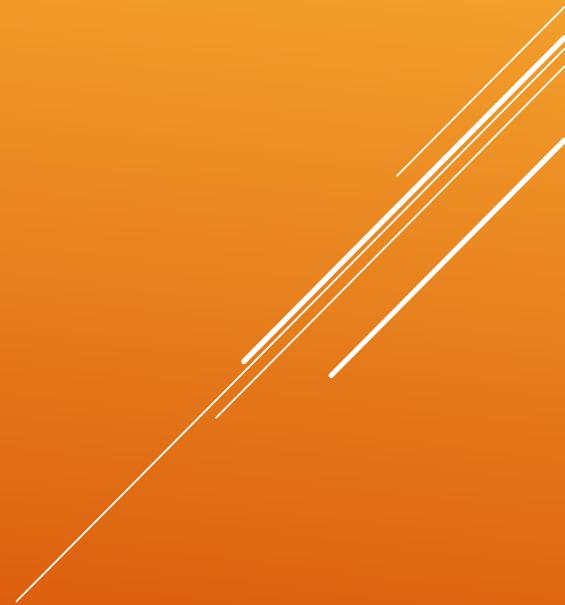


L'AMBULATOIRE, COMMENT CHANGER LES CULTURES ?

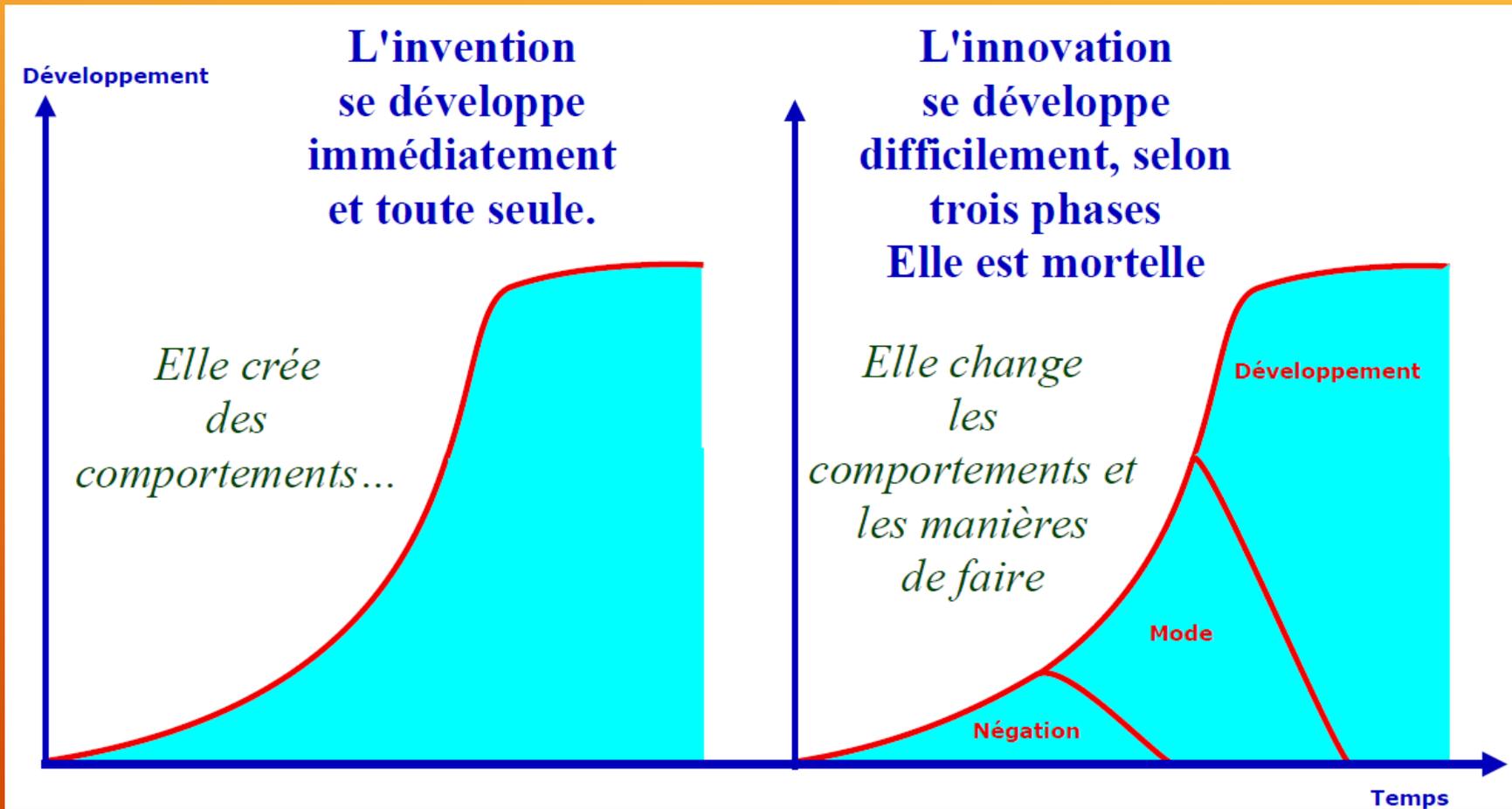
Le point de vue de l'anesthésiste.

