

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

Dr Hubert Le Hétêt

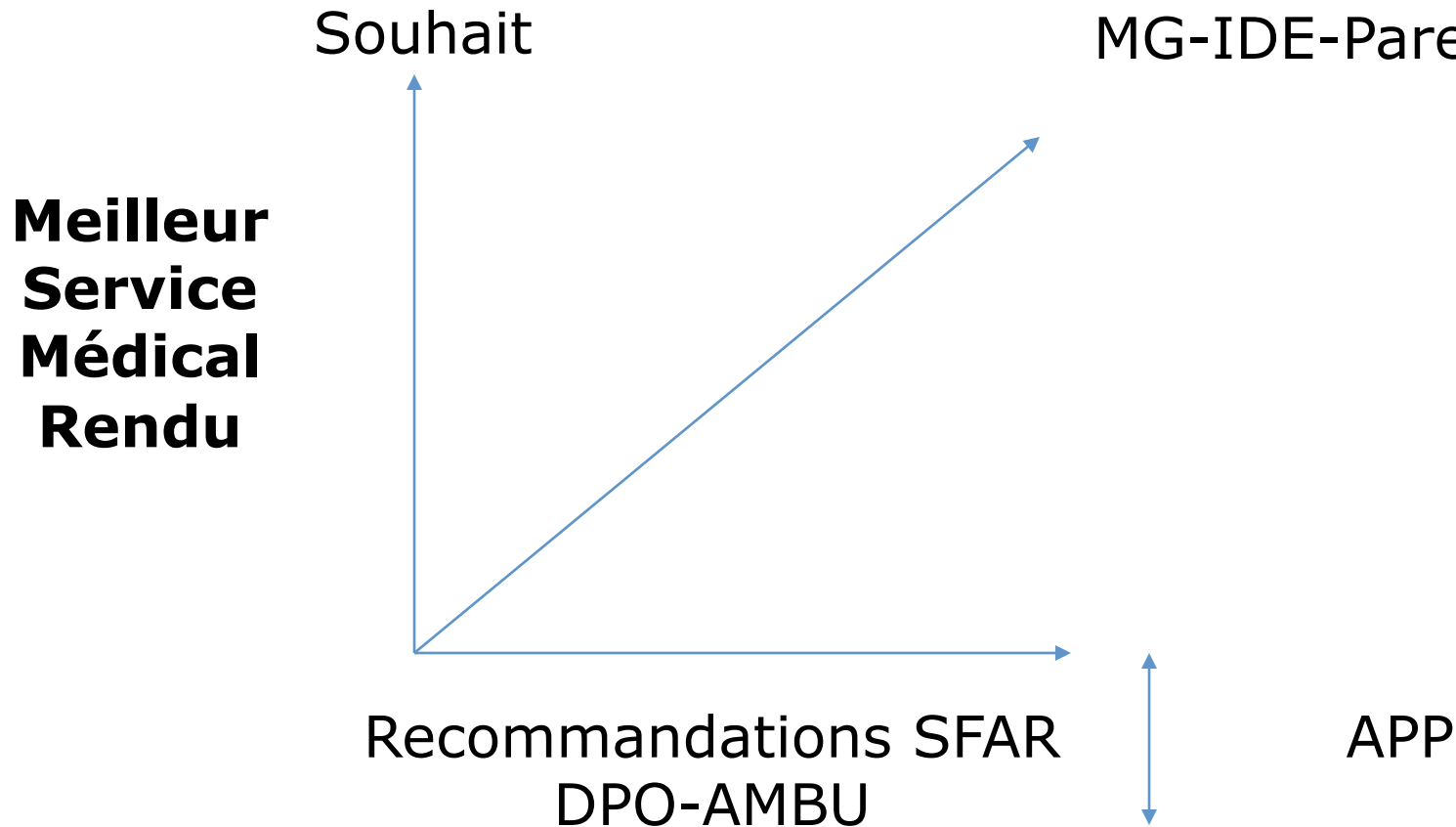
[hublehetet@aol.com](mailto:hublehetet@aol.com)

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](http://www.med.univ-rennes1.fr)

