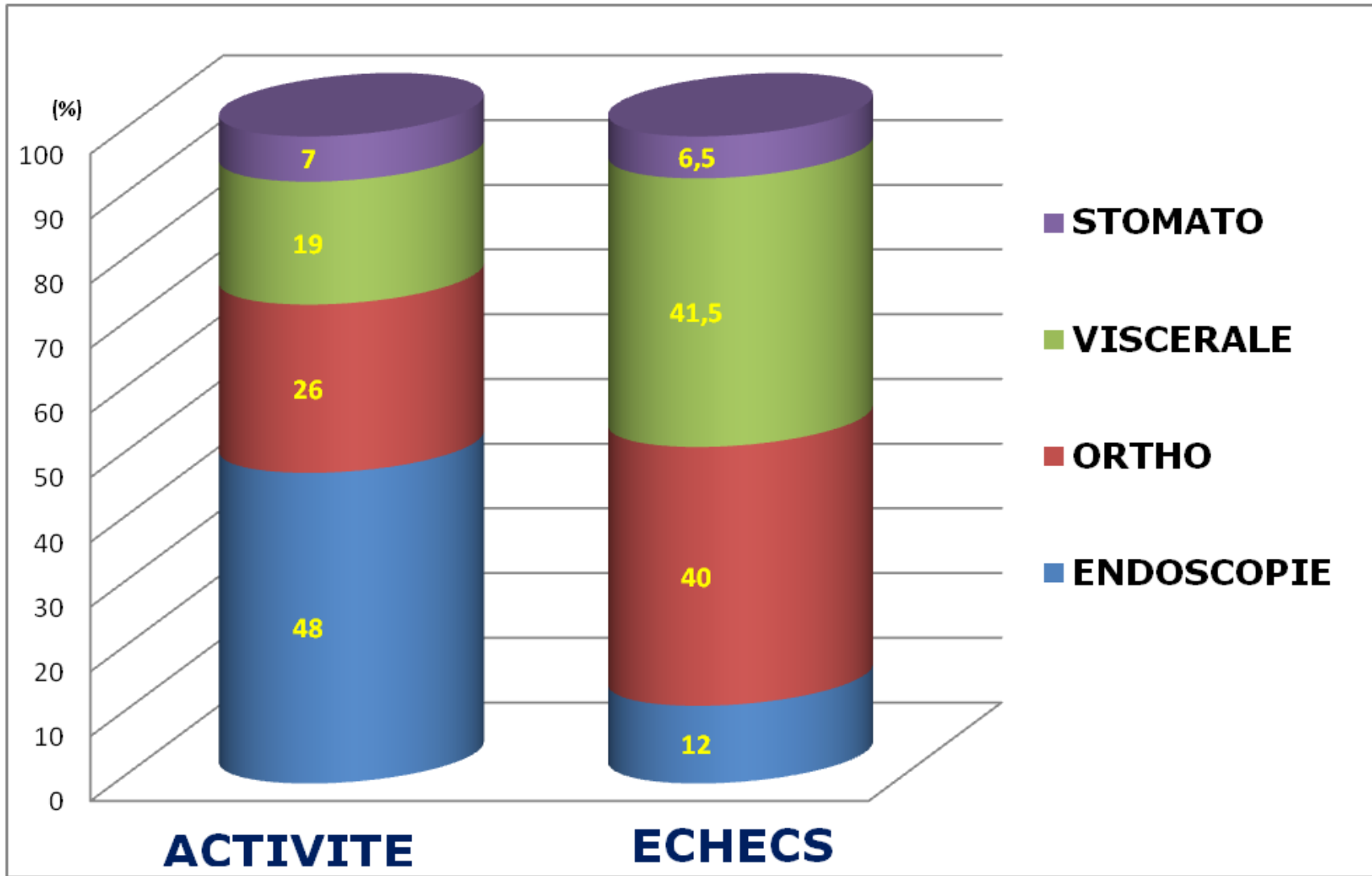
