HAL
open science

Chirurgie ambulatoire viscérale au Centre Hospitalier de Saint-Palais : fréquence et raisons des incidents au retour à domicile, facteurs associés

Philippe Lucas

To cite this version:

Philippe Lucas. Chirurgie ambulatoire viscérale au Centre Hospitalier de Saint-Palais : fréquence et raisons des incidents au retour à domicile, facteurs associés. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03179684

HAL Id: dumas-03179684

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03179684v1

Submitted on 24 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021 Thèse n° 14

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Le 08 Mars 2021

Par M Philippe Lucas

Né le 29 Septembre 1991 à Nantes

Chirurgie ambulatoire viscérale au Centre Hospitalier de Saint-Palais : fréquence et raisons des incidents au retour à domicile, facteurs associés.

Directeur de Thèse
Monsieur le Docteur Olivier Ritz

Membres du Jury

Monsieur le Professeur François SZTARK.....Président
Monsieur le Docteur Marco ROMERO.....Rapporteur
Madame le Docteur Laura ETCHECHOURY.....Juge
Monsieur le Professeur Quentin DENOST.....Juge

À mon Président de jury, **Monsieur le Professeur François Sztark**, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et pour l'attention portée à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

À mon rapporteur et juge, **Monsieur le Docteur Marco Romero**, pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour sa disponibilité et son aide sans limites, le partage de ses connaissances, tant dans l'élaboration de ce travail que lors de mon parcours d'interne. Je tiens à vous exprimer ma profonde et sincère reconnaissance.

À mon juge, **Monsieur le Professeur Quentin DENOST**, pour me faire l'honneur de juger cette thèse, pour sa disponibilité. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude et reconnaissance et je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

À ma juge, **Madame le Docteur Laura ETCHECHOURY**, pour avoir accepté de juger ce travail, mais également pour son aide dans l'élaboration de cette thèse. Qu'elle trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon Directeur de thèse et juge, **Monsieur le Docteur Olivier RITZ,** pour avoir été à l'origine de ce travail et pour son aide plus que précieuse. Merci pour ton soutien, ta patience à mon égard, ta disponibilité et pour le temps que tu as su trouver entre Gévaudan et Pays-Basque. Tu m'as permis d'accéder à mon projet professionnel. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

A ma Mère, de ma naissance à ce jour et pour le reste de ma vie, je te dois mon existence. Tu as su accompagner l'enfant que j'étais mais surtout celui que je suis encore. Pour ton soutien infaillible et ta bienveillance dans les bons comme dans les mauvais temps, merci Maman. Il n'y pas de divergence géographique qui puisse faire vaciller l'importance d'une mère pour son fils. Et surtout pas quelques flocons de neige sur la route des cigarettes d'Andorre.

A mon Père, le paternel, celui qu'un fiston tel que moi observe et admire. J'espère un jour être un aussi bon père que toi. Je ne parle même pas d'essayer d'égaler ta carrière médicale sans précédent. Merci Papa, pour ton soutien infaillible face à mes nombreuses défaillances et surtout ma carrière ratée dans la voyoucratie. Quoi que cela veuille dire, seul Dieu et nous seuls pouvons.

A Hélène, Gabrielle, Sofiane, Julien. Enfants de l'amour ou de l'échec, fratrie indissoluble de sang et de lien. Pour votre soutien depuis toutes ces années, votre patience à mon égard. A cette journée au Parc de Naudières qui n'aura jamais lieu. Je pense souvent très fort à vous mais je ne vous le dis pas (car je n'ai plus d'unités sur ma carte téléphonique).

A Soline, ma belle-doche, la baronne. Des surnoms faiblards si l'on considère tout le mérite qui te revient. Pour toutes les tapisseries, les JO de Sotchi, merci et surtout tous mes voeux.

A ma Marraine, la bonne fée, pour ta sagacité et ta liberté d'esprit. Je m'en inspire. Merci et cours après moi que je t'arrête.

A mes grands-parents, pour leur soutien sur terre et outre-tombe. Ma tendre Lénou tu me manques.

A Guitou, mon beauf, je n'arrive pas à oublier cette fois où nous nous sommes embrassés.
A Martin, merci de partager avec nous ta joie de vivre si singulière. Et ton accent.
A Claire, Guillaume, Clémence et Amaury, au plaisir de chaque moment partagé avec vous.
A Odile, Antoine, Tonton Charlot et Tonton Serge.

Aux Nantais parfois d'ailleurs :
A Rémi, pour une fois dans ta vie. Comment arrive-t-on encore à trouver des trucs à se raconter ? Pourvu que ça dure, c'est pas la Saint Rémi non plus.
A Olivier, à la radio et au concert de Jean-Louis Aubert, RIP à ton calcanéum.
A Thibault, à nos après-midis studieuses et nos vacances culturelles.
A Driko, des gangs carcéraux à la pacification du Tonkin.
A Jean, Thomas, L.M, notre balade dans le Béarn et le projet de podcast.
A Arthur, Polo, Romich, notre coloc forcée et dix euros de Goals s'il vous plait.
A Oillic, pour le sans-faute, super-grimpeur.
A Dahnanas, quel est l'interêt d'aller à Lyon ?
A Koussai, le seul à oser prendre Médecine G (option Boeing) à Bordeaux. Bon vol.
A Jules P., ai-je besoin d'en dire plus ?
A Gild's, pour avoir surpris le Vigouroux.
A Bilu, tant qu'il te reste des plaquettes.
A Elise, la conscience du corps.
A Louch, Momo, Sarah et un prochain Trivial Pursuit.

Aux amis du Sud-Ouest mais surtout d'ailleurs : ces années d'internat sont marquées par des rencontres fortuites (certains diront forcées) qui sont pour nous devenues des amitiés naissantes que le temps a su consolider. Une belle histoire humaine. Un peu plus concrètement, c'est un joyeux mélange de pratique médicale débutante avec son lot d'incertitudes, de ratés, d'angoisse et parfois de pleurs (sans vouloir les citer ce sont surtout les filles qui pleurent quand même), mais aussi du soutien, de l'entraide, de la découverte et du partage. C'est également le soir, les thèmes, les déguisements, l'humour toujours fin, les débats toujours politiquement corrects, les voyages, les retrouvailles et elle est moitié folle celle là ou quoi.
Par ordre chronologique d'apparition avec un soupçon de galanterie : Célia, Marie, Sarah, Hugo, Paulo, Violettah, Camisole, les Mainmains, Toté, Armand.
Merci à vous tous.

A Saint-Palais, plus particulièrement son hôpital, encore plus particulièrement le service de Médecine Polyvalente. Merci de m'avoir accueilli, soutenu, de m'avoir permit de m'épanouir, j'y ai tellement appris. La personne que je suis et le médecin que je m'apprête à devenir vous remercie d'avoir participé de façon déterminante à forger ma pratique dans la bienveillance. Vous pratiquez d'une si belle façon l'art de soigner. A bientôt.

A Pacha, Lola, Loustic, Athos, Hector, Daisy, Jarod, Nimbus, Achille, les amis à quatre pattes.
A la musique, aux livres, pour toutes ces heures passées à prendre du retard sur ce travail.

Aux travailleurs qui m'ont aidé ou qui ont participé directement ou indirectement à l'élaboration de cette thèse : l'équipe de chirurgie ambulatoire, le Dr Didailler, l'équipe du DIM de Saint-Palais notamment le Dr Isabelle Blanchard et le Dr Xavier Fenet-Garde. Un grand merci à Me Dubroca du CHCB sans qui les statistiques de ce travail ressembleraient à 1+1 = à peu près.

Et enfin, à Anais. Ma Dame, pour ta présence à mes côtés, ton aide précieuse et ton soutien pendant ce travail, merci. Pour m'avoir supporté et toujours sorti la tête de l'eau lorsque je n'y croyais plus ou que je ne savais plus où j'allais, durant cette aventure intellectuelle si souvent semée d'incertitudes. Et surtout pour l'avoir fait au quotidien depuis le début de la nôtre (d'aventure), où tu as su accepter mon pire et tenter d'en faire le meilleur. C'est grâce à toi que je suis devenu nous, pour mon plus grand bonheur.
Je t'aime et mo kontan twa.
Sache par ailleurs que je te gagnerai toujours au Yam's.

« Celui qui étudie la médecine sans livres navigue sur une mer inconnue, mais celui qui étudie la médecine sans voir les patients ne va même pas en mer. »
William Osler (1849-1919)

Table des matières :

Remerciements..... 3
Liste des abréviations..... 6
I. Introduction..... 7
A Historique..... 7
B. Les débuts et l'évolution en France..... 7
C. Cadre légal et réglementation..... 8
D. Bénéfices de la chirurgie ambulatoire..... 9
E. Modalités pratiques organisationnelles et gestion des risques..... 9
F. Contexte et motivation..... 12
G. Notre étude..... 13
II. Méthodes..... 14
A. Type d'étude..... 14
B. Population étudiée et méthodes de sélection..... 14
C. Méthodes d'observation..... 15
D. Méthodes d'évaluation..... 15
E. Analyse statistique.....15
F. Considérations éthiques..... 16
III. Résultats..... 17
A. Population de l'étude..... 17
B. Critère de jugement principal..... 20
C. Facteurs associés..... 21
IV. Discussion..... 22
A. Forces et limites..... 22
B. Cohérence externe..... 23
C. Ouverture..... 27
V. Conclusion..... 28
VI. Bibliographie..... 29
VII. Annexes.....33
VIII. Résumé..... 42
Serment d'Hippocrate..... 43

Liste des abréviations :

CA : Chirurgie ambulatoire

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

IAAS : International Association of Ambulatory Surgery

RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

ASA : American Society of Anesthesiologists

CHSP : Centre hospitalier de Saint-Palais

CPJ : Critère de jugement principal

NVPO : Nausées et vomissements postopératoires

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ATCD : Antécédent

EIQ : Ecart inter-quartile

PEC : Prise en charge

IMC : Indice de masse corporelle

IC : Intervalle de confiance

I INTRODUCTION :

A. Historique

Cette innovation qui permet le retour à domicile du patient le jour même de son intervention est née il y a plus d'un siècle. En 1899, au Glasgow Hospital for sick children, James Henderson Nicoll, « The father of day surgery », expérimente à l'état d'embryon la chirurgie ambulatoire (CA) afin de pallier à la difficulté d'hospitalisation des enfants. Son expérience basée sur une série de 9000 enfants conclut à une diminution des coûts ainsi qu'à de meilleurs résultats post-opératoires (1).

Bien plus tard, la CA comme alternative à l'hospitalisation complète s'officialise aux Etats Unis avec la création en 1968 du Butley Ambulatory Center de Providence (2). De nombreux autres centres essaiment dans l'ensemble du pays tout comme à l'étranger. L'objectif est celui de la performance : contourner la lourdeur des structures hospitalières pour les interventions courantes.

B. Les débuts et l'évolution en France

C'est seulement en 1991 que l'état Français s'engage à donner un statut juridique à la CA, permettant le « virage ambulatoire » tant attendu. Dans le but de promouvoir la CA et d'uniformiser les pratiques est créée en 1994 l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) qui devient membre en 1995 de son équivalent mondial : l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) (2). Parmi les réactions politiques, on peut remarquer l'intervention de Simone Veil en 1996 : « la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de soigner mais, lorsque l'indication le permet, la meilleure façon de soigner »(2).

