

L'ORGANISATION DES CHU  
POUR LA PRISE EN CHARGE  
DES URGENCES  
TRAUMATOLOGIQUES  
EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Un modèle possible?

## **Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail et qui m'ont soutenu.

En premier lieu, je remercie les professionnels qui ont pris du temps pour répondre au questionnaire.

Je remercie le CHU de bordeaux qui m'a permis de suivre cette formation et surtout mes collègues pour leur soutien, écoute et encouragement tout au long de ce travail.

## **Sommaire**

Liste des sigles utilisés	page 4
1/ Introduction	page 5
1/1 Démarche projet	page 8
2/ Matériel	page 11
2/1 Population	page 11
2/2 Outil	page 11
3/ Méthode	page 12
4/ Résultats	page 13
4/1 Carte CHU	page 13
4/A/ Présentation des structures	page 14
4/B/ Processus de prise en charge :	page 15
4/B/1 Liste des interventions	page 15
4/B/2 Consultation chirurgien	page 15
4/B/3 Consultation anesthésiste	page 16
4/B/4 Traçabilité	page 17
4/C/ Planification au bloc	page 17
4/D/ Planification parcours patient	page 18
4/E/ Dossier administratif	page 19
4/F/ Liaisons urgences /UCA	page 20
4/G/ Recueil de satisfaction	page 20
4/H/ Les chiffres	page 20
4/I/ Perspectives	page 21
5/ Discussion	page 23
6/ Conclusion	page 29
7/ Bibliographie	page 31
8/ Annexes	page 32

### **Liste des sigles utilisés**

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire  
AG: Anesthésie Générale  
AL: Anesthésie Locale  
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
CA : Chirurgie Ambulatoire  
CHU: Centre Hospitalier Universitaire  
DU: Diplôme Universitaire  
HAS: Haute Autorité de Santé  
IDE: Infirmier(e) Diplômé(e)d'Etat  
IDEC: Infirmier(e) Diplômé(e)d'Etat de Consultation  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation  
UCA: Unité de Chirurgie Ambulatoire  
UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

## 1/ Introduction

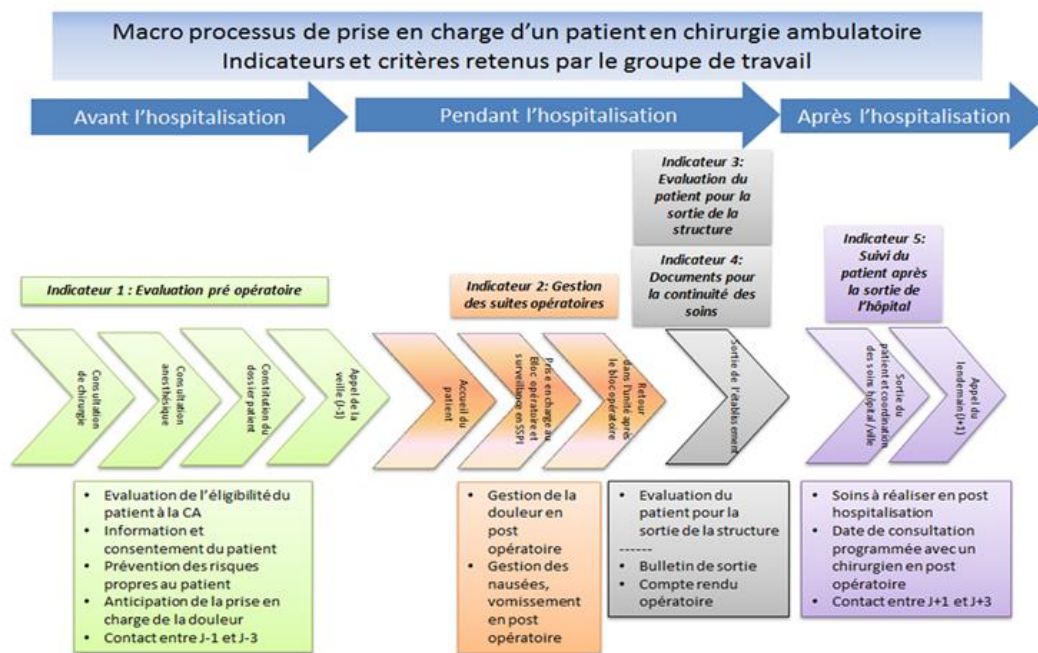
L'augmentation du nombre de séjours en hospitalisation ambulatoire est un objectif prioritaire de santé publique en France, ceci afin d'améliorer le confort des patients et de réduire au minimum la durée des séjours hospitaliers [1]

Par définition du concept de chirurgie ambulatoire, c'est le patient qui est « ambulatoire » et non l'acte opératoire qui demeure inchangé par rapport à une hospitalisation classique. Il s'agit de gestes généralement programmés, de courte durée, sans risque majoré de type hémorragique ou respiratoire et avec des suites opératoires simples et peu douloureuses. Il ne s'agit donc en aucun cas de « petite » chirurgie ou de la chirurgie dite « légère », elle concerne toutes les activités chirurgicales et même l'innovation. [2]

Dans tous les cas, la chirurgie ambulatoire repose sur la sélection des patients après analyse du bénéfice risque en considérant le triptyque patient/acte/structure.

La chirurgie ambulatoire n'est pas que le « passage » au bloc opératoire, c'est l'amont de l'hospitalisation avec l'organisation des temps médicaux et administratifs, sans oublier la gestion des risques liée à tout acte chirurgical (gestion de la douleur, prévention des risques thromboemboliques, des nausées et vomissements) et l'aval avec l'organisation de la sortie du patient, l'anticipation et la gestion des dysfonctionnements par une démarche qualité ainsi qu'un suivi en ville tout en lui proposant une continuité des soins.

Les étapes obligatoires du parcours coordonné de soin d'un patient en chirurgie ambulatoire sont présentées sous la forme du schéma suivant :



#6ème journée nationale de chirurgie ambulatoire 12 janvier 2017

1: HAS, *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances - Rapport d'évaluation technologique, synthèse, questions/réponses*, avril 2012  
2: Assurance Maladie et Ministère de la santé, *Abécédaire chirurgie ambulatoire, réglementation*, janvier 2009

Le thème de la chirurgie ambulatoire est particulièrement d'actualité dans notre système de santé, de nombreux documents et données sont identifiés mais très peu traitent de la thématique autour de l'urgence.

Alors que le concept de chirurgie ambulatoire ne semble concerner que des prises en charges « programmées », la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) publie en 2009 lors de recommandations d'experts concernant la prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire qu'il « est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient » . De même, l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) et l'HAS (Haute Autorité de Santé) identifient dès 2012 dans les référentiels et les outils de pilotage et de management sur la chirurgie ambulatoire que la prise en charge des urgences en chirurgie ambulatoire « n'est pas à exclure »{3}

Le progrès technique n'y est pour rien. L'acte est le même, l'équipe chirurgicale est la même, le bloc opératoire est le même. Seules l'organisation et la sélection des patients fondent et rendent possible la chirurgie ambulatoire.

La programmation des patients au bloc opératoire doit se rendre compatible avec un taux de rotation en UCA. {4}

Cela implique un travail d'anticipation des temps de prise en charge pour chaque type d'intervention.

- Les personnels soignants doivent faire preuve d'une disponibilité maximale, afin que le patient se sente encadré, même s'il rentre chez lui après l'acte, pour s'assurer que son retour puisse se faire sans danger.
- Les organisations avant et après intervention doivent être pensées dans l'objectif de la réussite des séjours ambulatoires, toute erreur étant difficilement rattrapable.

