

Analyse des EPR ciblés sur l'ambulatoire à partir de la base REX de la HAS

En France, le taux de chirurgie ambulatoire est inférieur à celui de nombreux pays européens. L'enquête internationale, menée par l'IAAS en 2009, a montré que, sur trente-sept gestes sélectionnés, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait **45 %** en France alors qu'il était de plus de 65 % dans les pays de l'Europe du Nord. Pour l'ensemble de la chirurgie, ce taux était seulement de **36 %** en France, alors qu'il dépassait les 50 % en Europe du Nord.

En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance post-opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Ce qui change en chirurgie ambulatoire, ce n'est pas l'acte réalisé, encore que l'essor technologique associé à la recherche médicale permet la réalisation de gestes mini-invasifs, mais la prise en charge du patient qui devient lui « ambulatoire ».

Le mouvement « ambulatoire » qui s'est accéléré ces dernières années, accuse cependant un retard très important en France par rapport aux pays étrangers. Une éducation et une évolution des mentalités sont nécessaires pour faire comprendre que l'ambulatoire, loin d'être une alternative à l'hospitalisation doit devenir une pratique de référence. Outre la satisfaction du patient, Gilles Bontemps dans son ouvrage intitulé « chirurgie ambulatoire: état des lieux et perspectives », édité en 2011 pour l'ANAP, a estimé que les gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire seraient autour de 5M d'Euro.

En chirurgie vasculaire, la chirurgie veineuse superficielle fait partie des actes identifiés par les pouvoirs publics comme devant être réalisés en ambulatoire. Ceci implique qu'une hospitalisation en chirurgie veineuse superficielle requiert l'entente préalable de l'Assurance Maladie.

Vascurisq, organisme d'accréditation en chirurgie vasculaire, s'est ainsi intéressé à travers les déclarations d'EPR, au défaut de prise en charge d'un malade en ambulatoire. L'objectif de notre travail a été de récupérer et d'analyser les EPR colligés par la base REX se rapportant à cet intitulé.

Matériel : La base Rex fournie par la HAS permet d'accéder aux EPR anonymisés puis classés dans l'intitulé : « défaut de prise en charge d'un patient en ambulatoire ». Nous avons étudié 195 EPR, colligés entre le 06/05/2013 et le 08/09/2014, sous cet intitulé. Tous ces EPR étaient disponibles sur la base REX de la HAS, sous forme de tableau Excel et classés par ordre chronologique selon leur validation par les différents experts de Vascurisq.

Méthode :

Chaque EPR a été analysé par nos soins et les différents critères d'analyse relevés ont été traduits dans un tableau Excel à des fins statistiques. Les différents critères étudiés reprenaient d'une part les éléments descriptifs communs à chaque EPR et d'autre part des éléments d'analyse approfondie relatifs à la chaîne fonctionnelle de chaque professionnel et de son établissement. Ont été ainsi extraits pour chaque EPR :

- l'âge
- le sexe
- le diagnostic
- l'acte thérapeutique sous forme de sa classification CCAM
- le type de défaillance
- la personne ayant découvert la défaillance observée
- le délai d'arrêt
- la correction factuelle de la défaillance
- la cause de chaque défaillance

Pour ce qui concerne l'analyse approfondie, nous avons, pour chaque EPR, étudié un ensemble de critères où seule une réponse positive (oui) ou négative (non) était possible. Seules les réponses négatives ont été extraites pour une plus grande lisibilité d'analyse.

Ces critères étaient les suivants :

- L'unité de chirurgie ambulatoire est-elle autonome ?
- Existe-t-il un dossier patient individualisé pour l'ambulatoire ?
- Le personnel est-il spécifique au service ambulatoire ?
- Existe-t-il un livret d'accueil spécifique ?
- Existe-t-il un questionnaire de satisfaction spécifique ?
- Existe-t-il une procédure de transfert en hospitalisation classique en cas de problème ?

-Existe-t-il une secrétaire dédiée à l'appel téléphonique du patient la veille et le lendemain de l'hospitalisation ?

-Existe-t-il une check-list spécifique lors de l'admission (champ opératoire, douche pré-opératoire, documents administratifs et médicaux, ...) ?

-Existe-t-il une consultation pré-opératoire systématique avant le départ au bloc ?

