



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*Effets adverses et niveau de satisfaction des patients après
anesthésie ambulatoire. Une enquête sur 4 mois au Centre
Ambulatoire Huriez du CHRU de Lille.*

**Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2013 à 14h
au Pôle Recherche par Sarah VANCO**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre TRIBOULET

Asseseurs : Monsieur le Professeur Benoît TAVERNIER

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Nadine RUOLT

PLAN

I.	INTRODUCTION	6
	<u>I.1. Généralités</u>	6
	<i>I.1.A. Définition et enjeux de la chirurgie ambulatoire</i>	6
	<i>I.1.B. Place de l'anesthésie</i>	8
	<u>I.2. Etat des lieux au sein du CAH du CHRU de Lille</u>	8
	<u>I.3. Objectif du travail</u>	10
II.	METHODOLOGIE	1
	<u>III.1. Matériel et méthodes</u>	11
	<u>III.2. Analyse statistique</u>	16
III.	RESULTATS	17
	<u>III.1. Caractéristiques de la population étudiée</u>	17
	<u>III.2. Descriptif de la période péri-opératoire : protocoles d'anesthésie</u>	21
	<u>III.3. Descriptif de la période postopératoire</u>	24
	<i>III.3.A. La douleur</i>	24
	<i>III.3.B. NVPO retardées au domicile</i>	27
	<i>III.3.C. Satisfaction par rapport à la prise en charge ambulatoire</i>	29
	<u>III.4. Analyse des variables</u>	30
	<i>III.4.A. Facteurs de risque de NVPO</i>	30
	<i>III.4.B. Facteurs de risque de douleur</i>	32
	<i>III.4.C. Satisfaction et ambulatoire</i>	34
IV.	DISCUSSION	36
	<u>IV.1. Analgésie postopératoire</u>	36
	<u>IV.2. Nausées et vomissements postopératoires</u>	39
	<u>IV.3. Satisfaction</u>	43

	<u>IV.4. Limites de l'étude</u>	46
V.	CONCLUSION	48
VI.	BIBLIOGRAPHIE	4
	9	
VII.	ANNEXES	52

I. INTRODUCTION

I.1. Généralités

I.1.A. Définition et enjeux de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est initiée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et se définit comme l'ensemble des « actes chirurgicaux et/ou explorations, programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire. Elle peut être envisagée sous anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans risque majoré » (1), elle est une structure de soins alternative à l'hospitalisation.

Dans ce cadre, l'hospitalisation dure moins de douze heures sans hébergement de nuit, avec sortie des patients et retour à domicile.

Il faut noter que cette contrainte de temps est spécifique à la France avec pour les pays anglo-saxons notamment la possibilité d'une hospitalisation de plus de douze heures, mais de moins de vingt-quatre heures.

Cependant, la France a accusé un retard important dans la mise en place de la chirurgie ambulatoire.

Huit opérations sur dix pourraient être réalisées en ambulatoire comme c'est le cas aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, de la même façon en Suède et en Norvège sept opérations sur dix le sont également.

Pour la France la différence est majeure, en 2010 l'activité globale de chirurgie ambulatoire représentait 37,7% de l'activité de chirurgie. Cette activité connaît des disparités intersectorielles puisque pour cette même année 2010 ce taux représentait 46% de la chirurgie dans le secteur privé et 26,3% dans le secteur public. De la même manière il existe des disparités entre les types de prises en charge chirurgicales vu que 87% des opérations du canal carpien sont réalisés en ambulatoire contre 21% des hernies inguinales.

Au CHRU de Lille en 2010 l'activité ambulatoire représentait 25,4% du total des actes de chirurgies. Ce chiffre ne tient pas compte de l'activité ambulatoire de l'obstétrique qui atteint 37,9%.

Ce retard de développement est souligné dans le bilan national réalisé en 2010 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (Haute Autorité de Santé et Association Française de Chirurgie Ambulatoire).

Et en 2012 « le socle de connaissance pour le développement de la chirurgie ambulatoire » conjointement rédigé par l'HAS (Haute Autorité de Santé) et l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) rappelait que : « La chirurgie ambulatoire permet de rendre les établissements plus performants et ainsi de dégager des marges de manœuvre organisationnelles et financières tout en faisant du patient le pivot de ce nouveau système » (2).

I.1.B. Place de l'anesthésie

La pratique de l'anesthésie en ambulatoire se structure autour des recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) en 2009 (6). Le parcours du patient est au centre de l'organisation de la structure ambulatoire. Les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire, les modalités de l'information du patient, les éléments du choix de la technique d'anesthésie, la prise en charge postopératoire, la procédure de sortie, la coordination entre les acteurs et la continuité des soins, l'évaluation et la gestion des risques en ambulatoire ont été définis.

I.2. Etat des lieux au sein du CAH du CHRU de Lille

Le CHRU de Lille est situé au sein d'un campus hospitalo-universitaire de plus de 200 hectares. Il regroupe 10 hôpitaux spécialisés ainsi que le [SAMU](#)/Centre 15 du [Nord](#). L'hôpital Huriez est l'un de ces hôpitaux, en son sein est établie la structure ambulatoire qu'est le CAH (Centre Ambulatoire Huriez).

Cette structure comprend un plateau technique de 2 blocs de chirurgie, 3 salles interventionnelles de gastro-entérologie, 2 salles d'endoscopie, 2 salles permettant la réalisation de laser CO², une salle de pré-anesthésie et une SSPI (Salle de Soins Post Interventionnelle) de 8 lits.

Elle comprend également une unité d'hospitalisation HCD (Hospitalisation de Courte Durée) de 20 lits située au même étage que le plateau technique.

Egalement sur cet étage, faisant de l'unité ambulatoire un ensemble individualisable au sein de l'hôpital Huriez, se trouvent les locaux de consultation d'anesthésie.

L'unité bénéficie aussi de 2 salles de radiologie interventionnelle et d'une salle de scanner, celles-ci étant situées à un étage inférieur au sein du service de radiologie.

Le CAH est donc une structure ambulatoire dite « structure satellite » qui possède l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement.

L'aménagement des espaces de la structure ambulatoire est dicté par le parcours du patient. C'est un équilibre vertueux à trouver entre temps et espace. L'unité de lieu aide à garantir l'unité de temps (3).

I.3. Objectifs du travail

Malgré l'ensemble des procédures formalisées existantes, aucune donnée concernant la prise en charge anesthésique, le bilan du retour à domicile et le suivi des patients au sein de l'établissement n'est actuellement disponible.

Le rappel du lendemain n'étant pas encore standardisé au sein de la structure au moment du recueil de données, cette étude est une première étape dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques quotidiennes.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une intervention sous anesthésie générale au sein du CAH de l'hôpital Huriez.

Suite à cette étude, l'établissement d'un questionnaire de rappel du lendemain formalisé à destination des infirmières permettra d'améliorer les pratiques au sein du CAH (Annexe 1).