Les services d'accueil des urgences (SAU) ouvert 24 heures/24 admettent des patients nécessitant une prise en charge chirurgicale. Parmi ces patients, certains pourraient bénéficier d'une prise en charge ambulatoire évitant une occupation injustifiée des lits d'hospitalisation. En effet, les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ainsi que les services de chirurgie présentent quotidiennement des difficultés pour absorber le flux des patients devant être hospitalisés. De plus, entre une prise en charge en hospitalisation « classique » dont la pertinence n'est pas justifiée et une prise en charge en chirurgie ambulatoire, l'impact économique et organisationnel est majeur pour l'établissement et le système de santé. [5]

3. HAS, *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances - Rapport d'évaluation technologique, synthèse, questions/réponses*, avril 2012

4: Forum iris santé 2017

5: Journal de l'Académie américaine des chirurgiens orthopédiques. 27 (3): e127 – e134, FEV 2019

DOI: 10.5435 / JAAOS-D-16-00897

L'intérêt d'intégrer des urgences éligibles en chirurgie ambulatoire concerne tout d'abord le patient en lui proposant un accès aux soins selon ses besoins et de qualité si l'UCA est bien maîtrisée et organisée sur l'établissement. Lui proposer un soin adapté à ses besoins sans que le soin hospitalier soit systématiquement associé à un hébergement pas toujours pertinent est signe de qualité.

Mais d'autres intérêts sont à prendre en compte comme l'optimisation des ressources et des moyens de l'hôpital, à la fois au niveau du SAU mais également au niveau des services de chirurgie en libérant des lits et des plages de bloc opératoire commun.

Programmer de l'urgence en chirurgie ambulatoire est un concept à ne plus exclure désormais mais à organiser. Des établissements l'on déjà mis en place. Il s'agit d'une urgence « différée », c'est-à-dire que l'on convoque le patient en chirurgie ambulatoire le lendemain et jusqu'à quelques jours après son passage aux urgences. {7} L'urgence est complexe à organiser mais pas complexe à prendre en charge.

**Ce travail de recherche explore les organisations mises en place d'intégration en chirurgie ambulatoire des urgences traumatologiques éligibles à l'ambulatoire dans les différents CHU de France et la modélisation possible de cette organisation.**

L'objectif principal est d'identifier l'organisation la plus souvent utilisée pour intégrer les urgences traumatologiques en CA

Le deuxième objectif est d'identifier les freins et les leviers pour créer le parcours patient urgence pour la chirurgie ambulatoire à partir des urgences.

**Ce travail, initié dans le cadre du DU de chirurgie ambulatoire, s'inscrit dans le projet de développement de la chirurgie ambulatoire du CHU de Bordeaux**

## **1/1:Démarche projet :**

Depuis 4 ans, nous menons un projet d'agrandissement d'une des UCA du CHU de BORDEAUX, avec réaménagement des locaux, doublement de la surface de soins et des salles d'intervention dédiées à l'UCA, financé à hauteur de 350000 euros par l'HAS.

Nous sommes dans une structure mixte, à la fois autonome (accueil + bloc dédiés) et intégrée (accueil autonome mais blocs commun). Le projet structurel va de pair avec une majoration des vacations opératoires proposées (de 2 salles d'intervention à 4 salles) et des possibilités pour intégrer de nouvelles spécialités.

Dans ce contexte, il est apparu comme une évidence que nous pourrions, en fonction d'un parcours patient adapté, intégrer des urgences traumatologiques à nos programmes opératoires de chirurgie ambulatoire.

Pour ce faire il nous faut déterminer

- le parcours patient adapté en définissant la collaboration avec le service des urgences
- les types d'interventions de traumatologie pouvant être différées
- l'intégration des urgences soit au fil du programme opératoire réglé soit sur des vacations dédiées.
- les documents à mettre en place aux urgences (passeport ambulatoire à adapter, ...).

La première étape réalisée en 2018 est une évaluation quantitative du volume de patients potentiellement éligibles à la chirurgie ambulatoire dans le cadre d'une urgence chirurgicale traumatologique « différée », c'est-à-dire que le patient peut être convoqué pour une intervention chirurgicale entre zéro et jusqu'à 3 jours après son passage aux urgences suite à une indication chirurgicale et sans risque de majorer son état de santé.

1ere phase: relevé qualitatif

Nous avons déterminé avec le chirurgien orthopédiste responsable 12 actes d'urgence traumatologique que nous projetons d'intégrer en chirurgie ambulatoire.

1. fracture de la clavicule
2. disjonction acromio-claviculaire
3. fracture de l'olécrane
4. fracture isolée d'un os de l'avant bras
5. rupture du biceps distal
6. fracture du radius distal
7. fracture de la rotule
8. rupture du tendon rotulien/quadriceps
9. blocage méniscal
10. rupture du tendon d'Achille



11. fracture bi malléolaire
12. fracture de l'avant pied

2eme phase: relevé quantitatif

Les données sont recueillies en février 2019 à partir du programme statistique du logiciel OPERA par Mme BOUDEAU, en charge des indicateurs de bloc au CHU de Bordeaux.

Cette étape est importante pour valider l'existence et la hauteur du besoin.

Les données concernent l'activité d'urgence pour l'année 2018.

### Actes réalisés en 2018 Bloc urgences et pour lesquels un séjour ambulatoire pourrait être envisagé

Organisation	CHU Bordeaux
UG de Bloc	BLOC UR-GENCES
Date année	2018
Date mois	Tous les mois

#### Données

Intervention	Nb interventions	Durée moyenne en salle (hh:mm)
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de diaphyse	30	0:03:45
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de diaphyse à foyer fermé	9	0:01:53
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale à foyer fermé	1	0:00:40
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale à foyer fermé	26	0:01:20
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale des 2 os	2	0:02:51
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale des 2 os	16	0:02:14
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale d'un os	53	0:01:28
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité distale d'un os	10	0:02:23
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité proximale à foyer fermé	1	0:01:40
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité proximale à foyer fermé	1	0:01:55
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité proximale des 2 os	4	0:02:40
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité proximale d'un os	8	0:02:35
M.S: AVANT BRAS-Ostéosynthèse de l'extrémité proximale d'un os	1	0:01:17
M.S: CLAVICULE-Ostéosynthèse clavicule quart externe PLAQUE	6	0:02:15
M.S: CLAVICULE-Ostéosynthèse clavicule tiers moyen PLAQUE	4	0:02:23
M.S: COUDE-Ostéosynthèse olécrane	18	0:02:18

M.S: COUDE-Ostéosynthèse palette humérale	22	0:03:21
M.S: MAIN POIGNET-Ostéosynthèse 1 os avant bras	60	0:02:00
M.S: MAIN POIGNET-Ostéosynthèse 2 os avant bras	4	0:03:32
M.S: MAIN POIGNET-Ostéosynthèse métacarpe par broches	1	0:00:47
M.S: MAIN POIGNET-Ostéosynthèse métacarpe par plaques	1	0:02:30
M.I: GENOU-Arthroscopie articulation genou	1	0:01:35
M.I: GENOU-Ostéosynthèse rotule	25	0:01:55
PIED-1-Ostéosynthèse métatarsien	4	0:01:25
PIED-1-Ostéosynthèse phalange	2	0:00:55
PIED-2-Ostéosynthèse calcanéum (Clou)	6	0:02:38
PIED-2-Ostéosynthèse calcanéum (REEF)	1	0:02:42
PIED-2-Ostéosynthèse cheville 1 malléole	33	0:01:49
PIED-2-Ostéosynthèse cheville bi malléolaire	37	0:02:31
PIED-2-Ostéosynthèse cheville fixateur externe	5	0:01:46
PIED-2-Ostéosynthèse cheville pilon tibial	9	0:02:51
PIED-2-Ostéosynthèse naviculaire	1	0:02:20
PIED-2-Ostéosynthèse talus	4	0:02:11
PIED-Ostéosynthèse calcanéum (REEF-embrochage)	3	0:01:30
PIED-Ostéosynthèse cheville 1 malléole	31	0:01:41
PIED-Ostéosynthèse cheville bi malléolaire	39	0:01:58
PIED-Ostéosynthèse cheville fixateur externe hybride	5	0:02:00
PIED-Ostéosynthèse métatarses	4	0:02:24
PIED-Suture Achille (classique)	2	0:00:54
PIED-Suture Achille (Tenolig ou équivalent)	5	0:00:50
<b>Total général</b>	<b>485</b>	<b>0:02:03</b>

