

« SUCCES STORY » ET « EXTENSION » D'UNE UCA

H. Charitansky

IUCT-O



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole

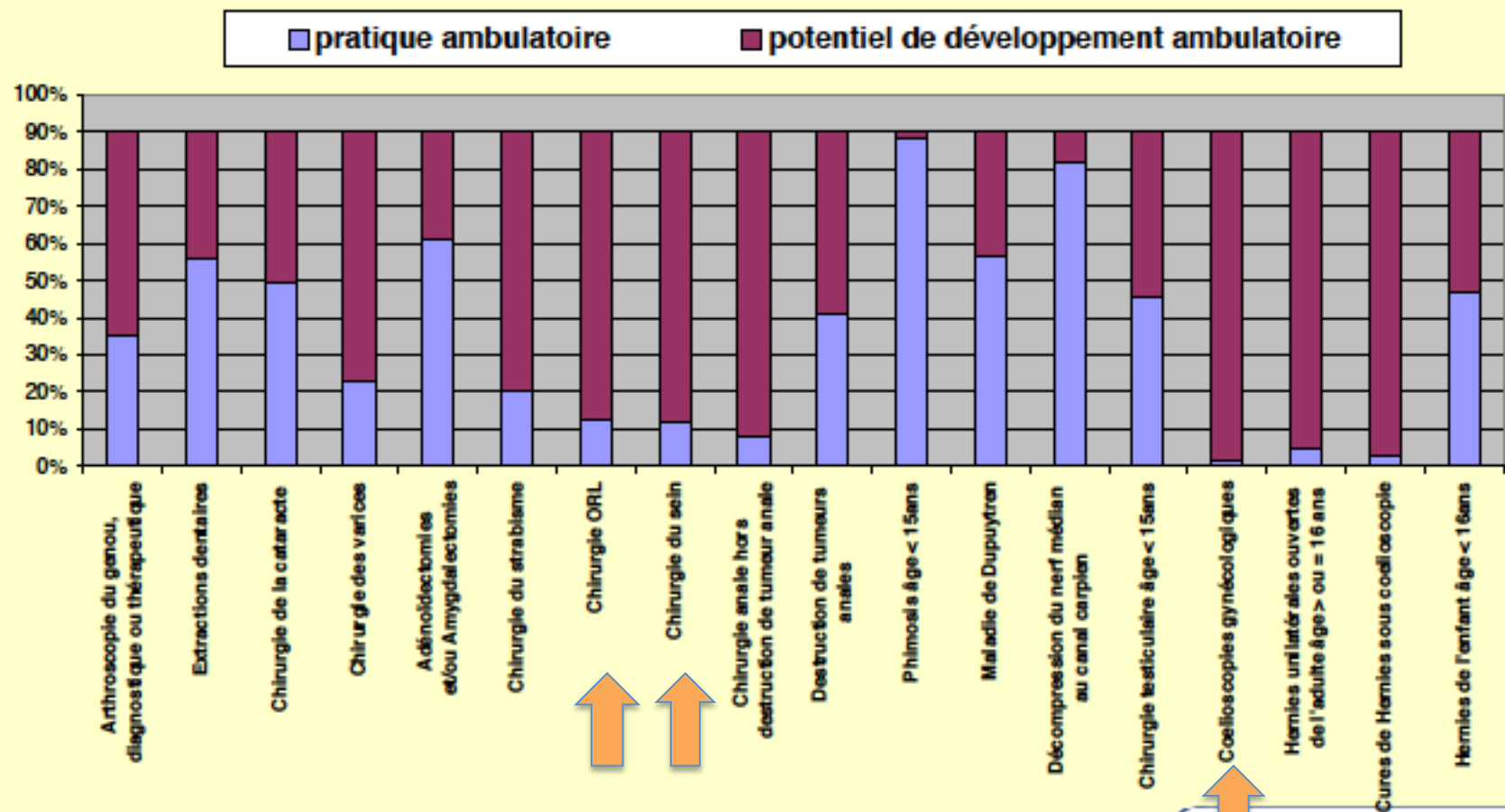
SFCO
AFC octobre 2014

CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE MARS 1993

« Par chirurgie sans hospitalisation plus communément appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, on entend les actes chirurgicaux et/ou d'exploration, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. »

Important potentiel de développement ambulatoire (900 000 actes)

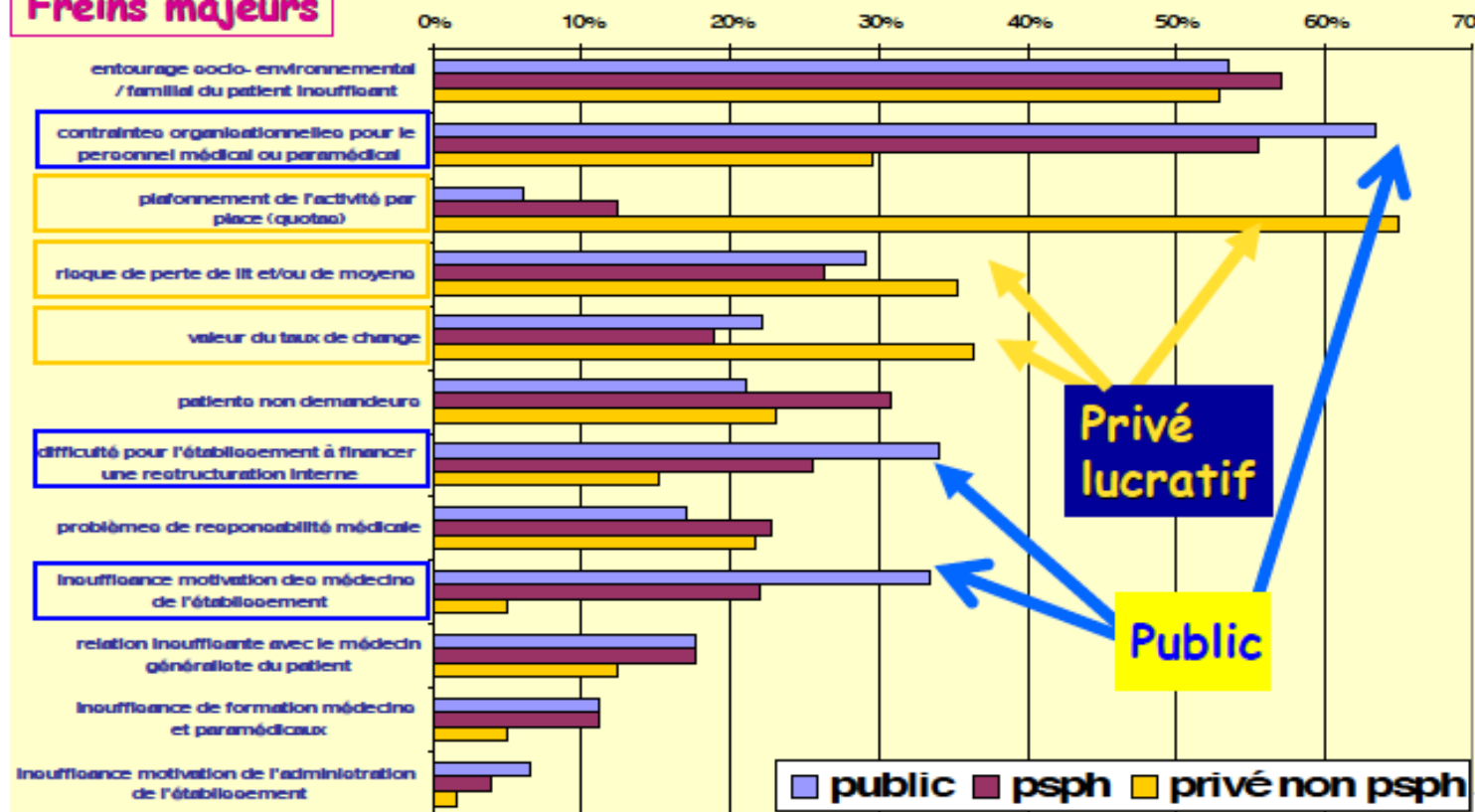
pratiques ambulatoires des 18 gestes marqueurs en 2004
et potentiel de développement



