



Les spécificités de l'hôpital de jour

DR HALLET CLAUDE

*ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
COORDINATEUR MEDICAL HDJ*

Les spécificités de l'hôpital de jour

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67-72

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

EMC

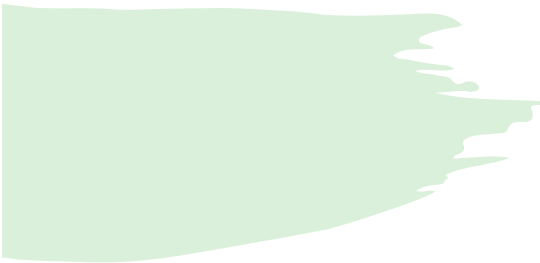
Prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire

L. Tran, A. Theissen, M. Raucoules-Aimé

Chapter 89

Ambulatory (Outpatient) Anesthesia

IAN SMITH • MARK SKUES • BEVERLY K. PHILIP



Chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention





« ...La chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de soigner mais lorsque l'indication le permet, la meilleure façon de soigner..... »

Madame Simone Weil 1996

**CHIRURGIE
AMBULATOIRE:
BÉNÉFICES
ATTENDUS**

- Patient
- Personnel
- Institution

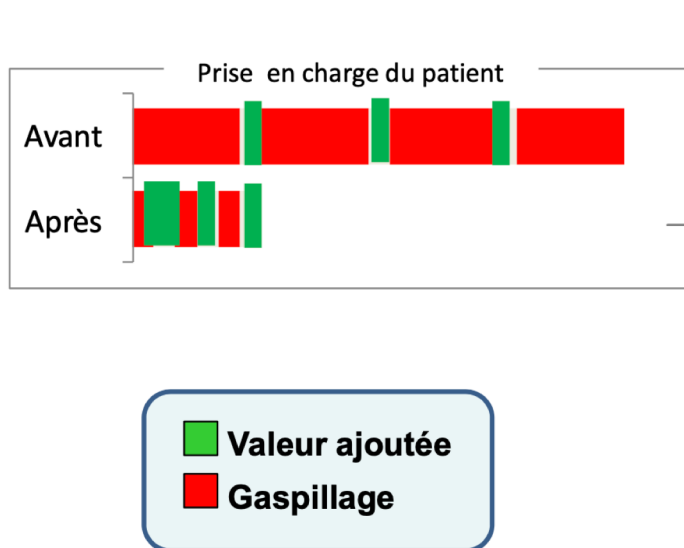
Le concept de chirurgie ambulatoire

**Ce n'est ni une nouvelle technique ni un nouveau
concept architectural
mais
une innovation organisationnelle avec une prise en
charge spécifique se substituant à une hospitalisation à
temps complet**

**L'organisation est au centre du concept
Le patient est au centre de l'organisation**

C. de Lathouwer, 1999

« LEAN MANAGEMENT »



Minimiser les gaspillages

Défauts :

Dossier incomplet

Action inappropriée :

1h systématique en SSPI pour une topique

Temps d'attente :

Signature médicale pour la sortie

Sous-utilisation des ressources :

Sous-occupation UCA certains jours

Transport et Mouvement

Brancardage systématique

Transfert multiple de patient

Accumulation de patients

Tous les patients à 8h

Doublon de tâches :

Papier et Système d'info.

