

DIU DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

2020-2021

L'accompagnant comme critère d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire : comment évaluer la pertinence du couple acte- patient ?

Florence DONNAINT

Cadre de santé

Centre Hospitalier de NIORT

Directrice de mémoire

Tuteur : Professeure Corinne VONS

Jury



REMERCIEMENTS

Au Professeure Corinne Vons, pour son aide dans la méthodologie de recherche scientifique et dans l'écriture du mémoire ainsi que pour sa disponibilité ;

Au Dr Nour-Eddine HASSI (†), médecin anesthésiste, chef de pôle ABCD et président de CME, pour avoir cru en ma capacité à développer l'unité de chirurgie ambulatoire et m'avoir encouragée à suivre la formation « DIU de chirurgie ambulatoire » ;

A Mme Sylvie LE ROUGE, directrice des soins, pour m'avoir permis de suivre la formation ;

A Sophie BALORIN, cadre supérieur de santé, qui s'est beaucoup intéressée à la spécificité de l'unité et qui m'a assurée de sa confiance dans les différents projets menés ;

Au Dr Noëlle BROUX, médecin anesthésiste et chef du pôle ACD pour son enthousiasme et sa curiosité quant à mes acquis durant la formation, afin de faire évoluer les pratiques ;

Au Dr Christophe BESSAGUET, médecin du DIM pour son aide dans l'exercice périlleux des statistiques ;

A l'équipe d'ambulatoire de NIORT,

-Perrine, Ségolène, Yamila, Bernadette, Fabienne, Malgorzata, infirmières

- Laure, Marie, Nathalie, Nadine et Marie-Odile, aides-soignantes

qui ont œuvré à recueillir le consentement des patients pour leur participation au questionnaire,

-Véronique et Vanessa, assistantes médico-administratives, qui ont volontiers accepté de modifier leur organisation pour me permettre de faire des recherches dans les dossiers patients.

-A Isabelle Delhomme et Florence LEROGNON, mes collègues infirmières de DIU, qui ont accepté de participer à l'enquête en réalisant des questionnaires auprès de leurs patients, au sein de leur établissement ;

A Alain, mon époux, pour sa patience face à mon indisponibilité pendant la période de réalisation du mémoire,

A mes enfants, Manon, pour son aide dans la traduction des publications en langue étrangère, Fanny et César ; l'espace de 10 mois j'ai eu le même statut que vous. 😊

SOMMAIRE

RESUME.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	6
RESULTATS.....	9
DISCUSSIONS.....	18
CONCLUSION.....	20
ANNEXES.....	21
BIBLIOGRAPHIE.....	24

RESUME

Rationnel : La présence d'un accompagnant la première nuit postopératoire reste un critère quasi systématique d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire pour de nombreuses équipes médicales en France, et explique 30 % des non-éligibilités, et ceci malgré les recommandations de la SFAR en 2009

Matériel et méthode : En 2021, 160 patients successifs, opérés en ambulatoire dans 3 unités de chirurgie ambulatoire, ont été contactés en postopératoire pour répondre à un questionnaire visant à évaluer l'aide reçue par l'accompagnant, et sa capacité rétrospectivement de s'en passer.

Résultats : Sur les 160 patients, 50 patients (31%) ont eu une modification de leur autonomie, et 65 (41%) ont eu recours à l'aide de l'accompagnant pour dans 57,5% des cas une aide au repas et /ou à la toilette/l'habillage. 45% d'entre eux ont dit rétrospectivement qu'ils auraient pu s'en passer.

En analyse univariée, les seuls facteurs associés au besoin d'un accompagnant étaient les interventions orthopédiques, puis viscérales et gynécologiques, l'anesthésie générale et l'ALR. L'âge, la prémédication par benzodiazépine, le score ASA, la présence de comorbidités, la catégorie socioprofessionnelle et la durée de prise en charge post opératoire en UCA n'étaient pas des facteurs prédictifs.

