**Webinaire chirurgie ambulatoire : retour à domicile 8 juillet 2021**

Il ne m’a pas semblé approprié de vous livrer un Power Point faisant semblant d’être scientifiquement référencé, comme les éminents chirurgiens et anesthésistes réanimateurs intervenant dans ce webinaire vont vous en présenter.

D’abord parce que je n’ai en aucune façon ce type de compétence et surtout parce que ma place de Représentant des Usagers bénévole dans les structures sanitaires publics et privées de notre région et dans les organisations de santé publique telle que l’ARS et plus spécifiquement en l’occurrence dans l’ORCA, exige de moi d’être un témoin le plus informé et éclairé possible, et non d’être un chercheur statisticien.

Comme vous l’a montré ce très intéressant mémoire en santé publique de MMe Badirou, une étude portant sur l’année 2017, les patients de chirurgie ambu ont des besoins non satisfaits comme je peux l’observer au travers des plaintes, réclamations, et bilans des EI associés aux soins et EIG présentés chaque trimestre dans tous les structures sanitaires publiques, privées et GHT où je siège.

Il convient d’abord de préciser que ce mémoire, très légitimement a des critères d’inclusion qui excluent en particulier les patients illettrés, sans portable ou sans internet, isolées sans famille ou sans famille géographiquement proche, ce que j’appellerais les personnes socialement vulnérables qui ne vous le disent pas toujours par dignité ou par pudeur. Ce mémoire m’a aussi confirmé par des chiffres mes observations : en moyenne 15% des patients ne sont pas appelés à J+1 contrairement aux obligations, ce chiffre peut atteindre 55% le samedi matin, pas de chance pour ceux qui sont opérés le vendredi et que 30% n’ont pas reçu de N° à contacter en cas d’urgence ou de symptômes inquiétants, ce qui corrobore effectivement mes observations par les plaintes, réclamations de retour aux urgences dès le lendemain.

Mais 2017 n’est pas 2021 :

Les 50 dernières années avaient prouvé au grand public les fantastiques progrès réalisés par les chirurgiens et anesthésistes réanimateurs pour sauver des vies, et depuis quelques années les progrès de la chirurgie ambulatoire, mais ça c’était avant. Vous ne pouvez ignorer la fracture de confiance provoquée par la litanie chaque soir du nombre de morts des hospitalisés, litanie qui continue toujours aujourd’hui, même si les chiffres actuels sont nettement plus rassurants.

Il me semble que dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, 3 éléments convergent pour en faciliter son développement :

* le Plan ma santé 2022 qui fixait un objectif aux établissements sanitaires d’un taux de 60% de chirurgie en ambulatoire justification de l’objectif étant essentiellement financière.
* L’engagement de plus en fort de chirurgiens motivés dans l’organisation de ces chirurgies, avec des centres dédiés, l’organisation des blocs, le développement de l’usage des robots chirurgicaux, produisant des études comparatives démontrant les bénéfices de ce type de chirurgie pour les patients, meilleure cicatrisation, réduction des infections nosocomiales, etc.
* Préférence des patients de rester le moins possible à l’hôpital pour de multiples raisons avant 2020 et encore plus maintenant.

De façon mathématique les risques augmentent à partir du moment où le nombre de patients opérés en ambu augmente, où les types de chirurgies opérables en ambu s’étend à des chirurgies lourdes, et que **la sécurisation du parcours du patient** pré, et post opératoire elle n’augmente pas voire n’est même pas assurée dans ses obligations obligatoires de base comme le montre les regards croisés de l’étude, de la HAS et du RU.

**Mes observations sur la sécurisation du parcours :**

**pré opératoire** :

ne pas vérifier que le patient sait ce que veut dire à jeun

Le patient sous traitement d’une maladie chronique sans information sur la prise ou non de ses traitements la veille au soir et le matin de l’opération (anti coagulant – Parkinson - diabète)

Qui fait quoi dans l’information du patient : verrouiller la répartition des tâches : Le chirurgien est certain que l’anesthésiste l’a fait et l’a noté ds le dossier médical, et vice versa et les 2 sont certains que l’infirmière l’a fait = résultat personne ne l’a fait

Point de vigilance : transmission incomplète inter services d’un même établissement des informations du dossier médical

**Post opé**

* le patient a bien un membre de sa famille qui vient passer la nuit .... mais qui part travailler à 7 h du matin ; il ne pourra ni se laver ni se nourrir
* L’appel du matin à 8 h – 8 h30 d’un patient qui ne s’est pas encore levé et qui s’ouvre le menton sur le bord de son lavabo quand il se lève pour faire pipi et retourne aux urgences
* Le patient qui souffre la 2ème nuit mais n’a pas d’ordonnance et doit attendre le lendemain pour voir son médecin traitant... s’il en a un.
* Le malade qui saigne +++ = retour aux urgences

**Impératif : Tenir compte des déserts médicaux** (pas de visite) **para médicaux** (pas de kiné) dans le cadre du suivi à domicile, déserts aggravés +++ depuis cette année.

Attention au jeu de la patate chaude : le chirurgien affirme avoir envoyé le compte rendu d’op et l’ordonnance de sortie au médecin traitant qui affirme n’avoir rien reçu : le patient n’a aucune façon de savoir qui n’a pas fait son boulot mais il est certain d’être abandonné à son sort.

**Je ne peux que valider les « recommandations » du mémoire**

* Assurer la qualité de l’information pré opératoire par la consultation infirmière
* Au vu de la bonne adhésion aux SMS, mettre en place un outil de suivi numérique automatisé (avec des alertes) pour faciliter la tâche des infirmières dans le suivi à domicile .... mais attention à l’envahissement mal maîtrisé des SMS multiples ( cf Doctolib prises de RDV)) et aux patients sans téléphone portable.
* **Mettre en place un suivi post-opératoire individualisé au-delà de J+1 avec un protocole de suivi adapté (fréquence, durée) au patient et à l’acte chirurgical concerné.**
* **En conclusion : tout projet innovant mobilise +++ les compétences des motivés impliqués. J’ai participé à de nombreux appels à projets innovants et à des comités de sélection à l’ARS ;**
* **Lorsqu’ils deviennent banalisés dans la routine, c’est là que le glissement vers la moindre , voire la non qualité vous guette ! Cf la check liste des pilotes de ligne quelles que soient les milliers d’heures de vol.**