CNAMTS / Dr Gilles Bontemps
Congrès annuel de la FEHAP 23 mars 2007

Enquête d'opinion 1289 établissements publics et privés en 2003

Freins majeurs



FREINS AU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE: PAS LES PATIENTS!

- 2/3 des personnes interrogées en ont déjà entendu parlé, et de façon positive pour 83% d'entre eux.
- Plus de 4 français sur 5 s'accordent sur le fait que, avec la chirurgie ambulatoire, on peut être en convalescence chez soi, qu'elle permet de ne pas perdre de temps, qu'elle est moins coûteuse et aussi efficace.
- 81% des personnes interrogées seraient prêtes à recourir à la chirurgie ambulatoire.

PARTICULARITÉS DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN CANCÉROLOGIE?

- Avantages psychologiques tels que la diminution de l'anxiété, une dédramatisation de l'acte opératoire, ainsi qu'une plus grande participation familiale permettant une meilleure acceptation de la maladie³
- Réinsertion familiale et socioprofessionnelle plus rapide, contribuant ainsi d'une part à une meilleure acceptation de la maladie et des traitements adjuvants et d'autre part à une diminution du coût de la prise en charge de la chirurgie mammaire⁴

3. Mc Manus SA, Topp DA, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. Am Surg 1994; 60: 967-70

4. F. Dravet, J. Belloin, P.F. Dupré, T. François, S. Robard, J.L. Theard, J.M. Classe. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Étude prospective de faisabilité. Ann Chir 2000 ; 125 : 668-76

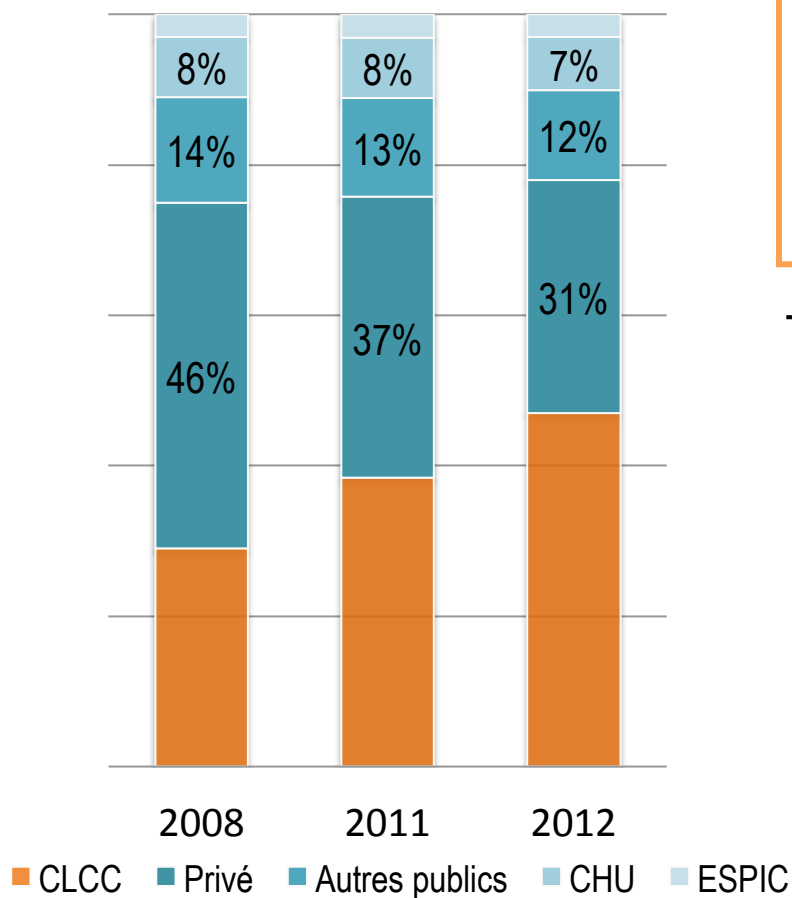


Chirurgie du cancer du sein en France

Etat des lieux et contraintes économiques

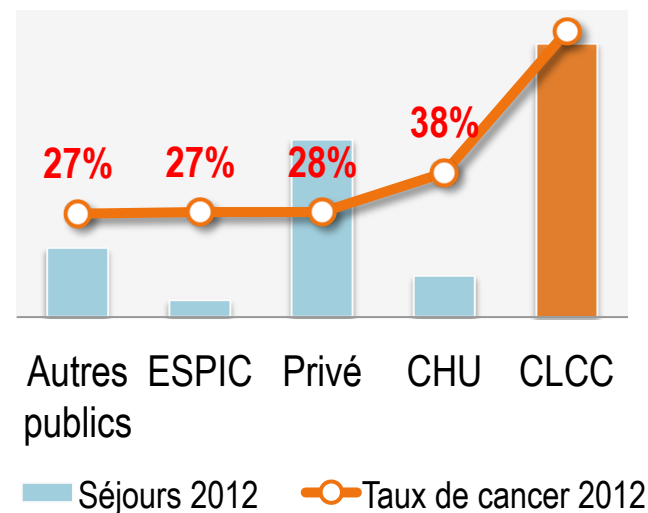
Dr Béatrice Le Vu - Lyon le 26 octobre
2013

En 4 ans, les CLCC ont conquis le marché de la chirurgie ambulatoire du cancer du sein.