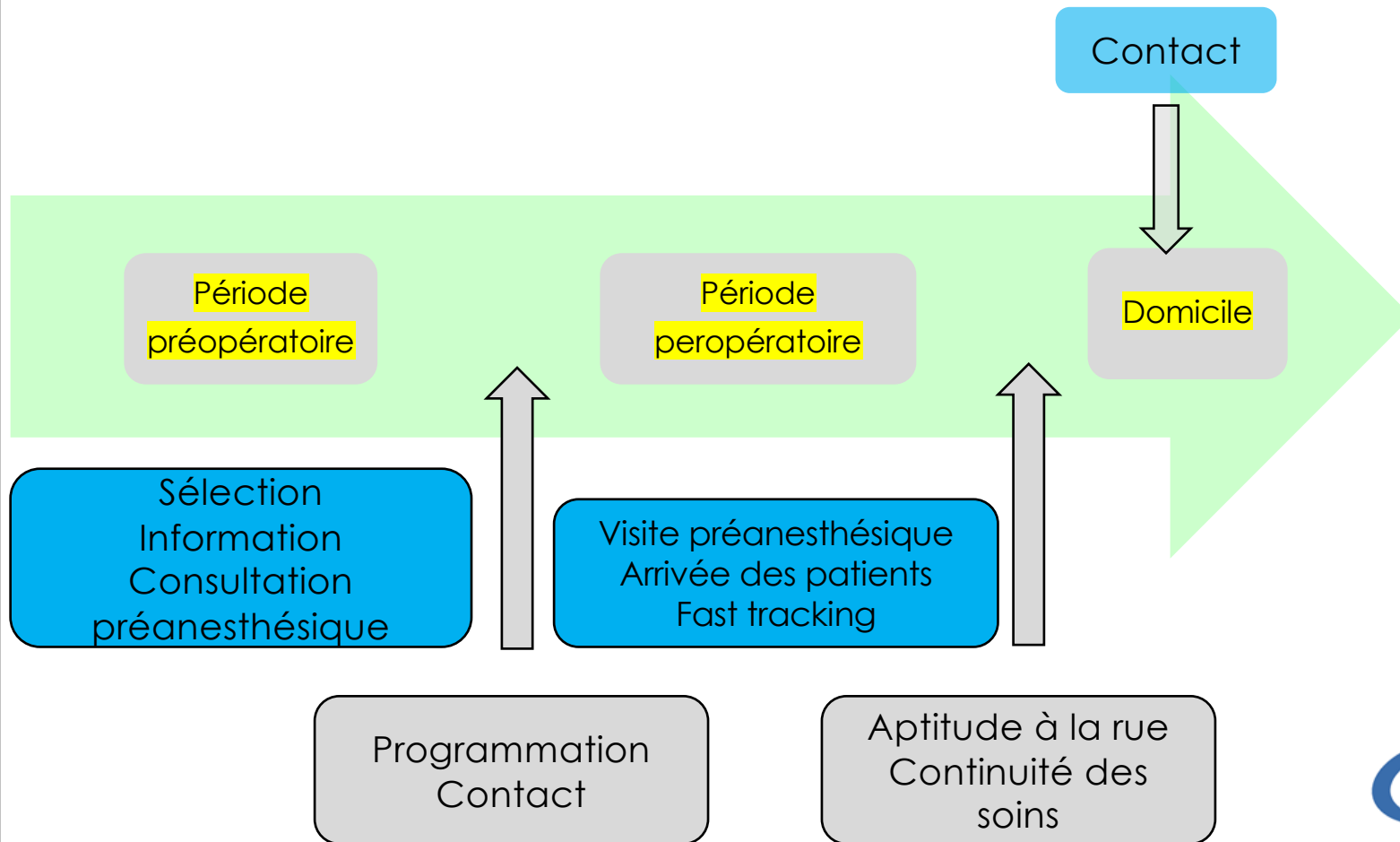
Maximiser les étapes à forte valeur ajoutée

temps passé en consultation à informer le patient acteur de sa prise en charge

extrait de EMC Anesthésie-Réanimation

[http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0289\(17\)74603-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0289(17)74603-8)

Chemin clinique idéal



Critères de sélection

- Interventions/ actes
- Sélection des patients
 - Critères médicaux
 - Critères sociaux
 - Parents/accompagnants

Quelles interventions peuvent être réalisées en chirurgie ambulatoire ?