Conclusion : L'étude montre que près de 77% des patients auraient pu se passer d'un accompagnant la première nuit après chirurgie ambulatoire. Un partenariat étroit chirurgien-anesthésiste, une analyse personnalisée de la situation du patient, la mise en place de programmes d'éducation pré et postopératoires, ainsi qu'une consultation infirmière préopératoire pourraient contribuer à diminuer le taux de non-éligibilité à la chirurgie ambulatoire des patients par manque d'accompagnant pour la première nuit.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le développement de la chirurgie ambulatoire est un enjeu majeur de la politique de santé pour maîtriser les dépenses de la sécurité sociale tout en assurant au patient une prise en charge sécurisée et d'un haut niveau de qualité. L'objectif fixé par le ministère pour 2022 est de réaliser 70% de l'activité chirurgicale programmée en ambulatoire.

Les techniques opératoires, les procédures anesthésiques ont progressé ; la réalisation de chemins cliniques a permis de recentrer les prises en charge sur le patient en prenant en compte les risques et d'optimiser les flux pour favoriser le développement de l'ambulatoire.

Depuis 2009, la RFE de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), ne rend plus obligatoire la présence d'un adulte responsable sur le lieu de résidence du patient. Elle recommande que la présence d'un accompagnant au domicile du patient soit évaluée en fonction du couple acte-patient et que cette évaluation soit prédéfinie par les acteurs de la structure ambulatoire en fonction de l'organisation mise en place.

Pourtant, en 2015, une étude SFAR-OPERA a mis en évidence que 85% des établissements exigeaient la présence d'un accompagnant dans les premières 24 heures pour valider l'éligibilité à une prise en charge ambulatoire.

Gilles Bontemps, directeur de la CNAMTS évaluait à 30%, le taux d'intervention qui ne sont pas réalisées en ambulatoire faute d'accompagnant. Il faut donc se poser la question de l'exigence systématique par de nombreuses équipes anesthésiques et chirurgicales, d'un accompagnant, quel que soit le patient et l'intervention.

Dans notre établissement, l'accompagnant à domicile est exigé par le binôme chirurgien-anesthésiste. Même si le taux de conversion d'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle en préopératoire n'est pas connu, il nous semble que la fréquence est très importante. Or, l'outil VISUCHIR annonce un potentiel de 29% de réalisation d'intervention en ambulatoire. Dans le but de réduire ce taux et dans le respect des recommandations de la SFAR, peut-on déterminer des indicateurs fiables permettant d'éclairer la décision collégiale médicale quant à l'éligibilité à l'ambulatoire du patient qui ne peut bénéficier d'un aidant à domicile ? Pour cela, nous avons étudié les caractéristiques de la population, les raisons potentielles du recours à l'aide et nous avons interrogé la capacité à se passer de l'accompagnant.

MATERIEL ET METHODE

Méthode pour l'utilisation des questionnaires

L'enquête a été menée sur 3 sites hospitaliers différents, le Centre Hospitalier Georges Renon de Niort, le Centre Hospitalier Saint Charles de Saint Dié des Vosges, tous deux centres hospitaliers généraux et le centre Léon Bérard de Lyon, Centre de Lutte contre le Cancer. Elle a été effectuée pendant deux mois entre le 24 mars et le 17 mai 2021 avec l'objectif d'interroger 150 patients au moins.

Les patients opérés en ambulatoire, ont été interrogés par téléphone à l'aide d'un questionnaire (annexe 1) par une seule personne, dans chaque centre : cadre de santé à Niort et IDE dans les 2 autres pour assurer une homogénéité des commentaires lorsque la question nécessitait une explication complémentaire afin de garantir une bonne compréhension.

Au Centre hospitalier de Niort, le contact du lendemain étant réalisé par envoi de SMS, nous avons intégré les patients à l'enquête à condition d'obtenir, le jour de leur venue en Unité de chirurgie ambulatoire, leur consentement préalable à répondre au questionnaire de l'étude par téléphone. Consentement qu'ils devaient restituer signé à l'issue de leur hospitalisation. Ils pouvaient choisir le moment de la journée où ils souhaitaient être appelés (annexe 2)

Eligibilité des patients et des actes.

