

*Le point sur la chirurgie ambulatoire
par l'AP-HP
et Générale de Santé*

Dossier de presse réalisé
à l'occasion de la 2^{ème} journée VIDEOCAA

18 octobre 2013



L'ASSISTANCE PUBLIQUE / HOPITAUX DE PARIS ET GENERALE DE SANTE PARTENAIRES DE LA 2^{ème} JOURNEE DE VIDEO TRANSMISSION EN CHIRURGIE ET ANESTHESIE AMBULATOIRES (VIDEOCAA)

Vendredi 18 octobre 2013

(Hôpital Saint-Antoine – Université Pierre et Marie Curie
27, rue Chaligny
75012 – Paris)

La deuxième édition de la Journée de Vidéo transmission en Chirurgie Ambulatoire se déroulera le 18 octobre prochain à l'Hôpital Saint Antoine (Paris 12^{ème}).

L'objectif de cette manifestation est de montrer en temps réel, le circuit et les spécificités de prise en charge d'un patient en ambulatoire, de son entrée à son retour à domicile.

Constituée de sujets vidéos retransmis en direct et de sujets filmés, cette journée se fera dans un esprit de partage d'expériences entre les équipes du secteur public (Hôpital Saint Antoine-établissement de l'AP-HP) et du secteur privé (clinique des Maussins-Nollet - établissement de Générale de Santé).

Une large part sera faite aux débats sur les nouvelles recommandations en matière de prise en charge et de relations entre professionnels de la ville et de l'hôpital. L'occasion pour ces deux groupes hospitaliers majeurs de réaffirmer leur engagement dans le développement de la chirurgie ambulatoire, axe stratégique incontournable.

Si le recours à la chirurgie ambulatoire concerne jusqu'à 90% des interventions dans les pays anglo-saxons, sa pratique en France reste limitée. **En 2011, seules 39,5% des interventions étaient effectuées en ambulatoire.**

Aujourd'hui, les techniques chirurgicales et anesthésiques ont progressé et facilitent les prises en charge en ambulatoire qui devient de fait, **un mode de prise en charge en plein développement, et un des enjeux majeurs de la restructuration des soins pour les acteurs de la santé en France.** Perçue comme un moyen d'améliorer l'efficacité des organisations des établissements de santé et de réduire les dépenses de l'assurance maladie, la chirurgie ambulatoire est de plus en plus encouragée et bénéficie d'incitations tarifaires.

A l'horizon 2016, selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), en France, 50% des actes chirurgicaux devraient être pratiqués en ambulatoire. A terme, l'objectif serait d'atteindre 75%. Cette montée en puissance incontournable s'accompagne de bouleversements profonds qui impliquent pour les équipes et l'organisation, en amont comme en aval, de repenser les circuits de prise en charge des patients.

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Générale de Santé, deux groupes hospitaliers majeurs, ont engagé des réflexions depuis plusieurs mois et mènent actuellement des travaux dans ce sens. Le partenariat développé pour la 2^{ème} année, à travers VIDEOCAA 2013, illustre cette priorité.

Contacts presse

Service de presse de l'AP-HP – 01 40 27 37 22 – service.presse@sap.aphp.fr

Service de presse Générale de Santé : 01 53 23 14 16 – m.rouxdeluze@gsante.fr

Sommaire



La chirurgie ambulatoire, un enjeu stratégique pour Générale de Santép 4

Un contexte favorable au développement de la chirurgie ambulatoire
Une réflexion engagée depuis plusieurs mois
Le projet ambulatoire de Générale de Santé

Des organisations au service des patients : 3 exemples significatifs p 6

La Clinique des Maussins-Nollet (Paris 9ème)
L'Hôpital privé Sévigné (Cesson-Sévigné 35)
Le Pôle Artois (Arras les Bonnettes 62, Bois-Bernard 62 et Lambres-Lez-Douai 59)



La chirurgie ambulatoire à l'AP-HPp7

Une réflexion engagée : un projet prioritaire pour l'AP-HP
L'AP-HP progresse

4 unités de chirurgie ambulatoire.....p 11

L'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Saint-Antoine
Le centre Cochin d'ophtalmologie
L'unité à l'hôpital Saint-Louis
La chirurgie ambulatoire en pédiatrie

Contexte et projet de Générale de santé

Un contexte favorable au développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement des prises en charge ambulatoires, remplaçant progressivement l'hospitalisation complète est, aujourd'hui, l'un des grands enjeux de l'offre de soins hospitalière.