II. METHODOLOGIE

II.1. Matériels et méthode

- Type de l'étude

Il s'agit d'une étude analytique monocentrique prospective, avec recueil des données par téléphone, menée au Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Le travail s'est déroulé sur une période allant du mois d'avril au mois de juillet 2011.

Les patients ont été informés de l'étude et du rappel téléphonique du lendemain par une lettre explicative remise avant la sortie d'hospitalisation (Annexe 2).

L'équipe d'anesthésie et de chirurgie a été informée de l'étude et a donné son accord. Chaque praticien a conservé son libre arbitre dans le choix de ses thérapeutiques.

- Inclusion des patients

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants : Patients âgés de plus de 18 ans ayant bénéficié d'une intervention sous anesthésie générale dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire.

Trois groupes d'intervention ont été définis. Le premier groupe (groupe 1) était constitué des interventions de hernies de paroi abdominale, des cholécystectomies coelioscopiques, des diverticules de Zencker, des chirurgies de reflux gastro-oesophagien. Le deuxième groupe (groupe 2) était constitué des interventions de dermatologie, de pose de cathéter à chambre implantable, d'ablation de lésions superficielles à type de kyste et des interventions pour cure de varices des membres inférieurs. Le troisième groupe (groupe 3) comprenait l'ensemble des interventions d'urologie et de proctologie.

Les interventions n'ayant pas été retenues sont les endoscopies digestives.

- Recueil des données

Les critères de jugement principaux ont été douleur postopératoire, nausées et vomissements postopératoires et satisfaction.

Les critères de jugement secondaires ont été techniques anesthésiques, type d'acte chirurgical et niveau de douleur préopératoire.

Pour chaque patient, les données pré et per opératoires ont été recueillies après l'acte chirurgical à partir des données de la feuille d'anesthésie sur le logiciel DIANE:

- ✓ Données préopératoires :

- Age
- Sexe
- Score d'Apfel (14)
- Score d'Apfel modifié pour la chirurgie ambulatoire (15)

Le score d'Apfel comprend 4 critères : le sexe féminin, l'absence de tabagisme actif, les antécédents de NVPO ou de mal des transports ainsi que l'utilisation prévisible de morphine en postopératoire.

Le score d'Apfel nouvellement créé modifié pour la chirurgie ambulatoire comprend 5 critères : le sexe féminin, l'âge inférieur à 50 ans, les antécédents de NVPO, l'utilisation d'opiacés en salle de réveil et la survenue de NVPO en salle de réveil. Ce dernier permet d'identifier les personnes à risque de survenue de NVPO à domicile.

✓ Données per opératoires :

- Date du bloc opératoire
- Type d'intervention réalisée
- Durée de l'anesthésie
- Durée de l'intervention
- Durée du séjour en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI)
- Protocole d'anesthésie : adjonction de protoxyde d'azote ou d'air, utilisation de gaz halogénés, type de morphinique utilisé.
- Analgésie per opératoire : Paracétamol, Néfopam, Tramadol, Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), infiltration d'anesthésiques locaux par le chirurgien.

A la sortie d'hospitalisation, le patient a reçu une note explicative l'informant de l'existence d'une étude en cours dans le service et l'avertissant d'un appel téléphonique le lendemain de l'intervention (Annexe 2). Pour un souci d'éthique, l'anonymat a été respecté.

L'appel du lendemain a été effectué par le même observateur pour tous les patients et a permis de recueillir les informations suivantes (Annexe 3).

✓ Données postopératoires :

- incidence des nausées et vomissements,
- traitement antalgique : molécules, prescripteur,
- évaluation de la douleur avec échelle numérique de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur insupportable)
- qualité du sommeil,
- présence de troubles de la mémoire,
- degré de satisfaction concernant la prise en charge à l'hôpital,
- qualité de l'accompagnement à domicile,
- renouvellement d'une chirurgie éventuelle en ambulatoire,
- satisfaction globale.

II.2. Analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées par le pôle de santé publique du CHRU de Lille avec le logiciel SAS software version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC 25513).

Lors du croisement de deux variables qualitatives, les tests statistiques utilisés ont été le test du Chi2 ou le test de Fisher exact dans le cas d'effectif théorique faible.

Pour la comparaison d'une variable binaire et d'une variable numérique le test statistique utilisé était celui de Mann-Withney.

Pour la comparaison d'une variable qualitative à trois modalités avec une variable numérique ordinale c'est le test de Kruskal-Wallis qui a été utilisé.

Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs pour des valeurs de p inférieures à 0.05.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques de la population étudiée

L'étude a été réalisée sur une période allant du mois d'avril au mois de juillet 2011. Le nombre de patients inclus est de 133 ce qui représente 35,94% de la totalité des patients correspondant aux critères d'inclusion sur la période de l'étude, soit 370 patients.

Sur les 133 patients, il y avait 74 (55,64%) hommes et 59 (44,36%) femmes.

Age moyen (mini-maxi) ± 47,29 (18-79)

DS

Sexe	Homme	74 (55,64%)
	Femme	59 (44,36%)

TABLEAU 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée

La moyenne de la durée de l'anesthésie générale était de 74,24 minutes.

Durée (min) d'AG	Déviatiion standard	Durée (min) minimale	Durée (min) maximale
74,24	40,18	8	193

TABLEAU 2 : Durée de l'anesthésie générale ; min = minutes ; AG= Anesthésie Générale.

Les patients étaient répartis en trois groupes d'interventions précédemment citées :

- 46 (34,59%) dans le groupe 1
- 28 (21,05%) dans le groupe 2
- 59 (44,36%) dans le groupe 3

Groupe chirurgical	Répartition des effectifs	Type de chirurgie
--------------------	---------------------------	-------------------

inclus		
1	46 (34,59%)	Cholécystectomie coelioscopique Hernie de paroi abdominale Diverticule de Zencker Reflux gastro- oesophagien
2	28 (21,05%)	Intervention de dermatologie Pose de cathéter à chambre implantable Chirurgie superficielle (ablation de kyste) Chirurgie des varices
3	59 (44,36%)	Chirurgie urologique Chirurgie proctologique

TABLEAU 3 : Groupes chirurgicaux

Le score d'Apfel de chaque patient était comptabilisé *a posteriori* selon les données de la consultation d'anesthésie. Il est présenté pour sa composante spécifique à l'ambulatoire dans le tableau 4.

Score d'Apfel	0	18 (13,53%)
	1	69 (51,88%)
	2	45 (33,83%)
	3	1 (0,75%)
	4	0
Score d'Apfel modifié pour la chirurgie ambulatoire	0	30 (22,55%)
	1	70 (52,63%)
	2	33 (24,81%)
	3	0
	4	0
	5	0

Tableau 4 : Score d'Apfel et score d'Apfel modifié de la population étudiée

III.2. Descriptif de la période péri-opératoire : protocoles d'anesthésie

- Induction

L'induction de l'anesthésie était réalisée pour l'ensemble des patients par voie intraveineuse par du propofol associé à un morphinique. Le sufentanil était utilisé pour 114 (85,71%) patients et l'alfentanil pour 19 (14,29%) patients.

