



UNIVERSITÉ PARIS 13

université  
de TOURS

université  
de BORDEAUX

# De l'intérêt de l'accompagnant de la première nuit après une chirurgie sous anesthésie en ambulatoire ?

---

Mémoire du DIU de chirurgie ambulatoire  
2019-2020

Docteur Sylvain Garnier, né le 09 février 1984 à Strasbourg (67)

**10/12/2020**

**Tuteur** : Professeur Noël Hutten, faculté de médecine de Tours.

**Coordinatrice** : Professeur Corinne Vons, faculté de médecine de Paris 13.

## **Résumé (250 mots)**

**Introduction :** Malgré les recommandations, la nécessité quasi systématique d'un accompagnant la première nuit freine en partie le développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, la meilleure gestion des risques devrait limiter la nécessité impérieuse d'un accompagnant lors de la première nuit.

**Matériel et méthode :** De janvier à mars 2020, 212 patients ont été contacté successivement par une unité de chirurgie ambulatoire pour réaliser un questionnaire portant sur l'aide fournie par l'accompagnant lors de la première nuit. Les caractéristiques de population et du geste opératoire étaient également relevés de manière prospective.

**Résultats :** Parmi 212, 41 patients déclaraient avoir eu besoin de l'aide de leurs accompagnants pour des gestes de la vie courante notamment l'habillage (33, 80.5%). Les facteurs de risque étaient la réalisation d'une intervention orthopédie ( $p<0.001$ ), viscéral ( $p<0.001$ ) ou la présence de douleurs postopératoires ( $p<0.003$ ). L'âge, la durée d'intervention, la prémédication par Midazolam, le délai entre anesthésie et sortie n'apparaissent pas comme facteurs favorisants.

**Conclusion :** Cette étude montrait qu'une anticipation en préopératoire portant notamment sur les patients d'orthopédie ou de chirurgie viscérale et une meilleure gestion de la douleur pourraient permettre de diminuer l'aide fournie par l'accompagnant lors de la première nuit. L'on notait également que l'âge ou la durée d'intervention n'interfèrent pas avec cette nécessité.

**Discussion :** Il est admis de demander un accompagnant la première nuit pour gérer un handicap postopératoire mais notre étude a mis en lumière le fait que les autres nuits ne bénéficient pas des mêmes restrictions malgré un handicap persistant.

**Mots-clés :** chirurgie ambulatoire, accompagnant, douleur post-opératoire, gestion des risques

**Keywords :** ambulatory surgery, carer, postoperative pain, risk management

## Introduction

La chirurgie ambulatoire est l'un des principaux enjeux de santé publique avec un taux devant atteindre 70% d'ici 2022, mais qui semble stagné actuellement autour de 60-65%. De nombreux pays ont déjà atteint des taux de 80% voire plus, sans perte de qualité ou de sécurité [1-2]. La pratique de la chirurgie ambulatoire est actuellement recommandée et admise par tous, et ce, pour la plupart des gestes chirurgicaux courants. Cette pratique s'étend même à des chirurgies de plus en plus lourdes grâce à l'amélioration des techniques chirurgicales, anesthésiques et du suivi à domicile. Elle assure, de la même façon qu'en hospitalisation conventionnelle, une prise en charge de qualité pour tout patient. De nombreuses études ont confirmé la faisabilité de la plupart des chirurgies en ambulatoire, avec même parfois une amélioration des suites post-opératoires comme une éventuelle diminution des infections nosocomiales et une réhabilitation plus précoce. De plus, les cas de complications graves non prises en charge ou de retard diagnostique sont quasi-inexistants dans la littérature, dans le respect des recommandations actuelles [2-3]. Malgré cela, la chirurgie ambulatoire et l'anesthésie ont un réel retentissement sur les patients dans leur vie quotidienne et leur vécu [1-3]. De nombreux aspects médico-légaux et recommandations parfois anciennes visent donc à encadrer ces troubles postopératoires [4].