Le questionnaire a été proposé uniquement aux patients majeurs (≥ 18 ans), sans mesure de protection juridique et ne résidant pas dans une structure médico-sociale.

Les interruptions volontaires de grossesse instrumentales n'étaient pas prises en compte pour prévenir le risque de rupture de confidentialité.

Les endoscopies digestives et les examens radiologiques sous anesthésie générale relevant de la médecine n'ont pas été inclus.

Eligibilité selon le type d'anesthésie

Tous les patients et les actes pour lesquels les médecins de l'hôpital demandaient un accompagnement la nuit, c'est-à-dire toutes les anesthésies générales étaient concernées, ainsi que les ALR, les anesthésies locales associées à une sédation, les topiques, la procédure niortaise actuelle exigeant un accompagnant la première nuit.

Les interventions sous anesthésie locale ont été exclues.

Caractéristiques des patients, des actes et durée de séjour postopératoire ambulatoire

Les caractéristiques des patients évaluées :

Sexe, âge, catégorie socio professionnelle, distance entre le lieu de résidence et l'établissement hospitalier, la spécialité chirurgicale, le type d'anesthésie (AG, ALR, AG+ALR, topique, ALR+sédation), la résidence en ville ou en zone rurale, le score ASA, l'administration d'une prémédication de benzodiazépine, l'existence ou pas d'une ou de plus de 2 comorbidités (diabète insulino-requérant, une obésité avec BMI>40, une insuffisance cardiaque, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé ou non, la prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire (la prise de Kardégic n'était pas retenue), la broncho pneumopathie chronique obstructive). L'autonomie préopératoire a été évaluée (capacité à faire seul ou avec de l'aide les gestes de la vie quotidienne tels que toilette/habillage, préparation repas/prise de repas, se déplacer, prendre un traitement, téléphoner). La durée du séjour à l'hôpital a été évaluée par 1- le temps écoulé entre le début de l'anesthésie et la sortie de l'UCAA classé par tranche de 2 heures et 2-l'horaire de sortie de l'Unité ambulatoire classé en tranches de 3 heures à partir de midi. Le choix de ces tranches horaires a été arbitraire ; le but était d'avoir des populations conséquentes par tranche.

Evaluation du besoin d'un accompagnant la première nuit

A- Le questionnaire spécifiait qui était l'accompagnant qui pouvait être différent de la personne assurant le transport vers le domicile. L'accompagnant concerné par l'enquête était la personne qui restait auprès du patient du retour au domicile jusqu'au lendemain matin.

B- La connaissance de l'accompagnant des suites habituelles de l'intervention et des signes d'alerte était questionnée.

C- Le recours à une aide de l'accompagnant a été recherché sur 5 points : l'aide à la préparation du repas/prise du repas, l'aide à la toilette/ habillage, l'aide à la mobilité, l'aide à la prise médicamenteuse et autre aide.

D- L'impact de l'intervention sur le besoin d'un accompagnant la première nuit

- a. Altération de l'autonomie du patient
- b. La survenue de symptômes altérant le sommeil du patient la première nuit : nausées vomissements, difficulté à uriner, douleur mal contrôlée, saignements, ou autres symptômes.
- c. Le besoin d'avoir un avis téléphonique ou présentiel du service d'urgence de l'hôpital ou du médecin traitant a été recherché (et l'intérêt de l'accompagnant dans cette situation)

E- Le ressenti à postériori du patient

- a. Le désir d'avoir un accompagnant pendant une ou plusieurs nuits ou au contraire la possibilité de s'en passer ont été abordés avec le patient.
- b. L'intérêt de passer la première nuit à l'hôpital a été questionné
- c. La satisfaction globale de la prise en charge ambulatoire était évaluée de 0 à 10.

