

I'AMBULATOIRE

Le point de vue du Chirurgien

Dr Michel BRAX
C.H. HAGUENAU

La Clé de l'AMBU = la RAAC

- Nouer une CONFIANCE ETROITE entre
 - Le PATIENT
 - Le CHIRURGIEN
 - L'ANESTHESISTE



Sur un parcours de soins Très SPECIFIQUE
PERSONNALISE ?

D'abord se convaincre soi même

Convaincre au moins un des anesthésistes

Ensemble convaincre le reste de l'équipe

Mettre en place une méthode qui va évoluer progressivement avec la participation active de
tous les acteurs



Le CHIRURGIEN en Préopératoire

- INFORMER le patient en détail du déroulement de l'OP
- => le rassurer
 - Le responsabiliser
 - L'aider à se projeter dans l'événement à venir
 - Gagner sa confiance
- => Prendre le TEMPS nécessaire
 - Lui donner envie de s'investir, le motiver
 - Démystifier l'acte prévu en visant l'objectif final
 - Information SANS TABOU (dire TOUT)
 - Argumenter les avantages de l'Ambu en sa faveur (meilleure surveillance, meilleures conditions, meilleure AutoRF)
 - surtout l'aspect économique en dernier sans l'occulter
- **POUSSER LE PATIENT A DEVENIR ACTEUR PRINCIPAL DE SON OPERATION**



En Peropérateur

- Privilégier un anesthésiant à élimination rapide
- Associer un analgésique Local pour diminuer les douleurs postopératoires (Analgésie Multimodale)
- Booster par un bolus Dexamethasone (attention aux inconvénients)



Mais qu'en est il du geste chir?

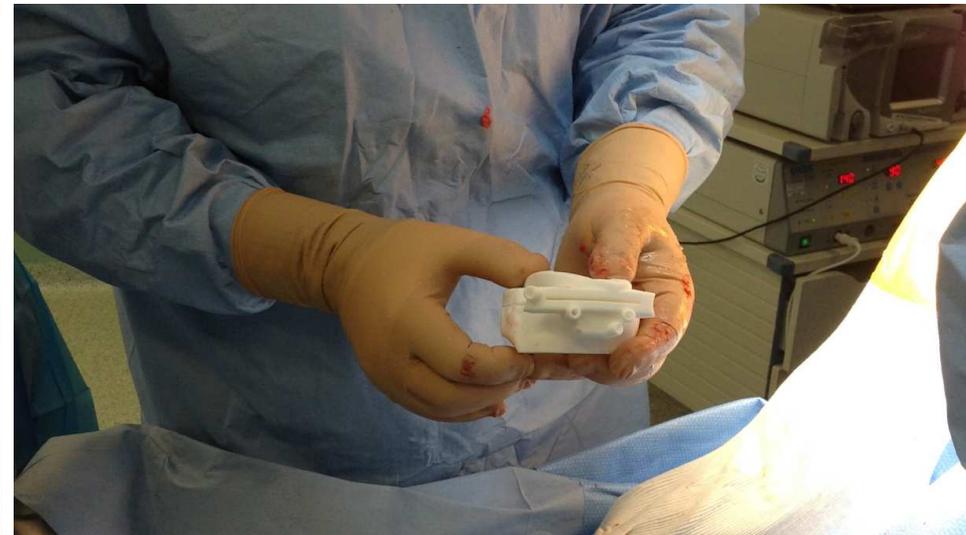
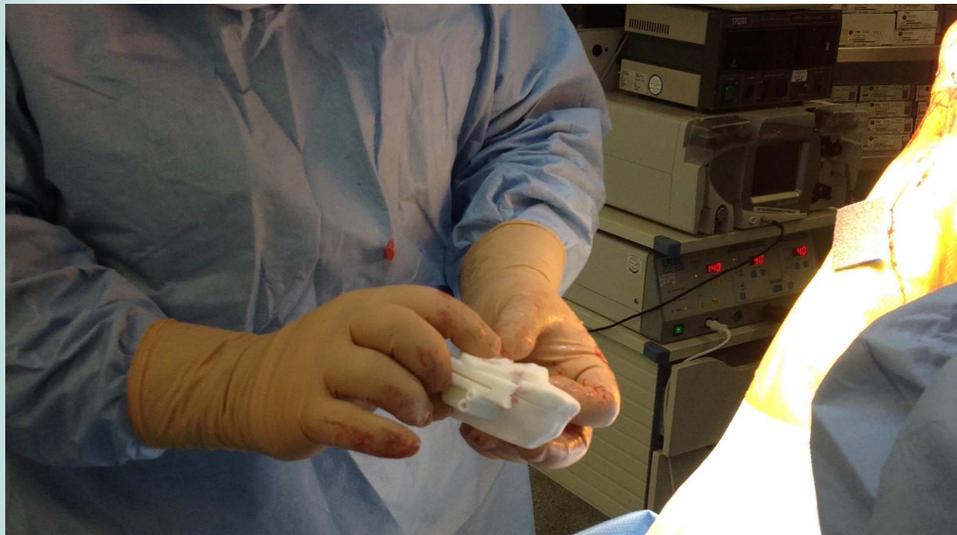