Néanmoins, certaines de ces recommandations ne sont toujours pas bien comprises et limitent en partie la diffusion de la pratique chirurgicale ambulatoire, notamment pour ce qui concerne la nécessité d'un accompagnant lors de la première nuit, qui reste une obligation quasi systématique pour de très nombreux centres alors que la recommandation est que le couple chirurgien anesthésiste doit décider au cas par cas du rapport bénéfice/risque [5]. Dans notre unité de chirurgie ambulatoire, il est demandé systématiquement un accompagnant la première nuit quel que soit le patient et quelle que soit l'intervention. Cependant, la justification de cet demande systématique d'accompagnant lors de la première nuit n'est pas claire. L'intérêt de ce dernier n'est pas clairement établi vis-à-vis de l'aide offerte à l'opéré ou du dépistage d'éventuelles complications postopératoires. Notons que dans certains pays plus en avance sur la maîtrise des risques et la gestion ambulatoire, comme la Grande Bretagne ou le Danemark, la nécessité d'un accompagnant est très sélective et se limite aux patients ayant déjà un handicap avec nécessité d'une aide ou à des interventions à risque hémorragique avérée.

De nombreuses équipes recommandent une surveillance postopératoire de 12h à domicile par un accompagnant au lieu des 24h précédente qui semblait peu utile et peu respecté en pratique par les patients [3,6,8]. Cependant, nombres d'études montrent une absence fréquente de compliance vis-à-vis de l'accompagnant durant les 24h suivant l'intervention, aux environs de 30%, malgré les recommandations des centres concernés [4,6]. Il pourrait donc y avoir une place non négligeable pour limiter ce qui semble être une obligation d'accompagnant lors de la première nuit. Le contrôle de

l'information médicale précise et comprise est indispensable pour améliorer le vécu du patient et sa sécurité [7]. Le traitement optimal de la douleur en améliore également grandement la réussite [8]. De même, la prise en charge des nausées et vomissements sont essentiels et des protocoles standardisés pour les prévenir ont déjà été largement établis [9].

Mais, l'accompagnant ne sert-il qu'à gérer des protocoles hospitaliers et la compliance de l'opéré à ceux-ci ? Nous avons donc essayé d'évaluer l'aide fournie par l'accompagnant à l'opéré en chirurgie ambulatoire après anesthésie dans les gestes du quotidien, pour dépister et aider en cas de complications postopératoires, et sur le vécu du patient lors de cette première nuit.

## Matériel et Méthode

Tous les patients dans notre Unité de Chirurgie Ambulatoire sont appelés en pré et postopératoire immédiat en routine. Lors de cet appel, nous avons obtenu leur accord pour pouvoir réaliser notre étude par la réalisation d'un questionnaire postopératoire (cf. annexe) plus approfondi d'évaluation s'agissant de leur accompagnant qui était alors parfaitement identifié. L'accompagnant était défini comme une personne qui avait les qualités physiques et mentales pour assister un patient et pouvant reconnaître les signes d'alerte et prévenir les secours en conséquence [5,8,10-11]. Nous avons inclus successivement tout patient majeur ayant reçu un geste de chirurgie dans le service de chirurgie ambulatoire de manière prospective de janvier à mars 2020. Les symptômes classiques après chirurgie ambulatoire étaient prévenus de manière systématique selon les protocoles et les recommandations en vigueur, tels que les nausées/vomissements et les douleurs postopératoires. Les gestes chirurgicaux sous anesthésie locale étaient exclus de l'étude. Les endoscopies ont également été exclus car elles ne font pas partie des gestes chirurgicaux de chirurgie ambulatoire. Les chirurgies orthopédiques sur 2 membres ou plus ont été exclus du fait évident d'entraîner la nécessité d'une aide à domicile pour le patient qui ne peut user de ses membres pour effectuer des gestes du quotidien. Les patients convertis en hospitalisation conventionnelle ont également été exclus. Le nombre de patient n'ayant pas eu d'accompagnant a posteriori ont été inclus dans le groupe des patients n'ayant pas eu nécessité d'accompagnant.