On peut affirmer que si le chemin clinique de prise en charge était défini et connu de tous, nous aurions pu prendre en charge 485 patients en chirurgie ambulatoire, et ainsi répondre aux besoins des patients et du CHU:

- Diminution du temps non utile passé à l'hôpital dans l'attente de l'intervention
- augmentation du taux de chirurgie ambulatoire (5000 patients pris en charge en 2018, soit avec ajout des urgences UCA, une majoration de 9.7%)

La deuxième étape, en cours, est la concertation avec les anesthésistes afin de déterminer l'organisation à retenir pour la consultation, ainsi que les documents à remettre, puis la finalisation du parcours de prise en charge.

**Mon travail de recherche, par l'exploration des organisations mises en place dans les différents CHU de France pour prendre en charge les urgences traumatologiques me permettra de mettre en lumière les organisations mises en œuvre, ceci afin d'orienter les pistes à suivre dans notre projet.**

## 2/Matériel

### 2/1 Population:

J'ai fait le choix d'interroger les 32 CHU de France, afin de réaliser une analyse contradictoire des organisations des UCA prenant en charge des urgences traumatologiques

### 2.2 Outils:

J'ai rédigé un questionnaire explorant les organisations mises en place dans les CHU.

Le questionnaire reprend les différentes étapes de la prise en charge du patient, depuis son entrée aux urgences jusqu'à l'intervention en UCA.

Il est composé de 9 parties :

A/Présentation de la structure

B/ Processus de prise en charge:

(Consultation chirurgie /consultation anesthésiste/information patient /traçabilité)

C / Planification de l'intervention

D / Planification parcours patient

E / Dossier administratif

F / Communication urgences/UCA

G / Recueil satisfaction patient

H / Chiffrage de l'activité Urgence en UCA

I / Perspectives

Les 8 premiers items sont des questions fermées, le dernier explore les projections des UCA sur les besoins, l'intérêt, les freins et leviers pour cette prise en charge.

### 3/Méthode

Au cours de mon année universitaire, courant mars, j'ai élaboré un questionnaire explorant les organisations mises en place pour prendre en charge les urgences traumatologiques, en ciblant sur les personnes et les moyens, les leviers et les freins (méthode QQOQCCP : Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi,)

Le questionnaire a été validé au mois d'avril par Mme DEGRYSE, Anesthésiste responsable de l'UCA de BORDEAUX, et Mme VONS, responsable du DU de chirurgie ambulatoire.

J'ai listé les coordonnées des 32 CHU de France, en relevant adresse et téléphone. Il n'existe pas, à ma connaissance, d'annuaire des responsables de chirurgie ambulatoire.

J'ai exploré le contact téléphonique avec 10 CHU, mais j'ai été dans l'impossibilité d'obtenir un interlocuteur responsable.




J'ai opté pour l'envoi par voie postale des questionnaires, début juin, en joignant une lettre d'intention et une enveloppe affranchie pour le retour, et en donnant la possibilité du retour par FAX; la date limite de retour était fixée pour début juillet.

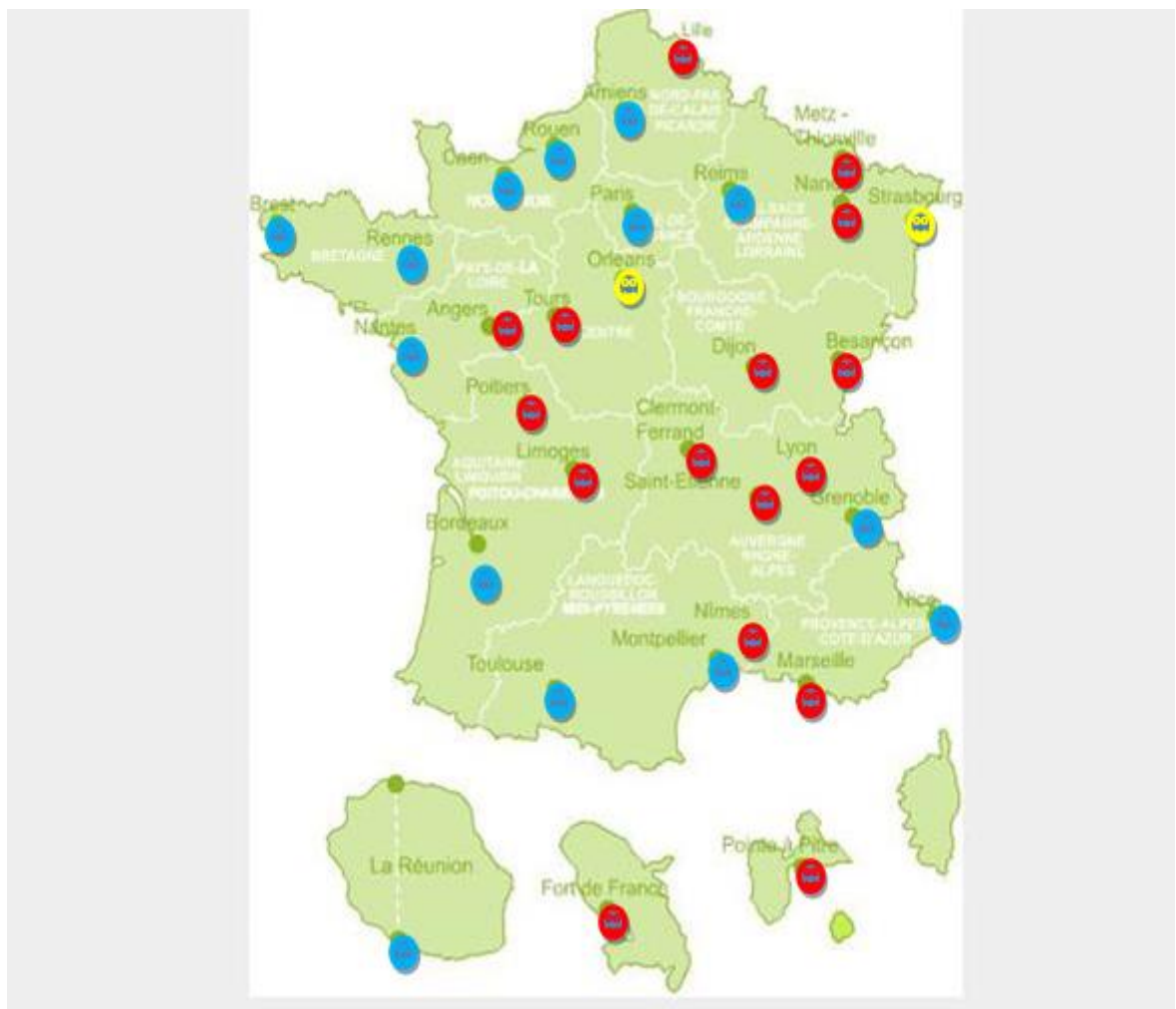
- début juillet, je totalise 8 réponses.
- Relance des différents CHU par voie postale, et renouvellement de contacts téléphoniques infructueux
- Clôture des réponses le 31 juillet avec 16 réponses.