- Les limites à la pratique d'un acte en chirurgie ambulatoire sont :
 - Le risque hémorragique
 - Les douleurs postopératoires
 - Le taux de complications
 - L'expérience de l'équipe



ORIGINAL ARTICLE

Short-term Outcomes of Ambulatory Colectomy for 157 Consecutive Patients

Benoit Gignoux, MD,^{*} Marilyn Gosgnach, MD,[†] Thomas Lanz, MD,[‡] Alexandre Vulliez, MD,[‡]
Marie-Cecile Blanchet, MD,^{*} Vincent Frering, MD,^{*}
Jean-Luc Faucheron, MD, PhD,[§] and Philippe Chasserant, MD[¶]

Ann Surg 2019;270:317–321



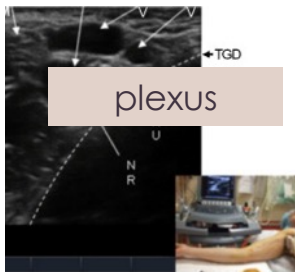
anesthésie locale



Anesthésie générale



Quelle technique d'anesthésie en chirurgie ambulatoire ?



blocs centraux



Anesthésie ambulatoire : Règles



Installation rapide



Maintenance régulière : contrôle physiologique, analgésie du site opératoire, amnésie, conditions optimales pour l'intervenant



Récupération rapide



Gestion optimale du confort et de la douleur

Qui peut bénéficier d'une anesthésie ambulatoire ?

- Asa I , II, III **stabilisé**
- Le grand âge n'est pas une contre-indication
- Le patient doit être accompagné pour le retour à domicile
- Téléphone



Qui peut bénéficier d'une anesthésie ambulatoire ?

- Domicile à moins de 1 h (30 min) d'un hôpital
- Bon niveau de compréhension est indispensable (consignes pré op et post op)
- Consentement éclairé des patients/parents
- ! Enfant (Age post conceptuel)

Age post conceptuel

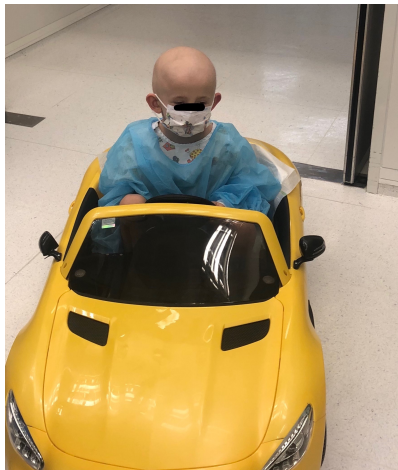
- Age gestationnel = durée de la grossesse
- **Age post-conceptuel = âge gestationnel + âge civil (post-natal)**
- Seuil critique de risque d'apnée post op
= 44 semaines
- Ex: bébé né à 7 mois de grossesse et opéré à 1 mois de vie = 33 semaines
- 60 sem PC pour ambulatoire

Contres indications formelles à l'anesthésie ambulatoire

- Asa III ou IV **non équilibrés**
- Atcd ou risque d'hyperthermie maligne
- Obésité morbide accompagnée de problèmes respiratoire et/ou cardiaque
- Enfants à risque: ex-préma
- Refus du patient
- « Patients non accompagnés ou vivants seuls »

Rôle de l'anesthésiste- réanimateur

- Assurer des conditions préopératoires optimales (Consultation préop)
- Choisir des techniques d'anesthésie adaptées
- Gérer de manière optimale les symptômes postopératoires
- Donner les informations sur le retour à domicile



La prémédication

- Trois composantes:
 - Psychologique: consultation, présence des parents à l'induction.
 - Pharmacologique: le moins possible, *!chez le vieillard*. Substances à action courte afin de réduire la somnolence et l'amnésie post-anesthésiques (hydroxyzine, α_2 -agonistes, benzodiazépines).
 - Analgésique: AINS (diminution des besoins en antalgiques majeurs après intervention).

