

# Rôle de l'IADE en service ambulatoire

**Brigitte Auguié**

*Service de Chirurgie Ambulatoire - Hôpital Pellegrin (Bordeaux)*

## Introduction

---

La place de l'IADE dans une structure dédiée, autonome de chirurgie ambulatoire ne se limite pas à un exercice au bloc opératoire et/ou en SSPI. C'est une prise en charge complète de la consultation d'anesthésie à la sortie du patient au domicile en partenariat étroit avec le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR), l'équipe chirurgicale et paramédicale.

Dans un premier, temps nous allons présenter l'unité d'ambulatoire et le type d'anesthésie pratiqué selon les dernières études et recommandations. Dans un deuxième temps, nous allons décrire le rôle de l'IADE en déroulant la prise en charge d'une patiente admise pour cure d'Hallux valgus.

Enfin, nous concluons sur la particularité de notre rôle.

## 1. Description de l'unité

---

Dans notre unité, deux structures cohabitent :

- une structure intégrée ou « salle blanche » qui assure la prise en charge pré et post opératoire, l'intervention et le réveil se font sur le plateau technique ;
- une structure dédiée : tout a été pensé et organisé autour du patient. La prise en charge a lieu dans une unité de lieu, de temps et d'action :
  - unité de lieu qui privilégie le circuit ;
  - unité de temps avec une programmation autonome qui permet d'optimiser le flux des patients et leurs séjours ;
  - unité d'action : l'ensemble du personnel se consacre entièrement et sans interférence au patient. [1]

## 2. Type d'anesthésie

---

En ambulatoire toutes les études [1] démontrent l'intérêt de l'Anesthésie Locorégionale (A.L.R.) sur la réduction de la durée de séjour en Salle de

Surveillance Post Interventionnelle (S.S.P.I.) ainsi que sur une réhabilitation et une aptitude à la rue plus précoce. Cet effet est d'autant plus marqué que la chirurgie est longue et source de douleur postopératoire [2]

Dans notre structure, la répartition est la suivante : 75 % d'A.L.R. et 25 % d'anesthésie générale (A.G.).

### 3. Description : prise en charge de M<sup>me</sup> X

---

Pour illustrer notre propos, nous allons décrire la prise en charge de M<sup>me</sup> X diabétique insulino-dépendante, hypertendue, allergique au latex, qui vient pour une cure d'hallux valgus du pied gauche (le pied droit ayant été opéré il y a quelques années). Son traitement comprend : Lantus®, Aprovel®, Aspégic®.

La patiente est vue à distance de l'intervention lors de la consultation d'anesthésie. Celle-ci a lieu dans l'unité (première reconnaissance des lieux) [3]. Elle est personnalisée et faite par les M.A.R. de l'unité. Elle permet :

- de vérifier les critères de sélection selon les Recommandations Formalisées d'Expert (R.F.E.) [4] ;
- d'informer et de remettre les consignes péri opératoires (numéro de téléphone de l'accompagnant, conditions d'hygiène comprenant la préparation cutanée avec schéma explicatif) ;
- d'informer sur le choix de la technique anesthésique (pour M<sup>me</sup> X A.L.R. bloc sciatique poplité avec mise en place d'un cathéter péri nerveux pour une durée de quarante-huit heures ;
- en effet pour la chirurgie du pied, l'intérêt de prolonger l'analgésie par un cathéter a été largement démontré avec un bénéfice immédiat sur la douleur et à court terme sur des critères de bien être à domicile (exemple fatigue, insomnie...) ainsi que sur l'incidence des douleurs prolongées voir chroniques ;
- de donner des précisions sur les critères de sortie de l'unité ainsi que les recommandations pour le retour à domicile et le suivi de la douleur ;

- de remettre l'ordonnance d'antalgiques et le document précisant les consignes pour la journée, les médicaments à arrêter ou à poursuivre ;
- De remettre les informations au médecin référent.

L'admission programmée est faite à cette occasion.