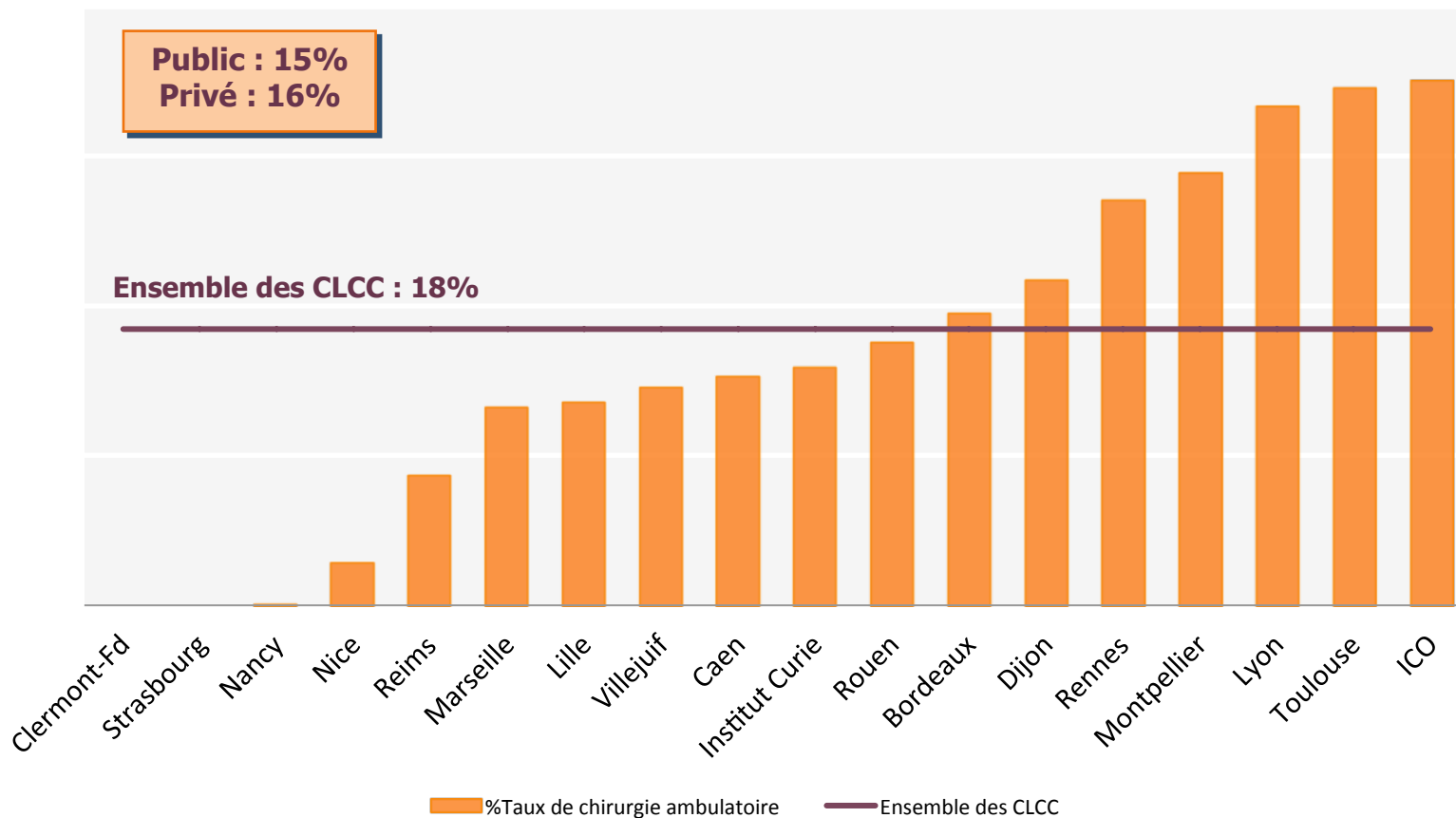


- + 18% des parts de marché au détriment du Privé
- En 2012, le cancer a représenté 41% de la chirurgie ambulatoire du sein.

Taux de cancer en chirurgie sénologique ambulatoire en 2012



8 centres ont un taux d'exérèse ambulatoire supérieur ou égal au taux national de 16%



MISE EN PLACE UCA
SEPTEMBRE 2010
INSTITUT CLAUDIUS REGAUD

PLAN D'ACTION

- Dimensionnement et choix des actes
- Organisation structurelle
- Parcours patient précis, en fonction des actes et des ressources
- Information+++ des acteurs médicaux et paramédicaux: « qui fait quoi »
- Documents d'information patient et médecin traitant

DIMENSIONNEMENT

Méthodologie Meah

- Séjours de 0, 1 ou 2 nuits: **1552** séjours
- Affinements en fonction du risque hémorragique, de la douleur, de l'éducation des patients: **780** séjours
- Affinement en fonction de la distance (- de 70 km ou - d'une heure route): **468** séjours éligibles

SÉLECTION DES ACTES¹

- Pour les chirurgiens :
 - risque minime de complications graves
 - douleurs postopératoires contrôlables
 - retour rapide de la prise alimentaire solide et liquide par voie orale
 - soins postopératoires gérables par le patient et son entourage.
- Pour les anesthésistes:
 - pas de stratégie anesthésique spécifique.
 - les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à l'ambulatoire
 - l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, fonde le principe de cette sélection.

Tryptique: acte-patient-structure

PAR SPECIALITE

	ORL	SENOLOGIE	GYNECOLOGIE	DERMATOLOGIE
Actes	•exérèses de glandes salivaires •pan endoscopies •Mélanomes+/- GS •Prothèse phonatoire •avulsions dentaires •Dilatation de sténose	•Chirurgie conservatrice du sein +/- GS +/- curage axillaire •changement de prothèse sans capsulectomie •réfection de PAM •lipofilling	•coelioscopies diagnostiques •coelioscopies pour annexectomies, •conisations hystéroscopies, •examens sous AG	•exérèse de tumeurs cutanées, •les ganglions sentinelles

HÔPITAL DE JOUR DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Choix d'une CA « intégrée »:
 - bloc, SSPI identiques,
 - hospitalisation, salle se soins, accueil et secrétariat dédiés.
- 5 chambres (8 lits) → 5 postes (lits+ fauteuils selon besoin)

SECRÉTARIAT DÉDIÉ ET PROGRAMMATION OPÉRATOIRE

- Binôme dédié et formé (avec AM de programmation)
 - Assure l'accueil des patients → formée aux tâches administratives.
 - Appel de la veille
 - Gestion CRO/ CRH en extemporané
 - Programmation opératoire **intégrée** exclusivement par cette AM en coopération avec la cadre du bloc opératoire
- Programmation opératoire réalisée par AM dédiées à la programmation opératoire

