

Information : faut-il la consolider par une consultation non médicale supplémentaire ?

Benoît Vignes (Versailles ; SNCUF), Gilles Cuvelier (Quimper)

*Ce sont de vrais parcours de soins
qu'il faut construire.*



Association
Française
d'Urologie

www.urofrance.org



- 8 – La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel de l'organisation ambulatoire et de l'information du patient. Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical. (AE)



- 35 recommandations sur 59 concernent l'avant.....

- 1 – Il est recommandé d'appliquer les recommandations selon le contexte, pour un patient, un acte chirurgical, une organisation et une équipe médico-chirurgicale donnés. (AE)
- 2 – Il est recommandé de privilégier le mode d'hospitalisation ambulatoire lorsque les conditions d'éligibilité du patient sont réunies. (AE)
- 3 – Il est recommandé d'identifier dans l'entourage du patient les personnes susceptibles d'intervenir dans la prise en charge ambulatoire (personnes ressources : accompagnant, aidant naturel, personne de confiance²). Leur rôle sera précisé en fonction du contexte médical et social. (AE)
- 4 – Il est recommandé de vérifier la conformité des conditions requises pour la pratique de l'ambulatoire à toutes les étapes de la prise en charge. (AE)
- 5 – Une déficience physique ou intellectuelle n'interdit pas la prise en charge ambulatoire. Elle nécessite des adaptations spécifiques. (AE)
- 12 – Il est recommandé que le médecin anesthésiste réanimateur soit informé par l'urologue du choix d'un mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)
- 13 – Il est recommandé qu'à l'issue de la consultation d'anesthésie, l'urologue soit informé en cas de réserve sur le mode d'hospitalisation ambulatoire. (AE)
- 14 – Il est recommandé d'hydrater par voie orale les patients par des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention. Les critères habituels de jeûne préopératoire sont de 6 heures pour les solides et de 2 heures pour les liquides clairs³. (AE)
- 16 – Il est recommandé d'informer le médecin traitant du caractère ambulatoire de la prise en charge chirurgicale dès la consultation de programmation. (AE)
- 17 – Il est recommandé que le médecin traitant échange toute information utile à la prise en charge ambulatoire avant la consultation de programmation, dans le temps intermédiaire entre la consultation et l'intervention⁴. De même, il est recommandé de transmettre au médecin traitant tous les éléments utiles à la prise en charge post-interventionnelle (compte-rendu opératoire et d'hospitalisation, suites prévisibles, consignes, ordonnances et modalités de la continuité des soins). (AE)
- 18 – Il est recommandé d'expliquer au patient les modalités de la chirurgie ambulatoire et de recueillir son assentiment afin qu'il soit (ou éventuellement son représentant légal) acteur de sa prise en charge. La décision d'ambulatoire doit être partagée avec lui.
- Il est recommandé d'informer le patient sur l'importance de respecter les consignes : . pré-opératoire (joignable par téléphone, hydratation, jeûne, préparation cutanée, prescriptions). Leur non-respect pouvant conduire au report de l'intervention. • postopératoires (prescriptions, éléments de surveillance et actes de soins éventuels). Leur non-respect pouvant nuire à la prise en charge. (AE)
- 19 – Selon les textes réglementaires⁵, les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins doivent être organisées par l'UCA en collaboration avec l'urologue et formalisées par écrit.
- 20 – Il est recommandé lors des consultations pré- opératoires d'organiser par anticipation les mesures à prendre à la sortie de l'hospitalisation (ordonnances et consignes de sortie, rendez-vous postopératoire). Celles-ci devront être réévaluées et validées en postopératoire. (AE)