Tests statistiques

Les tests statistiques ont été réalisés selon la méthode du test de Fisher exact (lorsque les effectifs étaient trop faibles) et selon la méthode du test du Khi deux pour comparer deux moyennes ou deux pourcentages

RESULTATS

Au cours des deux mois d'évaluation, il a été demandé à 176 patients consécutifs de 3 Unités de chirurgie ambulatoire, de répondre à un questionnaire. 160 patients (91%) ont accepté et ont été inclus.

A. Caractéristiques des patients inclus, des comorbidités, des anesthésies et des actes, de la durée du séjour hospitalier postopératoire.

a. Patients

Sur les 160 patients inclus au total, 134 venaient de l'UCA de Niort, 14 de l'UCA de l'hôpital Saint Dié des Vosges et 12 de l'UCA du CLC Léon Bérard de Lyon. Compte tenu des faibles effectifs de patients de Saint Dié des Vosges et du centre Léon Bérard de Lyon, les résultats n'ont pas été séparés selon l'hôpital d'origine des patients.

Il y avait 104 (65%) femmes et 56 hommes. L'âge moyen était de 55,3 ans.[σ 14,8]. Les patients résidaient en moyenne à 25,4 kms [0.5-146] de l'établissement de soins et pour 92 (60%) d'entre eux, en zone rurale. Les 6 patients qui résidaient au-delà de 70 kms ont été pris en charge au centre de traitement du cancer Léon Bérard de Lyon.

b. ASA, comorbidités et anesthésie

Score ASA

Pour 10 patients (6,25%), le score ASA n'a pas été retrouvé dans le dossier d'anesthésie. Les 137 autres patients (85,6%) avaient un score ASA de 1 ou 2. 13 avaient un score ASA à 3.

Comorbidités

133 patients (83%) n'avaient pas de comorbidité, 27 avaient 1-seule comorbidité (n=20 (13%)) et 2-avaient plus d'une comorbidité (n=7(4.3%)). Les comorbidités des patients figurent dans le tableau I.

	1 seule comorbidité Nb de patients	Plus d'1 comorbidité (Nb de patients)
TTT anti coagulant (avec relai HBPM avant intervention)	2	0
SRAS non appareillé	4	0
SRAS appareillé	7	4
BPCO	2	2
Diabète insulino-dépendant	4	1
Insuffisance cardiaque	6	0

Obésité avec BMI>40	2	0
TOTAL (n=27)	20 (13%)	7 (4%)

Tableau I : Comorbidité de 27 patients (16,8 %) opérés en ambulatoire

Légende : BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

Type d'anesthésie réalisée

111 (69,4%) patients ont eu une AG. 13(8,1%) patients ont eu une prémédication par benzodiazépine (Midazolam), dont 8 (61,5%) étaient issus de la population du CH Saint Charles de Saint Dié des Vosges. La répartition des anesthésies figure dans le tableau II.

Type anesthésie	Nb patients
AG	111 (69,4%)
AG+ALR	6 (3,75%)
ALR	30 (18,75%)
ALR + SEDATION	2 (1,25%)
TOPIQUE	10 (6,25%)
TOPIQUE + SEDATION	1 (0,6%)

Tableau II : Type d'anesthésie réalisée chez les 160 patients de l'étude

Légende : AG : anesthésie générale ; ALR : anesthésie loco-régionale

c. Actes majoritaires (88% des interventions)

Spécialité	Intervention
Chirurgie traumatolo-orthopédie (n=40 ; 25%)	Neurolyse nerf médian (n=9)
	Chirurgie de la main (n= 6)
	Chirurgie du pied (n= 6)
	Arthroscopie du genou (n= 1)
	Ligamentoplastie genou (n= 1)
	Ablation de matériel (n= 9)
	Rhizolyse (n=3)
	Acromioplastie (n=1)
	Divers (n=1)
	Fracture (n= «3)
Chirurgie gynécologique (n=27 ; 17%)	Hystérocopie +/-6 curetage (n=11)
	Annexectomie (n= 5)
	Salpingectomie (n= 1)
	Kystectomie ovarienne (n=1)
	Drilling ovarien (n=1)
	Curetage sur grossesse arrêtée (n=1)
	Conisation (n=4)
	Vulvectomie partielle (n=1)
Divers (n=2)	
Chirurgie viscérale (n= 21 ; 13%)	Cholécystectomie (n=7)

