

# RFE prise en charge du patient ambulatoire

*Jean-Marc Malinovsky*  
*DAR, Hôpital Maison Blanche*  
*Unité de Chirurgie Ambulatoire*  
*51092 CHU de Reims*  
*jmmalinovsky@chu-reims.fr*

# Nouvelles recommandations

- Actualisation des recommandations SFAR de 1990
- Volonté politique avec décisions institutionnelles fortes
  - Alignement des tarifs des 18 actes traceurs
  - Mise sous accord préalable
  - Décret 2010 relatif aux conditions de fonctionnement de l'activité chirurgicale
    - activité ambulatoire « obligatoire » pour agrément

# RFE : outil de...

- **Standardisation des pratiques**
  - de communication et de diffusion de l'information scientifique
  - d'amélioration de la qualité de prise en charge
- *Ce ne sont pas des normes administratives*
- *Ce ne sont pas des facteurs limitant l'exercice*

# RFE 2010

Questions	Experts
Définitions	M Raucoules-Aimé, G Bontemps
Critères d'éligibilités	S N'Guyen-Roux, M Maillet, B Coustets
Modalités de l'information	C Blery, N Dufeu, L Pain
Choix de la technique d'anesthésie	B Plaud, L Delaunay
Les suites opératoires	M Gentili, P Diemunsch, M Samama
La procédures de sortie	S N'Guyen-Roux, M Maillet
Coordination entre les acteurs et la continuité des soins	H Lehetet
Évaluation et gestion des risques	P Perrucho, C Gatecel
Spécificités liées à l'âge	J Bientz, A Guidat
Spécificités organisationnelles et spatiales	J Bataille, F Venutolo
Responsabilité de l'AR	ML Cittanova, JF Cerfon

# Méthodologie

- Recommandations formalisées d'experts
  - Classification des données selon la méthode Grade
  - Les avis d'experts lorsque les données scientifiques sont peu contributives
  - Cotation RAND/UCLA des propositions :

Vote	1 - 3	4 - 6	7 - 9
Médiane	Opposition	Indécision	Accord
Valeurs extrêmes Consensus fort	← Désaccord fort →		← Accord fort →
Valeurs extrêmes Consensus faible	← Désaccord faible →		← Accord faible →

- Il est recommandé – pas recommandé / possible – pas possible
- Pas de conflits d'intérêts

# Définitions de l'ambulatoire

- Sortie du patient le jour même de son admission sans nuit d'hébergement
- Conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire
- Sous anesthésie de mode variable
- Sans risque majoré pour le patient
- Respect des bonnes pratiques de l'anesthésie (décret « sécurité » 1994)
- *Pas de changement avec les RFE 1990*

# Les actes

- Accords forts :
  - Privilégier la prise en charge ambulatoire
  - La liste des actes est définie par les acteurs d'une même structure
- Accord faible
  - Pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire
- *Pas de listes exhaustives*
- *Anticipation des modifications des pratiques*

# Eligibilité

- Objectifs :
  - Limiter le risque d'hospitalisation non programmée et de réadmission en urgence
- Elle répond à un triptyque acte – patient – structure
  - Actes : type, durée et suites prévisibles
  - Patient : pathologies médicales, environnement psychosocial
  - Structure : permanence et continuité des soins
- *La compréhension est une CI relative*
- *Le kilométrage et la durée transport ne sont plus des critères d'exclusion*
- *Présence au domicile à apprécier selon la chirurgie*

# Recommandations d'éligibilité

- **Accord fort:**

- Analyse du rapport bénéfice / risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.
- Sélection des actes fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites prévisibles.

- **Accord faible :**

- Intégration des actes urgents :
  - Ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire
  - Garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.

# Eligibilité

- Accords forts :
  - ASA I, II et III stable
  - Assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient.
  - S'informer auprès du patient que le lieu de résidence post opératoire soit compatible à sa surveillance
  - Convention entre établissement pour la prise en charge d'une complication éventuelle.
  - S'assurer que le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers pour le retour.
- *Contre-indications médicales restent inchangées*
- *Les patients aidés pour la traduction suivent souvent mieux les recommandations*

# Information

- **Accords forts :**
  - Une information précoce et réitérée à chaque étape.
  - Une information concertée.
  - Consultation pré-anesthésique par un médecin AR connaissant les modalités de fonctionnement de l'UCA.
  - Information adaptée à la spécificité de l'anesthésie en ambulatoire :
    - Jeun et gestion des traitements
    - Exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie
    - Conditions de sortie et accompagnement par un tiers
    - Consignes post anesthésiques
    - Méthodes d'analgésie post opératoire
    - Recours en cas d'évènements non prévus
    - Accès à une information complémentaire avant et après son intervention.
- *Appliquer les règles modernes du jeun préopératoire*
- *Recours systématiques aux antalgiques et la prévention des NPO*

# Information pré-anesthésique

- **Accords forts :**

- Informer des effets secondaires sur les fonctions cognitives et la vigilance :
- Pendant les 12 premières heures postopératoires
- De la variabilité interindividuelle de ces effets et de leur durée.
- Les patients pratiquant la conduite automobile du groupe lourd ou machine nécessitant un haut niveau attentionnel que ces troubles de la vigilance peuvent persister quelques jours
- Pas d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie
- Information orale + un support écrit ou audiovisuel et d'en assurer sa traçabilité.
- Contact dans les jours qui précèdent

- **Accord faible :**

- Faire signer au patient le document expliquant les consignes ambulatoire (but pédagogique)

