

CREATION D'UN CENTRE INTEGRÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE POLYVALENTE AU SEIN DU CHU DE BORDEAUX

EVALUATION DES PRATIQUES UN AN APRES LA CREATION DU CENTRE

ANALYSE DESCRIPTIVE D'ACTIVITE SUR 8 MOIS DE FONCTIONNEMENT

OUTILS ET AXES D'AMELIORATION IMPLIQUANT L'ANESTHESIE

MEMOIRE DES ANESTHESIE REANIMATION

Caroline DUPUY

Directeurs de mémoire : Dr Frédérique Boutin, Dr Karine Nouette Gaulain

PLAN

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUCTION..... | 1 |
| 2. CREATION D'UN CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE..... | 2 |
| 3. OBJECTIFS..... | 6 |
| 1.1. OBJECTIF PRINCIPAL | 6 |
| 1.2. OBJECTIFS SECONDAIRES | 6 |
| 4. MATERIEL ET METHODES | 7 |
| 4.1. EVALUATION DES PRATIQUES DE L'UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE..... | 7 |
| 4.2. ANALYSE DE L'ACTIVITE : L'ECHANTILLON DE PATIENTS..... | 7 |
| 4.2.1. Définition des patients éligibles à l'ambulatoire au niveau national..... | 7 |
| 4.2.2. Patients inclus dans l'analyse au CFXM..... | 7 |
| 4.3. METHODES D'ANALYSE | 8 |
| 4.3.1. Méthode d'évaluation du chemin clinique et du suivi de l'activité..... | 8 |
| 4.3.2. Analyse des données du tableau de bord de l'UCA et de « Prima Activité »..... | 9 |
| 4.3.3. Analyse des données du PMSI..... | 9 |
| 4.4. ANALYSES STATISTIQUES | 11 |
| 5. RESULTATS..... | 12 |
| 5.1. EVALUATION DES PRATIQUES : LE CHEMIN CLINIQUE | 12 |
| 5.2. ACTIVITE GLOBALE, PAR GESTE MARQUEUR ET PAR SPECIALITE | 15 |
| 5.2.1. Analyse de l'activité globale | 15 |
| 5.2.2. Analyse de l'activité par geste marqueur | 16 |
| 5.2.3. Analyse de l'activité par spécialité..... | 17 |
| 5.3. REPARTITION DE L'ACTIVITE PAR GESTE MARQUEUR ET PAR SPECIALITE | 18 |
| 5.3.1. Synthèse des taux d'ambulatoire..... | 18 |
| 5.3.2. Répartition des gestes marqueurs réalisés en ambulatoire | 19 |
| 5.3.3. Répartition par spécialité de l'activité ambulatoire globale | 20 |
| 5.3.4. Répartition des gestes marqueurs dans l'activité ambulatoire | 20 |
| 5.4. INDICATEURS SPECIFIQUES EXTRAITS DU TABLEAU DE BORD « UCA_SUIVIAQ » MEAH | 21 |
| 6. DISCUSSION | 22 |
| 7. CONCLUSION | 27 |
| 8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 28 |
| 9. ANNEXES..... | 29 |
| 9.1. TAUX CIBLES POUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DE 15 GESTES MARQUEURS..... | 29 |
| 9.2. CRITERES D'ELIGIBILITE DES PATIENTS A LA CHIRURGIE AMBULATOIRE | 30 |
| 9.3. METHODE D'AUDIT DU CHEMIN CLINIQUE PROPOSEE PAR LA MEAH | 31 |
| 9.4. COTATION CCAM DES GESTES MARQUEURS ANALYSES | 36 |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| FIGURE 1. COMPARAISON INTERNATIONALE DES TAUX MOYENS D'ACTES CHIRURGICAUX PRATIQUES EN AMBULATOIRE (LISTE D'ACTES MARQUEURS) EN 1997. | 2 |
| FIGURE 2. COMPARAISON INTERNATIONALE DU TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE LA CATARACTE. | 2 |
| FIGURE 3. REPARTITION DES TAUX DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DE LA CATARACTE EN FRANCE EN 1999. | 3 |
| FIGURE 4. ACTIVITE DU 01/11/2008 AU 30/06/2009 POUR LES GESTES MARQUEURS | 15 |
| FIGURE 5. COMPARAISON DU NOMBRE DE SEJOURS AMBULATOIRES (TABLEAU DE BORD MEAH ET PMSI)..... | 15 |
| FIGURE 6. ACTIVITE DU 01-11-2008 AU 30-06-2009 PAR GESTE MARQUEUR | 16 |
| FIGURE 7. TAUX D'AMBULATOIRE POUR CHAQUE GESTE MARQUEUR..... | 16 |
| FIGURE 8. ACTIVITE DU 01-11-2008 AU 30-06-2009, ISSUE DES DONNEES DU PMSI | 17 |
| FIGURE 9. TAUX D'AMBULATOIRE POUR LES GESTES MARQUEURS..... | 17 |
| FIGURE 10. COMPARAISON DU NOMBRE DE SEJOURS AMBULATOIRES ENREGISTRES SUR LE TABLEAU DE BORD MEAH AU NOMBRE DE SEJOURS AMBULATOIRES POUR GESTE MARQUEUR PAR SPECIALITE (PMSI)..... | 18 |
| FIGURE 11. REPARTITION PAR GESTE MARQUEUR DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE..... | 19 |
| FIGURE 12. REPARTITION PAR SPECIALITE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE DE GESTES MARQUEURS | 19 |
| FIGURE 13. REPARTITION PAR SPECIALITE CHIRURGICALE DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE | 20 |
| FIGURE 14. REPARTITION DES GESTES MARQUEURS DANS L'ACTIVITE AMBULATOIRE GLOBALE | 20 |
| | |
| TABLEAU 1. LE CHEMIN CLINIQUE..... | 8 |
| TABLEAU 2. LISTE LES GESTES MARQUEURS NATIONAUX | 10 |
| TABLEAU 3. LISTE DES GESTES MARQUEURS REGIONAUX | 10 |
| TABLEAU 4. SYNTHESE DES PRATIQUES OBSERVEES AUX DIFFERENTES ETAPES DU CIRCUIT PATIENT | 14 |
| TABLEAU 5. ACTIVITE CHIRURGICALE | 15 |
| TABLEAU 6. ACTIVITE, REPARTITION DES GESTES MARQUEURS ET TAUX D'AMBULATOIRE PAR SPECIALITE | 17 |
| TABLEAU 7. TAUX D'AMBULATOIRE POUR LES GESTES MARQUEURS REGROUPES PAR SPECIALITE | 18 |
| TABLEAU 8. TAUX D'AMBULATOIRE POUR L'ACTIVITE GLOBALE DE CHAQUE SPECIALITE CHIRURGICALE..... | 18 |
| TABLEAU 9. APPEL DU LENDEMAIN ET TAUX DE SATISFACTION DES PATIENTS | 21 |

1. INTRODUCTION

Dans la littérature, la première expérience de chirurgie ambulatoire apparaît au début du XXe siècle (*James H. Nicoll 1909*). Il faudra cependant attendre les années quatre-vingt pour que la chirurgie ambulatoire connaisse un véritable essor, en particulier aux Etats Unis.

En 1993, pour Paul E. Jarrett et Bernard V. Wetchler, pionniers de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis, la question ne serait bientôt « *plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en chirurgie hospitalisée, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour en hôpital* » (*Jarrett, PE. Wetchler, BV. 1993*). La chirurgie ambulatoire se veut aujourd'hui non pas une alternative à l'hospitalisation traditionnelle mais la référence de prise en charge des actes dont elle relève (*NHS Modernisation Agency 2004*).

En 1997, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), définit la chirurgie ambulatoire selon les principes énoncés par la conférence de consensus consacrée à ce thème et réalisée sous l'égide de la Fondation de l'Avenir en 1993. Ainsi, par «chirurgie ambulatoire», on entend : « *les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission* » (*ANAES 1997*).

Cette définition simple met en lumière le caractère essentiel de la dimension organisationnelle. La chirurgie ambulatoire est un enjeu d'excellence, un mode de prise en charge dont l'élément central devient le patient. Elle conduit les équipes médico-chirurgicales à remettre en cause leurs pratiques traditionnelles et à les faire évoluer. La mise en place de nouvelles structures ambulatoires est un trigger de ce type d'évolution. Ainsi, l'objectif de ce mémoire a été d'évaluer l'activité d'une structure de chirurgie ambulatoire ouverte le 15 avril 2008, sur une période de huit mois.

2. CREATION D'UN CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire en France, état des lieux et perspectives

La chirurgie ambulatoire permet une prise en charge de qualité, l'optimisation de l'organisation et des ressources, elle est source de satisfaction pour les patients. Elle a longtemps accusé en France un important retard de développement par rapport à d'autres pays (taux d'ambulatoire de 30% en France contre 94% aux USA en 1999) (*De Lathouwer, C. and J. P. Poullier 2000*) mais connaît désormais une forte progression (les taux de chirurgie ambulatoire en 1999 et en 2006 étaient respectivement de 30% et de 72%) (*Bachelot-Narquin, R. 2008*). Ces disparités sont particulièrement évidentes pour certains gestes marqueurs phares de la chirurgie ambulatoire telle que la chirurgie de la cataracte (taux d'ambulatoire de 27% en France contre 99% aux USA en 1999) (*De Lathouwer, C. and J. P. Poullier 2000*).

Figure 1. Comparaison internationale des taux moyens d'actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire (liste d'actes marqueurs) en 1997. D'après De Lathouwer C, Poullier JP Ambul Surg 2000

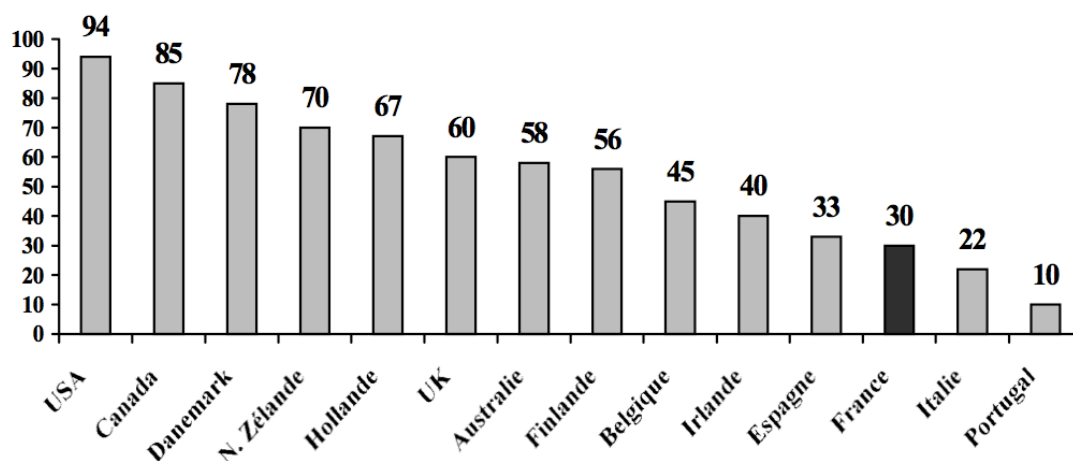
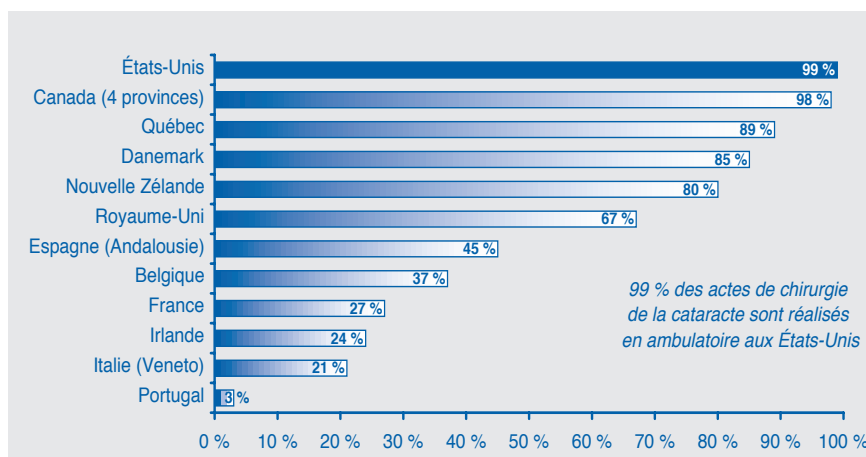
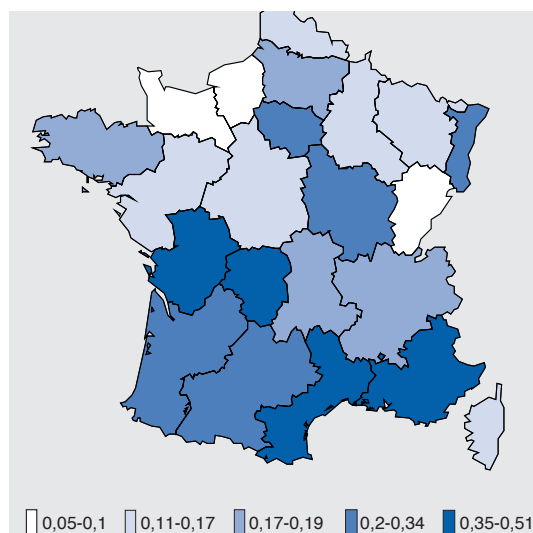


Figure 2. Comparaison internationale du taux de chirurgie ambulatoire de la cataracte. D'après De Lathouwer C, Poullier JP Ambul Surg 2000



L'existence d'une grande hétérogénéité des pratiques en chirurgie ambulatoire en France selon les régions, les établissements et les types d'actes, renforce l'idée d'un potentiel important de développement (*Le Guellec, M. 2001; Le Guellec, M. 2002 ; Bachelot-Narquin, R. 2008*).

Figure 3. Répartition des taux de chirurgie ambulatoire de la cataracte en France en 1999. Source CREDES 2001 d'après données du PMSI 1999.



Depuis 2003, 70 % des établissements ont développé leur activité ambulatoire et la prise en charge hospitalière de jour a fortement progressé (politiques de prise en charge de proximité et de développement des alternatives à l'hospitalisation, évolution des techniques d'anesthésie et des techniques chirurgicales, meilleure prise en compte des besoins des patients). Entre 2003 et 2006, l'activité ambulatoire des établissements ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique a augmenté de 26,8 % (*Bachelot-Narquin, R. 2008*).

La circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1no 2008-147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé fixe les objectifs de développement de la chirurgie en hospitalisation de courte durée pour 15 gestes marqueurs au niveau régional (*Bachelot-Narquin, R. 200 ; voir annexe «taux cibles de prise en charge en CN24 pour les 15 couples de GHM»*). Le concept de geste marqueur est dérivé des travaux de l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) sur les interventions traçables réalisables en ambulatoire et des travaux de l'AFCA (Association Française de Chirurgie Ambulatoire) sur les actes marqueurs. Ces gestes marqueurs constituent des indicateurs de la pratique générale de la chirurgie ambulatoire, des vecteurs de son développement (*PNIR 2003*).

Etapas de la création d'une UCA

La chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel pluridisciplinaire centré sur le patient, en rupture avec la pratique de l'hospitalisation traditionnelle. Son développement suppose une évolution d'un système centré sur l'acte chirurgical vers une culture d'organisation centrée sur le patient, en amont comme en aval de l'acte chirurgical (PNIR. 2003).