Dictionnaire de la réadaptation tome 2

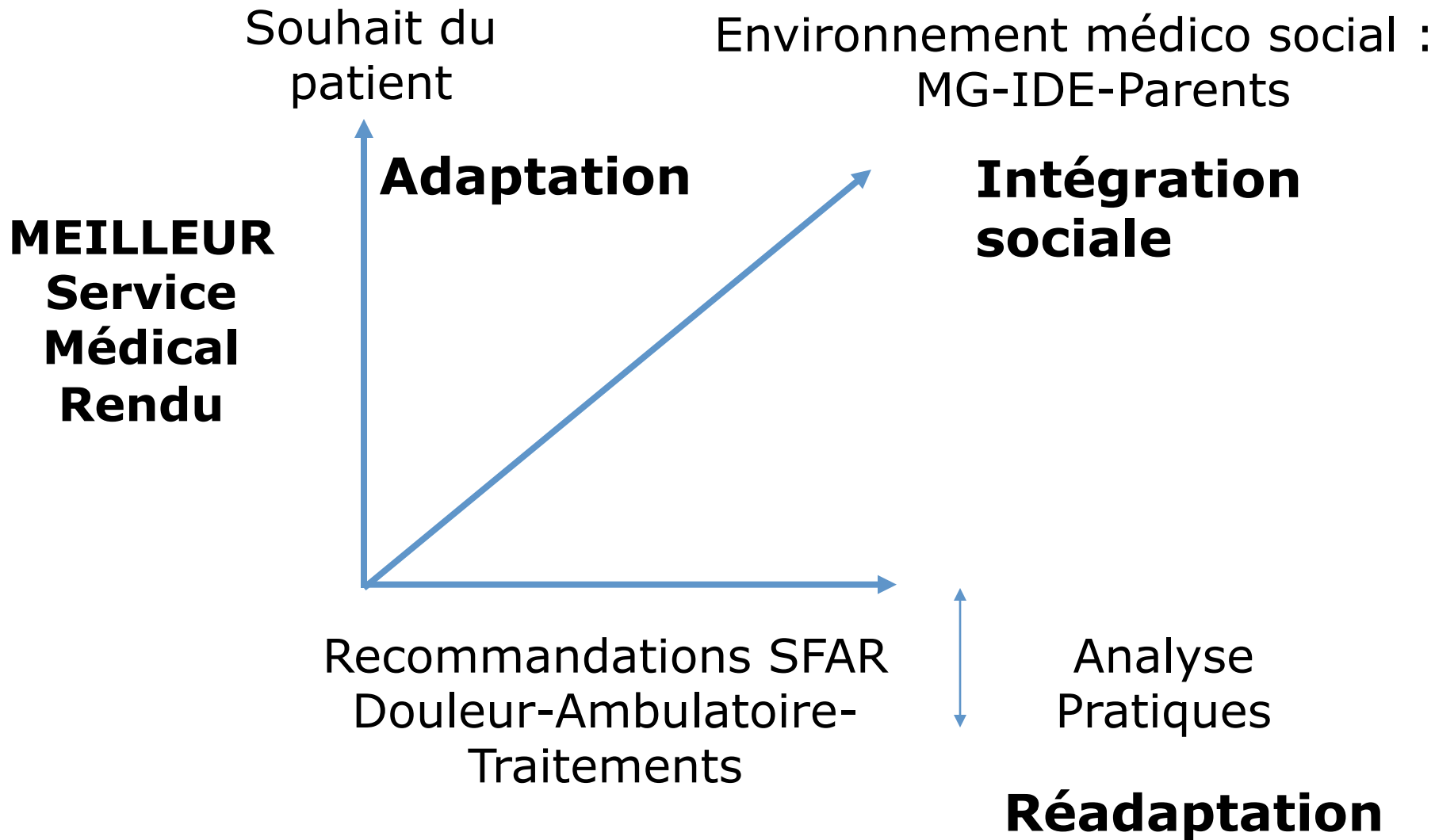
Bouin Maurice Bergeron Caroline

Les publications du Québec 1997



# Respecter

## Le patient EBM



Etat des lieux