Trente-sept patients (27,82%) ont été curarisés par de l'atracurium, sur ces 37 patients, 13 (9,77%) ont bénéficié d'une décurarisation par de la prostigmine associée à de l'atropine.

- Entretien

L'entretien de l'anesthésie s'est fait par administration inhalatoire de gaz halogénés (sévoflurane) pour 118 (88,72%) des patients. Quinze (11,28%) patients n'ont pas eu de nécessité d'entretien de l'anesthésie devant la rapidité du geste chirurgical.

Un complément inhalatoire par protoxyde d'azote a été fait chez 52 (43,61%) patients.

- Analgesie

Les protocoles d'analgésie initiés en per opératoire comprenaient pour 34 (25,56%) patients la réalisation d'une infiltration d'anesthésique local effectué par le chirurgien à la fin du geste opératoire, pour 116 (87,22%) patients une administration de paracétamol, pour 87 (65,41%) patients une administration de néfopam, pour 27 (20,30%) patients une administration de tramadol et pour 68 (51,13%) patients une administration de profenid.

- Prévention des NVPO

La prophylaxie per opératoire des NVPO était réalisée par dexaméthasone (4mg) pour 44 (33,08%) patients et par dropéridol (1,25mg) pour 52 (43,61%) patients. Il y avait 35 (26,32%) patients qui ont reçu à la fois du dropéridol et de la dexaméthasone. Soixante-douze (54,13%) patients n'ont pas reçu de prophylaxie. Le tableau 5 résume la prophylaxie administrée selon le score d'Apfel.

Score d'Apfel	Nombre de patients	Prophylaxie			
		Aucune	Dexa-méthasone	Dropéridol	Dexaméthasone + Dropéridol
0	18 (13,53%)	9 (50%)	1 (5,55%)	3 (16,67%)	5 (27,78%)
1	69 (51,88%)	41 (59,42%)	4 (5,80%)	6 (8,70%)	18 (26,09%)
2	45 (33,83%)	22 (48,89%)	3 (6,67%)	8 (17,78%)	12 (26,67%)
3	1 (0,75%)	0	1 (100%)	0	0
4	0	0	0	0	0
Tous les patients	133 (100%)	72 (54,13%)	9 (6,77%)	17 (12,78%)	35 (26,32%)

TABLEAU 5 : Prophylaxie antiémétique utilisée selon le score d'Apfel.

III.3. Descriptif de la période postopératoire

III.3.A. La douleur

- Prise en charge de la douleur

La prescription des antalgiques de sortie est réalisée selon plusieurs modalités, soit le patient a reçu une ordonnance d'antalgiques dès la consultation d'anesthésie, soit c'est le chirurgien ou l'anesthésiste-réanimateur qui réalise cette ordonnance lors de la validation de la sortie du patient.

Il n'y a pas de protocole standardisé de prise en charge de la douleur postopératoire.

Quatre-vingt quatorze (70,68%) patients ont eu recours aux médicaments de l'ordonnance délivrée par l'hôpital. Parmi ceux-ci, 5 (3,76%) ont du faire appel en plus à leur médecin traitant. Au total 13 (9,77%) patients ont appelés leur médecin traitant. Quatre (3,01%) patients ont eu recours à l'automédication et 27 (20,30%) patients n'ont pris aucun traitement.

- L'évaluation de la douleur

Lors de l'appel du lendemain deux questions étaient relatives à la douleur : l'une sur la douleur ressentie avant l'intervention, l'autre sur la douleur ressentie le lendemain de l'intervention, c'est-à-dire au moment de l'appel téléphonique.

L'évaluation était faite par une échelle numérique simple (ENS).

- Incidence des douleurs

Vingt patients (15,04%) présentaient une ENS supérieure ou égale à 4 avant le geste opératoire. Ils étaient 46 (34,59%) lors de l'appel téléphonique du lendemain.

Les patients avec un score de douleur le lendemain égal à 0 ou 1 étaient au nombre de 50 (37,59%). Le tableau 6 résume la fréquence péri-opératoire d'une intensité douloureuse supérieure ou égale à 4.

ENS	< 4	≥ 4
Avant l'intervention	114 (85,71%)	19 (14,28%)
Après l'intervention, lors de l'appel téléphonique	88 (66,16%)	45 (33,83%)

TABLEAU 6 : Incidence des douleurs

III.3.B. NVPO retardées au domicile

- Incidence des NVPO

Il y a eu 12 (9,02%) patients ayant eu des NVPO. Pour 11 (8,27%) d'entre eux ces NVPO ont eu lieu à domicile. Un patient (0,75%) a présenté des NVPO en SSPI.

- Score d'Apfel et NVPO

Le tableau 7 présente le pourcentage des NVPO à 24 heures selon le score d'Apfel.

	Apfel 0	Apfel 1	Apfel 2	Apfel 3
NVPO à 24h	0	9 (13,04%)	1 (2,22%)	1 (100%)
Pas de NVPO à 24h	18 (100%)	60 (86,95%)	44 (97,78%)	0

TABLERAU 7 : Score d'Apfel et survenue de NVPO

Le tableau 8 présente la fréquence des NVPO selon le score d'Apfel modifié pour la chirurgie ambulatoire.

	Apfel modifié 0	Apfel modifié 1	Apfel modifié 2
NVPO à 24h	1 (3,33%)	6 (8,57%)	4 (12,12%)
Pas de NVPO à 24h	29 (96,67%)	64 (91,43%)	29 (87,88%)

TABLEAU 8 : Score d'Apfel modifié et survenue de NVPO

- Stratégie curative des NVPO

Aucun patient n'a bénéficié d'une prescription anticipée d'antiémétique. Le patient ayant eu des NVPO en SSPI a reçu une dose de 4mg d'Ondansétron.

III.3.C. La satisfaction par rapport à la prise en charge ambulatoire

La satisfaction était cotée en 4 degrés :

- 1 : patient satisfait
- 2 : patient plutôt satisfait
- 3 : patient plutôt insatisfait
- 4 : patient insatisfait

Il n'y a eu aucun patient insatisfait, cent (75,19%) patients satisfaits, 27 (20,30%) patients plutôt satisfaits et 6 (4,51%) patients plutôt insatisfaits.

Treize patients (9,77%) ont ressenti l'hospitalisation comme trop rapide.

Par contre, 115 (86,47%) patients se sont déclarés prêts à maintenir ce mode de prise en charge et 18 (13,53%) choisiraient une hospitalisation conventionnelle avec une nuit passée à l'hôpital.