Les motivations d'ordre économique ont encouragé l'impulsion publique qui souhaite développer la CA dont l'émergence et la croissance restaient plutôt propres aux centres indépendants. Les innovations anesthésiques et les avancées technologiques médicales participent également à l'essor de l'ambulatoire (3).

Le développement de la CA grâce à des actions incitatives ou réglementaires permet d'élever à 58,5% le taux des actes de chirurgie du territoire en 2019 (4). Avec une bonne progression de 2,2 points jusqu'en 2016, cette croissance est ralentie avec seulement 0,9 point en 2019. Il faut 2,9 points par an pour atteindre l'objectif ambitieux des 70% fixé pour 2022 (4). Pourquoi un tel retard ? Selon l'AFCA dans son édito de Janvier 2017 il existe une difficulté « assez franco-française » à faire cohabiter réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) et CA (5). Le Dr Guy Bazin, fondateur et ancien président de l'AFCA, évoque une problématique de « prohibition des centres indépendants » (5). Pour Engel *et al.* en 2008, « les institutions sont dans leur rôle lorsqu'elles essaient de créer de nouveaux incitatifs » mais il existe une certaine frilosité dans le comportement des acteurs de terrain (6). Selon les auteurs il faut « renforcer la diffusion des bonnes pratiques organisationnelles », faire connaître les « réussites existantes » et promouvoir les rencontres entre experts en CA et chirurgiens afin d'informer et rassurer « ceux d'entre eux qui sont inquiets » (6).

C. Cadre légal et réglementation :

1- Légalement :

C'est la loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 (portant réforme hospitalière) qui d'abord définit la CA comme une structure de soins (7). En octobre 1992, est publié un décret fondateur qui décrit les conditions techniques de fonctionnement des structures (8) et c'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui définit les modalités d'application tarifaire.
La définition de l'ambulatoire est donnée par l'article R 6121-4 du Code de Santé Publique : « les alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L 6121-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire délivrent donc des prestations qui « équivalent par leur nature […] à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet », dans des conditions qui « autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même » (9) (10).

2 - Les gestes traceurs et le parcours patient :

La notion de gestes marqueurs ou interventions traceuses, réalisables et souhaitables en CA, nait avec l'IAAS et tient autant un rôle d'indicateur de développement que celui de recommandation. Les premiers travaux de l'IAAS rapportent 18 gestes marqueurs (2) . Ce chiffre progresse et atteint les 34 actes marqueurs internationaux en 2016. En France, la liste est élargie depuis 2015 à 55 gestes chirurgicaux soumis à l'accord préalable de l'assurance maladie (11) (Annexe 1). Cela signifie qu'une hospitalisation conventionnelle pour un de ces actes doit être justifiée pour bénéficier d'un accord de la CNAM.

D. Bénéfices de la chirurgie ambulatoire

L'impact économique généré par le raccourcissement des délais de prise en charge et la réduction des coûts (12) justifie le soutien qui devrait animer toutes les parties prenantes (patients, établissements, collectivités, assurance maladie) (13). Les bénéfices pour la médecine et le patient : diminution de l'impact psychologique et de l'interférence avec la vie quotidienne en évitant la régression liée à l'hospitalisation traditionnelle (14), amenuisement des infections nosocomiales par courte durée de séjour ainsi que des complications thrombo-emboliques (15). L'efficacité thérapeutique identique et le faible taux de morbi-mortalité font de la CA une pratique sécuritaire (15).
Les professionnels de santé en sont tout autant satisfaits que les patients (16).

E. Modalités pratiques organisationnelles et gestion des risques

1 - Modalités

En réponse au retard du développement de la CA constaté en France au début des années 2010, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS), publient une série de références « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » à destination des établissements de santé afin de favoriser l'évolution des pratiques vers la CA. Une mise au point des recommandations organisationnelles de la CA est publiée en

2014 (17).

- Les principes fondamentaux qui regroupent l'identification des étapes-clés du processus, la gestion des flux, les risques, les incitations. Des recommandations pour éliminer gaspillage et temps mort afin d'optimiser les flux à chaque étape du processus, l'identification des risques (en visant leur réduction). Les incitatifs doivent être associés et adaptés aux contraintes propres ou subies par les établissements (17).
- Les éléments stratégiques : faire de la CA une priorité du projet d'établissement, dissocier le soin de l'hébergement. L'idée est de changer de paradigme pour la référence CA. L'accent est à porter sur la maîtrise de grands risques liés au « processus proprement dit de prise en charge, au défaut d'adhésion au changement et aux pressions institutionnelles sur des acteurs fragiles en termes d'expérience, d'organisation et de culture sécurité » (17).
- Les éléments opérationnels : des recommandations de méthodologie spécifique prenant en compte la collégialité et le travail en équipe (dédiée, formée et impliquée), structuré autour du patient. Les coopérations professionnelles sont indispensables et doivent être pensées en vue d'optimiser les étapes et les flux (17).
- Les perspectives : la continuité et l'amélioration du lien ville/hôpital, la formation des acteurs, l'indépendance des flux de la CA qu'il faut désolidariser des « flux désorganisateurs » (17).

Les auteurs proposent également des outils et guides qui regroupent des supports, référentiels, check-lists, outils de gestion et d'analyse des risques. Ils renvoient vers les publications HAS « ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » (18) . De nombreuses fiches techniques, grilles d'évaluations, gestion des documents, qui modélisent et aident à l'organisation efficiente d'une unité de chirurgie ambulatoire.

2 - Gestion des risques

En 2016, Slim *et al.* (19) appréhendent la gestion des risques en CA en intégrant également les hospitalisations courtes dans le cadre du RAAC. Les risques sont séparés en 3 groupes en fonction de leur temporalité de survenue pré, per, post-opératoire, d'où 3 catégories de pré-requis organisationnels et techniques.

- En phase pré-opératoire : protocole, check-lists, respect des critères d'éligibilité (Annexe 2), chemin clinique formalisé selon chaque pathologie, surveillance pré-établie et établissement d'un dossier médical patient.
- En phase per-opératoire : check-lists sécuritaires du bloc, critères d'Aldrete modifiés autorisant la sortie de la salle de réveil (Annexe 3), conditions de sortie du patient selon des critères validés par l'HAS, l'ANAP et la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) (Annexe 3).
- En phase post-opératoire : mise en œuvre d'un protocole de surveillance adaptée à chaque type de chirurgie, appel du lendemain systématique et formalisé, consultation chirurgicale de contrôle et lien avec la médecine de ville.

Les auteurs recommandent dans chaque établissement une politique de sécurité et d'analyse des évènements indésirables (19).

3 - Critères d'éligibilité

On ne retrouve pas dans la littérature un listing des contre-indications médicales pures à la CA. Il s'agit plus d'un ensemble de « critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux » articulés par le concept du « triptyque acte/patient/structure » (20). C'est ce qui est décrit en 2010 par la SFAR dans son article sur la prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Les auteurs recommandent que les « patients de statut American Society of Anesthesiologists (ASA) I, II et III soient éligibles à l'ambulatoire (Annexe 4). C'est l'analyse du rapport bénéfice/risque, au cas par cas, qui fonde le principe de cette sélection »(20). C'est ce dernier point qui est majeur dans la prise de décision. Elle revient à une évaluation singulière de chaque patient en fonction de la prévisibilité des suites opératoires et de sa fragilité, en tenant compte avec rigueur des capacités de compréhension, de la compatibilité du lieu de résidence et de l'accompagnement du patient (20).
Les conditions nécessaires à une réponse favorable de la CNAM autorisant une hospitalisation conventionnelle sur un des 55 actes traceurs peuvent être interprétées comme des critères de remise en question sur la faisabilité de la CA. On retrouve principalement : un score ASA > 3, l'absence d'accès à un téléphone en post-opératoire, l'absence d'accompagnant adulte, les difficultés de compréhension du patient (11).

F. Contexte et motivation

1 - Les connaissances :

La CA représente une pratique convenue, quotidienne, soutenue par les acteurs de santé, dont les bénéfices ont pu être constatés. Gentili *et al.* concluent en 2009 en décrivant l'anesthésie ambulatoire comme une pratique n'apparaissant pas particulièrement risquée en France (21). Une enquête de mortalité en 2009 réalisée par la SFAR et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) n'attribue aucun mort à la CA (22). Des actes de plus en plus lourds tels que les colectomies sont désormais réalisables en ambulatoire dans certains centres, renforçant la perspective de développement de ce procédé (23).
Les complications les plus fréquemment rencontrées en post-opératoire sont les douleurs ainsi que les nausées et vomissements post-opératoires (NVPO). Celles-ci sont les plus responsables des prolongations de séjour et des ré-hospitalisations. Ces réadmissions concernent environ 5% des patients opérés et l'incidence des complications graves est heureusement faible (21).

2- Localement : Centre Hospitalier de Saint-Palais (CHSP).

Le CHSP et le Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne sont les deux établissements regroupés au sein du groupement hospitalier territorial GHT Navarre-Côte Basque. L'activité de CA existe depuis 1996. Les interventions de CA viscérale sont réalisées par deux praticiens hospitaliers du GHT de façon bi-hebdomadaire. La prise en charge est régulée et organisée dans une optique d'uniformité des pratiques et du respect des mesures organisationnelles par un dossier de chirurgie ambulatoire (Annexe 5) propre à chaque patient. Il reçoit également un « Passeport de chirurgie ambulatoire » avec informations et conseils pratiques (Annexe 5).
Sur l'année 2019, le nombre total de séjours au sein du CHSP était de 7084, dont 3030 en chirurgie. Soixante-seize pour cent (2305) de ces séjours chirurgicaux ont eu lieu en ambulatoire. Une enquête réalisée la même année par le service qualité de l'hôpital retrouvait des résultats plutôt encourageants et une bonne satisfaction. Le centre de Saint-Palais semble sur le papier un « bon élève » de CA si l'on considère les objectifs de santé publique mais également les chiffres nationaux (4). L'accent est porté localement sur

l'implication des équipes et du tandem anesthésiste/chirurgien, qui sont bien au fait des techniques modernes et des dernières recommandations. En témoigne l'organisation en 2017 du congrès REAGSO (Réunion d'Enseignement des Anesthésistes du Grand Sud-Ouest), portant notamment sur les dernières références en CA (24).

3- Les motivations :

La majorité des études ont été réalisées au sein des pays anglo-saxons. Elles concernent principalement les ré-admissions. Le peu d'études françaises a permis de mettre en évidence une connaissance insuffisante des professionnels, un défaut d'organisation et de communication entre l'hôpital et la ville (25).
Ces différents éléments et l'absence d'étude conduite localement nous a motivé pour mettre en œuvre un travail de recherche directement auprès des patients opérés au sein du CHSP, où l'activité de CA est marquée. Il nous semble important de participer au moins localement à promouvoir la CA, à la coordination des soins et le lien hôpital-ville. Cette démarche s'inscrivant également dans le but d'identifier et de comprendre afin de prévenir les éventuels risques liés à cette pratique.

G. Notre étude

Nous avons souhaité dans ce travail identifier et expliquer les problématiques au retour à domicile après CA. Nous souhaitons essayer de répondre à notre objectif : quelle est la fréquence des incidents au retour à domicile après CA viscérale au CHSP ? Nous identifierons les raisons de ces incidents et, le cas échéant, les facteurs associés.

