ECOLE REGIONALE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

EVALUATION DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE A J+1 DES PATIENTS DU SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE POITIERS

Par

Charlène TEIXEIRA

Sous la direction de:

Dr BAUDOUIN Didier

Médecin Anesthésiste Réanimateur - CHU de Poitiers

Madame SERGENT Dominique

Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat - CHU de Poitiers

Septembre 2016

UE 7: MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail et plus particulièrement :

Dr Didier BAUDOUIN, médecin anesthésiste réanimateur du CHU de Poitiers, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa grande gentillesse.

Me Dominique SERGENT, infirmière anesthésiste diplômée d'état du CHU de Poitiers, pour son implication, son aide précieuse et son soutien constant.

Je remerciement également :

Mr Philippe PELLETIER, cadre formateur de l'Ecole Régionale d'Infirmier d'Anesthésie Diplômé d'Etat du CHU de Poitiers et Me Catherine ROUAULT, ancienne directrice de cet institut de formation , pour leur professionnalisme et leur aide précieuse pour la poursuite de mes études.

A mon fils Emeth, mon « tout petit » qui a grandi en même temps que moi durant cette formation. Qui a participé « in utéro » à ma première année de formation. Qui a été ma force durant la fin de mes études.

A mes parents qui ont toujours cru en moi et qui m'ont énormément soutenu.

Au reste de ma famille, mon frère Jérémy et à sa femme, mes sœurs Ludivine et Roxane ainsi que leurs conjoints.

A mes neveux et niéces, Raïhane, Ruben, Eloi, Jihane, Assia, Iliana.

A mes amis proches, Laetitia , Stéphanie, Vanessa, Stéphane …

A mes amies de promotion, ma binôme Isabelle et Danielle, Lucille et Marie ainsi qu'à toute ma 2ième promotion, qui ont été compréhensif et très aidant.

« La force qui fait le plus de fois le tour de la terre en une seconde, ce n'est pas l'électricité, c'est la douleur. »

Marcel PROUST.1927

« La douleur se rendra de bien meilleure composition à qui lui tiendra tête. Il se faut opposer et bader contre. »

MONTAIGNE Essais I.14

GLOSSAIRE

AG : anesthésie générale

ALR : anesthésie loco-régionale

ASA : American Society of Anesthesiologists

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EN : évaluation numérique

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

SOMMAIRE

INTRODUCTION ---------- 1

MATERIEL ET METHODE ---------- 3

1-TYPE D'ETUDE ---------- 3

2-OBJECTIFS DE L'ETUDE ---------- 3

3-CRITERES D'INCLUSION ---------- 3

4-CRITERES DE NON INCLUSION ---------- 3

5-CRITERES D'EXCLUSION ---------- 4

6-METHODOLOGIE ---------- 4

RESULTATS ---------- 7

1-DONNEES DEMOGRAPHIQUES ---------- 8

2-RESULTATS OBJECTIF PRINCIPAL ---------- 9

3-RESULTATS OBJECTIFS SECONDAIRES ---------- 12

DISCUSSION ---------- 15

1-DONNEES DEMOGRAPHIQUES ---------- 15

2-RESULTATS OBJECTIF PRINCIPAL ---------- 16

3-RESULTATS OBJECTIFS SECONDAIRES ---------- 18

LIMITES ET BIAIS ---------- 20

PROPOSITIONS ---------- 21

CONCLUSION ---------- 22

BIBLIOGRAPHIE ---------- 23

ANNEXES ---------- 25

INTRODUCTION

La «douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle… » [1]. Sa prise en charge fait partie d'une des priorités de santé publique comme en témoigne l'application de plusieurs plans anti douleur depuis 1998 [2].

Aujourd'hui le système de santé propose à ses usagers un certain nombre de prise en charge médicale et de mode d'hospitalisation en adéquation avec leur état de santé.

La chirurgie ambulatoire en fait partie. Ce Mode d'hospitalisation innovant et décrit comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle, connait un véritable engouement et une réelle satisfaction des patients y ayant eu recours [3]. Son taux d'activité progresse chaque année pour atteindre en 2014 en France 44,9% de l'activité chirurgicale programmée [4]. C'est ainsi qu'avec l'évolution constante des techniques chirurgicales et anesthésiques que ce type d'hospitalisation est proposé pour de plus en plus de gestes chirurgicaux au potentiel post opératoire douloureux.

Hormis les critères d'éligibilités associés à ce type de prise en charge, le seul frein rencontré actuellement est la gestion des suites opératoires plus précisément la douleur [5]. La maitrise totale de cette dernière est essentielle dès lors qu'une hospitalisation et une chirurgie sur le mode ambulatoire est envisagée.

Les recommandations formalisées d'expert préconisent une prise en charge optimale dès la consultation d'anesthésie. Elles y recommandent la nécessité de sensibiliser et d'informer ainsi que la délivrance d'une prescription médicale d'antalgiques pour le soulagement des douleurs post opératoires [5]. Si la chirurgie ambulatoire permet, par définition, le retour du patient à son domicile le jour même de son intervention ; la gestion de la douleur post opératoire doit être anticipée, gérée et traitée sur les mêmes principes qu'une hospitalisation classique. Sa prise en charge sera évidemment adaptée. Lors d'une hospitalisation en ambulatoire, le patient, ainsi sorti du «circuit » conventionnel, devient le seul acteur de la gestion de ses suites opératoires et tout particulièrement de la gestion de sa douleur. Un cadre réglementaire régit le parcours du patient, de la consultation pré anesthésique jusqu'au suivi post opératoire du lendemain de son intervention (Annexe 2).

Ainsi le suivi post opératoire des 24 heures est fait au travers d'un appel téléphonique.

Actuellement, au CHU de Poitiers, les agents administratifs du service de chirurgie ambulatoire sont en charge de cette surveillance qui est consignée selon 5 items (Annexe 3).

De fait, plusieurs questions se posent :

1-Qu'en est il de la douleur à la sortie de l'hôpital ?

2-Qu'en est il de la douleur à J+1 ?

3-Existent-ils des différences notables selon les spécialités chirurgicales ?

Pour y répondre, nous avons souhaité faire un état des lieux de la situation de la douleur post opératoire à J+1 des patients de chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers.

MATERIEL ET METHODE

1-TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive, mono centrique, prospective.

2-OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

PRINCIPAL

- Evaluation de la douleur post opératoire à J+1 des patients du service de chirurgie ambulatoire.

SECONDAIRES

- Observer les différences selon les spécialités chirurgicales à J+1.
- Les recommandations formalisées d'expert sur la prise en charge analgésique post opératoire du patient en ambulatoire sont elles appliquées de façon optimales ?

3-CRITÈRES D'INCLUSION

- Patient adulte âgé d'au moins 15 ans
- Patient éligible à l'hospitalisation en ambulatoire
- Patient programmé pour une intervention chirurgicale sous anesthésie générale (AG) et /ou anesthésie locorégionale (ALR)
- Consultation pré-anesthésique obligatoire
- Patient opéré au CHU de Poitiers

4-CRITÈRES DE NON INCLUSION

- Patient âgé de moins de 15 ans
- Patient sans consultation pré-anesthésique
- Patiente de gynécologie (IVG, Essure …)
- Patient d'ophtalmologie sous anesthésie locale
- Patient de radiologie interventionnelle et radiologie diagnostique
- Patient douloureux chronique
- Patient toxicomane
- Patient sous tutelle, curatelle

- Patient non communiquant
- Patient non francophone

5-CRITÈRES D'EXCLUSION

- Absence de réponse à l'appel du lendemain
- Hospitalisés pour raison médicale
- Données manquantes

6-MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été menée sur une période de 9 semaines, allant du 19 octobre 2015 au 16 décembre 2015 dans l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers.

Elle s'est déroulée en deux temps différents :

1- Un premier recueil correspondant à la sélection des patients le jour même de leur intervention et en fonction de nos critères d'inclusion et de non inclusion (Annexe 3). Ce recueil a permis ainsi la collecte de données patients c'est-à-dire l'identité, la date de naissance, les antécédents significatifs, la classe ASA, le type d'intervention, l'échelle numérique (EN) en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et en service de chirurgie ambulatoire ainsi que l'ordonnance de sortie.

DEROULEMENT PREMIER RECUEIL

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI	A partir de 18 heures, sélection des patients en fonction de nos critères d'inclusion et de non inclusion. Recueil de toutes les données comme citées précédemment.
VENDREDI	Aucune sélection. Le suivi post opératoire des patients du jour est fait le lundi et ne correspond pas à notre critère d'évaluation à j+1.

2- Un deuxième recueil correspondant à l'appel du lendemain des patients sélectionnés la veille. Permettant de recueillir l'EN à J+1, les traitements antalgiques et la fréquence de leur prise ainsi que les données manquantes non recueillies la veille (Annexe 3).

DEROULEMENT DEUXIEME RECUEIL

LUNDI	Aucun appel. (J+3 des interventions et ne correspond à notre critère d'évaluation)
MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI	A partir de 9heures, appel des patients sélectionnés la veille. évaluation de la douleur à J+1

Pour la réalisation de cette étude, il nous a été indispensable de nous mettre dans les mêmes conditions techniques, structurelles et organisationnelles que les agents administratifs qui effectuent le suivi post opératoire des patients d'ambulatoire.