-Existe-t-il des plages dédiées à la chirurgie ambulatoire ?

-Existe-t-il un circuit dédié (brancardage, informations...) ?

-Existe-t-il un document d'information pour la sortie (conditions de sortie, numéro de téléphone en cas d'urgence,...) ?

-La sortie est-elle confirmée par un avis médical ?

-l'heure d'entrée est-elle corrélée à l'heure de l'opération ?

L'objectif de cette étude est de mettre en lumière au travers des différents critères descriptifs de l'EPR et de l'analyse approfondie, les principaux éléments qui par leur fréquence et leur récurrence nous permettent d'identifier une ou des typologies de cause et d'autre part de proposer quelques pistes pour les corriger.

Résultats :

Parmi les 195 EPR étudiés, 187 ont été retenus, 8 ayant été non éligibles car ne réunissant pas l'ensemble des critères choisis pour un traitement uniforme.

L'âge moyen était de 54,6 ans pour des extrêmes s'étendant de 18 (varices) à 93 ans (cathéter de dialyse).

109 patients étaient des femmes (58,28%), 78 des hommes (41,72%).

L'intitulé du diagnostic pathologique initial était le suivant :

- 84,99% concernaient la pathologie veineuse superficielle
- 11,21% concernaient la pathologie d'hémodialyse
- 2,13% concernaient la nécessité d'un site implantable
- 1,59% concernaient la pathologie artérielle

Pour chaque ensemble de pathologies précitées, la classification des actes selon un relevé de leur codage CCAM était la suivante :

-Pathologie veineuse superficielle :

-EJGA002 : 114 patients (60,96%)

-EJGA001 :14 patients (7,48%)

-EJFA006 : 11 patients (5,88%)

-EJFA002 : 9 patients (4,81%)

-EJSF901 : 8 patients (4,27%)

-EJSA001 :2 patients (1,06%)

-EJFB001 : 1 patient (0,53%)

-Pathologie d'hémodialyse :

- EZMA001 : 14 patients (7,48%)

-EPLF004 : 5 patients (2,67%)

-EZMA003 : 1 patient (0,53%)

-EZCA003 :1 patient (0,53%)

-EZMA004 : 1patient (0,53%)

-Pathologie nécessitant une chambre implantable :

-EBLA003 : 4 patients (2,13%)

-Pathologie artérielle :

-DGQH001 :1 patient (0,53%)

-ECAF002 : 1 patient (0,53%)

-EDAF003 : 1patient (0,53%)

La typologie de la défaillance a permis de recueillir les Items suivants :

- L'absence de marquage préopératoire, ou un marquage insuffisant ou effacé ou un problème de discordance entre l'échodoppler initial et le marquage préopératoire a été comptabilisé 50 fois.

- L'absence d'accompagnant nécessaire à la sortie du patient a été relevé 28 fois.

- L'absence de jeûne effectif a été relevée 24 fois dont 4 fois pour alcoolémie effective et vérifiée, 2 fois pour tabagisme avoué.

- Un problème de Timing pré-opératoire a été comptabilisé 21 fois dont 6 fois pour un patient ne s'étant pas présenté à l'heure, 2 fois pour patients ne s'étant pas présentés le jour J sur erreur administrative, 2 fois pour un problème d'heure de programmation opératoire, 1 fois pour une erreur de site d'intervention (confusion d'établissement pour praticien exerçant en multi-sites), 2 fois pour une non disponibilité de la salle d'opération pour cause d'urgence, 3 fois pour un patient présent mais introuvable car dans un lit d'hospitalisation, 4 fois pour une prise en charge tardive au bloc opératoire, 1 fois pour un patient en retard pour un problème de brancardage.

- L'absence de préparation cutanée était en cause dans 4 cas.

- La présence d'une infection cutanée ou générale était comptabilisée dans 10 cas.

- l'absence de bilan biologique dont une fois pour bilan introuvable et non vu, était relevée dans 5 cas.

- 1 patient était (artériographie) non perfusé.

- 1 cas présentait une erreur de nom ;

- 4 cas correspondaient à un défaut d'arrêt du traitement anticoagulant ;

- 3 patients ont présenté un problème médical inopiné, 2 pour diabète, 1 pour un problème cardiologique.