Les caractéristiques des patients et des interventions réalisées ont été relevées dans le service durant la période d'étude. Il s'agissait principalement des critères classiques d'ambulatoire mentionnés lors des consultations de chirurgie et d'anesthésie préopératoire comme le score ASA, les principaux antécédents, le type de chirurgie notamment. Les actes innovants concernaient exclusivement la promonto-fixation gynécologique en ambulatoire et les autres gestes de chirurgie gynécologique ont été inclus dans chirurgie gynécologique. Les antécédents notables comprenaient l'utilisation ou non d'anticoagulant ou antiagrégant arrêté en préopératoire, à l'exclusion du Kardégic 75mg, la présence ou non d'un diabète traité, d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) ou d'une BPCO, d'une cardiopathie authentifiée ou d'un traitement cardiologique avec plus de trois traitements à visée cardiaque (antihypertenseur, hypolipémiant, anti arythmique, etc.). Des prémédications ont pu être administrées en sublingual en préopératoire immédiat par du midazolam avec des doses adaptées au poids du patient. Le type d'anesthésie était défini comme anesthésie général avec intubation orotrachéale ou masque laryngé (AG), anesthésie locale avec une sédation intraveineuse (ALS) ou une anesthésie locorégionale stricte (ALR). Les différents types de chirurgie de l'établissement ont été regroupées comme suit : chirurgie de cataracte, chirurgie dermatologique, chirurgie urologie et viscérale (chirurgie pariétale, proctologie, cholécystectomie coelioscopique, posthécotomie, vasectomie), chirurgie orthopédique (arthroscopie, ablation de matériel orthopédique sur un membre)

et chirurgie gynécologique (chirurgie diagnostic, geste gynécologique coelioscopique, hystérectomie par voie basse et promonto-fixation coelioscopique). La durée d'intervention a été répartie en 4 classes : brève (de 0 à 30min), courte (de 30 à 60min), moyenne (de 60 à 120 min), longue (plus de 120 min). La chirurgie pouvait être faite soit le matin (avant 13h) soit l'après-midi (après 13h). Les horaires de sortie ont été classés en 4 catégories : matin (avant 14h), après-midi (entre 14 et 17h), soirée (entre 18h et 20h) et nuit (après 20h). Le trajet retour se faisait soit par l'accompagnant identifié, soit un taxi, soit un autre accompagnant, soit enfin par le patient lui-même (défaut de protocole). Le délai entre anesthésie et sortie était évalué sur la fiche de traçabilité de bloc opératoire lors de l'induction anesthésique et la sortie du service d'ambulatoire notée dans le dossier patient.

Un questionnaire lors de l'appel du lendemain effectué auprès de l'opéré était réalisé par l'IDE du service de chirurgie ambulatoire et les données recueillies en temps réel sur informatique. L'aide par un accompagnant était définie par la nécessité de l'accompagnant, lors de l'interrogatoire patient, de réaliser des gestes de la vie quotidienne pour lui comme une aide à l'habillage, la prise de traitement, le lever et l'aide à l'alimentation. Les autres types d'aide comme par exemple, la garde d'enfant, la préparation de la cuisine ou la conduite n'étaient pas relevés car ne nécessitaient pas directement une aide par l'accompagnant de la première nuit, ne touchaient pas la santé du patient directement et pouvaient être anticipés autrement. Les problèmes de miction (sans qu'il y est de cas de sondage vésicale), de saignement (suffisant pour décoller le pansement, être abondant ou extériorisé), d'œdème anormal et de douleur notable (EVA supérieur à 3/10) étaient également évalués par le patient lui-même par téléphone. En cas de nécessité médicale selon le protocole du service, un chirurgien référent pouvait être contacté. Le patient recevait également comme son accompagnant d'un protocole et de consignes de retour. La permanence des soins est assurée dans le même centre que le service de chirurgie ambulatoire.

Les résultats statistiques ont été réalisés par un logiciel dédié par le test du Chi2.

## Résultats

Au cours de cette étude prospective non randomisée et comparative, de janvier à mars 2020, 212 patients ont été inclus lors de la réalisation de l'appel du lendemain.

