

L'AMBULATOIRE EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Je n'ai aucun conflit d'intérêt

DEFINITION DE L'AMBULATOIRE

- Le terme de « chirurgie ambulatoire » est défini par :
« des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant obligatoirement la sécurité d'un bloc opératoire, soit une anesthésie variable (anesthésie locale) suivie d'une surveillance post opératoire permettant, sans risque majoré, le retour à domicile le jour même »
- C'est donc une hospitalisation < 12 heures
- Différent d'un soin externe réalisé en consultation

POURQUOI L'AMBULATOIRE

Volonté gouvernementale et priorité nationale:

« Le développement de la chirurgie ambulatoire ou « virage ambulatoire » est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé. Il permet de recentrer l'hôpital sur les activités de soins et non plus sur l'hébergement, au bénéfice des patients et des équipes ».

(Source : Site de l'ARS)

POURQUOI L'AMBULATOIRE

Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc une priorité :

- **objectif : 6 interventions sur 10 d'ici 2020 (7 d'ici 2022)**
- actuellement, 4 interventions sur 10 sont réalisées en ambulatoire (vs 9/10 dans les pays anglo-saxons)
- avec un taux variant de 37,8% à 45,7% selon les régions.

PRÉ-REQUIS (1)

- Importance d'une unité dédiée avec des équipes médicales et paramédicales formées et entraînées à l'ambulatoire, et si possible le plus près possible de la salle de KT
- Etroite collaboration entre les différents acteurs (HDJ et service de cardiologie interventionnelle)
- Patient demandeur
- Disponibilité de lits d'aval+++

PRÉ-REQUIS (2)

- Screening rigoureux des patients
- Les critères d'exclusion doivent être respectés
- Voie d'abord adaptée
- La procédure doit être simple et non compliquée

CRITERES CLINIQUES D'EXCLUSION (1)

- ✓ Angor instable
- ✓ FEVG altérée
- ✓ Insuffisance cardiaque
- ✓ Insuffisance rénale sévère (clearance < 30 ml/mn)
- ✓ Patient multi tronculaires
- ✓ Lésion du tronc commun, lésions ostiales
- ✓ Accès radial impossible
- ✓ Patient diabétique

CRITERES CLINIQUES D'EXCLUSION (2)

- ✓ Procédure longue et complexe (CTO, Rotablator,,)
- ✓ Utilisation d'anti-GpIIb/IIIa,
- ✓ Flux TIMI final < 3,
- ✓ Dissection coronaire,
- ✓ Occlusion d'une branche collatérale significative,
- ✓ Douleur thoracique persistante en fin de procédure,
- ✓ Instabilité hémodynamique pendant la procédure,
- ✓ Trouble du rythme pendant la procédure

CRITERES SOCIAUX D'EXCLUSION

- ✓ Doute sur la compréhension du patient
- ✓ Domicile à plus d'1h de l'hôpital
- ✓ Patient vivant seul au domicile.

HISTORIQUE « MONDORIEN »

- En réponse à un projet d'établissement, l'hôpital de jour ouvre ses portes le 1^{er} septembre 2001.
- Réalisation des premières coronarographies ambulatoires en 2001.
- Réalisation des premières angioplasties ambulatoires en 2008.

EVALUATION SUR 12 ANS DE L'ATL AMBULATOIRE SUR MONDOR

Du 01/04/2007 au 31/03/2019 :

Environ 2800 patients « ambulatoires » ont bénéficiés d'1 ATL

☞ 66,5% ambulatoires purs

☞ 33,5% hospitalisés

⇒ 3,5% complications pendant la procédure

⇒ 3,0% complications entre 2 et 4 h post procédure

⇒ 27% sans complication majeure

↳ Décision médicale: longue procédure, surveillance de la fct rénale , fin de procedure au delà de 15h00...

↳ Raisons sociales: domicile >1h de l'hospital / seul à domicile/ doutes sur la compliance...)

EVENEMENTS PENDANT LA PROCEDURE

Dissection ou occlusion d'une branche secondaire

Hématome voie d'abord

Douleur thoracique

Tamponnade

Dissection branche principale

Epanchement péricardique

Troubles rythmiques

Fibrillation ventriculaire

Choc cardiogénique

EVENEMENTS PENDANT LA SURVEILLANCE EN HDJ

Douleur thoracique

Malaise vagal

Hématome

Modification ECG

Détresse respiratoire

ACR (1)

RESULTATS DU SUIVI A 24 H

Décès : %

Réhospitalisation : 2%

Autres raisons : 2%

Aucun:

Contrôle coronarographique

Complications de voie d'abord

Hémorragies

Aucune anomalie majeure sur le bilan biologique

ORGANISATION DE L'HDJ

- Situation: 8ème étage
- HDJ : capacité de 7 lits + 2 fauteuils
- Heures d'ouverture : 8h à 18h00
- Personnel :
 - 1 cardiologue référent
 - 2 infirmières
 - 1 secrétaire
- Patients hébergés : Coro/ATL (74%), suivi structurel (19%), rythmo (7%)