Les objectifs en sont :

- ⇒ l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, ainsi que leur sécurisation,
- ⇒ le renforcement et l'amélioration de l'efficacité de l'activité de chirurgie ,
- ⇒ l'optimisation des ressources humaines et financières.

Cet enjeu s'inscrit naturellement dans un contexte global favorable à cette approche.

En premier lieu, les actes chirurgicaux ont évolué, sont généralement moins invasifs et facilitent cette prise en charge. Par ailleurs, les pratiques chirurgicales évoluent ; ce que les médecins eux-mêmes imaginaient impossible à réaliser il y a quelques années fait partie des prises en charges ambulatoires possibles aujourd'hui. **La cholécystectomie, la cure de hernie, les interventions pour ligaments croisés du genou, la thyroïde, la coiffe des rotateurs, ou la prothèse de hanche peuvent désormais être des interventions chirurgicales réalisées aussi en ambulatoire. Enfin les médecins constatent que l'ambulatoire répond à une attente forte des patients qui sont prêts à devenir acteurs de leur propre prise en charge.**

Une réflexion engagée depuis plusieurs mois

Pour répondre aux attentes des organismes de tutelles comme à celles des patients et des professionnels, le Groupe encourage ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire. Son objectif stratégique est d'atteindre 75 % de chirurgie ambulatoire dès 2016.

« Actuellement, 42 % des actes de chirurgie pratiqués dans le Groupe le sont sans hospitalisation, rappelle le Dr Philippe Souchois, directeur de la Qualité, des risques et des filières de soins. Si l'on ajoute à ces actes les activités en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), plus de la moitié de nos patients, soit 750 000 personnes, ne dorment plus dans nos établissements. Nos organisations sont pourtant encore centrées sur l'hospitalisation complète ! Il nous faut accompagner nos équipes dans cette mutation profonde ».

Pour atteindre l'objectif des 75 % des actes pratiqués en ambulatoire, il faut systématiquement : vérifier que le patient est éligible à une intervention en ambulatoire, l'informer de cette pratique et de ces impacts, puis organiser avec lui sa sortie et sa prise en charge après son retour à domicile - Un tel changement implique, au-delà de l'acte lui-même, une bonne prise en charge du patient en amont et en aval de l'intervention chirurgicale, ce qui peut être parfois un changement radical **« Le développement de l'ambulatoire nous oblige de facto à refondre nos circuits de prise en charge dans des conditions de sécurité et de qualité optimales. Cela nécessite également de repenser nos flux de patients et nos organisations, d'accompagner les équipes médicales, paramédicales et administrative mais également de renforcer notre coordination avec tous les professionnels de la ville »**, souligne Claudine Graciès, Chef de projet ambulatoire chez Générale de santé. - cette mutation de nos organisations doit s'accomplir avec les professionnels : écoute, pédagogie, formation, accompagnement des équipes, évaluations doivent guider tous les projets

pour garantir la sécurité des patients.

Le projet ambulatoire de Générale de Santé : une filière de soins prioritaire

Filière de soins prioritaire, la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans la continuité du développement des filières de soins au sein des pôles territoriaux du Groupe. Le développement de cette activité implique de repenser les circuits de prise en charge au sein de tous les établissements de Générale de Santé.

Six axes de développement ont été priorisés

1. L'information et la priorisation des actions des professionnels via une **Communication interne** permettant aux équipes de Générale de Santé de s'approprier le projet, de s'adapter progressivement aux changements.
2. La **création d'un « Kit ambu »** contenant des outils tels que : la charte de fonctionnement du service, un passeport ambulatoire estampillé GDS, des indicateurs à suivre ... afin de fournir aux professionnels le socle minimum d'outils nécessaires, permettant d'améliorer et de sécuriser les prises en charge. Cet axe s'appuiera sur des outils existants et sur ceux proposés par l'HAS et / ou l'ANAP.
3. La formalisation par les équipes médicales, soignantes et administratives des **Chemins cliniques** permettant de sécuriser les parcours de soins réorganisés. Il s'agit d'évaluer l'organisation du processus de soins à travers quatre perspectives différentes : l'organisation propre du secteur d'activité et l'équipe, La vision du patient et de sa famille, les preuves scientifiques et la législation et la collaboration avec les partenaires externes.
4. L'adaptation de la **politique douleur Générale de Santé** aux spécificités de la prise en charge ambulatoire.
5. **L'information et l'accompagnement des patients** tout au long de leur prise en charge, y compris sur les étapes pré- et post hospitalières lui permettant au patient d'être totalement acteur de sa prise en charge.
6. Permettre les échanges de bonne pratique et le partage des expériences à l'échelle du Groupe, mais aussi en dehors de Générale de Santé. Promouvoir le **benchmark** sur le sujet.

