

Rôle de l'anesthésiste réanimateur dans l'organisation en ambulatoire

Dr Hubert Le Hétêt

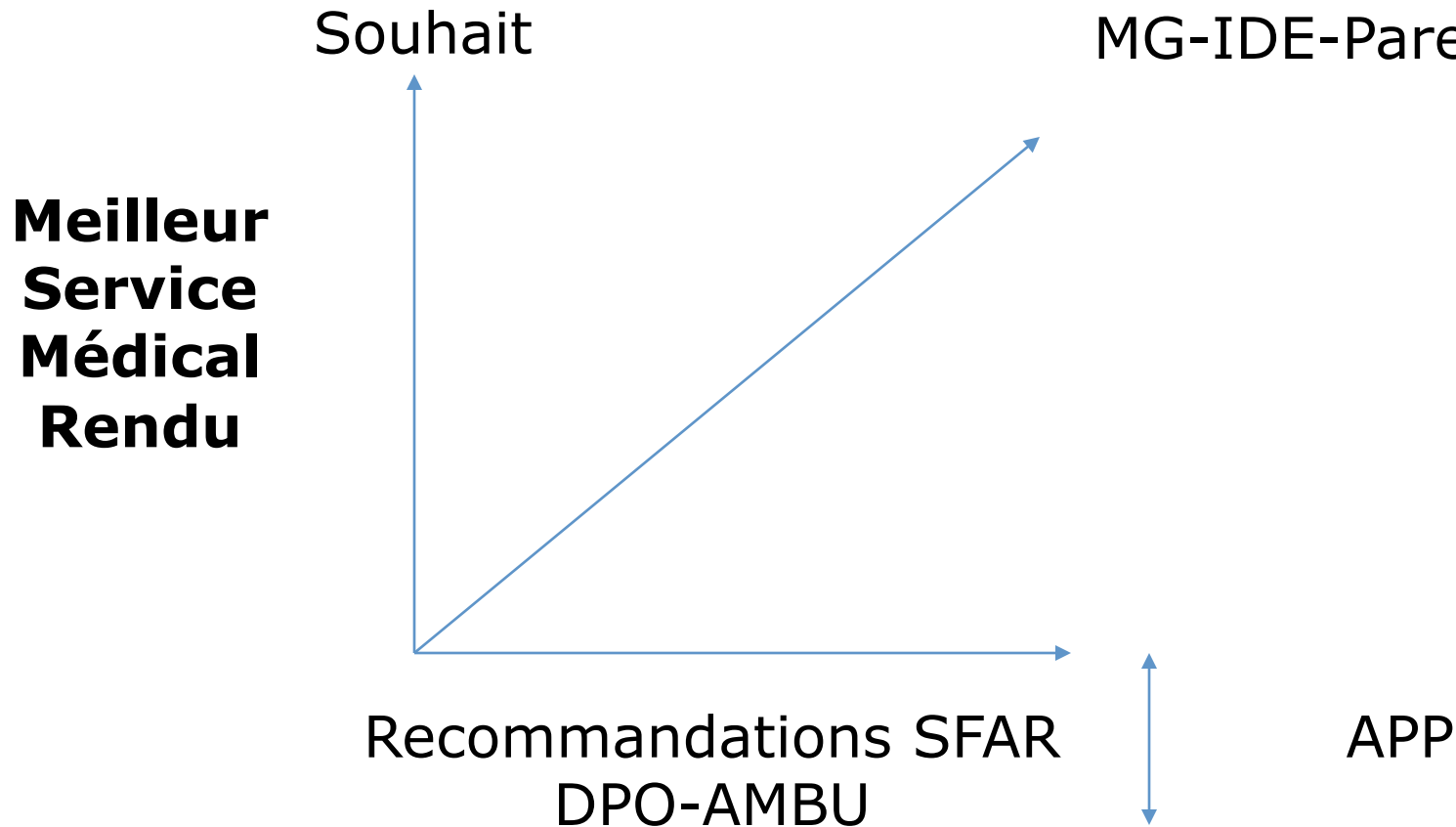
hublehetet@aol.com

Polyclinique Sévigné (Rennes)

Le triptyque : Patient-Acte-Structure

Le patient EBM

Environnement médico social :
MG-IDE-Parents



Définition de l'efficacité

Présence et mise en oeuvre **optimales** des **ressources** pour l'atteinte des résultats escomptés en **adaptation**, en **réadaptation** et en **intégration sociale**.