Le tableau 1 récapitule les caractéristiques de la population étudiée. L'âge moyen lors de la prise en charge était de 54,5[18;92] ans avec un ratio homme/femme de 0.7. Il existait un surpoids ou une véritable obésité pour 126 (59.5 %) patients. La majorité des patients, soit 195 (92 %) patients, avaient un score ASA de I ou II. Une prémédication par midazolam était proposée et a été réalisée dans 53(25%) des cas et ce, de manière plutôt traditionnelle. La durée médiane entre l'anesthésie et la sortie de l'UCA est de 5[1,5;10] heures. Les interventions de moins d'une heure représentent la majorité des interventions effectuées avec 193(91.1%) patients alors que les actes innovants (promonto-fixations gynécologiques longues), 3(1,4%), représentent la totalité des actes de plus de 2 heures. Les actes de gynécologie et de chirurgie viscérale concernaient 145 (68.4%) des cas. Le chirurgien réévaluait avant sortie de manière quasi systématique son patient. 195 (92%) des patients ont reçu sa visite et les 17(8%) restants sont sortis sous conditions sans revoir leurs praticiens ou ayant vu un interne de garde. Un seul (0.5%) patient n'a pas eu d'accompagnant pour son retour à domicile (défaut de protocole). Malgré un protocole d'antalgie systématique, 105(49,5%) patients ont déclaré avoir eu des douleurs en postopératoire. 8(3,8%) cas ont eu des troubles mictionnels mais sans nécessité d'une prise en charge urologique ou d'un sondage vésical. Sur 212 patients seulement 9(4.2%) auraient souhaité rester en hospitalisation alors que la satisfaction globale est bonne (score de 9 ou 10 sur 10) pour 197 (92.9%) patients.

Parmi ces 212 patients, 41 (19.3%) ont déclaré avoir reçu l'aide de leurs accompagnants lors de la première nuit (cf. Tableau 2). L'on note qu'un patient (0.5%) n'a pas eu d'accompagnant durant la première nuit. Les patients décrivaient surtout une aide pour l'habillage plus que pour les trois autres activités mentionnées dans le questionnaire à savoir l'aide à l'alimentation, l'aide à la prise médicamenteuse, l'aide au lever/coucher et ce de manière significative ( $p < 0.001$ ). Il leur était demandé lors du même questionnaire de déterminer s'ils auraient pu eux-mêmes réaliser ces activités et malgré tout, 27(65.9%) des patients avaient toujours besoin d'aides pour l'habillage et cela de manière toujours significative ( $p < 0.02$ ).

Les principaux facteurs de risque de la nécessité d'une aide par l'accompagnant lors de la première nuit sont montrés dans le tableau 3. Les patients ayant été opérés d'une chirurgie orthopédique et/ou viscérale ont plus souvent fait appel à leur accompagnant, que vis à vis de chirurgie dermatologie ou gynécologique, 13(41.9%) vs 18(58.1%) et 20(27%) vs 54(72.9%),  $p < 0.001$ . 9(47.9%) patients ayant reçu une anesthésie locorégionale ont eu besoin d'aide contre 10(52.6%) qui n'en ont pas eu besoin. Enfin, la déclaration de la présence d'une douleur en postopératoire est également un facteur

d'utilisation de son aidant car 27(25.7%) patients ayant eu des douleurs ont déclaré avoir eu besoin de leur accompagnant alors que 78(74.3%) n'en n'ont pas eu besoin ( $p<0.02$ ). La prise d'antalgique systématique apparaît logiquement dans les mêmes proportions. Il est à noter que ni l'âge, ni la présence de l'accompagnant aux consultations, ni le délai entre l'anesthésie et la sortie, ni la durée d'intervention, ni l'horaire de sortie n'apparaissent comme facteurs de risque de la nécessité d'une aide, la première nuit.

Durant l'étude, une seule patiente (0.5%) a nécessité une reprise chirurgicale le lendemain pour saignement du site opératoire après chirurgie gynécologique avec des suites simples. Parmi les 32 (15,1%) qui ont présenté un saignement anormal ou subnormal (pas de retentissement clinique) de la plaie opératoire (pansement ou gynécologique). 4 (1.9%) patients ont eu besoin de contacter un médecin ou les urgences entre la chirurgie et l'appel du lendemain. L'on note également que 36 (17%) accompagnants se sont levés de manière spontanée pour vérifier que « tout allait bien » durant la première nuit.

179(84.4%) patients se disaient satisfaits de l'information sur leur prise en charge (score de 9 et 10). Parmi ceux-ci, 33(18.4%) ont reçu de l'aide par leur accompagnant lors de la première nuit et ce malgré une bonne information sans que cela soit significatif ( $p=0.16$ ). 197(92.9%) patients ont été très satisfaits de leur prise en charge et ce malgré la nécessité pour 39(19.9%) d'entre eux d'avoir eu besoin d'aide de la part de leur accompagnant ( $p=0.54$ ).