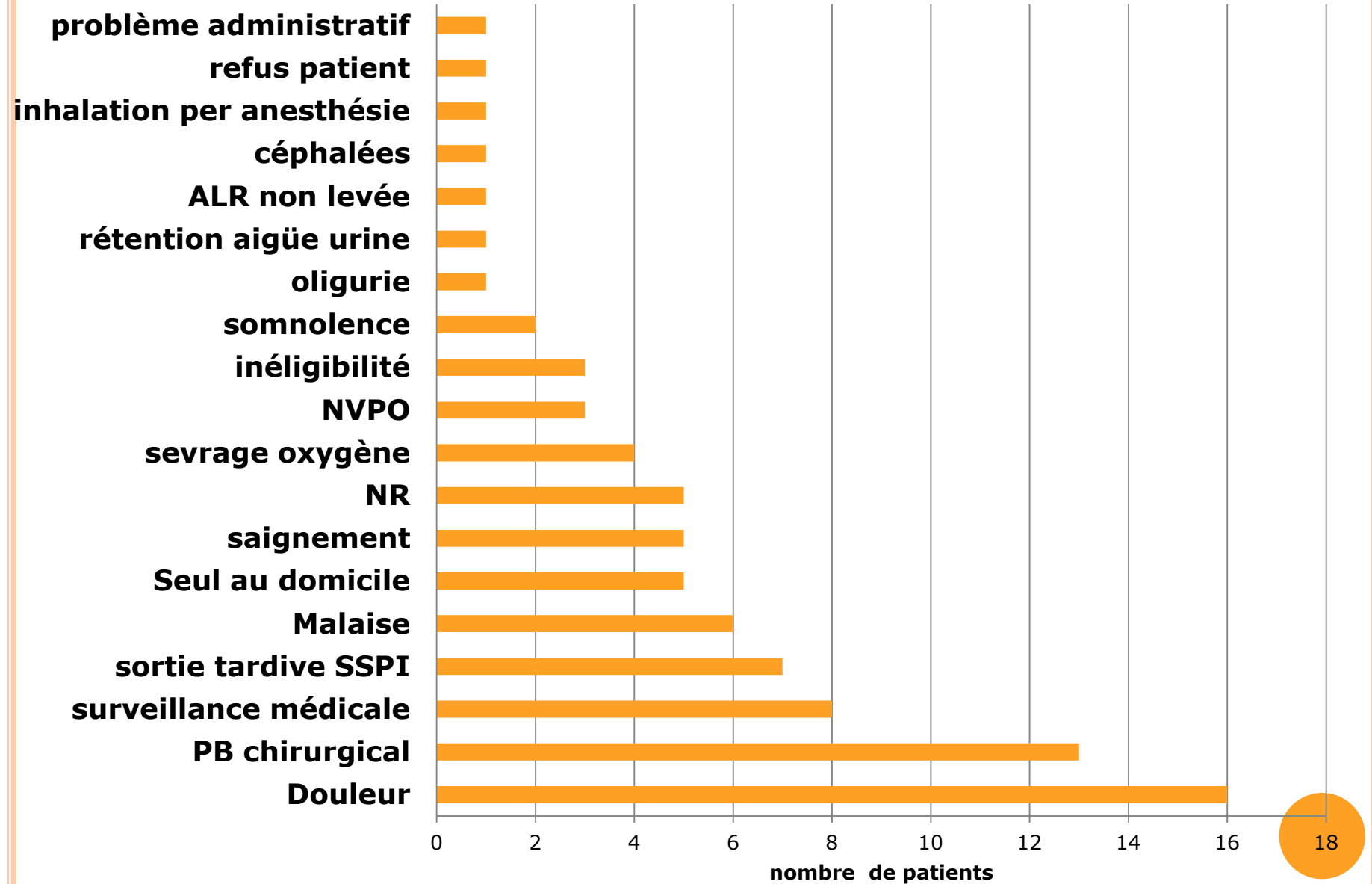


