

Optimisation de la pratique française de la chirurgie mammaire en ambulatoire

Dr François Dravet

Centre René Gauducheau

Octobre 2014



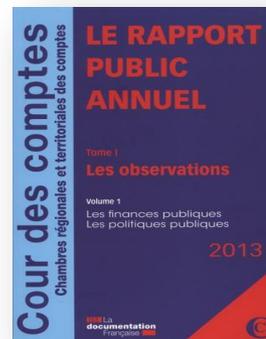
Est ce possible ? OUI

aux regards :

- des très nombreuses publications anglo-saxonnes et européennes
- aux rapports de nos instances



Avril 2012



Sept 2013



Oct 2013

Optimiser ...

C'est évaluer

Comment évaluer ?

- Arrêter d'avoir des évaluations globales : Taux ambulatoire global

Difficile de juger la progression dans certaines thématiques → « noyer dans la masse »



- Mises en place des **actes traceurs** :
Chirurgie conservatrice sans geste axillaire

Chirurgie avec geste axillaire : GAS , LAF

Gestes associés en reconstruction mammaire (GARM)

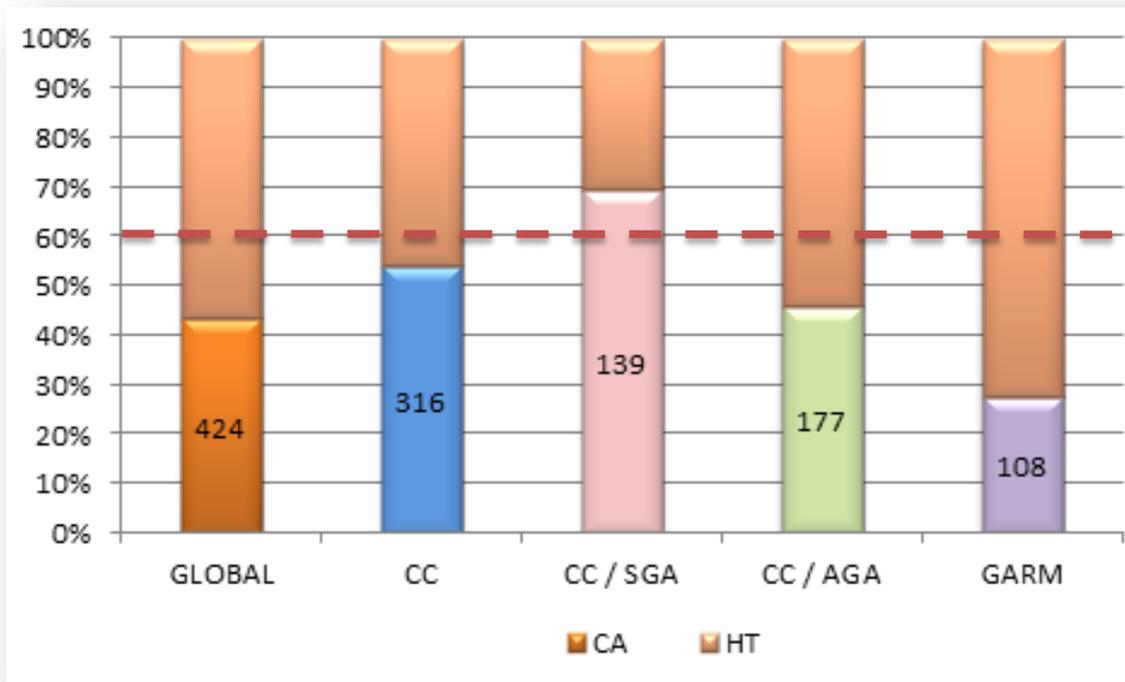
liporemodelage, changement prothèses , chirurgie symétrisation

→ Permet un suivi simple et fiable de la progression du service

Est ce réalisable ? OUI

au regard

Activité du service : chiffres 2013



Seuil HAS

Problématiques / Optimisation ?