	Cure de hernie ombilicale (n=1)
	Cure de hernie inguinale (n=10)
	Pose de KT de dialyse péritonéale (n=1)
	Hémorroïdectomie (n=1)
	Biopsies (n=1)
Chirurgie urologique (n= 17 ; 11%)	Vasectomie (n=4)
	Urétéroscopie (n=4)
	Pose de sonde de JJ/ tumor stent (n=4)
	Phimosi (n=3)
	TVT (n=1)
	Biopsies prostate (n=1)
Sénologie (n= 17 ; 11%)	Tumorectomie (n=8)
	Mastectomie partielle ou totale +/- curage ganglionnaire (n=7)
	Reprise de berges (n=2)
Chirurgie ophtalmique (n=17 ; 11%)	Vitrectomie +/- combinée (n=5)
	Cataracte (n=12=)

Tableau III : Répartition des interventions majoritairement réalisées par spécialité chez 88% des patients opérés en ambulatoire et pour lesquels un accompagnant a été demandé la première nuit.

d. Durée de séjour postopératoire

Temps de PEC de l'anesthésie à la sortie de l'UCA	Nb de patients
2 à 4 heures	23 (14%)
4 à 6 heures	53 (33%)
6 à 8 heures	50 (31%)
>8 heures	34 (22%)

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la durée de prise en charge de l'anesthésie à la sortie de l'unité d'ambulatoire.

Tranche horaire de sortie	Nb de patients
Avant midi	3 (2%)
Entre 12 et 15 heures	25 (15,5%)
Entre 15 et 18 heures	94 (59%)
Après 18 heures	38 (23,5%)

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'horaire de sortie

B. Recours à l'accompagnant la première nuit postopératoire d'une chirurgie ambulatoire

Pour 112 patients (70%), l'accompagnant a été le conjoint. 13 étaient des parents, 14 des enfants, 15 des amis et 5 autres (voisins).

L'information de l'accompagnant sur les suites opératoires normales et les signes d'alerte en lien avec l'intervention avait été donnée pour 120 (75%) patients lors des consultations chirurgicale et anesthésiste pré-opératoires tandis que pour 40 (25%) aucune information n'était donnée. En raison de l'épidémie COVID, aucun accompagnant n'était présent lors de cette information. Aucun établissement n'avait de consultation infirmière préopératoire.

65 patients (41%) ont eu besoin de l'aide de leur accompagnant durant la première nuit. Ils ont eu un à plusieurs types d'aide. Pour 31 patients (48%), elle a concerné la préparation et/ou la prise des repas.

Parmi les 65 patients ayant reçu une ou plusieurs aides de leur accompagnant, 28 (43%) ont dit à posteriori qu'ils auraient pu s'en passer.

L'ensemble des aides reçues par les patients figurent dans le tableau VI.

Type d'aide reçue par les patients lors de la première nuit postopératoire (plusieurs aides possibles)	Nbre de patients ayant eu besoin d'aide (n=65) (41%)	Nbre de patients ayant dit qu'ils auraient pu s'en passer (n=28) (43%)
Aide à la préparation/repas	31(48%)	14(45%)
Aide à la toilette/Habillage	15(23%)	7(42,75%)
Aide à la prise médicamenteuse	10(15%)	2(20%)
Aide au déplacement	10(15%)	3(30%)
Autres aides (ménage, garde d'enfant, chauffage...)	14(21,5%)	6(40%)

Tableau VI : Nombre de patients ayant sollicité leur accompagnant lors de la première nuit, type d'aide(s) reçue(s) et nombre de patients qui rétrospectivement auraient pu s'en passer lors de la première nuit postopératoire

C. Facteurs associés au besoin d'une aide la première nuit postopératoire

50 patients (31,2 %) ont déclaré avoir eu une autonomie modifiée en postopératoire.