L'AMBULATOIRE : PRATIQUES ET PERSPECTIVES AU SEIN DU GROUPE

En 2012, 23,8% des actes de chirurgie pratiqués dans le Groupe l'étaient sans hospitalisation.

Les services ambulatoires du Groupe accueillent 40% des séjours (actes d'endoscopie inclus).

Si l'on ajoute à ces actes les activités en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), plus de la moitié des patients de Générale de Santé, soit **750 000 personnes**, ne dorment plus dans les établissements du groupe.

Générale de Santé a pour objectif stratégique d'atteindre **75% de chirurgie ambulatoire dès 2016**. Cette perspective implique une refonte des prises en charge pour un parcours fluide et sécurisé qui inclue l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière.

Des organisations au service des patients : 3 exemples significatifs

La Clinique des Maussins-Nollet (Paris 9^{ème})

Une prise en charge novatrice en chirurgie ambulatoire

Avec 118 lits de chirurgie et 14 places d'ambulatoire, la Clinique des Maussins-Nollet se positionne comme un des leaders parisiens de la prise en charge en chirurgie orthopédique sous la forme ambulatoire. En 2012, la clinique a totalisé 6498 hospitalisations dont 2016 en ambulatoire. Ainsi, à titre d'exemple, l'arthroscopie du genou est réalisée à plus de 80% en ambulatoire et l'établissement réalise depuis 2011 certaines ligamentoplastie du genou également en ambulatoire.

Chiffres clés : Le taux de chirurgie ambulatoire à la Clinique des Maussins-Nollet est de 35%. Avec un taux de progression de 5% à 7% d'actes par an.

Les principales interventions couvrent :

L'arthroscopie,

Le genou (ligaments) et le pied,

L'épaule : coiffe, luxation,

La Chirurgie Prothétique : (prothèse de genou et de hanche).

Parole d'Expert : Docteur Nicolas LEFEVRE, Chirurgien Orthopédiste

Evaluation de la ligamentoplastie du croisé (LCA) ambulatoire.

Notre expérience à la clinique Maussins-Nollet en 2012/2013.

« La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation permettant la sortie du patient le jour de son admission. Ses bénéfices pour le patient sont prouvés en termes de satisfaction et de limitation de l'exposition aux infections nosocomiales, mais la survenue de symptômes post-opératoires indésirables, le plus souvent sans gravité, peut la remettre en cause.

Nous avons réalisé une étude* en 2012-2013 à la clinique des Maussins-Nollet, chez des patients opérés d'une rupture isolée du LCA. L'objectif était de comparer la fréquence de survenue de symptômes indésirables après reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA), selon le type d'hospitalisation pratiquée.

Les critères classiques d'exclusion de la chirurgie ambulatoire ont été vérifiés (âge > 60 ans, score ASA 3-4, éloignement géographique). Le protocole anesthésique a été standardisé. Le protocole antalgique post-opératoire comprenait des antalgiques de palier I ou II et, pour les patients hospitalisés, de la morphine à la demande en sus. Le critère de jugement principal était la survenue de J0 à J3 d'au moins un symptôme post-opératoire indésirable (anxiété, nausées et vomissements, malaise, vertige et douleur au ventre).

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un logiciel en ligne avec envoi de mail aux patients (websurvey.fr®). Les critères de jugement secondaire étaient les difficultés d'endormissement lors de la première nuit postopératoire, l'intensité moyenne de la douleur postopératoire (de 0 à 10), et la satisfaction du patient sur le mode d'hospitalisation. Dans le groupe « classique » la durée moyenne d'hospitalisation était de 2.5±0.9 jours.

