

REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES EN CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Chemin clinique : Cure de hernie de l'aine en ambulatoire



Fédération de Chirurgie
Viscérale & Digestive

Mai 2011

I. PROMOTEUR

La Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD)

II. SOURCES

- Chemin clinique
 - Chemin Clinique HAS
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique
 - Critical Pathways as a Strategy for Improving Care : Problems and Potential
Steven D. Pearson, Dorothy Goulart–Fisher, and Thomas H. Lee
Ann Intern Med December 15, 1995 123:941-948;
<http://www.annals.org/content/123/12/941.full.pdf+html>
 - National Good Practice Guidance on Pre-Operative Assessment for Day Surgery (consulté le 3 mars 2011)
<http://www.generalsurgerybirmingham.co.uk/documents/gen-vasc-guidelines/Microsoft%20Word%20-%20guidance%20copeland%2019.pdf>

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les chirurgiens digestifs pratiquant des cures chirurgicales de hernie de l'aine.

IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients adultes devant bénéficier d'une cure chirurgicale de hernie de l'aine.

V. SELECTION DES PATIENTS

1. Critère d'inclusion dans le chemin clinique
 - Cure unilatérale chirurgicale de hernie de l'aine
2. Critères d'exclusion dans le chemin clinique
 - Hernie de l'aine étranglée
 - Cure bilatérale de hernie de l'aine
 - Cure de hernie de l'aine selon la technique de Stoppa
 - Patient ASA 3 non stabilisé
 - Patient non éligible à l'ambulatoire pour des raisons psychosociales
3. Codification CCAM

- LMMA0080 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord pré péritonéal
- LMMA0120 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
- LMMA0160 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par abord inguinal
- LMMA0170 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal
- LMMC0020 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
- LMMC0030 Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
- LMMA0110 Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguinofémoral

VI .OBJECTIFS PRIORITAIRES DE QUALITE ET SECURITE

1. Diminuer le nombre de déprogrammations dans les 48 heures précédant l'intervention
2. Diminuer le nombre de patients prévus en ambulatoire qui restent le soir après l'intervention (patients hospitalisés)
3. Améliorer la satisfaction des patients en leur délivrant l'information sur son parcours de soin

VII. INDICATEURS DE SUIVI :

1. Taux de patients annulés dans les 48 heures précédant l'hospitalisation

- Numérateur : nombre de patients annulés durant les quarante huit heures précédant la date de l'intervention programmée pendant un an
- Dénominateur : nombre de patients prévus en ambulatoire pendant un an

2. Taux de patients hospitalisés le soir de l'intervention

- Numérateur : nombre de patients hospitalisés le soir de l'intervention pendant un an
- Dénominateur : somme du nombre de patients opérés en ambulatoire en un an et du nombre de patients hospitalisés le soir de l'intervention pendant un an

La période de recueil des deux indicateurs peut être réduite à trois ou six mois si le centre a une activité importante.

VIII. EQUIPES CHIRURGICALES CONCERNEES

1. Equipes chirurgicales ayant une expérience limitée dans la prise en charge de la cure de hernie de l'aine en ambulatoire

- Le recueil des deux indicateurs avant la mise en place du chemin clinique n'est pas indispensable
- 2. Equipes chirurgicales ayant une expérience dans la prise en charge de la cure de hernie de l'aïne en ambulatoire mais désirant diminuer le taux d'annulation ou le taux d'hospitalisation le soir de l'intervention**
- Le recueil des deux indicateurs avant la mise en place du chemin clinique est vivement conseillé

IX. DESCRIPTION DU CHEMIN CLINIQUE

1. Consultation du chirurgien

Objectifs

- a. Choisir la technique chirurgicale la plus appropriée à une prise en charge en ambulatoire
- b. Identifier les comorbidités qui peuvent modifier la prise en charge
- c. S'assurer de la bonne compréhension par le patient des étapes critiques dans la prise en charge en ambulatoire

2. Consultation de l'anesthésiste

Objectifs

- a. Choisir la technique anesthésique la plus appropriée à la prise en charge en ambulatoire
- b. Confirmer les critères d'éligibilité à l'ambulatoire
- c. Confirmer les comorbidités qui peuvent modifier la prise en charge
- d. S'assurer de la bonne compréhension par le patient des étapes critiques dans la prise en charge en ambulatoire

3. Vérification du dossier et appel et de la veille

Objectifs

- a. Vérifier la conformité du dossier afin de limiter les déprogrammations
- b. S'assurer auprès du patient de la bonne compréhension des consignes
- c. Confirmer l'horaire des étapes critiques dans la prise en charge

4. Accueil à l'arrivée

Objectifs

- a. Vérifier la préparation cutanée effectuée par le patient
- b. Vérifier le respect des prescriptions médicamenteuses et consignes concernant le jeûne
- c. Vérifier la bonne compréhension de l'information délivrée