### 3.1. J -7 jours

- L'I.A.D.E. du service sort le dossier d'anesthésie, le consulte et vérifie que le traitement est adapté à la journée. Il s'agit par exemple, de vérifier l'arrêt des antis coagulants relayé par les Héparine de Bas Poids Moléculaire (H.B.P.M.) associé à une surveillance biologique tracée.
- Elle signale à la secrétaire les modifications thérapeutiques. Dans notre cas, arrêt du Kardegic® et de l'Aprovel®. Celles-ci sont annotées sur la « bible » (le cahier de convocation et de programmation).
- S'il y a une prescription d'une pompe, la secrétaire appellera le prestataire de service pour la livraison et la prise de contact le jour J.
- M<sup>me</sup> X étant porteuse d'une allergie au latex, l'IADE veillera à ce qu'elle soit convoquée en première position et vérifiera le mode d'anesthésie (A.L.R.) retenu par le M.A.R.

### 3.2. J -2 jours

A J-2, le programme opératoire est élaboré en équipe (I.B.O.D.E., I.A.D.E., cadre du service, médecin, secrétaire) ce qui permet de préciser l'heure d'arrivée dans le service des patients. Cet horaire est communiqué par la secrétaire à M<sup>me</sup> X.

#### **Lors de l'appel :**

- elle vérifie les consignes que nous avons notées sur son cahier (arrêt des médicaments, etc.
- elle reprecise les conditions de jeun, la présence d'un accompagnant et les documents nécessaires (radiographies, bilans sanguins, consultations annexes -cardiologique, allergologique).

### 3.3. Jour J

Il s'agit de prendre en charge un patient non prémédiqué pour lequel il faudra gérer anxiété et stress. Pour cela, la prise en charge médicamenteuse de type sédation se fera à base de Propofol auquel s'ajoutera de l'hypnose ou du moins « distraction ».

Dans le cas de M<sup>me</sup> X, lors de la pose de la perfusion, elle décrit avoir mal vécue sa première intervention en chirurgie classique. Aussi pour la pose du cathéter péri nerveux, je lui propose, si elle accepte, un accompagnement. Je lui demande de prendre la position la plus confortable possible et d'observer sa respiration ; comment la cage thoracique se soulève ainsi que le ventre à chaque inspiration ; comment les épaules et la poitrine descendent à chaque expiration. Je lui propose de se laisser bercer par le va et vient régulier de sa respiration, calmement, tranquillement, de se laisser aller. [5]

D'autres possibilités de prise en charge peuvent être envisagées : demander à M<sup>me</sup> X de fixer l'écran de l'échographe et de nous décrire ce qu'elle voit, deviner, imaginer ou tout simplement discuter avec elle de ses dernières vacances. Discussion que nous pourrions poursuivre pendant le temps opératoire.

En effet, notre rôle n'est pas seulement la surveillance des paramètres vitaux, la qualité de l'A.L.R., mais un rôle actif en particulier sur la gestion de l'anxiété, du stress et du confort mais aussi de la douleur au travers de l'éducation thérapeutique : observance du traitement, importance et intérêt de sa prise systématique, à heures fixes. La douleur ne doit pas s'installer. Le retour à domicile avec une ordonnance d'antalgiques insuffisants, l'absence de prise systématique, le manque d'information (centre recours) entraîne un taux d'échec important d'analgésie et une insatisfaction importante des patients.

A cette prise en charge médicamenteuse de la douleur sont associés des moyens non médicamenteux : glace, posture (jambes surélevées).

L'IADE joue un rôle important dans la transmission des explications sur le cathéter péri nerveux et sur la pompe : explications reprises en S.S.P.I. par le prestataire de service et les infirmières.

Nous devons informer et surtout répondre aux questions du patient le plus explicitement possible et s'assurer de la compréhension des informations données.