II METHODOLOGIE :

A. Type d'étude

Nous avons réalisé un travail rétrospectif de type observationnel, monocentrique, descriptif et analytique.

B. Population étudiée et méthodes de sélection

1 - Les critères d'inclusion :
- Être majeur.
- Avoir été opéré en chirurgie ambulatoire au CHSP.
- Au cours de l'année 2019.
- D'une cholécystectomie ou d'une cure de hernie (inguinale ou ombilicale).

2 - Les critères d'exclusion :
- Les mineur(e)s.
- Les décédés.
- Les personnes dans l'incapacité de répondre au questionnaire pour toute raison : injoignables, refus de réponse, barrière de la langue, déficit sensoriel ou cognitif, trouble du langage...

3 - Taille de l'échantillon :
La taille de l'échantillon n'a pas été guidée par une méthode de calcul particulière, s'agissant d'une étude rétrospective. Elle a été imposée par notre choix de restreindre l'étude à l'ambulatoire en chirurgie viscérale et par la période de recrutement. Ce choix a été justifié par une volonté d'uniformiser l'expérimentation selon des arguments de similitudes : une seule spécialité, deux praticiens, une exposition à des risques semblables.

C. Méthode d'observation

Nous avons recueilli l'ensemble des données avec l'aide du Département d'Information Médicale du CHSP (listing des patients éligibles), puis en extrayant les informations à partir des dossiers médicaux des patients concernés (Annexe 5). Un tableur Excel anonymisé à l'aide d'un codage numérique qui ne permet l'identification des patients que par l'investigateur. Seules les données nécessaires à notre étude étaient recueillies.
Pour chaque patient était notifié : la nature et les caractéristiques de l'opération, les informations démographiques, médicales, per-opératoires, la présence, la bonne tenue et le contenu des documents-clés de chaque dossier ambulatoire.
Nous avons composé un questionnaire qui a permis le recueil des données restantes nécessaires à notre étude (Annexe 6).

D. Méthode d'évaluation

1 - Critère de jugement principal (CJP) :
L'objectif principal de notre étude était de mettre en évidence la fréquence des incidents au retour à domicile après chirurgie ambulatoire viscérale auprès des patients opérés en 2019 sur le CHSP.
Nous avons défini l'incident comme la nécessité pour le patient de recourir à un service de soins dans les 15 jours qui ont suivi la prise en charge. La recherche de cet élément se faisait par entretien téléphonique. Il pouvait s'agir du besoin de contacter le médecin traitant, le chirurgien ou le service de chirurgie, un passage aux urgences, l'appel au 15/18 ou à tout autre service de soins.

2 - Les objectifs secondaires :
- Décrire les raisons de ces incidents. Informations recueillies directement auprès des patients concernés lors des entretiens téléphoniques. Chaque patient répondant favorablement à l'incident était invité à préciser les modalités et raisons de l'incident.
- Mettre en évidence le cas échéant, les facteurs associés aux incidents, selon les données recueillies sur dossier informatique.
- Evaluer la satisfaction des patients selon une échelle numérique pouvant aller de 0 à 5/5 en imaginant que 0 était « insupportable » et 5/5 « parfait ».

E. L'analyse statistique

Les analyses ont été réalisées avec l'aide du logiciel Stata version 15.
L'ensemble des variables sera décrit globalement et par groupe. Les raisons d'incident au retour à domicile ont été décrites en pourcentage. A la fin de l'étude, les patients ont été répartis en deux groupes : pas d'incident vs incident. Une analyse univariée a été réalisée pour évaluer l'effet de chaque variable sur la survenue du critère de jugement principal, en utilisant un test exact de Fisher (Khi2 exact) pour les variables qualitatives, les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student. Un $p < 0.05$ a été considéré comme significatif.

F. Considérations éthiques

Le consentement des patients était sollicité lors des entretiens téléphoniques, vérifiant leur non-opposition à l'utilisation de leurs données médicales.
La présente étude se positionne hors champ de la Loi Jardé puisqu'il s'agit d'une recherche non interventionnelle rétrospective.

III RESULTATS :

A. Population de l'étude

La population initiale représentait 119 dossiers des patients opérés en CA viscérale sur l'année 2019. Parmi ces derniers nous avons mis en évidence 10 doublons, réduisant ainsi les patients éligibles à 109. Au sein de cet échantillon, 93 patients répondaient aux critères d'inclusion, constituant ainsi notre population d'étude (Figure 1).

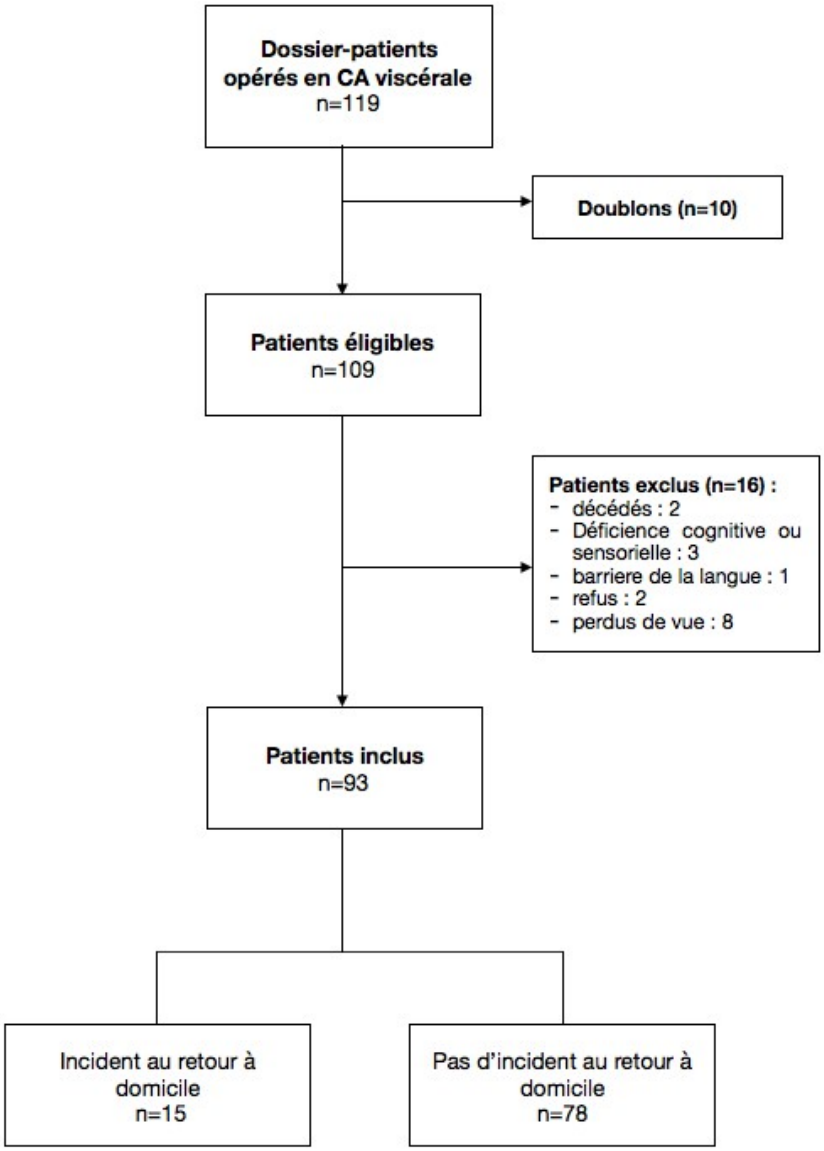


Figure 1 : Diagramme des flux de la population de l'étude

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population et comparaison selon incident.

			Incident	Pas d'incident	*valeur de p*
VARIABLES	**EFFECTIFS**	**%**	**N**	**N**	
	93		15 (16,1%)	78 (83,9%)	
Sexe					
Féminin	22	23,7 %	7 (7,6%)	15 (16,1%)	
Masculin	71	76,3 %	8 (8,6%)	63 (67,7%)	
Age (Médian)	63 [53-72]				
IMC (Médian)	26,7 [24,2-29,6]				
Activité					
Actif	32	34,4 %	7 (7,6%)	25 (26,8%)	
Retraité	57	61,3 %	7 (7,6%)	50 (53,7%)	
Autre	4	4,3 %	1 (1,1%)	3 (3,2%)	
Anticoagulant ou antiagrégant	19	20,4 %	1 (1,1%)	18 (19,3%)	
Risque Cardio vasculaire *					
Bas	21	22,6 %	5 (5,4%)	16 (17,2%)	
Moyen	31	33,3 %	6 (6,5%)	25 (26,8%)	
Haut	18	19,4 %	1 (1,1%)	17 (18,3%)	
Très haut	23	24,7 %	3 (3,2%)	20 (21,5%)	
Poly-médication *	34	36,6 %	6 (6,5%)	28 (30,1%)	
Antécédent (ATCD) psychiatrique	9	9,7 %	3 (3,2%)	6 (6,5%)	
Score ASA					
1	20	21,5 %	4 (4,3%)	16 (17,2%)	
2	60	64,5 %	9 (9,7%)	51 (54,8%)	
3	13	14 %	2 (2,2%)	11 (11,8%)	
ATCD Anesthésie générale	82	88,1 %	10 (10,8%)	72 (77,3%)	0,015
ATCD chirurgical abdominal	46	49,5 %	6 (6,5%)	40 (43%)	
Autonomie					
Oui	84	90,3 %	14 (15,1%)	70 (75,2%)	
Non	9	9,7 %	1 (1,1%)	8 (8,6%)	

* Trois médicaments ou plus

** Calculé à partir du SCORE (Systematic COronary Risk Estimation) (26)

Tableau n°2 : Autres variables et comparaison selon incident.

			I	Incident	Pas d'incident	*Valeur de p*
VARIABLES	**EFFECTIFS**	**%**	**N**	**N**	**N**	
Nature de la chirurgie						
Hernie inguinale	57	61,3 %		9 (9,7%)	48 (51,6%)	
Hernie ombilicale	19	20,4 %		2 (2,2%)	17 (18,2%)	
Vésicule biliaire	23	24,7 %		5 (5,4%)	18 (19,3%)	
Multisite	22	23,7 %		3 (3,2%)	19 (20,5%)	
Technique chirurgicale						
Coelioscopie	78	83,9 %		14 (15,1%)	64 (68,8%)	
Abord direct	25	26,9 %		2 (2,2%)	23 (24,7%)	
Mode de sortie						
Accompagné	88	94,6 %		14 (15,1%)	74 (79,5%)	
Véhicule sanitaire	5	5,4 %		1 (1,1%)	4 (4,3%)	
Anomalie postopératoire ***	40	43 %		10 (10,8%)	30 (32,2%)	0,042
Douleur postopératoire ***	33	35,5 %		9 (9,7%)	24 (25,8%)	0,033
Douleur à la sortie	10	10,8 %		1 (1,1%)	9 (9,7%)	
Appel veille	71	76,3 %		11 (11,8%)	60 (64,5%)	
Appel lendemain	66	71 %		13 (14%)	53 (57%)	
Anomalie du lendemain ****	21	22, 6 %		8 (8,6%)	13 (14%)	0,004
Préférence PEC conventionnelle	11	11,8 %		5 (5,3)	6 (6,5%)	0,015

** En salle de réveil ou en service ambulatoire. Anomalie post-opératoire signalée et tracée par l'infirmière lors de la surveillance : douleur, apnée, hyper ou hypotension, désaturation, épistaxis.