Schéma n° 3 : Activité et échecs par spécialité en UCA

RESULTATS (5)



ANALYSE (1)

❑ Causes liées à la chirurgie : (24.67 %)

saignements

rétention urinaire liée à chirurgie

surveillance pansement

❑ Inéligibilité : (22 %)

Sortie tardive de SSPI (7)

Patients seuls chez eux (5)

Incompréhension et anxiété (2)

Erreur de type d'hospitalisation lors de la consultation chirurgicale (2)

Retour impossible dans la structure d'accueil d'un patient handicapé (insuffisance de personnel)



ANALYSE (2)

❑ **Douleur: (22%)**

❑ **Causes liées à l'anesthésie: (15.58 %)**

malaises

somnolence

sevrage en O₂

rétention urinaire

surveillance médicale

ALR non levée



ANALYSE (3)

❑ Causes médicales : (10,38%)

Problème d'HTA
surveillance ECG
trouble cognitif
problème d'anticoagulant

❑ Causes non retrouvées : (6.49 %)

Recherche sans résultat dans le dossier patient

❑ NVPO (3.89%)



ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN U.C.A (1)

17 sur 77 patients (22%)

- **8 pour de la chirurgie viscérale :**
 - 5 hernies inguinales
 - 2 actes proctologiques
 - 1 Lithotritie extra-corporelle

- **7 pour de la chirurgie orthopédique :**
 - 4 arthroscopies du genou
 - 2 ablations de matériel
 - 1 désinsertion tendineuse

- **2 pour la chirurgie stomatologique :**
 - extractions dentaires



ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN U.C.A (2)

- Recherche des données difficile par manque de traçabilité
- **17** patients ont eu une prescription antalgique
- **5** patients sur **17** ont reçu le traitement antalgique prescrit de façon systématique
et **2** sur les **5** seulement ont bénéficié d'un supplément analgésique
- **12** patients sur **17** n'ont pas reçu le protocole de prescription systématiquement



AXES D'AMÉLIORATION

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

- Administration **systematique** du traitement antalgique prescrit
- Evaluation et traçabilité (échelle validée)
- Prescription complémentaire selon évaluation
- Proposition d'un travail en collaboration avec le CLUD et les référents douleur

*(résultat IPAQSS 2011: classe C pour la traçabilité de la douleur)
(certification V2010 : score C pour la prise en charge de la douleur)
(questionnaire de satisfaction institutionnel :98% très satisfaits ou satisfaits
pour la prise en charge de la douleur en ambulatoire 2012)*



ANALYSE DES CAUSES D'INELIGIBILITE

17 sur 77 patients (22%)

- Sortie récusée par décision médicale : **7** patients sortis tardivement de SSPI après 17h (**4** programmés et **3** en urgence)
- **6** patients étaient seuls chez eux
- **4** patients non éligibles de part leur chirurgie ou leur niveau de compréhension



AXES D'AMELIORATION

CAUSES D' INELIGIBILITE :

➤ Vigilance lors de la programmation opératoire des patients hospitalisés en ambulatoire

➤ Les récentes recommandations de la SFAR (*vigilance n°20 de juin 2010*) indiquent que « la nécessité de la présence d'une personne au domicile pour les 24 heures qui suivent est à évaluer »

Ce critère d'éligibilité a ses limites et peut être différent en fonction des MAR.

➤ Respect des critères d'éligibilité lors de la sélection des patients



CONCLUSION

- Vigilance particulière sur la traçabilité dans le DSI
- Le taux d'hospitalisation à Châtelleraut après une chirurgie ambulatoire reste faible sur la période évaluée.
- Ce taux peut être perfectible en :
 - améliorant la prise en charge de la douleur en post opératoire
 - étant très vigilant sur l'éligibilité des patients
 - établissant une programmation encore plus adaptée
 - uniformisant les pratiques anesthésiques.



*Conformément aux recommandations de la SFAR, les causes d'échecs à la sortie du patient doivent être analysées dans chaque structure dans un souci de **meilleure gestion humaine, médicale et économique.***



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**



BIBLIOGRAPHIE

1. Santegouv.fr
2. Recommandations SFAR :
 - Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire (1990- 1994).
 - Recommandations formalisées d'experts : Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire 2009.
3. Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation du décret n°92-1102 du 2 octobre 1992.
4. Organisation de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire. V2-avril 2012. C H CHATELLERAULT.
5. Annales Françaises d'Anesthésie et Réanimation: Analyse des échecs de sortie dans une unité de chirurgie ambulatoire.
6. Résultats IPASS 2011 C H Camille Guérin – HAS.
7. Certification V2010 CH Camille Guérin – HAS.