Laurent JOUFFROY, Strasbourg

INNOVATION

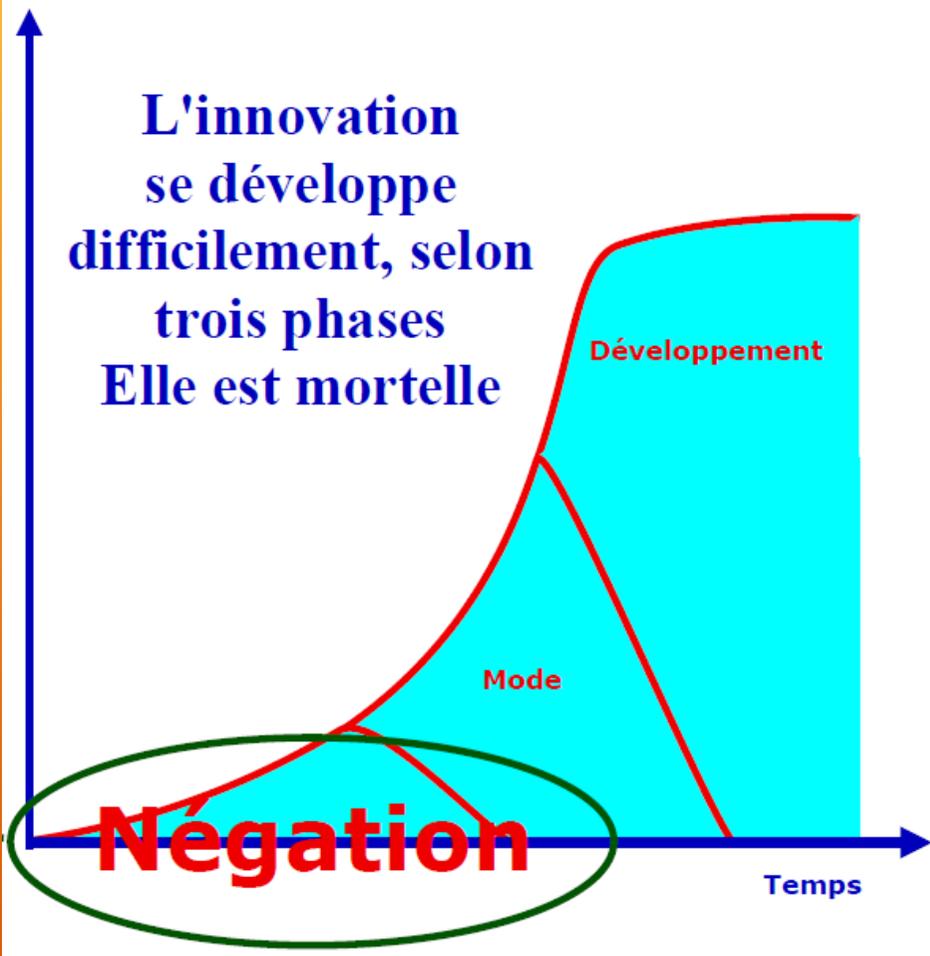


LA DISTINCTION “INVENTION” - “INNOVATION”