Le mode de prise en charge ambulatoire impose aux professionnels une collaboration pluridisciplinaire étroite, une organisation rigoureuse, un niveau d'exigence élevé lié à la brièveté du séjour hospitalier et à l'enjeu permanent de qualité et de sécurité des soins.

La création d'une UCA suppose :

- Un soutien institutionnel
- Une implication des différentes catégories professionnelles participant à l'activité de l'UCA
- Un état des lieux du potentiel de substitution, des circuits patients existants, des critères habituels de recrutement et de sortie, des freins potentiels
- Une démarche de communication, d'information des patients et des professionnels
- Une sélection appropriée des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire
- L'individualisation et l'organisation d'un chemin clinique sont également essentielles pour maîtriser le flux des patients d'ambulatoire
- Le choix et le recueil de données de pilotage de l'UCA
- L'évaluation du taux de satisfaction des patients et des professionnels impliqués.

La Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MeaH) a mis en place un travail de promotion de la chirurgie ambulatoire au travers de missions d'audit, de la diffusion d'un recueil des bonnes pratiques organisationnelles, de la mise à disposition d'un outil d'évaluation et de suivi de la chirurgie ambulatoire (MeaH. «*Organisation de la chirurgie ambulatoire*» 2006 et 2007 ; MeaH. «*Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité* »).

La création d'une UCA polyvalente intégrée, telle que celle du Centre François Xavier Michelet (CFXM, CHU de Bordeaux) créée en avril 2008, nécessite la mise en place d'une «coordination transversale» dans laquelle les équipes d'anesthésie réanimation sont fortement impliquées, du fait de la transversalité de notre spécialité. Cette coordination concerne en particulier : la sélection des patients avec la possibilité d'étendre les indications, les

techniques anesthésiques (anesthésie générale, ALR), la définition des critères de sortie du patient, le suivi au domicile (douleur, satisfaction, complications), le développement d'outils d'évaluation et la mise en place d'indicateurs.

Gestion d'une UCA : suivre l'activité, évaluer les pratiques, communiquer, améliorer

Le suivi de l'activité et l'évaluation régulière des pratiques sont des éléments essentiels du développement d'une UCA (*Sztark F. JEPU 2008 ; Mattila K. et Hynynen M. 2009*). Le suivi de l'activité de l'UCA est basé sur un recueil régulier de données patient, de données administratives et du codage des actes pratiqués. Il appartient à chaque structure de s'approprier ses propres outils.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge et des pratiques passe par l'analyse régulière des indicateurs locaux (objectifs locaux, indicateurs définis pour l'UCA) (*Mattila K. et Hynynen M. 2009*) et par le suivi d'indicateurs nationaux permettant une analyse comparative (gestes marqueurs extraits du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) (*MeaH. "Organisation de la chirurgie ambulatoire» 2006*).

Les indicateurs de suivi liés à l'anesthésie permettent une mesure objective de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire et de ses résultats. Ils permettent d'apporter la preuve d'une pratique appropriée, de signaler des événements sentinelles et de dégager des axes d'amélioration.

Cette démarche d'analyse critique de l'évaluation de nos pratiques s'inscrit dans processus continu d'adaptation, elle vise à dégager les axes d'amélioration, à favoriser la communication entre les professionnels engagés dans l'activité de l'UCA, à optimiser la prise en charge des patients.

3. OBJECTIFS

1.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer, du 1^{er} novembre 2008 au 30 juin 2009, l'activité d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire créée en avril 2008 (description de la structure et de l'organisation du chemin clinique, analyse descriptive de l'activité).

1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de ce travail sont :

- Evaluer les outils de suivi de l'activité de la structure d'ambulatoire
- Dégager les axes d'amélioration concernant les pratiques anesthésiques

4. MATERIEL ET METHODES

4.1. Evaluation des pratiques de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) a édité en 2006 un rapport intermédiaire sur l'organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques (MeaH. "*Organisation de la chirurgie ambulatoire*» 2006). Ce rapport propose une méthode d'audit visant à aider les professionnels à dégager les axes d'amélioration.

Dans ce travail, l'évaluation des pratiques de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) polyvalente du CFXM (CHU de Bordeaux) était ciblée sur l'évaluation des pratiques d'implications anesthésiques. Nous avons choisi de centrer nos actions sur l'analyse du chemin clinique et du tableau de bord mis en place dans l'UCA. Nous avons ainsi mené une étude rétrospective descriptive sur la période du 01/11/2008 au 30/06/2009, à partir de bases de données établies de manière prospective.

4.2. Analyse de l'activité : l'échantillon de patients

4.2.1. Définition des patients éligibles à l'ambulatoire au niveau national

Les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire retenus au Centre François Xavier Michelet (CFXM) sont ceux édités par la SFAR (*SFAR, « Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire » 1990 -1994, voir annexe*).

4.2.2. Patients inclus dans l'analyse au CFXM

Ont été inclus dans l'analyse :

- L'ensemble des patients ayant bénéficié d'un acte marqueur de chirurgie ambulatoire isolé, au sein de l'unité géographique du CFXM, enregistré dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du 01/11/2008 au 30/06/2009 inclus. Parmi ceux-ci, les séjours classés dans la catégorie majeure 24 (CM24), c'est à dire ayant la même date d'entrée et de sortie, ont été considérés comme relevant de la chirurgie en ambulatoire.
- L'ensemble des séjours enregistrés dans la base de donnée du suivi de l'activité des blocs opératoires du plateau technique du CFXM du 01/11/2008 au 30/06/2009 inclus (logiciel Prima Activité®).
- L'ensemble des séjours enregistrés dans le tableau de bord de suivi quotidien de l'activité de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire du CFXM du 01/11/2008 au 30/06/2009 inclus (logiciel « UAC_suiviAQ » MeaH).

4.3. Méthodes d'analyse

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, effectuée à partir de la méthode d'audit du chemin clinique proposé par la MeaH et de bases de données établies de manière prospective. La période d'analyse s'étend du 1er novembre 2008 au 30 juin 2009.

Les données ont été extraites du PMSI par le Service d'Information Médicale du CHU de Bordeaux (Pr Salamon) après accord du chef de service d'Anesthésie Réanimation (Pr Maurette) et du responsable du pôle chirurgical (Dr Castède).

Les données de suivi de l'activité de l'UCA ont été extraites du tableau de bord utilisé au sein de l'UCA du CFXM (logiciel « UCA_SUIVIAQ » développé et fourni par la MeaH). Ce fichier Microsoft Excel® était rempli quotidiennement par le cadre de santé de l'UCA. Les données de suivi de l'activité chirurgicale du plateau technique du CFXM ont été extraites du logiciel Prima Activité®.

4.3.1. Méthode d'évaluation du chemin clinique et du suivi de l'activité

Le circuit patient de l'UCA du Centre François Xavier Michelet (CHU de Bordeaux) a été analysé selon la méthode d'audit proposée par la MeaH jointe en annexe et disponible sur le site <http://www.meah.sante.gouv.fr>. Le chemin clinique de référence est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 1. Le chemin clinique de référence proposé par la MeaH

| externe | hébergement | bloc |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| consultation chirurgie | | |
| consultation anesthésie | | |
| information du patient | | |
| pré admission | | |
| prise de contact téléphonique à J-1 | | |
| | arrivée | |
| | préparation | |
| | prémédication | passage au bloc |
| | départ bloc | |
| | | passage en SSPI |
| | surveillance | |
| | prise en charge de la douleur | |
| | collation | |
| | organisation de la sortie | |
| | dispensation des consignes | |
| permanence des soins | | |
| contact téléphonique à J+1 | | |
| organisation des suites de soins | | |

L'analyse des étapes du chemin clinique et la méthode d'audit étaient basées sur celles du rapport intermédiaire publié par la MeaH. Pour chaque étape, les pratiques étaient identifiées comme « bonnes » (+) ou comme « perfectible » (-). Les critères de cotation à

chaque étape du chemin clinique étaient ceux utilisés dans le rapport d'audit de la MeaH (*voir annexe, MeaH. "Organisation de la chirurgie ambulatoire» Rapport intermédiaire 2006*).

L'évaluation du suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire consistait à évaluer l'existence et l'utilisation d'un tableau de bord mis en place dans l'UCA (logiciel «UCA_SuiviAQ» développé et fourni par la MeaH). Les critères de jugement étaient les suivants : données et indicateurs recueillis, possibilité d'exploitation des données pour le suivi des indicateurs suivants : taux de rotation des places d'ambulatoire, taux d'annulation à J0, taux de récusation à J0, taux de complication post opératoire à l'UCA, taux de transfert en hospitalisation traditionnelle, taux de réadmission, taux de satisfaction.

4.3.2. Analyse des données du tableau de bord de l'UCA et de « Prima Activité »

Les données extraites de ce tableau de bord (logiciel «UCA_SuiviAQ») et les données extraites de la base « Prima Activité » ont été traitées dans le logiciel Microsoft Excel®. L'activité des spécialités de chirurgie plastique, de chirurgie de la main et de chirurgie des brûlés a été regroupée sous le terme de « chirurgie plastique ».

4.3.3. Analyse des données du PMSI

Séjours analysés

Seuls les séjours classés dans un GHM de type chirurgical (comportant un geste marqueur classant isolé) au sein de l'unité géographique CFXM ont été retenus pour décrire l'activité de chirurgie éligible à l'ambulatoire au CFXM.

Parmi ceux-ci, les séjours classés dans la catégorie majeure 24 (CM24), c'est à dire ayant la même date d'entrée et de sortie, ont été considérés comme relevant de la chirurgie en ambulatoire ; les séjours hors CM24 ont été considérés comme relevant de la chirurgie en hospitalisation complète.

Groupes homogènes de malades, gestes marqueurs et CCAM

La méthodologie nationale d'étude des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire définit une liste d'actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) dits marqueurs regroupés en Gestes Marqueurs (GM).

Ces gestes marqueurs permettent de définir des Groupes Homogènes de Malade (GHM), ils constituent des indicateurs nationaux de suivi de l'activité de chirurgie ambulatoire. A cette liste de gestes nationaux, s'ajoute une liste de gestes marqueurs régionaux (région Aquitaine).

Tableau 2. Liste des gestes marqueurs nationaux (■ Réalisé au CFXM)

| | | | |
|------|------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------|
| GM 1 | Arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique | GM 10 | Destruction de tumeurs anales |
| GM 2 | Extractions dentaires | GM 11 | Phimosi s âge < 15ans |
| GM 3 | Chirurgie de la cataracte | GM 12 | Maladie de Dupuytren |
| GM 4 | Chirurgie des varices | GM 13 | Décompression du nerf médian au canal carpien |
| GM 5 | Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies | GM 14 | Chirurgie testiculaire âge < 15ans |
| GM 6 | Chirurgie du strabisme | GM 15 | Coelioscopies gynécologiques |
| GM 7 | Chirurgie ORL | GM 16 | Hernies unilatérales ouvertes de l'adulte âge > ou = 16 ans |
| GM 8 | Chirurgie du sein | GM 17 | Cures de Hernies sous coelioscopie |
| GM 9 | Chirurgie anale hors destruction de tumeur anale | GM 18 | Hernies de l'enfant âge < 16ans |

Tableau 3. Liste des gestes marqueurs régionaux (■ Réalisé au CFXM)

| | | | |
|-------|-----------------------------------|-------|-------------------------------------------|
| GM 19 | Ablation matériel d'ostéosynthèse | GM 27 | Chirurgie testiculaire |
| GM 20 | Actes sur tendons main et pied | GM 28 | Dilatations-Curetages-Hystéroscopies |
| GM 21 | Arthroscopie de l'épaule | GM 29 | Lithiase urinaire |
| GM 22 | Biopsies osseuses | GM 30 | Neurochirurgie Fonctionnelle |
| GM 23 | Chirurgie de l'avant-pied | GM 31 | Accès Vasculaire |
| GM 24 | Chirurgie de la main | GM 32 | Angioplasties transcutanées périphériques |
| GM 25 | Neurolyse hors médian | GM 33 | Glaucome |
| GM 26 | Chirurgie de l'incontinence | GM 34 | Hernie discale par voie postéro-latérale |

Les cotations CCAM correspondant à chacun de ces gestes marqueurs sont jointes en annexe.

Regroupement de l'activité par grandes spécialités chirurgicales

La description de l'activité par grandes spécialités chirurgicales a été réalisée en regroupant les GM par spécialité selon la méthode suivante :

| Spécialité Chirurgicale | Regroupement de Gestes Marqueurs |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chirurgie Maxillo Faciale | GM 2 Extractions dentaires |
| Chirurgie Ophtalmologique | GM 3 Chirurgie de la cataracte GM 6 Chirurgie du strabisme GM 33 Glaucome |
| Chirurgie ORL | GM 5 Adénoïdectomies et/ou Amygdalectomies GM 7 Chirurgie ORL |
| Chirurgie Plastique et de la main | GM 8 Chirurgie du sein GM 12 Maladie de Dupuytren GM 13 Décompression du nerf médian au canal carpien GM 19 Ablation matériel d'ostéosynthèse GM 20 Actes sur tendons main et pied GM 22 Biopsies osseuses GM 24 Chirurgie de la main GM 25 Neurolyse hors médian |

4.4. Analyses statistiques

Les variables suivantes faisant l'objet d'une analyse statistique étaient définies ainsi :

Taux d'ambulatoire = nombre de séjours ambulatoires / nombre de séjours

Taux de rotation des places d'ambulatoire = nombre de séjours à l'UCA par jour / nombre de places d'ambulatoire ouvertes par jour

Taux d'hospitalisation = nombre de patients transférés en hospitalisation complète / nombre séjours ambulatoire

Taux de réadmission = nombre de patients réadmis après leur sortie / nombre séjours ambulatoire

Taux de satisfaction = nombre de patients satisfaits / nombre de patients interrogés

5. RESULTATS

5.1. Evaluation des pratiques : le chemin clinique

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire du CFXM est une unité autonome intégrée attenante et en lien direct avec les blocs opératoires du plateau technique grâce à une passerelle de liaison spécifique, elle compte 13 lits annualisés soit 20 places par jours réparties en 15 fauteuils et 5 chambres individuelles. L'unité est organisée autour de trois zones principales :

- Le secteur d'accueil administratif et soignant avec le secrétariat, la salle d'attente et la zone de convivialité
- Le secteur préopératoire avec le vestiaire, la salle de préparation technique et la salle de transfert
- Le secteur de repos adulte et pédiatrique d'une capacité d'accueil de 20 places composé de 5 chambres individuelles, 15 fauteuils – lits et d'une salle de jeux

Les patients concernés sont issus des spécialités chirurgicales du pôle : Brûlés, Chirurgie Maxillo-faciale, Chirurgie Plastique et reconstructrice, Ophtalmologie, Chirurgie ORL. Les patients sont des enfants âgés de 6 mois minimum et des adultes de tout âge.

Le chemin clinique du patient au sein de l'UCA du Centre François Xavier Michelet est défini dans le règlement intérieur de l'unité et comporte les étapes suivantes :

La période préopératoire

Lors de la consultation chirurgicale, le médecin peut proposer une prise en charge ambulatoire. La date de l'intervention est définie et inscrite sur le logiciel de programmation opératoire. Une fiche de liaison médicale « chirurgie-anesthésie » est remplie et transmise à la consultation d'anesthésie.