La proportion de patients du groupe ambulatoire ayant présenté au moins un symptôme indésirable était plus faible mais pas significativement (37.7% vs 41.4%, p=0,67). Les patients en

« ambulatoire » ont eu significativement plus de difficultés à s'endormir la première nuit (69.6% vs 51.7%, $p=0,04$). Aucune autre différence significative n'a été retrouvée pour les différents symptômes. La douleur moyenne J0-J3 était comparable entre les 2 groupes (3 ± 1.9 vs 3.4 ± 2.2 , $p=0,39$). Tous les patients étaient satisfaits. En conclusion, les patients opérés d'une ligamentoplastie du LCA en ambulatoire n'ont pas eu plus de symptômes post-opératoires indésirables que les patients hospitalisés, la douleur post opératoire était comparable sans nécessité de prise de morphine pour les patients en ambulatoire ».

* Cette étude prospective comparative non randomisée a inclus 132 patients, 70 dans le groupe « ambulatoire » et 62 dans le groupe « classique », âge moyen 29.7 ± 8.9 , 41 femmes / 91 hommes.

L'hôpital privé Sévigné (Cesson-Sévigné 35)

Assurer la coordination entre la ville et l'hôpital et garantir un bon suivi post-opératoire

L'hôpital privé Sévigné compte 244 lits et places où travaillent une centaine de médecins et chirurgiens. L'activité est d'abord orthopédique (7 chirurgiens + 1 neurochirurgien) et ophtalmo. Sont également développées les activités chirurgicales en vasculaire, digestif, et urologie ORL. L'établissement a développé une activité en cancérologie avec un service de chimiothérapie. Depuis 2011, il compte une activité de médecine générale et de prise en charge hématologique (partenariat avec le CHU de Rennes). L'établissement dispose enfin d'un service d'urgences 24/24 avec un délai moyen d'attente d'environ 20 minutes.

Chiffres clés : Le taux de chirurgie ambulatoire à l'Hôpital privé Sévigné est de 55%, à fin septembre 2013. Il était de 45%, à fin septembre 2010. En termes de perspectives, l'établissement table sur une évolution constante avec un taux à 60% à 2 ou 3 ans et un taux à 65% à 5 ans.

Parole d'Expert : Docteur Hubert LE HETET, Médecin Anesthésiste Réanimateur

« Le projet initié à l'Hôpital privé Sévigné est né en 2005 d'une réflexion personnelle visant à développer la chirurgie ambulatoire. Pour cela, il fallait mettre en place un système de collaboration avec différents partenaires dont, bien sûr, les médecins de ville. Dans un premier temps, nous avons présenté nos pratiques aux 450 médecins généralistes qui nous adressaient des patients opérés en chirurgie ambulatoire. Nous avons également publié différents documents et développé un circuit en neuf étapes pour assurer la coordination entre la ville et l'hôpital et garantir un bon suivi postopératoire. Ce circuit prévoit notamment une consultation d'anesthésie au cours de laquelle le praticien propose au patient de prévoir un rendez-vous avec son médecin traitant le lendemain de l'intervention ; l'envoi d'une fiche médecin décrivant la nature de l'opération et les suites post-opératoires ; le retour à la clinique des résultats de l'examen clinique réalisé par le médecin traitant et, enfin, l'appréciation du patient sur sa prise en charge. Entre autres bénéfices, cette pratique permet la mise en place d'une organisation centrée le patient afin d'améliorer le service médical rendu. »

Le pôle Artois (Arras les Bonnettes 62, Bois-Bernard 62 et Lambres-Lez-Douai 59)

Un travail en équipe pour un projet fédérateur sur les 3 établissements du Pôle

Le projet ambulatoire au sein du Pôle Artois est un projet fédérateur pour les praticiens, et les cadres de soins. Il s'inscrit comme une priorité dans la dynamique du projet médical du Pôle.

Chiffres clés : Les taux de progression des actes réalisés en ambulatoire ont évolués de 6,20% entre 2012 et 2013 sur la même période. A l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes le taux d'ambulatoire est de 56,7%.

Parole d'expert : Docteur Isabelle QUEVAL, Médecin Anesthésiste Réanimateur

« La chirurgie ambulatoire c'est une chance pour le patient. En effet elle le replace au coeur des préoccupations des chirurgiens et des anesthésistes à travers des procédures qui obligent à l'excellence.