Nous nous sommes conformés aux dispositions techniques avec l'utilisation de la ligne téléphonique du secrétariat du service de chirurgie ambulatoire et de la fiche de surveillance de suivi post opératoire à J+1. Pour les besoins de notre étude nous avons modifié un des items, celui de la douleur (Annexe 2). L'accord préalable de la cadre du service et des secrétaires du service de chirurgie ambulatoire a été demandé pour la réalisation de notre étude.

Les dispositions structurelles ont été respectées avec une présence physique essentiellement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire, permettant l'accès aux dossiers médicaux et paramédicaux.

Les modalités organisationnelles ont été respectées conformément aux créneaux horaires habituellement établis.

L'OMS classe les analgésiques en trois groupes correspondant à trois paliers de douleurs [6]. Nous avons fixé notre valeur seuil minimale de douleur à 4 correspondants à une prescription d'antalgique de paliers II. Au CHU de Poitiers, le protocole de titration de la morphine pour les douleurs aigues post opératoires préconise l'arrêt de la titration pour une valeur inférieure ou

égale à 3 sur l'échelle numérique de la douleur (Annexe 5). Nous considérons donc qu'à partir et en dessous de cette valeur les patients sont soulagés.

Nous avons distingué deux groupes de patients. Un groupe de patients avec une évaluation de la douleur par échelle numérique de 0 à 3 que nous considérerons comme non algique et l'autre groupe de 4 à 10 considérés comme algique.

RESULTATS

Sur la période étudiée, 1189 patients tous âges et tous types d'interventions confondus ont été admis au service de chirurgie ambulatoire.

Parmi eux 275 patients répondaient à nos critères d'inclusion. Ce nombre représente 23% de l'activité chirurgicale du service de chirurgie ambulatoire durant notre période d'inclusion.

Nous avons exclu 28 patients pour non réponse à l'appel du lendemain, 2 patients hospitalisés pour raisons médicales et 3 patients pour données manquantes.

Au total 242 patients ont pu être inclus dans notre étude. Ce qui représente un taux d'inclusion exploitable de 88%.

1-DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Tableau 1: Caractéristiques démographiques de la population étudiée

PATIENTS INCLUS			**n=242**	
SEXE	Masculin		108	(45)
	Féminin		134	(55)
AGE*	Masculin		48	[16-87]
	Féminin		46	[15-84]
ASA	1		115	(48)
	2		109	(45)
	3		18	(7)
TYPE ANESTHESIE	AG		192	(78)
	ALR	Bloc central	23	(10)
		Bloc périphérique	27	(11)
SPECIALITES CHIRURGICALES	Gynécologie		50	(21)
	Neurochirurgie		1	(0)
	Ophtalmologie		3	(1)
	ORL		24	(10)
	Orthopédie		69	(28)
	Plastie		2	(1)
	Stomatologie		26	(11)
	Urologie		23	(9)
	Vasculaire		7	(3)
	Viscérale		37	(15)

**âge moyen, [ ] minimum et maximum âge; les valeurs entre parenthèses sont exprimées en pourcentage.*

2-RÉSULTATS OBJECTIF PRINCIPAL

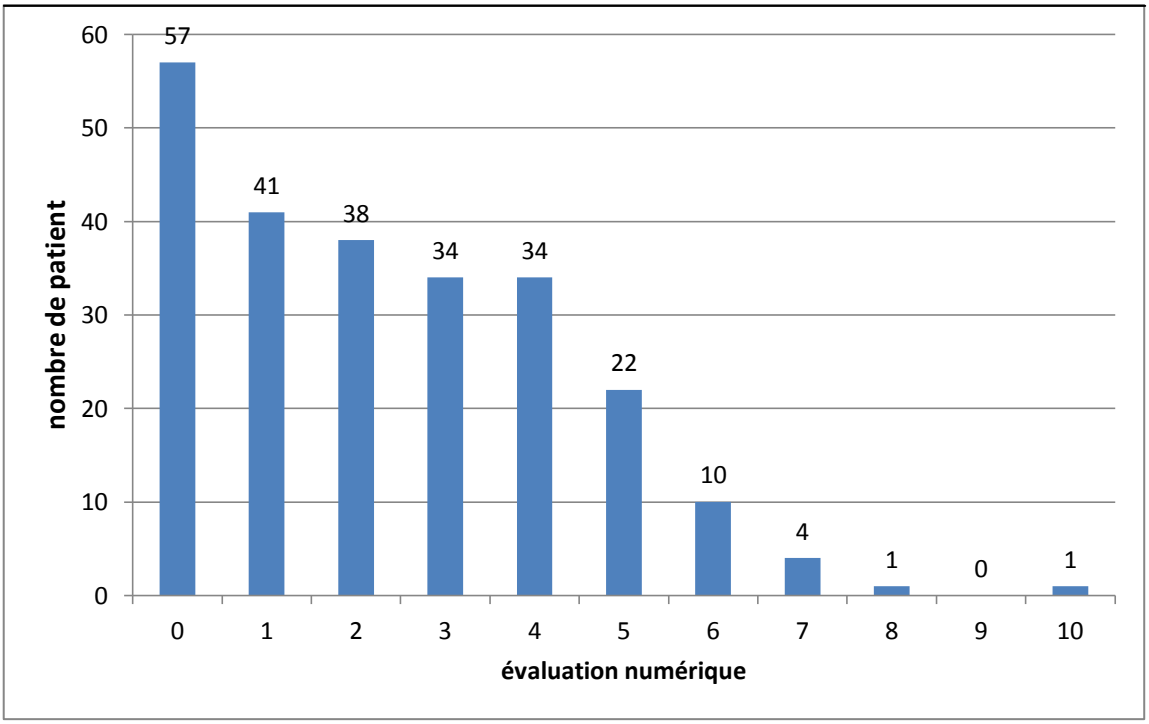


Figure 1 : **Evaluation numérique de la douleur à J+1 (notée de 0 à 10)**

Sur le total de l'échantillon de patients inclus (n=242) :

- ⇒ 70% (n=170) des patients ont évalué leur douleur comme étant inférieure à 4 et sont considérés comme non algiques.
- ⇒ 30% (n=72) l'ont évalué comme étant supérieure ou égale à 4 et sont considérés comme algiques.

En moyenne l'EN à J+1 est évaluée à 2,34.

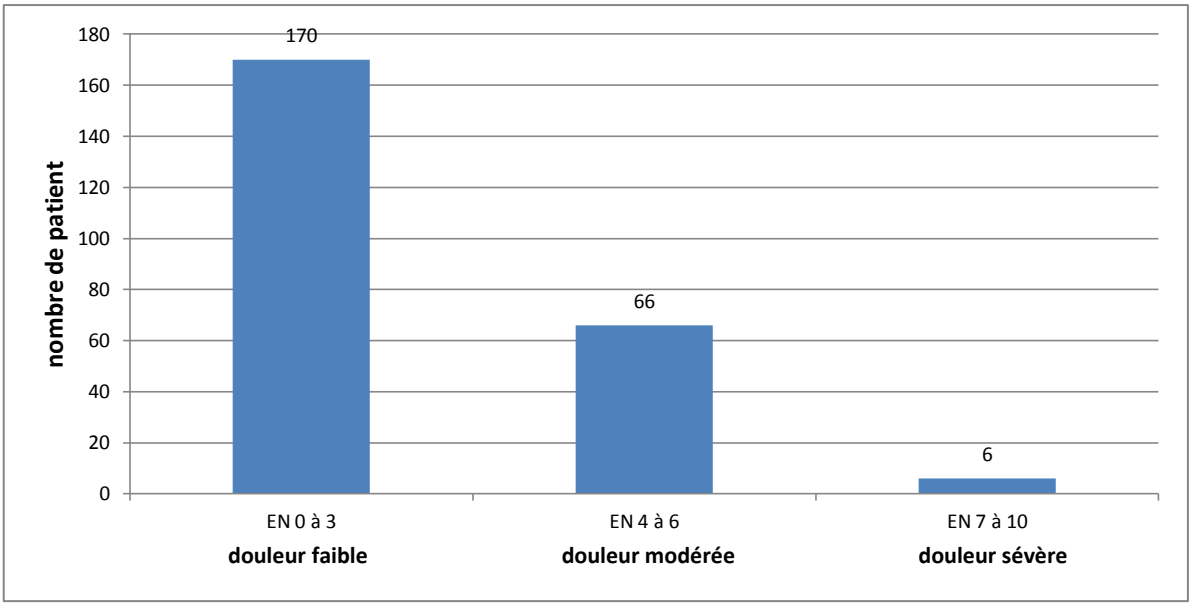


Figure 2: **Evaluation de l'intensité douloureuse à J+1**

L'intensité douloureuse est ressentie pour :

⇒ 70 % des patients comme faible ou nulle

⇒ 27 % des patients comme modérée

⇒ 3 % des patients comme sévère.

Tableau 2: **Evaluation numérique de la douleur à J+1 en fonction du type d'anesthésie**

	EN	
	≤ 4	**≥ 4**
AG n=192	133 (70)	59 (30)
BLOC CENTRAL n=23	15 (65)	8 (35)
BLOC PERIPHERIQUE n=27	22 (82)	5 (18)

Les valeurs entre parenthèses sont exprimées en pourcentage.

L'évaluation de la douleur à j+1 pour les patients opérés sous anesthésie générale est en moyenne de 2,38 contre 2,16 pour les patients opérés sous anesthésie locorégionale.

