



Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive



# Le « chemin clinique » comme outil intégré dans une démarche de gestion du risque

*Application à la chirurgie de la  
hernie en ambulatoire*

*JF Gravié  
MESH 2013*



Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive



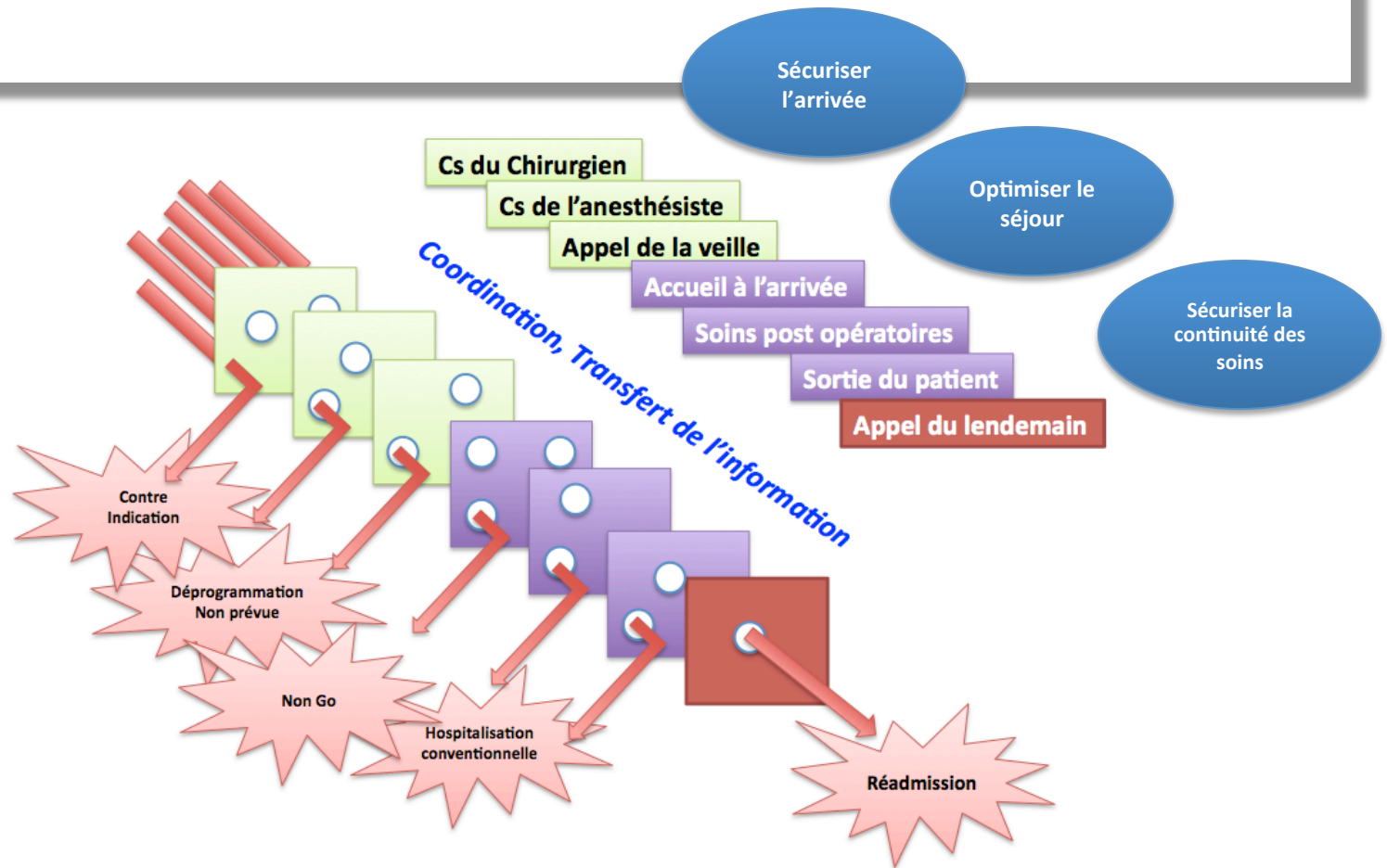
# Le « chemin clinique »

- L'outil « idéal » pour l'ambulatoire
- Protocolise le parcours de soins
- Contrôle des différentes étapes du parcours
- Favorise le travail en équipe
- Permet de diminuer les dysfonctionnements
- Doit évoluer en fonction du retour d'expérience

# Chemin clinique et gestion du risque:

Doit anticiper la sortie du processus.