- a. Le type de chirurgie et autonomie modifiée

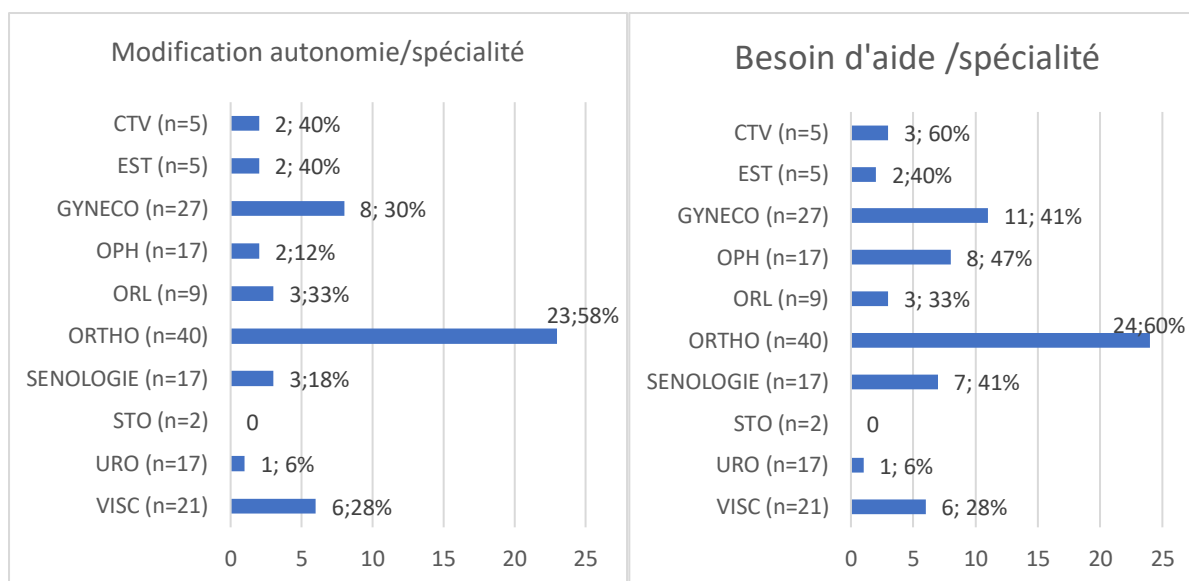


Figure 1 : Corrélation entre la modification de l'autonomie, le besoin d'une aide la première nuit postopératoire et la spécialité chirurgicale réalisée en ambulatoire.