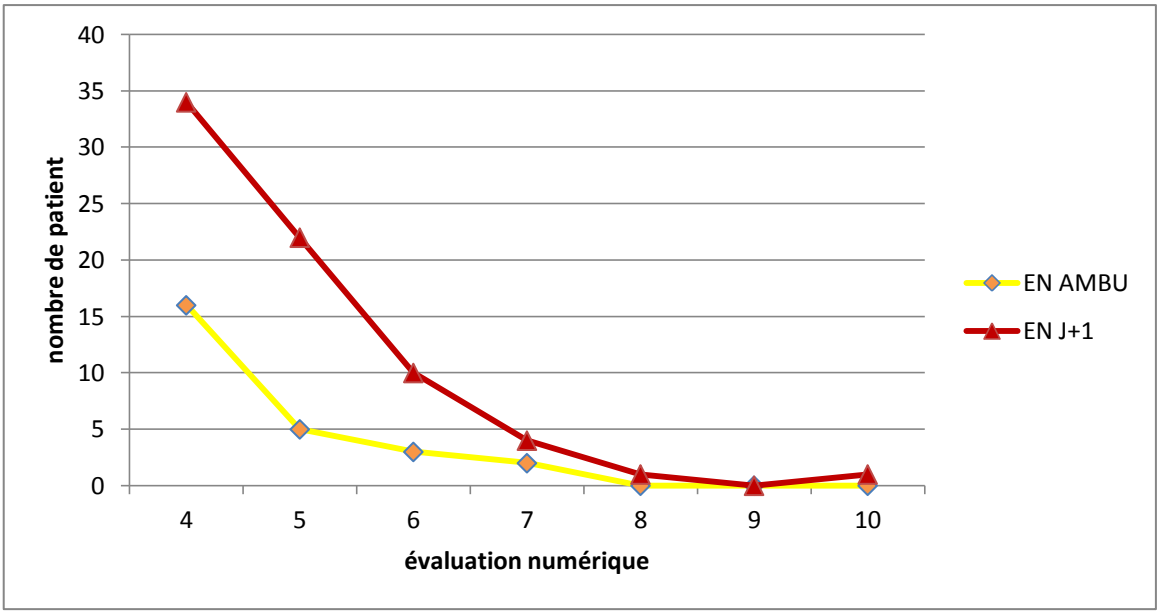
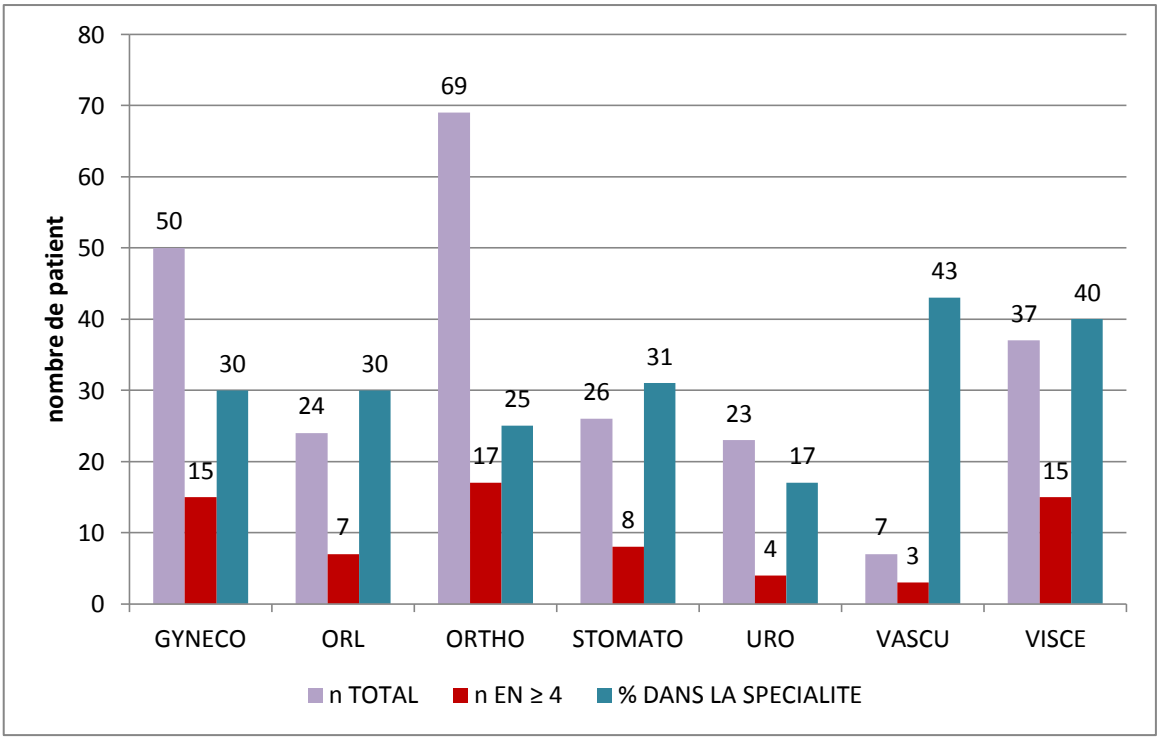


Figure 3: **Evaluation numérique de la douleur à J+1 et à la sortie du service de chirurgie ambulatoire pour le groupe de patient algique (EN ≥ 4)**

Dans les 30% de l'échantillon de patients (n=72) considérés comme algiques à J+1 (EN ≥ 4), 16% d'entre eux l'avait évaluée comme telle à la sortie du service de chirurgie ambulatoire.



***n total** : nombre total de patient inclus par spécialité chirurgicale, **n EN ≥ 4** : nombre de patient avec une EN supérieure ou égale à 4, **%** : pourcentage totale de patient avec une EN ≥ 4 par spécialité. GYNECO : gynécologie (n=50), ORL : otorhinolaryngologie (n=24), ORTHO : orthopédie (n=69), STOMATO : stomatologie (n=26), URO : urologie (n=23), VASCU : vasculaire (n=7), VISCE : viscérale (n=37).*

Figure 4 : Evaluation numérique de la douleur à J+1 selon les spécialités chirurgicales

En chirurgie vasculaire et viscérale , respectivement 43 et 40 % des patients ont évalué leur douleur comme étant supérieure ou égale à 4 dans les 24 heures post opératoire. En stomatologie, ORL, gynécologie respectivement 31, 30 et 30%.

Pour l'orthopédie et l'urologie respectivement 25 et 17% de l'échantillon de patient ont évalué leur douleur à J+1 comme étant supérieure ou égale à 4.

Nous n'avons pas représenté dans cette histogramme les résultats des patients de neurochirurgie, d'ophtalmologie et d'ORL car l'échantillon de patients pour ses spécialités était trop faible (n<5). En ophtalmologie (n= 3), 1 seul a évalué sa douleur comme étant supérieure ou égale à 4. En chirurgie plastique (n=2), 1 seul a eu une EN supérieure ou égale à 4 ainsi que l'unique patient de neurochirurgie.

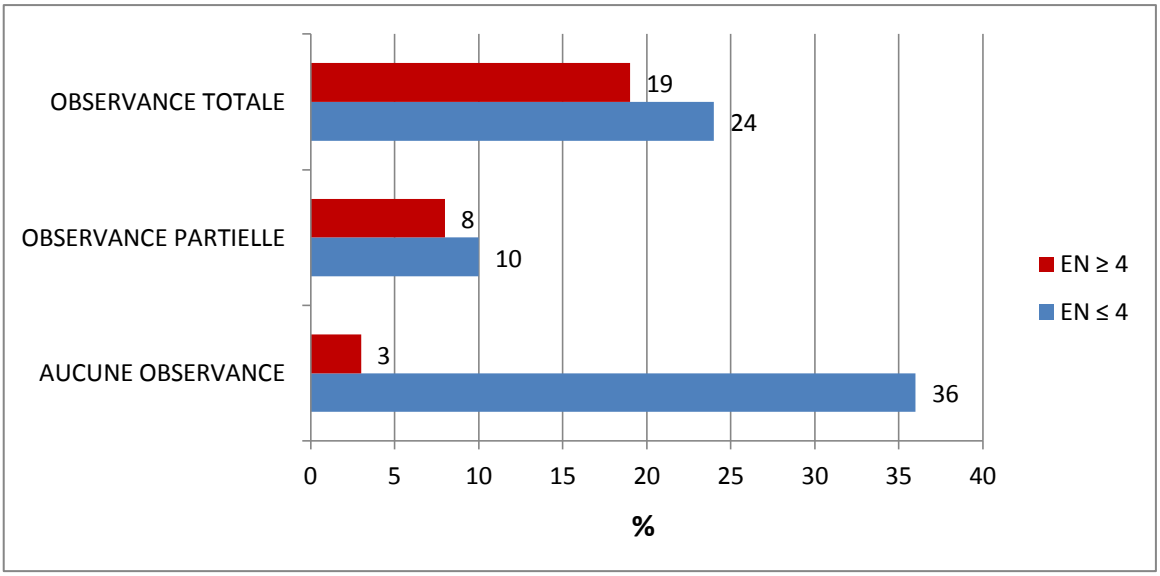
Tableau 3: Prescription médicamenteuse post opératoire de sortie

ANTALGIQUE PRESCRIT	EN ≤ 4 n=170	EN ≥ 4 n=72	 n=242
PALIER I	**13 (8)***	**6 (8)***	**19(8)***
Non opioïde	*84 (50)*	*31 (43)*	*115(48)*
Paracétamol, AINS, Néfopam,			
Phloroglucinol			
PALIER II	**52(31)****	**28(39)****	**80(33)****
Opioïde faible	*70 (41)*	*37 (51)*	*107(44)*
Paracétamol- codéiné, Paracétamol- Tramadol			
Tramadol			
PALIER III	**0 (0)**	**0 (0)**	**0 (0)**
Opioïde fort			
Chlorhydrate et sulfate de morphine…			
ABSENCE ORDONNANCE	**16 (9)**	**4 (6)**	**20 (8)**

Les valeurs entre parenthèses sont exprimées en pourcentage.

analgésie multimodale composée d'au moins deux antalgiques de palier I

****analgésie multimodale composée au minimum d'un antalgique de palier II associé à un de palier I***



Histogramme 4 : **Observance des prescriptions médicales à J+1**

Dans l'échantillon de patient (n=225) sortant avec une prescription médicale, l'observance a été totale pour 19% des patients évaluant leur douleur comme supérieur ou égale à 4 dans les 24 heures post opératoire. Pour ce même groupe de patients aucune observance n'a été suivie dans 3% des cas.