3

- Coordination inter services +++
- Contexte de la cancérologie
- Homogénéité des pratiques : Equipes / Hopitaux

Coordination inter services

Dépistage



majoritairement Lésions Infra cliniques : T0 N0

Prise en charge chirurgicale pluri disciplinaire

Mastectomie partielle + repérage + détection GAS implique :

- Radiologue : repérage pré opératoire
- Médecin nucléaire : injection radio traceur pour GAS
- Anesthésiste
- Chirurgien
- Médecin Pathologiste : extemporanée des berges
- +/- Médecin biologiste : analyse OSNA© du GAS
- +/- Radiothérapeute : pour RIOP / Intrabeam

5 à 7

Contexte cancérologique

Gérer le stress lié à :

l'acte chirurgical
mais surtout à la maladie

Gérer la logistique liée :

la prise en charge chirurgicale
la prise en charge globale du malade
Interconnexion avec autres traitements

FAUX

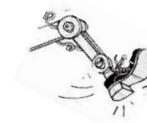
Parcours de soins

AMBULATOIRE = SIMPLIFICATION

Cs
Chirurgien



Acte
chirurgical



VRAI

Parcours de soins

AMBULATOIRE = Rendre fluide un circuit complexe

Pour que la malade et son médecin traitant pensent
que c'est simple !!

Les fondamentaux

- L'ambulatoire **NE DOIT PAS ÊTRE SYNONYME** de suppression des outils de soutien psychologique mis à la disposition des patientes
- **AU CONTRAIRE** : c' est un tremplin pour la mise en place de nouveaux outils, d'information ou de soutien psychologique à des temps différents de la maladie et des traitements



Parcours de soins

VRAI



5 à 7



A
c
t
e
c
h
i
r
u
r
g
i
c
a
l

Cs
Anesthésiste

Cs
Chirurgien

Cs
Annonce IDE

Soins de
support

Appel du
lendemain

CIPC

Cs
Post opératoire

En projet

Cs IDE
Educ Douleur

CV autorisation
sortie

« **Délocaliser** dans le temps et le lieu tous les supports »

Homogénéité des Pratiques

Indispensable pour avoir un Impact de Santé Publique +++

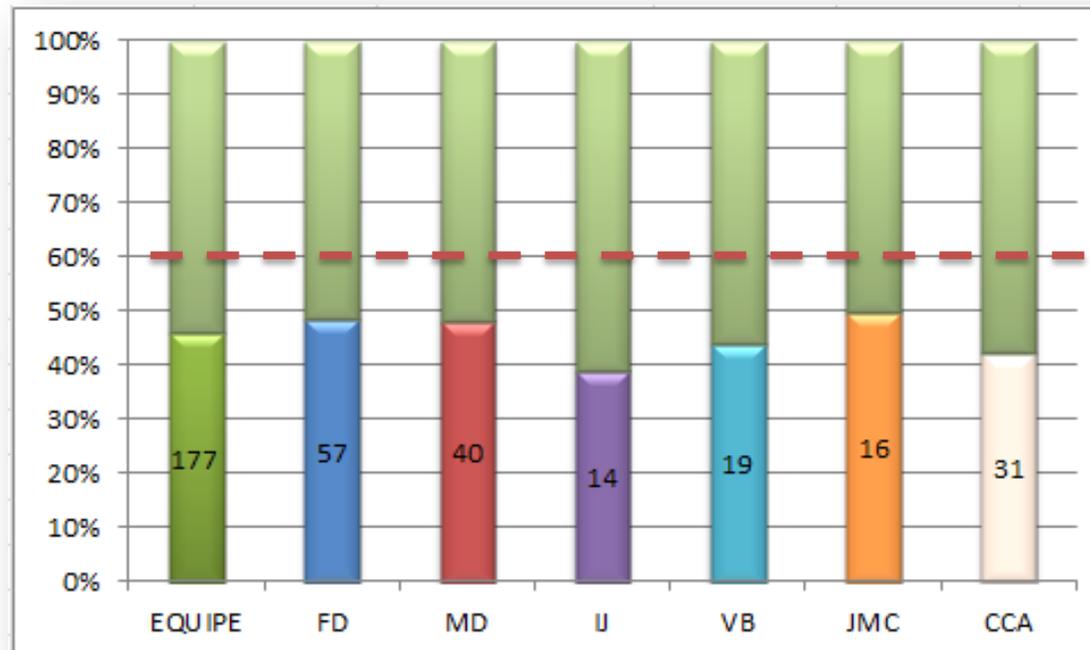
2 exemples / notre activité

- Chirurgie conservatrice avec geste axillaire
- GARM

→ Informer et former +++

Activité du service : chiffres 2013

Taux de chirurgie sénologique conservatrice **AVEC** geste axillaire en ambulatoire par chirurgien