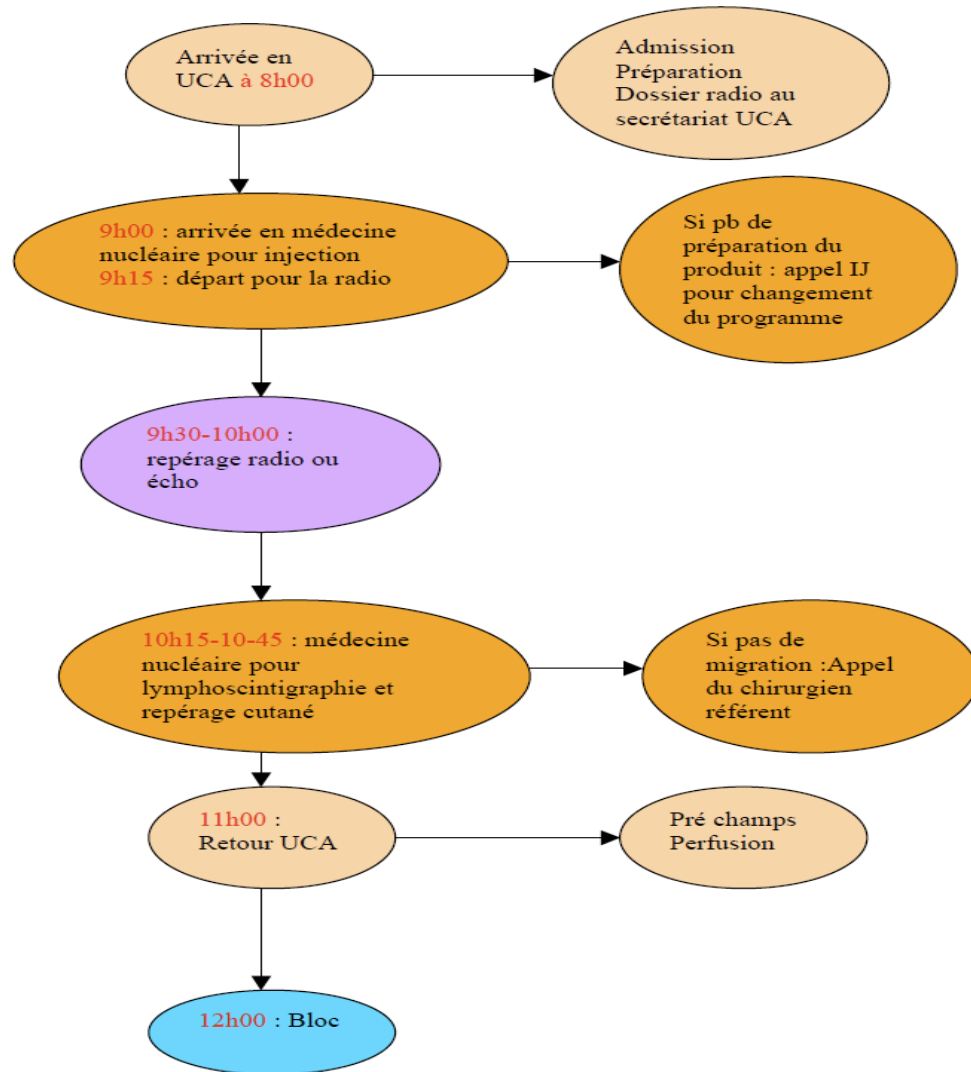
PARCOURS PATIENT

Définition précise d'un parcours patient

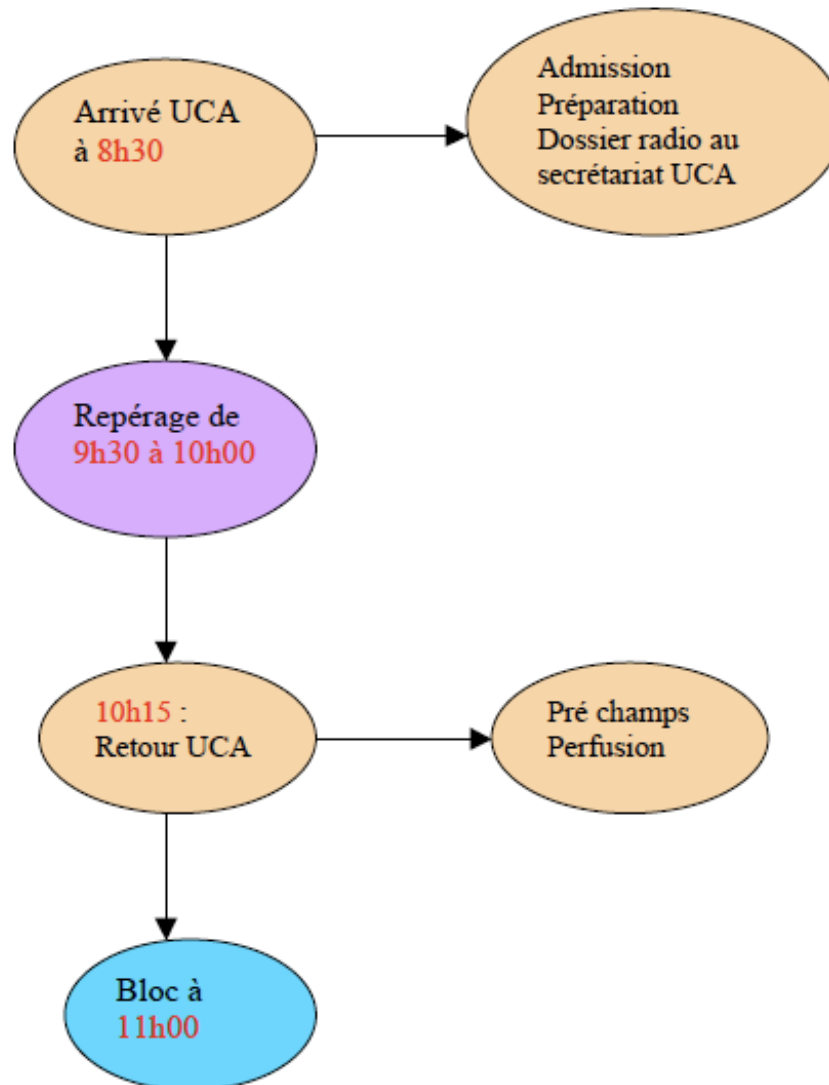
- En pré-op, J0 et post-op
- En fonction de l'acte chirurgical pratiqué
- En fonction des ressources nécessaires pour l'acte chirurgical (lymphoscintigraphie, repérage radiologique...)