Le patient est attendu, son entrée à l'hôpital est programmée et préparée. Il va bénéficier des nouvelles techniques chirurgicales peu invasives et anesthésiques plus efficaces contre la douleur. La prise en charge de l'opéré se poursuit à son retour chez lui. Le lien entre le domicile et l'unité de chirurgie ambulatoire reste permanent: coup de téléphone systématique le lendemain, possibilité pour le patient de rappeler 24H/24. C'est très rassurant de savoir que l'équipe médicale est disponible en cas de problème.

La survenue d'éventuelles complications, très rares, est détectée précocement (aussi rapidement qu'en hospitalisation classique).

Le degré de satisfaction des patients est notifié. Cette évaluation qualitative permet une réactivité optimale pour l'amélioration des prises en charge ultérieures.

Le patient chirurgical n'est plus "un organe à opérer"; le développement de la chirurgie ambulatoire signe le retour de l'individu dans sa globalité dont il faut tenir compte dans l'organisation de son parcours clinique. Ses conditions de vie sont aussi importantes que la technique chirurgicale pour assurer le succès de l'opération. C'est une équipe complète qui élabore le meilleur protocole pour le meilleur résultat dans les meilleures conditions de bien-être.

La brièveté du séjour hospitalier permet de ne pas interrompre le lien avec le médecin traitant qui retrouve très vite son patient remis au centre d'un système multidisciplinaire en réseau où la continuité des soins est mieux assurée. »

Une réflexion engagée : un projet prioritaire de l'AP-HP

En raison des nombreux bénéfices non seulement pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé, la chirurgie ambulatoire est un réel progrès médical. Elle fait appel aux techniques et pratiques chirurgicales les moins invasives et anesthésiques les plus innovantes. Elle suppose une organisation performante pour une qualité optimale.

Depuis fin 2010, son développement est une priorité nationale et elle est une des 10 priorités nationales du programme 2010-2013 de gestion du risque.

Dès 2010, l'AP-HP s'est inscrite dans cette dynamique. Mireille Faugère a souhaité faire de l'AP-HP « un centre moteur de développement de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation de la chirurgie ambulatoire » et a inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire à l'AP-HP comme une de ses priorités.

En déclinaison du plan stratégique 2010-2014, l'AP-HP a créé une dynamique nouvelle en sélectionnant une dizaine de projets prioritaires. La démarche repose sur l'identification des meilleures pratiques au sein de l'AP-HP mais aussi dans d'autres établissements. Les meilleures organisations sont testées dans des sites "pilotes" puis mises en oeuvre sur l'ensemble des autres services concernés de l'AP-HP après analyse des résultats. Le succès de la démarche repose sur l'implication des professionnels des groupes hospitaliers qui bénéficient avec les patients de l'amélioration des organisations.

Dans le cadre du projet prioritaire « Chirurgie ambulatoire », deux leviers d'action ont été privilégiés :

- la substitution de séjours d'hospitalisation conventionnelle en ambulatoire (gestes MSAP et séjours de 1 et 2 nuits)
- une meilleure organisation de la prise en charge chirurgicale : reconvoque d'urgences le lendemain (SOS mains), mise en place d'un circuit patient adapté, création de vacations anesthésiques dédiées ou mise en place de chartes de fonctionnement avec le bloc opératoire.

Le Pr François Haab, urologue à l'hôpital Tenon et le Pr Denoyelle praticien à l'hôpital Robert-Debré ont remplacé le Pr Corinne Vons comme nouveaux chefs projet. Ils travaillent en lien étroit avec les spécialistes et les collégiales, la Commission Médicale d'Etablissement et les universités tant sur les pratiques médicales que le développement de la recherche dans ce champs d'activité afin d'expertiser l'opportunité et le bénéfice-risque d'une prise en charge en ambulatoire et d'évaluer précisément le potentiel par acte et par spécialité.

L'AP-HP progresse

L'AP-HP, qui avait réalisée 22% de son activité chirurgicale en ambulatoire en 2010, a progressé pour atteindre 26% en 2013.

Les 22 établissements de court séjour de l'AP-HP ont réalisé :

- 47 000 séjours en chirurgie ambulatoire soit 24% de son activité chirurgicale en 2012
- 26 000 séjours en chirurgie ambulatoire soit 26% de son activité chirurgicale sur le premier semestre 2013.

L'AP-HP compte **14 unités de chirurgie ambulatoire (UCA)**.