5. Sortie du bloc opératoire

Objectif

- a. Préparer les documents médicaux nécessaires avant la sortie

6. Soins postopératoires

Objectifs

- a. Évaluer et traiter la douleur
- b. Préparer la sortie

7. Sortie

Objectifs

- a. Vérifier la bonne compréhension par le malade des consignes après la sortie
- b. Assurer la continuité des soins
- c. Confirmer l'aptitude du patient à la mise à la rue

8. Appel du lendemain

Objectif

- a. Vérifier l'absence de complication

X. ACTEURS CONCERNES ET ATTRIBUTION DES TACHES

- Chirurgien
- Anesthésiste
- Infirmière
- Secrétaire

Certaines tâches peuvent être effectuées indifféremment par l'un des acteurs et sont données à titre indicatif dans le chemin clinique. L'attribution des tâches peut être modifiée suivant les usages de l'unité d'ambulatoire. La répartition des tâches doit être clairement définie et formalisée pour chaque unité.

Attention, des tâches sont spécifiquement du domaine de compétence de l'infirmière, ou des médecins (chirurgien ou anesthésiste).

XI. MISE EN PLACE DU CHEMIN CLINIQUE

1. Suivi **prospectif** de dix patients devant bénéficier d'une cure chirurgicale de hernie de l'aine
 - De la consultation du chirurgien à l'appel de la veille
 - Le document « parcours du patient » est rempli par les acteurs concernés (chirurgien, anesthésiste, secrétaire, infirmière) à chaque étape de la prise en charge du patient
 - Si une tâche n'est pas effectuée, l'acteur concerné note la cause de l'écart
 - Le document parcours du patient doit impérativement suivre le patient de la consultation du chirurgien à la sortie
2. Analyses pluridisciplinaire des écarts par l'équipe chirurgicale (chirurgien, anesthésiste, secrétaire, infirmière) et définition d'objectifs prioritaires
3. Rédaction d'un plan d'amélioration et mise en œuvre
4. Nouveau suivi prospectif de 10 patients devant bénéficier d'une cure chirurgicale de hernie de l'aine
5. Recueil à intervalle régulier des deux indicateurs de suivi (au moins une fois par an) et analyse pluridisciplinaire par l'équipe chirurgicale

XII. GROUPE DE TRAVAIL

Commission EPP FCVD :

- Pr Muriel MATHONNET, Chirurgien viscéral et digestif, Limoges
- Dr François PIGNAL, Gastroentérologue, expert méthode, Toulouse

XIII. GROUPE DE TEST ET RELECTURE

- Dr Stéphane BOUVIER, Chirurgien viscéral et digestif, Limoges
- Dr Philippe BREIL, Chirurgien viscéral et digestif, Paris
- Dr Christine DENET, Chirurgien viscéral et digestif, Paris
- Dr Guillaume LANGLOIS, Chirurgien viscéral et digestif, Limoges
- Dr Mohamed SBAI, Chirurgien viscéral et digestif, Eaubonne

XIV. RECOMMANDATIONS

1. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009

http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf

2. Organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et cliniques MEAH 2007

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/20070521_ChirAmbu_RapportFinal_3.2.pdf

3. Le "bréviaire" de la chirurgie ambulatoire : L'ambulatoire en 20 questions. MEAH 2007

http://83.169.75.6/uploads/tx_sabasedocu/Breviaire_Chirurgie_Ambulatoire.pdf

4. Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte

K. Kraft, C. Mariette, A. Sauvanet, J.-M. Balon, R. Douard, S. Fabre, A. Guidat, N. Hutten, H. Johanet, A. Laurent, F. Muscari, P. Pessaux, J.-P. Piermé, G. Piessen, M. Raucoules-Aimé, A. Rault, C. Vons

http://www.chirurgie-endocrinienne.net/download/Reco_Chir_ambu_SFCD-ACHBT.pdf

5. Guide pour la réalisation d'un chemin clinique pour la chirurgie ambulatoire des hernies de l'aîne

[http://www.chirurgie-viscerale.org/Data/upload/files/fcvd/CC_hernie_ambulatoire_\(2\).pdf](http://www.chirurgie-viscerale.org/Data/upload/files/fcvd/CC_hernie_ambulatoire_(2).pdf)

6. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant SFAR 2008

http://www.sfar.org/docs/articles/333-rfe_douleur08.pdf

7. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients

M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nielsen, J. L. Bouillot, G. Campanelli, J. Conze, D. de Lange, R. Fortelny, T. Heikkinen, A. Kingsnorth, J. Kukleta, S. Morales-Conde, P. Nordin, V. Schumpelick, S. Smedberg, M. Smietanski, G. Weber, and M. Miserez

Hernia (2009) 13:343–403

<http://www.springerlink.com/content/n574504125284180/fulltext.pdf>

8. Soins péri-opératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCD1)

C. Mariette a,*, A. Alves b, S. Benoist c, F. Bretagnol d, J.Y. Mabrut e, K. Slim
Annales de chirurgie 130 (2005) 108–124

<http://www.chirurgie-viscerale.org/data/upload/files/document.pdf>