Le patient est ensuite reçu en consultation d'anesthésie préopératoire : son éligibilité pour l'acte ambulatoire est confirmée. La technique d'anesthésie est définie en fonction des indications chirurgicales et de l'état clinique (anesthésie générale, locale ou loco régionale). Une fiche d'information établie par le CHU de Bordeaux (groupe de travail sur la chirurgie ambulatoire dirigé par le Pr Sztark) lui est remise avec les recommandations préopératoires, les obligations inhérentes à un acte fait en ambulatoire. La pré admission est alors réalisée.

Le patient est appelé la veille par le personnel infirmier de l'UCA pour préciser l'heure d'arrivée et redonner les consignes préopératoires.

Le jour de l'intervention

La vérification du respect des consignes préopératoires et des données du dossier est réalisée dans le bureau d'accueil confidentiel par l'infirmière. Dans le vestiaire, un casier personnalisé avec clé est attribué au patient. Le patient est ensuite installé dans la salle de transfert sur un chariot ou un fauteuil de repos pour son départ au bloc opératoire (circuit court, brancardier dédié).

Dans la période postopératoire, le patient bénéficie d'un circuit court avec retour direct dans l'UCA s'il s'agit d'une anesthésie locale ou d'une surveillance en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) s'il s'agit d'une anesthésie générale ou locorégionale.

Après sa sortie du bloc opératoire ou de la SSPI, le patient bénéficie d'une surveillance et de soins infirmiers en salle de repos comprenant l'évaluation de l'analgésie post opératoire par les scores EVS, OPS et adulte non communiquant, une évaluation de l'aptitude à la rue par un score de Chung modifié. La chirurgie à risque hémorragique potentiel doit bénéficier d'une surveillance post opératoire de 6h (par exemple les amygdalectomies).

La visite d'un médecin responsable permet de valider la sortie (anesthésiste et/ou chirurgien). Le patient part avec le courrier pour le médecin traitant, les prescriptions signées et le rendez-vous de contrôle. Un bulletin de sortie mentionnant la chirurgie, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post opératoire ou anesthésique lui est également remis.

Dans l'éventualité où le patient ne peut sortir le jour de l'intervention, son hospitalisation sera organisée dans un secteur d'hospitalisation traditionnelle ou de semaine de la spécialité concernée au sein de l'établissement.

Evaluation du séjour hospitalier

Cette évaluation est réalisée par l'infirmière de l'UCA lors d'un appel téléphonique à J1 visant à évaluer les protocoles d'analgésie et l'indice de satisfaction.

Le tableau suivant propose un résumé des pratiques identifiées comme « bonnes » (+) ou comme « perfectibles » (-), il vise à aider les professionnels à cibler les étapes de la prise en charge pouvant faire l'objet de propositions d'actions d'amélioration.

Tableau 4. Synthèse des pratiques observées aux différentes étapes du circuit patient (+ bonne pratique, - pratique perfectible)

| Etape du chemin clinique | Chirurgie maxillo faciale | Chirurgie ophtalmologique | Chirurgie ORL | Chirurgie plastique |
|------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|
| Consultation de chirurgie | + | + | +/- | + |
| Consultation d'anesthésie | + | + | +/- | + |
| Information du patient | + | + | + | + |
| Prise de contact anticipée | + | + | + | + |
| Pré admission | + | + | + | + |
| Accueil | + | + | + | + |
| Installation | + | + | + | + |
| Préparation | + | + | + | + |
| Prémédication | - | - | - | - |
| Départ au bloc | + | + | + | + |
| Intervention | + | + | + | + |
| Sortie SSPI | +/- | +/- | +/- | +/- |
| Prise en charge douleur | + | + | + | + |
| Organisation sortie | + | + | + | + |
| Dispensation des consignes au patient | + | + | + | + |
| Organisation de la permanence des soins | + | + | + | + |
| Contact J+1 | + | + | + | + |
| Prise en charge des suites de soin | + | + | + | + |
| Nb bonne pratique/pratiques perfectibles | 16/2 | 16/2 | 14/4 | 16/2 |
| % pratiques perfectibles | 12,5% | 12,5% | 28% | 12,5% |

L'analyse du chemin clinique de l'UCA révèle, pour l'ensemble des spécialités, l'absence de protocole de prémédication des patients d'ambulatoire. Les modalités de prise en charge des patients ambulatoires en SSPI ne sont pas formalisées (malgré un circuit spécifique bien identifié), à l'exception de celles des patients bénéficiant d'une chirurgie de la cataracte sous anesthésie locale topique ou sous ténonienne isolée (ils regagnent l'UCA selon un circuit post opératoire court et ne passent pas en SSPI).

Concernant la chirurgie ORL, les modalités de partage de l'information ne permettent pas à l'anesthésiste d'identifier qu'une prise en charge ambulatoire a été proposée au patient par le chirurgien (absence de fiche de liaison entre la consultation chirurgicale et la consultation anesthésique à l'exception des amygdalectomies et adénoïdectomies pour lesquelles cette fiche de liaison est systématiquement remplie).

5.2. Activité globale, par geste marqueur et par spécialité

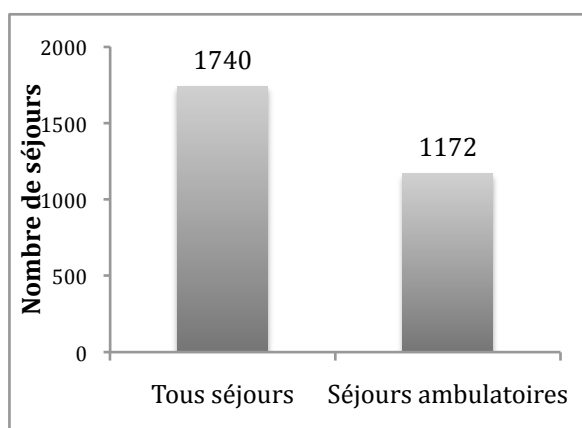
5.2.1. Analyse de l'activité globale

L'activité chirurgicale pour gestes marqueurs (tous séjours pour geste marqueur enregistré dans le PMSI du 01/11/2008 au 30/06/2009) représentait 24% de l'activité chirurgicale du CFXM.

Tableau 5. Activité chirurgicale du 01-11-2008 au 30-06-2009

| | Nombre de séjours |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Ensemble des actes chirurgicaux enregistrés au CFXM | 7242 |
| Tous séjours pour geste marqueur PMSI | 1740 |
| Tous séjours enregistrés en ambulatoire (tableau de bord, UCA) | 2579 |

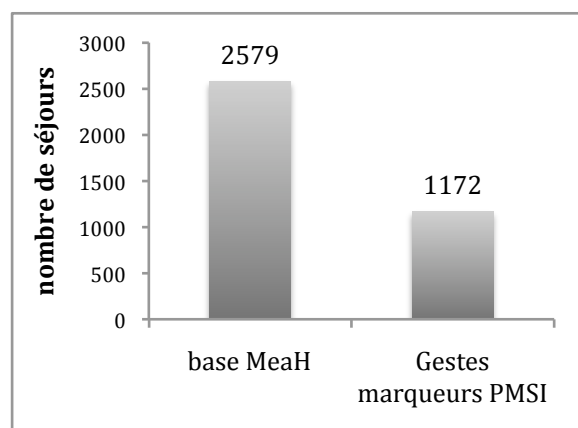
Figure 4. Activité du 01/11/2008 au 30/06/2009 pour les gestes marqueurs enregistrés dans le PMSI



La figure 4 représente les résultats de l'analyse des données extraites du PMSI (gestes marqueurs). Le groupe « tous séjours » représente l'ensemble des séjours comportant un geste marqueur (GM) isolé au cours de cette période, quelque soit la durée d'hospitalisation.

Le taux d'ambulatoire pour l'ensemble des GM enregistrés dans le PMSI du 01/11/2008 au 30/06/2009 était de 67,3%.

Figure 5. Comparaison du nombre de séjours ambulatoires du 01/11/2008 au 30/06/2009 (nombre de séjours enregistrés dans le tableau de bord MeaH et nombre de séjours ambulatoires pour geste marqueur du PMSI)



Sur la figure 5 on observe que la part de geste non marqueurs dans l'activité globale de l'UCA était de 54% du 01-11-2008 au 30-06-2009.

5.2.2. Analyse de l'activité par geste marqueur

Les figure 3 et 4 représentent respectivement l'activité par GM (enregistré dans le PMSI du 01-11-2008 au 30-06-2009) et le taux de chirurgie ambulatoire pour chaque GM.

Figure 6. Activité du 01-11-2008 au 30-06-2009 par geste marqueur (n = nombre de séjours du groupe « tous séjours »)

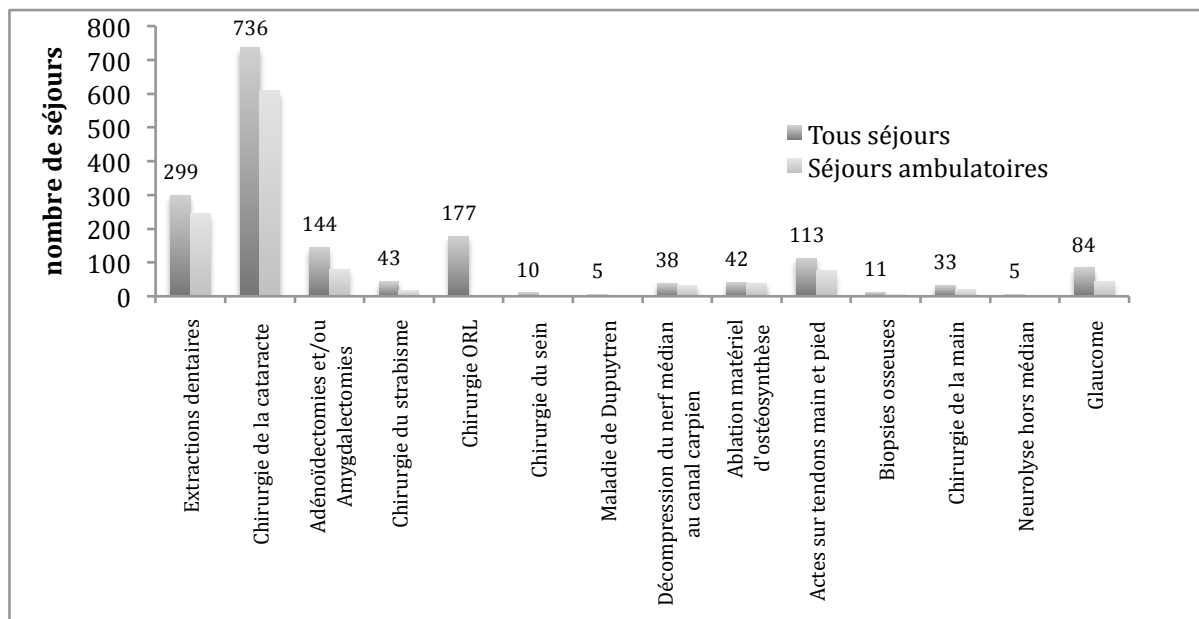
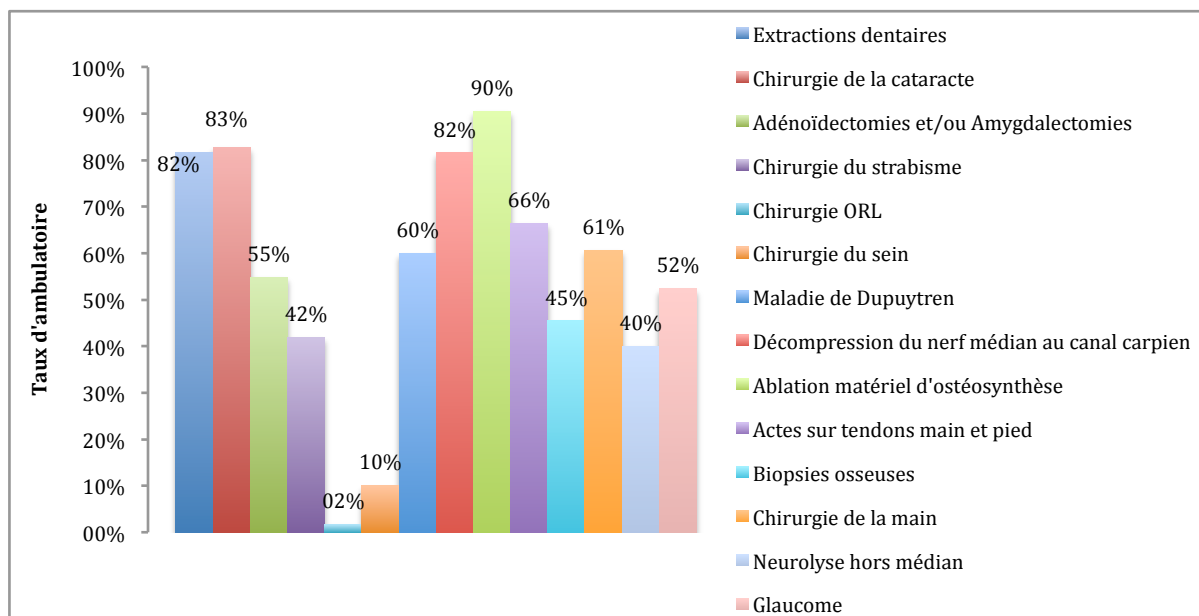


Figure 7. Taux d'ambulatoire pour chaque geste marqueur enregistré dans le PMSI du 01-11-2008 au 30-06-2009



Concernant la chirurgie ORL (GM) et la chirurgie du sein le taux d'ambulatoire était inférieur à 20%.

5.2.3. Analyse de l'activité par spécialité

Le tableau 6 récapitule, pour chaque spécialité, l'activité de gestes marqueurs (données PMSI) et l'activité chirurgicale globale du CFXM du 01/11/2008 au 30/06/2009.

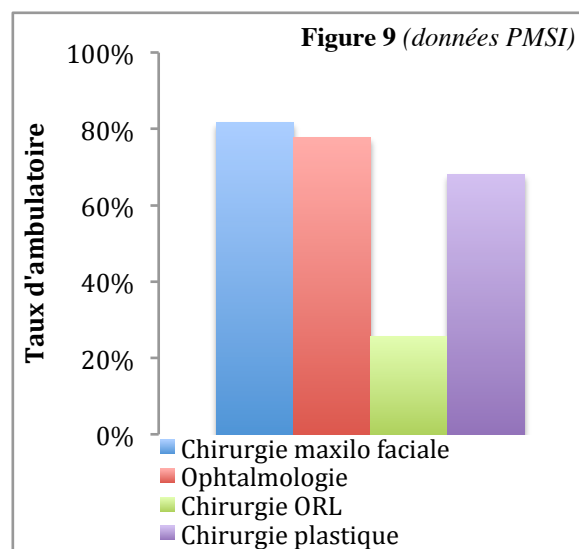
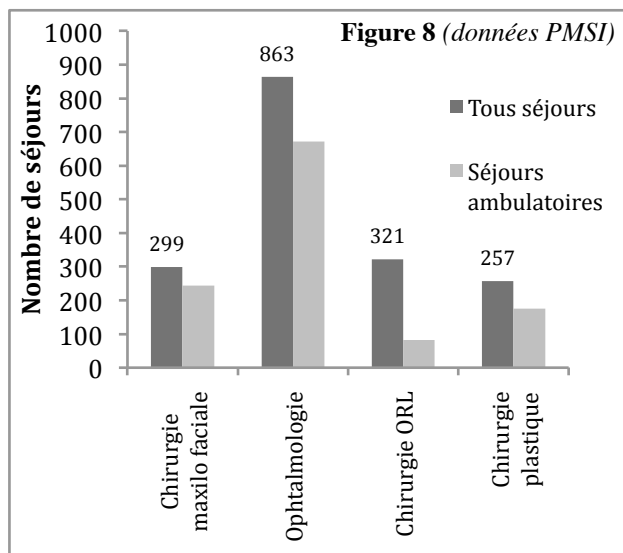
Tableau 6. Activité, répartition des gestes marqueurs et taux d'ambulatoire par spécialité du 01-11-2008 au 30-06-2009

| | Chirurgie Maxillo faciale | Ophtalmologie | Chirurgie ORL | Chirurgie Plastique |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Ensemble des actes chirurgicaux enregistrés au CFXM | 1391 | 2455 | 1472 | 1924 |
| Tous séjours pour geste marqueur (données PMSI) | 299 | 863 | 321 | 257 |
| % de gestes marqueurs réalisé par spécialité | 21,5% | 35,2% | 21,8% | 13,4% |

Les figure 5 et 6 représentent respectivement l'activité analysée par spécialité chirurgicale (regroupement de GM enregistrés dans le PMSI) et le taux de chirurgie ambulatoire pour GM dans chaque spécialité, du 01-11-2008 au 30-06-2009.

