

<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan>

Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

Sommaire

1. Principaux enseignements et...
 - 1.1. S'engager dans la démarche...
 - 1.2. Les prérequis nécessaires...
 - 1.3. Les facteurs de réussite...
 - 1.4. Des résultats encourageants...
2. Les fiches actions une aide...
 - 2.1. FICHE 1 : Développer la p...
 - 2.2. FICHE 2 : Optimiser une u...
 - 2.3. FICHE 3 Optimiser une uni...
 - 2.4. FICHE 4 Justifier la pert...
 - 2.5. FICHE 5 Justifier la pert...
 - 2.6. FICHE 6 : Mettre en place...
 - 2.7. FICHE 7 Renseigner dès la...
 - 2.8. FICHE 8 : Mettre en place...
 - 2.9. FICHE 9 : Mettre en place...
 - 2.10. FICHE 10 : Préparer la s...
 - 2.11. FICHE 11 Mettre en place...
 - 2.12. FICHE 12 : Suivre les sé...
 - 2.13. FICHE 13 : Structurer un...
 - 2.14. FICHE 14 : Mettre en adé...
 - 2.15. FICHE 15 : Mettre en adé...
 - 2.16. FICHE 16 : Structurer u...
3. On en parle
 - 3.1. **Témoignage de la Clinique...**
 - 3.2. Les urgences au Queen's H...
 - 3.3. 3. Le big-data australien...

↪ 3. On en parle

↪ 3.1. Témoignage de la Clinique Sainte-Marie : mise en place de la Récupération rapide post-chirurgie (RRPC)

Entretien avec Emmanuelle Arnoux - Directrice des soins infirmiers de la Clinique Sainte-Marie.

1.1 Contexte

Dans un contexte d'optimisation de la chirurgie ambulatoire et des techniques médicales, une équipe de consultants (HCM) regroupant des médecins du groupe CAPIO est venue en juin 2014 présenter en CME les nouvelles pratiques réalisées en « fast track ». À l'issue de cette présentation, les praticiens ont demandé un audit du service de chirurgie ambulatoire qui a déterminé des marges d'optimisation envisageables.

1.2 Principes

Ces nouvelles méthodes de flux mettent en avant le fait que le lit reste disponible tant que le patient n'est pas revenu du bloc opératoire. En partant du postulat que le patient n'a pas besoin de disposer d'un lit dès son entrée, une nouvelle prise en charge des cataractes a été initiée à la clinique avec le passage direct au bloc pour le patient. Dès son arrivée, le patient est installé dans une salle d'attente, il se déshabille et met ses affaires dans un vestiaire. Son aller-retour au bloc s'effectue dans un fauteuil de transfert, le patient est ensuite levé, et le déjeuner s'effectue dans le salon de sortie. **Le patient ne mobilise ainsi plus aucun lit.**

Une fois pratiquée en chirurgie ambulatoire, la récupération rapide a été également envisagée en hospitalisation pour certaines spécialités comme l'orthopédie (prothèse de hanche, épaule, genou) et le

digestif (côlon, bypass, sleeve).

1.2.1 Les principes de la Récupération rapide post-chirurgie (RRPC)

Ils reposent sur un ensemble de mesures visant à une récupération et à une reprise d'autonomie rapide du patient après chirurgie.

Le parcours du patient s'articule sur 3 phases pré, per et post-opératoire :

• En pré-opératoire

- Une information détaillée et l'adhésion du patient au parcours de sa prise en charge : cela consiste à préparer le patient à son intervention sur le plan physique, psychologique et logistique, et donc sécuriser le retour à domicile ;

- Une réduction du jeûne préopératoire avec la pratique du jeûne moderne : cela veut dire que le patient peut s'alimenter jusqu'à 6 heures et boire une boisson sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (sauf cas particulier : diabétique ou trouble de la vidange gastrique).

• En per-opératoire

- Une chirurgie mi-invasive (pas de drainage ou de sonde en systématique) ;

- Des techniques anesthésiques ciblées ;

- Une analgésie systématique multimodale en per-op et post-op (non morphiniques) ;

- Un geste chirurgical complété par des infiltrations analgésiques d'anesthésiques locaux ;

- Une prévention du stress opératoire ;

- Une prévention des Nausées-vomissements post-opératoire (NVPO).

• En post-opératoire

- Un lever et une réalimentation précoce (prévention des complications liées à l'alitement prolongé) ;

- Une prise en charge multimodale de la douleur (pas de perfusion, ni d'antalgiques per os.).