- 5 cas ont révélé une erreur de côté d'anesthésie locorégionale (4 pour des accès d'hémodialyse, 1 pour des varices) .

- 2 défaillances étaient liées à un trouble psychologique du patient (anxiété extrême et agitation inopiné sous AL)

- 1 défaillance d'installation a aussi été notée, le côté opéré ayant été non précisé.

- l'absence de consultation pré-anesthésique a été comptabilisée 2 fois.

- Dans 13 cas, les conséquences de l'anesthésie locorégionale étaient en cause dont 5 fois pour une RAU et 1 réveil tardif.

- une défaillance de surveillance post-opératoire a été notée 2 fois.

- Enfin la survenue d'un événement imprévu et inopiné a été comptabilisée 10 fois. (dont chute sur le parking à la sortie, saignement important à la sortie, bandes de contention trop serrées, patient sortie sans attendre les consignes et ordonnances...)

Au total, 204 types de défaillance ont pu être comptabilisés ; 9 patients avaient 2 types de défaillances décrites ci-dessus.

La personne ayant découvert l'EPR était :

- L'IDE dans 105 cas dont 96 cas seule, 4 cas avec le patient, 4 cas avec le chirurgien, 1 cas avec l'anesthésiste.
- Le chirurgien dans 59 cas, dont 51 cas seul, 6 avec l'IDE, 2 avec l'anesthésiste.
- L'anesthésiste dans 15 cas dont 10 fois seul, 4 fois avec l'IDE, 1 fois avec le patient et L'IDE.
- Le service administratif dans 7 cas
- Le patient dans 7 cas dont 3 fois avec l'IDE, et 1 fois avec l'IDE et le chirurgien.
- L'entourage dans 2 cas
- Le brancardier dans 1 cas.

Le délai d'arrêt de l'EPR a été comptabilisé comme suit :

- 139 fois en pré-opératoire
- 9 fois en salle d'opération (per-opératoire)
- 39 fois en post-opératoire

Les corrections factuelles des EPR ont été les suivantes :

- hospitalisation pour 47 cas
- intervention retardée pour 37 cas
- intervention repoussée pour 58 cas
- modification technique pour 4 cas
- intervention insuffisante pour 2 cas

- aucune conséquence pour 39 cas

Les causes recensées des défaillances ont été regroupées et comptabilisées selon les intitulés suivants :

- Défaut de compréhension du patient lors de la consultation de programmation (barrière de la langue, facteurs sociaux...) : 41 cas

- Défaut d'information du patient (précisions détaillées...) : 33 cas

- Défaut de soins (impréparation cutanée, marquage effacé ...) : 29 cas

- Défaut de gestion administrative (problème de coordination humaine et informatique, défaut d'organisation du bloc opératoire...) : 25 cas

- Défaut de coordination entre professionnels (chirurgien, anesthésiste, autre médecin...) : 23 cas

- Défaut d'exécution des prescriptions préalables et écrites : 21 cas

- Défaut technique (anesthésie non adaptée, défaut de transmission de l'information...) : 17 cas

- Comportement inopiné du malade (sortie la veille et alcoolisé, sortie du service ambulatoire sans prévenir...) : 10 cas

- Evènement exceptionnel (conjoint accompagnant hospitalisé en urgence le jour J...) : 10 cas

- Défaut de recommandations écrites remises au patient : 6 cas

Soit au total, 215 causes identifiées pour lesquelles 28 patients en avaient deux.

Pour ce qui concerne l'analyse approfondie et en rapport avec la liste citée dans le paragraphe méthode, seuls les Items ayant obtenu une réponse négative ont été notés et comptabilisés pour chaque EPR. Les résultats sont les suivants :

- Pas de plages opératoires dédiées spécifiquement à l'ambulatoire : 129 cas

- Pas de consultation le jour J avant le bloc : 117 cas

- Pas de circuit dédié à l'ambulatorio : 102 cas
- Pas de secrétariat spécifique dédié à l'ambulatorio : 75 cas
- Pas de passeport spécifique à l'ambulatorio : 55 cas
- Pas de questionnaire de satisfaction : 48 cas
- Pas de check-list spécifique à l'ambulatorio : 30 cas
- Pas de corrélation entre heure d'arrivée et heure de bloc : 19 cas
- Pas de personnel spécifique à l'ambulatorio : 10 cas
- Pas de procédure de transfert en hospitalisation : 7 cas
- Pas de document d'information pour la sortie : 3 cas

Synthèse et discussion.