**4/Résultats**

**Carte des 32 CHU contactés:**

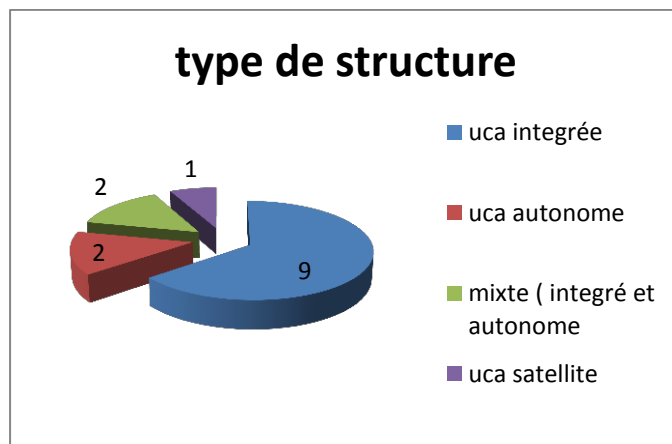
16 réponses : taux de réponse à 50%

- Légende:
- Prend en charge des urgences traumatologique : 14 
  - Ne prend pas en charge des urgences traumatologique : 2 
  - Non réponses : 16 



**4/A/ Présentation des structures :**

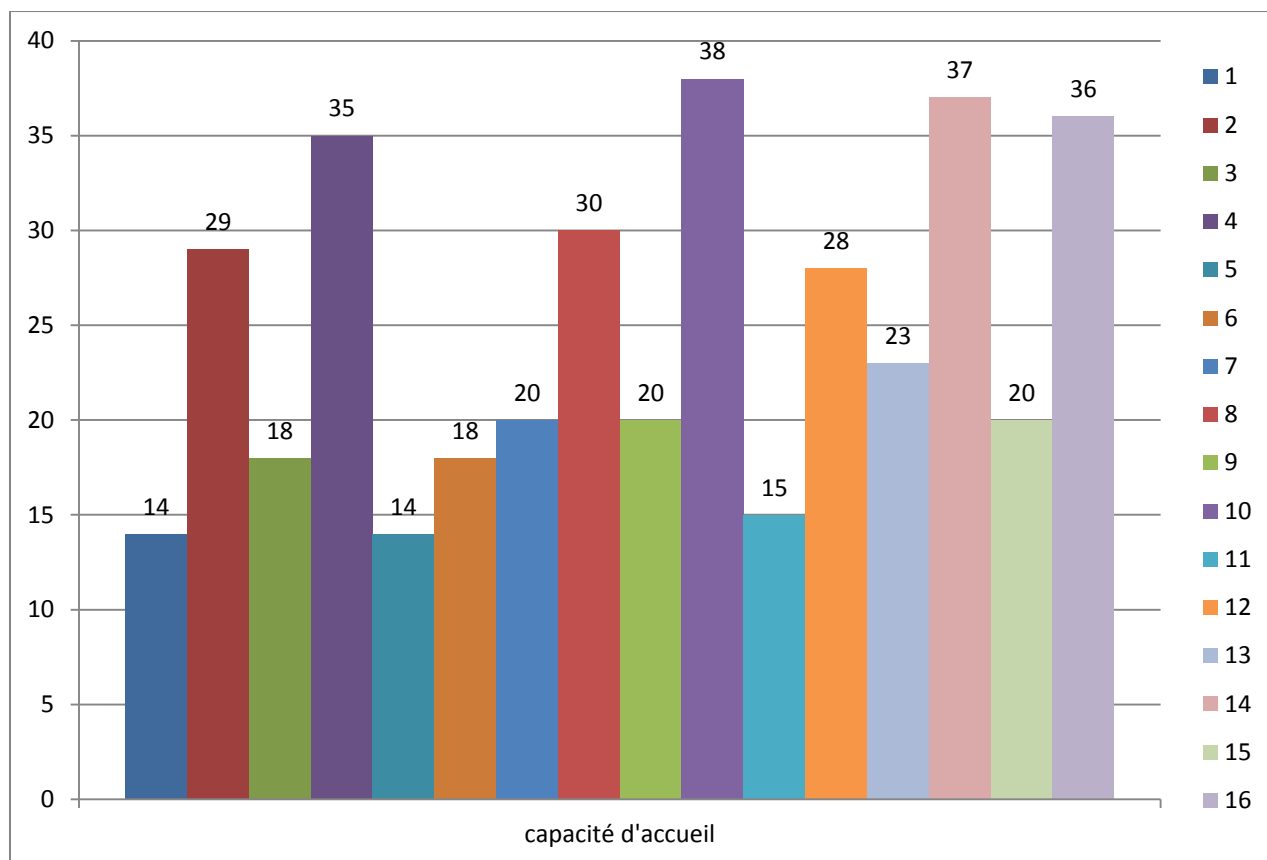
**4/A/1/ Type de structure**



13 UCA sur 14 sont intégrées à leurs établissements.

2 CHU ont à la fois des unités intégrées mais aussi autonome (accueil dédié et bloc commun et bloc dédié)

**A/2/ Capacité d'accueil :**



La capacité d'accueil varie de 14 à 38 places, 11 établissements sur 16 ont 20 places et plus, la moyenne étant de 24 places.

**4/B Processus de prise en charge : Consultation chirurgien et anesthésiste****4/B/1 : Liste d'interventions d'urgences traumatologiques réalisables en UCA**

10 CHU ont une liste de gestes prédéfinie et connue des tous sur les interventions de traumatologie urgentes éligibles à l'ambulatoire

4 CHU n'ont pas de liste prédéfinie.

**4/B/2 La consultation du chirurgien**

Chirurgien	OUI	NON	PAS DE REPONSE	AUTRE
Diagnostic posé par le chirurgien de garde	13	1		
Décision de différer le geste pour le réaliser en UCA	13	0	1	Accueil UCA à j0 en post op
Explications données au patient	12	2		
Documents CA Disponibles aux urgences	6	8		
Documents CA Donnés au patient	6	8		

Dans 93% des cas, c'est le chirurgien de garde qui pose le diagnostic et prend la décision de différer le geste et de le réaliser en UCA.

La prise en charge est expliquée au patient dans 85.5% des cas.

Dans 57% des cas, il n'y a pas de documents CA disponibles aux urgences.

Quand les documents sont présents, ils sont remis systématiquement au patient.