Prévoit les barrières (détection, atténuation, récupération)



# ***Elaboration du CC: Méthode***



Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive

- Socle de connaissance: étude MEAH, Reco SFAR, AFCE et SFCD ...**
- Identification et Analyse des EPRs de la base REX**
- Rédaction par un groupe de travail (MM,FP)**
- Soumission et tests à des membres de la Commission Scientifique, de la Commission Professionnelle de la FCVD et à des engagés dans l'accréditation**
- Intégration au RRS et diffusion en 2011**

# Chemin clinique: Outil de la FCVD.

N°	Consultation du chirurgien	OUI	Si Non, cause de l'écart	Acteur
<b>1 .Choisir la technique chirurgicale la plus appropriée à une prise en charge en ambulatoire</b>				
1	Le chirurgien argumente et note dans le dossier le choix de la technique chirurgicale la plus appropriée à la structure où est réalisée la prise en charge ambulatoire	<input type="checkbox"/>		Ch
<b>3. Identifier</b>				
2	Le patient sait quels sont les médicaments qui doivent être pris ou arrêtés la veille et le matin de l'intervention	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
<b>3. Confirmer l'horaire des éléments critiques dans la prise en charge</b>				
3	Le patient connaît l'heure du début du jeûne avant l'intervention	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
3	Le patient connaît l'heure d'arrivée	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
4	Le patient connaît l'heure de l'intervention	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
4	Le patient connaît l'heure prévue de sa sortie	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
<b>N° Accueil à l'arrivée</b>				
<b>1. Vérifier la préparation cutanée effectuée par le patient</b>				
5	La bonne conformité de la préparation cutanée est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>		Inf
<b>2. Vérifier le respect des prescriptions médicamenteuses et consignes concernant le jeûne</b>				
6	Le bon respect des prescriptions médicamenteuses est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>		Inf
6	Le bon respect des consignes concernant le jeûne est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>		Inf
<b>5. S'assurer de la compréhension de l'information délivrée</b>				
7	Le patient ou son accompagnant présent auprès de lui pendant les 24 heures post opératoires	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
8	Le patient ne conduit pas un véhicule pendant les 12 premières heures post opératoires	<input type="checkbox"/>		Inf ou Sec
<b>Préparation du bloc opératoire</b>				
9	Le dossier est rédigé	<input type="checkbox"/>		Ch
10	Le dossier est complété	<input type="checkbox"/>		Ch
11	Les consignes de soins immédiatement après la sortie sont présentes dans le dossier	<input type="checkbox"/>		Ch
12	Le rendez vous de la consultation post opératoire est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>		Ch

**Intégré au dossier patient**  
**Check list**  
**Définition des tâches**  
**Outil de coordination**

# Chemin clinique: les documents.



## Outil téléchargeable:

- Site [www.chirurgie-viscerale.org](http://www.chirurgie-viscerale.org)

- Espace personnel du programme individuel du médecin engagé dans l'accréditation:

<https://accreditation-des-medecins.fr>



Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive

# Evaluation du processus: 3 indicateurs

## Pilotage UCA

Taux d'annulation JO

Délais de séjour

Délais de sortie patient

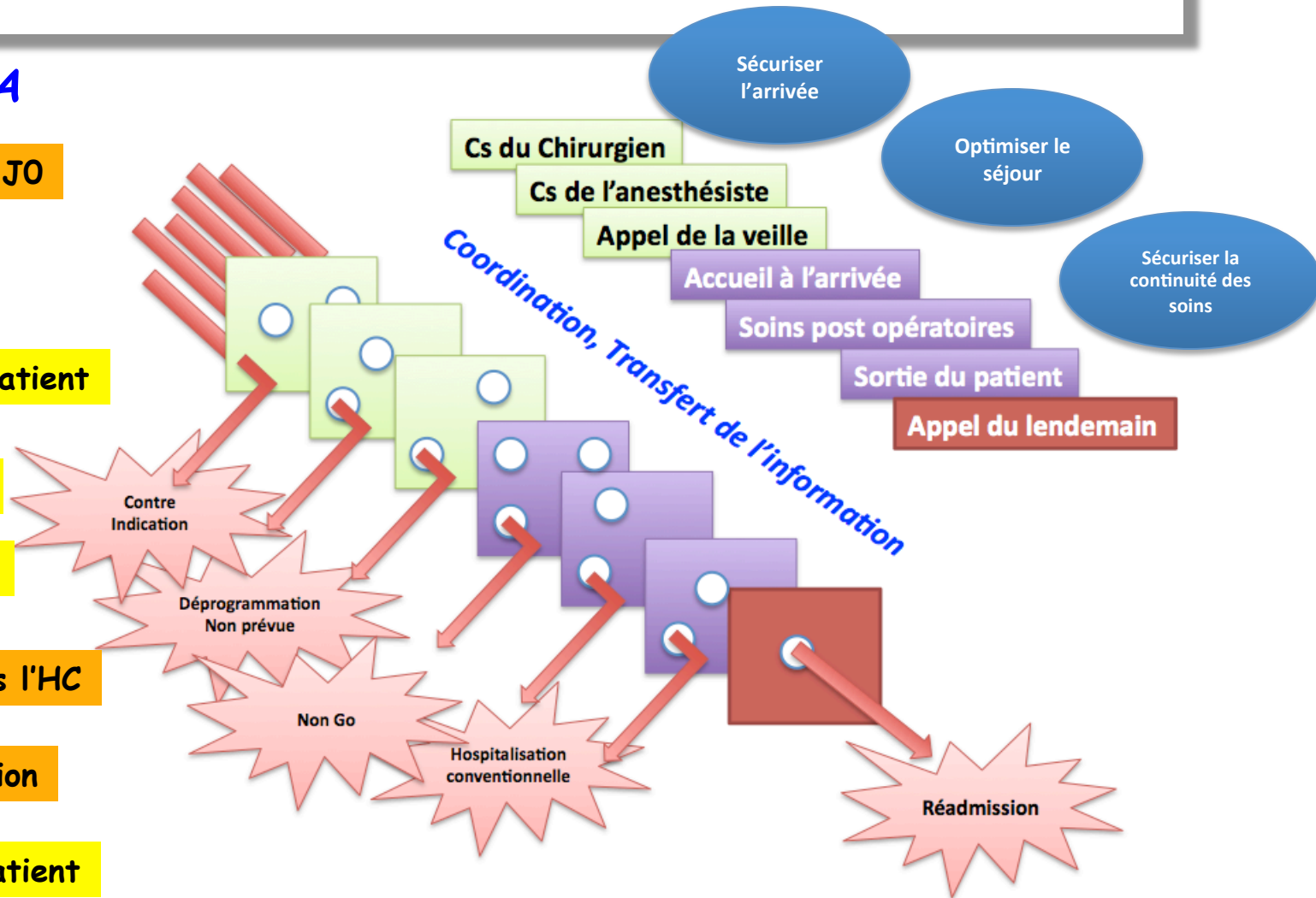
Taux de rotation

Taux d'occupation

Taux de repli vers l'HC

Taux de réadmission

Satisfaction du patient



# **Double évaluation:**

## **Exemple d'APP pluri annuelle**

### **1<sup>er</sup> temps d'évaluation = pertinence de l'outil**

Mise en place du chemin clinique

1<sup>ère</sup> évaluation (mise en place)

Analyse des écarts

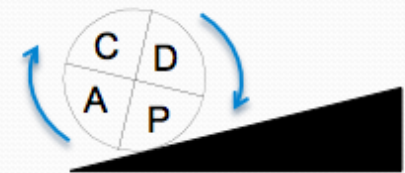
Mise en place de mesure correctrices

2<sup>ème</sup> évaluation (amélioration)

Analyse de 10 dossiers

Analyse en équipe

*Roue de Dehming*





## ***Le chemin clinique: un des outils de GDR***

---

- ❑ **Parcours de soins:** Outil idéal mais pas forcément adapté à toutes les situations. Doit être confronté aux écarts constatés et doit pouvoir s'adapter.
  
- ❑ **Intérêt de l'analyse d'EI et de RMM/  
CREX**

# EPR et gestion du risque ambulatoire

Chirurgie viscérale et digestive

Espace spécialité

 [186374](#)

Base REX

J-1 et J0 : préparation cutanée à domicile selon le protocole en vigueur sur la plaquette remise en consultation

J0 : arrivée en retard dans l'unité de chirurgie ambulatoire pour être opéré en début de programme

anesthésie générale et préparation cutanée sur table : nécessité de l'aide d'une IBODE pour relever le ventre pour dégager et préparer la zone d'incision.: pas de lésion de macération

chirurgie habituelle, sans antibiothérapie prophylactique, fermeture cutanée au fil intradermique et colle biologique, sortie à 17h