Aucune observance dans 36% des cas pour les patients évaluant leur douleur comme inférieure à 4.

DISCUSSION

1-DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La démographie de la population étudiée dans notre étude correspond sur certaines données à celle de la littérature. L'étude de Laxenaire et al. [7] a répertorié une proportion de 53% de femmes en hospitalisation en ambulatoire contre 55% dans notre étude.

Par contre, dans cette même étude de 1998, la proportion de la classification ASA a été de 73% d'ASA 1, 23% d'ASA 2 et 4% d'ASA 3 alors que dans notre étude, le nombre de patients classés ASA 2 et 3 a été doublé. Ce résultat s'explique par le fait que les critères d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire ont été élargis depuis ces dernières années. L'évolution de la médecine a permis également de rendre éligible ce type d'hospitalisation à des patients plus fragiles (Annexe 1).

L'étude plus récente de Fletcher et al. [8] décrit une moyenne d'âge pour les hommes de 56 ans contre 48 ans en moyenne dans notre étude. Sans qu'il n'y ait une grande différence, celle-ci peut s'expliquer par la détection plus précoce des pathologies ou des besoins en santé. La sensibilisation des patients sur les symptômes de pathologies diverses et les campagnes de dépistage préventif les amènent à consulter un professionnel de santé plus précocement.

Concernant le type d'anesthésie, les données de la littérature affichent un taux de 80% en moyenne d'anesthésie générale. Celui de notre étude est similaire avec 78%.

Les données répertoriées lors de l'enquête nationale de 2008 [8] mentionnaient des taux d'activités plus élevés en orthopédie, viscérale, gynécologie et cardiologie. Notre étude révèle des chiffres similaires sauf pour la chirurgie cardiaque qui ne fait pas partie des spécialités éligibles en hospitalisation en ambulatoire. Néanmoins ces tendances ne sont pas constantes et peuvent varier en fonction de l'activité et des prises en charge propres à chaque établissement de santé.

2-RÉSULTATS OBJECTIF PRINCIPAL

- L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer la douleur dans les 24 heures post opératoire des patients hospitalisés au service de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers.

Les résultats de notre étude montrent que 30% des patients restent algiques le lendemain de l'intervention, c'est-à-dire avec une évaluation numérique de la douleur supérieure ou égale à 4. Plusieurs études ont montré des taux similaires. Pour l'étude de Beauregard et al. [9] , 40% des patients ont eu des douleurs modérées à sévères durant les 24 heures post intervention. Une étude plus récente de 2011 [10] a constaté 28% de patients algiques. L'étude de Chung et Mezeï [11] a révélé que 28 % des patients ont décrit la douleur au site opératoire comme le premier des symptômes gênants. Au travers de ces différents travaux, nous observons un taux stable du nombre de patients algiques à J+1.

La prise en charge de la douleur s'inscrit dans les priorités de santé publique [2]. Des comités de lutte anti douleurs sont créés au sein des grandes structures de santé permettant son organisation et sa gestion. L'enquête nationale de 2011 [10] a conclu en une amélioration de la prise en charge des douleurs post opératoires mais celle-ci n'a concerné que les patients hospitalisés dans un établissement de santé et n'a donc pas inclus les patients hospitalisés en ambulatoire. Pour la chirurgie ambulatoire, un appel téléphonique le lendemain de l'intervention constitue le seul suivi post opératoire et aucun retour n'est fait sur la douleur ressentie par les patients de cette étude.

Dans notre étude l'évaluation numérique de la douleur à J+1 d'une intervention chirurgicale est en moyenne de 2,34. Ce résultat corrobore avec les résultats de l'enquête nationale mené par l'équipe de Fletcher et al. [8] qui affichait en moyenne des EN allant de 2,6 à 3.

L'évaluation de la douleur à j+1 pour les patients opérés sous anesthésie générale est en moyenne de 2,38 contre 2,16 pour les patients opérés sous anesthésie locorégionale. Nous n'avons donc pas retrouvé de lien significatif entre le type d'anesthésie et l'évaluation de la douleur à J+1. La cinétique des médicaments utilisés en chirurgie ambulatoire et les demi-vies d'élimination ne dépassant pas 24heures [12].

Notre étude a montré qu'un peu plus de 2 % des patients ont eu une douleur d'intensité sévère (EN </= 7) dans les 24 heures post opératoires. Deux études [8][13] ont répertorié des taux de 5 à 6% dont une allant jusqu'à 30% de patients avec des douleurs sévères à J+1. Par contre cette dernière évaluait la douleur ressentie à la mobilisation, ce qui explique un taux élevé.

Dans notre échantillon de patients considérés comme algiques à j+1, nous avons repris leur évaluation à la sortie du service de chirurgie ambulatoire. Parmi les 30 % de patients algiques dans les 24 heures post opératoire seulement 16% d'entre eux l'ont été à la sortie du service. Une des hypothèses qui peut être à l'origine de cette différence du simple au double est la sous évaluation de la douleur afin de ne pas compromettre la sortie du service. La douleur peut par la suite devenir très gênante dès le retour au domicile voire angoissante et entrainer paradoxalement le contraire de l'attitude première. La douleur pourra paraitre alors plus intense et donc être sur évaluée [14].

L'étude de Rawal et al. [15] a observé que 84% des patients ont été non algique à la sortie du service de chirurgie ambulatoire. Ce résultat corrobore avec le nôtre.

En 1997 [16], une étude a montré que dans les 24 heures post opératoire 5 % des patients ont évalué leur douleur comme sévère alors que seulement 2% l'on évalué comme telle à la sortie du service. Au travers de ces différentes études nous observons que la tendance reste la même. Néanmoins, nous pouvons supposer qu'à la sortie du service de chirurgie ambulatoire, les patients sont encore couverts par une analgésie résiduelle et que le relais précoce d'antalgiques est efficace. Cette notion peut également justifier le fait que les patients ne sont donc pas douloureux à la sortie du service de chirurgie ambulatoire.

3-RÉSULTATS OBJECTIFS SECONDAIRES

- Observer les différences selon les spécialités chirurgicales à J+1

Deux spécialités chirurgicales se distinguent de part leur caractère douloureux en post opératoire. Les patients de chirurgie vasculaire et viscérale ont été les plus nombreux dans leurs spécialités à être algiques dans les 24heures post opératoires. Au vu du panel faible des patients de chirurgie vasculaire, le résultat ne nous parait pas significatif.

En chirurgie viscérale, tous les patients opérés sous cœliochirurgie ont exprimé des douleurs scapulaires très gênantes. La douleur au niveau du site opératoire n'a pas été exprimée dans ces cas là. Soit les douleurs scapulaires l'ont occultée, soit les patients n'en n'ont pas ressenties. La différenciation n'a pas été demandée. Les patients ont exprimés le fait que les principaux effets secondaires de ce type de chirurgie leur avaient été expliqués lors de la consultation pré anesthésique. Les antalgiques prescrits et l'élimination naturelle des résidus gazeux permettront l'arrêt des douleurs en 24 – 48 h.

La chirurgie orthopédique et urologique ont été les moins algogènes dans notre échantillon de patients. L'étude de Chung et MezeÏ [11] a montré que ces deux spécialités ont été vécues comme les plus douloureuses. L'explication de l'inversion de cette tendance est l'amélioration des techniques analgésiques. La systématisation des blocs périnerveux pour certaines chirurgies orthopédiques et les infiltrations médicamenteuses au niveau du site opératoire permettent ainsi une analgésie. Le relais précoce per os d'antalgiques permet aussi de prévenir les douleurs [6].

- Les recommandations formalisées d'expert sur la prise en charge analgésique post opératoire du patient en ambulatoire sont elles appliquées de façon optimales ?

Les sociétés savantes préconisent d'adopter « une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur post opératoire y compris au lieu de résidence» pour les patients hospitalisés en ambulatoire [5]. Nos résultats montrent que cette stratégie est effective dans un peu plus de 40%.

Elles recommandent également que l'ordonnance de sortie, de préférence, «doit être remise aux patients dès la consultation chirurgicale ou pré anesthésique» et qu'elle doit préciser les conditions de recours à un antalgique de niveau supérieur [5]. Nous observons que 8 % de notre échantillon de patients est sorti sans aucune ordonnance médicale.

Près de 40% des patients considérés comme algiques ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques de palier II associée à un antalgique de palier I. Les recommandations sont donc suivies seulement dans moins de la moitié des cas. Cela peut, peut être, se justifier par la sous-évaluation, lors de la consultation pré-anesthésique, du potentiel douloureux post opératoire de l'intervention et amener le médecin anesthésiste à des prescriptions d'antalgiques uniquement de palier I.