L'innovation
se développe
difficilement, selon
trois phases
Elle est mortelle



LA DISTINCTION “INVENTION” - “INNOVATION”

*L'innovation est tuée par les “spécialistes”
qui nient son apport :*

“Cela ne sert à rien, on l'a toujours fait...”

“C'est dangereux...”

Phase de négation :

il faut protéger les innovateurs et évaluer les
“bienfaits” de l'innovation pour résister à leur
négation par les spécialistes

- ◆ *Dans de nombreux domaines de la Médecine, il a été démontré de façon répétée que les pratiques étaient adéquates (c.à.d. en adéquation avec les recommandations) dans moins de 50 % des cas.*

BONNES PRATIQUES

ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RFE « ambulatoire » / SFAR [septembre 2009]
SFU, SFCD/ACHBT, SFORL, CNCE/Adarpef...

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- ▶ Périmètre : *Prodiguer les soins les plus appropriés et, de fait, nécessité de l'actualisation des connaissances et de suivre l'évolution des techniques médicales et scientifiques*
- ▶ Les sociétés savantes (SFAR, SFORL, SFCD, SFU, SFCR, etc.), la H.A.S.
- ▶ 1^{ère} source d'obligations potentielles, **anesthésistes** et chirurgiens
- ▶ Prise de conscience déterminante de leur degré d'opposabilité
- ▶ Véritables sources de droit pour le praticien...

RFE« **Prise en charge** **du patient en hospitalisation ambulatoire** »

❖ Cette RFE s'est voulue :

- Non « dogmatique », c'est-à-dire « professionnelle »;
- Facilitante, c'est-à-dire devant pouvoir s'inscrire dans une dynamique collective issue d'une réflexion concertée avec l'ensemble des acteurs concernés.

(cf. RFE ORL, SFCD, etc.)

Question 2_[RECO 4- 12]

SÉLECTION DU PATIENT = ÉLIGIBILITÉ

- **Pas de « dogme »** qui soit applicable sans discernement à tous les patients, à tous les praticiens et à toutes les structures
- mais une **approche au cas par cas** : prise en considération du **triptyque acte/patient/structure**.

Le processus décisionnel qui s'impose à chaque étape de la prise en charge doit conduire les acteurs à l'analyse :

- Du bénéfice-risque pour le patient
- De la prévisibilité de la prise en charge
- De l'organisation mise en place.

Question 2

SÉLECTION DU PATIENT = ÉLIGIBILITÉ

La sélection des patients repose sur **l'analyse bénéfice/risque d'un triptyque acte/patient/structure** :

- *la durée du transport et l'éloignement du domicile ne sont pas des facteurs d'exclusion de facto.*
- De même, s'il est *indispensable que le patient soit raccompagné à son domicile*, la nécessité de la **présence d'une personne au domicile pour les 24 heures qui suivent est à évaluer.**

Question 4 [RECO 25 - 30]

BONNES PRATIQUES DE L'ANESTHÉSIE

- **Règles du jeûne préopératoire « moderne » :**
2 heures pour les liquides, 6 heures pour les solides
- **L'anesthésie :**
pas de stratégie anesthésique spécifique à ce mode de prise en charge
 1. toutes les techniques sont envisageables
 2. l'ensemble des agents est utilisable.

MEILLEURE MAÎTRISE :

- des nausées, des vomissements
- de la douleur,
- des risques hémorragiques
- réhabilitation plus précoce des patients,
- croissance forte des anesthésies régionales périphériques...