Les 4 mots-clés pour guider le choix de la technique d'anesthésie en chirurgie ambulatoire

Qualité

Sécurité

Efficienc

Maîtrise
des coûts

L'anesthésie choisie doit permettre des conditions peropératoires appropriées et contrôlables suivies d'une récupération rapide avec des effets secondaires minim

Importance J-1

- Contact avec le patient
 - Soit via appel , soit via SMS
 - Respect des consignes
 - Modification de l'état de santé depuis consultation
 - Vérifier retour du patient
 - Heure d'arrivée

Chemin clinique idéal

Période
peropératoire

Visite préanesthésique
Arrivée des patients
Fast tracking

Aptitude à la rue

Arrivée des patients



Score aldrete (modifié)

MOTRICITE	Immobile	0
	2 membres mobiles	1
	4 membres mobiles	2
RESPIRATION	Apnée	0
	Ventilation superficielle, dyspnée	1
	Ventilation profonde, toux efficace	2
VARIATION DE LA PA SYSTOLIQUE	> 50% de la valeur de base	0
	Entre 20 et 50 % de la valeur de base	1
	< 20 % de la valeur de base	2
CONSCIENCE	Aréactif	0
	Réactif à la demande	1
	Réveillé	2
COLORATION	Cyanosé	0
	Pâle	1
	Normale	2
SpO2	< 90 %	0
	> 90 % avec O2	1
	> 92 % en air ambiant	2

12 points = critère de sortie de SSPI

Echec de l'ambulatoire

- Admission en Hospitalisation classique= 1-2,5%
- 1 ère cause chirurgicale d'hospitalisation= saignement postopératoire
- 1 ère cause organisationnelle= absence d'accompagnant
- 3 principales causes médicales:
 - Douleur: ANTICIPATION (sachet)
 - NVPO
 - Sédation
 - « choix de la technique »

F. 97 — 2842

[C – 97/22868]

25 NOVEMBRE 1997. — Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour"

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment les articles *32bis* et *76bis*, insérés par la loi du 30 décembre 1988;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, du 12 mars 1992;

Les scores de Chung

1993

Chung = PADSS

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements Ou douleurs	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Boit et urine Boit OU urine Ne boit pas, n'urine pas		2
		1
		0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

1995

Chung modifié = PADSS modifié

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Douleurs	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

**Score de mise
à la rue**

Un score de 9 ou 10 permet la sortie

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67–72

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

Il n'est pas recommandé
d'imposer une réalimentation
liquide et solide avant la sortie



RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

Il est possible après anesthésie générale ou bloc périphérique, de ne pas exiger une miction pour autoriser la sortie, en l'absence de facteur de risque lié au patient ou au type de chirurgie.

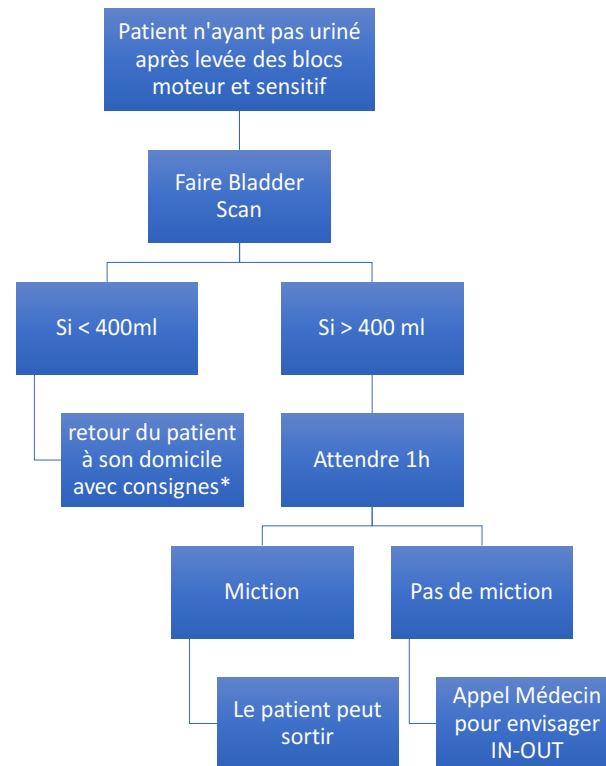
Il est possible après une rachianesthésie de ne pas attendre une miction pour autoriser la sortie sous réserve :

- d'une estimation au minimum clinique , au mieux par appréciation échographique du volume vésical résiduel.
- de l'absence de facteur de risque lié au patient et/ou au type de chirurgie.



