

Innovation des prises en charge chirurgicales transversales en ambulatoire en chirurgie orthopédique

Innovation of Transversal Surgical Procedures for Short Stay Surgery and Outpatients in Orthopedic Surgery

O Jardé [1], P Mertl [1], M Gignon [2], D Montpellier [3], J Matias [1], A Havet [1]

1 - CHU Amiens-Picardie - Service de chirurgie orthopédique - 80054 Amiens cedex.

2 - CHU Amiens-Picardie - Service de santé publique - 80054 Amiens cedex.

3 - CHU Amiens-Picardie - Service d'anesthésie - 80054 Amiens cedex.

Résumé

Depuis plusieurs années nous constatons une évolution des prises en charge hospitalières des patients entraînant une modification profonde des organisations. En effet durant plusieurs décennies, l'hospitalisation complète était la norme avec une hospitalisation du patient en amont de son intervention et une durée de séjour importante dans les murs de l'hôpital.

Face aux évolutions de la médecine et pour répondre aux attentes des patients et de la société, aujourd'hui ces prises en charge conventionnelles évoluent notamment en chirurgie pour permettre au patient d'être en hospitalisation complète durant la durée la plus courte possible tout en alliant qualité et sécurité des soins proposées aux patients optimaux. C'est le virage ambulatoire en chirurgie qui a débuté dans les années 2000 et s'accélère actuellement avec des procédures innovantes telle la réhabilitation précoce après chirurgie ou la procédure dite de J0.

Ainsi nous exposerons les intérêts médico-scientifiques de ces procédures pour le patient en termes de qualité et sécurité de la prise en charge ainsi qu'en terme de qualité de vie et d'appréhension de l'acte opératoire que cela peut représenter. Ces procédures ont également entraîné des mutations profondes de nos organisations hospitalières en termes de cadres de fonctionnements et d'organisations structurelles du circuit patient qu'il convient d'analyser pour permettre un déploiement massif de ces organisations à l'échelle du territoire d'où une série rétrospective de 1827 patients du CHU d'Amiens. Après 15 mois d'expérimentation cette procédure mérite d'être continuée.

Mots clés

- ◆ Innovation
- ◆ Chirurgie orthopédique
- ◆ Ambulatoire
- ◆ Procédure J0

Abstract

The evolution of hospital care has been leading to a profound change in organizations. Indeed, during several decades, inpatient care was the norm with overnight hospitalization.

Facing the evolution of medicine conventional procedures are evolving to meet the expectations of patients and society. Thus, quality and safety of care allows to shorten the duration of hospitalization while affording optimal healthcare.

The short stay surgery shift that began in the 2000s is fast growing with procedures such as outpatient surgery and early rehabilitation after surgery. Thus, we will expose the medical-scientific interests of these procedures for the patient in terms of quality of care and safety as well as in terms of quality of life and apprehension and expectations of the surgical procedure. These procedures also resulted in profound changes in our hospital organizations in terms of functioning and structural organization of the healthcare pathways that should be analyzed to enable a massive deployment of these organizations across the territory with a retrospective series of 1827 patients of University Hospital of Amiens. After 15 month this technic is continued.

Keywords

- ◆ Innovation
- ◆ Orthopedic surgery
- ◆ Short stay

Correspondance

Olivier Jardé

CHU Amiens-Picardie - Service de chirurgie orthopédique - 80054 Amiens cedex.

E-mail : jarde.olivier@chu-amiens.fr - Tel : 03 22 66 80 00

La récupération ou réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), a été initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet (1).

Il s'agit d'une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période péri opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures. Elle vise donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité et a aussi pour conséquence in fine de voir réduire les durées d'hospitalisations.

Elle correspond à une organisation spécifique des soins selon la notion de « chemin clinique » centrée autour du patient qui joue un rôle actif dans la démarche ; l'information préopératoire et son adhésion étant indispensables à la réussite du programme RAAC (2).

L'ensemble des mesures qui interviennent sur les trois périodes préopératoire, per-opératoire et post-opératoire doivent permettre une récupération améliorée et rapide du patient permettant une sortie anticipée.

La durée d'hospitalisation est principalement conditionnée par l'incidence des complications chirurgicales. Cependant, le contrôle de plusieurs facteurs pourrait aider à raccourcir cette période : contrôle de la douleur aiguë postopératoire, reprise rapide de la nutrition, mobilisation rapide, réduction des drainages longs et réduction préventive des complications chirurgicales (ex. : iléus en chirurgie abdominale) (3).

