

Les trois circuits à mettre en place en chirurgie ambulatoire

Jean-Pierre Danos

Directeur

Alexia Jolivet

Consultante

Cabinet Albédo Conseil, Jurançon (64)

La chirurgie ambulatoire exige un changement profond dans les modèles organisationnels hospitaliers, à commencer par une nouvelle conception des parcours et des circuits des patients. Ils doivent permettre d'absorber des quantités importantes de patients, sur des durées de séjour de plus en plus courtes, avec des conditions de sécurité et de qualité maximales. Cela nécessite de concevoir des circuits de prise en charge spécifiques, et notamment d'introduire ce que l'on appelle le circuit court. Avant de mettre en place ces différents circuits et notamment pour dimensionner les capacités de chaque unité ambulatoire, il faut conduire une analyse médico-économique portant en particulier sur l'étude du *case mix*¹. On organise ensuite trois circuits d'ambulatoire qui se caractérisent par un « chemin » et une tranche de durée associée (avec certaines exceptions spécifiées) :

- circuit court (pas de lit, pas allongé ni avant ni après le bloc, pas de passage en chambre), séjour d'une durée de trois heures maximum ;
- circuit normal (allongé avant et après le bloc, passage en chambre avant et après le bloc), séjour d'une durée de plus de six heures, quelques exceptions à moins de six heures ;

L'essentiel

Le développement de la chirurgie ambulatoire exige de modifier profondément les modèles organisationnels hospitaliers, en commençant par redessiner les parcours et les circuits des patients. Ceux-ci doivent permettre d'absorber des quantités importantes de patients, sur des durées de séjour de plus en plus courtes, avec des conditions de sécurité et de qualité maximales. Cela nécessite de concevoir trois types de circuits de prise en charge du patient qui se caractérisent par un « chemin » et une tranche de durée associée : le circuit court, le circuit normal, le circuit mixte.

Mots-clés : chirurgie ambulatoire ; organisation.

- circuit mixte (pas de lit, pas allongé avant le bloc, allongé après, passage en chambre seulement après le bloc), séjour d'une durée de trois à six heures.

Le circuit court

Le principe qui guide le circuit court est que le patient doit attendre le moins possible à toutes les étapes de son hospitalisation. À titre indicatif, on considère qu'il doit être convoqué au maximum trente à quarante-cinq minutes avant son passage au bloc opératoire sauf cas particulier (soins préopératoires d'une certaine durée). Dans ce circuit, comme pour l'ensemble de la chirurgie ambulatoire, la préadmission a été organisée de manière à ce que le patient n'ait pas à passer au bureau des entrées le jour de son intervention. Le pointage est fait par l'infirmière diplômée d'État (IDE) de l'unité ambulatoire ou le cas échéant par le poste du bureau des entrées décentralisé. Cette organisation implique des convocations et arrivées des patients systématiquement échelonnées, et que l'on ne soit pas dans une logique d'assistance au patient pour les soins préopératoires mais que ce dernier soit autonome et se prépare à domicile. Ce point est bien entendu à adapter au profil de chaque personne. Après le pointage et l'accueil par l'IDE, le patient passe au vestiaire puis range ses affaires dans un casier fixe ou mobile. Il entre en salle d'attente préopératoire, où l'IDE procède à sa préparation, puis est accompagné au bloc à pied (éventuellement en fauteuil) par le brancardier. Ce dernier peut dans ce cas encadrer deux ou trois patients en même temps. Après l'intervention, on pratique le *fast-tracking* (transfert direct en unité ambulatoire, procédures accélérées) en salle de réveil chaque fois que possible, soit sous forme complète soit sous la forme d'un

1- Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée (<http://cybertim.timone.univ-mrs.fr/enseignement/doc-enseignement/informatique/glossairehospitalier#c>).

