

CENTRE HOSPITALIER FRANCIS ROBERT – Ancenis

**Journée de la Commission
de Soins Infirmiers et de
Rééducation Médico-
Technique**

15 Novembre 2011



Centre Hospitalier Francis Robert - Ancenis

Unité de Chirurgie Ambulatoire

Participantes : JEANIN Gisèle (IDE), REDUREAU M. Annick (AS),
ELKALFHI Ilham (AS)



Centre Hospitalier Francis Robert - Ancenis

Généralités – La Chirurgie Ambulatoire en France

La Chirurgie Ambulatoire permet au patient de sortir de l'hôpital le jour de son admission suite à une intervention chirurgicale.

Dans les années 70, 3 pays encouragent cette pratique : USA, Canada, Grande Bretagne.

En France, il existe un développement tardif qui date du début des années 90.

Aujourd'hui, 20 % des interventions seulement sont réalisées en Chirurgie Ambulatoire contre 50 % aux Etats-Unis



Et pourtant que des avantages pour le patient ...

- Un risque d'infection nosocomiale réduit (brièveté du séjour qui diminue le risque de contracter une infection)
- Une réduction des complications thromboemboliques (phlébites car l'alitement est nul)
- Une diminution de l'incapacité post opératoire avec une réinsertion familiale, sociale et professionnelle rapide
- Un mieux être psychologique : dédramatisation de l'acte opératoire, réduction du stress et responsabilisation du patient



Définition d'une Structure Ambulatoire

Les structures pratiquant l'Anesthésie ou la Chirurgie Ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre la résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie et le recours à un secteur opératoire selon le décret n°92.2202, article R.712.2.1 du 2 octobre 1992 du Code de la Santé Publique.



Présentation de l'unité de Chirurgie Ambulatoire du Centre Hospitalier d'Ancenis

- 4 places réparties sur 2 chambres.
- Un personnel dédié sur l'UCA qui est ouverte de 7h à 19h et du Lundi au Vendredi (IDE, AS et ASH)



Quelles spécialités peuvent être prises en charge sur Ancenis :

- L'ORL (Paracentèse, Adénoïdectomie (végétations), Pose de drains transtympaniques)
- L'Ophtalmologie (Cataractes)
- La Gynécologie (Hystéroscopie, curetage pour fausse couche)
- La Traumatologie (Fracture de doigt, poignet)
- Le Viscérale (Hernie Inguinale avec ou sans coelioscopie)



Suite des Spécialités :

- Le Vasculaire (Ablation de varices)
- L'Endoscopie (Fibroscopie, Coloscopie)
- Les Vacations CPEF (IVG sous AG)
- La Chirurgie Dentaire (Ablation des dents de sagesse) **Nouvelle Spécialité depuis Septembre 2011**
- Les Urgences insérées dans le programme qui peuvent être faites en Chirurgie Ambulatoire



Prise en charge du patient dans le circuit de Chirurgie Ambulatoire

- C'est à la consultation avec le chirurgien qu'il est proposé au patient de rentrer dans le circuit de chirurgie ambulatoire.
- Des documents sont remis au patient avec un RDV d'anesthésie et la fiche explicative pour la préparation cutanée.
- C'est l'Anesthésiste qui valide la prise en charge dans un circuit de Chirurgie Ambulatoire en s'assurant que toutes les conditions soient requises.
- Les patients passent en SSPI(salle de soins post interventionnelle) quelques heures après une AG ou une ALR(type rachi)
- Sortie de SSPI après décision de l'anesthésiste
- Le chirurgien passe voir le patient avant la sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire.
- Au final, la sortie est validée par l'anesthésiste



Quelles sont les conditions requises pour être admis dans le circuit de la Chirurgie Ambulatoire ?