- 26 – Il est recommandé d'évaluer le risque de rétention urinaire lors de la consultation de programmation opératoire en distinguant le risque rétionnel faible et le risque élevé en fonction du patient, du type de chirurgie et du type d'anesthésie⁸. (AE)
- 27 – Il est recommandé de maintenir un traitement alpha- bloquant en périopératoire sauf contre-indication (chirurgie de la cataracte⁹). (AE)
- 28 – Il est recommandé de ne pas limiter les apports hydriques car cela augmente le risque de déshydratation, de caillottage vésical, et ralentit la reprise des mictions postopératoires. (AE)
- 36 – En l'absence de sonde à demeure, il est recommandé de réaliser un ECBU dans les 5 à 10 jours précédant toute chirurgie de l'appareil urinaire. Il est recommandé que l'UCA soit organisée pour permettre, tout au long de la prise en charge du patient, l'accès à son résultat et son interprétation. (AE)
- 37 – L'interprétation de l'ECBU relève de l'urologue. Le dossier médical doit contenir le résultat de l'analyse et la conduite adoptée. (AE)
- 38 – Si un ECBU préopératoire est nécessaire à la chirurgie, il est recommandé de vérifier son résultat et la conduite adoptée avant l'admission en UCA (« appel de la veille ») et lors de la réalisation de la check-list au bloc opératoire. (AE)
- 39 – En présence d'une colonisation sur sonde, il est recommandé de débiter une antibiothérapie adaptée au moins 48 heures avant l'intervention. Il est recommandé de changer la sonde 24 heures après le début de l'antibiothérapie. (AE)
- 40 – En cas de colonisation urinaire non traitée, il est recommandé de reporter une chirurgie programmée de l'appareil urinaire. (AE)
- 43 – Il est recommandé de favoriser l'arrêt du tabagisme le plus tôt possible avant la chirurgie et d'informer le patient des bénéfices de cet arrêt, notamment pour la qualité des suites opératoires¹⁴.
- 44 – Il est recommandé de tenir compte de l'état nutritionnel avant l'acte chirurgical. (AE)
- 43 – Il est recommandé de favoriser l'arrêt du tabagisme le plus tôt possible avant la chirurgie et d'informer le patient des bénéfices de cet arrêt, notamment pour la qualité des suites opératoires¹⁴.
- 44 – Il est recommandé de tenir compte de l'état nutritionnel avant l'acte chirurgical. (AE)
- 49 – Il est recommandé de donner au patient en préopératoire une information sur la douleur postopératoire et sa prise en charge. (AE)
- 50 – Il est souhaitable de dépister les terrains d'hyper- algésie afin de proposer une prise en charge spécifique de la douleur post-opératoire. (AE)
- 54 – La gestion du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire doit être une préoccupation majeure des différents intervenants : urologue, médecin anesthésiste-réanimateur, médecin traitant, cardiologue, infirmière, patient et aidant naturel. (AE)
- 55 – Une gestion périopératoire clairement définie, adaptée et organisée des traitements antithrombotiques permet de limiter les risques de complication hémorragiques et thrombotiques. (AE)
- 56 – Il est recommandé qu'un échange d'information périopératoire ait lieu entre le médecin anesthésiste- réanimateur, l'urologue, le médecin traitant et si nécessaire le cardiologue pour définir le risque hémorragique de l'intervention et le risque thromboembolique de l'arrêt des traitements antithrombotiques¹⁵. (AE)
- 57 – Il est recommandé d'organiser entre le médecin anesthésiste-réanimateur, l'urologue, le médecin traitant et si nécessaire le cardiologue, le relais, l'arrêt ou le maintien des traitements antithrombotiques, en tenant compte du terrain cardiovasculaire et de l'intervention prévue. (AE)
- 58 – Il est recommandé de vérifier lors de l'appel de la veille la gestion des traitements antithrombotiques. (AE)