Question 6

LA SORTIE ou *aptitude au retour à domicile*

3) SIGNATURE :

- a) Non recevable pour le patient,
- b) réglementaire pour le médecin,
- c) indésirable pour l'accompagnant (l'accompagnant est un tiers sans statut particulier).

► **La protocolisation de la sortie a pour objectifs :**

- 1) de diminuer voire **éviter le temps d'attente inutile** des patients prêts à sortir de l'UCA d'un point de vue médical, tout en assurant une exhaustivité des documents/informations remis au patient lors de sa sortie ;
- 2) d'**optimiser la rotation** sur les places de l'UCA et donc d'augmenter potentiellement le nombre de patients pris en charge chaque jour à l'UCA ;
- 3) de faire la preuve d'une réflexion commune et partagée sur la mise en place d'une **procédure sécurisée**.

PROTOCOLISER LA SORTIE DU PATIENT

ÉVOLUTION DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

Recommandations organisationnelles (Chirurgie ambulatoire)

HAS-ANAP de mai 2013

▶ *L'ambulatoire, c'est la révolution copernicienne*

« **L'organisation** est au centre de la chirurgie
ambulatoire,
et le patient est au centre de **l'organisation.** »

ORGANISATION

* L'évolution

Les changements organisationnels liés à la chirurgie ambulatoire :

- * Organisation optimisée qui place le patient au centre de l'organisation (le patient n'attend pas !) et non plus centrée sur le producteur de soins
- * Unicité de lieu, de temps et d'action
- * Nécessité d'intégrer et d'appliquer des théories et des concepts organisationnels issus du monde industriel à la chirurgie « Lean managment »: travail sur le process et les 6 segments de la prise en charge ambulatoire, en luttant contre les gaspillages.