Parmi les 13 patients ayant ressentie l'hospitalisation comme trop rapide, 10 (76,92%) choisiraient de nouveau une hospitalisation en ambulatoire, et 3 (23,08%) ne le feraient pas.

III.4. Analyse des variables

III.4.A. Facteurs de risque de NVPO

Les analyses statistiques ont recherché un lien entre survenue de NVPO et :

- Prescription de Tramadol en per opératoire,
- Prescription de Néfopam en per opératoire,
- Le groupe chirurgical,
- Le score d'Apfel,
- La durée d'anesthésie générale.

La seule variable étant statistiquement significative est l'appartenance au groupe chirurgical numéro 1 dans la survenue de NVPO.

Le groupe chirurgical numéro 1 comprend les cholécystectomies laparoscopiques, les chirurgies herniaires de la paroi abdominale, les chirurgies oesophagiennes (diverticule de Zencker et reflux gastro-oesophagien).

		Présence de NVPO	Absence de NVPO	
Score d'Apfel médián		1	1	p= 0,8816°
Durée d'AG (min) moyenne ±DS		79,55 ±30,91	73,76 ±40,98	p= 0,4596°
TRAMADOL opérateur	per	3 (27,27%)	24 (19,67%)	p= 0,6945*
NEFOPAM opérateur	per	9 (81,82%)	78 (63,93%)	p= 0,3287*
Groupe chirurgical	1	8 (72,73%)	38 (31,15%)	p= 0,0324*
	2	1 (9,09%)	27 (22,13%)	
	3	2 (18,18%)	57 (46,72%)	

TABLEAU 9 : Facteurs de risque de NVPO ; ° : Test de Mann-Withney ; * : Test de Fisher exact ; AG : Anesthésie Générale ; DS : Déviation Standard ; min : minutes.

III.4.B. Facteurs de risque de douleur

L'analyse statistique n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre le niveau de douleur lors de l'appel téléphonique et la prescription de kétoprofène per opératoire associée ou non à une infiltration d'anesthésique local. De la même manière, il n'a pas été mis en évidence de lien entre la douleur le lendemain de l'intervention et l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes chirurgicaux.

Par ailleurs, l'analyse du lien entre douleur lors de l'appel téléphonique et douleur avant l'intervention chirurgicale met en évidence une différence significative (tableau 10). C'est-à-dire que la douleur ressentie avant l'intervention entraîne une douleur postopératoire significativement plus importante.

		Douleur	Médiane	
		(mini/maxi)		
KETOPROFENE	Absence (n=65)	2 (0/8)		p= 0,5057 [^]
	Présence (n=68)	2 (0/7)		
KETOPROFENE sans infiltration d'AL	Absence (n=55)	2 (0/8)		p= 0,4192 [^]
	Présence (n=44)	2 (0/7)		
Groupe chirurgical	1	3 (0/7)		p= 0,1874 [^]
	2	2 (0/8)		
	3	2 (0/8)		
Gradient de douleur avant et après l'intervention		1 (-5/+8)		p<0,0001#

TABLEAU 10 : Facteurs de risque de douleur ; [^] : test de Kruskal-Wallis ; # : Test t de Student ; DS : Déviation Standard ; AL : Anesthésique Local.

III.4.C. Satisfaction et ambulatoire

Les analyses retrouvent une différence statistiquement significative pour 2 paramètres :

- La survenue de nausées postopératoires ($p=0,027$)
- Une hospitalisation vécue comme trop rapide ($p=0,0177$)

Il n'y a pas eu de lien retrouvé entre degré de satisfaction et douleur postopératoire ($p=0,078$).

Nous rappelons ici que la satisfaction était cotée en 4 degrés :

- 1 : patient satisfait
- 2 : patient plutôt satisfait
- 3 : patient plutôt insatisfait
- 4 : patient insatisfait

Il n'y a eu aucun patient insatisfait. Dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire l'objectif est de recueillir une satisfaction totale. C'est pourquoi les degrés 2 et 3 de satisfaction ont été regroupés. De plus ce regroupement permet une analyse statistique plus fiable en augmentant les effectifs.

Degré de satisfaction des patients		1 : Satisfaits	2 et 3 : Plutôt satisfaits et plutôt insatisfaits	
Nausées postopératoires (nombre de patients)	Absence	95 (71,43%)	27 (20,30%)	p= 0,0272[^]
	Présence	5 (3,76%)	6 (4,51%)	
Hospitalisation trop rapide (nombre de patients)	Non	94 (70,68%)	26 (19,55%)	p= 0,0177[^]
	Oui	6 (4,51%)	7 (5,26%)	
Douleur postopératoire (médiane (mini/maxi))		2 (0/8)	3 (0/8)	p= 0,0788[*]

TABLEAU 11 : Critères de satisfaction de la prise en charge ambulatoire ; [^] : test de Kruskal-Wallis ; * : Test de Fisher exact.

IV. DISCUSSION

Ce travail observationnel a montré l'excellente satisfaction des patients pris en charge en ambulatoire au CAH du CHRU de Lille. Les principaux éléments interférant dans cette satisfaction sont :

IV.1. Analgésie postopératoire

L'évaluation de la douleur réalisée était une auto-évaluation par ENS lors d'un appel téléphonique réalisé par le même opérateur pour l'ensemble des patients.

Seule la présence d'une douleur en préopératoire augmentait le risque d'un niveau de douleur plus important au domicile.

Par ailleurs, la prise d'antalgiques n'était pas systématique au domicile. Toutefois le recours au médecin traitant pour un complément de prescription était nécessaire pour environ 10% des patients. Parmi les traitements antalgiques administrés au bloc opératoire, aucun n'a prouvé une supériorité.

La douleur préopératoire est un critère connu et classique d'augmentation de l'intensité de la douleur en postopératoire (4,5). Son dépistage est essentiel afin d'adapter au mieux les stratégies antalgiques péri-opératoires.

Une méta-analyse (6) réalisée en chirurgie ambulatoire montrait que les facteurs de risque de douleur intense après l'acte chirurgical dépendaient du type de chirurgie, de la durée de l'acte opératoire et de l'index de masse corporelle. Aucun de ces critères n'a été retrouvé dans ce travail.

L'enquête téléphonique limitait la possibilité d'une évaluation fine de la douleur postopératoire. En particulier, elle ne permettait pas l'utilisation d'échelles plus complexes évaluant la composante neuropathique et psychosociale de la douleur (7). Notre méthode d'évaluation de la douleur explique en partie que les facteurs de douleurs intenses observées en chirurgie ambulatoire n'aient pas été retrouvés.

Par ailleurs aucune distinction n'a été réalisée entre les patients qui rappelaient leur médecin traitant avec une modification du traitement antalgique et ceux qui n'avaient suite à cet appel pas de changement de thérapeutique. Il pourrait alors s'agir pour le patient d'une forme de réassurance auprès d'un praticien personnel pouvant rentrer dans le cadre de l'aspect émotionnel et affectif de la douleur.