Cette même tendance est observée sur les 38 gestes chirurgicaux mis sous accord préalable de l'assurance maladie dont le taux de prise en charge en ambulatoire est passé de 56% en 2010 à 62% sur les six premiers mois de l'année 2013.

A l'AP-HP, l'attention portée au développement de celle-ci est visible au travers de la progression des prises en charge en ambulatoire. Alors que la chirurgie conventionnelle régresse de 4% depuis 1 an, la chirurgie ambulatoire progresse de 2%.

Ces chiffres, qui peuvent encore être améliorés, recouvrent toutefois de fortes disparités entre établissements. 15 sites sur 22 ont aujourd'hui des taux de prise en charge en ambulatoire de plus de 20% et 7 établissements réalisent désormais entre 30 et 60% de leur activité chirurgicale en chirurgie ambulatoire.

4 exemples d'unités de chirurgie ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) de Saint-Antoine

Cette unité dédiée de 5 places et 3 salles d'opération a accueilli 2 548 patients en 2011 et déjà 1 650 sur les sept premiers mois de 2012. L'unité affiche de très bons résultats en matière de satisfaction des patients, puisque 90 % d'entre eux lui attribuent une note supérieure à 8/10.

L'activité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Saint-Antoine porte essentiellement sur l'orthopédie, la stomatologie et démarre pour le digestif. Elle est pratiquée au sein d'une unité dédiée (UCA) autonome, au sein de laquelle tout est organisé et millimétré pour que la durée du parcours patient ne dépasse pas la journée. L'UCA présente également la caractéristique d'accueillir une forte dominante d'urgences et de réaliser des gestes lourds et innovants, comme la chirurgie de la main et de l'épaule.



1ère étape : l'accueil du patient



2ème étape : préparation, habillage et pose d'un bracelet électronique



3ème étape : préparation et soins infirmiers



4ème étape : préparation à l'opération



5ème étape : opération



6ème étape : surveillance post-opératoire



7ème étape : Restauration, vérification d'aptitude à la rue et dernières consignes médicales

L'UCA de Saint-Antoine affiche un taux d'occupation de 97 %, avec toutefois des plages d'ouverture différentes pour les trois salles d'opération (de 5h30 à 7h30 par jour). Le taux de rotation est également très élevé, avec 2,8 patients par place et par jour. En termes d'organisation, elle a mis en place un parcours du patient structuré et informatisé (chaque étape est tracée), avec une check-list à chaque étape du parcours.

Le centre ambulatoire d'ophtalmologie à l'hôpital Cochin (CCAO)

L'ophtalmologie est une discipline ayant bénéficié de progrès techniques spectaculaires au cours des dernières années. Le service d'ophtalmologie des Hôpitaux Universitaires Paris Centre (HUPC) est composé de deux unités, l'une à Cochin et l'autre à l'Hôtel-Dieu, et travaille en étroite collaboration avec l'équipe de Lariboisière.

Le CCAO s'est engagé dans la chirurgie ophtalmologique en ambulatoire depuis plus de dix ans. Pionnier dans la prise en charge en ambulatoire de la chirurgie de l'œil et spécialisé dans les maladies ophtalmologiques rares, le service d'ophtalmologie des HUPC est l'un des plus importants centres chirurgicaux universitaires en France à pratiquer des opérations consacrées à la cataracte, la rétine, la greffe de cornée, le glaucome, la myopie, les voies lacrymales, le strabisme et l'orbite.



Depuis 1998, il se positionne comme le premier service 100% ambulatoire en France et bénéficie d'une notoriété internationale pour la prise en charge des maladies inflammatoires oculaires.

Depuis 2006, le CCAO est installé dans un bâtiment entièrement rénové de 2 500 m². Conçu spécifiquement pour l'activité ambulatoire, il dispose de 13 boîtes de consultations et de 14 fauteuils d'hospitalisation de jour. Le bâtiment a été pensé et conçu pour optimiser le confort du patient et des équipes médicales. Durant tout son parcours, le patient bénéficie de la lumière du jour des blocs opératoires en passant par la salle de réveil jusqu'à son box.