*** Signalement d'un désagrément lors de l'appel du service au patient le lendemain de la prise en charge (Annexe 5)

Le tableau 1 regroupe les variables médicales et les caractéristiques figées de l'échantillon.

L'âge moyen de notre population était de 61,4 ans (écart type 15,1 années), une médiane à 63 ans avec EIQ (écart inter-quartile) [53-72]). La répartition entre hommes et femmes était inégale : 76,3% d'hommes (N=71) pour 23,7% de femmes (N=22). L'indice de masse corporelle (IMC) des patients retrouvait une moyenne de 26,9 (écart-type 4,1). Le score

ASA médian était de 2, aucun patient n'avait un score ASA évalué à 4.
Une grande majorité de la population (90,3%) était considérée comme autonome. Les 9 patients considérés avec autonomie incomplète l'étaient parce qu'ils vivaient seuls pour 4 d'entre eux, sinon en raison de déficit cognitif/intellectuel, ou parce qu'ils étaient limités dans leur mobilité (marche avec une canne, plâtre). Il était précisé dans le dossier que les patients vivant seuls seraient accompagnés par un proche lors de la première nuit postopératoire.

Les autres variables, directement en lien avec la prise en charge en CA, sont représentées dans le tableau 2.
La technique chirurgicale la plus représentée était la cœlioscopie avec 83,9% (N=78), contre 26,9% (N=25) pour les abords directs. Certains patients ont bénéficié des deux techniques au sein du même temps chirurgical. L'opération la plus représentée était la cure de hernie inguinale 61,3% (N=57). Vingt-deux patients soit 23,7% ont bénéficié d'une opération que nous avons considérée comme « multi-site » lorsqu'elle se déroulait sur plusieurs sites opératoires.
Onze patients ont déclaré lors de l'interrogatoire qu'ils auraient préféré une prise en charge (PEC) conventionnelle, soit 11,8%. Les patients ont évalué leur prise en charge en la notant avec une moyenne à 4,46/5 (écart-type 0,53).

B. Critère de jugement principal

Quinze patients ont décrit un incident au retour à domicile, soit 16,1% de la population avec un intervalle de confiance IC95% [8,65-23,61].

Tableau n°3 : Raisons des incidents.

RAISONS	N (%)
Douleur	7 (46,6%)
Transit et NVPO	4 (28,4%)
Cicatrice/hématome	5 (35,5%)
Autres*	3 (20%)

** prurit, besoin d'aide à la toilette, prolongement arrêt de travail*

La raison principale des incidents était la douleur chez 7 personnes (46,6%). Certains patients ont présenté plusieurs raisons à la fois.
Le signalement des incidents s'est fait via un appel au médecin traitant pour 7 patients (46,6%), au service de chirurgie pour 6 patients (40%). Deux patients (13,3%) ont bénéficié d'une admission aux urgences avec hospitalisation de courte durée, représentant ainsi 2,1% de patients réadmis au sein de la population totale de l'étude.

C. Facteurs associés

Tableau n°4 : Facteurs associés aux incidents lors du retour au domicile après chirurgie ambulatoire viscérale.

VARIABLES	RC	IC
Anomalie postopératoire	3,2	[1,04 ; 9,89]
Douleur postopératoire	3,38	[1,12 ; 10,16]
Anomalie appel lendemain	5,57	[1,91 ; 17,11]
ATCD Anesthésie générale	0,17	[0,04 ; 0,66]
Préférence PEC conventionnelle	6	[1,72 ; 20,88])

RC rapport de côte ; IC95% intervalle de confiance à 95%

Les variables associés à la survenue d'un incident étaient : l'anomalie post-opératoire, la douleur post-opératoire et l'anomalie à l'appel du lendemain (RC 3,2 IC95% [1,04 ; 9,89], RC 3,38 IC95% [1,12 ; 10,16], RC 5,57 IC95% [1,91 ; 17,11], respectivement).
Avoir un antécédent d'anesthésie générale était inversement associé à la survenue d'un d'incident (RC 0,17 IC95% [0,04 ; 0,66]).
La préférence pour une prise en charge conventionnelle (à posteriori lors de notre interrogatoire) avec hospitalisation complète était associé à la survenue d'un incident (RC 6 IC95% [1,72 ; 20,88]).

IV DISCUSSION

Cette étude nous a montré que 16,1% (IC95% [8,65-23,61]) des patients ont présenté un incident au retour à domicile dans les 15 jours suivant leur prise en charge en CA digestive. La raison principale des incidents est la douleur. Certaines variables étaient associées à la survenue des incidents, comme la douleur postopératoire. Les anomalies post-opératoires étaient également associées, en considérant que la douleur représente la plus grande proportion de ces anomalies.

A. Forces et limites

1- Forces de l'étude

- Un critère de jugement principal pertinent, objectif et facilement reproductible. Sa caractéristique composite permettait d'augmenter la puissance statistique, de se rapprocher de la situation clinique réelle en envisageant l'ensemble des évènements importants.
- Peu de critères d'exclusion, le groupe de patients inclus était donc assez représentatif des patients pris en charge sur une année en CA viscérale au CHSP.

2 - Limites de l'étude

Sur le plan méthodologique :

- Il s'agissait d'une étude rétrospective donc de moindre niveau de preuve (grade C de la HAS).
- L'étude était mono-centrique, ce qui diminue la validité interne et externe.
- Un critère de jugement principal composite regroupant des éléments de gravité différente ce qui pouvait rendre difficile l'interprétation des résultats et la comparaison des résultats avec les études antérieures (impossibilité de comparer à chaque composante).
- L'étude n'étudiait que la spécialité de chirurgie digestive, limitant clairement la généralisation des résultats à la chirurgie ambulatoire de façon générale.

Sur le plan du recueil des données :

- Certaines variables étaient dépendantes de la bonne tenue des dossiers, pouvant créer un biais de mesure.
- L'interrogatoire des patients se déroulait au courant de l'année 2020, portant sur des évènements survenus en 2019, constituant ainsi un biais de mémoire.

Sur le plan statistique :

- Les deux groupes comparés (incident vs pas d'incident) ont des répartitions inégales (78 vs 15), ce qui occasionnait un manque de puissance ainsi qu'une comparabilité affaiblie.
- La recherche des facteurs associés était un objectif secondaire dont on ne pouvait tirer de conclusions. Pour cette partie de l'étude nous n'avons pas comparé les variables associées en analyse multi-variée, créant ainsi un possible biais de confusion.

B. Cohérence externe

La notion d'incident n'existait pas clairement dans la littérature, nous n'avons pas de bibliographie afin de la justifier. Nous aurions pu parler d'effets indésirables ou de complications. Au-delà des pures complications post-opératoires, nous voulions inclure tous les évènements qui conduisent le patient à chercher une aide, dans l'idée d'une démarche centrée sur le patient et son ressenti même en l'absence de substrat organique. De façon assez arbitraire nous avons choisi un délai de 15 jours durant lequel devait survenir l'incident. Sa situation à mi-temps entre opération et visite du chirurgien qui a lieu habituellement à 30 jours nous paraissait intéressante.

La population de notre échantillon était principalement composée d'hommes (76,3%), ce qui peut être expliqué par l'incidence prédominante des hernies inguinales dans la population masculine retrouvée dans la littérature (27,28). En effet ce type de pathologie représente 61% de notre population. L'âge médian était de 63 ans dans notre étude, il semble plus jeune dans les autres études concernant la CA (29,30) . La fréquence des hernies inguinales s'accroit nettement avec l'âge, ce qui peut expliquer cette différence (61% de notre population était prise en charge pour une hernie inguinale) (31). Par

ailleurs, dans les études concernant uniquement les hernies inguinales, l'âge médian semble davantage compatible avec notre étude (28). Une autre raison pouvant expliquer ces différences : le vieillissement de la population au sein du département des Pyrénées Atlantiques (32).

Nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans la littérature en ce qui concerne le taux de réadmission (2,1% dans notre étude). En 2002, Coley *et al.* retrouvaient 1,5% de réadmissions à l'hôpital lors d'une étude réalisée sur 20817 patients opérés en chirurgie ambulatoire toutes spécialités confondues (avec une plus large proportion statistiquement significative de patients issus du service de « chirurgie générale ») (29). Les auteurs rapportaient également la raison principale des réadmissions : la douleur, qui était également dans notre étude la plus fréquente justification des incidents (46,6%).
Whippey et Al., en 2013 dans une étude cas-témoin randomisée, estimaient un taux de 2,67% d'admissions non anticipées après chirurgie ambulatoire (avec un moindre risque concernant les chirurgies autres que « générale ») (30).

En 1994, Ghosh *et al.* ont réalisé une étude (557 patients inclus) sur la satisfaction et la nécessité de faire appel à un service d'aide après CA. Les auteurs retrouvaient 6,5% de patients ayant dû contacter l'hôpital ou leur médecin traitant après CA, ce qui est inférieur à nos résultats, pouvant s'expliquer par le fait qu'ils ont évalué la période sur les 48h post opératoires (vs 15 jours pour notre étude). Par ailleurs la principale raison invoquée était la douleur, le degré de satisfaction bon (6% des notes en dessous de la moyenne sur 10) ce qui corrobore notre étude (33). Nous n'avons constaté dans notre travail aucune note en dessous de la moyenne, et ce degré de satisfaction n'était pas associé à la survenue d'un incident, ce qui est également le cas chez ces auteurs.

Les facteurs associés aux ré admissions retrouvés par Whippey *et al.* sont : un score ASA élevé (III ou IV), un âge avancé et un IMC élevé (30). Fleisher et Al. ont proposé une méthode de prédiction préopératoire pour les patients présentant un risque accru d'admission imprévue suite à une CA, basée sur un système de points en fonction de certains facteurs associés : 65 ans ou plus, durée de fonctionnement de plus de 120 minutes, diagnostics cardiaques ou vasculaires, maladies cérébrovasculaires, malignité, séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine et l'anesthésie régionale ou générale (34). Ces résultats ne concordent pas avec notre étude, ce qui peut s'expliquer

non seulement par notre manque de puissance mais également par le fait que les auteurs n'ont pas comparé les réadmissions ou complications au déroulement de la prise en charge intra-hospitalière et ses éventuelles complications ou effets indésirables immédiats. Dans notre travail, la douleur et les « anomalies » post-opératoires semblent être associées de façon significative à la survenue d'un incident.

La douleur était la raison principale de survenue d'incident au retour à domicile dans notre étude, comme dans les différents travaux que nous venons de citer. Dans notre étude, la douleur post-opératoire en intra-hospitalier semble être associée à la survenue d'un incident au retour à domicile et la raison de ces incidents est représentée dans sa plus grande proportion par des problématiques douloureuses. Chung *et al.* retrouvaient un lien entre la douleur postopératoire et certains facteurs : IMC et durée de l'anesthésie (35). On remarque que ces facteurs sont communs avec certains des facteurs associés à la survenue d'une réadmission. A la différence de notre étude, il n'existait pas de lien entre douleur post-opératoire immédiate et dans les 48 heures mais le travail prenait en compte uniquement les douleurs « sévères ». Nous n'avons pas groupé les différents niveaux de douleur dans notre étude.
En 1998 dans une étude de Beauregard *et al.*, un patient sur quatre avait du consulter un professionnel de santé à cause de la douleur suite à une CA, ce qui est nettement supérieur à nos résultats. Les facteurs associés était une analgésie insuffisante à l'hôpital (36). L'évolution et l'amélioration des techniques notamment avec l'avènement de l'analgésie multimodale (dans les années 1990) participent probablement à la diminution des chiffres de douloureux post-opératoires (37). Les patients de notre étude ont bénéficié d'une analgésie multi-modale protocolisée par les équipes anesthésiques du centre (Annexe 7).