Notre étude se limitant au rappel du lendemain, il n'a pas été répertorié la durée de la douleur et son impact fonctionnel. Beauregard et collaborateurs (8) observaient dans leur travail une difficulté à réaliser des activités domestiques jusqu'au septième jour postopératoire.

Pour ce qui est des protocoles de prise en charge de la douleur, les données sont en accord avec ceux d'Ong et Seymour (9). En particulier, les AINS ne semblaient pas modifier la qualité de la prise en charge de la douleur par rapport aux patients qui n'en recevaient pas.

En chirurgie orthopédique ambulatoire (10), le nombre de patients se plaignant de douleurs sévères a été divisé par deux (21% versus 42%) après mise en place de protocoles d'analgésie multimodale. Ce qui confirme l'importance d'une prise en charge multimodale de la douleur.

L'observance des prescriptions antalgiques au domicile est complexe à évaluer dans les études de chirurgie ambulatoire.

En hospitalisation conventionnelle les patients douloureux ne reçoivent pas l'intégralité du traitement antalgique prescrit. Il est estimé que seulement 50% des patients douloureux reçoivent leur antalgiques (11). Ceci est essentiellement expliqué par la prise d'antalgiques en présence d'une symptomatologie douloureuse et non en anticipation avec une administration de manière systématique.

L'ensemble de ces données démontre l'importance d'une prise en charge adaptée de la douleur postopératoire en chirurgie ambulatoire. La nécessité d'une évaluation préopératoire, la rédaction de protocoles de prise en charge multimodale, avec une adaptation des traitements antalgiques selon le terrain et le type de chirurgie réalisée. On note également l'importance d'une information claire sur les prescriptions d'analgésiques postopératoires et leur modalité d'administration.

IV.2. NVPO

Dans ce travail, l'incidence des NVPO était peu importante au domicile (9%) et quasi nulle en SSPI (0,7%).

Le type de chirurgie influençait la survenue de NVPO, notamment les chirurgies digestives (hernie de paroi abdominale, cure de reflux gastro-oesophagien, résection de diverticule de Zencker et cholécystectomie coelioscopique).

Les traitements antalgiques tels que tramadol et néfopam, le score d'Apfel et la durée d'anesthésie n'influençaient pas le taux de NVPO.

Dans une méta-analyse publiée en 2012 Apfel et collaborateurs (12) retrouvaient comme facteurs de risque de NVPO en lien avec l'anesthésie la durée d'intervention ce qui n'a pas été observé dans notre travail. En revanche, elle confirmait l'influence de la chirurgie coelioscopique gynécologique ou non et de la cholécystectomie.

La chirurgie gynécologique n'étant pas prise en charge au CAH, cette intervention ne pouvait être retrouvée comme facteur de risque de NVPO dans notre série.

Très récemment, Apfel et collaborateurs (13) reportaient une incidence des NVPO après chirurgie ambulatoire de 37,1% ce qui est nettement plus élevé que celle de notre population. Cette différence est expliquée par un nombre de patients plus important. 2400 patients étaient inclus dans 12 centres nord américains. D'autre part les prophylaxies antiémétiques utilisées étaient pour l'essentiel des antagonistes de la sérotonine (Sétrons) dont les plus couramment utilisés n'ont pas une durée de vie suffisante pour couvrir la période des 24 à 48h postopératoire qui est la période où la fréquence des NVPO est la plus importante.

Dans notre étude, 33% des patients ont reçu une prophylaxie antiémétique contenant un glucocorticoïde (Dexaméthasone) permettant une prévention jusqu'à 36h après le geste opératoire.

Les NVPO représentent un des effets aduerses le plus fréquent et le plus redouté après une anesthésie générale. L'incidence des NVPO est de l'ordre de 30% (14). Chez les patients les plus à risque, elle peut atteindre 80%. Il est ainsi estimé qu'un épisode de vomissement prolongé de 30 minutes le séjour des patients en salle de soins post-interventionnelle (SSPI) (15). Dans ce cadre notre étude retrouve un pourcentage tout à fait satisfaisant puisque le taux de NVPO était de 9% au domicile et qu'il n'y avait qu'un épisode de NVPO en SSPI (0,7%). Cependant l'absence de NVPO est considérée comme essentielle par les patients, il est donc impératif de rechercher et de traiter les NVPO lors de l'hospitalisation et de les prévenir lors du retour à domicile.

Des scores de risque de NVPO ont été développés, le plus utilisé est le score simplifié d'Apfel et collaborateurs (16). Il est composé de quatre critères : femme, antécédents de NVPO ou de mal des transports, non-fumeur, utilisation d'opiacés en postopératoire. Dans notre étude ce score est faible pour la plupart des patients avec une médiane à 1 pour un score coté entre 0 et 4. D'autres facteurs sont associés à une incidence élevée de NVPO comme certaines chirurgies : chirurgie mammaire, ophtalmologique, ORL, digestive et gynécologique. Dans notre étude c'est le regroupement de chirurgies digestives qui a eu le taux le plus élevé de NVPO.

Très récemment, un score de risque de nausées et vomissements au domicile a été proposé regroupant le sexe féminin, l'âge inférieur à 50 ans, des antécédents de NVPO, l'utilisation d'opiacés en SSPI et la survenue de nausées en SSPI (13).

La prophylaxie est la première étape pour minimiser le risque de NVPO. La mise en place d'une procédure avec l'accord de l'ensemble de l'équipe d'anesthésie apparaît comme le garant d'une prise en charge satisfaisante (17). L'association des antiémétiques a révélé des effets additifs que ce soit pour la prévention ou le traitement des NVPO. Chaque agent réduit le risque de NVPO d'environ 25% (18).

Les molécules utilisées en prophylaxie dans notre étude sont la dexaméthasone et le dropéridol.

La dexaméthasone est un glucocorticoïde avec une durée d'action de 36 à 54h. Il est indiqué dans le traitement des NVPO retardées ce qui lui donne une place de choix en ambulatoire. A la posologie de 8mg administrée au bloc opératoire après l'induction, la dexaméthasone a permis de réduire l'importance des nausées et l'incidence des vomissements entre 24h et 48h après chirurgie laparoscopique gynécologique ou thyroïdectomie réalisée en ambulatoire (19).

Pour ce qui est du dropéridol, chez des patientes opérées d'une chirurgie laparoscopique en ambulatoire, le dropéridol était associé à une réduction des NVPO jusqu'à la 24^{ème} heure lorsque comparé à un placebo (20).

Seul un patient a bénéficié d'un traitement par ondansétron pour un traitement curatif des NVPO survenues en SSPI.

L'arsenal thérapeutique existant pour la prise en charge des NVPO ne se limite pas à ces trois molécules.