Réajustement régulier

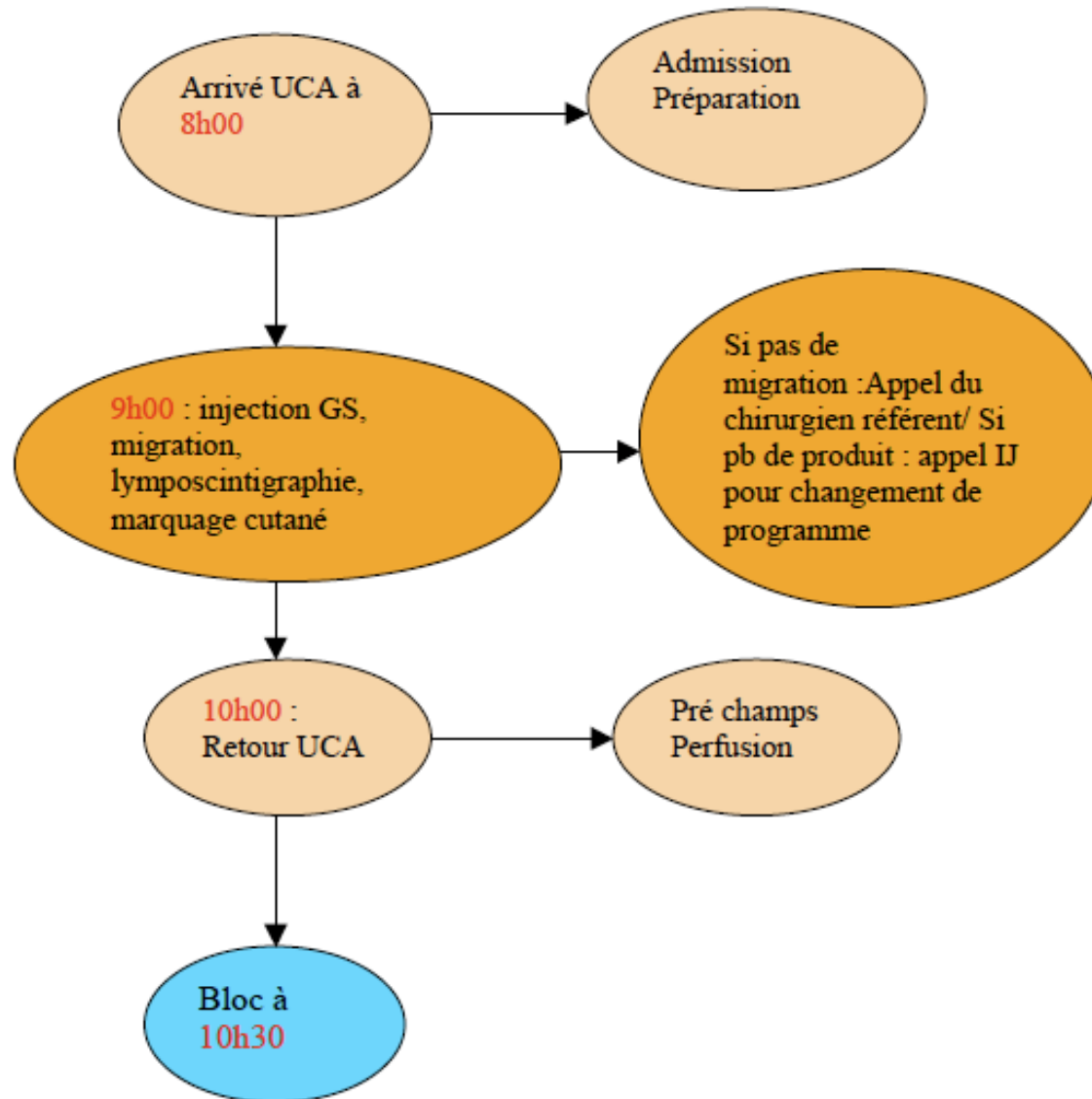
PARCOURS PATIENTE 1 : GS + REPÉRAGE À J0