Recommandations de la SFAR

(Société Française d'Anesthésie et Réanimation)

- Les actes de courte durée (1h30 à faible risque)
- Accompagné à sa sortie et lors de la première nuit post opératoire
- Accès rapide à un téléphone
- Parfaite compréhension des modalités d'hospitalisation et des prescriptions médicales
- Ne pas habiter à plus *d'une heure* de l'établissement
- Ne pas avoir de pathologie lourde ou déséquilibrée



Rôle de l'IDE la veille de l'intervention

- En fonction de la programmation faite par la chef de BO, les patients sont appelés par l'IDE d'ambulatoire la veille
- Sont précisées : l'heure attendue du patient et le lieu(1^{er} étage service de chirurgie), les recommandations (a jeun, douche Bétadine, s'assure qu'il sera accompagné à la sortie et pas seul à domicile)
- Préparation du dossier infirmier patient



Rôle de l'IDE le jour de l'intervention

- Accueil du patient selon l'heure donnée au téléphone
- Présentation de sa chambre, dernières recommandations faites par l'agent qui l'accueille (IDE ou AS).
- Préparation du patient avant le départ au bloc opératoire : tonte, douche antiseptique, perfusion, charlotte et surchaussures, bracelet d'identité posé.
- Contrôle ultime du dossier de soins infirmiers
- La fiche de liaison service/BO est remplie : allergie, lésion cutanée (psoriasis), rasage, autorisation d'opérer pour les mineurs, mesure d'isolement, côté à opérer vérifié.
- Départ au BO dès 8h pour le 1^{er} patient puis selon appel de l'IDE de réveil pour les suivants.



Le rôle de l'IDE et l'AS au retour du Bloc Opératoire

- Retour en chambre et installation du patient en collaboration avec l'AS ou l'ASH
 - Prise des constantes : pouls, TA, Sao2,
 - Evaluation de la douleur selon l'échelle numérique,
 - Evaluation les pertes sanguines (état du pansement, pertes sanguines)
 - En cas de rachi anesthésie, l'IDE évalue la mobilité et la sensibilité des Membres Inférieurs
 - En cas de pose de résine sur un Membre Supérieur, l'IDE évalue la chaleur et la mobilité des extrémités et les œdèmes
 - Sonnette à disposition du patient, installation non douloureuse, haricot à proximité en cas de nausées



Suite du rôle de l'IDE et l'AS

- Surveillance régulière du patient jusqu'à la sortie.
- L'IDE prévient la famille du retour dans la chambre et de l'heure éventuelle de la sortie



Rôle de l'IDE pour la sortie du patient

- l'IDE assure le premier lever du patient avant l'ablation de la perfusion.
- Les papiers de sortie sont remis et expliqués par l'IDE : ordonnances pour antalgiques, arrêt de travail, fiches de conduite à tenir au regard de l'intervention avec un n° à appeler en cas de complications : l'UCA jusqu'à 19h puis les urgences.
- Passage à l'accueil obligatoire du patient pour un bulletin de situation.



Le rôle de l'ASH

- Avant la sortie ,une collation est servie au patient : Choix laissé au patient tel que : potage, petit déjeuner complet (café noir ou lait, thé ou chocolat), yaourt, biscuit, pain ou biscotte
- Il est rappelé au patient l'importance de remplir le questionnaire de sortie pour évaluer sa satisfaction



Le rôle de l'ASH au départ du patient

- Nettoyage et désinfection du brancard, du mobilier, du cabinet de toilettes et du sol.
- Réfection du brancard en vue d'un nouveau patient et préparer une chemise d'opéré, Evian, bassin urinal, haricot.
- Recueillir le Questionnaire de satisfaction rempli et le transmettre à la cadre du service



Le rôle de l'IDE le lendemain de l'intervention

- Appel du patient le lendemain de l'intervention afin de connaître le déroulement de la première nuit
 - Comment s'est passée la première nuit ?
 - Evaluation de la douleur au cours de la nuit
 - Efficacité des traitements anti douleur
 - Si c'était à refaire, est ce que vous renouvellez le choix de l'ambulatoire
- Toutes ces indicateurs sont saisies au niveau d'un tableau de bord afin de progresser dans la satisfaction de la prise en charge des patients en ambulatoire



« D'ici la fin de ce siècle, la question ne sera plus de savoir si le patient est susceptible d'être pris en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète, mais bien plutôt de savoir s'il justifie d'une quelconque indication pour une prise en charge avec séjour à l'hôpital ».

Propos tenus par Bernard W. WETCHLER en 1993

Extrait de la Préface du Docteur Jacques Giordan, président de l'Association française de chirurgie ambulatoire, Juillet 2007