Cette étude a pour but d'évaluer cette prise en charge nouvelle et innovante au CHU d'Amiens

Matériel

Ainsi depuis le 1er octobre 2018, soit depuis 15 mois, le dispositif de réhabilitation améliorée après chirurgie est expérimenté en chirurgie orthopédique au CHU d'Amiens. Ces changements d'organisation et de prises en charge ont été accompagnés par la formation des équipes médicales et paramédicales. Pour se faire certains infirmiers dits « infirmiers RAAC » ont été identifiés dans les services concernés pour assurer la coordination et le lien avec le patient (appels préopératoires et post-opératoires). Dans le service de chirurgie orthopédique 3 IDE RAAC sont dévolues à ce type de prise en charge et d'organisation.

Au 1er janvier 2020, 1827 patients du service de chirurgie orthopédie ont bénéficié de cette expérimentation du J0 ce qui représente 99,27 % des patients. 21 patients ont dû arriver la veille de leur intervention pour une prise en charge plus conventionnelle pour diverses raisons : barrière de la langue, éloignement géographique important du centre hospitalier universitaire ou nécessiter d'actes médicaux la veille (ex transfusion sanguine). L'indice de performance - durée moyenne de séjour est de 0,84 jour.

Les caractéristiques de l'inclusion suivant le type d'intervention sont :

- la répartition membre inférieur 61 %, membre supérieur 39 % ;
- chirurgie ouverte représente 65 %, pour 35 % en percutané ;
- la chirurgie ligamentaire est de 11 %, pour 89 % de chirurgie osseuse.

Parmi ces patients on retrouve 16 porteurs d'une maladie d'Alzheimer, 12 avec des troubles cognitifs, 18 % de patients de plus de 80 ans lors de la pose d'une prothèse totale de hanche et 21 patients ayant une anémie nécessitant une transfusion avant l'intervention.

Il est réalisé de façon systématique une prévention des nausées en per-opératoire et une surveillance de la normo-thermie.

Méthodes

Le programme de réhabilitation améliorée après chirurgie se décline en trois phases.

Période préopératoire

Selon le type de chirurgie ou en fonction de son état de santé, une arrivée la veille de l'intervention chirurgicale n'a pas d'intérêt pour le patient. L'essentiel des soins pré opératoires peut se faire en amont de l'hospitalisation (4).

Lors de la consultation avec le chirurgien, ce dernier explique la procédure au patient et remet un bracelet dans le passeport patient.

A deux jours de l'intervention chirurgicale, la pré admission comporte la consultation d'anesthésie suivie de la consultation infirmière. La consultation infirmière permet de dépister les risques, anticiper les besoins, reformuler les recommandations médicales, remettre les documents (livret d'accueil, recommandations douche pré opératoire...), anticiper les démarches de sortie, etc. Familiarisé au circuit, à l'environnement et à l'équipe soignante, le patient rentre chez lui avant de revenir quelques jours plus tard pour son intervention en J0 (5).

La veille de l'intervention le patient est appelé par l'infirmière de programmation du bloc opératoire qui lui précise l'horaire d'admission en fonction de l'heure programmée de l'intervention chirurgicale. L'infirmière vérifie également l'absence de contre-indication à l'intervention survenue depuis la dernière consultation.

Période peropératoire

Le jour de l'intervention le patient se présente directement auprès de l'accueil J0 organisée au sein de l'établissement. Il est pris en charge par l'équipe soignante (Infirmière et aide-soignante), et est invité à patienter dans un salon dédié. Le patient dispose d'un passeport chirurgie, document à présenter lors de chaque rendez-vous qui permet à l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours patient de disposer des informations et d'assurer une coordination optimale de la prise en charge (7).

Un rendez-vous planifié avec l'infirmière de coordination permet de faire un dernier point et de vérifier que les recommandations pré opératoires ont bien été respectées. Le patient se met en tenue de bloc et est accompagné par un professionnel jusqu'au bloc opératoire.

Un sac est mis à la disposition du patient dans laquelle il peut ranger ses effets personnels (lunettes, smartphone, ...) et en disposer librement. Cette prise en charge permet de limiter le stress pré opératoire. Le patient peut écouter de la musique, lire, se détendre dans un espace confortable et aménagé avec soin. Le principe de moindre recours aux médicaments prend alors tout son sens et permet ensuite au patient de rejoindre le bloc en marchant ou en fauteuil (Fig 1).

Le patient est acteur de sa prise en charge par la procédure dite « d'identification du côté à opérer ». Ainsi le patient dispose d'un bracelet à mettre lui-même du côté du membre à opérer le jour J de l'intervention. Cette procédure vise à faire participer au maximum le patient à sa prise en charge et réduit les risques d'erreur de prise en charge de côté.

Puis un brancardier accompagne le patient debout - dans la très grande majorité des cas - jusqu'au bloc opératoire. Le patient se voit remettre son sac en toile au personnel du bloc opératoire et le retrouvera dans sa chambre du service de chirurgie orthopédique (Fig 2 et 3).