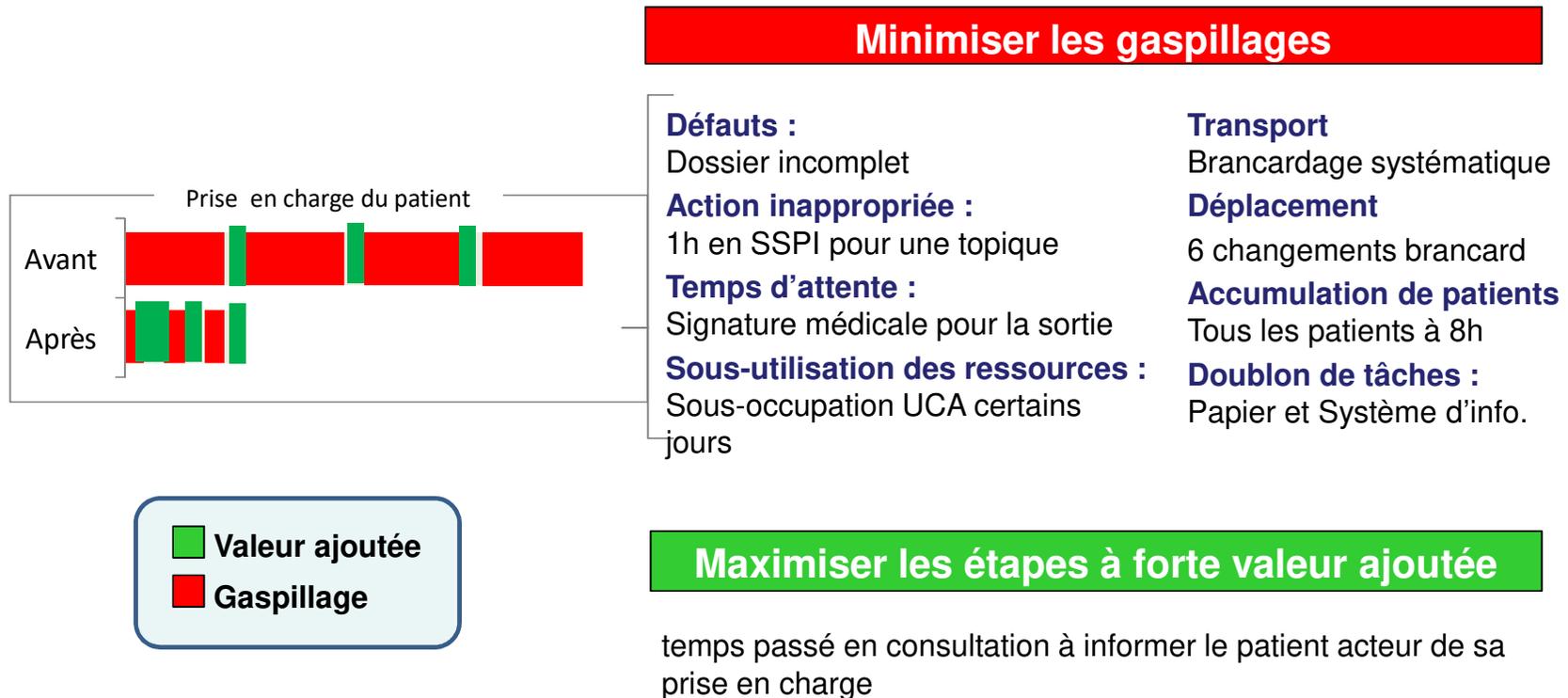
Organisation optimisée

Lean management

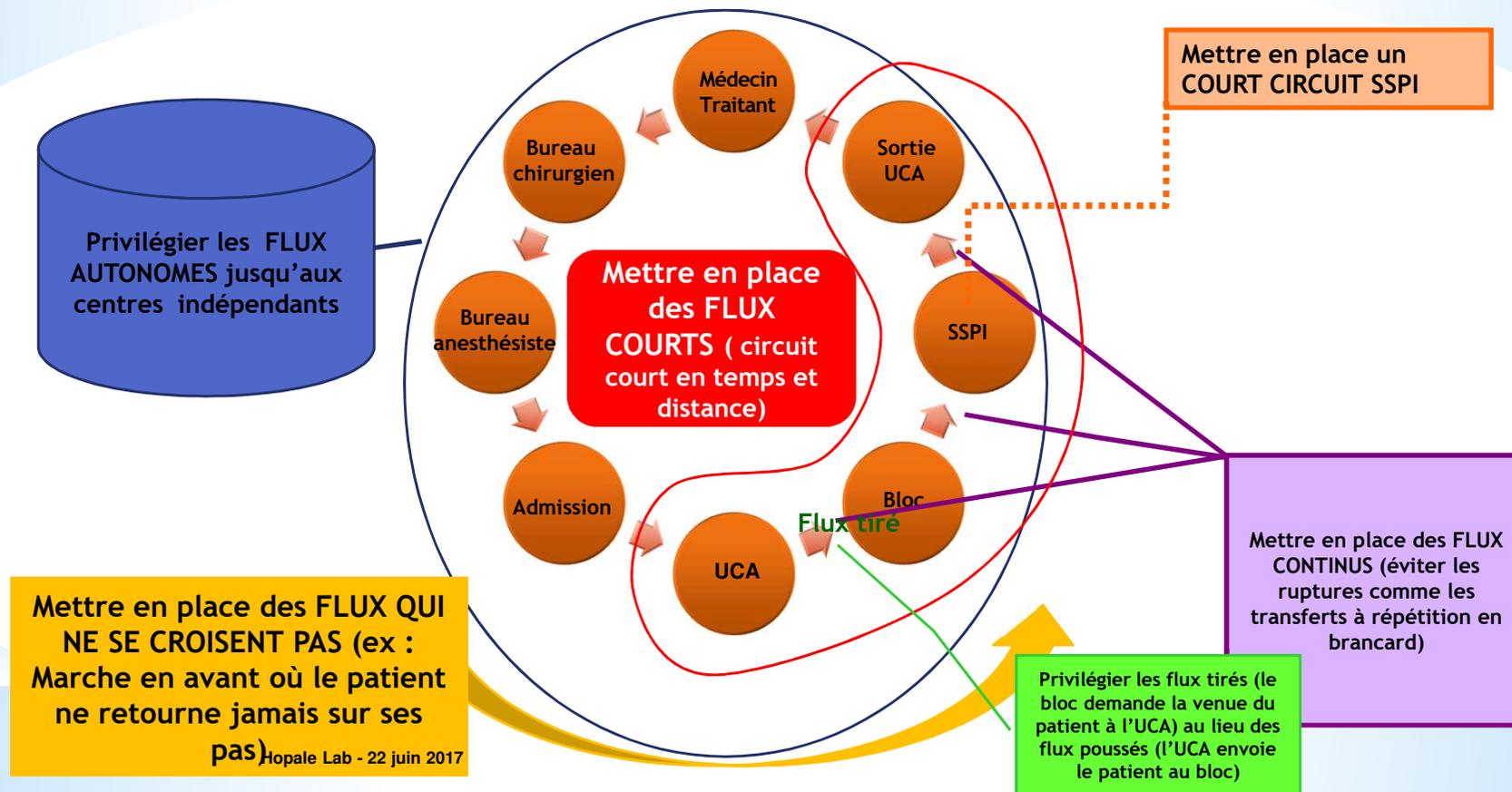


3 temps :

- Temps à valeur ajoutée (ex: information patient)
- Temps sans valeur ajoutée (ex : attente papier de sortie)
- Temps nécessaire sans valeur ajoutée (ex : attente résultats examen)



RECOMMANDATION ORGANISATIONNELLE ANAP/HAS



Sécurité - qualité... Médecin coordonnateur...

Coopération entre les professionnels de

Santé... médecine périopératoire...

responsabilité... professionnalisation

LE MÉTIER D'ANESTHÉSISTE



L'ÉVOLUTION DU « MÉTIER »

Traditionnellement, la profession procède d'une **logique formelle**, la définition par le **diplôme**, et d'une **logique matérielle**, la définition par les **actes** que les professionnels peuvent effectuer.

Dans une perspective moderne, il convenait de s'interroger sur une définition du métier qui privilégie **les missions**.

L'ÉVOLUTION DU « MÉTIER »