Figure 8. Activité du 01-11-2008 au 30-06-2009, issue des données du PMSI, par spécialité chirurgicale (regroupement de gestes marqueurs), n = nombre total de séjours (groupe « tous séjours »)

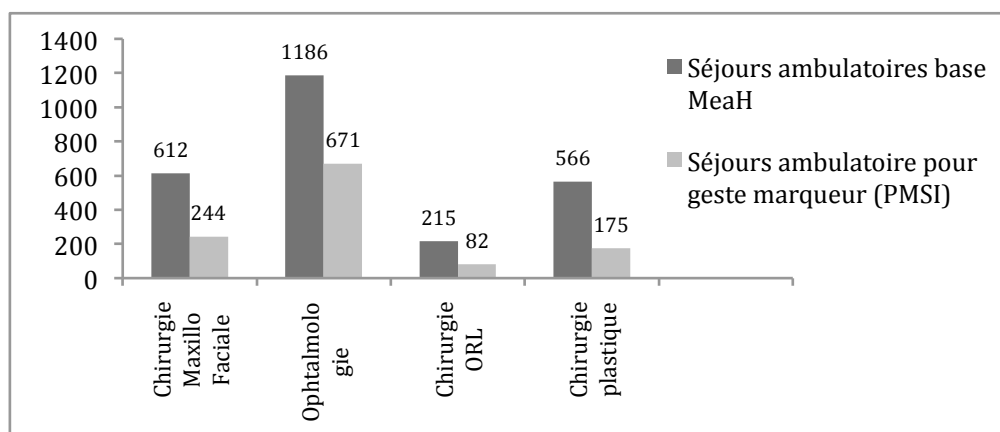
Figure 9. Taux d'ambulatoire pour les gestes marqueurs enregistrés dans le PMSI du 01-11-2008 au 30-06-2009 regroupés par spécialité



Regroupée par grande spécialité chirurgicale, l'analyse de l'activité retrouvait un taux d'ambulatoire inférieur à 20% pour la chirurgie ORL.

La figure 7 représente pour chaque spécialité la comparaison du nombre de séjours ambulatoires enregistrés dans le PMSI (séjours pour geste marqueurs) et dans le tableau de bord de l'UCA (logiciel MeaH « UCA_SuiviAQ »).

Figure 10. Comparaison du nombre de séjours ambulatoires enregistrés sur le tableau de bord MeaH au nombre de séjours ambulatoires pour geste marqueur par spécialité (PMSI) du 01-11-2008 au 30-06-2009



Ainsi, la part de geste non marqueurs parmi les gestes pratiqués dans l'Unité de Chirurgie Ambulatoire du 01-11-2008 au 30-06-2009 est respectivement de 60% pour la chirurgie maxillo faciale, 43% pour l'ophtalmologie, 62% pour la chirurgie ORL et 69% pour la chirurgie plastique.

5.3. Répartition de l'activité par geste marqueur et par spécialité

5.3.1. Synthèse des taux d'ambulatoire

Sur la période du 01/11/2008 au 30/06/2009, le taux d'ambulatoire global était de 35,6% de l'activité chirurgicale du CFXM, 67,3% des GM enregistrés dans le PMSI étaient réalisés en ambulatoire.

Les taux d'ambulatoire par spécialité sont rapportés dans les tableaux suivants :

Tableau 7. Taux d'ambulatoire pour les gestes marqueurs regroupés par spécialité (**données du PMSI**)

| Données extraites du PMSI | Chirurgie maxillo faciale | Ophtalmologie | Chirurgie ORL | Chirurgie plastique |
|------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Tous séjours pour GM | 299 | 863 | 321 | 257 |
| Séjours ambulatoires pour GM | 244 | 671 | 82 | 175 |
| Taux d'ambulatoire | 81,6% | 77,8% | 25,5% | 68,1% |

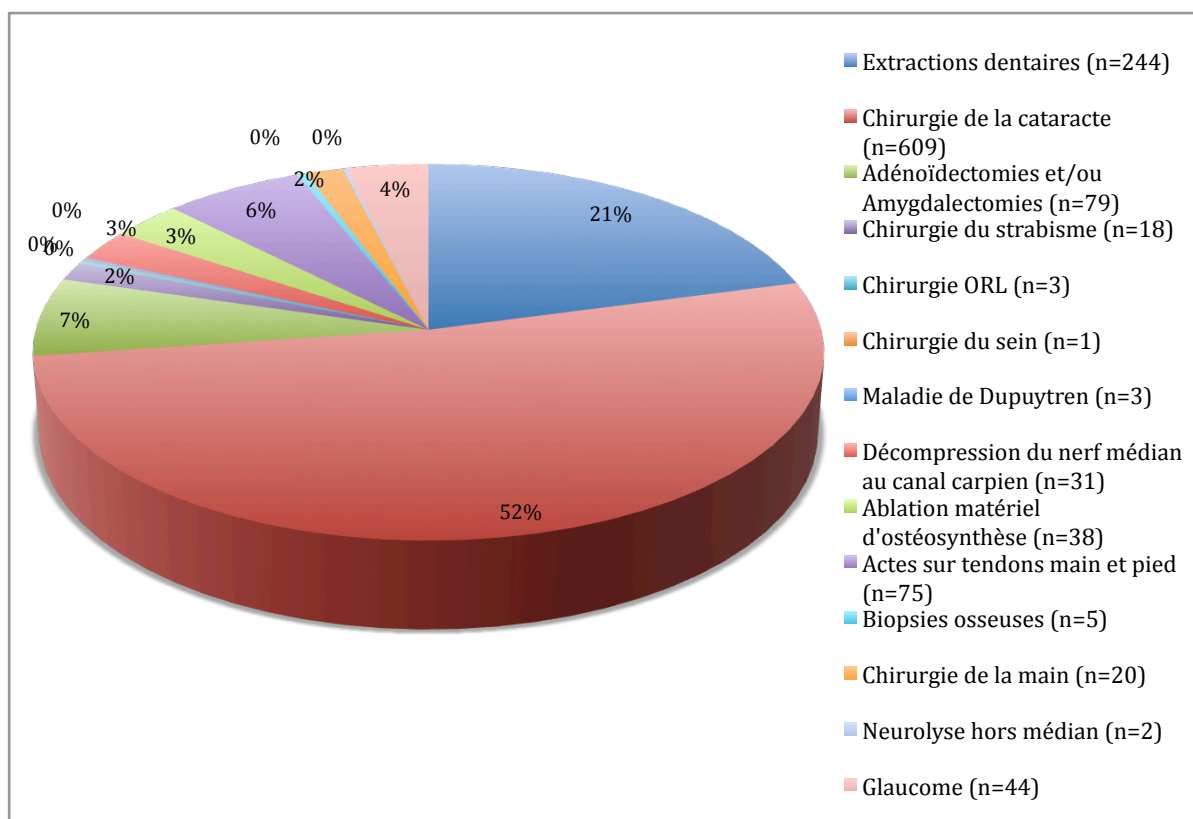
Tableau 8. Taux d'ambulatoire pour l'activité globale de chaque spécialité chirurgicale (**données prima activité® et tableau de bord UCA**)

| | Chirurgie Maxillo faciale | Ophtalmologie | Chirurgie ORL | Chirurgie Plastique |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| Ensemble des actes chirurgicaux enregistrés au CFXM | 1391 | 2455 | 1472 | 1924 |
| Séjours ambulatoire (données de la base MeaH de l'UCA) | 612 | 1186 | 215 | 566 |
| Taux d'ambulatoire | 44,0% | 48,3% | 14,6% | 29,4% |

5.3.2. Répartition des gestes marqueurs réalisés en ambulatoire

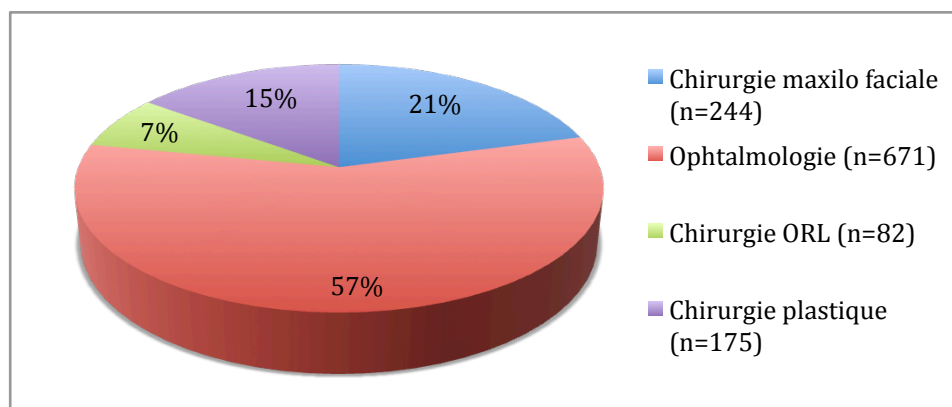
La figure 11 représente la répartition, par geste marqueur, de l'activité enregistrée en ambulatoire dans le PMSI (séjours ambulatoires pour GM sur la période étudiée).

Figure 11. Répartition par geste marqueur de l'activité ambulatoire enregistrée dans le PMSI du 01-11-2008 au 30-06-2009



La figure 12 représente la répartition par spécialité (regroupement de GM) de l'activité enregistrée en ambulatoire dans le PMSI (séjours ambulatoires pour GM sur la période étudiée).

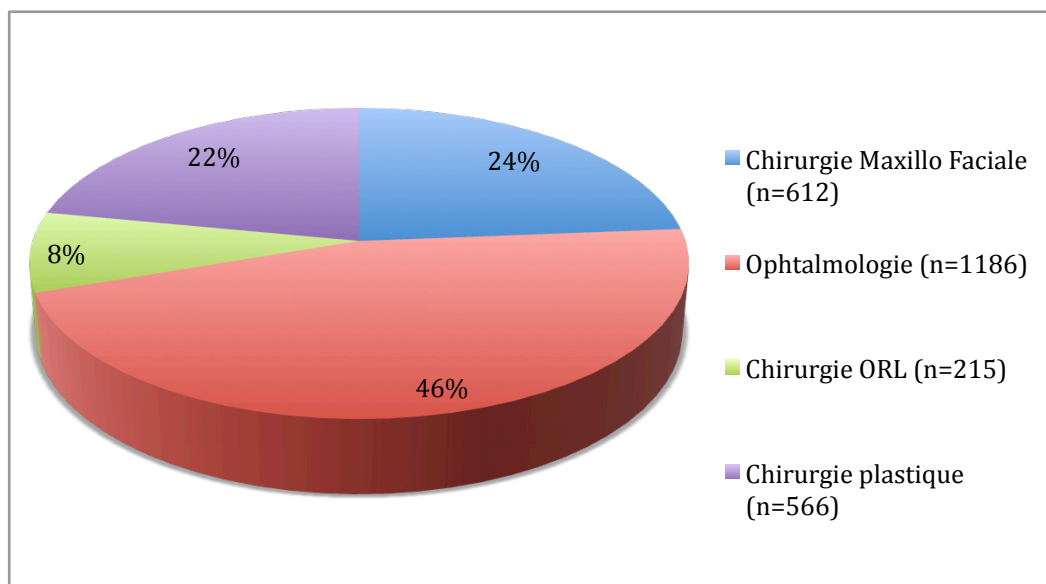
Figure 12. Répartition par spécialité de l'activité ambulatoire de gestes marqueurs enregistrés dans le PMSI du 01-11-2008 au 30-06-2009



5.3.3. Répartition par spécialité de l'activité ambulatoire globale

La figure 13 représente la répartition par spécialité de l'activité ambulatoire enregistrée dans le tableau de bord de l'UCA (base « UCA_SuiviAQ » MeaH) du 01/11/2008 au 30/06/2009.

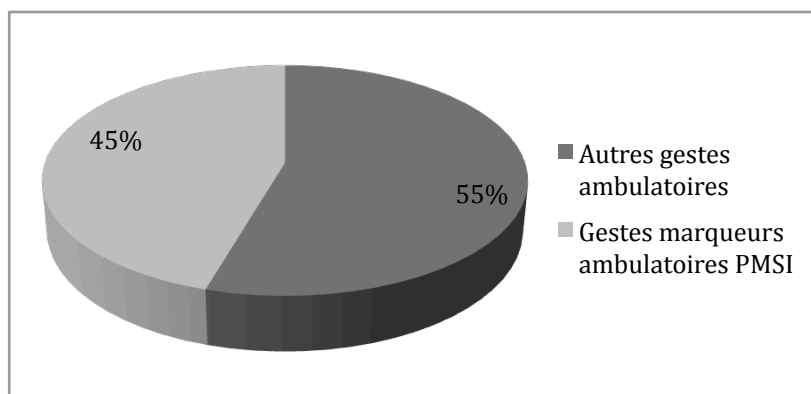
Figure 13. Répartition par spécialité chirurgicale de l'activité ambulatoire enregistrée dans le tableau de bord de l'UCA du 01-11-2008 au 30-06-2009.



5.3.4. Répartition des gestes marqueurs dans l'activité ambulatoire

La figure 14 représente la répartition des gestes marqueurs dans l'activité ambulatoire globale enregistrée dans le tableau de bord de l'UCA (base « UCA_SuiviAQ » MeaH) du 01/11/2008 au 30/06/2009.

Figure 14. Répartition des gestes marqueurs dans l'activité ambulatoire globale enregistrée dans le tableau de bord de l'UCA du 01/11/2008 au 30/06/2009



5.4. Indicateurs spécifiques extraits du tableau de bord « UCA_SuiviAQ » MeaH

L'analyse des indicateurs spécifiques du tableau de bord de l'UCA (logiciel MeaH « UCA_SuiviAQ »), du 01/11/2008 au 30/06/2009, retrouvait un taux de rotation des places d'ambulatoire de 0,85. Au cours de cette même période :

- le taux d'annulation à J0 était de 2%
- le taux de récusation de patient à J0 était de 1%
- moins de 1% des patients ne s'étaient pas présenté le jour de l'intervention
- le taux de transfert en hospitalisation traditionnelle était de 2,2%
- le taux de complication post opératoire à l'UCA était de 1,7%
- moins de 1% de problèmes organisationnels avaient été enregistrés.
- Le taux de réadmission n'était pas calculable (données non disponibles)

Taux de satisfaction des patients de chirurgie ambulatoire étaient systématiquement évalué par une infirmière de l'UCA lors de l'appel du lendemain. Le questionnaire de satisfaction était identique pour tous les patients et comprenait l'évaluation de la douleur post opératoire, l'évaluation des nausées et vomissements post opératoires, la notion de saignement, la nécessité d'appel du médecin traitant, la satisfaction de la prise en charge.