Consultation de programmation

Pour toute intervention

- Poser et expliquer l'indication
- Expliquer l'intervention: déroulement, suites, risques, bénéfices et alternatives
- Organiser bilan préopératoire: biologie, imagerie
- Préparation cutanée
- Programmation bloc et hospitalisation

Consultation de programmation

Propre à l'ambulatorio

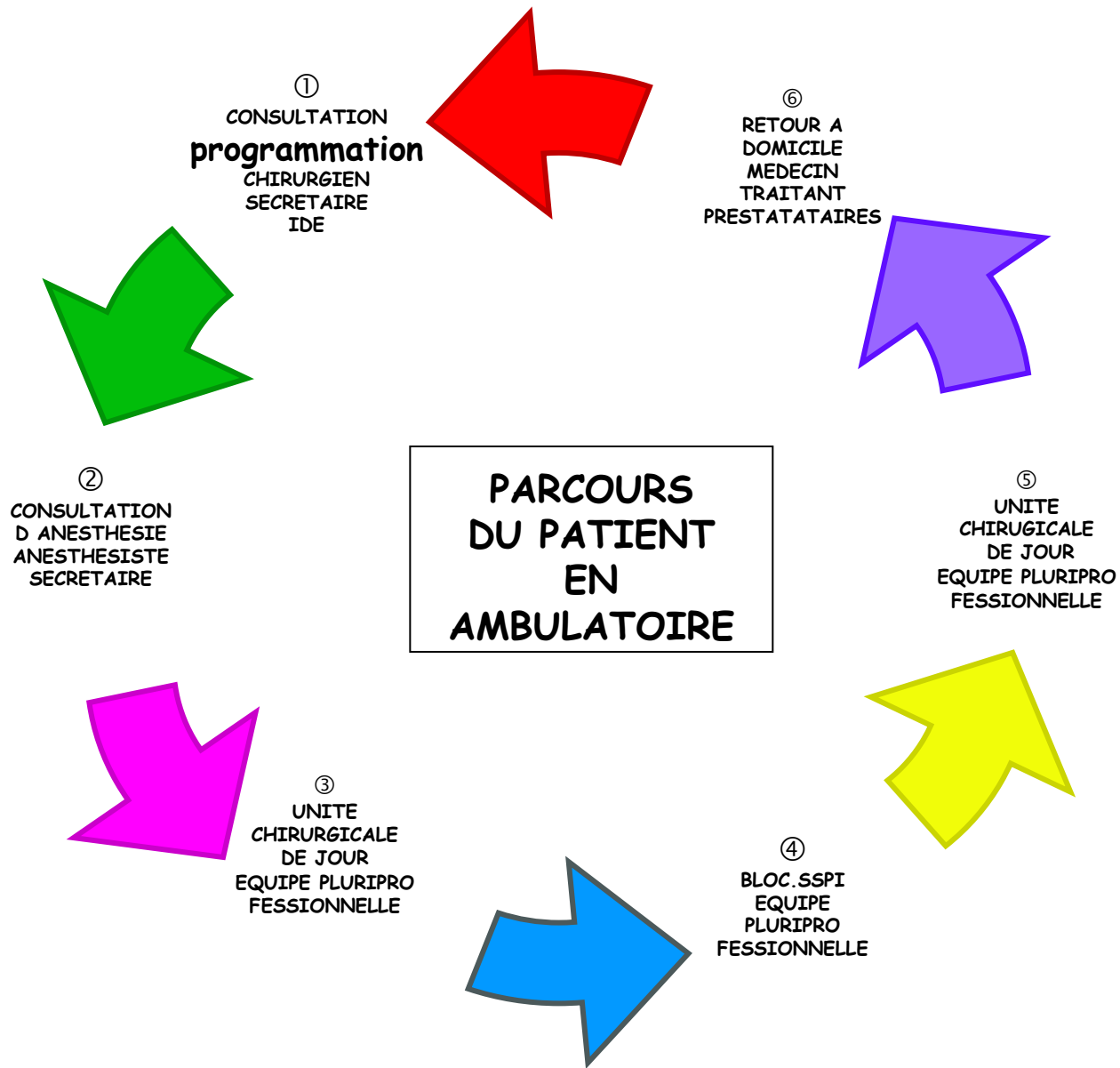
- Eligibilité
- Expliquer rassurer sur mode de prise en charge
- Accompagnant +/- recherche de solutions
- Consignes préopératoires: jeûne hydratation, appel de la veille
- Ordonnances et RV post-op
- Consignes post-opératoires: traitement, gestion sonde, surveillance, soins à domicile, signes d'alerte
- Expliquer continuité des soins procédure de contact
- Contact ou visite de l'unité

Un véritable temps « d'éducation thérapeutique ».....

Consultation de programmation

- Ce qui revient au médecin
- Ce qui peut-être délégué, IDE, secrétaire, UCA

- Le papier même « signé » ne remplace pas l'échange verbal, le dessin sur les documents remis





- 8 – La consultation de programmation opératoire est un temps essentiel de l'organisation ambulatoire et de l'information du patient. Elle nécessite de mettre à disposition des moyens en termes de temps médical et non médical. (AE)

Consultation de programmation

- Quelles solutions ?

À l'étranger « clinique de préadmission »

- Prise en charge par IDE, kiné, diététicienne...
- Examens préopératoires bio, imagerie, ECG, Cs anesthésie
- Evaluation, adaptation des traitements
- Contrôles et vérifications appel de la veille
- Programmation bloc et hospitalisation

En France, on se débrouille....

Consultation de programmation

- Quelles solutions ?

Une ou plusieurs consultations

Un séjour

Une séance

- Quel financement ?