



Historiquement la chirurgie était ambulatoire

Chirurgien ambulante.



Ambroise Paré



« UNE INTERVENTION CHIR FAITE DANS LA
JOURNEE AVEC RETOUR CHEZ SOI LE SOIR MÊME »
« day surgery »

- 90% de SATISFACTION des Malades
- Enquete Ass.Maladie: 81% serait "prêt à recourir à Chir Ambu
- 2/3 des patients se disent mal informés

Annexe 2 – LISTE DES 18 GESTES MARQUEURS ETUDIES POUR LES ACTES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Spécialité chirurgicale	18 interventions chirurgicales	Taux ambulatoire 2005	Taux cible
Ophtalmologie	Cataracte	53%	85%
	Strabisme	20%	85%
Orthopédie	Arthroscopie genou	36%	85%
	Canal carpien	82%	85%
	Dupuytren	57%	85%
Vasculaire	Varices	24%	85%
Chirurgie générale et digestive	Hernies ouvertes adulte	5%	85%
	Hernies sous coelioscopie	3%	85%
	Chirurgie anale	8%	85%
	Tumeurs anales	41%	85%
ORL et maxillo-faciale	Végétations et amygdales	64%	85%
	ORL	12%	85%
	Extractions dentaires	62%	85%
Infantile	Phimosis	88%	85%
	Chirurgie testiculaire	45%	85%
	Hernies ouvertes enfant	47%	85%
Gynécologie	Coelioscopie gynécologique	1%	85%
	Sein	12%	85%
	Total	43%	85%

Source : Observatoire national de la chirurgie ambulatoire de la CNAM – Données PMSI

EVOLUTION de CHIR AMBU en FRANCE

- En 1994 :20% de la CHIR
- En 2000 :36% de la CHIR
- En 2006 :49% de la CHIR
- En 2008 :54% de la CHIR
- PROGRESSION LA PLUS FAIBLE EN EUROPE

EN 2003 LA CHIR AMBU represente :

- En FRANCE : 40% de la CHIR
- En ALLEMAGNE: 71% de la CHIR
- Au DANEMARK: 78% de la CHIR
- Aux USA : 94% de la CHIR

CHIRURGIE AMBULATOIRE

CONCEPT ORGANISATIONNEL CENTRE SUR LE
PATIENT ET LA **GESTION DES FLUX** :

CHIRURGIE - pratiquée en moins de 24h

- - qualifiée et substitutive
- - excluant le champs de l'urgence

ACTES - à faible risque hémorragique

- - à suites simples
- - à douleur post-opératoire facilement contrôlable



AFCA

Intérêts fondamentaux démontrés



- Satisfaction > 90 %
- ISO 2 à 6 fois moindre
- Diminution des Coûts AM en hospitalisation et en ville.
- Moteur de l'activité chirurgicale
- Sinistralité moindre



Association Française de Chirurgie Ambulatoire

L'organisation est au centre de la
chirurgie ambulatoire et le patient est au
centre de l'organisation

LE CONTEXTE

AVANT Consultation d'anesthésie	PENDANT Bloc opératoire	S.S.P.I. Réveil	APRES Gestion à domicile
<ul style="list-style-type: none"> -Consultation personnalisée -Contre-indications : ex:AINS - Analyse des situations sociologiques et psychiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des techniques anesthésiques - Choix des analgésiques -Pas de prémédication - Analgésie préventive 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation appropriée (EVA ou EN) - Protocoles analgésiques intraveineux 	<ul style="list-style-type: none"> -Protocoles analgésiques par voie orale -Auto évaluation a domicile(EVS –EN) -Téléphone du lendemain - Relation médecin traitant -Etablissement de réseaux externes

Qui tient le stylo ?

- Secrétariat travaille en temps réel
- Grande autonomie de la secrétaire
- Parfaite maîtrise du concept ambulatoire, des actes, du profil des opérateurs
- Pas de parallélisme entre la charge de travail sur le plateau technique et au secrétariat.