www.med.univ-rennes1.fr

Dictionnaire de la réadaptation tome 2

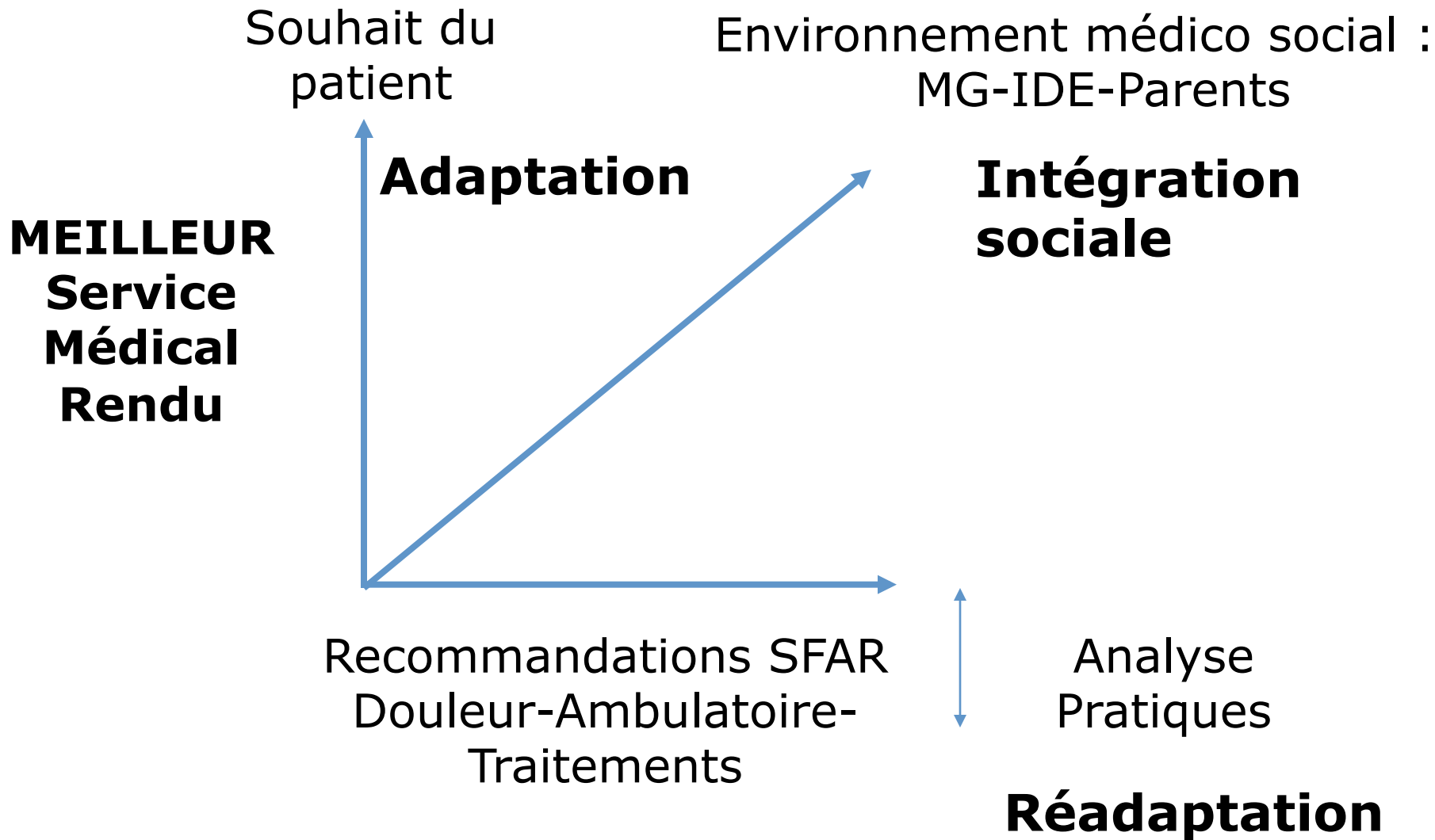
Bouin Maurice Bergeron Caroline

Les publications du Québec 1997



Respecter

Le patient EBM




Etat des lieux