# Technique anesthésique

- **Accord fort :**
  - Établir des règles de jeûne préopératoire adaptées à la programmation opératoire
  - Tous les agents d'anesthésie générale
  - Privilégier les blocs périmerveux
- **Accords faibles :**
  - Formaliser les modalités de réalisation de la visite pré-anesthésique et d'en assurer la traçabilité.
  - Prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.
  - La rachianesthésie est possible mais il faut privilégier les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation

# Enfants

- Accords forts :
  - Les enfants de score ASA I, II et ASA III
  - Pour les autres cas, accord entre les opérateurs de l'UCA pour définir la liste des actes
    - Pour les enfants nés à terme :
      - Age > 3 mois sont éligibles
      - Age < 3 mois => accord anesthésistes/opérateur
    - Pour les enfants nés prématurés :
      - Age post conceptionnel > à 60 semaines d'aménorrhée
      - Accord anesthésistes/opérateur
  - Une information adaptée pour les parents et l'enfant.
    - Inclure le risque possible de report de l'intervention
    - Informer les parents de la nécessité d'un accompagnant qui ne soit pas le conducteur.
    - Au-delà de 10 ans, la présence du deuxième accompagnant n'est plus nécessaire

# Personnes âgées

- Accord forts :
  - Faire bénéficier aux personnes âgées > 75 ans d'une prise en charge ambulatoire
  - Diminution des déficits cognitifs postopératoires
    - Pas de technique d'anesthésie particulière
    - Éviter les benzodiazépines en préopératoire : augmentation de l'incidence des troubles du comportement postopératoire.

# Suites postopératoires

- **Accord fort :**

- Mettre en place une stratégie multimodale d'analgésie y compris au lieu de résidence
- Ordonnances d'antalgiques avec les horaires de prise systématiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé
- Formaliser l'organisation et le suivi des cathéters périnerveux en cas de leur utilisation
- Prescrire tout moyen non médicamenteux favorisant l'analgésie

- **Accord faible :**

- Remettre les ordonnances d'antalgiques dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie
- Expliquer la gestion de prise des analgésiques de «secours» dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.
- Utiliser les infiltrations et les blocs périphériques

# Préventions

- **MTE** : Pas de spécificité
  - **Accords forts** :
    - Prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie.
    - La durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à 5 jours et soit adaptée au cas par cas.
- **NVPO** : Pas de spécificité
  - Mettre en place un algorithme et évaluer le risque
  - Diminuer le risque de base par :
    - Une prévention de la déshydratation liée au jeun préopératoire
    - Le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes
  - **Accord fort** :
    - Stratégie multimodale pour les patients à haut risque
  - **Accord faible** :
    - Prévoir un traitement des NVPO survenant après la sortie...sous une forme galénique adaptée

# Sortie de l'UCA

- **Accord fort :**

- S'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie après un bloc péri médullaire
- Ne pas imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie
  
- Formaliser l'ensemble des modalités de sortie
- Rechercher une alternative pour le retour à domicile en l'absence imprévue d'accompagnant
- Avoir formaliser une procédure de « sortie contraire » à la pratique de l'ambulatoire

- **Accord faible :**

- Permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée d'un bloc périphérique :
  - De prendre des mesures de protection du membre endormi
  - D'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels ;
  - De prévoir une assistance à domicile.
- Ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie :
  - Après anesthésie générale ou bloc périphérique, en l'absence de facteur de risque
  - Ne pas attendre une miction, après une rachianesthésie, pour autoriser la sortie : estimer le volume vésical résiduel
- Utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre

# Continuité des soins

- Accord fort :
  - Organiser le partage de l'information
    - entre les acteurs de la structure
    - avec la médecine de ville.
  - Remettre au patient, à sa sortie, les documents nécessaires à la continuité des soins.
  - S'assurer que le processus du retour au lieu de résidence du patient est organisé.
  - Organiser avec la médecine de ville, le suivi du patient après sa sortie

# Gestion des risques en ambulatoire

- **Accords forts :**
  - Mettre en place une démarche qualité
  - Risque propre du patient du fait de son statut d'acteur direct :
    - dans les phases d'éligibilité,
    - de sortie,
    - et de suivi à domicile
  - Mettre en place une démarche d'analyse et de maîtrise des risques :
    - De l'activité de l'unité ambulatoire et de son évolution
    - De son organisation et de ses interfaces
  - Assurer le suivi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients après leur sortie
- **Accord faible :**
  - Définir des indicateurs d'analyse et de pilotage et établir des tableaux de bord de suivi de l'UCA

# Organisation de l'UCA

- **L'architecture**
  - L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient
  - Il n'y a pas de modèle, au sens architectural du terme
- **La programmation**
  - En fonction de la durée prévisible de surveillance
- **Accords forts :**
  - Le parcours du patient est fluide et maîtrisé
  - L'organisation optimise les flux
  - L'UCA maîtrise de sa propre organisation en ordonnant, contrôlant et dirigeant tous les flux : patients, informations, personnels, matériels

# Responsabilité du médecin AR

- L'autorisation de sortie :
  - est une décision médicale
  - authentifiée par la signature d'un médecin de la structure.
  - chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes.
- La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être
- **Accords forts :**
  - Remettre au patient un document écrit et de l'archiver
  - Vérifier le respect des consignes et d'assurer la traçabilité.
  - Écrire les modalités d'autorisation de sortie du patient au sein de la charte de fonctionnement.
- Un anesthésiste réanimateur doit pouvoir être joint en cas de survenue d'un évènement imprévu dans les suites immédiates et après la sortie du patient.

# Conclusions

- La recommandation de bonne pratique permet de passer à *une logique de responsabilité du patient ce qui se traduit par un service d'excellence qui conjugue :*
  - Satisfaction et confiance du patient
  - Amélioration de la productivité pour l'établissement
  - **Professionnalisation des médecins qui allie compétence** individuelle et capacité organisationnelle et relationnelle