Période postopératoire

En postopératoire, les procédures de récupération améliorée sont basées sur une analgésie multimodale optimale, une reprise de l'alimentation précoce et une mobilisation rapide des patients (8).

Elle inclut, de même, la préparation à la sortie du patient et un suivi nécessaire selon les modalités les plus optimales (suivi téléphonique, SMS, etc.). Selon des études récentes (1), une surveillance continue après la sortie par l'envoi interactif de SMS à J1, J3 et J5 a montré un intérêt pour le patient et sa satisfaction au cours de cette période.

Résultats

L'avis des patients a été recueilli par questionnaire du 1er octobre 2018 au 31 décembre 2019, soit 15 mois avec 1695 réponses sur 1827 patients :

- 17 patients ne sont pas satisfaits de leur accueil le jour même de l'intervention ;
- 62 patients trouvent que le trajet debout accompagné pour se rendre au bloc opératoire n'était pas satisfaisant ainsi que 36 pour le trajet en fauteuil ;
- Les précautions prises par le personnel pour assurer la sécurité est peu satisfaisante pour 34 patients ainsi que le confort de la tenue ;
- L'accueil lors de l'arrivée dans le service a été considéré comme satisfaisant dans 100 % des cas mais le délai d'attente entre l'arrivée dans le service et le départ pour le bloc n'a pas été considéré comme satisfaisant dans 128 cas ;
- Au niveau de la zone d'attente du bloc opératoire 39 ne sont pas satisfaits. Le délai d'attente entre l'arrivée en zone d'attente et la prise en charge au bloc opératoire a été considéré comme trop longue dans 69 cas ;
- Les précautions prises par le personnel du service pour respecter la confidentialité, le secret médical n'est pas perçu comme satisfaisantes dans 174 dans la zone d'attente du bloc opératoire. Cela doit être complété par une critique dans la même proportion sur le confort dans cette zone ;
- Il y a eu 16 retards à la sortie essentiellement pour anémie post-opératoire ;
- Néanmoins sur un taux de réponse de 92,8 % près de 95,4 % des patients interrogés accepteraient de nouveau cette modalité de prise en charge pour une autre intervention dans l'établissement et 94 % recommanderaient ce type de prise en charge à un proche.

Il n'y a pas eu de réadmission (Fig 4).

Pour les 16 porteurs d'une maladie d'Alzheimer, le fait de rentrer à J0 a entraîné moins des désorientations car la personne est restée au maximum avec ses habitudes. Néanmoins dans ce cas l'organisation avec l'entourage habituel est très importante. Le parcours devient dans ce cas très tracé. Il en est de même pour les patients sous tutelle.

Pour les 12 patients avec des troubles cognitifs, il faut être très prudent lors de la sortie et avoir une bonne organisation avec les éducateurs spécialisés

Les 18 % de patients de plus de 80 ans lors de la pose d'une prothèse totale de hanche, il est organisé un partenariat avec la consultation de gériatrie du CHU d'Amiens. Sur les 16 sorties retardées 11 font partis des patients de plus de 80 ans

Discussion

La pratique de la réhabilitation améliorée après chirurgie est multidisciplinaire et nécessite donc une participation combinée de l'ensemble des équipes médicales (médecins anesthésistes, chirurgiens, rééducateurs, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants, éducateurs spécialisés etc.), ainsi qu'un environnement administratif et organisationnel favorable à cette approche. Compte tenu de la multidisciplinarité de la démarche, l'implication de chacun des intervenants doit être protocolisée et coordonnée par un référent (9).

Néanmoins elle permet aux malades d'Alzheimer, d'entrer dans ce protocole car le fait de rentrer à J0 a entraîné moins des désorientations car la personne est restée au maximum avec ses habitudes. Mais c'est l'organisation avec l'entourage habituel qui est très important. Le parcours devient dans ce cas très tracé. Il en est de même pour les patients sous tutelle.

Pour les patients ayant des troubles cognitifs, il faut être très prudent lors de la sortie et avoir une bonne organisation avec les éducateurs spécialisés

Les patients ayant plus de 80 ans lors de la pose d'une prothèse totale de hanche, il est organisé un partenariat avec la consultation de gériatrie du CHU d'Amiens.

La base du RAAC (10) est donc on le constate, la mise en place de coordinations transversales et multidisciplinaires, spécifiquement dédiées à un type d'intervention et, dans certains cas, à une catégorie de patient. Ce parcours est réfléchi à chaque étape sous l'angle de l'optimisation de la prise en charge afin d'améliorer le confort et le devenir du patient. La réalisation d'un protocole de récupération améliorée revient à analyser tous les facteurs contribuant à prolonger la durée d'hospitalisation (incluant l'incidence des complications, répercussions normales de la chirurgie et de l'anesthésie) et à mettre en place des mesures visant à limiter leurs effets.