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**
- **Prise en charge de la douleur postopératoire**
- **Analyse des pratiques et enquêtes patients régulières**
- **Information et transmission rigoureuses**
- **Bonne coordination de tous les acteurs médicaux par des réunions de service**

CONTINUITE DES SOINS

- **Courrier de sortie en temps réel**
 - Remis le jour meme au patient pour son médecin généraliste (Informatisé-Acrypid)
- **Ordonnance d'antalgiques systématique**
- **Numéros d'Urgence**
- **Rappel du lendemain**
 - Sécuriser les patients
 - S'enquérir de leur santé

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

En amont

- **Préselection du patient (participation- acteur)**
- **Information**
- **Guidage vers la structure la plus adaptée la plus adéquat**

• En aval

- **Suivi post opératoire**
- **Coordination des soins**
- **Rapport avec le centre**



APPREHENSION DES MG

- **Complications moindres(dlr et nvpo)**
- **Suivi post opératoire par le chirurgien**
- **Information par courrier en temps réel (informatique)**
- **Ordonnance d'antalgiques systématique**
- **Rappel du lendemain**
- **Formation si procédures analgésiques plus complexes (blocs continus)**



POURQUOI DEVELOPPER LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

- Exigence de **confort** : bien-être du patient
- Exigence de la **qualité** des soins
- Evolution de l'anesthésie et de la chirurgie
- **Economie de santé** : souci politique
- **Patient** : élément central des soins
- Organisation planifiée: respect horaire
- **Hospitalisation traditionnelle trop onéreuse**
- « Alternatives à cette forme d'hospitalisation » plus adaptées
- Retour à domicile précoce
- **Absence d'infections nosocomiales**

Accord préalable et chirurgie ambulatoire

- Applicable à compter de la date de sa notification, la mise sous accord préalable impose à l'établissement hospitalier de demander systématiquement l'accord du service médical de l'Assurance Maladie pour tout acte chirurgical - visé par la mise sous accord préalable - impliquant l'hospitalisation du patient pendant au moins 1 nuit. La réponse est donnée immédiatement ou dans un délai de 24h.
- **La demande d'accord préalable**
- Concrètement, la demande d'accord préalable doit être faite **au moment de la programmation** de l'acte selon la modalité suivante : le praticien hospitalier (le chirurgien ou l'anesthésiste) ou tout autre interlocuteur de l'établissement hospitalier contacte par téléphone **la CPAM du patient** ; il est mis immédiatement en relation avec un technicien du service médical qui l'interroge de façon à renseigner un questionnaire médico-social portant sur :
 - des renseignements d'ordre administratif relatifs à l'établissement, au chirurgien et à l'anesthésiste, ainsi qu'au patient
 - l'acte chirurgical prévu et la date de l'intervention ;
 - les critères médico-sociaux d'éligibilité du patient à une hospitalisation complète.
- **Zoom sur les critères d'éligibilité d'un patient à une hospitalisation complète**
- - Un score ASA > ou = 3.
 - Pas d'accès à un téléphone en post-opératoire.
 - Pas de présence d'un accompagnant adulte, valide et responsable à la sortie et au domicile en post-opératoire.
 - Une durée de transport entre le domicile post-opératoire et l'établissement supérieure à 1 heure.
 - Des difficultés de compréhension du patient lors de la consultation pré-opératoire à propos de l'acte, des complications et des consignes post-opératoires.

CONTRIBUTION DE CHIR AMBU à l'AMÉLIORATION de l'AMÉNAGEMENT du TERRITOIRE

- EN ZONE RURALE :
- ACCESSIBILITE FINANCIERE (éviter le DP)
- MODE AMBULATOIRE favorable à la PROXIMITE

- LA RAREFACTION des SPECIALISTES impose REFLEXIONS : sur les TRANSPORTS
- et les HEBERGEMENTS

La distinction “Invention” - “Innovation”

Développement

L'invention
se développe
immédiatement
et toute seule.