**4/B/3: La consultation de l'anesthésiste**

Anesthésiste	OUI	NON	PAS DE REPONSE	AUTRE
Consultation réalisée le jour du diagnostic aux urgences	3	9		Pour deux centres, soit l'un soit l'autre
Consultation le matin de l'intervention par anesthésiste du bloc UCA	11	1		
Explications données au patient	9	3	2	
Documents CA Disponibles aux urgences	5	8		1x oui document unique chirurgien + anesthésiste
Documents CA Donnés au patient	6	8		

Pour la consultation pré opératoire, 4 CHU modulent leur réponse:

- consultation en UCA si possible
- si intervalle urgence/bloc inférieur à 48h, consultation par l'anesthésiste des urgences
- si intervalle urgence/bloc supérieur à 48h, consultation par anesthésiste UCA et rajout consultation IDE
- consultation pré anesthésie le matin de l'intervention mais par l'anesthésiste de consultation
- consultation selon disponibilité de l'anesthésiste des urgences

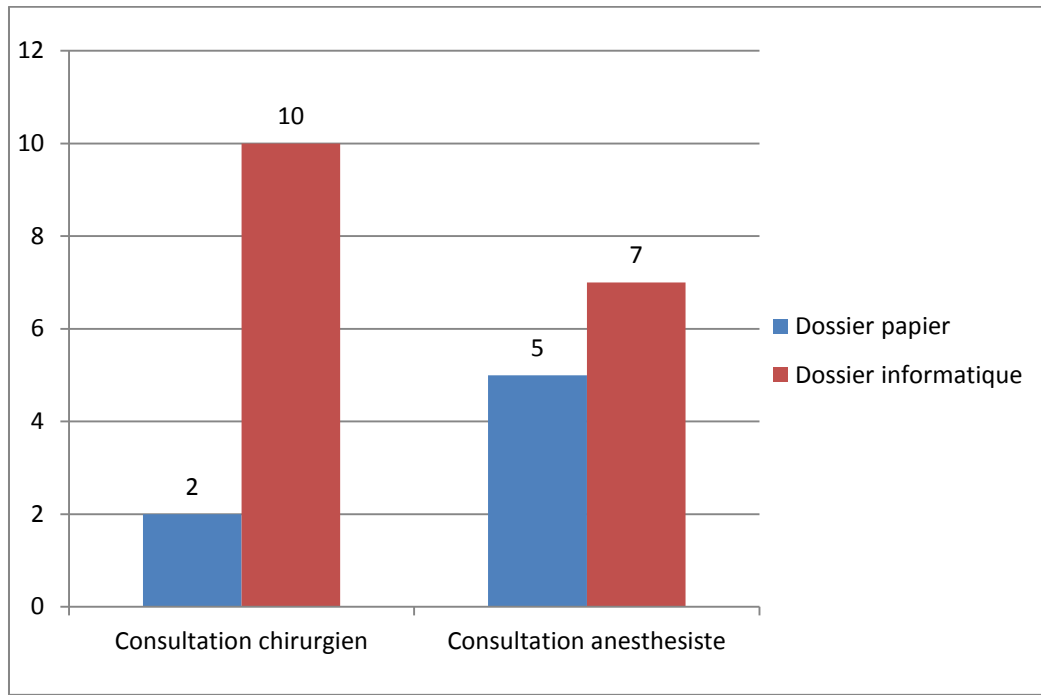
Dans 79 % des cas, la visite pré anesthésie est faite le matin de l'intervention, par l'anesthésiste du bloc UCA.

Les consignes sont explicitées dans 64.5%.

La proportion de présence des documents CA aux urgences est la même que pour le chirurgien .Se sont les mêmes documents (chirurgien et anesthésiste) pour 1 CHU.



#### **4/B/4: Traçabilité des consultations**



Deux CHU utilisent indifféremment l'un des deux supports.

#### **4/C/ Planification de l'intervention au bloc**

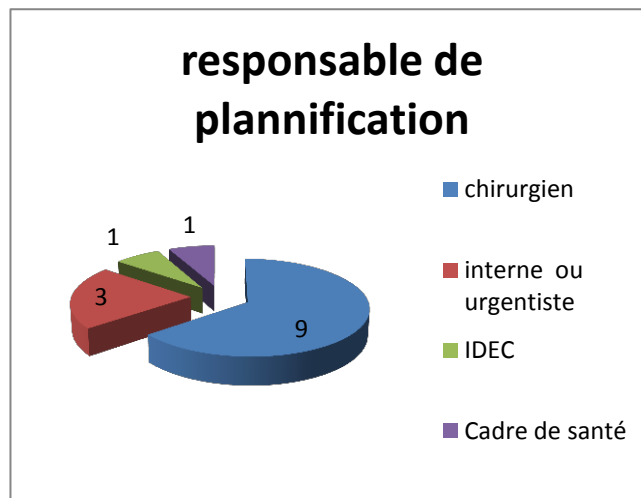
##### **4/C/1: Support de planification**

- 9 établissements sur les 14 planifient l'intervention via un logiciel de programmation.

Pour les 4 autres:

- programmation lors du staff le matin à J0
- Un logiciel spécifique CROSSWAY
- Appel téléphonique entre IDE d'orthopédie et IDE de coordination de l'UCA
- Mail au cadre de l'UCA

#### 4/C/2: Responsable de la planification



#### 4/C/3: Lieu de l'intervention

- Les urgences sont incluses dans le programme opératoire existant des blocs dédiés CA dans 2 cas sur 14.
- Les urgences sont incluses dans le programme opératoire existant des blocs communs dans 12 cas sur 14. (4 CHU spécifient que les urgences traumatologique relevant de l'UCA sont présent en charge pour l'intervention soit dans les blocs communs soit au bloc des urgences)
- Dans 8 CHU sur 14 il n'y a pas de vacations réservées aux urgences

#### 4/D/ Planification du parcours patient

- ❖ la date d'intervention est donnée dans 13 CHU sur 14 avant la sortie des urgences
- ❖ l'horaire d'arrivé en CA est donné dans 11 CHU sur 14 avant la sortie des urgences

Pour 1 CHU, tous les patients sont convoqués à 7h de façon systématique

❖ Ces informations sont données par :

L'interne de garde dans 4 cas

Le chirurgien dans 3 cas

Les soignants des urgences dans 2 cas

2 chu n'ont pas renseigné la question

❖ Autre planification:

Pour deux CHU, c'est l'IDE de coordination de l'UCA qui appelle le patient le lendemain de son passage aux urgences

Pour un autre CHU, si le délai de programmation est supérieur à 48 heures il est demandé au patient de passer à l'UCA le lendemain

En cas de changement d'horaire, c'est l'IDE de coordination qui appelle le patient.

### **4/E/ Dossier Administratif**

- ✓ La pré admission est réalisée au niveau des urgences dans 2 cas sur 14, soit 14%
- ✓ C'est le patient qui réalise son entrée administrative le jour de son intervention en UCA dans 9 cas, soit 64%
- ✓ Autres cas:

Un mail est fait par les urgences au bureau des admissions

C'est l'IDE de coordination qui demande le pré admission le matin de l'intervention

Se sont les secrétaires de l'UCA qui réalise le pré admission le matin de l'intervention.

#### **4/F/ Liaison Urgences/ UCA**

7 CHU utilisent le dossier médical informatique

3 CHU acheminent un dossier papier

3 CHU utilisent à la fois le dossier informatique et ajoute un acheminement dossier papier

1 CHU utilise le téléphone entre les urgences et L'UCA

1 CHU ajoute un document faxé au dossier informatique

1 CHU ajoute le téléphone entre le chirurgien et l'IDE de coordination

1 CHU ne transmet rien

#### **4/G/Recueil de satisfaction**

11 CHU sur 14 effectuent un recueil de satisfaction des patients

#### **4/H/Les urgences traumatologiques prise en charge en UCA en chiffre**

7 établissements sur 14 n'ont pas communiqué de chiffre, soit 50 %.