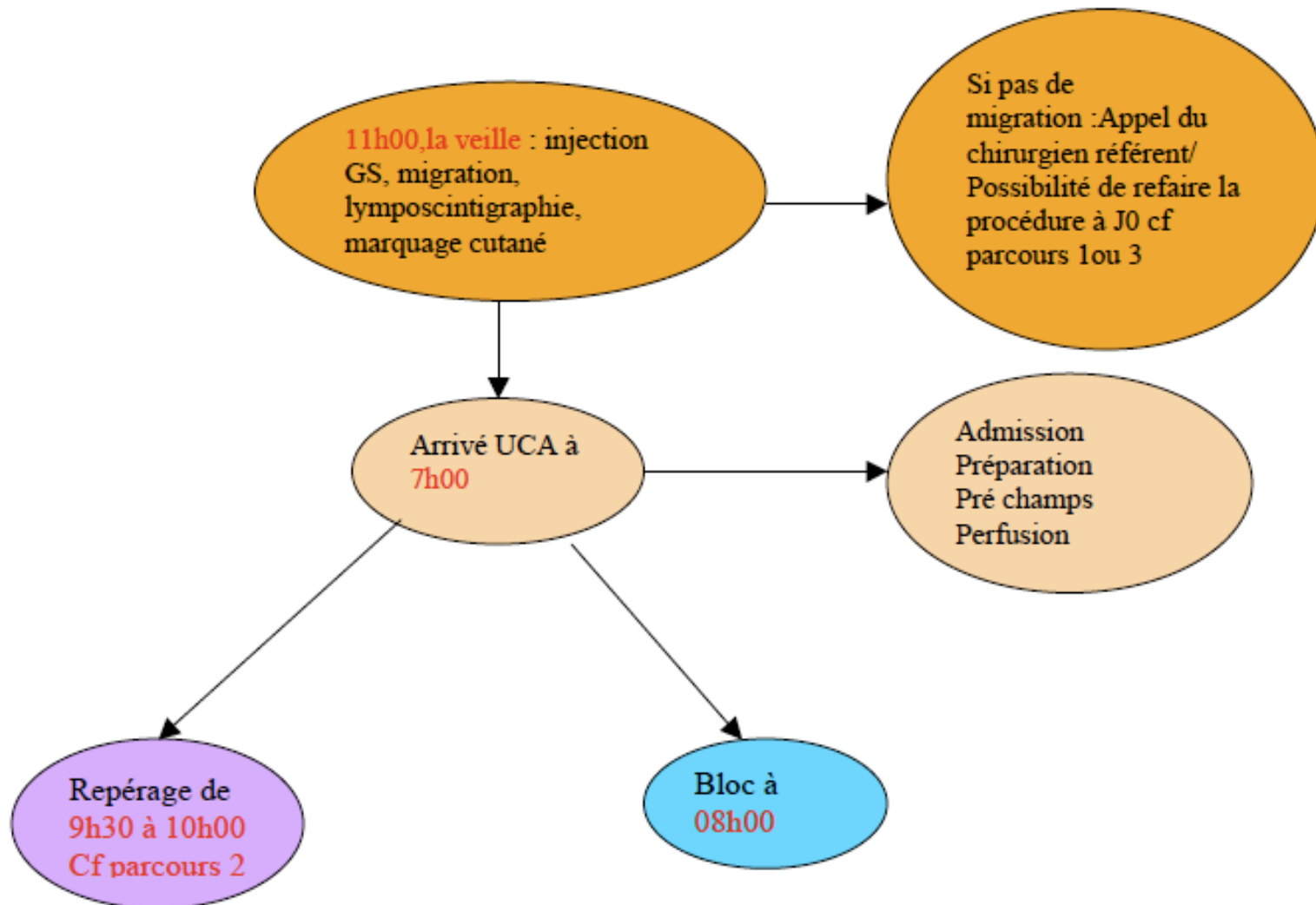
PARCOURS PATIENTE 2 : REPÉRAGE SEUL



PARCOURS PATIENT 3 : GS SEUL A J0



PARCOURS PATIENT 4 : GS SEUL A J-1 (PATIENTS TOULOUSAINS ET BMI ÉLEVÉ)



QUI FAIT QUOI?

PRÉOPÉRATOIRE

Quand	Quoi	Comment	Moyens
En préopératoire	Consultation chirurgicale	• Sélection patient/acte • Remise du passeport • Programmation opératoire par l'assistante médicale de l'UCA • Courrier au médecin traitant	Secrétariat dédié pour planification opératoire Hébergement de proximité non médicalisé pour personnes éloignées
	Consultation anesthésiste	• Validation ou non de l'indication de l'ambulatoire • Ordonnances pour le postopératoire (antalgiques, antiémétiques)	
	Pré admission	Pas de passage au bureau des entrées le jour J	Parcours administratif pré-défini et personnel soignant formé
	Conseil de bloc	Valide la programmation opératoire à S-1	
	Appel de la veille	Check list administrative la veille de l'intervention	Hébergement de proximité non médicalisé
	Réalisation des examens nécessaires à l'acte chirurgical	Médecine nucléaire et /ou repérage pour les patientes habitant ou hébergées à proximité	

J0

Quand	Quoi	Comment	Moyens
En UCA	Accueil du patient	Sur poste si bloc immédiat En « salle de transit » si examen préalable (Gestion du flux+++)	Architecture adaptée
	Visite préopératoire	Par le chirurgien ET par l'anesthésiste	Plateaux techniques synchronisés
	Réalisation des examens nécessaires à l'acte chirurgical	Médecine nucléaire et repérage	
	Bloc opératoire	Programmation opératoire intégrée SSPI commun	
	Visite postopératoire	Par le chirurgien ET par l'anesthésiste	
	Sortie du patient	Avec CRO et CRH, RDV postopératoire Patient accompagné+++	Secrétariat dédié
	Conversion en traditionnel*	Garder au moins un lit en unité de chirurgie traditionnelle	

POSTOPÉRATOIRE

Quand	Quoi	Comment	Moyens
En post opératoire	Appel à J1 Gestion des urgences/ continuité des soins	Par l'IDE de l'UCA ... N° d'appel unique inscrit sur le passeport Personne formée à la gestion de l'urgence, orientation vers le spécialiste concerné (interne d'astreinte)	Interne d'astreinte

DOCUMENTS D'INFORMATION ET SÉCURITÉ DU PATIENT

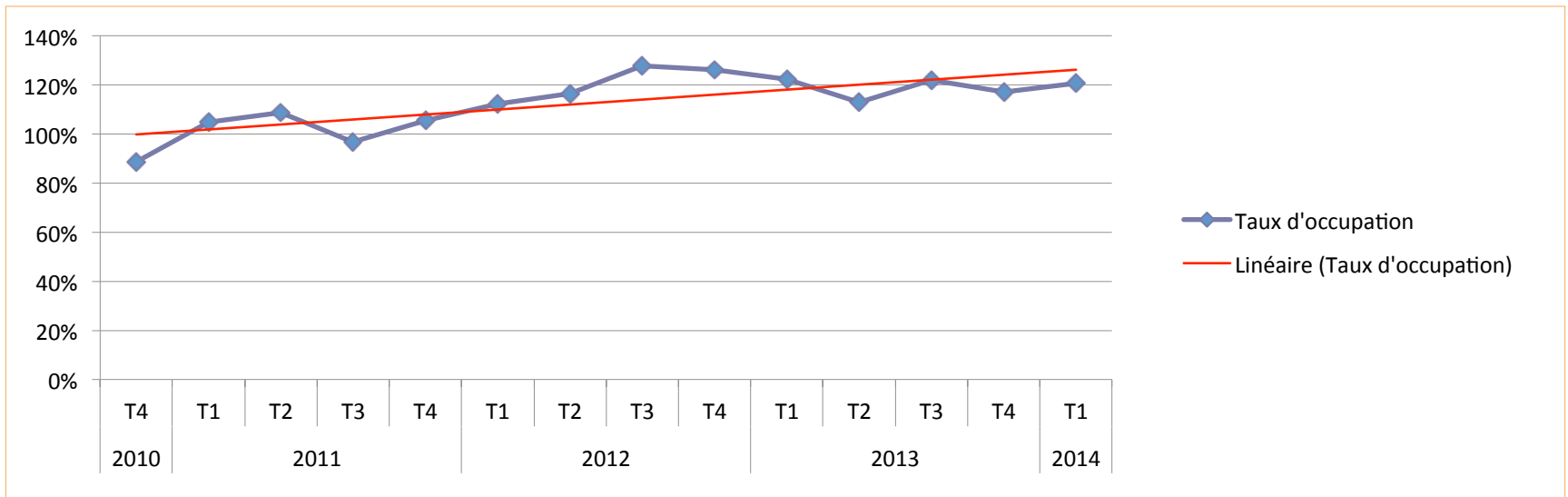
- En pré-op:
 - Passeport ambulatoire
 - Lette au médecin traitant
 - Ordonnances lors la consultation d'anesthésie
 - Convocation pour l'hospitalisation
 - Appel de la veille (administratif)
- En post-op:
 - Sortie du patient avec CRO, recommandations postopératoires et RDV consultation
 - Appel du lendemain (IDE)
 - Continuité des soins