Le taux de NVPO retrouvé dans la littérature est d'environ 30% (38,39). Bien que certains auteurs signalent l'absence d'études relatant les NVPO plus tardifs (au-delà de la 24ème heure post-opératoire), nos résultats (28,4% des incidents en raison de NVPO) semblent corroborer ces chiffres dans une plus grande temporalité (40).

Slim *et al.* en 2016 rapportent et décrivent 285 effets indésirables signalés entre 2009 et 2014 (19). Parmi ces évènements, on retrouvait 130 effets indésirables post-opératoires : hémorragie, malaise, chute, douleur, péritonite, rétention urinaire. On peut considérer ces

complications comme impliquant une certaine gravité. Le manque de puissance de notre étude peut expliquer l'absence de ces complications graves. Ces résultats semblent également en faveur d'un niveau de risque grave considéré comme faible en CA (41,19).

Nous n'avons pas mis en évidence au sein de notre étude une différence significative selon le type d'abord chirurgical réalisé. Une majorité des patients (83,9%) a subi une cœlioscopie. Dans la littérature, nous retrouvons des résultats laissant supposer une supériorité de cette technique : douleur moindre et récupération plus rapide après laparoscopie comparé à un abord ouvert (28,42).

Aucune complication de type dysfonction vésicale n'a été retrouvée dans la période hospitalière ni au domicile. Cette effet indésirable est décrit avec une certaine variabilité selon les études, entre 0,5 et 52% (43,44). Les auteurs expliquent l'amenuisement de ce type de complication par l'utilisation des échographes portables qui permettent avec une bonne fiabilité de confirmer le diagnostic ou de l'éliminer, évitant ainsi certains sondages intempestifs. En tenant compte de certaines recommandations, un algorithme décisionnel associant facteurs prédisposants et surveillance échographique permettrait un meilleur contrôle de ce risque (43,45).

Nos recherches bibliographiques n'ont pas permis de trouver des résultats laissant supposer qu'un antécédent d'anesthésie générale semblait diminuer le risque de la survenue d'une complication ou d'un effet indésirable post CA. Cette curiosité qui semble non explorée dans la littérature nécessite davantage de travaux pour conclure à son implication protectrice.
Un autre résultat pour lequel nous n'avons pas recensé de similarités dans la littérature : l'anomalie à l'appel du lendemain comme facteur associé. Ce résultat pourrait suggérer un intérêt prédictif dans le repérage des patients susceptibles de faire appel aux services de soins dans la suite d'une CA.

Mihailescu *et al.* étudient en 2020 l'implication des critères sociaux environnementaux et la survenue d'une complication postopératoire, sans mettre en évidence d'association significative, les auteurs évoquent un manque de puissance du travail réalisé (46). Nos résultats le corroborent et l'on peut étayer les arguments par le respect des critères d'éligibilité autorisant la réalisation de la CA. Il est surement difficile de trouver au sein

d'une population de CA des patients ayant des critères sociaux environnementaux ou d'isolement majeurs, susceptibles de mettre en péril la réussite du processus.

C. Ouverture

Notre travail semble montrer un bon fonctionnement de la chirurgie ambulatoire au sein du CHSP, avec des résultats qui concordent dans l'ensemble avec ceux de la littérature française et internationale. Cela laisse supposer un bon respect des pratiques organisationnelles de la CA, également des critères d'éligibilité des patients.

La douleur semble être l'élément physiopathologique le plus marquant dans notre étude : elle est la raison principale des incidents et fait partie des facteurs associés. Les éléments de littérature semblent concorder avec ce résultat. Si ces effets se confirment, il semble important d'envisager une prise en charge optimale de la survenue des douleurs en postopératoire immédiat et dans les suites d'une chirurgie. Des essais interventionnels en ce sens sont nécessaires.

Le rôle du médecin traitant est probablement rassurant dans toute période posthospitalière. On pourrait envisager de façon systématique pour tout patient qui présente un désagrément lors de l'appel téléphonique du service, de consulter le médecin traitant afin de prévenir toute aggravation. D'autres expérimentations sont nécessaires pour confirmer le lien entre désagrément du lendemain et une certaine forme de complication.

Il nous paraît important d'insister sur le rôle du médecin traitant, que nous n'avons pas explicitement intégré au travail, en tant que pilier de la coordination des soins, récepteur de la communication hôpital-ville. Le développement des actions incitatives au bon fonctionnement du relais entre centre hospitalier et ville semble primordial pour une prise en charge optimale des patients lors de leur retour au domicile. Cette communication entre les deux acteurs de santé fait parfois défaut comme le rappellent Hubert *et al.*, en tout cas en termes de qualité des informations échangées (47). Dans l'intérêt du patient et du parcours de proximité il faut s'assurer de la bonne réception par le médecin des documents (courriers, comptes rendus...) de transfert. Le délai de cette réception est une

variable majeure afin d'appréhender en amont les problématiques. L'utilisation par exemple des messageries sécurisées de santé permet une communication efficace et instantanée. La généralisation de ce type d'échange et dans la même lignée celle du dossier médical partagé nous paraît une voie nécessaire à une meilleure communication entre acteurs de santé, en évitant au maximum la perte d'information. Toujours dans une ambition de développer le lien hôpital-ville et par la même occasion favoriser le développement de la CA, les plates-formes territoriales d'appui ont pour rôle la coordination des parcours de soins complexes (48). Elles sont censées favoriser les interactions entre GHT et libéraux, pallier les limites de ces participants, notamment sur le plan social et l'organisation de soins au domicile. Certaines difficultés ou complications, notamment en lien avec une autonomie restreinte des patients, pourraient se voir réduites si les acteurs humains et institutionnels en

La CA porte donc certains des traits de la médecine de demain, dont l'objectif national semble le développement d'une pratique transversale regroupant hôpital public et libéraux. Elle reste cependant une forme de médecine centrée sur le patient, comme insinué par Bontemps *et al.* en parlant d'une « révolution culturelle pour le patient qui n'est plus captif du chirurgien ni de l'anesthésiste mais acteur de sa prise en charge centrée sur lui-même » (17).

V. CONCLUSION

Dans cette analyse rétrospective, nous retrouvons un taux de 16,1% (IC95% [8,65-23,61]) d'incidents au retour à domicile après CA viscérale au sein du CHSP. La raison principale de la survenue des incidents est la douleur (46,6%). Les facteurs associés sont dans notre étude : les anomalies post-opératoires, la douleur post-opératoire, l'anomalie à l'appel du lendemain. Il faudrait construire des études dans l'objectif de confirmer ces liens. Ces associations, si elles se confirment, permettent d'envisager des interventions pour tenter de diminuer la survenue d'un incident après une chirurgie ambulatoire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Jarett P. Volume7_1999_63-64.pdf. Ambulatory Surgery. 1999;7:63-4.

2. Guy B. Historique et évolution de la Chirurgie Ambulatoire en France. :46.

3. Mahieu A, Raffy-Pihan N. La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives. :73.

4. Newsletters [Internet]. Chirurgie Ambulatoire - site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.chirurgie-ambulatoire.org/newsletters.html

5. Edito(s) [Internet]. Chirurgie Ambulatoire - site de l'Association Française de chirurgie Ambulatoire. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.chirurgie-ambulatoire.org/editos-afca.html

6. Engel F, Cauterman DM, Tajahmady DA. Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives. Annales des Mines - Gérer et comprendre. 2008;94(4):14.

7. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1) - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668/

8. Décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000726288/

9. Section 1 : Etablissement du schéma d'organisation sanitaire. (Articles R6121-1 à R6121-5) - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006916675/2009-05-27/

10. Section 3 : Structures de soins alternatives à l'hospitalisation (Articles D6124-301 à D6124-305) - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000026305997/2012-08-23/

11. Accord préalable et chirurgie ambulatoire [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/accord-prealable/accord-prealable-chirurgie-ambulatoire

12. Rosen MJ, Malm JA, Tarnoff M, Zuccala K, Ponsky JL. Cost-effectiveness of Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy: Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques. juin 2001;11(3):182-4.

13. Bizard F. Évaluation de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire ? :13.

14. Did A, Meurice M, Foucher G. Approche psychologique du patient opdr6 en chirurgie ambulatoire. 1995;6.

15. Cécile Mignot AGP. Rapport socle de connaissances. Haute Autorité de Santé; 2012 avr p. 141.

16. Canouï-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. Pratiques et Organisation des Soins. 2008;39(4):323.

17. Bontemps G. Recommandations organisationnelles de la chirurgie ambulatoire. La Presse Médicale. mars 2014;43(3):309-18.

18. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241930/fr/ensemble-pour-le-developpement-de-la-chirurgie-ambulatoire

19. Slim K, Theissen A, Raucoules-Aimé M. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte. Journal de Chirurgie Viscérale. févr 2016;153(1):53-8.

20. Prise en charge anesthesique des patients en hospitalisation ambulatoire. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. janv 2010;29(1):67-72.

21. Gentili M, Dufeu N, Lienhart A. Complications et risques au cours de la chirurgie ambulatoire. Le Praticien en Anesthésie Réanimation. déc 2009;13(6):429-37.

22. Premiers résultats de l'enquête SFAR-INSERM sur la mortalité imputable à l'anesthésie en France : réduction par 10 du taux de ces décès en 20 ans – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/premiers-resultats-de-lenquete-sfar-inserm-sur-la-mortalite-imputable-a-lanesthesie-en-france-reduction-par-10-du-taux-de-ces-deces-en-20-ans/

23. Mikel. La chirurgie colorectale en ambulatoire [Internet]. Centre Hospitalier de la Côte Basque. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ch-cotebasque.fr/quoi-de-neuf/1858-la-chirurgie-colorectale-en-ambulatoire

24. Beaussier M, Albi-Feldzer A, Bloc S, Charriot M-P, Compère V, Dadure C, et al. Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017 ? :6.

25. Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC. Acute Postoperative Pain Management at Home After Ambulatory Surgery: A French Pilot Survey of General Practitioners' Views: Anesthesia & Analgesia. nov 2002;95(5):1258-62.

26. De Backer G. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). European Heart Journal. sept 2003;24(17):1601-10.

27. Hicham Raiss, Martin Hübner, Dritan Abrazhda, Henri Vuilleumier, Nicolas Demartines. Cure de hernie inguinale en ambulatoire. Rev Med Suisse. 2011;7:1354-6.

28. McCormack K, Wake B, Perez J, Fraser C, Cook J, McIntosh E, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: systematic review of effectiveness and economic evaluation. Health Technology Assessment [Internet]. avr 2005 [cité 9 janv 2021];9(14). Disponible sur: https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta9140/

29. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of

unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. J Clin Anesth. août 2002;14(5):349-53.