- « on s'en fout » !!!???
- Place du garrot? (PTG + Garrot = PTG ss Garrot?) Pertes sanguines? Durée? HEMOSTASE !!!!
- Influence voie d'abord? (probablement Non, PTH?)
- Temps opératoire ? (Pas Vraiment)
- Est ce qu'une PTG rapide fait moins mal qu'une lente et longue?
- Geste simple ou chantier délabrant? (Chir Reprise en Ambu ss problème!!!)
- DRAINAGE ? NON !!! (pertes sanguines, risques infectieux, dépendance etc)
- Peut on contrôler l'ampleur des phénomènes inflammatoires?
- Les douleurs sont elles proportionnelles aux phénomènes inflammatoires? Donc à l'importance et à la durée du geste chirurgical? (Rôle chir + RAAC > information et injection dans le cadre d'une analgésie multimodale)
- Contrôler l'hémostase autant que possible glaçage sans excès, attelles cryogéniques (Igloo, Icenov, Game ready) compression bas et position (PTH)



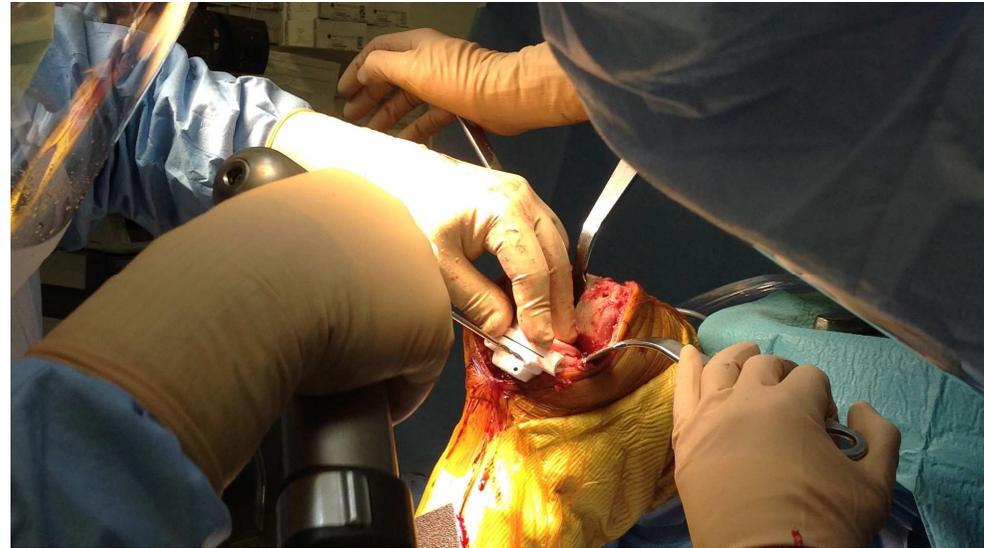
Qu'en est il de la qualité de l'op?

- Ne pas oublier la qualité de pose (3D pour ptg Stabilité pour pth)
- Pose classique = rapide et fiable mais chir dépendant
- Navigation = sécurité supplémentaire mais chronophage (suites plus difficiles?)
- Guides de coupe = Avantages



Guides de coupe et RAAC

- Avantages
 - Préparation préop (Planification 3D efficace)
 - Reproduction perop fiable (trucs et astuces)
 - Gain de temps op (cas difficiles, navigation, Obèses, expérience limitée)
 - Résultats postop en voie d'évaluation
 - **Impact subjectif sur le patient et son attitude en postop immédiat**



Postopératoire = LIBERTE

- J0
 - % perfusion (à la sortie de SSPI)
 - Réalimentation rapide
 - Sortir du lit
 - Antalgiques PO (éviter les nausées vomissements)
 - Le MOUVEMENT = Meilleur antalgique ???
 - Informer et prévenir l'effet REBOND
- Critères de sortie
 - Objectifs(autonomie + douleur + escalier)
 - Subjectifs (patient demandeur ou au moins consentent de sortir)
- PEC à Domicile
 - Surveillance à distance et programmée (**DIGIKARE**)
 - Possibilité de contacter quelqu'un au besoin
 - Appel téléphonique systématique J1 + J7 (**IDE Coordinatrice**)



Point de Vue du CHIR ? => PEC Pluridisciplinaire

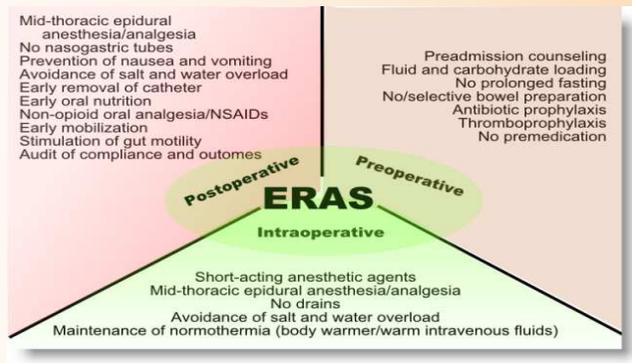
- Chirurgien
- Anesthésiste
- Personnel Infirmier
- Kinésithérapeute
- Secrétaires
- MT
- Diététicienne
- Etc