« pointage » en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le patient revient du bloc en fauteuil ou en brancard. Il séjourne dans l'unité ambulatoire soit en salle postopératoire (zone de fauteuils) soit dans des boxes sous la surveillance de l'IDE. Il peut prendre une collation. Après validation de sa sortie, il repasse au vestiaire puis quitte l'établissement. Il existe plusieurs variantes au circuit court : salle de sortie pour les collations séparée de la salle postopératoire ou des boxes, principe de la marche en avant sur la totalité du circuit ou sur une grande partie, salle de SSPI/sortie commune pour les endoscopies puis passage à la douche, etc. Il résulte de la mise en place du circuit court que le séjour du patient est fortement raccourci, avec une durée moyenne d'une heure et demie à trois heures de son arrivée à sa sortie. La mise en place du circuit court est l'un des éléments majeurs qui va permettre d'améliorer la rotation des patients de l'unité ambulatoire. On peut facilement atteindre trois voire quatre patients par jour et par place. Pour les circuits les plus performants, la rotation peut aller jusqu'à dix à douze personnes dans certains cas (ophtalmologie par exemple). Dans la mise en place du circuit court, on ne fait qu'appliquer les principes de la gestion des flux et du *lean management*² : suppression ou simplification ou raccourcissement des étapes sans valeur ajoutée, suppression des traitements inadéquats, évitement des ruptures de flux, etc. Plusieurs interventions peuvent être réalisées en circuit court : chirurgie du cristallin (cataracte) en ophtalmologie, chirurgie de la main en orthopédie, pose de drains transtympaniques en ORL, accès vasculaire en chirurgie vasculaire, etc.

Le circuit normal

Le circuit normal est le plus fréquemment rencontré dans les établissements de santé. Après pointage à son arrivée et accueil par l'IDE, le patient passe en chambre ou en box, où il se change ; il est acheminé au bloc sur un brancard. Après l'intervention, il séjourne à la SSPI, puis retourne en brancard jusqu'à la chambre, où il demeure sous la surveillance régulière de l'IDE ; il sort après validation de la sortie. Dans ce type de circuit, le séjour du patient dure plus de six heures de son arrivée à sa sortie, et la rotation sur un lit se situe entre un et un patient et demi par place ou lit si l'on optimise l'activité. Plusieurs interventions peuvent être réalisées sur le circuit normal : mastectomie en chirurgie gynécologique, traitement de hernie inguinale sous anesthésie générale, cholécystectomie en chirurgie digestive, rhinoplastie en ORL, etc.

2- Système d'organisation du travail qui cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les gaspillages de matière, de temps...

La prise en charge en circuit court est plus humaine : parcours fluide, prémédication attendue et anxiété réduites, présence des soignants.

Le circuit mixte

En circuit mixte, les étapes avant le passage au bloc sont celles du circuit court et, après la sortie du bloc, celles du circuit normal. En amont du bloc, le patient passe au vestiaire, puis en salle d'attente préopératoire. Après la préparation par l'IDE, il est acheminé au bloc à pied ou en fauteuil accompagné par le brancardier. Après le passage en salle d'intervention puis en SSPI, le retour dans la chambre se fait en brancard. Dès que les conditions sont remplies, il peut sortir. L'un des avantages du circuit mixte est qu'il facilite la gestion des entrants et des sortants lors des pics d'activité (en général entre 11 h et 15 h) au moment où les capacités de l'unité ambulatoire peuvent se trouver saturées. Dans le circuit mixte, le séjour dure de trois à six heures de l'arrivée à la sortie du patient. Dans ces conditions, la rotation sur un lit se situe entre 1,5 et 2,5 patients par place si l'on optimise l'activité et la gestion des parcours. Le circuit mixte, comme le circuit court, contribue à l'amélioration de la rotation des patients en ambulatoire et de la gestion des flux. Plusieurs interventions peuvent être réalisées sur ce circuit : coloscopie en gastro-entérologie, ligature de trompe en gynécologie, pose de TVT³ et neuromodulateur (incontinences urinaires) en urologie, arthroscopie, chirurgie du pied, réduction orthopédique, traitement de hernie inguinale sous coelioscopie en digestif, extraction dentaire en stomatologie, suppression de varice, pose de chambre implantable, création de fistule pour les dialyses en chirurgie vasculaire, etc.

Les circuits pour les populations spécifiques

Les enfants en bas âge passent en général par le circuit normal et vont en chambre avec les accompagnants. Les personnes handicapées physiques ou mentales, ou nécessitant un fauteuil roulant ou à mobilité réduite, suivent le circuit court ou le circuit normal. Les personnes âgées souffrant de troubles démentiels suivent le circuit normal. Pour ces trois populations spécifiques, la durée de séjour est un peu plus longue que celle du circuit de la pathologie ou de l'acte dont elles relèvent.

3- *Tension-free Vaginal Tape* : bandelette vaginale sans tension.