Protocole de prise de décision pour les patients ayant bénéficié d'une rachianesthésie et n'ayant pas uriné au moment de pouvoir sortir de l'HDJ.

!!! Ce protocole ne s'applique pas aux patients urologiques ou de radiothérapie.



* Prévenir le patient que s'il n'a pas uriné dans les 2h après son retour à domicile, il doit revenir aux urgences.

RECOMMANDATIONS FORMALISÉES D'EXPERTS

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Société française d'anesthésie et de réanimation

- Accompagnement:
 - OUI jusqu'au domicile
 - Et au domicile au cas par cas



Papiers de sortie

- Les consignes générales (numéro en cas d'urgence, heures ouvertures UCA,...)
- Le compte rendu d'anesthésie (but: fournir durant 1 nuit les infos utiles à la gestion du patient)
- Les ordonnances d'antalgiques (idéalement à prévoir en préopératoire)/ Sachet de dépannage
- Les consignes spécifiques (levée du bloc....)
- Feuille explicatif sur l'antalgie

Quelles sont les particularités de la prise en charge de la douleur après une chirurgie ambulatoire ?

Les particularités de la prise en charge de la douleur après chirurgie ambulatoire lors du retour à domicile sont :

- La prise d'antidouleurs par voie orale exclusive ;
- L'absence au domicile d'un professionnel de santé pouvant ajuster en temps réel le traitement.

Il est dès lors important d'ANTICIPER la survenue d'une douleur modérée à sévère car il est plus difficile de traiter une douleur sévère par voie orale et à domicile.

Pour ANTICIPER, un traitement antidouleur de base doit être pris de manière systématique pendant les 48 premières heures post-opératoires même si la douleur est minime ou absente lors de la sortie.

En effet, la douleur peut survenir après la sortie (et parfois pendant la nuit) quand l'effet des techniques (anesthésie du bras ou de la jambe, par exemple) et/ou l'effet des médicaments administrés à l'hôpital s'estompent.

Pourquoi traiter la douleur après une chirurgie ambulatoire ?

Le contrôle de la douleur aiguë, même légère, est fondamental dans le processus de récupération postopératoire (reprise des activités de la vie quotidienne, qualité du sommeil...) et dans la prévention de la survenue des douleurs persistantes après chirurgie. De plus, une douleur aiguë modérée à sévère peut être une source d'inquiétude lors de votre retour à domicile.

Comment traiter la douleur après une chirurgie ambulatoire ?

Il existe de nombreux antidouleurs avec des modes d'actions différents. L' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les classe en 3 paliers.

Le palier 1, qui comprend le paracétamol (Dafalgan®) et les anti-inflammatoires tels que l'ibuprofène (Nurofen®) ou l'etoricoxib (Arcoxia®), permet de soulager des douleurs faibles à modérées. L'association de ces 2 médicaments renforce l'efficacité de chacun. Les antidouleurs du palier 2 comme la codéine et le tramadol (Tradonal®, Contramal®), sont ajoutés aux médicaments du palier 1 quand les douleurs sont modérées à sévères. Le palier 3, morphine, oxycodone (Oxynorm®), est réservé aux douleurs sévères à très sévères.

Traiter la douleur après une chirurgie ambulatoire

département
Anesthésie - Réanimation

Chère Patiente,
Cher Patient,

Il est normal d'avoir une douleur après une chirurgie ambulatoire. Celle-ci est le plus souvent légère à modérée. Elle diminue progressivement au cours des 48 premières heures post-opératoires.