## Discussion

La question de la nécessité ou non d'un accompagnant lors de la première nuit suivant une chirurgie en ambulatoire reste toujours d'actualité pour de très nombreux centres malgré un cadre légal et des recommandations récentes. Le versant légal autorise le fait de se passer d'un accompagnant lors de la première nuit contrairement à la sortie proprement dite de l'unité au domicile qui nécessite obligatoirement et légalement un accompagnant. Médicalement, l'indication d'un accompagnant lors de la première nuit après une intervention en chirurgie ambulatoire est fonction d'une décision mettant en balance les bénéfices et risques et qui doit être présent dans la charte de fonctionnement du service. Ce problème d'accompagnant peut être un frein au développement de la chirurgie ambulatoire alors que son intérêt n'est peut-être pas si net, produisant une sécurité qui n'en est peut-être pas une et limitant cette sécurité et ce confort à la première nuit uniquement.

Dans notre étude, les facteurs de risque de nécessité d'aide par un accompagnant semblent être le type de chirurgie (orthopédique ou viscéral), le protocole d'anesthésie (Anesthésie locorégionale) et la présence de douleur. Des protocoles de gestion de la douleur sont présents dans le service et les ordonnances postopératoires sont le plus souvent établies et données au patient en consultation de chirurgie. Nous en concluons donc qu'il faut maintenir dans notre parcours de soins la présence d'un accompagnant après chirurgie orthopédique et/ou viscérale tant que la prise en charge antalgique n'a pas été améliorée par de nouvelles techniques chirurgicales/anesthésiques ou une meilleure information au patient. En effet, l'autre principale spécialité, la gynécologie ne présente pas les mêmes difficultés malgré des gestes parfois lourds et longs (hystérectomie voie basse, promonto-fixation). De même, la meilleure sélection des patients, du type d'intervention et/ou d'anesthésie pourraient peut-être améliorer la situation et éviter après une sélection spécifique la présence d'un accompagnant la première nuit. En effet, la présence d'un accompagnant ne permet pas de lever le problème de l'antalgie mais pourrait permettre de mieux comprendre un déroulé opératoire normal, diminuer l'anxiété et assurer un renfort de l'information donnée lors de la prise en charge notamment vis-à-vis de la gestion de sa douleur.

Nous avons été agréablement surpris de noter que ni l'âge, ni les antécédents, ni l'horaire de sortie, ni le délai entre anesthésie et sortie n'influençaient la nécessité ou non d'une aide par l'accompagnant. Ceci étant, le délai de prise en charge dans le service reste relativement long avec une médiane de 5 heures et nous renvoie à la nécessité d'établir des flux ultracourts, courts et longs. Il est possible que la présence plus longue dans l'établissement améliore artificiellement nos résultats.

L'on remarque également que malgré la présence d'un incident avec nécessité de reprise chirurgicale, il n'y a pas eu de problème majeur dans les prises en charge. Les accompagnants n'ont presque pas eu à appeler un service de secours ou un médecin pour leur proche et que la surveillance systématique,

comme traditionnellement recommandée, n'a aucunement empêché la survenue de la complication ni amélioré leur prise en charge plus précocement.

L'activité de chirurgie ambulatoire s'est développée encore récemment dans notre centre hospitalier. Les protocoles d'anesthésie ont également évolué mais la prémédication par midazolam restait la règle. Il est fait mention de celle-ci dans les études comme pouvant nuire à la réalisation de l'ambulatoire. Dans notre étude, ce facteur ne ressort pas vis-à-vis de l'aide par l'accompagnant ou vis-à-vis du vécu du patient. Cependant, son avantage n'est pas non plus clairement démontré par cette étude. D'autres études complémentaires seraient nécessaires mais comme dans de nombreuses unités et au vu des recommandations, la prémédication médicamenteuse a été récemment et totalement abandonnée dans notre service.

Les données de notre étude restent peu probantes sur le sujet mais il nous semble nécessaire d'insister sur le fait qu'une bonne information, qu'un bon contrôle de la douleur et la prévention des nausées/vomissements, comme effectué en partie dans le service, permettent d'améliorer la prise en charge de nos patients. Des évaluations plus précises devraient permettre d'affiner nos parcours de soins et de déterminer le bon geste pour le bon patient et la nécessité ou pas d'un accompagnant la première nuit. Dans notre série, la satisfaction globale est tout à fait correcte et comparable aux données de la littérature. Ces résultats nous encouragent donc à nous féliciter sur notre outil mais surtout à l'évaluer plus précisément et à le perfectionner sans cesse.