Quelques commentaires

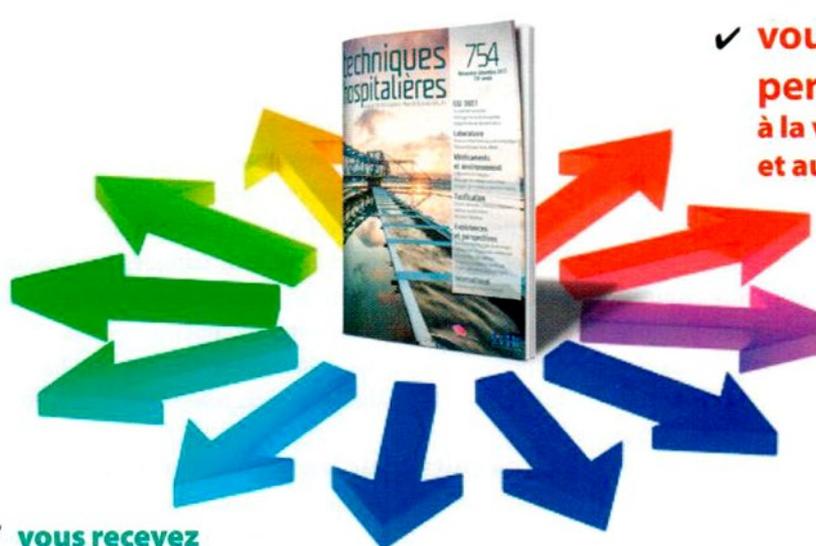
Le circuit court est à flux rapide. Il donne à l'établissement la capacité d'absorber une forte activité. Combiné avec le circuit mixte, il contribue considérablement à l'amélioration de la gestion des flux de patients tant en quantité qu'en qualité, ce qui se traduit par des taux de rotation bien plus élevés. Bien entendu, la part des activités que l'on peut organiser selon les circuits est directement liée aux types de cas traités dans l'établissement. La mise en place du circuit choisi implique en général une adaptation de l'architecture ou certains aménagements des locaux et des équipements (fauteuils, lits, brancards, fauteuils coquilles, etc.). Elle peut, notamment dans le cas du circuit court, bousculer praticiens et soignants et provoquer des réactions telle que: « *C'est inhumain!* », « *On va presser les patients!* », « *On va les mettre dehors tout de suite après l'intervention!* » Or ce sont souvent ces mêmes professionnels, qui parlent d'humanité, qui convoquent tous les patients à sept heures du matin pour une opération à onze, quinze, voire seize heures, qui les surmédiquent pour gérer

l'attente et l'anxiété qui en découle, qui les font attendre plusieurs heures après l'intervention pour les faire sortir alors que ce n'est pas nécessaire, etc. Le circuit court est nettement plus humain: le parcours étant plus fluide, le patient n'attend pas ou très peu aux différentes étapes, il ressent moins d'anxiété, il est moins ou pas du tout prémédiqué; du fait d'un espace ambulatoire concentré, les soignants perdent moins de temps à se déplacer d'une chambre ou d'un box à l'autre, et le patient bénéficie de leur présence et de leur attention en salle d'attente préopératoire ou de surveillance postopératoire. ■

Bibliographie

- Danos Jean-Pierre, *Développer et organiser la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé, guide pratique, nouveaux concepts organisationnels*, LEH, 2013
- HAS et Anap, *Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi*, 2013
- HAS et Anap, *Recommandations organisationnelles, sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, guide méthodologique*, 2013
- Gentili Marc, Jouffroy Laurent, Paqueron Xavier, White Paul F., *Anesthésie en chirurgie ambulatoire*, Arnette, 2005

Avec l'abonnement de votre établissement



✓ **vous recevez les numéros papier**

✓ **vous offrez à votre personnel l'accès illimité à la version électronique et aux archives en ligne**

✓ **vous découvrez et partagez la richesse des pratiques et techniques mises en œuvre dans les établissements**

✓ **vous insérez vos offres d'emploi gratuitement sur www.techniques-hospitalieres.fr**

Votre service ou établissement est abonné à TH ? Parlez-en !

L'identifiant et le mot de passe pour l'accès en ligne peuvent être communiqués à l'ensemble du personnel.

Renseignez-vous auprès de votre direction ou contactez abonnements@techniqueshospitalieres.fr