« La chirurgie ambulatoire est un circuit dédié, programmé, qui optimise la qualité de prise en charge du patient » explique le Pr Brézin, chef du service. Marie - Laurence Hallier, cadre dans le service précise « J'ai été séduite par le concept de la chirurgie ambulatoire car nous pouvons suivre le patient de son arrivée à sa sortie. Les équipes médicales sont très impliquées. C'est un management participatif. Le cadre doit être réactif et très disponible car si les équipes médicales rencontrent une difficulté, c'est tout le circuit qui est perturbé. Les équipes et moi-même travaillons dans une vraie cohésion, nous sommes en étroite collaboration. »

Chiffres clés

Temps de préparation à une opération : **30 minutes**

Temps moyen d'une opération : **13 minutes**

Moyenne d'âge des patients : **73 ans**

5 internes : **4 + 1** inter CHU

4 IBODES

4 infirmières en hôpital de jour

3 infirmières en programmation opératoires

2 aides-soignantes en hôpital de jour

3 aides-soignantes au bloc opératoire

+ **de 97%** d'opération sous anesthésie locale par topique

Ouvert 205 jours par an, le CCAO réalisait 2153 interventions par an dans un fonctionnement de 8h à 14h. Désormais, avec une amplitude horaire jusqu'à 18h, le nombre d'intervention atteindra à la fin de l'année une cadence de 4000 interventions. D'ores et déjà, le nombre élevé de patients traités chaque année permet au CCAO de développer d'importantes activités de recherche clinique.

Zoom sur le parcours patient (adulte) en ambulatoire au sein du CCAO

Le patient arrive le matin même ou en début d'après-midi, tout dépend de son heure de passage au bloc opératoire. Il est accueilli par l'équipe soignante et celle-ci vérifiera si les consignes données ont été respectées. Après l'intervention, une première prise en charge par l'équipe soignante dans la salle de réveil aura lieu. L'aide-soignante vérifie alors la tension, la respiration et la saturation du patient. Le patient attend 10/15 minutes en salle de réveil pour que les équipes médicales puissent s'assurer que tout va bien. Il est ensuite amené à son box où il recevra une collation.



Installation dans le fauteuil



Départ au bloc opératoire



Préparation



opération



Salle de réveil



Collation



Vestiaire



Dernière visite médicale avant la sortie

Entretien avec une patiente à la suite d'une opération de la cataracte

« Mon opération s'est très bien passée, je n'ai pas eu mal et j'ai trouvé cela rapide. Je suis venue me faire opérer à l'hôpital Cochin car je connaissais la réputation de cet hôpital pour la chirurgie ambulatoire en ophtalmologie. Comme toute opération, en tant que patient j'ai beaucoup d'appréhension. Le Professeur Brézin prend le temps de rencontrer chaque patient avant l'opération, il est venu me saluer, me rassurer, et créer une relation de confiance entre lui et moi. Le bloc opératoire est lumineux et c'est très agréable de ne pas se sentir en sous-sol comme c'est dans la plupart des blocs opératoires. Pour une opération de l'œil, ne pas être coupée de la lumière du jour est très important. »

L'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (UC2 A) à l'hôpital Saint-Louis

Dans le cadre des projets prioritaires institutionnels, le groupe Saint Louis, Lariboisière, Fernand Widal s'est engagé dans une démarche de développement de la chirurgie ambulatoire.

En effet, compte-tenu d'un potentiel de chirurgie ambulatoire important sur Saint-Louis, il s'est avéré nécessaire de regrouper cette activité dans une unité ambulatoire dédiée. Ainsi un travail a été mené par une équipe projet en lien avec les professionnels médicaux, soignants et administratifs depuis 2010 afin d'organiser le parcours du patient pris en charge en ambulatoire.

Le 18 mars dernier, l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (UC2 A) a ouvert sur le site de Saint-Louis avec 8 places grâce aux transferts de lits et de ressources humaines des pôles Dunego et Doremi.

Les services de chirurgie générale du Professeur Sarfati, d'urologie du Professeur Desgranchamps, de chirurgie plastique et reconstructive des Professeurs Mimoun et Revol et de chirurgie maxillo faciale du Docteur Rigolet développent leur activité de chirurgie ambulatoire. La capacité d'accueil de cette unité sera augmentée à 15 places.

La chirurgie ambulatoire en pédiatrie

L'AP-HP compte 3 services de chirurgie pédiatrique en ambulatoire ; Robert-Debré, Necker-Enfants malades et Trousseau.

Tous types d'opération peuvent être réalisés en chirurgie ambulatoire chez l'enfant ; orthopédie, chirurgie viscérale, stomatologie, et ophtalmologie.