## Conclusion

Par souci de sécurité ou de prévention excessive, il a été recommandé au début du développement de la chirurgie ambulatoire la nécessité d'avoir un accompagnant durant la première nuit pour toutes interventions en ambulatoire [2,3,6]. Notre étude montre que l'accompagnant est nécessaire à certains patients selon le type de chirurgie, le type d'anesthésie et la présence de douleurs postopératoires mais pas pour tous, loin de là. Il n'est cependant pas forcément nécessaire pour permettre le fameux rappel « s'il ne pouvait pas appeler, il faudrait que quelqu'un puisse le faire », ni d'effectuer une surveillance quasi systématique. De même, sa présence n'exclut pas la survenue de complication postopératoire ou de douleur. Il est tout de même important de noter qu'il y aurait une légère tendance à l'amélioration du vécu des patients ainsi que la diminution de leur douleur par l'information reçue mais de manière non significative dans notre étude. Nous proposons donc, comme cela est récemment admis et recommandé, d'établir des critères stricts pour imposer la présence ou non d'un accompagnant lors de la première nuit pour éviter de freiner notre développement de la chirurgie ambulatoire dans notre établissement. Cette décision sera appuyée par un chemin clinique ou une revue de la littérature avec estimation de la balance bénéfice/risque.

De même, la présence d'un accompagnant lors de la première nuit et uniquement lors de celle-ci pourrait nous faire sous-estimer les problématiques qui surviennent dans les suites. Peu d'interventions offrent un rétablissement complet après les 24 premières heures et le handicap peut persister tout comme les douleurs dans les jours suivants l'intervention. Nous pensons donc augmenter notre surveillance et nos évaluations par des critères pertinents d'évaluation comme le taux de réadmissions dans les 30 jours ou celui des consultations non programmées dans ses délais.

Nous espérons que cette étude va nous permettre de promouvoir l'ambulatoire dans mon établissement et de débloquent une culture de l'évaluation. Il s'agira d'un premier pas visant à rassurer et former pour ainsi finir de lever les dernières réticences des derniers réfractaires. En parallèle, nous souhaitons développer une culture plus approfondie de la gestion des risques postopératoires. Nous avons véritablement débuté l'ambulatoire ces 5-6 dernières années en suivant le « courant ». Le taux actuel est d'environ 60% tout acte confondu. Mais il ne me semble pas que nous ayons une visibilité sur notre activité et sur nos risques, ce qui se voit dans cette étude, aussi bien du point de vue effectif que de la nécessité d'accompagnant pour des problèmes qui pourraient être « gérés » en amont. Ainsi, nous pensons qu'il est possible de nous améliorer juste en évaluant et en prévenant/organisant en amont. En outre, il est certain que notre population est différente d'une grande ville (vieillissante, maîtrisant peu ou pas le téléphone portable ou l'internet) mais une éducation et une exemplarité dans notre gestion devrait rapidement venir à bout de ce problème autant chez les patients que chez les médecins, avec au décours un accroissement de notre activité.

## Bibliographie

- [1] Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362: 1921–28
- [2] Recommandations HAS mai 2013. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire.
- [3] Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, and Al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*. 2019 Jun;74(6):778-792
- [4] Theissen A, Slim K, Deleuze A, Beaussier M. Risk management in outpatient surgery. *J Visc Surg*. 2019 Sep;156 Suppl 1:S41-S49
- [5] RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR2009
- [6] Barker J, Holmes K, Montgomery J, Bennun I and Al. A Survey of How Long a Carer Stays With the Patient Post Discharge. *Journal of One Day Surgery* 2014; 24: 57–9
- [7] Hälleberg Nyman M, Nilsson U, Dahlberg K, Jaensson M. Association Between Functional Health Literacy and Postoperative Recovery, Health Care Contacts, and Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Day Surgery: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2018 Aug 1;153(8):738-745
- [8] Wessels F, Kerton M, Hopwood H. Evaluating The Need For Day Surgery Patients To Have Twenty-Four Hours Of Adult Supervision Postoperatively. *Journal of One Day Surgery* 2015;24(4):17-23
- [9] Apfel CC and Al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth*. 2012 Nov;109(5):742-53
- [10] Mason KP, Burkle CM. Do patients require "escorts" or "carers" for discharge following day surgery and office-based anesthesia? Both sides of the debate explored. *Minerva Anesthesiol*. 2018 Aug;84(8):980-986.
- [11] Dahlberg K, Jaensson M, Nilsson U. “Let the patient decide” – Person-centered postoperative follow-up contacts, initiated via a phone app after day surgery: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Int J Surg* 2019 Jun;61:33–37.