Pour les 7 autres CHU :

- 2 établissements ont ouvert cette filière en 2018 : ils ont pris en charge 10 patients pour l'un et 27 pour l'autre
- 1 établissement a ouvert cette filière en 2019, avec 10 patients pris en charge
- 1 CHU (principalement urgences main):  
2017 : 300 patients et 2018 : 250 patients
- 1CHU 2017: 105 patients et 2018 : 250 patients
- 1CHU 2017: 250 patients et 2018: 270 patients
- 1 CHU 2017: 307patients et 2018 : 317 patients (bloc dédié)  
+37 (bloc des urgences)

## **4/I/ Perspectives** (questions ouvertes)

### **4/I/1: Besoins pour prendre en charge des urgences "simples"**

- Augmentation du nombre de places et blocs dédiés
- Vacations opératoires dédiées
- Intégrer l'ophtalmologie
- Un espace dédié et des vacations opératoires réservées aux urgences
- Etre informé des patients à prendre en charge en UCA
- Identifier les circuits et créer un circuit court pour les urgences traumatologiques
- Formaliser la visite anesthésiste aux urgences pour la vérification de l'éligibilité à l'UCA et la gestion des traitements personnels du patient.

### **4/I/2: Intérêt de la coopération entre urgences et UCA**

- Pas de filière urgence: aucun besoin, besoin d'optimiser la filière existante
- Urgences différées pouvant être prises en charge à j1/j2, création d'un circuit court
- Augmentation du nombre de patient pris en charge
- Vérification éligibilité et gestion des traitements

### **4/I/3: Freins pour accueillir les urgences traumatologiques en UCA**

- Pas de salles d'intervention dédiées
- Fermeture des créneaux AG à 14h, AL à 16h
- Passage tardif au bloc
- Instrumentation non disponible pour les cas complexes

- Horaire d'arrivé et appel J-1
- Respect des plages dédiées et des planifications CA
- Transfert de l'information
- Gestion des spécialités différentes, priorisation
- Manque d'espace, de brancard pour 3 CHU
- Manque d'organisation, cloisonnement du service des urgences
- Signature tardive des médecins
- Capacité d'accueil au bloc insuffisante
- Pas de frein pour 3 CHU

#### **4/ 1/4: Leviers pour l'accueil des urgences traumatologiques**

- Avoir des blocs dédiés, avec un MAR pour le secteur
- Le besoin de désengorger les urgences de la traumatologie pouvant être prise en UCA
- Définir le chemin clinique, le parcours patient, les faire connaître (3 CHU)
- Avoir les passeports ambulatoires aux urgences
- Réalisation des pré admissions aux urgences
- Avoir des vacations urgences dédiés tous les jours
- Résoudre les problèmes de l'information transmise à l'UCA
- Mettre en œuvre un processus RAAC et sortie direct post SSPI
- Mise en place de fauteuils pour les circuits court
- Que l'IDE des urgences vérifie les dossiers et face le lien avec l'UCA
- Avoir du personnel supplémentaire pour faire face aux urgences
- Bénéficier de places dans les unités traditionnelles pour les conversions

## **5/Discussion des résultats**

### **5/1 Préambule:**

Je déplore le faible taux de réponse, 50%, qui ne permet pas une analyse exhaustive des organisations des 32 CHU.

Le contact téléphonique s'est soldé de multiples échecs: absence d'interlocuteur responsable, pas de cadre de santé pour 3 CHU, pluralité des sites pour 3 autres établissements. Un annuaire des responsables des UCA est une piste à explorer.

2 CHU ont demandé un retour de cette étude multicentrique.

### **5/A/ Structure:**

Sur les 16 CHU, 14 prennent en charge des urgences traumatologique, soit 87.5%. Cette prise en charge est à organiser dans notre UCA.

Une seule UCA est satellite, treize sont intégrées à leur établissement, deux sont autonomes.

Deux UCA ont des structures mixtes (à la fois autonomes et intégrées).

Il n'y a pas de lien entre la prise en charge des urgences et le modèle de structure.

### **5/B/ Processus de prise charge:**

#### **5/B/1:La liste d'actes:**

La liste des interventions pouvant être différées est présente dans 10 CHU. C'est la référence du chirurgien de garde. Elle permet l'orientation du patient en sécurité (disponibilité du matériel, modalités de surveillance)

Cela apparait comme un pré requis à formaliser en concertation avec l'équipe d'orthopédie, le cadre de bloc et les responsables de l'UCA.

#### **5/B/2: la consultation chirurgicale:**

Le diagnostic est posé aux urgences dans 93% des cas, par le chirurgien de garde (13 fois sur 14)

La prise en charge est expliquée au patient dans 85% des cas (12 fois sur 14)

Des documents spécifiques (passeport ambulatoire) sont présents à 43% (6 fois sur 14). Ils sont remis systématiquement au patient.

Ces trois critères, conformes aux bonnes pratiques, me paraissent incontournables dans l'organisation.

Une attention particulière doit être apportée à l'explication du parcours au patient et à l'organisation des documents UCA (contenu, localisation, approvisionnement)

### **5/B/3 : La consultation anesthésie**

La consultation pré anesthésie à lieu à 78.6% (11 fois sur 14) le matin de l'intervention par l'anesthésiste du bloc opératoire.

Dans 3 CHU, la consultation a lieu le jour du diagnostic, aux urgences.

Un centre met l'accent sur la sécurité de la consultation aux urgences, pour la gestion des traitements personnels et la vérification de l'éligibilité.

Un autre CHU module l'organisation de la consultation en fonction du délai entre le diagnostic et la prise en charge au bloc.

Les réponses quant aux explications données (9 explications sur 14 et deux non réponses) soit 64.3% interrogent sur l'information dont le patient bénéficie. .

La proportion de documents à disposition et remis au patient est la même que pour les chirurgiens.1 CHU a un document unique, remis au patient soit par le chirurgien soit par l'anesthésiste.

La modélisation de la consultation d'anesthésie est à définir avec l'équipe d'anesthésistes des urgences et du bloc, en prenant en compte la disponibilité du médecin de garde et celui du bloc, ainsi que les organisations spécifiques. Le critère de temporalité est une piste à creuser.

### **5/B/4: Traçabilité des consultations:**

La majorité des centres (12 sur 14) dispose d'un outil informatique partagé pour tracer la consultation.

Le médecin anesthésiste utilise encore le papier ( 5 à 7 fois sur 14)

L'outil informatique permet l'accès de tous, quel que soit l'endroit de l'hôpital, au dossier du patient

Ce moyen de traçabilité est à privilégier.



## **5/C/ Planification de l'intervention au bloc**

### **5/C/1: Outil**

64.5% des CHU utilise un logiciel de bloc pour programmer les interventions.

L'utilisation du logiciel sous-entend une rigueur de planification de la part du chirurgien ou de l'interne. Cela sous-entend des règles de programmation connues et respectées, en accord avec les critères de chirurgie ambulatoire (horaire de bloc en adéquation avec la sortie du patient, le jour de l'intervention). Un des freins évoqués est le bloc tardif.

Les autres modes de planification (staff, mail, téléphone) nécessitent des tiers et surtout ne permet pas de donner au patient la date et l'heure de l'intervention avant sa sortie des urgences. Cela sous-entend un rappel systématique du patient.

Le mode de planification informatique semble à privilégier, avec des règles de planification connues de tous. Il reste aussi à organiser l'information de l'UCA.

### **5/C/2: Responsable de la planification:**

C'est 9 fois sur 14 le chirurgien qui établit le diagnostic qui planifie le geste, ou 3 fois sur 14 l'interne de garde.

La planification est déléguée une fois au cadre de santé de l'UCA, et dans un autre cas à l'infirmière de consultation.

Je m'interroge sur cette délégation aux paramédicaux, en lien avec les nécessités de la programmation (choix de l'anesthésie, du matériel spécifique, de l'installation).

La planification par le chirurgien ou l'interne est sans doute à mettre en œuvre.