ORGANISATION DE LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

- Situation RDC
- 2 salles d'hémodynamiques
- 1 salle de rythmologie
- 1 salle partagée entre l'hémodynamiques et la rythmologie
- SSPI dédiée à la cardiologie interventionnelle, capacité 6 lits

ORGANISATION PARCOURS PATIENT PRE HOSPITALIER

- Information donnée au patient de l'existence du site :

www.hdjcardio.fr



Site de l'Hôpital de Jour
Cardio-Interventionnelle
de l'hôpital Henri Mondor

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

01 49 81 48 35

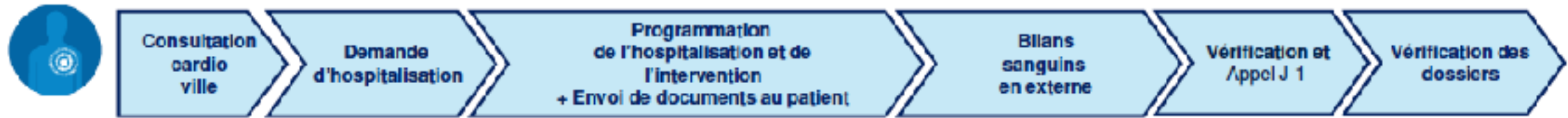
Présentation L'équipe Êtes-vous éligible ? Prise en charge Accès et Rendez-vous Témoignages Liens

« Premier Centre En France À Réaliser L'activité D'angioplastie Ambulatoire »

PARCOURS PATIENT

Pré-hospitalisation

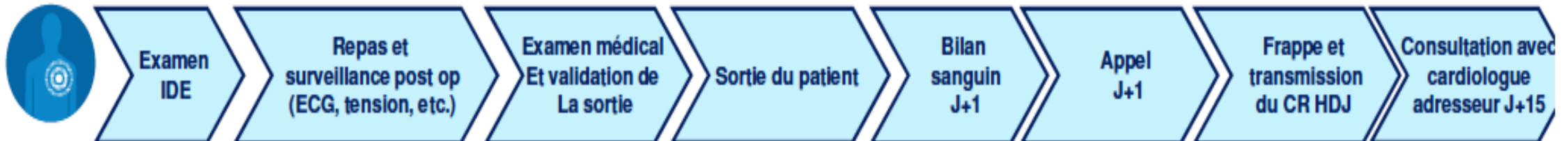
Les grandes étapes du parcours



Hospitalisation



Sortie et suivi post op



IMPACT MEDICO – ECONOMIQUE POUR L'ANGIOPLASTIE

Depuis l'arrêté du 22/02/2019 publié au JO le 28/02/2019 le GHM (*Endoprothèse vasculaire sans infarctus du myocarde*) a été revalorisé :

Ainsi depuis le 01/03/2019 :

05K06T (très courte durée de 0 à 2 nuitées maximum)

05K061 (hospitalisation traditionnelle niveau 1)

GHM 05K06T = GHM 05K061

👉 2216,94€ pour le public

👉 1714,81€ pour le privé

→ Mise en œuvre d'une politique incitative au développement de l'ambulatoire

Source : ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation) mars 2019

CONCLUSION

SECURITE, ECONOMIE, SATISFACTION

- ☞ Plusieurs études observationnelles ont confirmé l'innocuité de la stratégie de l'angioplastie ambulatoire pour les cardiopathies ischémiques stables
- ☞ *Pour les patients : plus de confort et de sécurité mais aussi demande de plus en plus forte*
- ☞ *Pour les équipes hospitalières : gain d'efficacité et optimisation des temps d'utilisation des infrastructures et des blocs*
- ☞ *Pour notre système de santé : une réduction des coûts*
La chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources, c'est donc un potentiel d'économies importantes.

Devrait être développée plus largement

CONCLUSION

Pour les procédures ambulatoires, l'information donnée est :

- ✓ plus facilement évaluable, plus répétitive et donc plus optimisée (chaque interlocuteur hospitalier va mesurer le niveau des connaissances du patient et réajuster au besoin)
- ✓ plus précise (80% des patients sont capables de s'organiser avant et après l'HDJ)
 - Ex : ils se feront raccompagner à leur domicile et ne seront pas seul la nuit suivant l'examen.
- ✓ plus ciblée (le patient sera autonome pour assurer sa surveillance. Il n'aura pas l'encadrement hospitalier)

Il faut une équipe médicale et paramédicale impliquée, ainsi qu'une organisation réfléchie et sans faille

5 6 7
JUN 2019



MERCI POUR VOTRE ATTENTION