Conclusion = COMBINAISON de Mesures

- Information détaillée (**ORALE**, document, modèles virtuels, [Plateformes Digitales](#), etc.)
- Jeune préop limité
- Prévention de l'hypothermie
- Analgésie multimodale au plus proche de la source
- Utilisation très limitée de Drains, sondage, etc.
- Mobilisation immédiate dès le réveil
- Sortie SSPI SANS Perfusion, en fauteuil ou assis
- RX postop avant de regagner le service
- Réalimentation précoce mais par étape (nausées)
- Premier Lever doux (hTA)
- Autonomisation accélérée et autoriser la sortie





RAAC: du modèle à la personnalisation

Chirurgie orthopédique du CHH

Phase pré-hospitalisation : RAAC chirurgie orthopédique					
Activités	Consultation chirurgicale	Consultation pré-anesthésique	Consultation IDEC	Séance d'information pluridisciplinaire	Appel Consignes J1
Qui ?	Chirurgien Secrétaire (AMA)	Anesthésiste Secrétaire	IDEC de coordination	Quatre soignants IDEC de coordination	IDEC de coordination
Fait quoi ?	Préparer le dossier de consultation à l'arrivée du patient. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques.	Préparer le dossier de consultation à l'arrivée du patient. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques.	Préparer le dossier de consultation à l'arrivée du patient. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques.	Préparer le dossier de consultation à l'arrivée du patient. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques.	Préparer le dossier de consultation à l'arrivée du patient. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques. Prévoir les rendez-vous IDEC et les consultations pré-anesthésiques.
Avec quoi ?

Phase d'hospitalisation : RAAC chirurgie orthopédique				
Activités	Accueil-Admission	Intervention chirurgicale	Accompagnement post opératoire	Sortie du patient
Qui ?	IDEC du service	IDEC du service	Anesthésiste-IDEC	IDEC et IDEC du service Chirurgien
Fait quoi ?	Accueil-Admission Préparation du patient à l'intervention.	Intervention chirurgicale Anesthésiste-IDEC	Accompagnement post opératoire Chirurgien	Sortie du patient Chirurgien
Avec quoi ?

Phase de post hospitalisation : RAAC chirurgie orthopédique				
Activités	Appels Infirmière de coordination après sortie J1 et J7	Première consultation de suivi à J15	Deuxième consultation de suivi au troisième mois	
Qui ?	IDEC de coordination	Chirurgien	Secrétaire (AMA) Secrétaire (AMA) IDEC de consultation Chirurgien	
Fait quoi ?	Appel J1 et J7 renseignements sur le retour. - la présence ou non de douleur, leur intensité, les circonstances de survenue, la localisation. - la clarté - la mobilisation et les difficultés éventuelles - le degré de satisfaction du patient. Selon les données du patient, évaluer la situation, donner des conseils, alerter si nécessaire le chirurgien qui décide des suites à donner (consultation chirurgicale, ré-hospitalisation).	Consulte le dossier du patient et les données des entretiens post-hospitalisation. - Réaliser un contrôle clinique - Evaluer l'évolution post opératoire et le degré de mobilisation du patient - Evaluer la cicatrice opératoire et prescrire l'ablation des agrafes - Evaluer les douleurs éventuelles du patient. Examiner le degré de satisfaction du patient. - Prescrire un traitement, des examens ou aides techniques complémentaires s'il y a lieu, des séances de kinésithérapie.	Prépare le dossier de consultation - Accueille le patient - Organise le RV en radiologie - Organise le RV du service - Évalue la cicatrice opératoire et prescrire l'ablation des agrafes - Évalue les douleurs éventuelles du patient. Examiner le degré de satisfaction du patient. - Prescrire un traitement, des examens ou aides techniques complémentaires s'il y a lieu, des séances de kinésithérapie.	Accueille le patient - Oriente le patient vers le service de radiologie - Examine le degré de satisfaction du patient - Évalue les douleurs éventuelles du patient - Prescrire un traitement ou des examens complémentaires s'il y a lieu
Avec quoi ?	Checklist informatisé dans DuCare Coordonnées des intervenants en aval	Dossier de consultation chirurgicale Observation médicale dans DuCare	Dossier de consultation chirurgicale Observation médicale dans DuCare	Dossier de consultation chirurgicale Observation médicale dans DuCare
Qui ?	Evaluation du processus : RAAC chirurgie orthopédique			
Avec quoi ?	Cadre de santé, paramétrique et Direction de la Qualité/ Gestion des Risques Un questionnaire de satisfaction remis à chaque patient lors de son admission à remettre complète lors de sa sortie.	Indicateurs cadre de santé paramétrique et Direction de la Qualité/ Gestion des Risques Un nombre patient l'année annuelle pour évaluer l'ensemble du processus.	Cadre supérieur du BO, Cadre de l'Annuaire et la Direction de la Qualité/ Gestion des Risques Recueil des Indicateurs annuels d'évaluation du processus BO	Chaque Indicateur à trois mois Index de KARLSSON

MERCI