Nous sommes son interlocuteur privilégié. Nous sommes tous les deux derrière les champs, moment important pour faire passer les messages. Derrière ce champ, nous parlons cuisine, voyage, littérature....mais aussi douleur, suivi, pansement, cadre de vie (escalier...), et l'intervention est déjà finie !

De retour en S.S.P.I, nous confions le patient aux IDE qui peuvent, à tout moment, faire appel à nous.

### **Remarque :**

Lorsqu'un patient est pris en charge sous Anesthésie Générale (A.G), il n'y a pas de particularités si ce n'est d'être attentif aux doses de produits anesthésiques injectés pour un réveil optimal. Il faut proposer de façon systématique l'infiltration de la plaie opératoire car il a été démontré que l'infiltration sous faciale, pariétale, péritonéale et sous cutanée ou bloc local permet de diminuer la douleur postopératoire et les besoins en antalgiques. Technique simple et efficace et dont les effets secondaires sont minimes. [6;7]

Quant à la problématique des actes sans anesthésie, notre rôle n'est pas de surveiller une anesthésie locale mais d'intervenir à la demande de l'équipe paramédicale pour gérer une anxiété majeure ou une douleur imprévue. Même si l'équipe est formée à l'administration du MEOPA, notre expertise est nécessaire pour certaines situations difficiles. Selon le cas, le MEOPA peut être associé aux techniques d'Hypnose (exemple biopsie musculaire chez l'enfant) ou bien c'est l'hypnose qui est associé à l'Anesthésie Locale (A.L.) (une ablation de matériel d'ostéosynthèse).

## **3.4. En postopératoire**

L'appel téléphonique systématique du lendemain est fait par les I.D.E. de la S.S.P.I. Elles nous interpellent s'il y a des problèmes particuliers.

Le recueil de l'évaluation de la douleur, donné et expliqué au patient lors de l'hospitalisation et retourné lors du pansement à quinze jours pour la chirurgie du pied, permet une analyse et un retour sur expérience. Nous avons colligé les questions les plus fréquentes évoquées lors de l'appel du lendemain ou notées sur la

feuille d'évaluation pour créer un document qui est remis de façon systématique auquel a été ajoutée une photographie de la pompe avec les principales commandes. Ce document a déjà été réactualisé deux fois en fonction de l'évolution des techniques (biberon/pompe). Nous recueillons également un indice de satisfaction des patients.

## 4. Conclusion

---

Notre rôle n'est pas qu'un rôle technique d'anesthésie mais un rôle :

- D'ANTICIPATION
- D'EDUCATION
- D'ACCOMPAGNEMENT
- D'où la richesse de cet exercice particulier dans ce lieu particulier.

## Bibliographie

---

- [1] Dufeu N, Organisation d'un service d'ambulatoire et circuit du patient journée monothématique de la SFAR 23 mai 2012-10-30
- [2] Bouaziz H, Quelle technique anesthésique « idéale » pour l'ambulatoire ? Quelle A.L.R. en ambulatoire ? Journée monothématique de la SFAR 23 mai 2012-10-30
- [3] Biais M, Gadrat F, Sztark F. Création d'un centre ambulatoire : modalités, organisation médicale et sécurité des patients J.E.P.U., Paris, 2011
- [4] S.F.A.R . Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris ; 2009. [http://www.sfar.org/docs/articles/207-rfe\\_ambulatoire2009.pdf](http://www.sfar.org/docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf)
- [5] Auguie B, Hypnose et Meopa Intérêt dans le protocole analgésique pour les actes chirurgicaux sous anesthésie locale en ambulatoire. Diplôme universitaire d'Hypnose Médicale 2010/2011
- [6] Sztark F, Quelle technique anesthésique « idéale » pour l'ambulatoire ? Quelle A.G. en ambulatoire ? Journée monothématique de la SFAR 23 mai 2012
- [7] Cuvillon P, Quelle technique analgésique post opératoire proposez-vous ? Quelle information leur donner ? Journée monothématique de la SFAR 23 mai 2012