Dans le cadre de l'ambulatoire, prévenir la survenue de NVPO à plus long terme avec l'utilisation de molécules à demi-vie d'élimination plus longue peut être une piste intéressante. Notamment le palonosétron caractérisé par une demi-vie

d'élimination de 40h qui à la posologie intra veineuse de 0,075mg réduit l'incidence des nausées et des vomissements jusqu'à la 72^{ème} heure après une procédure chirurgicale (19).

L'aprépitant, un antagoniste des récepteurs à la neurokinine, à la dose de 40mg s'est montré supérieur à l'ondansétron 4mg après chirurgie gynécologique ambulatoire en termes d'absence de nausées, de vomissements et de recours à une autre classe d'antiémétiques (21).

La scopolamine transdermique avec une administration prolongée pendant 72 heures est intéressante. Mais son utilisation est limitée par ses effets secondaires caractérisés par une sécheresse buccale, des troubles visuels, une confusion, des hallucinations. Toutefois, la Société pour l'Anesthésie Ambulatoire a positionné la scopolamine transdermique comme un des agents de première et seconde intention pour la prise en charge des NVPO précoces et retardés (22).

Devant l'absence de relation entre score d'Apfel et survenue de NVPO, ainsi que la survenue principalement retardée des NVPO et donc échappant au regard de l'équipe d'anesthésie, il semble raisonnable de proposer une prophylaxie systématique avec deux antiémétiques en cas de chirurgie ambulatoire.

L'évaluation du risque de NVPO en préopératoire permet d'identifier les patients avec un score d'Apfel supérieur ou égal à trois. Ces derniers devront alors bénéficier de l'adjonction d'un troisième antiémétique.

IV.3. Satisfaction

Dans ce travail, l'évaluation de la satisfaction était basée sur une échelle à 4 valeurs : 1 : Satisfait ; 2 : Plutôt satisfait ; 3 : Plutôt insatisfait ; 4 : Insatisfait.

Elle s'appuie sur les recommandations de Monino et collaborateurs (23) qui montraient l'intérêt des échelles non paramétriques. La majorité des patients (95%) était plutôt satisfait ou satisfait de leur prise en charge ambulatoire.

Toutefois l'analyse statistique a été réalisée en regroupant les patients plutôt insatisfaits et plutôt satisfaits. Il a été considéré que d'être plutôt satisfait correspond déjà à une déception par rapport à la prise en charge ambulatoire. Il n'y avait par ailleurs aucun patient insatisfait.

Ce résultat correspond aux données de l'étude de Marchal portant sur deux-cent-dix-neuf patientes opérées de cancer du sein. Dans cette série, seuls 90,8% des patientes recommandaient la chirurgie ambulatoire (24).

Pour Audenet et collaborateurs, la prise en charge des patients en chirurgie urologique révélait que 24% d'entre eux auraient préféré une hospitalisation conventionnelle (25). Cette proportion est nettement supérieure à notre résultat.

Les critères associés à la satisfaction des patients étaient :

- La présence de NVPO
- L'impression d'une hospitalisation trop rapide

- Le patient douloureux a tendance à ne pas vouloir réitérer une intervention en ambulatoire et ce avec un taux quasi significatif.

Ces facteurs ne sont pourtant pas systématiquement identifiés dans la littérature. Dans une cohorte de 241 patients, Lemos et collaborateurs ont identifié la douleur comme critère de non satisfaction mais pas les NVPO (26).

De même, l'étude de Debaecker retrouvait une satisfaction globale de 100% dans la prise en charge ambulatoire de l'extraction des dents de sagesse. Pourtant 9,2% des patients auraient préféré une hospitalisation conventionnelle selon les critères suivants : le stress de l'accompagnant, la douleur postopératoire mais pas les NVPO (27).

En revanche nos résultats sont en accord avec le fait que les NVPO et la douleur postopératoire sont les principales causes d'insatisfaction des patients anesthésiés et de retard de sortie ou de ré-hospitalisation des patients ambulatoires (28).

Si l'on considère le critère d'une sensation d'hospitalisation trop rapide, il est à différencier d'un refus de l'ambulatoire. En effet, sur les 7 patients « plutôt satisfait » et « plutôt insatisfait » qui ont eu ce ressenti, seuls 5 patients refuseraient une hospitalisation en ambulatoire pour une éventuelle prochaine intervention. Il faudrait alors peut-être considérer que seules quelques heures de plus en hospitalisation auraient suffi à satisfaire entièrement ces patients.

L'appel du lendemain n'est pas spécifié dans les recommandations formalisées d'experts (3), il est néanmoins « recommandé d'assurer le suivi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients après leur sortie ». Les modalités de ce suivi

sont peu évaluées dans la littérature mais pour Young (29), cela semble être une mission de l'infirmier de secteur d'ambulatoire.

Pour les patients ayant eu recours au médecin traitant concernant les prescriptions, la question permettant d'évaluer la nécessité de cette visite n'a pas été posée. Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de publication sur cet aspect de l'étude. Il est simplement signalé que l'appel téléphonique est plébiscité par les patients (30). Cette méthode de suivi est adaptée et peu coûteuse. Cooper et collaborateurs, sur une série de quatre-cent-soixante-neuf patients, démontraient que seul 1% des patients préféraient une visite à J1 plutôt qu'un appel téléphonique (31). Certains auteurs proposent un contact par courriels associé à l'appel téléphonique (32).

IV.4. Limites de l'étude

Cette étude montre un certain nombre de limites qui doivent être soulignées.

Au CAH les actes pris en charge ne comprennent pas des chirurgies très spécifiques de l'ambulatoire comme la chirurgie gynécologique ou la chirurgie orthopédique.

Cependant le nombre important d'actes réalisés au CAH implique une grande disparité des actes chirurgicaux avec des problématiques postopératoires différentes. Bien que la prise en charge ambulatoire soit le dénominateur commun à tous nos patients, la spécificité de chaque acte chirurgical induit des variations sur les données observées. Ces variations sont le fait de l'organe impacté par la chirurgie ainsi que de la population ayant recours à tel ou tel type de chirurgie.

Il n'était cependant pas possible de regrouper les patients par type de chirurgies car les effectifs auraient été trop faibles.

L'interprétation des résultats en particulier pour ceux à la limite de la significativité, doit être prudente au regard de la diversité de la population étudiée. Une évaluation complémentaire est nécessaire pour valider ou non certaines hypothèses dans la prise en charge des patients ambulatoires au CAH. Il s'agit également d'une étude monocentrique dont les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres centres ambulatoires même si certains critères comme les NVPO et la douleur sont non contestables.

Enfin la population étudiée concernait uniquement des patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale. Il est probable que les données sur les NVPO et la douleur postopératoire auraient été différentes dans une étude mêlant anesthésie locorégionale et anesthésie générale.

V. CONCLUSION

Cette étude met en avant certains points de vigilance en ce qui concerne l'ambulatoire. Tout d'abord il faut rappeler l'importance de la prise en charge de la douleur et des NVPO. Ces deux critères conditionnent la satisfaction des patients. Cette satisfaction doit être le premier objectif pour une prise en charge ambulatoire réussie.