Le taux de satisfaction enregistré sur la période du 01/11/2008 au 30/06/2009 était de 87,5%.

Tableau 9. Appel du lendemain et taux de satisfaction des patients

| | nombre de patients |
|-------------------------------------------------------|--------------------|
| Patients satisfaits | 2152 |
| Patients non satisfaits | 14 |
| Patients injoignables | 288 |
| Appel sans réponse | 5 |
| Nombre de patients contactés à J+1 | 2459 |
| Nombre de séjours enregistrés dans le tableau de bord | 2579 |
| Taux de contact à J+1 | 95,3% |
| Taux de satisfaction | 87,5% |

6. DISCUSSION

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire du CFXM, créée en avril 2008 au sein du CHU de Bordeaux, est opérationnelle et son activité représentait 35% de l'ensemble de l'activité chirurgicale du CFXM (du 01/11/2008 au 30/06/2009). L'analyse de son circuit patient a permis de dégager 3 principaux axes de progression. Le taux d'ambulatoire pour l'ensemble des gestes marqueurs était de 67,3% (gestes marqueurs enregistrés dans le PMSI au CFXM du 01/11/2008 au 30/06/2009). De fortes disparités du taux d'ambulatoire pour les actes traceurs étaient observées. L'extraction des données du tableau de bord de l'UCA (logiciel MeaH « UCA_SuiviAQ ») a également permis l'analyse des principaux indicateurs de qualité.

L'évaluation des pratiques était ciblée sur l'analyse du chemin clinique de l'UCA basée sur la méthode d'audit proposée par la MeaH (*MeaH. "Organisation de la chirurgie ambulatoire» 2006*). Pour l'ensemble des spécialités chirurgicales de l'UCA, les pratiques « perfectibles » impliquant l'anesthésie étaient la prémédication, la formalisation de la prise en charge des patients de l'UCA en SSPI. Concernant la chirurgie ORL, un dysfonctionnement dans le partage des informations médicales entre spécialités à la phase pré hospitalière était lié à l'absence de fiche médicale de liaison entre les consultations de chirurgie et d'anesthésie (à l'exception des amygdalectomies et/ou adénoïdectomies).

Faut-il prémédiquer les patients de chirurgie ambulatoire ? Le stress et l'anxiété pré opératoire sont fréquents, tout particulièrement la crainte de la douleur post opératoire, du réveil per opératoire, de l'attente au bloc et de la mise en place de la perfusion (*McCleane GJ, Cooper R 1990*). Les indications d'une prémédication préopératoire en ambulatoire sont l'anxiolyse, la sédation, l'amnésie et la prévention des nausées/vomissements et de l'inhalation. La crainte d'une augmentation de la durée de séjour peut conduire à ne pas prémédiquer à visée anxiolytique les patients de l'UCA. Les données de la littérature ne permettent pas d'établir de consensus chez l'adulte (*Smith AF, Pittaway AJ. 2003*). Une prescription individualisée basée sur un score de mesure du stress et de l'anxiété pré opératoire pourrait s'avérer particulièrement adaptée à la chirurgie ambulatoire (accueil personnalisé, prise en charge individualisée et centrée sur les besoins du patient) (*Wetsch, W. A., et al 2009*).

L'UCA du CFXM est intégrée dans une structure chirurgicale pluridisciplinaire. Seul le chemin clinique des patients opérés de la cataracte sous analgésie topique ou sous

ténonienne au sein de l'UCA est formalisé (un circuit court sans passage en SSPI comme le préconise Lebuissou depuis 2005) (*Lebuissou, DA. and Jolivet, MC 2005*). Les organisations favorisent le plus souvent la culture de l'uniformité basée sur la référence de la procédure la plus complète, cette référence s'appliquant ensuite à toutes les autres. Des moyens surdimensionnés sont ainsi attribués à des patients qui n'en ont pas réellement besoin. Le concept de « fast tracking » (ou raccourci) chirurgical a émergé dans les années 90, il est basé sur des programmes de réhabilitation post opératoire multimodale (*White, PF ; Kehlet, H et al. 2007*). Le principe du « fast tracking » va à l'encontre du schéma traditionnel, son objectif est d'optimiser le séjour chirurgical d'un patient donné dans la structure en le limitant au « strict indispensable ». La mise en place d'un circuit de « fast tracking » conduit à une réflexion basée sur une approche générale de la prise en charge mais centrée sur les besoins de chaque patient. Le « fast tracking » s'adapte parfaitement au concept ambulatoire en imposant l'évaluation préalable du triptyque patient /acte/structure pour lui attribuer les moyens les plus adaptés à ses besoins. En France, la réglementation impose le passage obligatoire en SSPI de tous les patients opérés, y compris ceux qui répondent déjà à tous les tests de réveil en salle d'opération. Cependant, dans le circuit du patient ambulatoire, le principe du « fast tracking » est particulièrement applicable au passage en SSPI (*White PF. 1998 ; Apfelbaum JL et al 2002*). Shunter la SSPI, pour les patients répondant à des critères objectifs d'évaluation (*White, PF. and D. Song 1999*), viserait à appliquer pour chez ces patients préalablement sélectionnés et préparés (*Twersky, R.S 2008*), le circuit strictement indispensable à leur prise en charge tout en assurant la sécurité et la qualité. Cette réflexion sur l'adéquation des moyens aux besoins va jusqu'à conduire certaines équipes à discuter, au sein de leur structure, de la légitimité de maintenir un anesthésiste en salle d'intervention pour la chirurgie de la cataracte de l'adulte chez des patients préalablement sélectionnés et aptes à être opérés sous simple analgésie topique (*Lebuissou, DA. and Jolivet, MC 2005*). Par ailleurs, cette démarche pourrait s'appliquer aux patients ayant bénéficié d'un bloc tronculaire en chirurgie plastique et de la main, en respectant un délai d'une heure après l'injection d'anesthésique local.

Concernant la chirurgie ORL, l'analyse critique du chemin clinique mettait en évidence un dysfonctionnement à l'étape pré hospitalière. Seuls les patients devant bénéficier d'une amygdaléctomie et/ou adénoïdectomie (HA+/-VA) sont orientés vers la consultation d'anesthésie avec une fiche de liaison. Ce manque de communication semble avoir un impact important sur la pratique de la chirurgie ambulatoire dans cette spécialité. En effet, si le taux

d'ambulatoire pour les HA+/-VA est de 54,8%, il est inférieur à 1% pour les autres gestes marqueurs de chirurgie ORL. Améliorer la communication, identifier les freins professionnels et institutionnels, définir collégialement les interventions et patients éligibles à l'ambulatoire en ORL pourraient contribuer à l'amélioration de l'activité de ambulatoire dans cette spécialité.

En France, le taux d'ambulatoire est encore limité par rapport à d'autres pays (*De Lathouwer C, Poullier JP 2000*). En 1999, 30% des gestes marqueurs étaient réalisés en ambulatoire contre 94% aux Etats Unis. Depuis 2003, le taux d'ambulatoire a fortement progressé en France, il atteignait 72% en 2006 (*Bachelot-Narquin, R. 2008*). En 2008 la circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1no 2008-147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé a fixé, au niveau national, un taux d'ambulatoire cible de 89% pour 15 gestes marqueurs (*Bachelot-Narquin, R. 2008*). En Aquitaine les objectifs annuels définis dans cette circulaire pour 15 gestes marqueurs sont les suivants : 78% en 2008, 82% en 2009, 86% en 2010 et 90% en 2011. L'activité ambulatoire du CFXM pour geste marqueur est de 67,3% sur une période de 8 mois d'activité analysée 7 mois après l'ouverture du centre. Ce taux est inférieur à l'objectif fixé par le ministère de la santé mais il existe encore un potentiel important de développement de la chirurgie ambulatoire au CFXM comme en témoigne la disparité de la répartition des taux d'ambulatoire entre les différentes spécialités.

Ces disparités sont particulièrement évidentes pour certains gestes marqueurs. La chirurgie de la cataracte est par exemple largement réalisée en ambulatoire au CFXM avec un circuit patient court pour les analgésiques topiques et sous ténoniennes. Dans la littérature, les taux d'ambulatoire observés pour ce geste marqueur en France étaient de 27% en 1999 (contre 99% aux Etats Unis) puis de 78% en 2006 (*De Lathouwer, C. and Poullier, JP. 2000 ; Bachelot-Narquin, R. 2008*). Le taux d'ambulatoire de la chirurgie de la cataracte au CFXM était de 83% sur la période étudiée pour un taux national cible de 94% (*Bachelot-Narquin, R. 2008*). Analyser les motifs ayant conduit à ne pas proposer une prise en charge ambulatoire, étendre la démarche de fast tracking aux ALR péribulbaire grâce à des scores spécifiques et améliorer le taux de rotation des places d'ambulatoire pourrait constituer des pistes d'amélioration du taux d'ambulatoire en ophtalmologie. Evaluer les possibilités de transposition des points fort de l'organisation de cette spécialité au sein de l'UCA pourrait également contribuer à l'amélioration de la prise en charge ambulatoire dans les autres spécialités.

Concernant les HA+/-VA, cette étude met en évidence un retard de développement de l'activité ambulatoire (le taux national d'ambulatoire était de 78% en 2006, le taux observé dans notre centre était de 54,8% pour un taux national cible de 98%). Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence du fait d'un potentiel biais de recrutement.

L'objectif de ce travail était de permettre une première évaluation de la structure et de son fonctionnement, de développer une dynamique d'évaluation régulière de l'activité et des pratiques. Notre méthode d'extraction des données du PMSI basée sur la méthodologie nationale (tous séjours et CM24 des gestes marqueurs) ne permet ni d'identifier les éléments ayant conduit à contre indiquer les patients à la chirurgie ambulatoire ni de comparer leurs données démographiques (absence d'information sur l'âge, la classe ASA, l'environnement socio-économique indispensable à l'ambulatoire, les co morbidités telles que troubles de coagulation, syndrome obstructif avec apnée pour les HAVA ...). Par ailleurs, les limites de la méthode d'étude du chemin clinique sont la subjectivité du tableau de cotation utilisé, l'absence de référentiel formel définissant chaque étape et l'absence de pondération entre ses différentes étapes.

Les indicateurs extraits du tableau de bord de l'UCA pourraient être regroupés en 2 catégories : indicateurs d'activité (nombre de patient, taux d'ambulatoire et comparaison aux objectifs locaux) et indicateurs de qualité (annulation à J0, transfert en hospitalisation classique, taux de réadmission, taux de rotation des places d'ambulatoire, taux de satisfaction). Le taux de satisfaction des patients était élevé, sa comparaison à l'échelle nationale et internationale est difficile du fait de la grande variabilité des échelles employées et des méthodes de recueil. L'organisation de l'UCA est centrée sur le patient mais demande aussi une forte implication l'ensemble du personnel. Il existe à l'UCA une enquête annuelle de satisfaction du personnel paramédical, il pourrait être intéressant de la mettre en place pour l'ensemble des professionnels impliqués dans l'activité de l'UCA. Concernant les autres indices de qualité, leurs calculs à quelques mois de l'ouverture de la structure permettent d'obtenir une valeur de référence locale. Leur comparaison aux performances d'autres centres Français ou étrangers se heurte cependant à l'hétérogénéité des organisations structurelles et des spécialités représentées, aux divergences de définition de la chirurgie ambulatoire (*Leardi S. et al 2008 ; Mattila K. 2009*). Les résultats de cette étude mettent également en exergue les limites de notre base de données (taux de réadmission non calculable, motifs d'hospitalisation et types de complications post opératoires non renseignés). Ces difficultés sont concordantes

avec celles rencontrées et décrites récemment dans une étude prospective en chirurgie ambulatoire (*Mattila K. 2009*).

Le logiciel de suivi de l'UCA pourrait être largement enrichi mais ne faut-il pas privilégier un recueil fiable d'indicateurs simples d'activité et de qualité ?

L'essentiel étant de définir des items adaptés à notre structure afin de pouvoir identifier puis analyser les raisons des dysfonctionnements observés pour pouvoir, dans un second temps, les corriger (« *Plan Do Check Act, the Shewhart Wheel* » ou *principe de la roue vertueuse d'Edwards Deming*).

7. CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire est un indicateur d'excellence. En rupture avec la conception classique d'une prise en charge traditionnelle centrée sur l'acte, elle se définit comme une organisation centrée sur le patient. Autrefois considérée comme une alternative à la chirurgie en hospitalisation complète, elle s'impose aujourd'hui comme une pratique de référence.

La création d'une unité de chirurgie ambulatoire implique de profonds changements organisationnels. Un suivi des indices locaux et nationaux d'activité et de qualité des pratiques s'inscrit dans une démarche proche du « benchmarking », dans une volonté continue d'amélioration.

Ce travail préliminaire se situe dans une dynamique d'amélioration des pratiques un an après la création d'une UCA polyvalente, comme le premier volet de la mise en place d'une démarche régulière d'auto évaluation. Les axes de progression dégagés dans ce travail pourraient consister à :

- enrichir notre base de recueil de données (score ASA, taux de réadmission, motif d'hospitalisation, types de complications) pour mieux cerner les raisons des dysfonctionnements observés et les corriger
- améliorer le système de communication et de partage des informations entre spécialités
- améliorer notre circuit patient : formaliser la prémédication et la prise en charge en SSPI des patients de l'UCA, évaluer l'intérêt de scores spécifiques à l'ALR ambulatoire dans notre centre et objectiver le potentiel de fast tracking
- optimiser le taux de rotation des places
- développer de nouvelles indications ambulatoires (gestes non marqueurs)

Ceci dans un souci constant d'amélioration de la prise en charge des patients de l'UCA.