Nous observons que malgré l'observance totale du traitement antalgique prescrit en post opératoire, 19% des patients restent algiques à J+1. Ce résultat peut être corrélé aux résultats précédents qui révèlent que les recommandations formalisées d'expert ne sont suivies que dans 40% des prescriptions. Pourtant sur le total de l'échantillon l'observance totale n'a été effective que dans 43% des cas alors qu'une étude de 2011 [10] affichait une observance de près de 60%. Ce qui veut dire que moins de la moitié des patients inclus dans notre étude a pris le traitement antalgique qui leur a été prescrit. Ce faible taux d'observance peut être en partie lié à la méconnaissance des patients sur les mécanismes d'installation de la douleur et sur l'importance de la stricte observance des traitements prescrits [5]. L'efficacité d'une analgésie multimodale reste prouvée et son administration préventive en per et post opératoire permet de diminuer le score de douleurs à J+.1 [5]. L'éducation des patients et de la famille reste primordiale. Il a été démontré qu'un recours à une analgésie «agressive» en per opératoire combiné aux techniques analgésiques multimodales améliorerait le confort des patients en post opératoire [13]. Une étude de 2007 montrait que l'injection de Célécoxib* en per opératoire et trois jours post opératoire associer à une analgésie multimodale diminuait les douleurs ressenties [17].

Il semble judicieux que soit rappelé aux patients lors de la consultation pré-anesthésique l'importance de la prévention de la douleur [5][18]. Une douleur mal prise en charge peut être à l'origine d'une chronicisation de cette dernière [19]. En moyenne les douleurs post opératoire ont une durée de 48 à 72 heures en fonction du type de chirurgie [20]. Les patients doivent donc être observants pendant cette durée. Nos résultats révèlent également que 3% des patients algiques en post opératoire n'ont observé aucune prescription.

LIMITES ET BIAIS

- ✓ Une des limites à cette étude a été la courte période d'inclusion. Malgré l'inclusion d'un nombre significatif de patient, une période plus longue nous aurait permis d'inclure des patients dans les spécialités où nous avons relevé un faible échantillon.
- ✓ L'autre limite est le choix de l'échantillon à inclure. Notre étude a concerné les patients hospitalisés au service de chirurgie ambulatoire donc avec comme seule possibilité de contact uniquement le suivi post opératoire par l'appel téléphonique du lendemain. Et comme expliqué dans nos résultats, 28 patients ont été exclus pour non réponse à l'appel du lendemain. Egalement par contrainte de temps alloué dans la matinée, il nous a semblé très peu faisable de questionner les patients sur un temps plus long.
- ✓ Egalement il aurait été intéressant de différencier la douleur au repos de celle à la mobilisation. Dans notre étude, la différenciation n'a pas été demandée et certaines études l'ayant différencié retrouve des taux élevés de patients douloureux en post opératoire [13].
- ✓ Un des biais lié à notre étude est le choix de la population étudiée. Seul 275 patients sur 1189 ont été étudiés. Ce qui ne représente que 23% du total de l'activité ambulatoire dans notre période d'inclusion. Le modèle retenu a fait exclure ¾ des patients mais on peut penser que le problème de l'analgésie se pose aussi pour eux.

PROPOSITIONS

Au terme de cette étude, nous avons pensé à plusieurs axes d'améliorations dans la prise en charge de la douleur post opératoire des patients opérés en chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers.

- Actuellement le suivi post opératoire par l'appel téléphonique du lendemain est organisé et réalisé par les secrétaires du service de chirurgie ambulatoire. Il devrait être fait de préférence par le personnel paramédical. Une surveillance post opératoire nécessite des compétences et des connaissances spécifiques. Elles permettent la détection de complications et des conseils paramédicaux liés aux principaux effets secondaires de la chirurgie et des traitements médicamenteux. Notre argumentation se base sur plusieurs cas rencontrés lors du recueil de nos données (2^{ième} temps de recueil). Pour exemple, nous avons pu identifier chez un patient, son intolérance à un antalgique et surtout un surdosage médicamenteux sans soulagement de sa douleur. Il nous a été demandé a plusieurs reprises des conseils pour la réalisation de pansement simple et la possibilité ou non de prendre une douche. Nous avons dû également réexpliquer certaines conduites à tenir en post opératoire celles-ci n'étant pas suffisamment comprise lors de la sortie de l'hôpital. Nos connaissances et compétences spécifiques nous ont permis d'apporter aux patients des réponses et des conseils appropriés.
- Le document de suivi post opératoire recense l'évaluation de la douleur à J+1 de 3 manières possibles (Annexe 3). Ces items ne sont pas suffisamment précis et une évaluation à type d'échelle numérique refléterait davantage la douleur des patients.
- Il semble important de renforcer l'information sur l'analgésie post opératoire lors de la consultation pré anesthésique. Cela permettrait d'améliorer l'observance des prescriptions post opératoires par les patients et de diminuer peut être les scores de douleur post opératoires.

CONCLUSION

Les douleurs post opératoires sont consécutives à la plupart des interventions chirurgicales. Elles sont prévisibles et l'anticipation de l'analgésie post opératoire reste primordiale.

La prise en charge de la douleur doit être optimale quelque soit le mode d'hospitalisation.

Notre étude a permis d'observer qu'un certain nombre de patients opérés en chirurgie ambulatoire sont restés algiques le lendemain de leur intervention.

Les résultats de notre travail pourraient contribuer à une réflexion sur des axes d'amélioration de la prise en charge de la douleur post opératoire des patients de chirurgie ambulatoire.

Actuellement de nouvelles techniques d'analgésie après le retour à domicile sont en cours d'évaluation. Cela laisse espérer qu'à moyen terme, les médecins prescripteurs bénéficieront de nouveaux outils thérapeutiques pour la gestion de la douleur post opératoire des patients de chirurgie ambulatoire [21].

BIBLIOGRAPHIE

[1] International Association for the study of pain. Définition de la douleur. http://www.iasp-pain.org/index.aspx. (Consulté le 30/01/2016).

[2] Société Française d'étude et de Traitement de la Douleur (SFETD).Plan d'action triennal de lutte contre la douleur. http://www.sfetd-douleur.org /plans-douleur (Consulté le 30/01/2016).

[3] Ory L. Quid de la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique en chirurgie ambulatoire. Enquête au CHU de Poitiers. Mémoire professionnel. Ecole régionale d'infirmier anesthésiste du CHU de Poitiers. 2015.

[4] Association Française de chirurgie ambulatoire. http:// www.chirurgie –ambulatoire.org. (Consulté le 21/10/2015).

[5] SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Recommandations formalisées d'experts. Ann Fr Anesth Réanim 2010;29:67-72.

[6] Ortega D. Analgésie postopératoire en anesthésie ambulatoire. SFAR 1997. http://sfar.org /acta/dossier/archives/ca97_018 /97_18 .htm (consulté le 03/12/2015).

[7] Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Péquignot F, Jougla E, Lienhart A. Anesthésie des patients en ambulatoire. Ann Fr Anesth Réanim 1998;17:1363-73.

[8] Fletcher D, Mardaye A, Fermanian C, Aegerter P. Evaluation des pratiques sur l'analgésie post opératoire en France: enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. Ann Fr Anesth Réanim 2008;27:700-8.

[9] Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day surgery. Can J Anaesth 1998;45(4):304-11.

[10] Lemarie M, Compère V, Fourdinier V, Lignot S, Legrand L, Marguerite C, et al. Ann Fr Anesth Réanim 2011;30:883-7.

[11] Chung F, MezeÏ G. Les complications de l'anesthésie ambulatoire. Can J Anesth 1999;46 (5):27-34 .

[12] VIDAL .hhttp://www.vidal.fr (consulté le 30/04/2016).

[13] White PF. Pain management after ambulatory surgery, where is the disconnect?. Can J Anesth 2008;55(4):201-7.

[14] Kong KL, Donovan IA, Child DL, Nasmyth-Miller D. Demand and primary health care after day surgery. Ann R Coll Surgery England 1997;79:291-5.

[15] Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of post operative analgesia following ambulatory surgery. Acta Anaestesiol Scand 1997;41:1017-22.

[16] Chung F, Ritchie E, Sun J. Post operative pain in ambulatory surgery. Anesth Analg 1997;85:808-16.

[17] White PF, Sacan O, Tufanogullari B,Eng M,Nuangchamnong N, Oggunnaike B. Effect of short term post operative celecoxib administration on patient outcome after outpatient laparoscopic surgery. Can J Anesth 2007;54:342-8.

[18] Fletcher D. Analgésie en chirurgie ambulatoire. http://www.sitanest.net/alr_ambu_pain/analgesie_en_chirugie_ambulatoire.htm. (Consulté le 15 /02/2016).

[19] Macrae WA.Chronic post surgical pain: 10 years on.Br J Anaesth 2008;101:77-86.

[20] SFAR. Prise en charge de la douleur post opératoire chez l'adulte et l'enfant. Conférence de consensus (texte court).2010.http://sfar.org/prise-en-charge-de-la-douleur-postoperatoire-chez-ladulte-et-lenfant-2/(consulté le 30/04/2016).