Ambulatoire France ANAP 2010

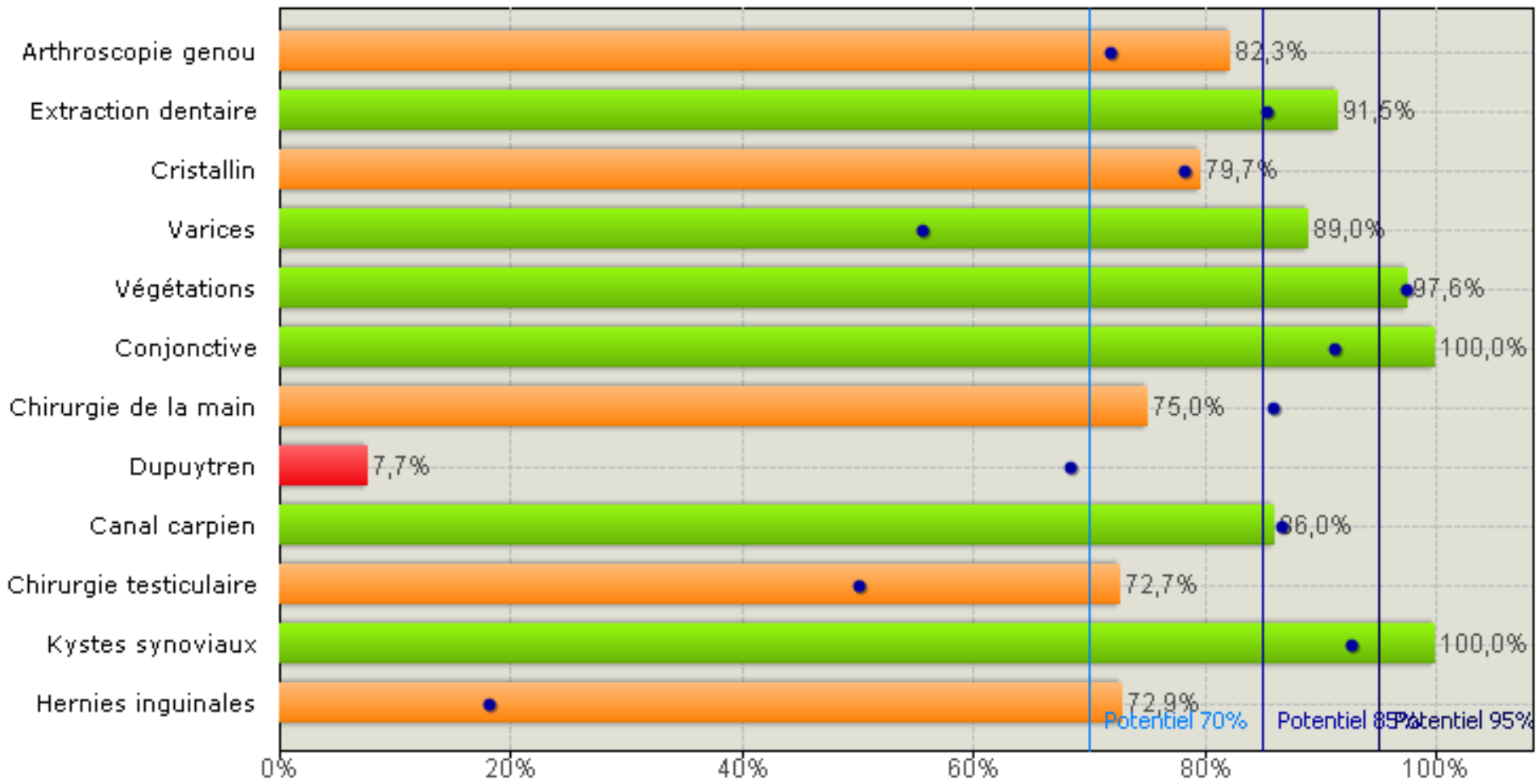
	Taux ambulatoire 1999	Taux ambulatoire 2008	Taux cibles
Cataractes	28	70	90
Varices	18	37	90
HI adultes	3	10	90
Coelioscopies gynéco	4	10	90