Ce document est la phase initiale de l'évaluation de nos pratiques au regard de la chirurgie ambulatoire. Les dysfonctions identifiées devront mener successivement à une modification des pratiques puis à une nouvelle évaluation. Cette évaluation régulière se fera selon un calendrier défini.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANAES. - La chirurgie ambulatoire. Service évaluation technologique mai 1997.
- Apfelbaum JL, Walawander CA, Grasela TH, et al. Eliminating intensive postoperative care in same- day surgery patients using short-acting anesthetics. *Anesthesiology* 2002; 97: 66–74.
- Bachelot-Narquin R. - Circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1no 2008-147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé. NOR: SSSH0830415C. Bulletin officiel protection sociale solidarité 2008 ; juillet 2008: p105.
- Cauterman M. - Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques. Rapport intermédiaire de la MeaH. Ministère de la santé et de la protection sociale, 2006 ; avril 2006
- De Lathouwer C. and J. P. Poullier - How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? *Ambul Surg* 2000 ; 8 : 191-210.
- Deming W.E « Plan Do Check Act, the Shewhart Wheel », *Nippon Keidanren* 1950's
- Jarrett P. W. B. - Editotial. *Ambul Surg* 11993 ;1.
- Leardi S, Pietroletti I et al – Multidisciplinary day surgery unit : seven years expérience. *Chir Ital* 2008 ; 60(3) :395-400
- Le Guellec M. - Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999. Bulletin d'information en économie de la santé 2001 ; Sept 2001 n°41.
- Le Guellec M. - La chirurgie ambulatoire, potentiel de développement de 17 gestes marqueurs . Out-patient surgery, potential development of 17 major acts. *La Presse médicale* 2002 ; vol. 31: 1397-1401.
- Lebuisson D. A. and. Jolivet MC - Topical anesthesia for out-patient adult cataract surgery without an anesthesiologist. *J Fr Ophtalmol* 2005 ; 28(1): 59-67.
- Mattila K. and Hynynen M. - Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 ; 53(4): 455-63.
- McCleane GJ, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia* 1990; 45: 153–5
- MeaH. - Organisation de la chirurgie ambulatoire. Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité. <http://www.meah.sante.gouv.fr>.
- MeaH. - Organisation de la chirurgie ambulatoire. Rapport intermédiaire. 2006 ; <http://www.meah.sante.gouv.fr> avril 2006.
- MeaH. - Organisation de la chirurgie ambulatoire. Développer l'activité, maîtriser les processus. 2007 ; <http://www.meah.sante.gouv.fr>.
- MeaH. – Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité. <http://www.meah.sante.gouv.fr>.
- NHS Modernisation Agency. - 10 High Impact Changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders. NHS Modernisation Agency 2004 15-84.
- Nicoll J. - The surgery of Infancy. *Br Med J* 1909 ; 2: 753-755.
- PNIR. - Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Dépenses de l'Assurance Maladie : étude comparative entre les prises en charge ambulatoire et hospitalisation complète en 2001. Sept 2003.
- Twersky R.S, Sapozhnikova B.A et al - Risk factors associated with fast-track ineligibility after monitored anesthesia care in ambulatory surgery. *Anesthesia Analgesia*. 2008 ; 106(5): 1421-1426.
- SFAR - Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire. SFAR, 2ème édition, 1990-1994
- Smith A. F. and Pittaway A. J. - Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (1): CD002192.
- Sztark F., Gadrat F., Bourdalle-Badie C. - Enjeux organisationnels de la chirurgie ambulatoire Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars 2008
- Wetsch, W. A., et al - Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery *BJA* 2009 ; 103(2): 199-205
- White PF. - Bypassing (fast-tracking) of the recovery room after ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42: 189–91.
- White P.F. and Song D. - New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesth Analg* 1999 ; 88, 5: 1069-72.
- White P.F., Kehlet H. et al. - The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesth Analg* 2007 ; 104 ; 6: 1380-96.

9. ANNEXES

9.1. Taux cibles pour la chirurgie ambulatoire de 15 gestes marqueurs

Activité en 2006, part de la CM24 et taux cible de prise en charge CM24 pour les 15 couples de GHM (*Circulaire DHOS/O1/F2/F3/F1no 2008-147 du 29 avril 2008 relative au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé. NOR: SSSH0830415C. Bulletin officiel protection sociale solidarité 2008*).

| n° | ghmv10 | libellé | nombre de séjours en 2006 | taux CM24 en 2006 | taux cible |
|----------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|------------|
| 1 | 01C13Z | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels (ex- 01C07Z) | 9 475 | 91% | 97% |
| | 24C54Z | Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels : séjours de moins de 2 jours | 101 983 | | |
| 2 | 02C05Z | Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie | 124 068 | 78% | 98% |
| | 24C03Z | Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours | 440 315 | | |
| 3 | 03C10Z | Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans | 15 167 | 89% | 93% |
| | 24C05Z | Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours | 123 915 | | |
| 4 | 05C17V | Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA | 73 912 | 45% | 91% |
| | 24C09Z | Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours | 61 192 | | |
| 5 | 06C12V | Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA | 96 914 | 25% | 50% |
| | 24C11Z | Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours | 33 061 | | |
| 6 | 08C13Z | Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur | 39 984 | 64% | 80% |
| | 08C14Z | Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur | | | |
| | 24C15Z | Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours | 72 308 | | |
| 7 | 08C17Z | Interventions sur la main et le poignet pour kyste synovial | 639 | 99% | 99% |
| | 24C55Z | Autres interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours (ex 24C16Z) | 91 386 | | |
| 8 | 08C18V | Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA | 32 060 | 50% | 75% |
| | 24C46Z | Actes non mineurs sur la main : séjours de moins de 2 jours | 32 223 | | |
| 9 | 08C19Z | Arthroscopies | 55 551 | 66% | 78% |
| | 24C17Z | Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours | 106 981 | | |
| 10 | 12C06Z | Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans | 4 774 | 81% | 94% |
| | 24C23Z | Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours | 19 786 | | |
| 11 | 12C08Z | Circoncisions | 2 766 | 97% | 99% |
| | 24C24Z | Circoncisions : séjours de moins de 2 jours | 79 908 | | |
| 12 | 13C08V | Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA | 7 926 | 79% | 88% |
| | 24C27Z | Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours | 30 411 | | |
| 13 | 13C12Z | Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes | 6 123 | 84% | 86% |
| | 24C28Z | Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours | 31 455 | | |
| 14 | 13C10Z | Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie | 6 473 | 61% | 90% |
| | 24C50Z | Interventions et explorations sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours | 10 144 | | |
| 15 | 03K02Z | Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires | 23 309 | 46% | 94% |
| | 24K38Z | Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours | 19 941 | | |
| TOTAL 15 couples de GHM | | en hospitalisation complète (durée de séjour > 48 h) | 499 140 | | 89% |
| | | en hospitalisation de courte durée (CM 24) | 1 255 009 | 72% | |
| | | Total | 1 754 149 | | |

9.2. Critères d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire

Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire, 2ème édition - 1990 -1994

1 - LES ACTES

Chaque équipe, opérateurs et anesthésistes, établit sa propre liste des actes qu'elle entend réaliser. D'une façon générale il s'agit d'interventions:

- programmées,
- de courte durée (jusqu'à environ 1 h - 1 h 30),
- à risque faible, notamment hémorragique et respiratoire,
- aux suites simples, peu douloureuses et n'impliquant pas de handicap important.

Ces critères peuvent être élargis en fonction de l'expérience acquise, et notamment après évaluation des résultats :

- à certaines urgences simples
- à des interventions plus prolongées, sous réserve que la durée de la surveillance post anesthésique reste compatible avec l'horaire de fonctionnement de la structure.

De telles extensions doivent faire l'objet d'un accord préalable entre opérateur et anesthésiste.

2 - LES PATIENTS

La sélection des patients obéit aux critères sociaux et médicaux suivants :

2.1. Critères sociaux

- compréhension suffisante de ce qui est proposé
- aptitude à observer les prescriptions médicales
- conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celles qu'offre une hospitalisation
- disponibilité d'une personne, responsable et valide, pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui
- éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte
- accès rapide à un téléphone

2.2. Critères médicaux

2.2.2. Age

Les problèmes spécifiques des enfants de moins d'un an doivent être pris en compte dans la décision de pratiquer une anesthésie en ambulatoire. L'anesthésie générale est contre-indiquée en ambulatoire chez le nouveau-né.

Chez la femme en période d'activité génitale, il y a lieu de se renseigner sur l'éventualité d'une grossesse, pour permettre une information sur les relations entre grossesse et médicaments anesthésiques.

2.2.3. État du patient

L'anesthésie du patient ambulatoire s'adresse préférentiellement à des sujets ASA 1 ou 2 (cf. annexe 1). Des patients ASA 3 peuvent être acceptés, sous certaines réserves:

- pathologie stabilisée sous traitement adapté
- interférence de l'intervention, avec la pathologie ou son traitement, considérée comme négligeable
- accord préalable entre anesthésiste et opérateur
- intervention / pathologie ou traitement négligeable, accord anesthésiste et opérateur.

9.3. Methode d'audit du chemin clinique proposée par la MeaH

Pour mener à bien l'analyse du « circuit » du patient, une description inspirée de la méthode de « cartographie de processus »¹ a été réalisée par les consultants dans chacun des sites. Il s'agit, pour chacune des étapes documentées, d'en connaître le contenu, le professionnel responsable et les flux d'informations associés. Le circuit du patient est présenté dans cette partie en essayant de mettre en exergue les points positifs et négatifs relevés par les consultants.

Pour chacune des étapes, une puce + ou – est mise en face des pratiques observées. Elles n'ont pas vocation à porter un jugement définitif sur telle ou telle pratique mais signalent au contraire les situations qui pourraient être perfectibles et celles qui paraissent intéressantes. Dans tous les cas, ces impressions devront être affinées en cours de chantier et dans la capitalisation finale du travail.

Les étapes « pré-hospitalières »

La consultation chirurgicale :

Tout comme la pose de l'indication opératoire, le choix d'une prise en charge ambulatoire plutôt que traditionnelle doit relever d'une décision médicale :

- dans aucun des sites, les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire ne sont mis à disposition des chirurgiens ;
- + dans quatre établissements sur huit, une liste des actes pouvant être pris en charge à l'UCA a été définie par les acteurs de la chirurgie ambulatoire (H2, H3, H4, H7) ;
- + au sein des huit établissements, les modalités de programmation des rendez-vous d'anesthésie et des dates d'intervention sont variables, mais les dates de rendez-vous sont données aux patients le jour de la pose de l'indication dans 5 sites sur 8 (H1, H2, H3, H4, H7) ;
- + un site a un système d'agenda partagé entre la consultation, le bloc et l'unité d'hébergement (H4).

Consultation anesthésie :

Il apparaît dans la plupart des sites qu'il revient au final à l'anesthésiste de poser (confirmer) l'éligibilité à l'ambulatoire :

- les observations effectuées par les consultants laissent apparaître que les modalités de partage de l'information ne permettent pas toujours à l'anesthésiste d'identifier qu'une prise en charge ambulatoire a été proposée par le chirurgien (notamment à H1).

Information du patient, relative au caractère ambulatoire de la prise en charge :

Cette étape semble importante de façon à garantir les conditions d'une prise en charge de qualité (non anxiogène pour le patient et sécurisée du point de vue de sa préparation) :

- cette information du patient semble redondante et peu structurée entre chirurgien et anesthésiste (H1, H2, H3, H6, H7, H8) ;
- + deux sites confient cette tâche à une IDE (H4 et H5) ;
- + trois sites ont développé un document d'explication spécifique à destination des patients et de leur entourage (H2, H3, H4).

Pré admission :

Etape purement administrative ; les modalités de réalisation de la pré admission impactent peu la qualité médicale de la prise en charge mais, dans une perspective de « service », peuvent avoir un effet sur le niveau de satisfaction des patients :

- + à H7 elle est effectuée après la pose de l'indication par le chirurgien, permettant une gestion prévisionnelle précoce de la capacité au bloc et en UCA ;
- + dans la majorité des sites, elle s'effectue à l'issue de la consultation d'anesthésie (H1, H3, H4, H5, H6) ;

¹ Cf. guide méthodologique consacré à la description de processus, sur le site de la MeaH (documentation « urgences ») : http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/661processus%2021%20juin%202005%20v3MC.pdf

- dans deux sites, elle est faite le jour de l'intervention (H2, H8), ajoutant une étape à la prise en charge du patient le jour de son intervention et limitant la capacité de l'établissement à gérer ses capacités de façon prévisionnelle ;
- à H1 et H7 notamment, l'absence d'information des patients sur les modalités de réalisation de cette étape en amène certains à se déplacer une fois de plus la veille de leur intervention (H7) ou à la réaliser le jour de l'intervention (H1) ;
- + Dans un site, elle peut aussi être faite par la secrétaire médicale de l'UCA après contact téléphonique à J-1 (H4).

Prise de contact téléphonique à J-1 :

Cette étape vise à « sécuriser » le circuit du patient en donnant la possibilité de rappeler les consignes de préparation, l'heure de programmation et de s'assurer de la bonne venue du patient. En aucun cas l'existence isolée de cette étape ne saurait suffire à garantir la venue du patient dans les meilleures conditions, qui doit au contraire s'appuyer sur une optimisation de l'ensemble des étapes d'amont (qualité de l'information délivrée notamment) :

- n'existant pas de façon systématique au sein des huit établissements engagés, le contact téléphonique n'est jamais ciblé dans les sites l'ayant instauré (l'ensemble des patients en a-t-il besoin ?) ;
- ≈ soit il est réalisé par les secrétaires médicales, et est alors « orienté programmation » (H6) ;
- ≈ soit par une IDE du service et inclut alors un rappel des consignes de préparation (H3, H4) ;
- + dans un site, cet appel est « sous-traité » au patient, l'IDE n'appelant que ceux n'ayant pas contacté le service au-delà d'un horaire défini (H6).

La prise en charge du patient en hébergement, en pré opératoire

Accueil :

Pour garantir la fluidité des prises en charge et permettre un avancement cadencé des patients tout au long des différentes étapes composant leur parcours, il importe de limiter les « goulots d'étranglement » et notamment ceux générés par des « traitements groupés » (« batching ») :

- + au début du chantier, l'arrivée des patients au cours de la journée était échelonnée dans 2 sites (H2 à H3). Les délais entre patients y étaient définis :
 - o selon la spécialité dans un site (H2) ;
 - o selon le mode d'anesthésie dans les deux sites ;
- dans les autres sites, les arrivées des patients étaient groupées à l'ouverture de l'UCA ;
- + une ultime vérification des dossiers et des modalités de retour à domicile a lieu à cette étape dans la plupart des sites ;

Installation :

- Dans un site, la vérification des dossiers et des modalités de retour à domicile se fait une fois le patient installé (H8) ;
- Dans les sites pratiquant l'ambulatoire forain, des problèmes liés à la non disponibilité des lits à l'arrivée des patients sont rapportés (le patient précédent étant toujours dans son lit ou la chambre n'étant pas refaite) ;
- Dans un site (H2), l'absence de marche en avant pénalise l'organisation des arrivées et des sorties. Cela pourrait devenir le cas à H4 en cas d'augmentation de l'activité ;

Prémédication :

La connaissance par les IDE, des habitudes de pré médication de l'anesthésiste intervenant en ambulatoire doit garantir une préparation optimale du patient sans nuire à la fluidité du circuit du patient. Le retour d'expérience montre que la prémédication n'a pas un caractère systématique, notamment du fait d'une demi-vie de certaines de ces thérapeutiques plus longue que celle des produits anesthésiques utilisés au bloc, faisant donc peser un risque sur l'aptitude à la rue :

- + trois sites ont élaboré un protocole de prémédication (H3, H6, H7) ;
- dans un établissement (H5), toutes les prémédications sont faites en lot, vers 8h, quelle que soit l'heure de passage au bloc ;
- ailleurs, on note une grande variabilité des pratiques, voire une prémédication faite au bloc (H4 et H8) ;

Départ au bloc :

La gestion des interfaces (ici entre bloc et hébergement) revêt un caractère central dans la bonne organisation du « circuit patient ». Chacune des modalités d'organisation du brancardage présente ses avantages et ses inconvénients...

- + transport par le brancardier du bloc qui vient chercher le patient sur appel de l'UCA (H4, H8) ;
- + transport organisé par le brancardier du bloc qui contacte le pool de brancardier de l'établissement et régule ainsi les passages au bloc (H1) ;
- par le personnel de l'UCA (H3, H5) avec risque de manque de personnel momentanément à l'UCA (H5) ;
- dans un site, le patient marche jusque dans le bloc.