L'objectif de ce document est de vous aider à prendre en charge votre douleur de manière optimale à domicile.

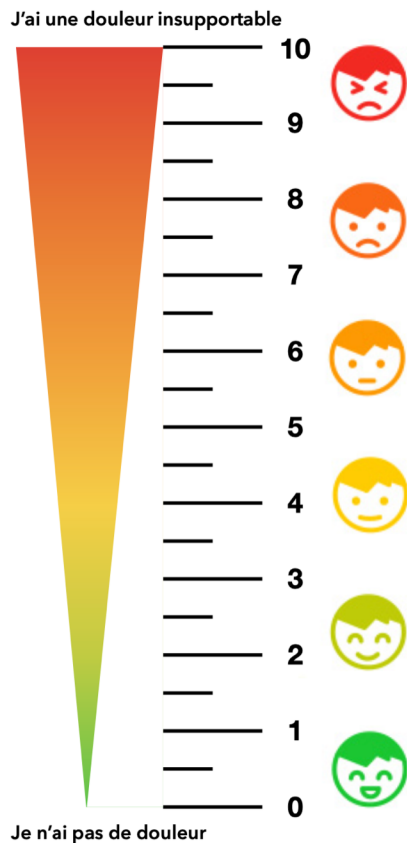
L'équipe d'Anesthésie-Réanimation



Comment prendre les antidouleurs après une chirurgie ambulatoire?

1. Je me rends dès que possible à la pharmacie pour obtenir les médicaments prescrits. Afin de vous faciliter le début du traitement, nous vous fournissons un sachet contenant les médicaments nécessaires aux premières heures.
2. Je prends de manière systématique le paracétamol (et les anti-inflammatoires s'ils ont été prescrits) pendant 48 heures après l'intervention et ce, même si je n'ai pas mal. Après 48h, le traitement sera pris à la demande.
3. Aussi souvent que possible j'utilise les techniques non-médicamenteuses. Le froid diminue la perception douloureuse. J'applique de la glace (en protégeant ma peau avec un tissu) sur la zone opérée. Je surélève le membre opéré afin de réduire le gonflement et donc la douleur.
4. J'évalue ma douleur 45 minutes après la prise des antidouleurs systématiques à l'aide de l'échelle de la douleur ci-contre. Si la douleur est égale à 4 ou plus, je prends les antalgiques de secours.
5. Je réévalue ma douleur 45 minutes après la prise des antalgiques de secours. Si la douleur est toujours égale à 4 ou plus, j'appelle mon médecin traitant pour réajuster mon traitement.

Echelle d'évaluation de la douleur



Posologies utiles chez l'adulte

Ces posologies peuvent être adaptées par votre médecin selon la chirurgie ou vos antécédents.

Paracétamol (Dafalgan®, Panadol®, Efferalgan®, ...)

3 à 4 comprimés de 1g / jour
Min. 4h entre 2 prises

Etoricoxib (Arcoxia®)

1 comprimé de 60 mg / jour en 1 prise le matin si âge > 60 ans et/ou poids < 70 kg
2 comprimés de 60 mg / jour en 1 prise le matin si âge < 60 ans et poids > 70 kg
Ne pas associer avec d'autres anti-inflammatoires (ibuprofen)

Tramadol (Tradonal®, Contramal®, ...)

4 comprimés de 50mg / jour (si nécessaire)
Min. 4h entre 2 prises

Dernière administration au CHU :

- paracétamol : h
- tradonal : h

Notes :

.....
.....
.....