# Ambulatoire France ANAP 2010

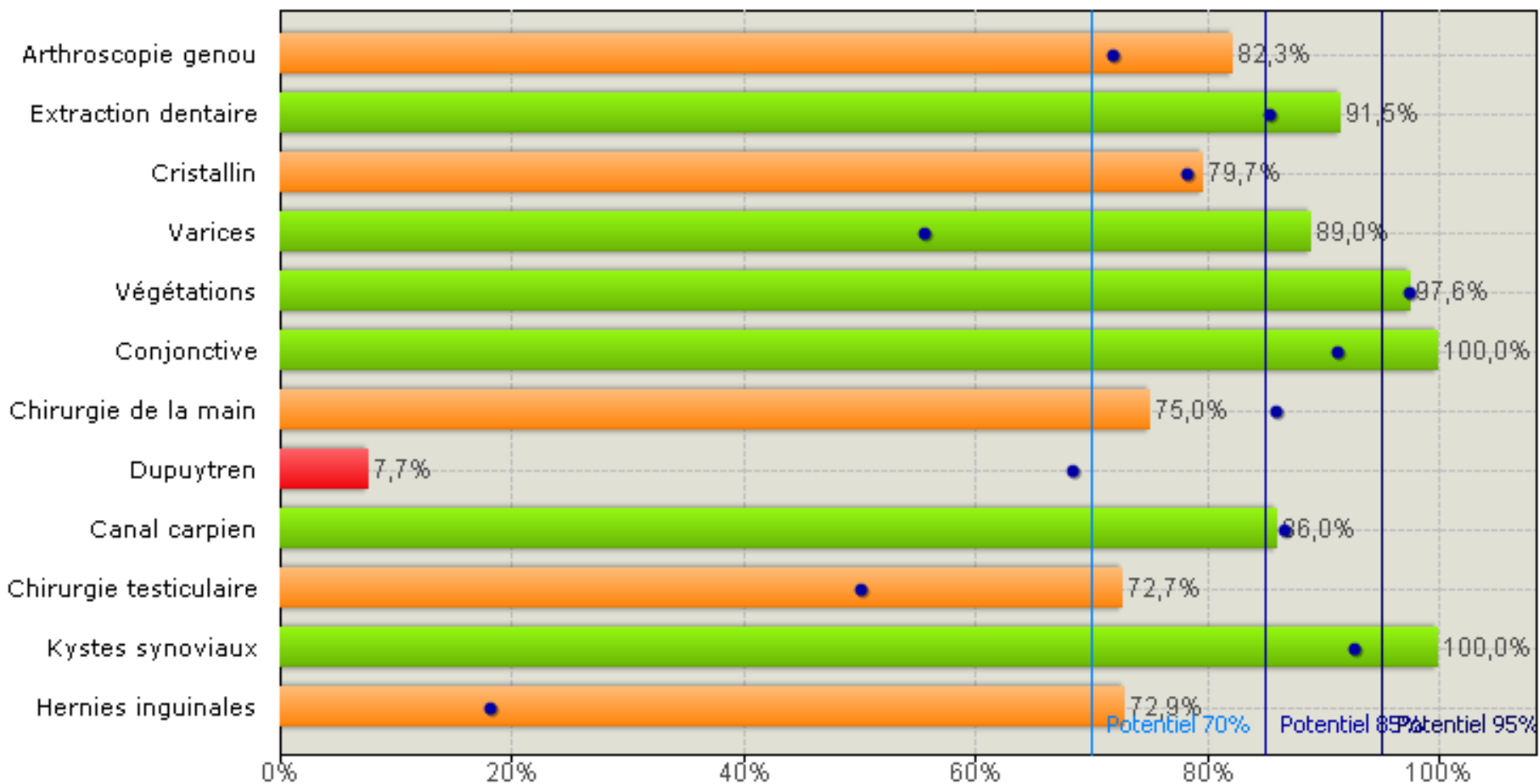
	Taux ambulatoire 1999	Taux ambulatoire 2008	Taux cibles
Cataractes	28	70	90
Varices	18	37	90
HI adultes	3	10	90
Coelioscopies gynéco	4	10	90