En choisissant une prise en charge selon les principes de la RRPC, le patient devient acteur de son hospitalisation.

1.2.2 Les critères d'éligibilité

- S'appuyer sur les recommandations de la SFAR ;
- Avoir un bon niveau de compréhension pour le patient : un patient coopérant et un entourage rassurant pour le retour à domicile sont des critères facilitant ;
- Seuls les patients sous AVK et en ASA 3-4 ont été exclus dans un 1er temps et les critères de sélection étaient les suivants : patient entrant en EJM (Entrant le jour même) et sortant à domicile.

1.2.3 Les pré-requis pour la RRPC en hospitalisation conventionnelle

- La mise en place d'une consultation systématique avec une infirmière dédiée à ce type de prise en charge (entretien de 45 min) pour expliquer précisément au patient les principes et le parcours spécifique qu'il suivra et le guider ;
- La réalisation des examens en externe avant l'intervention ;
- L'appel de la veille et du lendemain de l'infirmière RRPC ;
- L'organisation du retour à domicile à J2 avec un suivi infirmier libéral et une prescription de kinésithérapie obligatoire pour l'orthopédie.

1.3 Étapes de mises en oeuvre

- Définir les services pilotes ;
- Définir les critères d'éligibilité et les protocoles de prise en charge, idéalement créer les chemins cliniques ;
- Valider le principe en instance ;
- Formaliser les supports de communication pour les patients et pour les équipes ;
- Recruter l'IDE de consultation RRPC.

1.4 Résultats

Après un démarrage en février 2015, les premiers résultats se sont fait sentir rapidement :

- Au bout de 3 mois tous les patients éligibles, en particulier d'orthopédie, de chirurgie bariatrique sous coelioscopie, de chirurgie colorectale sous coelioscopie, ont intégré le programme ;
- Une diminution de la durée moyenne de séjour de moitié sur certaines pathologies, comme par exemple la prise en charge de la prothèse de hanche qui se fait en 3 jours au lieu de 6 auparavant ;
- Une meilleure prise en charge du patient avec diminution des Nausées vomissements post-opératoire (NVPO) et de la douleur ;
- Une satisfaction du patient qui bénéficie d'une prise en charge personnalisée et accompagnée et qui gagne en autonomie. Le patient qui a été pris en charge en RRPC n'a plus besoin de structure SSR à la sortie, sauf cas particulier ;
- Un impact sur les modalités de prise en charge avec la réduction de 21 lits d'hospitalisation ;
- Un impact organisationnel sur les ressources humaines à étudier notamment la nuit avec une surveillance post-opératoire plus simple.

Au vu des résultats positifs, un déploiement de la RRPC est à prévoir sur d'autres secteurs de chirurgie.

Il est prévu également de programmer des patients de chirurgie bariatrique en chirurgie ambulatoire. En effet, la clinique Sainte Marie a été retenue pour le projet de l'ARS IDF « Gestes innovants en chirurgie ambulatoire ».

1.5 Facteurs-clés de succès / écueils à éviter

Il s'agit d'un tel changement de méthodes, qu'il faut nécessairement que l'initiative de la RRPC vienne de l'équipe médicale et des anesthésistes. Si l'adhésion des praticiens a été forte, l'équipe paramédicale a été très perturbée par cette nouvelle prise en charge du patient qui a moins mal et est très autonome. Il a fallu expliquer aux équipes que les antalgiques sont systématiques même si le patient va bien.

Le rôle d'éducation de l'IDE de RRPC est primordial dans ce type de prise en charge :

« Il s'agit d'un vrai service client », l'IDE doit être convaincu de la démarche, être dans l'écoute, la réassurance, l'empathie. Il faut être très vigilant sur le suivi post-opératoire. Le patient est moins fatigué et a moins mal, pour autant il vient de subir une intervention et doit respecter certaines règles post-opératoires. Par ailleurs, l'IDE de RRPC a un rôle important de coordinateur entre l'équipe médicale et paramédicale, ainsi qu'en termes de gestion des séjours.

Enfin la mise en place d'une telle action doit être rapide, sur un trimestre tout au plus.

« Il s'agit d'un tel changement de méthode qu'on ne peut pas faire moitié-moitié, tous les patients éligibles doivent être pris en charge de la même manière »

Glossaire

ARS
CME
EJM
IDE
RRPC
SFAR
SSR

Date de parution : 24/05/2016

Télécharger la production