### **5/C/3: Exécution de l'intervention**

Les deux CHU ayant des blocs dédiés intègrent les urgences dans les vacations.

Pour les 12 autres centres, les urgences traumatologiques sont réalisées dans les blocs communs ou au bloc des urgences.

Seul 6 CHU ont des vacations réservées aux urgences.

Cette organisation nécessite une parfaite connaissance des impératifs liés au parcours ambulatoire, mais aussi des règles précises de programmation sur les blocs communs, en l'absence de vacations dédiées (temps d'intervention, disponibilité du chirurgien, du matériel).

Les pistes à creuser sont l'intégration des urgences différées au fil du programme des vacances réservées à la chirurgie ambulatoire ou dédier une vacation aux urgences différées .Cela nécessite l'établissement de règles de programmation connues de tous.

### **5/D / Parcours patient**

La date de l'intervention est donnée au patient 12 fois sur 14 avant son départ des urgences. Par contre, l'horaire d'arrivé en UCA, n'est donnée que 11 fois sur 14. L'autre alternative est l'IDE de coordination, qui dans un cas appelle le patient le lendemain pour lui donner date et heure, dans deux autre cas c'est elle qui communique l'heure au patient. C'est elle également qui rappelle le patient s'il y a des modifications de planification.

Il est à souligner qu'un CHU convoque tous les patients entrants pour des urgences en UCA à 7h.

Les informations (date et heure) sont données au patient à 50% par le médecin ou l'interne, et à 50% par les paramédicaux.

La piste à retenir est la communication au patient de la date et l'heure de l'hospitalisation en UCA avant son départ des urgences, afin de sécuriser le patient. Mais cela sous-entend la planification au préalable de l'intervention comme cité plus haut.

Une modulation mise œuvre par un centre me semble très pertinente: Si le délai entre urgences et UCA est supérieur à 48h, il est demandé au patient de passer à l'UCA. Cela peut permettre (en l'organisant) la consultation d'anesthésie et également une consultation IDE, source, par la répétition des informations au patient, du bon déroulé du séjour ambulatoire. Il va sans dire que cette modulation devra prendre en compte le lieu de résidence du patient.

### **5/E/ Dossier administratif**

La majorité des CHU (12 sur 14) ont un dossier informatique partagé. Ils l'utilisent comme vu précédemment pour tracer les consultations.

Chaque passage à l'hôpital nécessite aune admission administrative pour pouvoir tracer le dossier du patient.

Dans 14% des CHU, la pré admission pour le séjour futur en UCA est faite aux urgences. Elle est demandée au bureau des admissions par mail dans 7% des cas (1CHU). Elle est faite le matin de l'entrée, au bureau des admissions, dans 64% des cas par le patient, dans 14% par un tiers (IDE de coordination, secrétaires).

Ainsi, la pré admission n'est anticipée que dans 14% des cas.

Ce point me semble important dans le parcours patient. En fonction de l'horaire d'arrivée, faire l'admission administrative le matin peut engendrer des retards (attente au guichet, horaire d'ouverture des guichets) et retarder la saisie du dossier patient par le personnel de l'UCA.

La piste de la pré admission aux urgences me parait à privilégier.

### **5/F/ Fiche de liaison urgences /UCA**

42.9% des CHU(7) utilise le dossier informatique pour la liaison avec l'UCA, 21.4% (3) utilise un dossier papier. 21.4% (3) utilise le dossier informatique mais rajoute une fiche de liaison papier.

Le dossier informatique est partagé, mais l'UCA doit savoir quel dossier elle doit traiter. Ce point a été souligné dans les freins à cette prise en charge. La fiche de liaison, rajoutée, semble être une solution. Une autre piste, pourrait être un mail, entre le chirurgien et l'IDE de coordination.

Ce point nécessite notre vigilance, dans le parcours patient. De cette liaison dépend la place disponible ou non en UCA, mais aussi l'accueil fait au patient (attendu ou non).

### **5/G/ Recueil de satisfaction**

79% des CHU (11 sur 14) font un recueil de la satisfaction du patient. Ce recueil entre dans les indicateurs HAS.

Pour mon sujet, la question aurait dû être orientée sur la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre de l'urgence traumatologique, mais en sachant que cette extraction est complexe à réaliser.

### **5/H/ les urgences traumatologiques en chiffre**

Les retours sur les données chiffrées d'activité ont été de 50% (7 CHU).

Je n'ai pas interrogé l'utilisation de tableaux de bord, qui permettent le suivi de l'activité, mais qui me semble incontournable dans notre quotidien.

3 établissements ont débuté cette prise en charge en 2018 et 2019, avec un petit nombre de patients (10/27) soignés.

Les 4 CHU dont la pratique est plus avancée traitent environ 250 patients par an avec cette organisation.

Si je me réfère au chiffrage préalable établi pour notre UCA, sur les actes transférables en UCA, nous pourrions sans conteste rejoindre cette moyenne, sous réserve d'une organisation optimale.

### **5/1/ Perspectives**

Les 4 questions ouvertes posées avaient pour objectif de mettre en lumière les besoins / la coopération avec les urgences/ les freins et les leviers pour mettre en place l'organisation nécessaire à la prise en charge en UCA des urgences traumatologiques.

Concernant les besoins, les blocs et les vacations dédiées sont cités à 3 reprises, l'information à l'UCA et la création d'un circuit court semblent prévalent.

Ces besoins sont fonction des organisations existantes et interrogent sur l'importance des vacations dédiées.

La coopération entre urgence et UCA est soulignée par la possibilité de la création d'un circuit court et la majoration des patients pris en charge en UCA. Est aussi évoqué le contrôle de l'éligibilité et la gestion des traitements, ainsi que les transmissions entre urgences et UCA. 1 CHU déplore le cloisonnement des urgences.

Trois CHU n'ont aucun frein, la pratique est courante. Pour les 11 autres, les freins évoqués sont soit organisationnels (créneaux AG/AL, passage tardif au bloc, transfert d'information, signature de sortie tardive, bloc non dédié), soit structurels (capacité d'accueil ou bloc insuffisant, manque de brancards, de places).

Les leviers sont nombreux. Pour deux CHU, dédier des blocs ou des vacations aux urgences, désengorger les urgences par le transfert des gestes possibles sur les blocs UCA. Sont également abordé le passeport ambulatoire disponible aux urgences, la transmission de l'information, la pré admission aux urgences. Trois CHU ont mis l'accent sur la formalisation du chemin clinique, à élaborer et à faire connaître à tous.

Ainsi le chemin clinique de ce parcours doit être un travail élaboré par tous les acteurs de la prise en charge, des urgences et de l'UCA, et il doit être communiqué à tous les intervenants potentiels du CHU.

## 6/Conclusion

Je module ma conclusion en regard du taux de réponses à mon questionnaire.

La prise en charge d'urgences traumatologiques semble être acquise pour la majorité des CHU.

Chaque établissement est organisé pour un parcours patient en adéquation avec les recommandations HAS et avec les moyens dont il dispose.

Certains points de ces organisations nécessitent une vigilance particulière:

- communication au sein de l'établissement autour de ce parcours de soin
- listes d'actes éligibles et actualisés
- documents et explications au patient
- temporalité de la consultation d'anesthésie
- nature de la place donnée au bloc (vacations dédiées ou non)
- pré admission réalisée en amont
- liaison UCA/urgences

Les freins rencontrés le plus fréquemment sont organisationnels ou structurels, la disponibilité des blocs opératoires et des places en UCA étant prévalent.

La modélisation de l'organisation est envisageable, en reprenant les points de vigilances incontournables et en les adaptant à chaque structure.