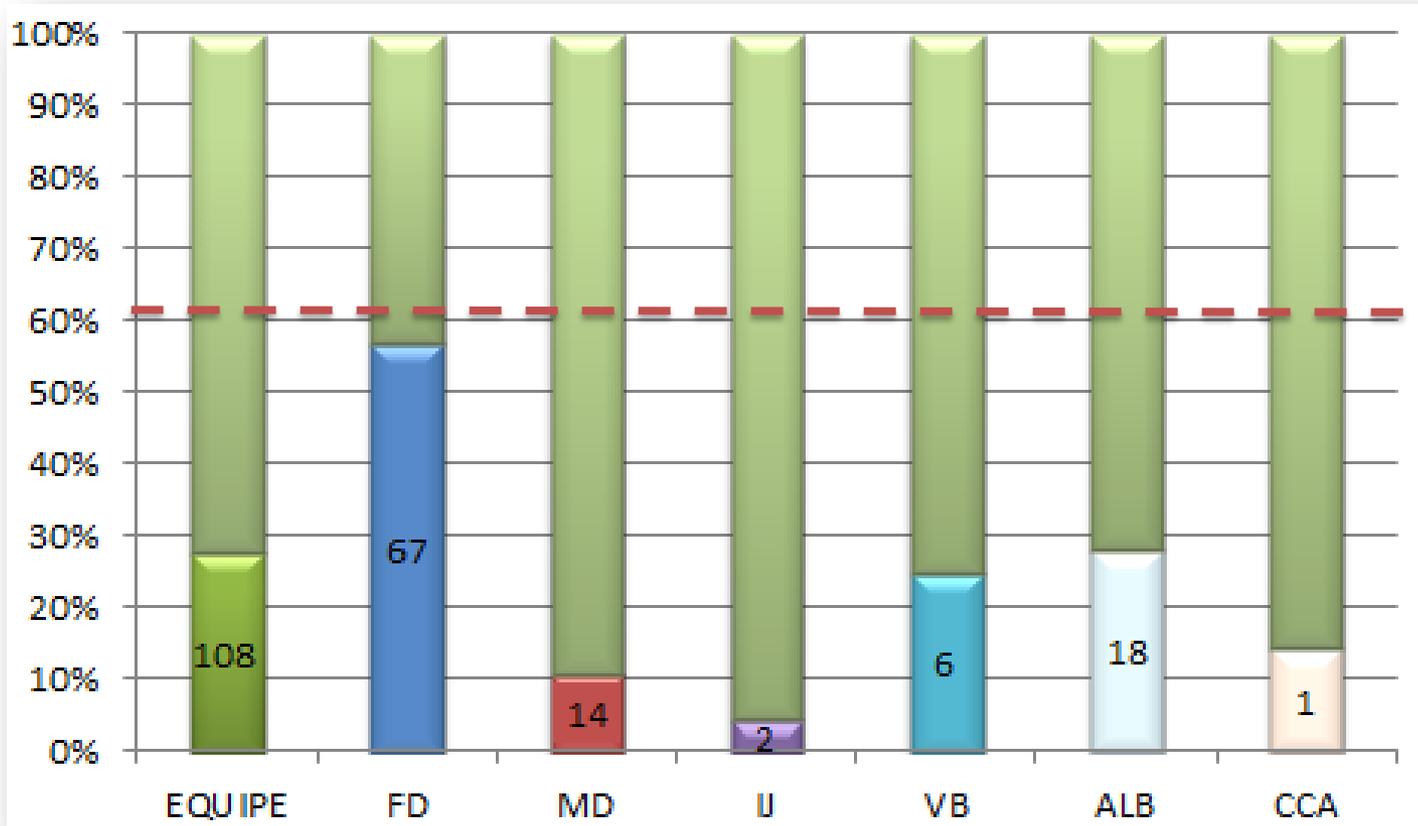


46,1%

Taux national : 4%

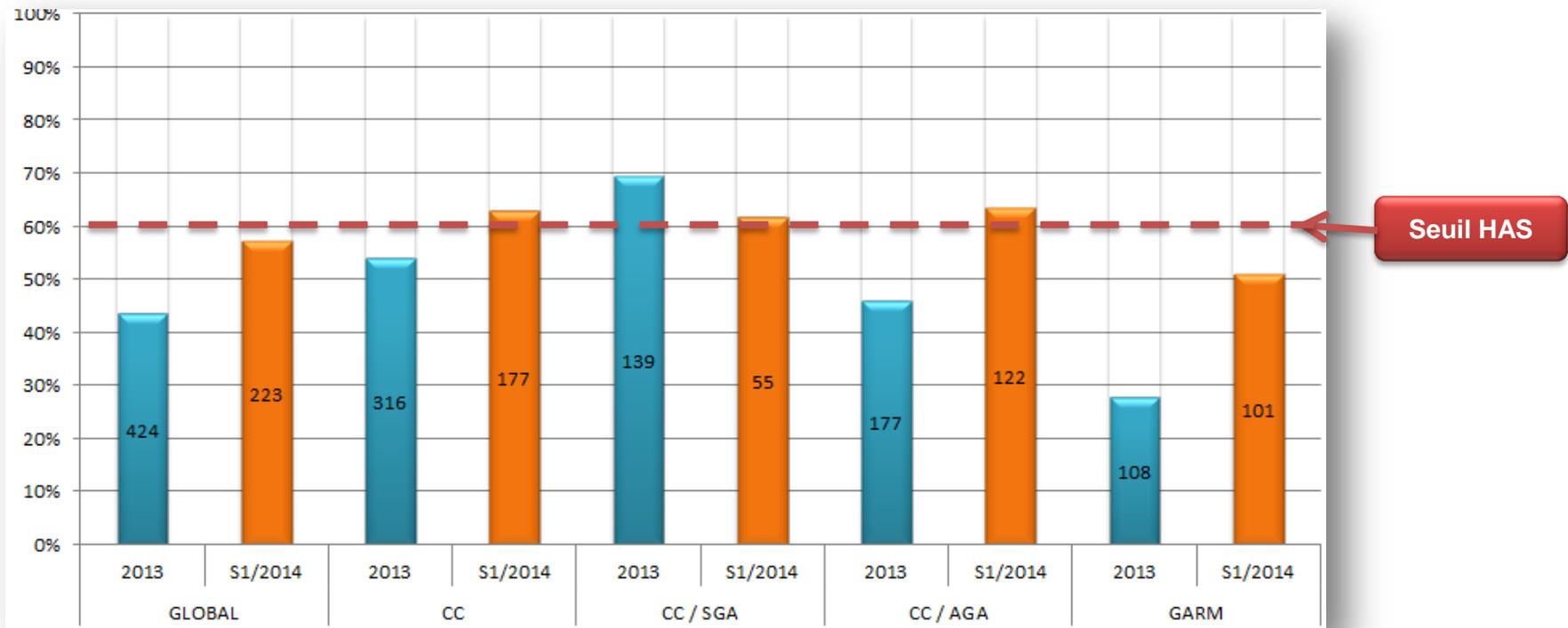
Activité du service : chiffres 2013

Taux de chirurgie type **GARM**



Et on progresse en 2014

Chiffres 1^{er} semestre 2014 : colonnes oranges



Globalement on a franchi la barre des 50% pour tous les indicateurs et on est à 60% ou plus pour la chirurgie conservatrice

Faut il s'y mettre ?

	Taux progression CA
2009-2008	+ 11,6 %
2010-2009	+ 31,6 %
2011-2010	+ 31,6 %
2012-2011	+ 1,18 %
2013-2012	+ 20,37 %

TP 2007/2013 = + 92,5%

TP 1er semestre 2014/2013 = + 48,6 %

Mais qu'en pensent les malades ?

Etude réalisée entre juin et septembre 2013 :

191 patientes opérées d'un cancer du sein

→ Mise en avant des Points positifs de la
Chirurgie ambulatoire

Regroupement des Items

1^{IÈRE} : Dé dramatisation de **L'ACTE CHIRURGICAL** (122)

2^{IÈME} : Pas de perte de **LIENS SOCIO-FAMILIAUX** (114)

3^{IÈME} : Dé dramatisation de **LA MALADIE** (19)

→ Pour les malades la dé dramatisation est axée surtout autour de l'acte chirurgical et non de la maladie

→ Taux d'appréhension à la sortie **faible** : 13,40% ($\frac{3}{4}$ gestion douleur)

→ « Sensation d'abandon » **très faible** 2% de l'ensemble des malades

Peut on encore penser à une Insuffisance de prise en charge ?

Enquête menée en 2004 :

→ 96,6% des malades referaient leur intervention chirurgicale en ambulatoire

→ Indice de satisfaction supérieur à 9/10 en fonction des différents critères

→ Effet « boule de neige » +++



Conclusion

Nous sommes à la croisée des chemins , comme il y a plus de 10 ans : GAS/LAF .

Attention à la perte de recrutement si on ne se met pas à la chirurgie Ambulatoire .

On ne plus dire que ce n'est plus réalisable ou que les malades n'en veulent pas !

Tout repose sur de la coordination , de l'organisation centrées sur le parcours de soins des patientes