[21] Bertin D, Mirbey J, Nambot C, Serri S. Chirurgie ambulatoire et traitement de la douleur. 2006. http://www.geco-medical.org>2-dimanche (consulté le 30 /04/2016)

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE 1 ---------- I

INSCRIPTION AU REGISTRE DES TRAITEMENTS CNIL DU CHU DE POITIERS

ANNEXE 2 ---------- II

RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERT (SFAR)

ANNEXE 3 ---------- VII

FICHE DE SUIVI POST OPERATOIRE

ANNEXE 4 ---------- VIII

FICHE DE RECUEIL

ANNEXE 5 ---------- IX

PROTOCOLE INSTITUTIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE EN SSPI AU CHU DE POITIERS

ANNEXE 1

INSCRIPTION AU REGISTRE DES TRAITEMENTS CNIL DU CHU DE POITIERS

Objet : Inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers

Bonjour Madame Teixeira,

Suite à nos derniers échanges, et votre validation de mes dernières remarques contenues dans mon message du 17/3, j'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers à compter de ce jour 18/3/2016 des traitements suivants :

- Evaluation de la douleur des patients en hospitalisation ambulatoire.

J'ai retenu la dernière version échangée ensemble des dossiers de collecte des informations ci-jointe.

Je vous remercie vivement de votre collaboration, reste à votre disposition pour toute modification de ce traitement, et pour tout sujet sur lequel vous souhaiteriez me consulter.

Cordialement,

Jean-Jacques Sallaberry

Adjoint au DSI - Responsable du Système d'Information
Correspondant Informatique et Libertés
Direction du Système d'Information et du Dossier Patient
Pavillon Joseph Garnier 1er Etage
2 Rue de la Milètrie – CS 90577
86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 40 39 – Fax : 05 49 44 44 02
Mail : jean-jacques.sallaberry@chu-poitiers.fr

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

formation informat

COMITÉ D'ORGANISATION

Président du comité d'organisation

Dr Laurent Jouffroy/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Coordonnateur du Groupe de travail

Dr Anne Guidat/anesthésie réanimation (Lille) A. Guidat (a-guidat@chru-lille.fr), Pôle d'anesthésie réanimation, hôpital Huriez, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Secrétaire de séance

Dr Bernard Coustets/anesthésiste-réanimateur (Toulouse)

Dr Gilles Bontemps/directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)

Pr Jean-Marc Malinowsky/anesthésiste-réanimateur (Reims)

M. Gérard Parmentier/ancien vice-président de l'AFCA (Pontoise)

Pr Jean-Patrick Sales/chirurgien, ancien président de l'AFCA (Kremlin-Bicêtre)

Groupe de travail

M. Jérôme Bataille/architectes ingénieurs associés (Saint-Herbelin)

Dr Jocelyne Bientz/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Christian Bléry/anesthésiste-réanimateur (Cavaillon)

Dr Gilles Bontemps/directeur associé ANAP Préfiguration (Paris)

Dr Jean-François Cerfon/anesthésiste-réanimateur (Colmar)

Dr Marie-Laure Cittanova/anesthésiste-réanimateur (Anthony)

Dr Bernard Coustets/anesthésiste-réanimateur (Toulouse)

Dr Nicolas Dufeu/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Laurent Delaunay/anesthésiste-réanimateur (Annecy)

Pr Pierre Diemunsch/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Claire Gatecel/anesthésiste-réanimateur, médecin gestionnaire des risques (Béziers)

Dr Marc Gentili/anesthésiste-réanimateur (St-Grégoire)

Dr Anne Guidat/anesthésiste-réanimateur (Lille)

Dr Hubert Le Hetet/anesthésiste-réanimateur (Cesson Sévigné)

Dr Michel Maillet/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Sophie Nguyen Roux/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr Laure Pain/anesthésiste-réanimateur (Strasbourg)

Dr Pierre Pérucho/anesthésiste-réanimateur (Perpignan)

Pr Benoît Plaud/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Pr Marc Raucoules-Aime/anesthésiste réanimateur (Nice)

Pr Marc Samama/anesthésiste-réanimateur (Paris)

Dr François Venutolo/anesthésiste-réanimateur (Gonesse)

0750-7658/$ see front matter
doi:10.1016/j.annfar.2009.12.008

1. QUESTION 1 : DÉFINITIONS

La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure.

L'hospitalisation ambulatoire est définie par la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient.

L'organisation ambulatoire est le fruit d'une dynamique collective reposant sur une optimisation de l'organisation des équipes et de la gestion des flux hospitaliers (flux patients, professionnels de santé, logistiques…). Elle est source d'efficience (meilleure qualité des soins, économies de temps et de ressources).

La prise en charge en hospitalisation ambulatoire implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) maitrisant cette pratique.

L'organisation de la prise en charge du patient avec anesthésie en hospitalisation ambulatoire doit respecter les bonnes pratiques de l'anesthésie.

1. Il est recommandé de privilégier le mode de prise en charge ambulatoire des patients dès que les conditions de sa réalisation sont réunies.

2. Il est recommandé que seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes ambulatoires adaptés à leur expertise et à l'organisation mise en place. Cette liste est évolutive pour accompagner le développement de l'activité, de l'organisation et du savoir-faire. La prise en charge en hospitalisation ambulatoire est une décision médicale prise en colloque singulier avec le patient.
3. Il est souhaitable qu'il n'y ait pas de liste réglementaire d'actes à réaliser en ambulatoire.

2. QUESTION 2 : QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ À L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE ?

Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte-patient-structure qui correspond à l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place.

4. Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins.
5. Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes.
6. Il est possible d'intégrer certains actes urgents dans un programme ambulatoire, aux conditions de ne pas perturber le fonctionnement de l'unité ambulatoire et de garantir le même niveau de qualité et de sécurité au patient.
7. Il est recommandé que les patients de statut ASA I, II et III stable soient éligibles à l'ambulatoire. C'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection.
8. Il est recommandé d'assurer les conditions de la compréhension et de l'acceptation des modalités de prise en charge par le patient :
   - les patients non francophones sont accompagnés d'un traducteur lors de la consultation préopératoire et bénéficient autant que faire se peut, sous une forme adaptée, de la documentation et des recommandations écrites nécessaires dans leur langue ;
   - les mineurs sont accompagnés d'un de leurs parents ou représentant légal ;
   - les patients atteints d'un trouble du jugement sont accompagnés d'un tiers pouvant garantir le bon respect des recommandations : jeûne, gestion et observance des traitements, continuité des soins.
9. Il est recommandé de s'informer auprès du patient que le lieu de résidence postopératoire est compatible avec la prise en charge ambulatoire. La durée du transport et la distance d'éloignement de la structure ne sont pas des facteurs d'exclusion.
10. Il est recommandé de formaliser une convention entre établissements afin de prévoir la prise en charge d'une complication éventuelle par un établissement de soins, autre que celui où a été pratiqué l'acte ambulatoire.
11. Il est recommandé de s'assurer que lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire le patient ne conduise pas un véhicule et qu'il soit accompagné par un tiers.
12. Il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence postopératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et soit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place.

3. QUESTION 3 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INFORMATION DU PATIENT ?

Le patient hospitalisé en ambulatoire est acteur de sa préparation préopératoire et de sa réhabilitation postopératoire au lieu de résidence. Une information détaillée sur toutes les phases concourt à la qualité et à la sécurité de la prise en charge.

13. Il est recommandé de délivrer une information précoce et réitérée à chaque étape de la prise en charge.
14. Il est recommandé que l'information donnée au patient soit élaborée et concertée entre les différents acteurs amenés à en délivrer tout ou partie.
15. Il est recommandé que la consultation préanesthésique soit réalisée par un anesthésiste réanimateur connaissant les modalités de fonctionnement de la structure ambulatoire.
16. Il est recommandé, au cours de la consultation préanesthésique, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant :
   - le jeûne et la gestion des traitements pris par le patient ;
   - les exigences liées aux différentes techniques d'anesthésie ;
   - les conditions de sortie et la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au lieu de résidence ;
   - les consignes liées aux suites éventuelles de la prise en charge anesthésique ;
   - les méthodes d'analgésie postopératoire ;
   - les modes de recours en cas d'évènements non prévus ;
   - les moyens d'accès à une information complémentaire avant et après son intervention.
17. Il est recommandé d'informer le patient des effets de l'anesthésie ou de la sédation sur les fonctions cognitives et sur la vigilance pendant les 12 premières heures, l'incitant à la prudence une fois de retour à son lieu de résidence postopératoire. Le patient doit être averti de la variabilité interindividuelle de ces effets secondaires et de leur durée.
18. Il est recommandé d'informer le patient que la conduite de tout véhicule est proscrite pendant les 12 premières heures du fait de l'anesthésie. La reprise de la conduite automobile devra tenir compte du handicap lié à l'acte.

19. Il est recommandé d'informer le patient pratiquant la conduite automobile du groupe lourd (poids lourds, ambulances, taxis, transports en commun…) ou machine nécessitant un haut niveau attentionnel (avion, machine agricole, industrielle à risques…) que des troubles de la vigilance peuvent persister pendant quelques jours, comme après tout type d'anesthésie.
20. Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en péri-opératoire (anxiolytique, antalgiques majeurs) sur les fonctions cognitives et sur la vigilance, comme après tout type d'anesthésie.
21. Il est recommandé de ne pas dispenser d'information au patient pendant la phase de récupération de l'anesthésie, du fait d'une possible altération de la mémoire et de sa consolidation, comme après tout type d'anesthésie.
22. Il est recommandé que l'information délivrée soit orale, complétée par un support écrit court et lisible ou d'un support audiovisuel, incitant le patient à poser toute question utile et d'en assurer sa traçabilité.
23. Il est possible de faire signer au patient le document expliquant les consignes qui rappellent les exigences de prise en charge ambulatoire, ce qui à la vertu pédagogique d'inciter à la lecture du document proposé. Cette signature n'engage pas la responsabilité juridique du patient et ne défausse pas celle du médecin.
24. Il est recommandé de pouvoir établir un contact avec le patient dans les jours précédant l'hospitalisation pour réitérer les consignes et les conditions de l'hospitalisation. Ce contact revêt une importance particulière en cas de consultation d'anesthésie délocalisée ou d'acte itératif.