Le fil conducteur est le chemin clinique du patient, conforme aux recommandations de l'AFCA, reprenant les points de vérification du patient traceur définis par l'HAS et en tenant compte des points de vigilances pré cités.

Nous allons appliquer ces principes pour la suite de notre projet Bordelais.

## **7/BIBLIOGRAPHIE**

- 1: HAS, *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances - Rapport d'évaluation technologique, synthèse, questions/réponses*, avril 2012
- 2: Assurance Maladie et Ministère de la santé, *Abécédaire chirurgie ambulatoire, réglementation*, janvier 2009
3. HAS, *Chirurgie ambulatoire – Socle de connaissances - Rapport d'évaluation technologique, synthèse, questions/réponses*, avril 2012
- 4: Journal de l'Académie américaine des chirurgiens orthopédiques. 27 (3): e127 – e134, FEV 2019  
DOI: 10.5435 / JAAOS-D-16-00897
- 5: Etude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence mars 2013 SFAR
- 6: Ensemble pour la chirurgie ambulatoire, recommandations organisationnelles ANAP-HAS MAI 2013
- 7: Recommandations formalisés d'experts. Prise en charge anesthésiques des patients en hospitalisation ambulatoire SFAR 2009
- 8: [www.sfar.org](http://www.sfar.org)
- 9: [www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr)
- 10: [www.iris-conseil-sante.com](http://www.iris-conseil-sante.com)
- 11: [www.entreprise medicale.fr](http://www.entreprise medicale.fr)

**8/ANNEXES**

**A/QUESTIONNAIRE**

Questionnaire CHU
Prise en charge des urgences traumatologiques en chirurgie ambulatoire : processus mis en place

**A/ Présentation structure :**

- 1/ Votre CHU .....
- 2 /UCA intégrée (locaux dédiés et bloc op partagés)  Oui  non
- 3 /UCA Autonome (locaux dédiés et blocs dédiés au sein des blocs communs)  Oui  non
- 4 / UCA satellite (locaux dédiés et blocs dédiés en dehors des blocs commun)  Oui  non
- 5 /Nombre de place de chirurgie ambulatoire : .....
- 6/ Prenez vous en charge, dans votre UCA, des urgences traumatologiques  Oui  non
- 7/ si non, où s'effectuent les urgences traumatologiques ? .....

**Si oui, merci de poursuivre, si non, reportez-vous au dernier alinéa I**

**B/Processus de prise en charge : chirurgien/anesthésiste**

Patient entré par service des urgences  oui  non

**Consultation chirurgien**

- 1/Diagnostic posé par le chirurgien de garde (geste chirurgicale + mode de prise en charge)  Oui  non
- 2/ Décision de différer le geste pour le réaliser en CA  oui  non
- 3/ Liste des interventions réalisables en CA préétablie et connues de tous (éligibilité : critères médicaux et sociaux)  oui  non
- 4/ Explications données par chirurgien (intervention, risques, parcours CA, préparation, jeun, accompagnant...)  oui  non
- 5/ documents CA (passeport, ordonnances antalgiques, appareillage,...)

Disponible aux urgences  oui  non

Remis au patient  oui  non

6/ Support traçabilité de la consultation chirurgicale :

Dossier papier  oui  non

Dossier informatique commun  oui  non

**Consultation anesthésiste :**

1/visite pré anesthésie

Faite par l'anesthésiste des urgences le jour du diagnostic  oui  non

Faite le matin de l'intervention par anesthésiste du bloc  oui  non

Autre : .....

2/ Explications données par anesthésiste (intervention, risques, parcours CA, préparation, jeun, accompagnant...)  oui  non

2/ Support : Dossier papier  oui  non

Dossier informatique commun  oui  non

3/ documents CA (passeport, ordonnances antalgiques, arrêt anticoagulant,...)

Disponible aux urgences  oui  non

Remis au patient  oui  non

**C/ Planification du geste bloc en chirurgie ambulatoire :**

Via un logiciel de planification bloc  oui  non

Autre support  oui  non

Lequel ?  
.....

Par le chirurgien qui voit le patient  oui  non

Par quelqu'un d'autre : .....

Les urgences sont incluses dans le programme opératoire existant dans bloc dédié CA  Oui  non

Les urgences sont incluses dans le programme opératoire existant des blocs communs  Oui  non



Il y a des vacances dédiées urgences dans les blocs de CA  oui  non

**D/ Planification parcours patient**

Date donné au patient avant sa sortie des urgences  oui  non

Horaire d'arrivé CA donné au patient avant sa sortie des urgences  oui  non

Par qui .....

Autre planification : .....

**E/ Dossier administratif**

Pré admission réalisée au bloc des urgences  oui  non

Le patient réalise son entrée administrative le jour de son intervention en UCA  Oui  non

Autre : .....

**F/ Liaison URGENCES/UCA**

VIA le dossier médical informatique partagé  Oui  non

Acheminement du dossier papier  Oui  non

Autre : .....

**G/ Effectuez-vous un recueil de satisfaction du patient**  Oui  non

Commentaire : .....

**H/ Avez-vous chiffré le nombre d'urgences traumatolo prise en charge en CA**

En 2017 : .....

En 2018 : .....

**I/Perspectives**

10/quels seraient vos besoins en CA pour des urgences « simples » (manques)

11/ Voyez-vous/ verriez vous un intérêt à cette organisation – coopération avec la CA et les urgences ?

12/ quels seraient/ sont les freins pour accueillir vos urgences traumatolo en CA ?

13/ quels seraient/sont les leviers pour accueillir vos urgences traumatolo en CA ?

**B/ LETTRE d'INTENTION**

Elisabeth GOETZ  
Cadre de santé  
Chirurgie Ambulatoire  
Tel : 0557820000  
Poste 72428  
[elisabeth.goetz@chu-bordeaux.fr](mailto:elisabeth.goetz@chu-bordeaux.fr)



À

Monsieur /Madame  
Coordonnateur  
De chirurgie ambulatoire  
CHU de :

Dans le cadre du diplôme inter universitaire de chirurgie ambulatoire, mon sujet de mémoire a pour sujet le processus de prise en charge des urgences traumatologique en chirurgie ambulatoire. Je mène une étude multicentrique sur les CHU, afin d'explorer les différentes stratégies mises en œuvre pour permettre cette prise en charge. Je vous remercie pour l'aide que vous pourrez me donner en remplissant le questionnaire ci-joint. L'analyse et la synthèse des réponses me permettra de mettre en lumière les modes d'organisation les plus courant mis en place. Vous pouvez m'adresser vos réponses dans l'enveloppe ci jointe ou me l'adresser par fax au : 05.56.79.98.35 Je souhaite procéder à l'analyse des réponses début juillet.

Dans l'attente de vos réponses, veuillez agréer, Monsieur, Madame, mes salutations respectueuses.

## Résumé

L'augmentation du nombre de séjours en hospitalisation ambulatoire est un objectif prioritaire de santé publique en France. La prise en charge des urgences traumatologiques peut y contribuer.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les organisations mises en place pour prendre en charge les urgences traumatologiques dans les CHU, et envisager une modélisation de cette organisation.

La méthode employée est une étude multicentrique des CHU au moyen d'un questionnaire, explorant les organisations pour le parcours patient de son entrée aux urgences jusqu'à son intervention en UCA.

16 CHU sur 32 ont répondu. La plus part des CHU ont une filière de prise en charge des urgences traumatologiques avec un parcours patient défini.

Différents points de vigilances ont été mis en lumière et sont à prendre en compte pour modéliser ce type d'organisation.

**Mots clés : chirurgie ambulatoire, urgences, organisation**