S'ÉVALUER

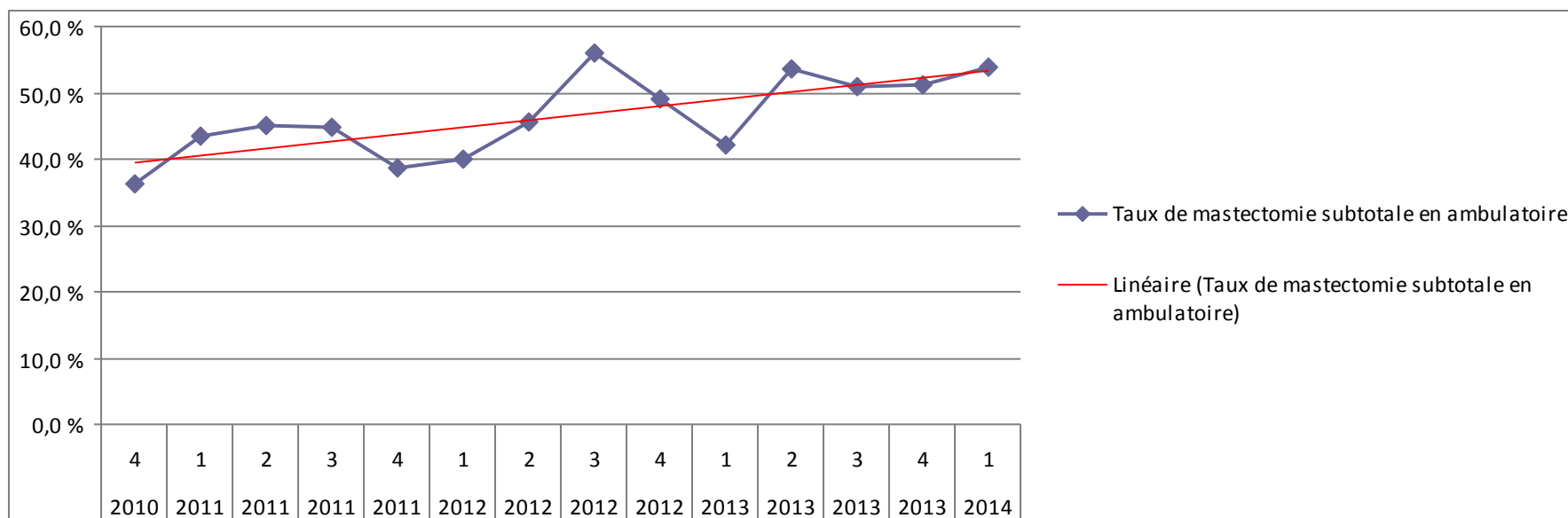
INDICATEURS

- **Indicateurs de sécurité du patient**
 - Ré hospitalisation précoce pour complications (0.36% en 2013)
 - Complications sans ré hospitalisation
 - Signalement des évènements indésirables spécifiques au sein de la structure
- **Indicateurs d'activité et d'organisation**
 - Taux de remplissage des postes d'ambulatoire
 - Nombre d'actes éligibles pour l'ambulatoire/ réalisés en hospitalisation traditionnelle (actes traceurs)
- **Nombre de conversion en hospitalisation traditionnelle et analyses des causes: (4% en 2013)**
 - Médicales: douleurs, nausées et vomissements...
 - **Organisationnelles:** retard dans le programme opératoire
 - Liées au patient: ne souhaite plus sortir le jour même, seul au domicile le soir...
- **Evaluation de la satisfaction patient**

ÉVOLUTION DU TAUX D'OCCUPATION DE L'UCA



ÉVOLUTION DU TAUX DE TRAITEMENT CONSERVATEUR POUR CANCER DU SEIN AVEC OU SANS PRÉLÈVEMENT GANGLIONNAIRE



EVALUATION DES ISO

	2011			2012			2013		
	Nb interv.	Nb ISO 2011		Nb interv.	Nb ISO 2012		Nb interv.	Nb ISO 2013	
Chir Ambulatoire	434	9	2,07%	509	19	3,73%	509	10	1,96%
Chir traditionnelle	920	52	5,65%	927	32	3,45%	859	19	2,21%
TOTAL	1354	61	4,51%	1436	51	3,55%	1368	29	2,12%

ENQUÊTE DE SATISFACTION 2012/2013

- **Remise personnalisée des questionnaires** : Enquête interne : 173 répondants/300 (57.6 %) en 3 mois
- **Questionnaire** : 40 questions
- **Thématiques** pré, per et post opératoires, et au domicile:
 - Informations délivrées, mise en confiance
 - Prise en compte de la douleur
 - Prise en charge des NVPO
 - Délais de prise en charge et attente
 - Attention au confort physique, respect intimité
 - Attention portée aux patients (tous professionnels)
- **Satisfaction générale : 89.98 %**

DÉMÉNAGEMENT/ FUSION
MAI 2014
IUCT-O



ETAT DES LIEUX

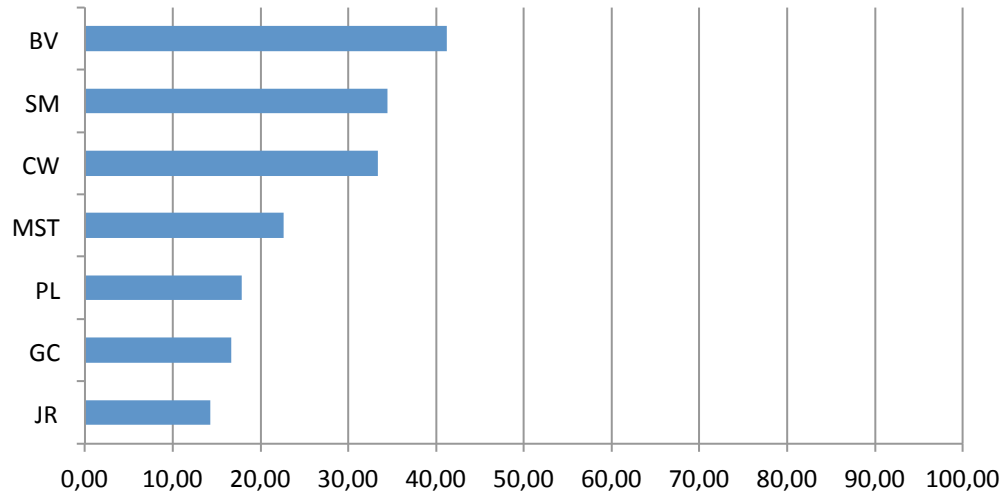
- Passage de 5 postes à 10 postes (15 initialement prévus???)
 - 7 postes couchés
 - 3 postes Assis (au lieu de 8)
- 50 lits d'hospitalisation traditionnelle (52 nécessaires + uro)
- Unité d'hospitalisation dédiée/ Secrétariat dédié/planning opératoire intégré
- Bloc: 4 salles → 7 salles (1 PAC, 1 endoscopie, 1 techniques innovantes)
- Fusion de 2 équipes de chirurgiens:
 - Issus de l'ICR: 5 gynéco/séno, 2 plasticiens temps partiels, 2 ORL
 - Issus du CHU (activité à temps partielle): 10 gynéco/ séno, 2 ORL, 2 urologues
- Midi-Pyrénées: + vaste région de France avec une densité de population inférieure à la moyenne