# Ambulatoire février 2011

## Polyclinique Sévigné

 Autres expressions

% Ambu 0 nuit

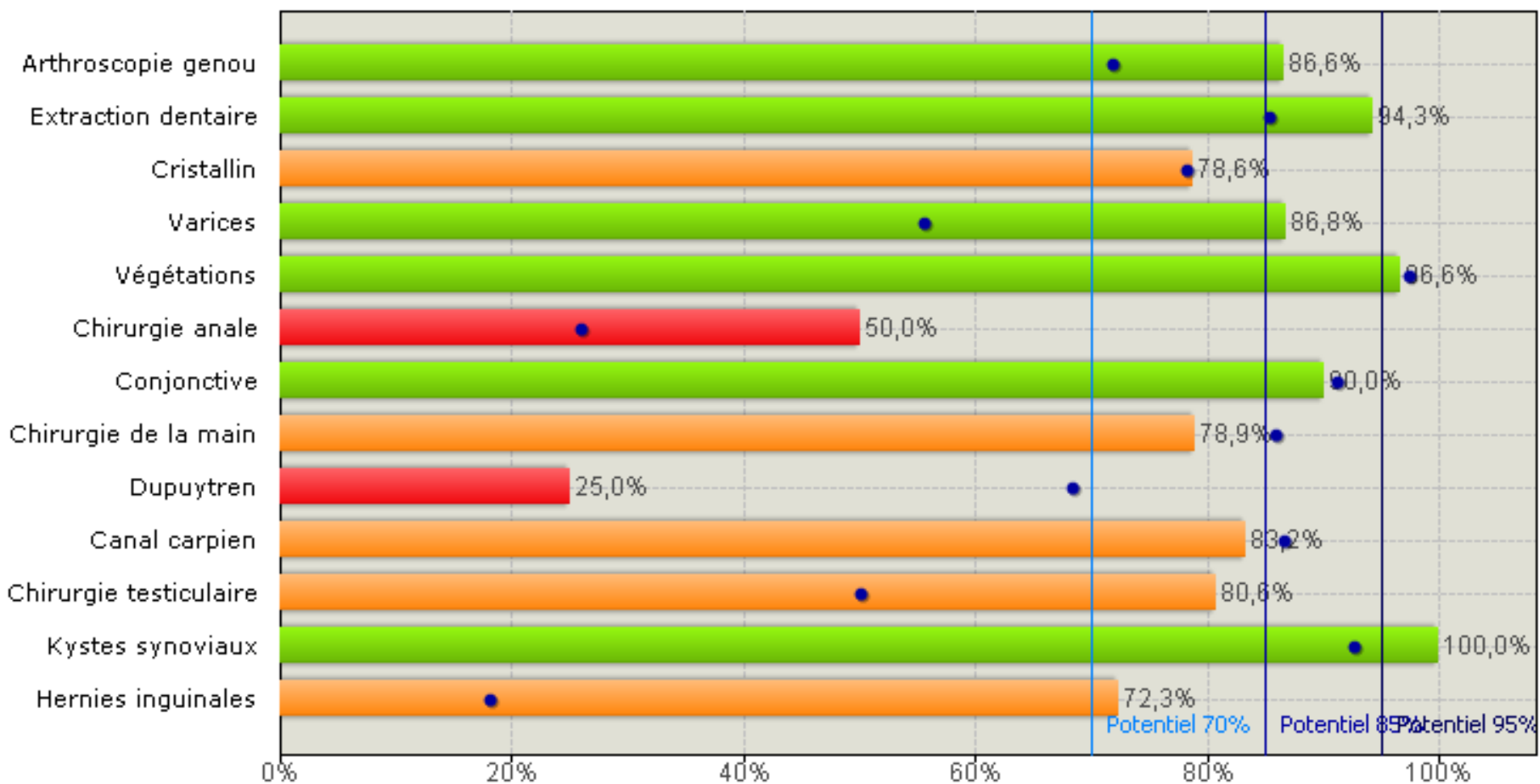


# Ambulatoire mai 2011 Sévigné



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
<b>Déambulation</b>		
Le patient doit être capable de marcher comme en préopératoire		
- Démarche stable, sans étourdissements		2
- Marche avec aide		1
- Marche impossible		0
<b>NVPO</b>		
Le patient ne doit pas avoir de NVPO avant sa sortie		
- Minimales		2
- Modérées		1
- Sévères		0
<b>Douleurs</b>		
La douleur doit être contrôlable par les antalgiques oraux		
- Oui		2
- Non		1
<b>Saignement</b>		
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**

Informer 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

Informer 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](http://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