4. QUESTION 4 : QUELS SONT LES ÉLÉMENTS DU CHOIX DE LA TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE ?

Le choix de la technique d'anesthésie repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, de l'acte réalisé et de l'organisation mise en place.

4.1. Préparation

25. Il est souhaitable de formaliser les modalités de réalisation de la visite préanesthésique et d'en assurer la traçabilité.
26. Il est possible de prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.
27. Il est recommandé d'établir des règles de jeune préopératoire adaptées à la programmation opératoire pour améliorer le confort du patient.

4.2. Technique d'anesthésie

28. Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effets secondaires réduits pour faciliter l'organisation du mode de prise en charge ambulatoire.
29. Il est souhaitable d'adapter la technique de rachianesthésie à la nécessité d'une reprise rapide de l'autonomie du patient en privilégiant les faibles doses, l'utilisation d'adjuvants liposolubles et la technique de latéralisation.
30. Il est recommandé de réaliser des blocs périphériques en accord avec le patient pour les interventions des membres qui s'y prêtent.

5. QUESTION 5 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES SUITES OPÉRATOIRES ?

5.1. Douleur postopératoire

La maitrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.

31. Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur post-opératoire y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation.
32. Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie.
33. Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.
34. Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des analgésiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie.
35. Il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'une autre technique d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire.
36. Il est recommandé de formaliser l'organisation du suivi de l'analgésie par cathéters périnerveux au lieu de résidence.
37. Il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur post-opératoire (application de froid, posture antalgique…).

5.2. Prévention thromboembolique

L'incidence de la maladie-thromboembolique veineuse semble globalement faible après une chirurgie ambulatoire.

38. Il est recommandé de prendre en compte la combinaison du risque individuel du patient et du risque de la chirurgie. La prévention pharmacologique de la maladie thromboembolique veineuse n'est pas systématique.
39. Il est recommandé que la durée du traitement pharmacologique ne soit pas inférieure à cinq jours et soit adaptée au cas par cas. En présence d'un risque global faible à modéré, la prophylaxie mécanique par bas de contention est efficace.

formation information

5.3. Nausées et vomissements postopératoires (NVPO)

Il n'existe pas de stratégie spécifique de prévention des NVPO dans le contexte ambulatoire. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque, du contexte spécifique de l'établissement et des actes qui y sont pratiqués.

Pour diminuer le risque de NVPO, une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire ; par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émétisantes possibles, notamment d'anesthésie locorégionale et par la prise en charge efficace de la douleur postopératoire selon une approche multimodale permettant de diminuer l'utilisation des analgésiques morphiniques.

40. Il est recommandé d'adopter une stratégie antiémétique prophylactique multimodale chez les patients ambulatoires identifiés à haut risque de NVPO.
41. Il est souhaitable que le traitement des NVPO survenant après la sortie repose sur la prescription d'antiémétiques validés en prophylaxie, en changeant de classe et sous une forme galénique adaptée, en cas d'échec du premier choix thérapeutique.

6. QUESTION 6 : QUELS SONT LES MODALITÉS DE LA PROCÉDURE DE SORTIE ?

La sortie du patient, quelques heures après son entrée et la réalisation de l'intervention programmée, conclut une prise en charge ambulatoire réussie. Autoriser cette sortie, sans aucune concession à la sécurité, constitue le moment-clé de cette prise en charge. Les critères de sortie permettent d'évaluer « l'aptitude au retour au lieu de résidence ».

42. Il est recommandé que l'ensemble des modalités de sortie soit formalisé par les acteurs et porté à la connaissance des patients. Elles font l'objet d'un chapitre particulier figurant dans la charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire validé par l'ensemble des intervenants dans la structure.
43. Il est recommandé en l'absence imprévue d'accompagnant pour le retour au lieu de résidence postopératoire de rechercher une alternative avant de proposer un transfert en hospitalisation traditionnelle. En cas de refus du patient, il est recommandé d'avoir formalisé une procédure de « sortie contraire à la pratique de l'ambulatoire ».
44. Il est souhaitable d'utiliser un score pour autoriser la sortie, facile à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intérêt à utiliser des tests psychomoteurs.
45. Il n'est pas recommandé d'imposer une réalimentation liquide et solide avant la sortie.
46. 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.
47. 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, au type de chirurgie.
48. Il est possible lorsque des blocs périphériques sont utilisés, de permettre la sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc s'il est prévu, selon les circonstances :
    - de prendre des mesures de protection du membre endormi : comme le port d'attelle ou l'utilisation de béquilles ;
    - d'assurer une information précise quant aux précautions à respecter après la sortie et aux risques potentiels ;
    - de prévoir une assistance à domicile.
49. Il est recommandé après un bloc périmédullaire de s'assurer des capacités de déambulation du patient avant la sortie. Le port d'attelle ou de béquille peut être utilisé.

7. QUESTION 7 : LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

Le mode de prise en charge ambulatoire rend nécessaire une organisation renforcée ou spécifique de la permanence et de la continuité des soins par la coordination entre les acteurs.

50. Il est recommandé que l'organisation mise en place permette le partage de l'information entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville.
51. Il est recommandé que soient remis au patient, à sa sortie, les documents nécessaires à la continuité des soins.
52. Il est recommandé que les acteurs de la structure s'assurent que le processus du retour au lieu de résidence du patient est organisé.
53. Il est recommandé que les acteurs de la structure, en collaboration avec la médecine de ville, organisent le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux du patient.

8. QUESTION 8 : L'ÉVALUATION ET DE LA GESTION DES RISQUES EN AMBULATOIRE

La prise en charge ambulatoire doit se faire sans risque majoré pour le patient. Comme pour toute prise en charge anesthésique, l'organisation de l'hospitalisation ambulatoire doit être en mesure d'identifier, d'évaluer, de hiérarchiser et de maitriser les risques dans une démarche globale d'amélioration de la qualité.

54. Il est recommandé de mettre en place une démarche qualité au sein de l'unité ambulatoire : description du processus de prise en charge du patient, analyse des points critiques de ce processus, mise en œuvre de plan d'amélioration.
55. Il est recommandé que l'organisation de la structure prenne en compte le risque propre du patient du fait de son statut

11. QUESTION 11 : QUELLE EST LA RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR ?

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie, lors de la visite pré anesthésique, durant l'acte, la période de surveillance postopératoire et dans le cadre de la continuité des soins, n'est pas différente de ce qu'elle est en hospitalisation conventionnelle.

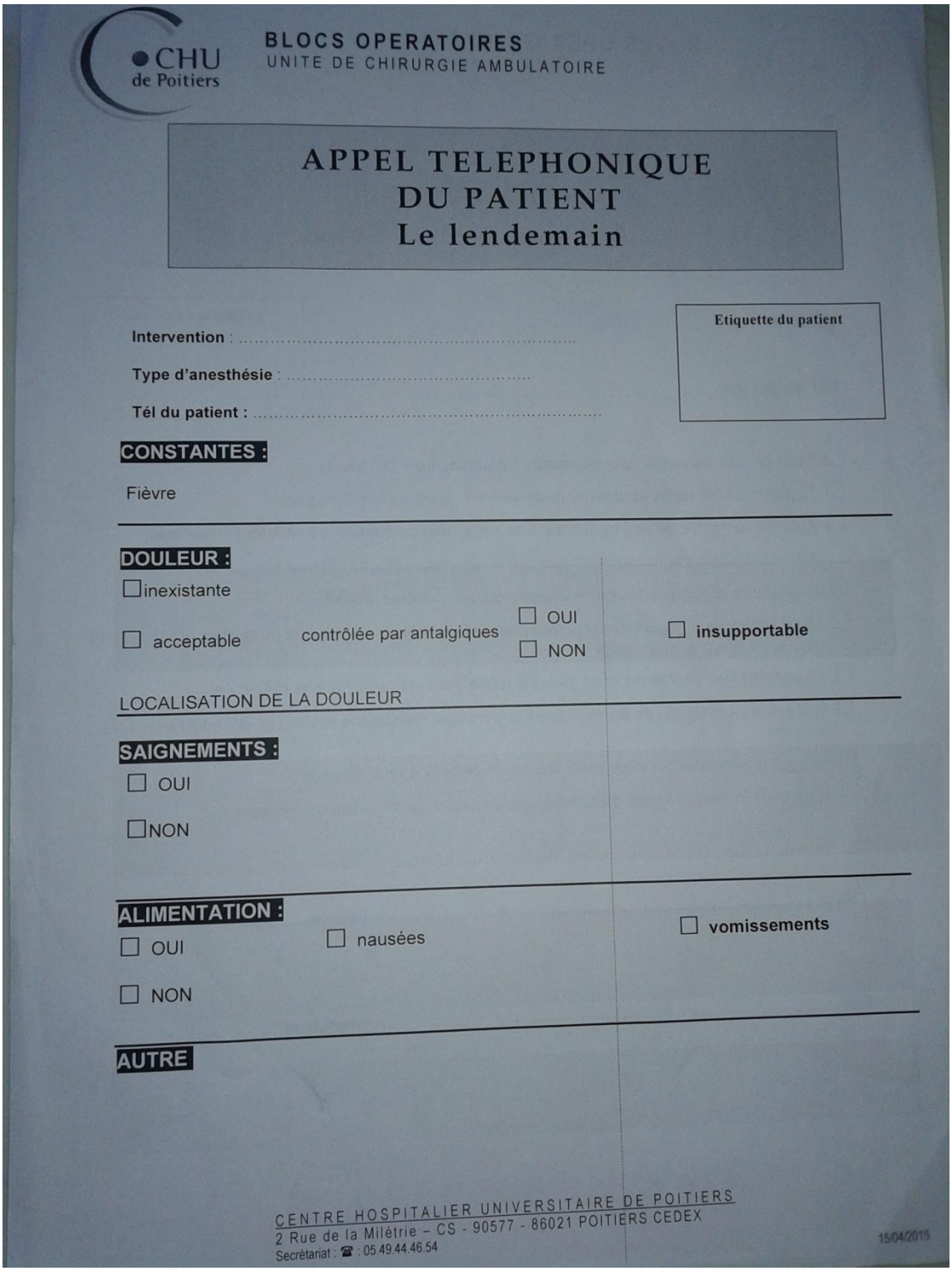
L'autorisation de sortie est une décision médicale authentifiée par la signature d'un des médecins de la structure. Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes.