EVALUATION ACTIVITÉ

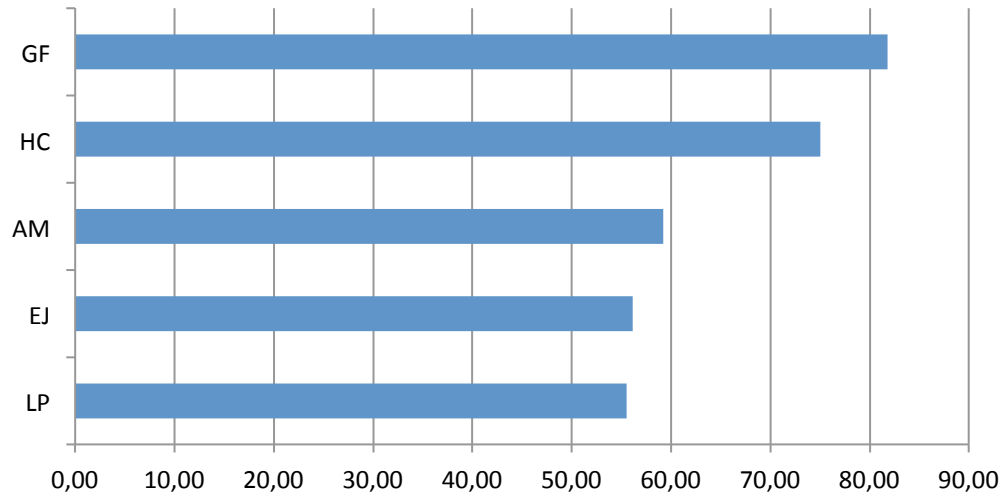
- Du 15/05 au 3/09
- Actes traceurs:
 - SENO: chirurgie conservatrice du sein
tumorectomie/segmentectomie/élargissement +/-
DIVLD +/- CA +/- GS
 - GYNECO: examen sous AG - conisation - coelio
diagnostique ou annexectomie prophylactique
 - PLASTIE: oncodermato +/- reconstruction
lambeaux locaux
 - ORL: panendoscopie / adenectomies simples

SÉNO/ GYNÉCO

CHU:
36 actes/ 140
25,71%

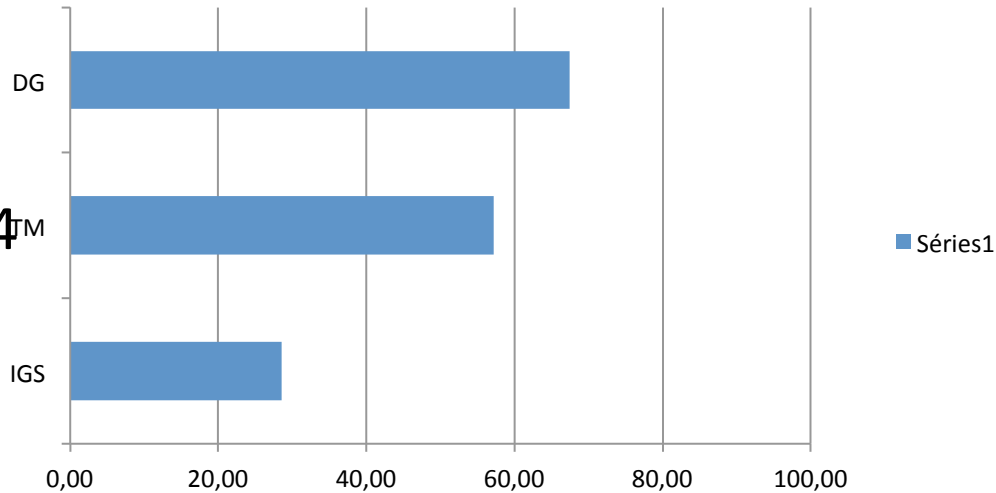


ICR:
125 actes/
198
63,13%

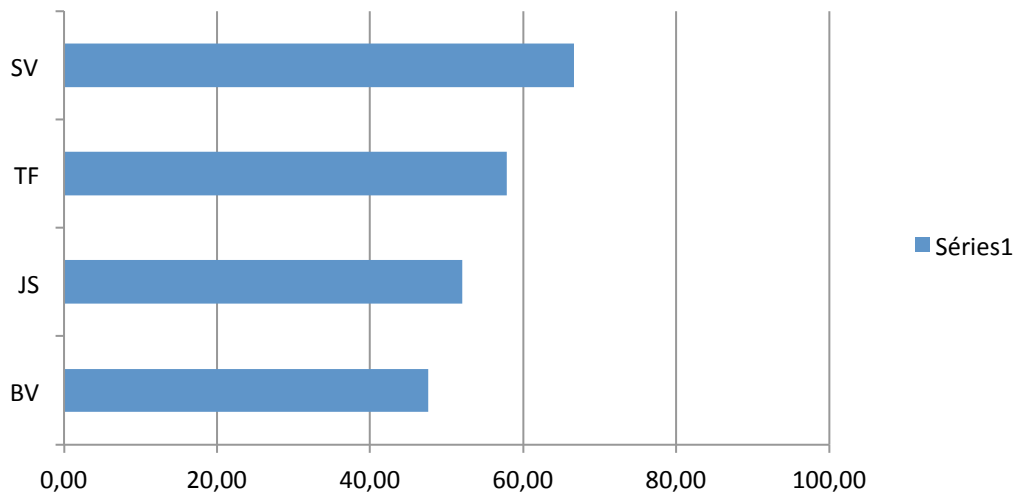


PLASTIE/ ORL

Plastie:
303 actes/ 484
62%



ORL:
36 actes/68
52,94%



CONCLUSION

FREINS ACTUELS AU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Les chirurgiens insuffisamment formés et informés
- La complexité du parcours de soins séno: GS et repérages
- La gestion des flux en hospitalisation
- Le recrutement dans une région vaste

CONCLUSION

DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

- Convaincre et éduquer les chirurgiens
- Changer les mentalités:
 - Information du patient en amont
 - Organisation centrée sur le patient
- Mettre en place des techniques facilitant le parcours patient (Sentimag® pour GS du sein)
- Mise en place d'une « salle de transit » (gestion des flux)
- Développer l'hébergement de proximité non médicalisé (autofinancement): augmenter le recrutement, faciliter le parcours patient
- Tarif incitatif depuis mars 2014 pour la chirurgie mammaire