## Annexes

### Questionnaire lors de l'appel du lendemain :

- Avez-vous vu votre chirurgien avant votre sortie : Oui/Non/Autre  
-Avez-vous uriné normalement depuis votre sortie : Oui/ Non  
-Avez-vous eu des nausées ou des vomissements : Oui/ Non  
-Avez-vous eu des douleurs cette nuit : Oui/ Non  
-Avez-vous bien pris vos traitements de manière systématique : Oui/ Non  
-Avez-vous présenté des saignements : Oui/ Non  
-Avez-vous un œdème de la zone opéré : Oui/ Non

-Quel a été votre accompagnant cette nuit :

0 : absent

1 : idem celui prévu

2 : autre, précisez

-Votre accompagnant avait-il participé aux consultations de chirurgie et/ou d'anesthésie :

0 (aucune)                      1 (1 des 2)                      2 (les 2 consultations).

-Vous a-t-il aidé à réaliser des gestes que vous ne pouviez pas faire seul : Oui/ Non

Quels types :

Aide à l'alimentation Oui/ Non

Lever/coucher Oui/ Non

Habillage Oui/ Non

Prendre traitement Oui/ Non

-Parmi les gestes réalisés par votre accompagnant, lesquels auriez-vous pu faire vous-même en son absence (une aide très partielle équivaut à une absence d'aide) ?

Aide à l'alimentation Oui/ Non

Lever/coucher Oui/ Non

Habillage Oui/ Non

Prendre traitement Oui/ Non

-A-t-il du contacter un médecin ou les urgences pour vous : Oui/ Non

-S'est-il réveillé cette nuit pour vérifier que tout allait bien : Oui/ Non

-La présence de votre accompagnant vous a paru ? (0 inutile à 10 indispensable):

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

-La présence de votre accompagnant a-t-elle modifié vos sentiments vis-à-vis de cette première nuit (0 pas du tout à 10 totalement):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge : (0 pas du tout à 10 totalement)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Pensez-vous avoir reçu toutes les informations nécessaires à votre convalescence ? (0 pas du tout à 10 totalement)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Auriez-vous préféré rester en hospitalisation la première nuit : Oui/ Non/NSP

**-Pour l'IDE qui remplit le questionnaire, pensez-vous que l'accompagnant a été utile aux patients du point de vue psychologique, traitement, aide, etc. ? (0 pas du tout à 10 totalement)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Tableau 1**

Effectif total	212(100%)
Ratio homme/femme	89(42%) / 123 (58%)
Age médian (année)	54,5 [18;92]
<b>BMI</b>	
Normal	86(40,6%)
Surpoids	74(34,9%)
Obésité stade I	30(14,2%)
Obésité stade II ou III	22(10,4%)
<b>ASA</b>	
1	84(39,6%)
2	111(52,4%)
3	17(8%)
<b>Antécédents notables présents</b>	
Anticoagulant	15(7,1%)
Diabète	15(7,1%)
SAS/BPCO	31(14,6%)
Tabagisme	50(23,6%)
Cardiopathie ou 3 anti-HTA	50(23,6%)
<b>Type d'anesthésie</b>	

AG	179(84,4%)
ALR	19(9%)
AL avec sédation iv	14(6,6%)
Prémédication Hypnovel	53(25%)
<b>Durée intervention</b>	
<30min	142(67%)
30 à 60 min	51(24,1%)
60 à 120 min	16(7,5%)
<120min	3(1,4%)
<b>Type de geste</b>	
Acte innovant	3(1,4%)
Gynécologie	68(32,1%)
Urologique et viscérale	74(34,9%)
Orthopédie	31(14,6%)
Dermatologie/ophtalmo	36(17%)
<b>Délai entre Anesthésie et sortie</b>	
<2h	1(0,5%)
2 à 4h	58(27,4%)
4 à 6	64(30,2%)
>6	89(42%)
<b>Retour patient</b>	
Accompagnant prévu	164(77,4%)
Autre accompagnant	23(10,8%)
Taxi	25(11,8%)
Pas d'accompagnant	1(0,5%)
<b>Accompagnant 1ère nuit</b>	
Celui prévu	182(88,2%)
Autre/taxi	24(11,3%)
Aucun	1(0,5%)
<b>Première nuit</b>	
Problème urinaire	8(3,8%)
Nausées/vomissements	8(3,8%)
Douleurs	105(49,5%)
Saignement	32(15,1%)
Clavien IIIb (reprise)	1(0,5%)