Ambulatoire février 2011

Polyclinique Sévigné

 Autres expressions

% Ambu 0 nuit

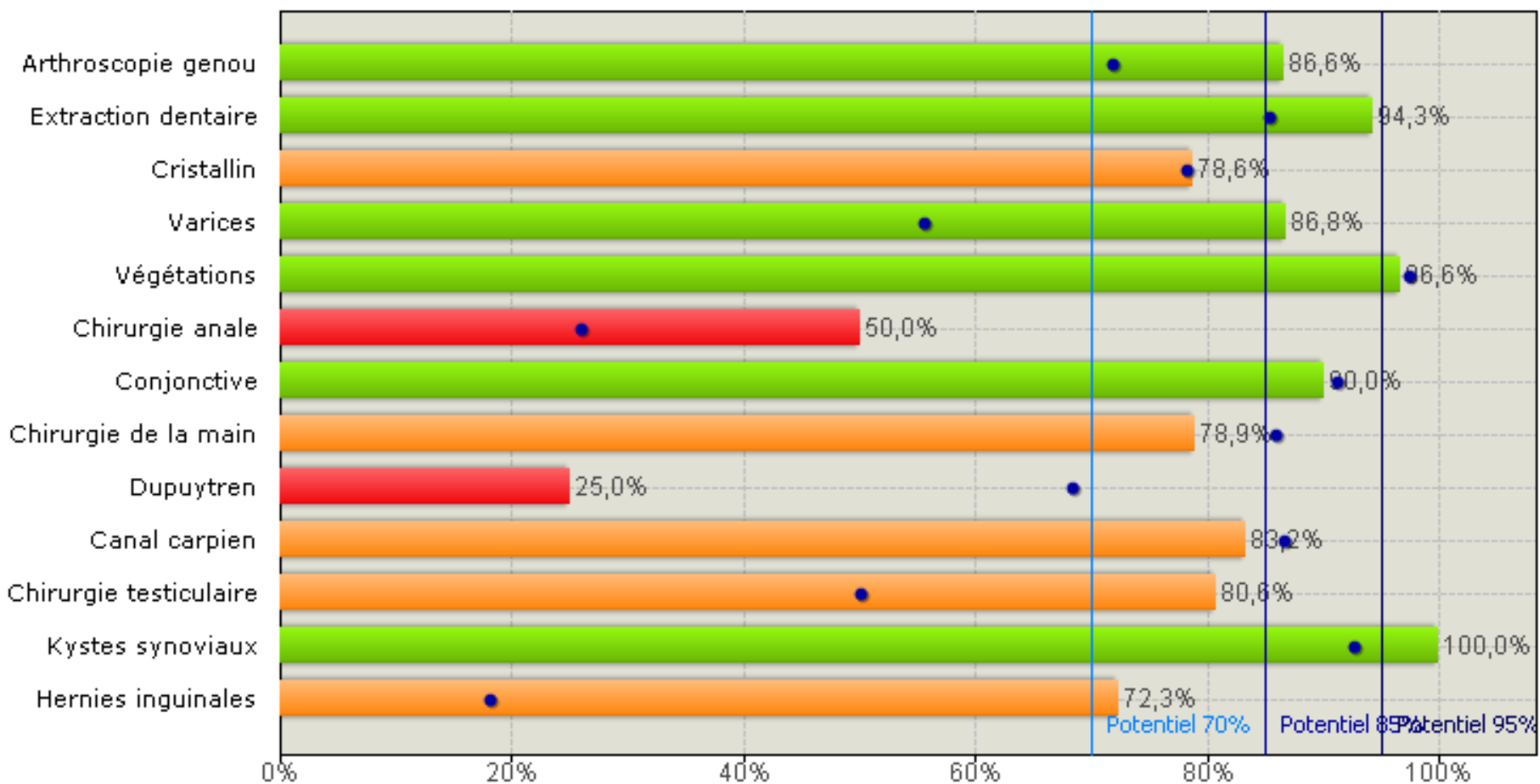


Ambulatoire mai 2011 Sévigné



Autres expressions

% Ambu 0 nuit



Efficiencce dès la CPA

Objectif : le SMR

Moyens :

Intégration des scores
SSPI-ES dans la CPA

Identification des freins

-par le scoring

(APFELL-EVA pré op)

-patient-terrain

(ASA-LEE-MET-NYHA)

-patient-traitements

-patient-rachianesthésie

Score d'Aldrete modifié (1990)