Hôpital Robert Debré	33%
Hôpital Necker-Enfants malades	27.3%
Hôpital Trousseau	27.2%

Les plus courantes (par spécialités) sont :

- pour la chirurgie viscérale et l'urologie : les cures de hernie inguinales et d'ectopie testiculaire,
- pour l'ORL : les adénoïdectomies, pose d'aérateurs trans tympaniques,
- pour l'orthopédie, principalement les ablations de matériel et la chirurgie de la main.

La chirurgie ambulatoire en pédiatrie présente les mêmes bénéfices que chez l'adulte, l'enfant évite l'hospitalisation et la séparation avec le cocon familial. Il reste dans son univers et se sent moins « malade ». L'enfant est surveillé à la maison par sa famille. Le choix d'une opération en ambulatoire est décidé par le chirurgien qui prend en compte l'âge de l'enfant et le type d'intervention effectuée. Les parents peuvent être présents tout au long de la prise en charge de l'enfant sauf au bloc opératoire.

Un travail constant des équipes et des collégiales sur les interventions réalisables en ambulatoire est effectué pour permettre l'amélioration des techniques opératoires et la meilleure gestion de l'antalgie et du confort.

Le parcours d'un patient (enfant) en chirurgie urologique ambulatoire à l'hôpital Robert Debré

Le patient est vu en consultation, le plus souvent adressé par son médecin traitant. Quand l'indication opératoire est posée par le chirurgien, pour une liste de pathologies prédéfinies par les chirurgiens et les anesthésistes, si l'enfant est âgé de plus de 4 mois, et ne présente pas de pathologie surajoutée, il est d'emblée orienté vers le circuit ambulatoire et les explications sont données aux parents en ce sens.

La date de l'intervention est programmée, soit lors de la consultation, soit immédiatement après et adressée par courrier aux parents.

Une consultation d'anesthésie est également programmée entre une semaine et 15 jours avant la date de l'intervention. La pré-admission est le plus souvent effectuée, ainsi que la vérification des autorisations d'opérer.

Les parents sont appelés la veille de l'intervention afin de rappeler les consignes de jeûne, de vérifier si l'enfant n'est pas malade (annulations fréquentes en période hivernale) et de préciser l'heure d'arrivée (les arrivées sont échelonnées dans le temps).

Le bloc ambulatoire est un espace dédié, autonome, avec un circuit de « marche en avant ».

A l'arrivée, l'enfant et le parent accompagnant sont accueillis dans une grande pièce avec des sièges et des jeux. L'enfant est examiné dès son arrivée par l'anesthésiste qui vérifie, si nécessaire, les résultats d'examens complémentaires, et examine l'enfant afin de confirmer l'absence de contre indication à l'anesthésie.

Peu avant d'être opéré, l'enfant se met en tenue pour aller au bloc opératoire (casaque, charlotte, sur chaussures pour les plus grands) dans une pièce dédiée. L'IBODE vient le chercher ; il quitte ses parents pour aller directement dans la salle d'opération, quelques mètres plus loin. Il est pris en charge par l'ensemble de l'équipe anesthésiste, IADE (infirmière anesthésiste) , IBODE (infirmière au bloc), internes, chirurgien. L'intervention a lieu.

L'enfant est ensuite transporté en salle de réveil qui est une grande salle avec des lits. L'espace est suffisant pour que les parents y rejoignent leur enfant dès l'instant où il sort du bloc opératoire. Il y est surveillé, des médicaments contre la douleur y sont le plus souvent administrés et les pansements contrôlés.

Quand l'enfant est suffisamment réveillé, il est levé, passe pour s'alimenter dans une autre pièce où il peut s'alimenter et jouer. L'enfant est revu par le chirurgien et l'anesthésiste, qui donnent des précisions sur la façon dont s'est déroulé l'intervention et expliquent les suites opératoires, principalement la prise de médicaments contre la douleur. Le plus souvent, il n'y a aucun pansement à faire et les fils se résorbent spontanément.

Les enfants repartent avec un rendez-vous de consultation et des informations sur les points à surveiller qui peuvent conduire à une consultation en urgence. Le compte rendu opératoire de l'intervention leur est remis.

Elisabeth Carricaburu, médecin dans le service de chirurgie viscérale
et d'urologie pédiatrique à l'hôpital Robert Debré.