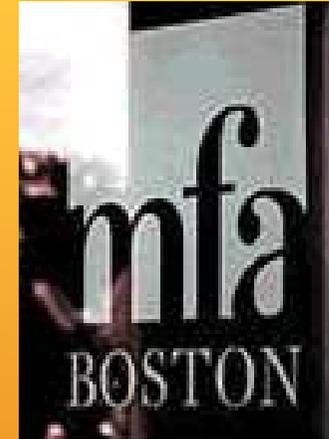
Sortir d'une logique qui reconnaît le métier par les actes et ***imposer la vision de la reconnaissance d'une véritable activité de prise en charge.***

Cette approche plus fondée sur la ***compétence*** doit permettre de passer de la notion de « poste » que l'on occupe à celle de « ***fonction*** » que l'on assume, à celle de mission que l'on définit par des ***résultats*** et des ***responsabilités***.

L'ÉVOLUTION D'UN « MÉTIER »

Concrètement, considérer l'anesthésiste non plus comme le réalisateur de tâches qui ne relèvent que d'une seule compétence technique (« *il a des compétences* »), voire comme un extincteur, mais comme un acteur porteur de plus de sécurité, de plus de service, de plus de communication, de plus d'organisation sous réserve de s'accorder sur les modalités d'une action concertée et efficiente (« *il est compétent* »)

P OST-SCRIPTUM



Museum of Fine Arts, Boston

LA DÉSORGANISATION
EST
UNE FORME
D'AMNÉSIE