Chemin clinique idéal

Contact

Domicile

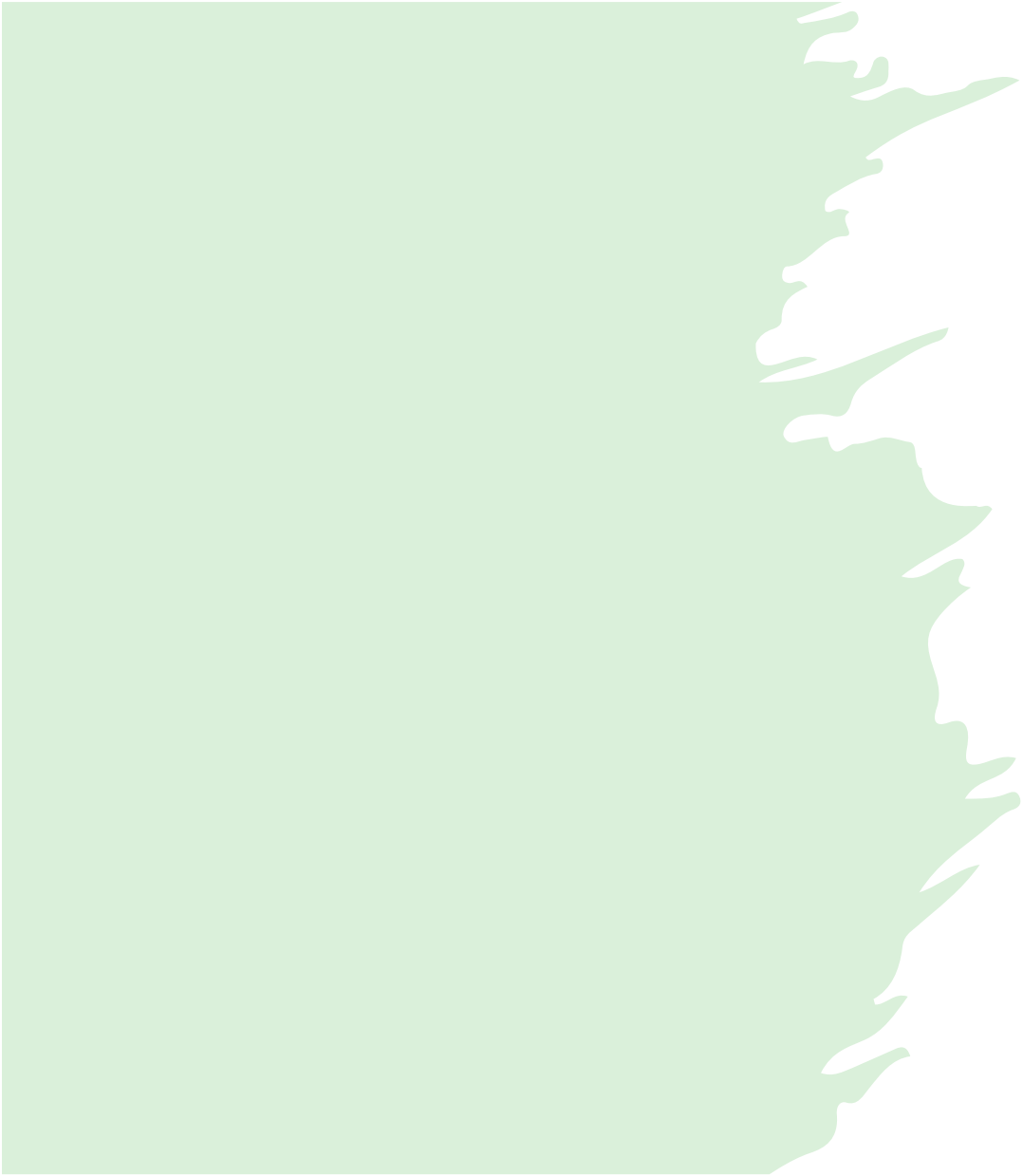
Aptitude à la rue
Continuité des
soins

Suivi post opératoire a domicile

25 NOVEMBRE 1997. – Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée (M.B. du 05/12/1997, p. 32536)

3° la sortie de la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » et les modalités de garantie de la continuité des soins. Il convient notamment d'arrêter un règlement de procédure écrit concernant le suivi du patient après sa sortie.

- Continuité des soins:
 - ✓ Appel J+1
 - ✓ SMS





**Merci de
votre
attention**