<b>A-t-il contacté les urgences/médecin ?</b>	4(1,9%)
<b>S'est-il réveillé cette nuit ?</b>	36(17%)

Tableau 1 : description de la population

**Tableau 2**

<b>Avez-vous eu besoin de son aide pour ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>
Aide à l'alimentation	9(22%)	32(78%)	
Lever/coucher	17(41,5%)	24(58,5%)	
Habillage	<b>33(80,5%)</b>	<b>8(19,5%)</b>	0,01
Prendre un traitement	5(12,2%)	36(87,8%)	
<b>Auriez-vous pu le faire vous-mêmes ?</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Aide à l'alimentation	35(85,4%)	6(14,6%)	
Lever/coucher	32(78%)	9(22%)	
Habillage	<b>27(65,9%)</b>	<b>14(34,1%)</b>	0,02
Prendre un traitement	38(92,7%)	3(7,3%)	

Tableau 2 : aide fournie par l'accompagnant

**Tableau 3**

<b>Avez-vous reçu de l'aide de votre accompagnant ?</b>			
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>p</b>
	<b>41</b>	<b>171</b>	
	<b>(19,3%)</b>	<b>(80,7%)</b>	
<b>Age</b>			0,3
18 à 30	3(20,0%)	12(80,0%)	
31 à 50	11(14,1%)	67(85,9%)	
51 à 74	20(20,6%)	77(79,4%)	
75 et plus	7(31,8%)	15(68,2%)	
<b>Présence accompagnant consultation</b>			0,64
Aucune	25(20,0%)	100(80,0%)	
1 sur 2	4(26,7%)	11(73,3%)	
Les 2	12(16,7%)	60(83,3%)	
<b>Chirurgie</b>			<0,001
Dermatologie/ophtalmologie	6(16,7%)	30(83,3%)	



Viscérale et urologique	<b>20(27,0%)</b>	<b>54(72,9%)</b>	
Orthopédie	<b>13(41,9%)</b>	<b>18(58,1%)</b>	
Gynécologie et acte innovant	2(2,8%)	69(97,2%)	
<b>Type d'anesthésie</b>			0,003
AG	29(16,2%)	150(83,8%)	
ALR	<b>9(47,4%)</b>	<b>10(52,6%)</b>	
AL avec sédation iv	3(21,4%)	11(78,5%)	
<b>Délai Anesthésie/sortie</b>			0,88
<2h	0	1(100%)	
2 à 4	10(17,2%)	48(82,8%)	
4 à 6	14(21,9%)	50(78,1%)	
>6h	17(19,1%)	72(80,9%)	
<b>Durée d'intervention</b>			0,94
0-30min	27(19,0%)	115(81,0%)	
30 à 60min	10(19,6%)	41(80,4%)	
60 à 120 min	3(18,8%)	13(81,3%)	
>120 min	1(33,3%)	2(66,7%)	
<b>Horaire de sortie</b>			0,36
Matin	7(26,9%)	19(73,1%)	
Entre 14h-17h59	28(20,9%)	106(79,1%)	
Entre 18h-20h	5(11,4%)	39(88,6%)	
Après 20h	1(12,5%)	7(87,5%)	
<b>Symptômes postopératoires</b>			
Douleurs	<b>27(25,7%)</b>	<b>78(74,3%)</b>	0,02
Pas de douleur	14(13,1%)	93(86,9%)	
Prise de traitement systématique	<b>29(24,8%)</b>	<b>88(75,2%)</b>	0,03
Pas de traitement	12(12,6%)	83(87,4%)	
Nausées	3(37,5%)	5(62,5%)	0,18
Pas de nausées	38(18,6%)	166(81,4%)	
Saignement présent	3(9,4%)	29(90,6%)	0,12
Œdème présent	5(22,7%)	17(77,3%)	0,67

Tableau 3 : facteurs de risques d'aide par l'accompagnant