	Etat clinique	Score
Motricité	Immobile	0
	2 membres mobiles	1
	4 membres mobiles	2
Respiration	Apnée	0
	Ventilation superficielle, dyspnée	1
	Ventilation profonde, toux efficace	2
Variation PAS	Supérieure ou égale 50 %	0
	De 20 à 50 %	1
	Inférieure ou égale à 20	2
Conscience	Aréactif	0
	Réactif à la demande	1
	Réveillé	2
Coloration	Cyanosé	0
	Pâle, grisâtre	1
	Normale	2
SpO2	SpO2 < 90% avec O2	0
	SpO2 > 90% avec O2	1
	SpO2 > 92 % en air ambiant	2

FC et PA doivent être stables et en accord avec l'âge et l'état du patient préopératoire		
- V° < 20% du niveau préopératoire		2
- V° 20%-40%		1
- V° > 40%		0
Déambulation		
Le patient doit être capable de marcher comme en préopératoire		
- Démarche stable, sans étourdissements		2
- Marche avec aide		1
- Marche impossible		0
NVPO		
Le patient ne doit pas avoir de NVPO avant sa sortie		
- Minimales		2
- Modérées		1
- Sévères		0
Douleurs		
La douleur doit être contrôlable par les antalgiques oraux		
- Oui		2
- Non		1
Saignement		
Le saignement doit être celui attendu pour la procédure chirurgicale réalisée		
- Minime		2
- Modéré		1
- Sévère		0

Score PADSS Curr Opin Anaesthesiol

1997

En amont de l'entrée du patient

En amont de l'entrée du patient

Rôle

À la CPA : **Adaptation au souhait-Scoring**

Informier le patient: jeun adapté, gestion des traitements personnels, conditions de sortie

Recueillir les critères d'éligibilité médicaux, chirurgicaux, psycho sociaux, environnementaux

Donner les ordonnances antalgiques de sortie (PRT CLUDI)

Récupérer les résultats d'examens complémentaires

Informier le MG (fiches praticiens), l'IDE à domicile (KT)

Vis-à-vis du chirurgien

- CRO – ordonnances de soins (drainage)

- Diffuser la RFE

- Intégration RFE dans la charte de bloc

Préparer la VPA la veille (impact sur la sortie)

- Adéquation indication ARE (AG-ALR) et programme opératoire

- Vérifier pré médication +/- antalgiques pré op

Organiser un contact avec le patient

- Appel téléphonique (suivi observance)

A l'arrivée du patient

A l'arrivée du patient

S'adapter aux arrivées sériées (étalement des entrées)

Visites pré anesthésiques pouvant être proches de l'intervention

Anticiper la prise en charge en fonction du type d'anesthésie

Au bloc opératoire

Au bloc opératoire

Techniques d'anesthésie

ALR/ infiltrations à développer +/- AG (RFE)

Apport de l'ALR écho guidée (hernies inguinales)

AL en stomatologie

Rachianesthésie faible dose adjuvants liposolubles

AG: « one way »

Normothermie

Prévention d'hyperalgésie (kétamine)

Prévention NVPO (scoring Apfel, N2O?)

Prévention douleur: antalgiques per op, protocoles
CLUDI

Fast tracking

Retour service ambulatoire

Retour service ambulatoire

Tester les antalgiques (enfants)

Établir un scoring interne de sortie (RFE ambulatoire)
(sur la base du PADSS)

Pas d'exigence de miction (sous réserve d'examen clinique sur les rachi anesthésies +/- examen ultrasonique)

Préciser la reprise d'alimentation (non imposée)

Signer la sortie (ARE ou CHIR)

Lien avec la ville
Intégration sociale

Lien avec la ville

Organiser un contact avec le patient

Appel téléphonique

Questionnaire patient

IDE-Consultation MG (réseau ambulatoire)

Évaluer la pratique
Réadaptation

Évaluer la pratique

Objectif

EPP- Certification établissement
Améliorer l'organisation

Moyens

Patient

Absence de sortie

Indicateurs qualité post-opératoire (EVA, NVPO, satisfaction patient)

Indicateurs risque (complications, saignement, problème posés, personne ressource, solution apportée, taux de résolution problème)

Taux de réhospitalisation

Évaluer la pratique

Moyens

Médecin généraliste / IDE ville

Indicateurs qualité de prise en charge

Gestion de risque

Satisfaction professionnels de santé

www.urml-centre.org(enquête ambu MG 2004)

Structure

Compagnonnage

Mots clés

Acte médical : CPA-SCORING

RFE ambulatoire SFAR 2009

Organisation centrée sur le patient

Dynamique d'équipe pluriprofessionnelle

Service médical rendu