30. Whippey A, Kostandoff G, Paul J, Ma J, Thabane L, Ma HK. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie. juill 2013;60(7):675-83.

31. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. BMJ. 2 févr 2008;336(7638):269-72.

32. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2020 | Insee [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692

33. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. British Journal of Surgery. nov 1994;81(11):1635-8.

34. Fleisher LA. A Novel Index of Elevated Risk of Inpatient Hospital Admission Immediately Following Outpatient Surgery. Archives of Surgery. 1 mars 2007;142(3):263.

35. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative Pain in Ambulatory Surgery. ANESTH ANALG. :9.

36. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. Canadian Journal of Anaesthesia. avr 1998;45(4):304-11.

37. Aubrun PF. Approche multimodale de l'analgésie. Le congrès Les essentiels. 2013;16.

38. Diemunsch P. Conférence d'experts – Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. oct 2008;27(10):866-78.

39. Gan TJ. Postoperative Nausea and Vomiting— Can It Be Eliminated? POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING. :4.

40. Capron B, Lescut C, Garot M, Etghen S, Lebuffe G. Nausées et Vomissements postopératoires en ambulatoire : Tolérance zéro ? :7.

41. Maillet FM, Yahia YA, Milan D, Dufeu N, Beaussier M. GESTION DU RISQUE EN AMBULATOIRE. :21.

42. Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJE, Praseedom RK. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. British Journal of Surgery. 10 déc 2009;97(1):4-11.

43. Keïta-Meyer H, Golmard J, Faitot V. Dysfonction vésicale en anesthésie. :13.

44. Tammela T. Postoperative urinary retention--why the patient cannot void. Scandinavian Journal of Urology and nephrology. Supplementum. 1995 ;175:75-77.

45. G Legrand. Chirurgie Ambulatoire en Urologie : texte des recommandations AFU. Progrès en urologie. nov 2013;(23):62-6.

46. Mihailescu S-D, Maréchal I, Thillard D, Gillibert A, Compère V. Socioenvironmental criteria and postoperative complications in ambulatory surgery in a French university hospital: a prospective cross-sectional observational study. BMJ Open. nov 2020;10(11):e036795.

47. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? La Presse Médicale. oct 2009;38(10):1404-9.

48. AP-HP : réunion du Conseil de surveillance du 17/03/2017 [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-reunion-du-conseil-de-surveillance-du-17032017

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Liste des 55 gestes traceurs

Accès vasculaire ; Adénoïdectomies ; Angioplasties du membre supérieur ; Angioplasties périphériques ; Arthroscopie de la cheville ; Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties ; Avulsion dentaire ; Chirurgie anale ; Chirurgie de la conjonctive (ptérygion) ; Chirurgie de la main ; Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren ; Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons ; Chirurgie de l'avant pied ; Chirurgie de l'épaule ; Chirurgie de l'utérus ; Chirurgie des bourses ; Chirurgie des bourses de l'enfant ; Chirurgie des hernies de l'enfant ; Chirurgie des hernies abdominales ; Chirurgie des hernies inguinales ; Chirurgie des maxillaires ; Chirurgie des sinus ; Chirurgie des varices ; Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS) ; Chirurgie du col utérin, vulve, vagin ; Chirurgie du cristallin ; Chirurgie du glaucome ; Chirurgie du nez ; Chirurgie du pied ; Chirurgie du poignet ; Chirurgie du sein/tumorectomie ; Chirurgie du trou maculaire ; Chirurgie du tympan ; Chirurgie pour strabisme ; Cholécystectomie ; Cure de paraphimosis ; Exérèse de kystes synoviaux ; Exérèse de lésions cutanées ; Exérèse de lésions de la bouche ; Exérèse de lésions sous-cutanées ; Fermeture de fistule buccale ; Fistules artérioveineuses ; Geste secondaire sur lambeau ; Geste sur la vessie ; Geste sur les glandes salivaires ; Geste sur l'uretère ; Geste sur l'urètre ; Interruption tubaire ; LEC ; Plastie de lèvres ; Prélèvement d'ovocyte ; Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique ; Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique ; Vitrectomie avec pelage de membrane ; Vitrectomie postérieure isolée

Annexe 2 : Critères d'éligibilité en CA

Statut ASA I—III
Patient acceptant cette prise en charge
Patient pouvant être raccompagné à domicile par un adulte responsable et si besoin pour au moins une nuit après la sortie
Accompagnant ayant compris la procédure des soins postopératoires et acceptant la responsabilité
Possibilité de contacter un centre de soins (téléphone)
La durée de transport et l'éloignement du lieu de résidence ne sont pas des critères d'exclusion
Le cas échéant établir une convention avec les autres établissements de santé pour une éventuelle prise en charge postopératoire
Respect des indications chirurgicales validées par les Sociétés savantes

Annexe 3 : Score de PADSS (Post-Anesthésic Discharge Scoring System) et Aldrete modifié.

Score de PADSS de « mise à la rue » en chirurgie ambulatoire un score ≥ 9 autorise la sortie du patient.

Signes	Score	Définitions
Signes vitaux (tension, pouls respiration)	2	Variation < 20 % des valeurs préopératoires
	1	Variation de 20—40 % des valeurs préopératoires
	0	Variation > 40 % des valeurs préopératoires
Déambulation	2	Assurée ET sans vertige
	1	Assurée OU sans vertige (avec aide)
	0	Non assurée et avec vertige
Douleur, nausées et/ou vomissements	2	Minimes
	1	Modérés
	0	Sévères
Saignement chirurgical	2	Minime
	1	Modéré
	0	Sévère
Alimentation	2	Liquide et reprise des gaz
	1	Liquide ou reprise des gaz
	0	Rien

Criteria	Point value
Oxygenation	
SpO2 > 92% on room air	2
SpO2 > 90% on oxygen	1
SpO2 < 90% on oxygen	0
Respiration	
Breathes deeply and coughs freely	2
Dyspnoeic, shallow or limited breathing	1
Apnoea	0
Circulation	
Blood pressure ±20 mmHg of normal	2
Blood pressure ±20−50 mmHg of normal	1
Blood pressure more than ±50 mmHg of normal	0
Consciousness	
Fully awake	2
Aousable on calling	1
Not responsive	0
Activity	
Moves all extremities	2
Moves two extremities	1
No movement	0

Annexe 4 : Score ASA

ASA Physical Status Classification System

1 : Patient normal

2 : Patient avec anomalie systémique modérée

3 : Patient avec anomalie systémique sévère

4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante

5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention

6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients.

Annexe 5 : Dossier et passeport chirurgie ambulatoire

Centre Hospitalier de Saint-Palais
Service de santé Guérande

Avenue Frédéric Saint Jayme 64120 Saint Palais - ☎ 05.59.65.45.37

LE DOSSIER DU PATIENT DE L'UNITE DE CHIRURGIE ET ANESTHESIE AMBULATOIRE

Le patient pris en charge en ambulatoire est un patient qui entre et qui quitte l'établissement le jour même après avoir bénéficié, sur rendez-vous, d'un acte chirurgical ou d'exploration, le plus souvent avec la participation d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Pour pouvoir être admis dans l'Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire, toutes les étapes contenues dans ce dossier doivent être respectées par chacun des acteurs, dans leur forme et leurs délais.

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

LE PATIENT

Etiquette Patient

Médecin traitant :

NTERVENTION : Côté :

Opérateur : Heure de convocation :

Date : Heure d'arrivée dans le service :

OBSERVATIONS PARTICULIERES :	OUI	NON	Préciser
ALLERGIES			
LOCOMOTION - MOBILISATION			
Autonome			
Semi-dépendant			
Dépendant			
APPAREILLAGE :			
Déambulateur			
Fauteuil Roulant			
Cannes			
HANDICAP :			
CONTINENCE			
COHERENCE :			
ALIMENTATION :			
Autonome			
Semi-dépendant			
Dépendant			
REGIME ALIMENTAIRE :			
SITUATION FAMILIALE :			
Vit Seul			
En Institution			
En famille			

Nom Prénom IDE : Date :

Signature :

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

CRITERES SOCIAUX D'INCLUSION

Cette page est complétée par le Patient, son Tuteur ou la Personne Investie de l'autorité parentale, s'il s'agit d'un mineur.

NOM Prénom IDE : .....

POUR BENEFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE
TOUS LES CRITERES CI-DESSOUS DOIVENT ETRE VALIDES

	OUI	NON
Le patient accepte la prise en charge ambulatoire		
Le patient ne conduira pas de véhicule, disposera d'un moyen de transport individuel et d'un accompagnant la nuit suivant son retour à domicile.		
Le patient dispose du téléphone à son domicile ou peut accéder aisément à un poste dans son voisinage immédiat Noter ici le numéro de téléphone :		
Le patient comprend, d'un point de vue linguistique et intellectuel, le mode de prise en charge qui lui est proposé.		
Le patient accepte de passer la première soirée post-opératoire dans une situation de calme ; pas d'activité dangereuse ; pas de festivité ni de prise de décision importante. Il s'engage à respecter les prescriptions médicales.		
Le patient déclare qu'il vit dans des conditions matérielles « normales » : pas de camping : pas de précarité.		
Le patient est âgé de plus de 6 mois.		
Le patient s'engage à rester en chirurgie conventionnelle si l'anesthésiste ou l'opérateur l'indique		

Date :

Signature du patient ou de son représentant légal :

APPEL DE LA VEILLE

N° de téléphone :

Patient injoignable par téléphone ☐ Message laissé sur répondeur ☐

****

Bonjour Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré(e) demain au Centre Hospitalier de Saint Palais par le Dr .....
Vous êtes donc attendu dans le service à .....heures précises.
RDV au rez-de-chaussée service des admissions.

Côté à opérer ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Bilatéral

☐ Faire la préparation pour les coloscopies

Apportez
☐ Vos radios, carte de groupe et examens biologiques en votre possession.
☐ Votre traitement médicamenteux si vous en avez un en cours
☐ Feuilles de consentement éclairé (chirurgien et anesthésiste) signés
☐ Matériel si besoin (cannes anglaises, attelles...)

Ne pas :
☐ Mettre de bijoux, piercing, vernis à ongles, verres de contact.
☐ Apporter d'objet de valeur

Vous devez :
☐ Etre à jeun, c'est-à-dire n'avoir ni mangé, ni bu, ni fumé depuis minuit (à adapter en fonction de l'heure d'intervention).
☐ Prendre une douche le matin avec un savon doux
☐ Prévoir un accompagnant voituré pour le retour (prendre ses coordonnées téléphoniques).
☐ Prévoir une personne pour la nuit suivant l'intervention.

Pour un enfant :
☐ Prendre le carnet de santé.
☐ S'assurer que l'autorisation d'opérer a été signée par les 2 parents et que c'est l'un des parents qui fera la sortie.
☐ S'assurer que l'autorisation d'anesthésie a été signée.
☐ Si l'enfant est en famille d'accueil ou en foyer, s'assurer que l'autorisation d'opérer soit valide et de moins d'un an.

☐ Votre entrée administrative a-t-elle été faite ?
☐ Suivre scrupuleusement les consignes du chirurgien et de l'anesthésiste.