Développement

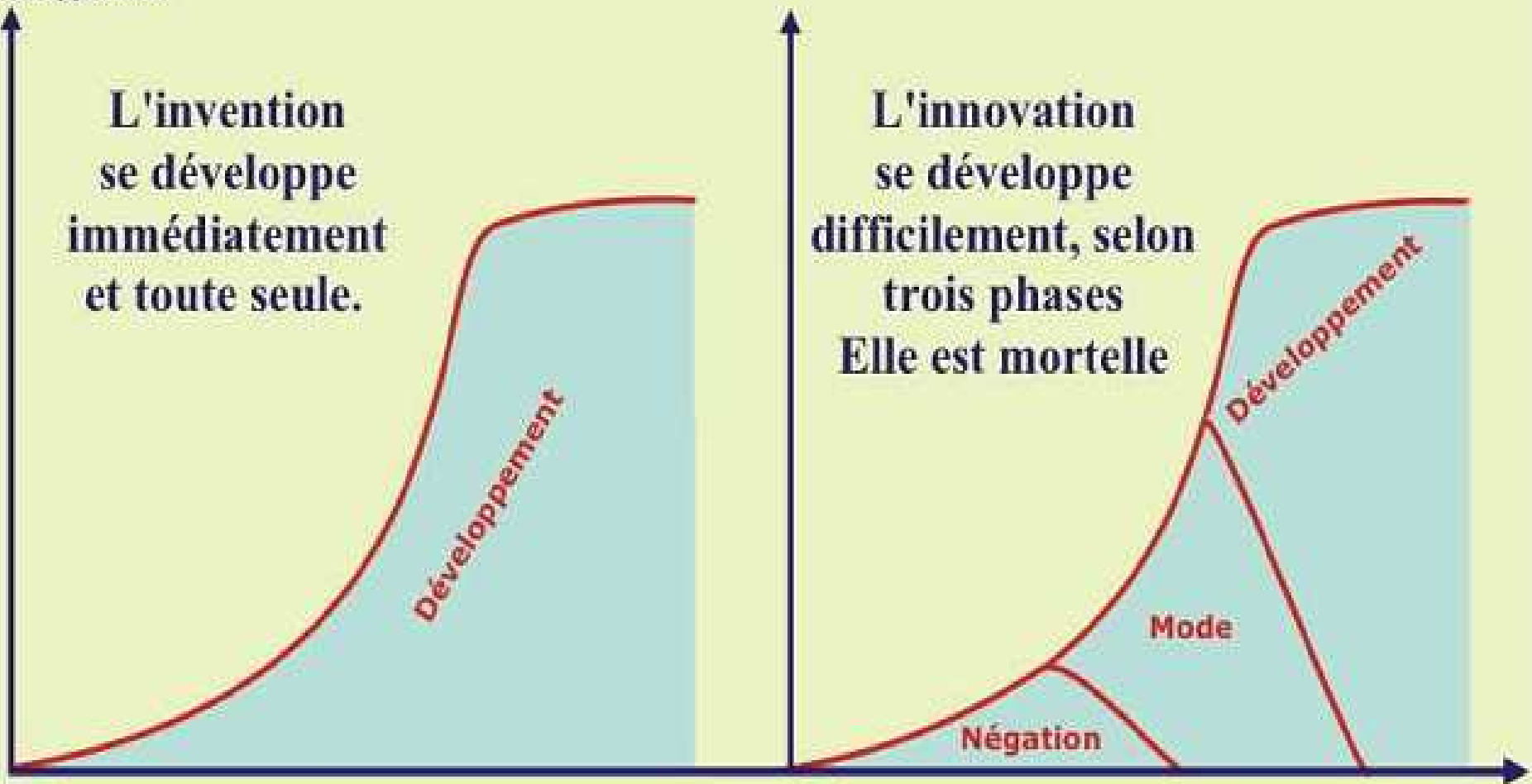
L'innovation
se développe
difficilement, selon
trois phases
Elle est mortelle

Développement

Mode

Négation

Temps





CONCLUSION

- La chirurgie ambulatoire est une **priorité** de la santé.
- Elle représente le seul axe moderne de l'évolution chirurgicale.
- Peu onéreuse, elle assure une prestation de **qualité** supérieure.
- Notre retard, en France, est très important.
- La D.P.O, mal prise en charge est le principal obstacle à son développement.
- La mise en place de démarche d'**auto-évaluation** à domicile est indispensable à une bonne analyse critique et à l'amélioration de l'efficacité des traitements.
- La période essentielle à considérer est le post-opératoire à domicile. C'est celle du **suivi**.



AFCA

Quelle sera la norme demain?



D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour à l'hôpital »

Bernard W. WETCHLER, mars 1993...

RADIO-FREQUENCE(TUNATM) dans le TRAITEMENT de H.B.PROSTATE en 2007

- **RTUP**: morbidité **urinaire**(12%infections,6%sténose
- 1-4%incontinence) et **sexuelle**(13% dysf.érectiles,
- 38%éjaculation rétrograde)

- **TUNATM**:fiable,efficace,peu de retentissement sexuel
- répondant aux attentes des patients
- faisable en ambulatoire +++

Indications à préciser auprès des médecins
àGOURDON