Il faut qu'il y ait une anticipation de la douleur et des NVPO. Cette anticipation ainsi que l'évolution de l'ambulatoire passent par la standardisation des pratiques et le repérage des patients à risque.

Notons par ailleurs l'importance du critère humain dans une prise en charge visant l'efficacité. Dans ce contexte, les personnels paramédicaux ont toute leur place. Notamment les infirmiers auxquels incombe aujourd'hui la tâche du rappel du lendemain.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) La chirurgie sans hospitalisation. Conférence de consensus, Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée, mars 1993.
- (2) Socle de connaissance « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ». HAS et ANAP 2012.
- (3) Recommandations Formalisées d'Experts. « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire ». SFAR 2009.
- (4) A-S. Poisson-Salomon et al. Facteurs explicatifs de la douleur postopératoire : caractéristiques des patients et pratiques professionnelles. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, septembre 2005 ; 53 : 47-56.
- (5) Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonsel GJ, Grobbee DE, Moons KGM. Preoperative prediction of severe postoperative pain. Pain 2003; 105: 415-23
- (6) Rudkin G, Rudkin A. Ambulatory surgery acute pain management: A review of the evidence. Acute Pain 2005; 7: 41-49.
- (7) D. Benhamou. Evaluation de la douleur postopératoire. AFAR 1998 ; 17 : 555-578.
- (8) Beauregard L, Pomp A, Choiniere M. Severity and impact of pain after day-surgery. Canadian Journal of Anesthesia 1998; 45: 304-11.
- (9) Ong KS, Seymour RA. Maximizing the safety of nonsteroidal anti-inflammatory drug use for postoperative dental pain: an evidence-based approach. Anesth Prog 2003; 50:62-74.
- (10) Robaux S, Coulibaly Y, Konaté B, Boileau S and al. Impact des modalités de prescriptions d'antalgiques sur la douleur postopératoire après chirurgie de la main réalisée en urgence en hospitalisation de jour. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2002 ; 22 : 691-696.
- (11) De Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ. A pain monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. Pain 2000; 89:25-38
- (12) Apfel C, Heidreich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, Zhang K, Cakmakkaya OS. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth 2012;109:742-53.

- (13) Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Who is at risk for post discharge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology* 2012 ; 117:475-86.
- (14) Gan TJ. Postoperative nausea and vomiting: can it be eliminated? *JAMA* 2002;287:1233-6.
- (15) Habib AS, Chen YT, Taguchi A, Hu XH, Gan TJ. Postoperative nausea and vomiting following inpatient surgeries in a teaching hospital: a retrospective database analysis. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1093-9.
- (16) Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology* 1999; 91: 693-700.
- (17) Mayeur C, Robin E, Kipnis E, Vallet B, Andrieu G, Fleyfel M, Petillot P, Lebuffe G. Impact of a prophylactic strategy on the incidence of nausea and vomiting after general surgery. *AFAR* 2012; 31: e53-7.
- (18) Apfel CC, Korttila K, Abdalia M, Kerger H, Turan A, Vedder I, Zernak C, Danner K, Jokela R, Pcock SJ, Trenkler S, Kredel M, Biedler A, Sessler DI, Roewer N; IMPACT investigators. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2004; 350: 2441-51.
- (19) Melton MS, Klein SM, Gan TJ. Management of postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011; 24: 612-9.
- (20) Wang TF, Liu YH, Chu CC, Shieh JP, Tzeng JI, Wang JJ. Low-dose haloperidol prevents post-operative nausea and vomiting after laparoscopic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 280-4.
- (21) Diemunsch P, Gan TJ, Philip BK, Girao MJ, Eberhart L, Irwin MG, Pueyo J, Chelly JE, Carides AD, Teiss T, Evans JK, Lawson FC: Aprepitant-PONV Protocol 091 International Study Group. Single-dose aprepitant vs ondansetron for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a randomized, double-blind phase III trial in patients undergoing open abdominal surgery. *Br J Anaesth* 2007; 99 : 201-11.
- (22) Gan TJ, Meyer TA, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, Habib AS, Hooper VD, Kovac AL, Kranke P, Myles P, Philip BK, Samsa G, Sessler DI, Temo J,

Tramer MR, Vander Kolk C, Watcha M; Society for Ambulatory Anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2007;105 : 1615-28.

- (23) Molino JL, Cavagna E. Indice de satisfaction: conceptualisation et mise en application dans le cadre de la chambre de commerce et d'industrie de Montpellier. *Faculté des sciences économiques de Montpellier* 1.
- (24) Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L and al. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 2005; 31: 495-499.
- (25) Audenet F, Cornu JM, Maillet M, Lukacs B and al. Évaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en urologie: expérience d'un centre. *Progrès en urologie* 2011 ; 21 : 354-359.
- (26) Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J and al. Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia* 2009; 21: 200-205.
- (27) Debaecker L. Anesthésie ambulatoire et satisfaction des patients après extraction de dents de sagesse au Centre Hospitalier de Seclin. Avril 2012.
- (28) Capron B, Lescut C, Garot M, Etghen S, Lebuffe G. NVPO en chirurgie ambulatoire: tolérance zéro?. *MAPAR* 2013.
- (29) Young CM. The postoperative follow-up phone call: an essential part of the ambulatory surgery nurse's job. *J Post Anesth Nurs* 1990; 5: 273-275.
- (30) Fallis, Scurra. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit vs telephone follow-up. *Canadian Journal of Surgery* 2001.
- (31) Cooper, Meyer. Outpatient ophthalmic plastic surgery: outcomes and patient satisfaction using initial postoperative telephone call follow-up. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2000.
- (32) Ellis J, Allan Klock P, Mingay D, Roizen M. Use of Electronic Mail for Postoperative Follow-up after Ambulatory Surgery. *Journal of Clinical Anesthesia* 1999; 11:136 -139.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de rappel du lendemain destiné aux infirmiers

Etiquette d'identification du patient

Type d'intervention

Date du BO

Nom de l'opérateur

Nom de l'anesthésiste

Remarque per opératoire :

Appel du lendemain :

1 : Quelle a été la qualité de votre sommeil après l'intervention ?

2 : Avez-vous eu des nausées ou des vomissements, avez-vous pu reprendre une alimentation normale ?

3 : Avez-vous mal ?

Si oui : a) Quel médicament avez-vous pris ?

b) A quelle dose ?

4 : Etes-vous satisfait du déroulement de votre hospitalisation ?

5 : Avez-vous des questions ou des remarques particulières ?

ANNEXE 2 : Lettre d'information du patient

Madame, monsieur,

Vous allez bénéficier d'une intervention sous anesthésie générale en ambulatoire.

Dans le cadre d'une amélioration des soins et de la qualité de la prise en charge, une personne attachée à l'équipe d'anesthésie réanimation vous rappellera le lendemain de votre intervention.