La relation s'établit entre le patient et le médecin. L'accompagnant est un tiers sans statut particulier : il n'a aucune responsabilité spécifique en dehors des cas du mineur ou de l'incapable majeur. Le tiers accompagnant peut avoir une responsabilité morale mais il n'a aucune responsabilité juridique. La signature de l'accompagnant n'a pas lieu d'être.

68. Il est recommandé de remettre au patient un document écrit concernant les consignes de l'ambulatoire et d'archiver ce document, dans le dossier du patient, attestant de la réalité de l'information délivrée.
69. Il est recommandé de vérifier le respect des consignes et d'assurer la traçabilité dans le dossier du patient.
70. Il est recommandé d'écrire clairement les modalités d'autorisation de sortie du patient au sein de la charte de fonctionnement de la structure.
71. Il est recommandé que l'organisation prévoie qu'un anesthésiste réanimateur puisse être joint en cas de survenue d'un évènement imprévu en rapport avec l'anesthésie dans les suites immédiates et après la sortie du patient.

ANNEXE 3

FICHE DE SUIVI POST OPERATOIRE



CHU de Poitiers

BLOCS OPERATOIRES
UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

APPEL TELEPHONIQUE DU PATIENT
Le lendemain

Etiquette du patient

Intervention : .....

Type d'anesthésie : .....

Tél du patient : .....

CONSTANTES :

Fièvre

DOULEUR :

☐ inexistante

☐ acceptable contrôlée par antalgiques ☐ OUI ☐ NON ☐ **insupportable**

LOCALISATION DE LA DOULEUR

SAIGNEMENTS :

☐ OUI

☐ NON

ALIMENTATION :

☐ OUI ☐ nausées ☐ **vomissements**

☐ NON

AUTRE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
2 Rue de la Milétrie – CS - 90577 - 86021 POITIERS CEDEX
Secrétariat : ☎ : 05.49.44.46.54

15/04/2015

ANNEXE 4

FICHE DE RECUEIL

IDENTITE + DDN
INTERVENTION
ATCD
ASA
ORDONNANCE ANTALGIQUES SORTIE
EN SSPI
EN SORTIE AMBU
EN J+1
ANTALGIQUES POST OP / FREQUENCE PRISE

ANNEXE 5

PROTOCOLE INSTITUTIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE EN SSPI AU CHU DE POITIERS

3.2. Préalables :

- Après échec antalgique de palier I ou II ou d'emblée si EN (ou EVA) > 6 (ou 60)
- La morphine peut être associée aux antalgiques de niveau I, II Néfopam : ACUPAN®, AINS en l'absence de contre-indication à ces médicaments en particulier chez le sujet âgé, pour réaliser une analgésie plurimodale balancée efficace.
- La titration de 2 à 3 mg/5 minutes met trop de temps pour atteindre le seuil analgésique (25 minutes en moyenne), la dose de charge de 0,1mg/kg (par rapport au poids idéal) doit être utilisée sur les patients naïfs de dérivés morphiniques.
- Un surdosage vrai ne peut survenir que lors des réinjections (accumulation), les doses initiales prescrites ne peuvent occasionner que des effets indésirables mineurs et uniquement si elles sont injectées trop vite.
- Les personnes âgées, les insuffisants rénaux ou hépatiques ont besoin de la même dose initiale que le sujet normal pour atteindre le seuil analgésique.
- Sur prescription médicale datée et signée ou protocole écrit validé.
- Information du patient
- Avoir à disposition de la Naloxone

3.3. Dose de charge et titrations supplémentaires

- Pour être rapidement efficace, la dose initiale de charge doit être au moins de
- 0,1 mg /kg chez l'adulte
- La morphine concentrée à 1 mg/ml est injectée en IV lent (1 à 5 minutes pour la dose de charge)
- L'injection est ralentie si le patient somnole ou présente des nausées
- Après un délai de 5 à 7 minutes, réévaluation de l'EN (ou EVA).
- Si EN >3 (ou EVA > 30), titrations supplémentaires de 3 mg/ 5 minutes jusqu'à EN ≤ 3 (ou EVA ≤ 30)
- Il n'y a pas en pratique de dose maximale de morphine.
- Si EN > 3 (ou EVA > 30) et dose de charge + titrations supplémentaires = 20 mg : réévaluation médicale avant de continuer (dose d'alerte). Si poursuite de la titration après avis médical, la dose cumulative de 30mg constituera une deuxième alerte avec de nouveau la nécessité d'une réévaluation médicale.

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

2014-2016

EVALUATION DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE A J+1 DES PATIENTS DU SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE POITIERS

La douleur post opératoire est un symptôme quasi systématique à la suite d'une intervention chirurgicale. Elle s'en trouve par conséquent prévisible. Sa prise en charge repose sur un certain degré d'anticipation, de contrôle et d'évaluation. L'information aux patients reste primordiale.

Dans notre étude, nous avons évalué la douleur post opératoire à J+1 des patients adultes du service de chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers. D'autre part nous avons observé les spécialités les plus algogènes dans cette échantillon de patient et le suivi des recommandations formalisées d'expert par les patriciens hospitaliers.

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulé dans l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers, du 19 octobre 2015 au 16 décembre 2015.

Sur la période considérée, 242 patients ont pu être inclus. 30% (n=72) d'entre eux ont évalué leur douleur à J+1 comme étant supérieure ou égale à 4 avec la méthode de l'échelle numérique. Ils ont été plus nombreux a être algique lorsqu'ils ont été opérés en chirurgie vasculaire (43%) et viscérale (41%).Il n'a été fait aucun lien significatif entre le type d'anesthésie et les douleurs ressenties à j+1. Les recommandations formalisées d'expert sur la prise en charge de la douleur des patients de chirurgie ambulatoire n'ont été suivies que dans 40% des prescriptions médicales. Malgré une observance totale de la prescription médicale 19% des patients ont évalué leur douleur comme supérieure ou égale à 4 le lendemain de leur intervention chirurgicale.

Les modalités actuelles de la prise en charge de la douleur post opératoire des patients du service de chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers pourraient être réadaptées en fonction de nos résultats. Cela permettrait éventuellement de réduire l'incidence des douleurs post opératoires à j+1.

Mots clés : Ambulatoire, douleurs post opératoire, analgésie, échelle numérique, anticipation, information

Auteur : Charlène TEIXEIRA

Directeur de mémoire : Dr Didier BAUDOUIN

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2014-2016

EVALUATION OF POST OPERATIVE PAIN DAY+1 IN THE OUTPATIENT SURGERY UNIT OF POITIERS UNIVERSITY HOSPITAL

Postoperative pain is an almost systematic symptom after surgery, so it can be predictable. Its management is based on a degree of anticipation, monitoring and evaluation. Patient information remains paramount.

In our study, day + 1 postoperative pain was assessed in adult patients in the Day Care Surgery Unit of Poitiers University Hospital. Furthermore, the most painful surgical interventions in this patient sample and the use of the official expert recommendations by hospital practitioners were evaluated.

This is a prospective study carried out in the Outpatient Surgical Unit of Poitiers University Hospital, from 19th October 2015 to 16th December 2015.

During this period, 242 patients were included. 30% (n = 72) of them assessed their day + 1 pain to be greater than or equal to 4 with the numeric scale method. They were more likely to feel more pain when operated on in vascular (43%) or visceral surgery (41%). There was no significant link between the type of anesthesia and day + 1 pain. The official expert recommendations on pain management in Day Care Surgery patients were not followed in 40% of prescriptions. Despite a total observance of the prescription, 19% of patients assessed their pain as greater than or equal to 4 on the day after surgery.

The current management of the post operative pain of patients in the Day Care Surgery Unit in Poitiers University Hospital could be rehabilitated according to our results. This would reduce the incidence of day + 1 post operative pain.

Keywords: Ambulatory, post operative pain, analgesia, numerical scale, anticipation, information

Author : Charlène TEIXEIRA

Supervisor : Dr Didier BAUDOUIN