La programmation et le passage au bloc opératoire

La programmation et le passage au bloc sont des étapes capitales de la prise en charge du patient. Elles font l'objet d'un autre chantier au sein de la MeaH, et bien que n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive dans ce travail, leur amélioration figurera dans la plupart des plans d'actions (cf. tableau 32). Selon les modalités d'intégration de l'activité ambulatoire au bloc, ce dernier peut constituer un goulot d'étranglement ou générer des incidents (transformation en hospitalisation complète du fait d'un retard au bloc opératoire).

Pour les blocs communs, on peut résumer les stratégies de programmation rencontrées comme suit :

- chaque opérateur, au sein de sa vacation, programme ses interventions ambulatoires :
 - o en début de programme (ce qui peut générer un goulot d'étranglement entre l'UCA et le bloc si plusieurs opérateurs fonctionnent de la sorte, et impose donc que les programmes ambulatoires par opérateur soient répartis au cours de la semaine)
 - o en alternance lourd-léger, avec un risque de voir le programme ambulatoire non respecté ;
 - o ces deux pratiques ne sont pas exclusives.
- une ou plusieurs salles (ou vacations) sont dédiées à l'ambulatoire (notons qu'une sectorisation court/long semble plus pertinente qu'une sectorisation lourd/léger ou ambulatoire/traditionnel) et les vacations sont dédiées à des spécialités qui ont la responsabilité de s'organiser pour utiliser au mieux le temps opératoire qui leur est alloué. Cette organisation a l'avantage de responsabiliser les équipes par spécialité et de « mettre à l'abri » le programme ambulatoire ;
- dans certains cas, le passage des anesthésies générales avant les anesthésies locales est privilégié.

Programmation au bloc commun :

Les observations faites par les consultants à propos des stratégies de programmation montrent :

- que dans un site, les interventions ambulatoires sont intercalées entre les interventions « traditionnelles » et ont tendance à être réalisées en fin de programme (H1) ;
- dans un établissement, il n'y a pas de stratégie identifiée (H8).
- + dans un site, des vacations sont dédiées (H7) ;
- + dans deux sites, il n'y a pas de stratégie formalisée, mais un effort est fait pour programmer l'ambulatoire en début de programme (H4, et H5 où 68% des interventions ambulatoires ont lieu avant 11h et seulement 6% après 14h) ;

Passage en SSPI :

Suite à l'augmentation d'interventions courtes, la SSPI peut devenir le goulot d'étranglement limitant l'activité. Cette situation pourrait notamment concerner H4 et H6. Notons que du fait de son organisation, une UCA permet une surveillance post-opératoire renforcée par rapport à un service d'hospitalisation traditionnelle et ainsi, une sortie plus précoce de la SSPI.

- Les durées de passage en SSPI sont variables d'un site à l'autre, allant de 30mn à 4h. Ces écarts s'expliquent en partie par la nature des cas traités, par le manque de place en UCA (H2) mais aussi par l'absence de formalisation des modalités de prise en charge des patients ambulatoires ;
- les patients relevant de l'ambulatoire ne sont pas identifiés en SSPI (H7 et H8) ;
- + les patients ambulatoires ont un circuit spécifique et sont bien identifiés (H3, H4, H5, H6), le patient retrouvant son lit-brancard dès la SSPI (H4).

La prise en charge du patient en hébergement, en post opératoire

Prise en charge douleur :

Elément de qualité de la prise en charge et de satisfaction du patient, la prise en charge de la douleur fait l'objet d'investigations spécifiques dans le cadre de l'accréditation... Cette étape est en générale partagée entre IDE, anesthésiste et chirurgien.

- Pour leur activité ambulatoire, 4 sites n'ont pas de protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur par les IDE (H4, H5, H6, H8) ;

Organisation de la sortie :

En matière d'organisation et de gestion des flux, la dernière étape d'un processus de prise en charge est souvent décrite comme étant la première à devoir être optimisée, les dysfonctionnements engendrés par un goulot d'étranglement ayant toujours des répercussions sur les étapes d'amont. Aussi, l'organisation de cette étape mobilisera l'attention des équipes hospitalières et des consultants au cours de la phase d'accompagnement du changement qui suivra cette phase d'audit organisationnel. Etre capable de faire sortir les patients dans de bonnes conditions et à la bonne heure, permet en effet de réaliser plusieurs passages par place et par jour, mais surtout structure très fortement toutes les étapes d'amont.

- o Qui atteste et signe l'aptitude à la rue ? la réponse à cette question n'est possible qu'après une entente des opérateurs sur le partage de responsabilités :
 - ≈ les pratiques sont souvent variables :
 - + anesthésiste (H2) ;
 - + anesthésiste et chirurgien, sans dysfonctionnement notable (H3, H4) ;
 - l'absence de partage de responsabilité et de délégation de signature entraîne parfois des prolongements de séjours à l'UCA, du fait de l'attente de la contre-visite (H5, H6, H7) ;
 - on constate une hétérogénéité des pratiques au sein d'un même établissement dans les sites n'ayant pas d'UCA (H1 et H8) ;
 - il existe des signatures d'aptitude à la rue sans avoir vu le patient ;
- o comment est évaluée l'aptitude à la rue ?
 - + un score validé (score de Chung) est utilisé dans 1 site (H6) ;
- o qui délivre l'information au patient ?
 - ≈ en général partagé entre IDE (conduite à tenir en cas de douleur, pour les pansements...) et secrétaire médicale (RDV de suites de soins) ;
- o quels sont les documents remis au patient et selon quelles modalités ?
 - + dans trois sites, les patients repartent systématiquement avec compte-rendu opératoire (CRO), ordonnances et RDV de suites de soins (H2, H3, H4) ;
 - + il existe des CRO types, facilitant le travail des secrétaires médicales et fiabilisant l'étape de sortie dans l'ensemble des UCA (H2, H3, H4, H5, H6, H7) ;
 - + un document de recommandations post-opératoires spécifiques de l'ambulatoire est remis aux patients dans tous les sites possédant une UCA (H2, H3, H4, H5, H6, H7) ;
- + l'organisation de la sortie est formalisée dans un protocole dans 2 sites (H2 et H3).

Les étapes « post-hospitalières »

Les étapes qui suivent l'« hospitalisation » des patients en ambulatoire présentent une importance capitale en termes :

- o de sécurité et qualité de la prise en charge du patient : le recours hospitalier doit être facilité en cas de complication post-opératoire (douleur non maîtrisée, saignement, anxiété...) ;
- o de satisfaction des patients : parfois rétifs à une prise en charge hospitalière de moins de 24h2, les patients peuvent se sentir rassurés par une organisation rigoureuse de l'aval ;

² PNIR. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Synthèse et mise en perspective des quatre volets de l'enquête. Septembre 2003

- d'adhésion des chirurgiens et anesthésistes à la pratique de l'ambulatoire : des étapes post hospitalières structurées permettent de les rassurer quant à la gestion de leurs patients.

« Permanence » ou « continuité » des soins :

Il s'agit de définir d'une part, qui le patient peut contacter une fois de retour à son domicile, et notamment la nuit qui suit l'intervention, et d'autre part de quelles informations doit disposer la personne assurant la « permanence des soins ».

- + les patients repartent avec un numéro de téléphone à contacter en cas de problème. Il s'agit de celui :
 - du chirurgien de garde (H1, H3) ;
 - de l'anesthésiste de garde (H2) ;
 - du service de la spécialité (H4, H5, H6, H8) ;
 - de la surveillante de garde (H7) ;
- il ne s'agit jamais du chirurgien ou de l'anesthésiste ayant réalisé l'intervention.

Contact à J+1 :

Cette étape, non systématique au sein des huit établissements a vocation à rassurer patients et opérateurs, à anticiper d'éventuelles complications post-opératoires précoces et à organiser les suites de soins.

- + il existe dans 3 services sur 8 (H3, H4, H6) ;
 - + dans tous les cas par l'IDE de l'UCA ;
 - + un service sous-traite cet appel aux IADE de la SSPI le samedi pour les patients du vendredi (H4) ;
- + il revêt un caractère ciblé à H4 et un caractère exceptionnel à H7.

Organisation des suites de soins :

Dans les tarifs T2A, les suites de soins font déjà l'objet d'une rémunération du producteur ayant réalisé l'intervention. La majorité des participants souhaiterait néanmoins reporter cette charge sur les professionnels de ville, entraînant ainsi un double paiement par l'Assurance Maladie. Ce choix, discutable du point de vue du payeur, présente des avantages tant pour les producteurs hospitaliers et de ville (structuration des liens ville-hôpital) que pour le patient (limitation des déplacements). Points de vue du patient et des producteurs sont ici privilégiés :

- + un établissement développe des partenariats avec la ville (pansements confiés à des IDE libérales à H5) tandis qu'un autre établissement est en cours de développement de partenariats avec l'HAD (H7) ;
- + un établissement demande aux patients de se tourner vers les professionnels de ville et à défaut, leur propose une prise en charge en consultation de pansement (H8) ;
- + pour les autres, orientation systématique vers une consultation de pansement ;
- + dans tous les cas, la prise en charge se termine par une consultation chirurgicale.

Autres :

- dans de nombreux établissements, le patient doit repasser à chacune de ses venues au bureau des consultations externes, parfois avant et après sa consultation (avec le chirurgien, avec l'anesthésiste, en pansement...) multipliant ainsi les files d'attentes ;
- + 5 établissements sur 8 ont mis en place une enquête satisfaction auprès des patients ;
- aucun établissement n'a mis en place d'enquête satisfaction auprès des chirurgiens et anesthésistes quant au cadre structurel et organisationnel proposé aux professionnels s'impliquant dans le développement de l'activité chirurgicale ambulatoire.

9.4. Cotation CCAM des gestes marqueurs analysés

| GESTES MARQUEURS NATIONAUX | | |
|----------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GM | code CCAM | Libellé CCAM |
| 2 | HBED005 | Autogreffe d'une dent sur arcade, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement |
| 2 | HBED022 | Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement |
| 2 | HBGD003 | Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe |
| 2 | HBGD004 | Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe |
| 2 | HBGD005 | Ablation d'un ancrage coronoradiculaire |
| 2 | HBGD007 | Avulsion de 11 à 14 dents sur arcade, en un temps |
| 2 | HBGD010 | Avulsion de 6 à 10 dents sur arcade, en un temps |
| 2 | HBGD011 | Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé |
| 2 | HBGD012 | Ablation d'un corps étranger métallique d'un canal radiculaire d'une dent |
| 2 | HBGD016 | Avulsion d'une racine incluse |
| 2 | HBGD017 | Avulsion d'une dent ectopique |
| 2 | HBGD018 | Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe |
| 2 | HBGD021 | Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| 2 | HBGD025 | Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| 2 | HBGD026 | Avulsion de 2 dents temporaires retenues |
| 2 | HBGD029 | Avulsion de 15 à 20 dents sur arcade, en un temps |
| 2 | HBGD038 | Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| 2 | HBGD042 | Avulsion d'une dent temporaire retenue |
| 2 | HBGD045 | Avulsion de 21 dents sur arcade ou plus, en un temps |
| 2 | HBJD004 | Évacuation d'abcès parodontal |
| 2 | HBMD013 | Ostéoplastie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau |
| 2 | HBPA001 | Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau |
| 2 | HBPD002 | Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal |
| 3 | BFGA001 | Extraction de cristallin luxé |
| 3 | BFGA002 | Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil |
| 3 | BFGA003 | Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel |
| 3 | BFGA004 | Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil |
| 3 | BFGA005 | Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'œil |
| 3 | BFGA006 | Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure |
| 3 | BFGA007 | Extraction de cristallin subluxé ou ectopique |
| 3 | BFGA008 | Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, sans implantation de cristallin artificiel |
| 3 | BFGA009 | Extraction intracapsulaire du cristallin, sans implantation de cristallin artificiel |
| 3 | BFGA010 | Extraction du cristallin par sclérotomie postérieure [pars plana] [Phakophagie] |
| 3 | BFLA001 | Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé |
| 3 | BFLA003 | Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé |
| 3 | BFLA004 | Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un œil pseudophake |
| 3 | BFPA002 | Capsulotomie cornéenne ou exérèse partielle ou totale de reliquats de la capsule du cristallin, parkérotomie |
| 5 | FAFA001 | Adénoïdectomie avec pose unilatérale d'aérateur transtympanique |
| 5 | FAFA002 | Adénoïdectomie avec pose bilatérale d'aérateur transtympanique |
| 5 | FAFA003 | Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale |
| 5 | FAFA004 | Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie |
| 5 | FAFA005 | Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique |
| 5 | FAFA006 | Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et myringotomie unilatérale ou bilatérale |
| 5 | FAFA007 | Exérèse de moignon amygdalien |
| 5 | FAFA008 | Adénoïdectomie |
| 5 | FAFA009 | Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique |

| | | |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | FAFA010 | Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateur transtympanique |
| 5 | FAFA011 | Amygdalectomie à l'amygdalotome |
| 5 | FAFA012 | Amygdalectomie à l'amygdalotome, avec adénoïdectomie et pose unilatérale d'aérateur transtympanique |
| 5 | FAFA013 | Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale |
| 5 | FAFA014 | Amygdalectomie par dissection |
| 5 | FAFA015 | Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie |
| 5 | FAND001 | Séance de destruction de tissu amygdalien pharyngien ou lingual |
| 6 | BJDA001 | Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs |
| 6 | BJDA002 | Myopexie unilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs |
| 6 | BJEA001 | Transposition de muscles oculomoteurs pour suppléance |
| 6 | BJMA001 | Renforcement ou affaiblissement unilatéral ou bilatéral de muscle oculomoteur, avec suture ajustable |
| 6 | BJMA002 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur droit |
| 6 | BJMA003 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle oculomoteur |
| 6 | BJMA004 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle oculomoteur oblique |
| 6 | BJMA005 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs |
| 6 | BJMA006 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs d'un côté et d'un muscle oculomoteur de l'autre |
| 6 | BJMA007 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles oculomoteurs ou plus |
| 6 | BJMA008 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles oculomoteurs |
| 6 | BJMA009 | Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion d'un muscle oculomoteur |
| 7 | GAMA001 | Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, sans autogreffe de cartilage |
| 7 | GAMA003 | Rhinoplastie sans ostéotomie, avec autogreffe de cartilage de septum nasal |
| 7 | GAMA004 | Rhinoseptoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage |
| 7 | GAMA007 | Septoplastie nasale |
| 7 | GAMA008 | Rhinoplastie primitive de la pointe |
| 7 | GAMA010 | Rhinoseptoplastie avec autogreffe osseuse et cartilagineuse |
| 7 | GAMA013 | Rhinoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal |
| 7 | GAMA016 | Rhinoseptoplastie avec ostéotomie et autogreffe de cartilage de septum nasal |
| 7 | GAMA020 | Rhinoseptoplastie sans ostéotomie, avec autogreffe de cartilage de septum nasal |
| 7 | GAMA022 | Correction secondaire du résultat esthétique d'une rhinoplastie ou d'une rhinoseptoplastie |
| 7 | GAMA024 | Rhinoplastie avec ostéotomie, sans autogreffe de cartilage |
| 7 | GASA001 | Fermeture de perforation du septum nasal |
| 8 | QEFA002 | Exérèse bilatérale de gynécomastie |
| 8 | QEFA004 | Tumorectomie du sein |
| 8 | QEFA006 | Exérèse de tissu mammaire ectopique ou de glande mammaire aberrante [sein surnuméraire] |
| 8 | QEFA007 | Mastectomie souscutanée avec exérèse de la plaque aréolomamelonnaire |
| 8 | QEFA011 | Exérèse unilatérale de gynécomastie |
| 8 | QEFA017 | Mastectomie partielle |
| 8 | QEHA002 | Biopsie de lésion de la glande mammaire, par abord direct |
| 12 | MJFA006 | Fasciectomy [Aponévrectomie] palmodigitale sur un rayon de la main, par abord direct |
| 12 | MJFA010 | Fasciectomy [Aponévrectomie] palmodigitale sur plusieurs rayons de la main, par abord direct |
| 12 | MJPA005 | Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par abord direct |
| 12 | MJPB001 | Fasciotomie [Aponévrotomie] palmaire, par voie transcutanée |
| 13 | AHPA009 | Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct |
| 13 | AHPC001 | Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéochirurgie |

GESTES MARQUEURS AQUITAINE

| GM | Code acte | Libellé des actes |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | MDGA002 | Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main, par abord direct |
| 19 | PAGA010 | Ablation de matériel d'ostéosynthèse centromédullaire des membres sur un site, par abord direct |
| 19 | PAGA011 | Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur un site, par abord direct |
| 19 | PAGB001 | Ablation de broche d'ostéosynthèse enfouie, par voie transcutanée sans guidage |
| 19 | PAGB002 | Ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui, par voie transcutanée sans guidage |
| 19 | PAGB003 | Ablation d'un fixateur externe ou d'un système externe d'allongement progressif d'un os des membres |

| | | |
|----|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19 | PAGH001 | Ablation de matériel d'ostéosynthèse enfoui, par voie transcutanée avec guidage radiologique |
| 19 | PAKB002 | Changement complet d'un système externe d'allongement osseux progressif |
| 20 | AHHA001 | Biopsie de nerf périphérique, par abord direct |
| 20 | AHHA002 | Biopsie neuromusculaire, par abord direct |
| 20 | MHFA001 | Synovectomie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par abord direct |
| 20 | MHFA002 | Exérèse de kyste synovial ou mucoïde d'une articulation ou d'une gaine fibreuse de la main |
| 20 | MHMA005 | Arthroplastie trapézo-métacarpienne |
| 20 | MHPA003 | Libération mobilisatrice de plusieurs articulations de la main avec libération de tendon, par abord direct |
| 20 | MHPA004 | Libération mobilisatrice d'une articulation de la main avec libération de tendon, par abord direct |
| 20 | MJAA001 | Allongement des tendons et/ou des muscles extenseurs de la main ou des doigts, par abord direct |
| 20 | MJAA002 | Allongement des tendons et/ou désinsertion des muscles fléchisseurs de la main ou des doigts, par abord direct |
| 20 | MJCA001 | Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJCA002 | Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJCA003 | Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA005 | Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et de 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA006 | Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA007 | Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et des 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA008 | Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA010 | Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, des 2 nerfs et d'une ou deux artères digitaux palmaires, sur un rayon de la main |
| 20 | MJCA012 | Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJEA001 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture des doigts longs et du pouce |
| 20 | MJEA002 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture des doigts longs |
| 20 | MJEA003 | Transfert musculotendineux pour rétablissement des fonctions intrinsèques des doigts longs et du pouce |
| 20 | MJEA004 | Réinsertion transosseuse de tendon sur une phalange d'un doigt, par abord direct |
| 20 | MJEA005 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'extension active du poignet |
| 20 | MJEA007 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'ouverture du pouce |
| 20 | MJEA008 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de l'extension active du poignet et de l'ouverture des doigts longs et du pouce |
| 20 | MJEA009 | Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture du pouce |
| 20 | MJEA011 | Transfert musculotendineux, ténodèse et/ou capsulodèse pour rétablissement des fonctions intrinsèques du pouce |
| 20 | MJEA013 | Transfert musculotendineux, ténodèse et/ou capsulodèse pour rétablissement des fonctions intrinsèques des doigts longs |
| 20 | MJEA014 | Transfert musculotendineux avec plastie du premier espace interosseux métacarpien pour hypoplasie du pouce |
| 20 | MJEA015 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs et du pouce |
| 20 | MJEA018 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs |
| 20 | MJEA020 | Transfert musculotendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la fermeture des doigts longs et du pouce et des fonctions intrinsèques des doigts |
| 20 | MJFA002 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, arthrodèse radio-ulnaire distale et ostéotomie de l'ulna, par abord direct |
| 20 | MJFA004 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct |
| 20 | MJFA007 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, résection de l'extrémité distale de l'ulna et transfert tendineux, par abord direct |
| 20 | MJFA008 | Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous de la paume de la main |
| 20 | MJFA012 | Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direct |
| 20 | MJFA013 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet et arthrodèse ou arthroplastie de 3 doigts ou plus, par abord direct |
| 20 | MJFA014 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet, par abord direct |
| 20 | MJFA015 | Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJFA016 | Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet avec synovectomie articulaire du poignet et arthrodèse ou arthroplastie d'un doigt ou de 2 doigts, par abord direct |
| 20 | MJFA017 | Résection des tissus mous de la main avec plastie cutanée, sans résection nerveuse, pour mégadactylie |
| 20 | MJJA001 | Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne, par abord direct |

| | | |
|----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 | MJJA002 | Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne avec ténosynovectomie, par abord direct |
| 20 | MJJA004 | Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras, par abord direct |
| 20 | MJMA002 | Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'une articulation, sur un rayon de la main |
| 20 | MJMA006 | Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps |
| 20 | MJMA009 | Reconstruction d'un tendon de la main par transplant pédiculé, en un temps |
| 20 | MJMA010 | Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par greffe ou plastie d'allongement ou de retournement sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJMA012 | Reconstruction de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] par autogreffe sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJMA013 | Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en un temps |
| 20 | MJMA014 | Reconstruction d'un tendon de la main par transplant pédiculé, en deux temps |
| 20 | MJMA015 | Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaies d'un nerf et d'une artère digitaux palmaires, sur un rayon de la main |
| 20 | MJMA016 | Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'un nerf ou d'une artère digital palmaire, sur un rayon de la main |
| 20 | MJPA002 | Libération des tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJPA003 | Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien avec arthrodèse de la colonne du pouce, par abord direct |
| 20 | MJPA007 | Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien, par abord direct |
| 20 | MJPA008 | Libération des tissus mous du premier espace interosseux métacarpien avec arthroplastie ou libération articulaire mobilisatrice, par abord direct |
| 20 | MJPA009 | Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | MJPA011 | Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, par abord direct |
| 20 | MJPA013 | Section ou plastie d'agrandissement de la partie cruciforme de la gaine fibreuse digitale [poulie de réflexion de tendon de muscle fléchisseur des doigts] sur un rayon de la main, par abord direct |
| 20 | NJAA001 | Allongement de plusieurs tendons de l'arrière-pied, par abord direct |
| 20 | NJAA002 | Allongement et/ou transfert de tendon sans capsulotomie pour correction d'attitude vicieuse du genou, par abord direct |
| 20 | NJAA003 | Allongement d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct |
| 20 | NJCA001 | Suture d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct |
| 20 | NJEA005 | Alignement d'une camptodactylie d'orteil par libération des tissus mous |
| 20 | NJEA008 | Transfert tendineux pour rétablissement de l'extension du premier orteil |
| 20 | NJEA009 | Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la flexion dorsale de la cheville |
| 20 | NJEA010 | Transfert tendineux pour rétablissement de la fonction intrinsèque du premier orteil et/ou des orteils latéraux |
| 20 | NJEA011 | Transfert tendineux et/ou ténodèse pour rétablissement de la flexion plantaire de la cheville |
| 20 | NJFA005 | Ténosynovectomie de plusieurs tendons de l'arrière-pied |
| 20 | NJMA003 | Autoplastie d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct |
| 20 | NJMA004 | Reconstruction du rétinaculum des muscles fibulaires [gaine des tendons péroniers] par plastie capsuloligamentaire, périostée et/ou osseuse |
| 20 | NJPA016 | Incisions axiales [Peignage] du ligament patellaire [tendon rotulien], avec plastie autologue |
| 20 | NJPA018 | Libération, incisions axiales ou ténosynovectomie d'un tendon de l'arrière-pied |
| 20 | NJPA025 | Section ou allongement d'un tendon de muscle extenseur ou de muscle fléchisseur des orteils à l'avant-pied |
| 20 | NJPA029 | Section ou allongement de plusieurs tendons pour correction d'attitude vicieuse du pied |
| 20 | NJPA032 | Incisions axiales [Peignage] du ligament patellaire [tendon rotulien], sans plastie |
| 20 | PCCA002 | Suture de plaie ou de rupture de tendon |
| 20 | PCPA002 | Aponévrotomie intramusculaire pour allongement |
| 20 | PCPA005 | Ténotomie, par abord direct |
| 20 | PCPA006 | Section ou plastie d'agrandissement de poulie de réflexion de tendon, par abord direct |
| 20 | PCPB002 | Ténotomie, par voie transcutanée |
| 22 | LAHA001 | Biopsie de la voûte du crâne [calvaria], par abord direct |
| 22 | LAHA002 | Biopsie d'un os de la face, par abord direct |
| 22 | LJHA001 | Biopsie osseuse du sternum et/ou des côtes, par abord direct |
| 22 | MDHA001 | Biopsie d'un os et/ou d'une articulation de la main, par abord direct |
| 22 | MZHA001 | Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre supérieur, par abord direct |
| 22 | NAHA001 | Biopsie de la corticale interne de l'os coxal, par abord direct |
| 22 | NAHA002 | Biopsie de la corticale externe de l'os coxal, par abord direct |
| 22 | NEHA001 | Biopsie d'une articulation de la ceinture pelvienne [du bassin], par abord direct |

| | | |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22 | NEHA002 | Biopsie de l'articulation coxofémorale, par abord direct |
| 22 | NZHA001 | Biopsie d'un os et/ou d'une articulation du membre inférieur, par abord direct |
| 24 | MDCA006 | Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os du carpe, à foyer ouvert |
| 24 | MDCA013 | Ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, à foyer ouvert |
| 24 | MDCB001 | Ostéosynthèse préventive d'un métacarpien pour lésion ostéolytique, à foyer fermé |
| 24 | MDGA001 | Évidement d'un os du carpe avec comblement, par abord direct |
| 24 | MGFA002 | Synovectomie radio-ulnaire distale, par arthrotomie |
| 24 | MGFA004 | Exérèse de kyste synovial avec ténosynovectomie des extenseurs au poignet, par abord direct |
| 24 | MGFA005 | Synovectomie radiocarpienne et/ou intracarpienne, par arthrotomie |
| 24 | MGFA007 | Exérèse de kyste synovial du poignet, par abord direct |
| 24 | MGMA004 | Capsuloplastie d'une articulation du poignet, par abord direct |
| 24 | MGRP001 | Mobilisation d'articulation du poignet et/ou de la main à visée thérapeutique, sous anesthésie générale ou locorégionale |
| 24 | MHCA001 | Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de plusieurs articulations métacarpophalangiennes |
| 24 | MHCA002 | Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce, par abord direct |
| 24 | MHCA003 | Suture ou plastie de l'appareil capsuloligamentaire d'une articulation métacarpophalangienne |
| 24 | MHDA001 | Arthrodèse de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie |
| 24 | MHDA002 | Arthrodèse intermétacarpienne du premier espace interosseux, par arthrotomie |
| 24 | MHDA003 | Arthrodèse trapézométacarpienne, par arthrotomie |
| 24 | MHDA004 | Arthrodèse carpométacarpienne, par arthrotomie |
| 24 | MHDA005 | Arthrodèse d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par arthrotomie |
| 24 | MHDB001 | Arthrorise temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par broche, par voie transcutanée |
| 24 | MHEA001 | Réduction de luxation de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par arthrotomie |
| 24 | MHEA002 | Réduction d'une luxation ou luxation-fracture trapézométacarpienne, par arthrotomie |
| 24 | MHEA003 | Réduction d'une luxation de l'articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par arthrotomie |
| 24 | MHEA004 | Réduction d'une luxation ou luxation-fracture carpométacarpienne, par arthrotomie |
| 24 | MHEP001 | Réduction orthopédique de plusieurs luxations et/ou luxations-fractures métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt |
| 24 | MHFA003 | Synovectomie de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt, par abord direct |
| 24 | MHJA001 | Évacuation de collection articulaire de la main, par arthrotomie |
| 24 | MHMA001 | Arthroplastie de plusieurs articulations métacarpophalangiennes et/ou interphalangiennes de doigt |
| 24 | MHMA002 | Arthroplastie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt |
| 24 | MHPA001 | Libération mobilisatrice de plusieurs articulations de la main, par abord direct |
| 24 | MHPA002 | Libération mobilisatrice d'une articulation de la main, par abord direct |
| 24 | MJFA003 | Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire] |
| 24 | MJPA010 | Incision ou excision d'un panaris superficiel |
| 24 | MJPA014 | Séparation d'une syndactylie des doigts à squelette normal avec autoplastie cutanée locale et/ou greffe de peau |
| 24 | MZFA008 | Amputation d'un doigt surnuméraire autre que le pouce |
| 25 | AHPA001 | Libération de nerf à la cheville et/ou au pied, par abord direct |
| 25 | AHPA007 | Neurotomie ou neurectomie intrafasciculaire ou extrafasciculaire des troncs et/ou des rameaux moteurs au membre supérieur, pour hyponeurotisation |
| 25 | AHPA008 | Libération du nerf tibial [sciatique poplité interne] à la jambe et/ou au canal calcanéen, par abord direct |
| 25 | AHPA010 | Libération du nerf fibulaire commun [sciatique poplité externe] au genou, par abord direct |
| 25 | AHPA011 | Libération ou résection d'un nerf digital plantaire, par abord direct |
| 25 | AHPA012 | Libération du nerf supraclaviculaire et/ou de ses branches, par abord direct |
| 25 | AHPA013 | Libération du nerf musculocutané, par abord direct |
| 25 | AHPA014 | Libération de nerf de la paroi du tronc, par abord direct |
| 25 | AHPA015 | Neurotomie ou neurectomie intrafasciculaire ou extrafasciculaire des troncs ou des rameaux moteurs au membre inférieur, pour hyponeurotisation |
| 25 | AHPA021 | Libération du nerf ulnaire au poignet et/ou à la main, par abord direct |
| 25 | AHPA022 | Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct |
| 25 | AHPA023 | Libération du nerf radial au coude, par abord direct |
| 25 | AHPA026 | Dénervation complète du poignet, par abord direct |

| | | |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | AHPA027 | Libération du nerf radial au bras, par abord direct |
| 25 | AHPA028 | Libération de nerf digital par abord direct, sur un rayon de la main |
| 33 | BEFA008 | Trabéculéctomie [Sclérectomie transfixiante] |
| 33 | BEGA002 | Ablation de système mécanique de drainage de l'humeur aqueuse |
| 33 | BEJB004 | Drainage de l'humeur aqueuse de l'oeil |
| 33 | BEMA008 | Correction chirurgicale d'une fistule ou d'un drainage de l'humeur aqueuse |
| 33 | BEPA002 | Décollement du corps ciliaire [Cyclodialyse] |
| 33 | BEPA003 | Trabéculotomie, par sclérotomie |
| 33 | BEPA004 | Iridotomie ou iridectomie périphérique ou sectorielle sans laser |
| 33 | BEPB001 | Goniotomie oculaire, par voie transsclérale |
| 33 | BGFA014 | Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, sans viscocanaliculoplastie |
| 33 | BGFA900 | Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, avec viscocanaliculoplastie |