J7 : consultation pour tableau de sepsis évident sur toute la voie d'abord avec collection sous cutanée majeure

reprise sous AL au bloc opératoire : désunion instrumentale à l'extrémité externe de la cicatrice, prélèvement de pus dont la mise en culture isolera un germe saprophyte cutané typique des macérations dans les plis

lavage abondant et pose d'un drain pour lavage pendant 48h puis soins infirmiers à domicile avec méchage

bi-antibiothérapie orale adaptée à l'antibiogramme pendant 3 semaines

Evolution: à 45 jours, persistance à minima d'un écoulement purulent polymicrobien après arrêt des antibiotiques

reprise chirurgicale à 2 mois sous AG en suivant le trajet fistuleux cutané qui conduit à la prothèse sous aponévrotique

exposée sur 2 cm : exérèse localisée à la demande de la partie externe de la prothèse infectée jusqu'en zone

macroscopiquement saine et pose d'une VACthérapie

cicatrisation en 3 semaines

recul de 4 mois sans reprise infectieuse

# ***EPR et gestion du risque ambulatoire***

## **Analyse de l'EPR en équipe (RMM)**

### **Causes immédiates**

- **Insuffisance de la préparation cutanée à domicile**
- **Retard du patient**
- **Insuffisance du contrôle infirmier à l'entrée**

# ***EPR et gestion du risque ambulatoire***

**L'analyse de l'EPR en équipe (RMM) a conduit à des modifications du processus (Chemin clinique)**

- **Modification de la plaquette d'information**
- **Gestion de l'entrée du patient en UCI**
  - Modification des flux (admissions décalées)
  - Sensibilisation du personnel au protocole de préparation cutané
  - Maîtrise de l'ordre de programmation au BO par l'UCI en fonction des tâches effectuées
- **Reprise d'une antibio prophylaxie systématique**
- **Poursuite du protocole de fermeture (fil intradermique + colle étanche)**

# Double évaluation: Exemple d'APP pluri annuelle

## 2ème temps d'évaluation = efficacité de l'outil

### ➔ 1<sup>er</sup> audit (existant)

N°	Consultation du chirurgien	OUI	Non	non répert.	Acteur
<b>1. Choisir la technique chirurgicale la plus appropriée à une prise en charge en ambulatoire</b>					
	Le chirurgien argumente et note dans le dossier le choix de la technique				Ch
1	chirurgicale la plus appropriée à la structure où est réalisée la prise en charge ambulatoire	<input type="checkbox"/>			Ch
<b>3. Identifier les comorbidités qui peuvent modifier la prise en charge</b>					
2	Les comorbidités qui peuvent contraindre la prise en charge en ambulatoire sont notées dans le dossier	<input type="checkbox"/>			Ch
3	Les comorbidités qui peuvent modifier la prise en charge en ambulatoire sont notées dans le dossier	<input type="checkbox"/>			Ch
4	La prise régulière ou la non d'anti vitamine K ou clopidogrel est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>			Ch
5	Une analyse bénéfice /risque tenant compte du patient (comorbidités) de l'acte et de la structure où est prévue la prise en charge ambulatoire est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>			Ch
6	Le traitement habituel du patient est noté dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>			Ch
<b>5. S'assurer de la bonne compréhension par le patient des étapes critiques dans la prise en charge en ambulatoire</b>					
7	Le patient connaît l'heure du début du jeûne avant l'intervention	<input type="checkbox"/>			Inf ou Ch
8	Le patient sait comment effectuer la préparation cutanée avant l'intervention	<input type="checkbox"/>			Inf ou Ch
9	Le patient sait comment utiliser les antalgiques après sa sortie	<input type="checkbox"/>			Inf ou Ch
10	Le patient est informé que la conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures du fait de l'anesthésie.	<input type="checkbox"/>			Inf ou Ch
11	Le patient connaît les situations où il doit appeler un médecin après la sortie	<input type="checkbox"/>			Inf ou Ch
12	La confirmation par le chirurgien de l'absence de contreindication à une prise en charge ambulatoire est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>			Ch

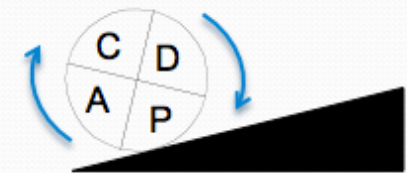
### AUDIT: INDICATEURS

- ✓ Taux de patients annulés dans les 48 heures précédant l'hospitalisation
- ✓ Taux de patients hospitalisés le soir de l'intervention
- ✓ Taux de réadmissions

En quoi la mise en place d'un chemin clinique est un outil d'amélioration ?

*Roue de Dehming*

### ➔ 2<sup>ème</sup> audit (amélioration)





Fédération de Chirurgie  
Viscérale & Digestive



# CONCLUSIONS

- Outil d'aide pour l'équipe
- Doit pouvoir anticiper la plupart des EI
- Améliore la sécurité et la performance en UCA
- Outil d'évaluation:  
Démarche qualité= DPC