Date :

Nom Prénom de l'IDE : SIGNATURE :

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

PRISE EN CHARGE LE JOUR DE L'INTERVENTION

PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

PREPARATION

	OUI	NON
Transport Sanitaire : Bon de transport à faire	☐	☐
Nom et téléphone		
Accompagnant sur place	☐	☐
Préparation avant Coloscopie faite :	☐	☐
Résultat		

BMR

FICHE DE LIAISON INFIRMIERE
UCAA ⟶ Bloc opératoire

ETIQUETTE PATIENT

Vérification Dossier patient

Vérification d'identité	☐	
Bracelet identif. posé	☐	
Ancien dossier	☐	.....
Fiche consultation	☐	
Autorisation parentale	☐	.....
Fiche anesthésie	☐	.....
Autorisation d'opérer	☐	.....
Radios	☐	.....
Examens spécifiques	☐	.....
1 planche d'étiquettes	☐	.....
ECG	☐	.....
Bilan sanguin	☐	.....
Groupe-rhésus	☐	
RAI	☐	.....
Allergie(s) connues	☐	.....

Côté à opérer : DROITE ☐ GAUCHE ☐ BILATERAL ☐
Concordance dossier patient/programme opératoire ☐

Nom IDE : Date :
Signature :

Prise en charge du patient le jour de l'intervention

		Préciser
Site opératoire :		
Peau intègre	☐	.....
Tonte	☐	.....
Préparation de l'opéré :		
Douche/toilette complète	☐	.....
Soin de bouche	☐	.....
Bijoux retirés	☐	.....
Maquillage, vernis retiré	☐	.....
Vessie vidée	☐	.....
Chemise opéré	☐	.....
Prothèses dentaires ôtées	☐	.....
Autres prothèses ôtées	☐	.....
Matériel :		
Voie veineuse	☐	posée le .....
Sonde urinaire	☐	posée le .....
Bas anti thromboemb.	☐	.....
Attelles (préciser)	☐	.....

État psychologique :
Calme ☐ Angoissé ☐ Agité ☐ Confus ☐

Evaluation de la douleur :
EN /10 ☐, EVA /10 ☐, EVS /4 ☐, Algoplus /5 ☐

Traitement :		
Personnel	☐	heure .....
TTT anti-coagulant	☐	heure .....
Pré médication	☐	heure .....
Patient à jeun :	☐	heure .....
Petit déjeuner	☐	heure.....
Boisson	☐	heure.....

Date et heure départ du service :
Nom IDE : Signature :

Nom du brancardier :
Signature :

Heure réception au bloc :
Nom et fonction :
Signature :

Prise en charge du patient à l'entrée au bloc opératoire
Contrôles avec le responsable légal si mineur ou majeur protégé

Contrôle de l'identité	☐	.....
Bracelet d'identification	☐	.....
Concordance type intervention : patient/dossier/programme	☐	
Coté à opérer :	☐	.....
Type d'anesthésie : AG☐ ALR☐ LOCALE☐		

FICHE DE LIAISON INFIRMIERE
Bloc opératoire ⟶ UCCA

Intervention:	**IDE SSPI:**
Anesthésiste:	**Sortie autorisée à:**

TYPE d'anesthésie:

AG: ☐
ALR: *péri:* ☐ *rachi:* ☐
LOCALE simple: ☐
BLOCS plexiques: ☐

MATERIELS:

VVP par:	KT obturé: ☐ Ballon injecteur: ☐ PSE: ☐ KT central: ☐
KT antalgique:	KT péri nerveux: ☐ KT péridural: ☐ PCA: ☐ **MORPHINE:** ☐
Oxygénation par:	Lunettes: ☐ sondes: ☐ masque: ☐ **DEBIT à :**
Drainage par: *aspiratif:* ☐ *siphonage:* ☐	Drain de Redon: ☐ lame: ☐ **quantité:** **ml** Sonde gastrique: ☐ **quantité:** **ml** Mèche: ☐
Sonde urinaire:	Simple: ☐ double courant: ☐ **quantité:** **ml** Irrigation (lavage): ☐ **quantité:** **ml**
Autres:	Protection: ☐ propre: ☐ Vessie de glace: ☐ Attelle: ☐ Écharpe contre écharpe: ☐ Écharpe de sécurité: ☐ Pansement: ☐ propre: ☐ tâché: ☐

TRANSMISSIONS CIBLEES:

Cibles:	Données:	Actions:	Axes de surveillance:

☐ **IDE du service prévenue, (si nécessaire)** ☐ **Sage-femme prévenue, (si nécessaire)**	**Sortie réelle du réveil:** Nom IDE SSPI: Signature:
Nom du brancardier: **Signature:**	**Heure réception de l'usager dans le service:** Nom de l'IDE: Signature:

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

FICHE DE TRANSMISSIONS CIBLEES

Nom-Prénom Heure Signature	CIBLE	DONNEES	ACTIONS Rôle propre/prescrit	RESULTATS

6

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

CONSTANTES

DATE/ HEURE	Nom-Prénom Signature	TA	POULS	SAT	Evaluation douleur EN /10 ☐ EVS /4 ☐ EVA /10 ☐ Algoplus /5 ☐		Autres Paramètre (t°, sensibilité, glycémie pansement, redon...)
					Repos	Mobilisation	

URS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

DIAGRAMME DE SOINS TECHNIQUES

	ACTE	Fait	Heure	Nom Prénom Signature
PANSEMENT	Surveillance Pansement			
	Réfection pansement Simple			
	Pansement renforcé			
	Surveillance Redon			
	Ablation redon			
PERFUSION	Pose voie veineuse			
	Surveillance voie veineuse			
	Ablation voie veineuse			
APPAREILLAGES	Pose sonde vésicale			
	Ablation sonde vésicale			
	Bras mis en écharpe			
	Pose Bas de Contention			
	Vessie de Glace et Membre surélevé			
SURVEILLANCE	Reprise miction			
	Reprise mobilité/sensibilité			
	Saignement			
	Plâtre/orthèse			
	Conscience			
	Douleur			
	Gazs			
PRELEVEMENT	Veineux			
	Glycémie capillaire			
EXAMEN	ECG			
AUTRES	1er Lever			
	Dépilation			

DIAGRAMME DE SOINS DE BASE

	ACTE	Fait	Heure	Nom-Prénom Signature
ALIMENTATION	Préparation/installation/prise collation			
	Prise de boisson			
ELIMINATION	Elimination Change protection			
HYGIENE CONFORT	Aide à l'habillage			
SECURITE	Installation Lit à Barreaux enfant			
	Barrières			
	Sonnette			
SOINS RELATIONNELS	Education Patient			
	Education Famille			
	Toucher Massage			
	Relation d'Aide			
AUTRES	Réfection lit			

Légende : Soin Réalisé : X Soin Réalisé Ciblé : C

8

MARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

HEURE DE RETOUR EN CHAMBRE :
Nom Prénom IDE : SIGNATURE :

PRISE EN CHARGE A LA SORTIE

PROCEDURE DE SORTIE :

CRITERES	OUI	NON
Visite MAR SSPI : Nom et Heure		
Visite Médecin Opérateur : Nom et Heure		
Stabilité des Constantes vitales (température, pouls, respiration) depuis au moins une heure		
Bonne orientation		
Peut s'asseoir, se mettre debout, marcher et s'habiller seul		
Absence de nausées ou de vomissements		
Absence de vertiges ou de céphalées		
A Bu et/ou Mangé		
A Uriné		
Absence de douleur (échelle de 0 à 10 :)		
Absence de saignement important		
Accompagnant présent		
Remise bulletin de sortie pour signature de l'accompagnant		
TOTAL		

SI REPONSES NEGATIVES	OUI	NON
Chirurgien ou MAR prévenu : Nom et Heure		

PRESCRIPTIONS DE SORTIE :	OUI	NON	
RDV de Consultation	☐	☐	cf photocopies
de Pansement	☐	☐	cf photocopies
Ordonnances :	☐	☐	cf photocopies
Soins Infirmiers :	☐	☐	cf photocopies
Kiné :	☐	☐	cf photocopies
Autres :	☐	☐	Préciser : .....
Reprise Traitement Antérieur	☐	☐	
Accident du travail	☐	☐	cf photocopies
Arrêt de travail	☐	☐	cf photocopies
Accompagnant à la sortie	☐	☐	
Certificat parental si mineur	☐	☐	
Exemption sport ou scolarité	☐	☐	
Rappel consignes post-op	☐	☐	

N° Tél accompagnant :.....Nom : .....
Personne à prévenir :.....
Personne de confiance : cf formulaire spécifique

TYPE DE SORTIE :	OUI	NON	
Retour Domicile ou Structure :	☐	☐	
Vers hébergement conforme aux Critères d'inclusion :	☐	☐	
Transfert vers Service d'Hospitalisation :	☐	☐	Nom de l'UF : .....

HEURE DE SORTIE :
Nom Prénom IDE : SIGNATURE :

ARS 2018 V2 — Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire

Etiquette patient

APPEL DU LENDEMAIN

N° de téléphone :.....
Patient injoignable par téléphone ☐ Message laissé sur répondeur ☐

****

Le retour s'est il bien passé ? oui non
Avez-vous passé une bonne nuit ? oui non

Désagréments ressentis par le patient

	OUI	NON
Vertiges	☐	☐
Malaises	☐	☐
Somnolence	☐	☐
Nausées	☐	☐
Vomissements	☐	☐
Mal de gorge	☐	☐
Enroué	☐	☐

Autres :.....

Douleurs

	OUI	NON
Avez-vous mal	☐	☐
EN de 0 à 9 :		
Au niveau de la plaie	☐	☐
Au point de ponction du cathéter	☐	☐
Douleurs musculaires	☐	☐

Pansement

	OUI	NON
Présence de sang	☐	☐
Gonflement ou œdème	☐	☐

Autres informations

	OUI	NON
Avez-vous eu besoin d'aide	☐	☐
Avez-vous repris une alimentation normale	☐	☐
Avez-vous une activité normale	☐	☐
Le médecin traitant est-il passé vous voir	☐	☐

Commentaires

Date :

Nom Prénom de l'IDE : SIGNATURE

10

Centre Hospitalier de Saint-Palais
Donapaleuko Ospitalea

Chirurgie ambulatoire

Avec anesthésie générale ou loco-régionale

Passeport ambulatoire

Votre intervention chirurgicale sera réalisée avec une anesthésie de courte durée.

Ceci vous permettra de quitter l'hôpital quelques heures après dans des conditions optimales de sécurité.

Elle sera effectuée dans l'unité de chirurgie ambulatoire conçue pour vous accueillir la journée de votre intervention.

Centre Hospitalier de Saint-Palais / Donapaleuko Ospitalea
Avenue Frédéric de Saint Jayme - 64120 Saint Palais

Programmation de votre intervention

Votre chirurgien vous a proposé une intervention en ambulatoire.

A l'issue de cette programmation, vous avez préparé votre admission puis pris contact avec l'unité de chirurgie ambulatoire adulte.

La consultation d'anesthésie a lieu au plus tard 48h avant la date d'intervention. Le médecin anesthésiste confirmera cette hospitalisation d'un jour.

Si une modification de votre état de santé survenait après votre consultation d'anesthésie, prévenez le secrétariat de l'unité de chirurgie ambulatoire afin que nous puissions prendre les mesures nécessaires ensemble.

Conditions personnelles

Pensez à vous procurer les médicaments ou matériels prescrits auprès de votre pharmacien.