Vous serez alors invité à répondre à une série de questions nous permettant d'analyser nos techniques de soins. Toutes les données vous concernant sont couvertes par le secret médical, aucune information personnelle ne sera divulguée. Cet appel sera bien sûr pour vous l'occasion de nous exprimer vos problèmes depuis votre retour à domicile.

Les réponses à ce questionnaire seront utilisées pour la réalisation d'une étude dans le cadre d'une thèse de docteur en médecine.

Sarah Vanco interne d'anesthésie-réanimation

ANNEXE 3 : Formulaire de recueil des données

DONNEES PRE ET PER OPERATOIRES

ADMINISTRATIF

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Distance hôp-domicile	
Type de chirurgie	
Date du bloc opératoire	

SCORE MODIFIE D'APFEL

Sexe féminin	
Non tabagique	
ATCD NVPO ou mal des transports	
Morphine en postopératoire	
SNG en post opératoire	

PEROPERATOIRE

P1 : Utilisation d'un curare?
Oui
Non
P1b : Si oui, y a-t-il eu antagonisation?
P2 : Utilisation d'halogénés?
Oui
Non
P3 : Utilisation de protoxyde d'azote?
Oui
Non
P4 : Quelle prévention des NVPO a été faite ?
Corticoïdes
Droleptan
Zophren
Rien
P5 : Type de morphinique utilisé?
Sufentanil
Alfentanil
Remifentanil
Autre
P6 : Durée de l'intervention?
P7 : Temps passé en SSPI ?
P8 : Antalgiques utilisés en fin d'intervention ou en SSPI ?

NVPO

N1 : Y a-t-il eu des nausées en salle de réveil ?
Oui
Non
N1b : Si oui quel traitement a-été mis en place ?
N2 : Y a-t-il eu des vomissements en salle de réveil ?
Oui
Non
N2b : Si oui quel traitement a-été mis en place ?

APPEL TELEPHONIQUE

NVPO

N3 : Depuis votre retour à domicile, avez-vous eu des nausées ?
Oui
Non
N3b : Si oui, de 0 à 10 quelle est l'intensité de ces nausées ?
N3t : Si oui, quel traitement avez-vous pris ?
N4 : Depuis votre retour à domicile, avez-vous eu des vomissements ?
Oui
Non
N4b : Si oui, combien ?
Un épisode
Plusieurs épisodes
N4t : Si oui, quel traitement avez-vous pris ?

DOULEUR

D1 : Quel était votre niveau de douleur avant le bloc opératoire ? (donnez un chiffre de 0 à 10, 0 : aucune douleur 10 : douleur insupportable)
ENS :
D2 : Quel est actuellement votre niveau de douleur ?
ENS :
D3 : A quel moment votre douleur a-t-elle été le plus intense ?
A votre retour à domicile Heure :
Au cours de la nuit Heure :
Le lendemain matin Heure :
Le lendemain après-midi Heure :
Vous n'avez jamais eu mal
D4 : Quel recours avez-vous eu pour soulager votre douleur ? (précisez le type de médicament pris)
Ordonnance reçue à l'hôpital
Médecin traitant

Automédication
Appel de l'hôpital
Vous n'avez pas pris de médicament

TROUBLES COGNITIFS

T1 : Avez-vous rencontré des difficultés dans une ou plusieurs de ces activités ?
Difficultés de concentration
Lecture
Ecriture
Conversation de la vie courante
Appel téléphonique
Vous n'avez rencontré aucune difficulté
Autre
T2 : Quelle a-t-été la qualité de votre sommeil la nuit suivant l'intervention ?
Inchangée par rapport à avant l'intervention
Bonne
Mauvaise

SATISFACTION

S1 : Comment qualifiez-vous votre accompagnement lors de votre séjour à l'hôpital ?
Bon
Plutôt bon
Plutôt mauvais
Mauvais
S2 : Seriez-vous prêt à refaire une intervention en ambulatoire ?
Oui
Non
S3 : Comment avez-vous trouvé votre entourage proche au cours de ces dernières 24h ?
Stressé, anxieux
Absent
De bonne compagnie
Nsp
Autre
S4 : Indice de satisfaction globale quant à l'anesthésie en ambulatoire :
Satisfait
Plutôt satisfait
Plutôt insatisfait
Insatisfait

CHIRURGIE

C1 : Commentaires liés à un problème chirurgical :

AUTEUR : Vanco

Sarah

Date de Soutenance : 12 septembre 2013

Titre de la Thèse : Effets adverses et niveau de satisfaction des patients après anesthésie ambulatoire. Une enquête sur 4 mois au Centre Ambulatoire Huriez du CHRU de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES d'anesthésie réanimation

Mots-clés : Ambulatoire – Satisfaction – Nausées et vomissements postopératoires – Douleur postopératoire

Résumé :

L'anesthésie ambulatoire est en plein essor. Poussée par une volonté tant médicale qu'économique, l'évaluation de la satisfaction des patients à leur domicile fait partie du processus d'amélioration de nos pratiques.

Au Centre Ambulatoire Huriez entre avril et juillet 2011, 133 patients ont été soumis à un questionnaire téléphonique. Ce questionnaire s'articulait autour de trois thèmes : nausées et vomissements post opératoires (NVPO), douleur et satisfaction. Ces informations étaient complétées de données pré, per et post opératoires recueillies via le dossier informatisé du patient.

Pour ce qui est de la douleur, aucune prise en charge antalgique per opératoire n'a montré sa supériorité dans le traitement de la douleur, notamment l'adjonction d'AINS ($p=0,5057$). Les patients porteur d'un syndrome douloureux pré opératoire apparaissaient plus algiques en post opératoire que les non douloureux ($p<0,0001$).

Le taux de NVPO était de 9,02%. Le risque était majoré chez les patients opérés de chirurgies herniaires de la paroi abdominale, d'une chirurgie oesophagienne (reflux gastro-oesophagien, diverticule de Zencker) et d'une cholécystectomie laparoscopique. Le score d'Apfel ($p=0,8816$) et la durée d'anesthésie générale ($p=0,4596$) ne modifiaient pas l'incidence des NVPO.

Les patients satisfaits et plutôt satisfaits représentaient 95,49% de la population évaluée. Il n'y a eu aucun patient insatisfait. Le niveau de satisfaction dépendait de la présence ou non de NVPO ($p=0,0272$), de douleur ($p=0,0788$) et de l'impression d'une hospitalisation ressentie comme trop rapide ($p=0,0177$).

La douleur et les NVPO conditionnent la satisfaction des patients opérés en ambulatoire. Ces deux effets adverses doivent être prévenus en standardisant les pratiques et en identifiant les patients à risque.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le professeur Jean-Pierre Triboulet

Assesseurs : Monsieur le professeur Benoît Tavernier, monsieur le professeur Gilles Lebuffe

Directrice de thèse : Madame le docteur Nadine Ruolt