A la lecture des résultats, il apparaît que selon les données de la base REX des EPR validés par Vascurisq, l'âge moyen des patients est relativement élevé (54,6 ans). L'ambulatorio n'est donc pas une offre de soins réservée à une population jeune, en excellent état général et en ce sens la définition de l'ambulatorio, non comme une alternative à l'hospitalisation mais comme une technique de prise en charge du patient a été bien intégrée par les professionnels de santé, y compris par les chirurgiens vasculaires bien qu'elle concerne essentiellement la pathologie veineuse superficielle (85%). Rares sont les chirurgiens vasculaires à pratiquer des gestes de traitement des pathologies artérielles en ambulatorio. Néanmoins, les évolutions techniques autorisées par l'endovasculaire percutané sécurisé par les systèmes de fermeture devrait dans l'avenir ouvrir le champ du traitement artériel à l'ambulatorio.

L'analyse de nos résultats fait, pour les EPR étudiés, apparaître 4 types de défaillances récurrentes :

- le marquage préopératoire pour lequel à la lecture des différents détails des EPR, on constate une implication très différente des angiologues dans le circuit de l'ambulatorio et dans la communication inter-professionnelle. Nombreux sont les cas où le patient bénéficie d'un marquage insuffisant ou avec un feutre usé, la veille de l'intervention sans qu'il soit précisé l'importance de celui-ci.
- L'absence d'accompagnant pour la sortie est aussi fréquemment répandu et relève d'une part d'une information insuffisante du

patient lors de ces différentes rencontres préalables avec les acteurs du circuit ambulatoire et d'autre part d'une appréhension légère du patient vis à vis de l'ambulatoire.

- Les problèmes de timing et d'organisation qu'ils concernent les admissions, le service lui-même et le plateau technique sont aussi fréquemment rencontrés témoignant encore de la difficulté à envisager le circuit ambulatoire comme différent du circuit d'hospitalisation.
- Les problèmes liés au type d'anesthésie (anesthésie locorégionale) sont aussi un frein majeur à intégrer dans la pratique de l'ambulatoire et doivent faire l'objet d'une véritable réflexion collégiale car rapidement et facilement corrigibles.

C'est en préopératoire que la majorité des EPR sont détectés, le plus souvent par l'IDE et le chirurgien, preuve que les différentes barrières matérialisées par de nombreux protocoles jouent parfaitement leurs rôles.

Les corrections apportées par la détection d'un EPR en ambulatoire sont souvent un transfert vers le service d'hospitalisation (à peu près 30% des cas) notamment si le geste a été réalisé; lorsque ce n'est pas nécessaire l'intervention est le plus souvent repoussée à une date ultérieure voire, à une moindre échelle, simplement retardée.

Un défaut de compréhension et d'information du patient est encore trop souvent à l'origine des EPR dans le cadre de l'ambulatoire et souligne l'attention qui doit être portée à l'amélioration de la communication avec le patient quel que soit l'acteur qu'il est amené à rencontrer tout au long de son parcours médical. Les défauts de gestion et d'administration sont à une moindre échelle, bien qu'encore trop fréquents, un des points à améliorer; cela passe par une capacité à appréhender l'ambulatoire comme une procédure spécifique ne pouvant être noyée dans une organisation copier-coller de l'hospitalisation. Enfin, les défauts de communication entre les différents professionnels de santé méritent d'être discutés pour y apporter des corrections durables ce qui semble à une facile portée.

Conclusion :

Bien des freins au développement de la chirurgie ambulatoire en général, en vasculaire en particulier peuvent être facilement levés à condition d'analyser précisément les causes susceptibles d'enrayer la fluidité à laquelle l'ambulatoire est appelé à répondre. La communication non seulement avec le malade mais aussi entre professionnels est certainement un des points clés à travailler. La santé numérique apportera

certainement, je l'espère dans un avenir proche des solutions au mode de gestion qu'il concerne le parcours du patient, les services d'ambulatoire, les plateaux techniques. Le numérique est certainement un levier fort pour optimiser l'ambulatoire. Enfin, nous devons d'ors et déjà réfléchir au potentiel d'actes transférables en chirurgie ambulatoire.