Indispensable et obligatoire pour ces 24 heures, vous devrez disposer :

- **de l'assistance** d'un adulte valide,
- **avec un moyen de communication téléphonique,**
- **cet adulte vous assure** : votre sortie, votre transport à votre logement (domicile ou hôtel), votre sécurité, vos besoins du quotidien.

Le chirurgien informe votre médecin traitant par courrier de la programmation de votre intervention.
Toute prise d'aspirine, sans prescription médicale, doit être signalée à la consultation d'anesthésie.

Centre Hospitalier de Saint-Palais
Donapaleuko Ospitalea

Consigne pour la journée opératoire

La veille

- Prendre un repas léger sans alcool.
- Prendre les médicaments autorisés par le médecin anesthésiste :

.....

Le matin

- Appliquer les consignes de jeûne et de médicaments données par le médecin anesthésiste.
- Il est obligatoire de prendre une douche en respectant les indications jointes
- Apporter avec vous les médicaments suivants :

.....

N'oubliez pas les éléments qui vous ont été demandés :

- Le présent passeport ambulatoire
- Carte de groupe sanguin.
- Examens biologiques.
- Examens radiologiques.
- Dispositifs particuliers (attelle, etc...)
- Carte vitale, carte de mutuelle et carte d'identité.
- Le consentement éclairé.
- Autorisation parentale (signée des deux parents).

Vous êtes attendu directement à l'accueil

1. Un(e) brancardier(e) vous accueillera, vous indiquera le circuit de cette journée particulière, vérifiera que vous remplissez bien les conditions de l'hospitalisation.
2. Vous serez installé dans un box dans lequel vous attend une tenue spécifique qu'il vous faudra revêtir avant d'entrer dans le Bloc opératoire
3. Si vous en avez, vous devrez enlever vos bijoux, piercings, vernis aux ongles (pieds, mains), prothèse dentaire, lentille de contact ou lunettes.

Toutefois, n'oubliez pas que votre intervention sera reportée :

- Si vous ne vous êtes pas présenté(e) à la consultation d'anesthésie.
- Si vous ne remplissez pas les conditions de jeûne.
- Si vous n'arrivez pas à l'heure.
- Si aucun adulte responsable ne peut vous reconduire à votre logement.
- Si vous ne disposez pas de l'assistance d'une personne valide.

Après l'intervention

Vous séjournerez en salle de surveillance post-interventionnelle jusqu'à récupération avant de regagner votre chambre où vous sera proposé un repas froid ou une collation. En cas de besoin, une orthèse sera réalisée dans le service.

- Vous pourrez regagner votre domicile après accord médical.
- En cas de nécessité de soins ou pour votre sécurité, vous pourrez être hospitalisé(e)

Avant votre départ, vous recevrez

- des consignes de soins
- des prescriptions de traitement dont les antalgiques
- un courrier pour votre médecin traitant

Après votre sortie pendant 12 heures

- se reposer
- s'alimenter normalement sans alcool
- ne prendre que les médicaments prescrits
- ne pas avoir d'activités nécessitant une concentration ou une décision importante
- ne pas faire soi-même la cuisine
- ne conduire ni vélo, ni voiture
- ne pas manipuler de machine : scie, tondeuse ...

En cas de problème ou complication

Vous pouvez contacter, l'unité de chirurgie ambulatoire au 05 59 65 45 37du lundi au vendredi de 7h30 à 18h, en dehors de ces horaires, votre médecin traitant ou les urgences de Saint-Palais au 05 59 65 45 25.

L'infirmière de l'unité de chirurgie ambulatoire
prendra contact avec vous dans les 24 heures* pour prendre de vos nouvelles.

Nom de l'accompagnant : ..... **Tel :** .....

Nom et coordonnées médecin traitant : ..... **Tel :** .....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) libéral(e) : ..... **Tel :** .....

Vous souhaitez faire part de votre satisfaction ou insatisfaction concernant votre prise en charge en ambulatoire, vous pouvez contacter la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) en adressant un courrier à Mme la Directrice - Avenue Frédéric de Saint Jayme - 64120 Saint-Palais

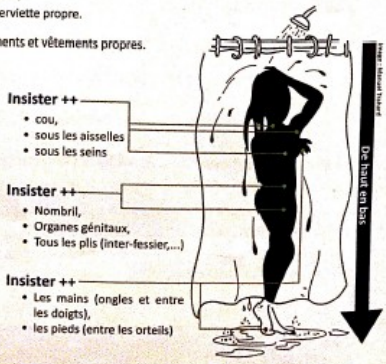
* Pour les interventions du vendredi l'infirmière vous contactera le lundi matin

Centre Hospitalier de Saint-Palais
Donapaleuko Ospitalea

Comment pratiquer une douche pré-opératoire chez soi le matin de l'intervention

Veillez à respecter rigoureusement les consignes suivantes :

1. Ôter **vos** bijoux et votre maquillage
2. Cette douche se pratique avec un savon liquide de la manière suivante :
   1. Se mouiller tout le corps,
   2. Se laver en commençant par le haut et en terminant par le bas du corps en faisant bien mousser, **BIEN INSISTER** sous les aisselles, sous les seins, le nombril, les organes génitaux, tous les plis (inter-fessier, etc...), les mains (ongles et entre les doigts), pieds (entre les orteils),
   3. Si la tête et le cou sont concernés par l'intervention, réaliser un shampoing
   4. Se rincer abondamment,
   5. Se sécher avec une serviette propre.
3. Mettre des sous-vêtements et vêtements propres.



CONSIGNES

PRÉ-OPÉRATOIRE (jeûne...)

VOUS AVEZ LE DROIT DE :

Manger

jusqu'à 6h avant une chirurgie programmée

Boire des liquides clairs
(eau, jus de fruits sans pulpe, thé ou café sans lait)

jusqu'à 2h avant une chirurgie programmée

FUMER :
N'est pas recommandé avant une chirurgie

Dans tous les cas, vous ne devrez pas fumer dans les 12H avant une intervention.

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT PALAIS
640017638
Avenue Frédéric De St Jayme – 64120 SAINT PALAIS
Tél : 08.26.39.87.88 – Fax : 05.59.65.82.91
640017638

Service de Chirurgie

Saint Palais, le

Patient :

- ☐ **KETOPROFENE 100 mg LP 1.0.1**
  QSP jours
- ☐ **OMEPRAZOLE 20 mg 1.0.0**
  QSP jours
- ☐ **PARACETAMOL 1 g X 4**
  QSP jours
- ☐ **TRAMADOL 50 mg X3**
  QSP jours

Docteur

Annexe 6 : Questionnaire patient

1 – Avez vous reçu l'appel téléphonique du service : la veille ? Le lendemain ?

2 – Considérez vous avoir reçu les informations nécessaires concernant : les consignes préopératoires/l'opération en elle-même/l'anesthésie/les modalités de retour à domicile ?

3 – Etes vous sortis du service avec : Un dossier ? un courrier ? Une ordonnance de traitement ? Une date de rendez vous de contrôle avec le chirurgien ?

4 – Avez vous du, dans les 15 jours suivant votre prise en charge, contacter le service de chirurgie ambulatoire, votre médecin traitant, ou toute autre structure de soins, d'aide ?

5 – Pour quelle raison ?

6 – Auriez vous préféré être pris en charge sur une hospitalisation complète, c'est à dire avec au moins une nuit passée à l'hôpital ?

7 – Pourriez vous donnez un note globale à votre prise en charge, sur une échelle de 1 à 5 étoiles?

Annexe 7 : Protocole analgésie

PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE POUR CHIRURGIE DIGESTIVE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT PALAIS (CHSP)

C'est le patient qui est en ambulatoire. Cela implique une prise en charge globale basée sur l'anticipation.

1. Période préopératoire
   - Consultation anesthésique :
     - Plusieurs jours avant l'acte opératoire
     - Sélection des patients
     - Détection des contre-indications éventuelles
   - Visite préopératoire
     - Obligatoire
     - Détection des difficultés de dernière minute
   - Jeûne préopératoire basé sur des consignes (document remis au patient du jeûne moderne)
   - Prémédication : devenue rare en ambulatoire car sa suppression permet la marche en avant (patient arrivant debout jusqu'à la table d'intervention)
2. Période opératoire
   - Anesthésie générale
     - Préférée spontanément par les patients
     - Anesthésie générale standard
     - Monitorage multimodal
     - Curarisation adaptée et monitorée
   - Anesthésie locorégionale
     - Rachianesthésie rarement proposée (et inadaptée sur cœlioscopie)
     - Infiltration systématique des orifices de trocarts de cœlioscopie par anesthésiques locaux à longue durée d'action (naropéïne)
     - Infiltration de la zone de laparotomie ou TAP bloc
   - Analgésie
     - Initiée dès l'induction associant paracétamol, AINS et néfopam
     - En titration morphiniques IV à faibles doses séquentielles si nécessaire (pas de sortie du SSPI si score douleur est supérieur à 3)
   - Prévention des nausées /vomissements post opératoires adaptée.
     - Dexaméthasone 8mg systématique afin de « booster de la remise à la rue »
3. Post opératoire
   - Sortie de SSPI : score d'Aldrete
   - En service ambulatoire avant retour domicile
     - Analgésie médicamenteuse en 3 principes :
       - ➢ Anticipation
       - ➢ Association
       - ➢ Adaptation
     - Voie orale largement prioritaire
     - Ordonnance de sortie claire avec prise médicamenteuse systématique, à posologie suffisante, à heures précises et fixes et au coucher

VIII. RESUME

Introduction : La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète, désormais bien apprivoisée en France. Cette pratique en plein essor ces 30 dernières années est actuellement bien connue, l'organisation d'un tel service de soins est codifiée et répond à des recommandations. Elle est sécurisée, efficace et ses complications sont bien étudiées. Une des particularités de cette pratique est que ses effets indésirables surviennent au domicile des patients. L'objectif principal de notre étude était d'étudier la fréquence et les raisons des incidents au retour à domicile après chirurgie ambulatoire. Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs associés.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé un travail rétrospectif de type observationnel, monocentrique, descriptif et analytique. La construction de l'étude s'appuyait sur l'interrogatoire téléphonique des patients opérés en 2019, en chirurgie ambulatoire viscérale au centre hospitalier de Saint-Palais. Le questionnaire recherchait principalement la survenue au domicile d'un incident suite à cette prise en charge et quelle était la nature de cet incident. Nous avons comparé les populations entre elles selon des caractéristiques médicales, sociales, environnementales et techniques, afin d'identifier le cas échéant des facteurs associés.

Résultats : Quatre vingt treize patients ont été analysés. Quinze d'entre eux soit 16,1% (IC95% [8,65-23,61]) ont rapporté un incident, principalement pour une problématique de douleur. Les facteurs associés identifiés dans notre étude étaient : l'anomalie postopératoire, la douleur postopératoire et l'anomalie à l'appel du lendemain.

Conclusion : Le taux d'incident après une chirurgie ambulatoire viscérale est faible et principalement en lien avec la douleur. Il semble associé aux anomalies post-opératoires, aux douleurs post-opératoires et à l'anomalie à l'appel du lendemain. Si ces liens se confirment dans d'autres expérimentations, on pourrait envisager des interventions afin de mieux les contrôler, notamment en développant l'efficience du lien hôpital-ville.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.