Ainsi il est remis au patient avant l'intervention, l'ordonnance de sortie afin qu'il ait tout le nécessaire lors du retour chez lui. Il est rappelé l'importance du réhausseur de toilettes et des barres dans la salle de bains

Cette procédure (11) a entraîné une modification de l'unité d'hospitalisation et du cadre de fonctionnement qui étaient auparavant composée de 28 lits d'hospitalisation conventionnelle et fonctionne désormais avec 28 lits d'hospitalisation du lundi au vendredi. Ainsi la baisse des effectifs non médicaux sur le week-end a permis de s'adapter aux nouvelles organisations en transformant un équivalent temps plein d'infirmier en un équivalent temps plein d'infirmier RAAC et un

poste d'aide-soignant en un poste d'aide à la marche et d'accueil au bloc opératoire pour assurer une meilleure présence auprès des patients. Au-delà de l'impact sur le cadre de fonctionnement du service, il a été nécessaire de procéder à quelques adaptations organisationnelles pour cette expérimentation (12). En effet un salon d'accueil a été installé à proximité directe des bloc-opératoires permettant aux patients de s'installer en attendant son intervention.

Conclusion

Ces innovations médicales et organisationnelles dont le développement est croissant aujourd'hui dans les établissements de santé permettent d'offrir une prise en charge de qualité et de sécurité au patient tout en réduisant considérablement la durée de séjour à l'hôpital.

De plus ces procédures amènent le patient à être davantage impliquée dans sa prise en charge ce qui permet de le rendre acteur de santé et répond aux aspirations des patients et de la société actuellement.

Le développement de la procédure de réhabilitation précoce avec chirurgie ou de la procédure de prise en charge du patient dite en J0 entraîne des mutations logistiques (circuits patients dans les établissements) et du fonctionnement (personnels dédiés à ces procédures au plus proche des patients)

Ces pratiques innovantes dans la prise en charge des patients actuellement en cours de développement en chirurgie doivent également tendre à se développer en médecine pour permettre aux patients une prise en charge optimale associant les acteurs en amont et en aval de la prise en charge spécialisée hospitalière.

Ces premiers résultats de l'enquête de satisfaction sont très encourageants sur le ressenti et le vécu des patients dans cette nouvelle modalité de prise en charge au CHU Amiens-Picardie. Cette expérimentation au vu des résultats mérite d'être poursuivie.

Déclaration de conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article et son hors loi Jardé.

Aucune source de financement n'a contribué à l'élaboration de cet article.

Références

1. Faujour V, Cotte E, Lustig S, Paparel P, Aubrun F, Adham M Réhabilitation améliorée après chirurgie : la partie ne fait que commencer. *Risque et qualité* 2015;12 : 66-69
2. Faujour V, Slim K. L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique (RAAC) : la comprendre et la mettre en œuvre. *Presse Med*, 2015, 44:23-31
3. HAS - rapport d'orientation - programmes de récupération améliorée après chirurgie : états des lieux et perspectives (RAAC, passeport patient) - 22 juin 2016
4. Thiele RH, Rea KM, Turrentine FE, Friel CM, Hassinger TE, Goudreau BJ, al Standardization of care : impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications , and direct costs after colorectal surgery. *Jam Coll Surg*, 2014 ; 10 : 1016-1023
5. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schaffer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy. *BJ Surg* 2014 ; 10 : 1209-1229
6. Kehlet H, Slim K. The future of fast-track surgery. *British Journal of Surgery* 2012 ; 99 : 1025-2026
7. Ahmed J, Khan S, Gatt M, Kallam R, Macfie J. Compliance with enhanced recovery programmes in elective colorectal surgery . *Brish Journal of Syrgery* 2010 ; 97:754-758
8. Roulin D, Donadini A, Gander S. The impact of enhanced recovery protocol compliance on elective colorectal cancer resection. *Ann Surg* 2015;261 : 1153-1159
9. Faujour V, Slim K. Aspects économiques de la réhabilitation améliorée après chirurgie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2015;19 : 153-157
10. Stone A, Grant M, Roda C, Hobson D, Pawlik T. Implementation costs of an enhanced recovery after surgery program in United States : a financial model and sensitivity analysis based on experiences at a quaternary . *Journal of the American College of Surgeons* 2016 ; 222 : 219-225
11. Slim K. The benefits of enhanced recovery after surgery. *J Visc Surg* 2016 ; 153:41-44
12. Bouras AF. Hospital Discharge of elderly patients after surgery : fast-track recovery versus the need for convalescence. *J Visc Surg* 2014 ; 151:89-90

Figure 1 : Passeport chirurgie.



Figure 2 : Identification du côté à opérer.



Figure 3 : Accueil du patient en J0 avec sac.



Figure 4 : Indice de satisfaction.