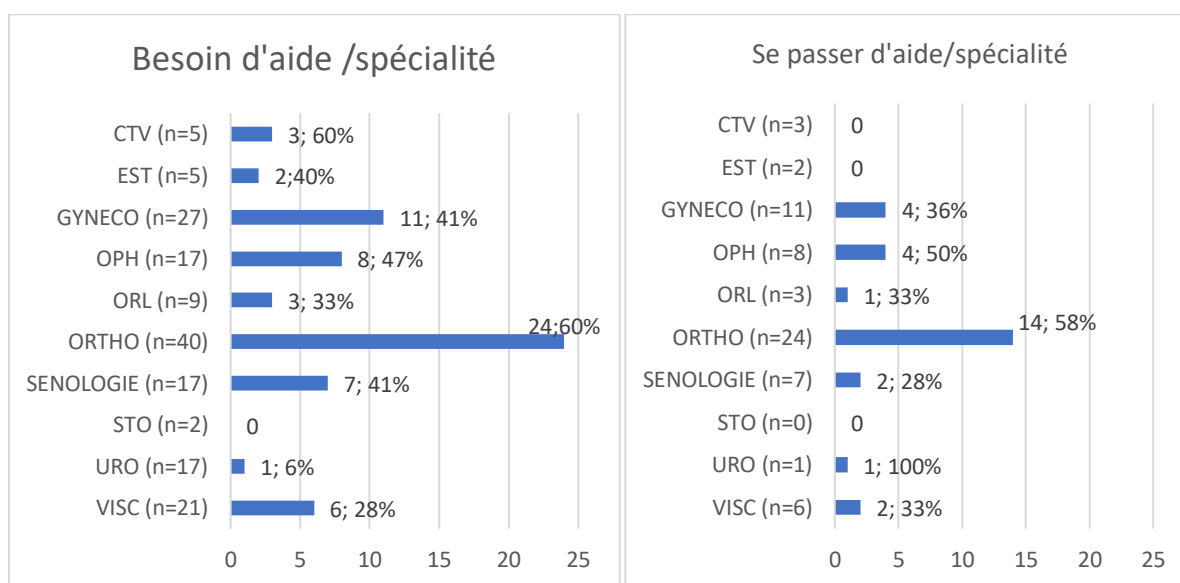


Figure 2 : Nombre de patients ayant reçu une aide par l'accompagnant la première nuit postopératoire à leur domicile et qui auraient pu s'en passer selon la spécialité.

b. L'âge

Tranche d'âge	Nb de patients ayant eu besoin d'aide	P
18-34(n=16)	9 (56,25%)	NS
35-54(n=53)	20 (22,6%)	NS
55-74(n=77)	31(40,25%)	NS
>75(n=14)	5(35,7%)	NS

Tableau VII : Recours à l'aide en fonction de l'âge

c. Le score ASA et besoin d'aide la première nuit

Score	Nb de patient ayant eu besoin d'aide (n=65)	P
ASA 1 (n=69)	30 (43,5%)	NS
ASA 2 (n=68)	24(35%)	NS
ASA 3 (n= 13)	6(46%)	NS
ASA non identifié (n=10)	5(50%)	NS

Tableau VIII : Recours à l'aide en fonction du score ASA

d. Les comorbidités associées et besoin d'aide la première nuit

Type de comorbidité	Nb de patients ayant eu besoin d'aide	P
TTT anti coagulant (avec relai HBPM avant intervention) (n=2)	0	NS
SRAS non appareillé (n=4)	2 (50%)	NS
SRAS appareillé (n=11)	4 (36, 3%)	NS
BPCO (n=4)	1(25%)	NS
Diabète insulino-dépendant (n=5)	2 (40%)	NS
Insuffisance cardiaque (n=6)	2(33%)	NS
Obésité avec BMI>40 (n=2)	1(50%)	NS
Total	12	

Tableau IX : Type de comorbidité ayant eu besoin d'aide

e. Le type d'anesthésie et besoin d'aide la première nuit

Anesthésie	Nbre de patient ayant eu besoin d'aide (n=65)	P
AG(n=111)	38 (34%)	p<0,002
AG/ALR(n=6)	1 (16,6%)	NS
ALR(n=30)	20 (67%)	p<0,002
ALR/SEDATION(n=2)	2 (100%)	NS
TOPIQUE(n=10)	3 (30%)	NS
TOPIQUE/SEDATION(n=1)	1(100%)	NS

Tableau X: Nombre de patients ayant eu besoin d'aide en fonction de l'anesthésie

Il y avait une corrélation en cas d'AG et d'ALR isolée.

f. La durée de prise en charge postopératoire en UCA et besoin d'aide

Durée postopératoire de la PEC	Nb de patients ayant eu besoin d'aide (n=65)	P
>8H (n=34)	14 (41%)	NS
6<H<8 (n=50)	20 (40%)	NS
4<H<6 (n=53)	26 (49%)	NS
2<H<4 (n=23)	5 (22%)	NS

Tableau XI : Recours à l'aide selon la durée de PEC ambulatoire

Légende : PEC= prise en charge

g. La catégorie socio-professionnelle et besoin d'aide

CSP	Nb patient ayant eu besoin d'aide	P
Artisan, commerçant (n=12)	5 (42%)	NS
Chef d'entreprise (n=3)	1(33%)	NS
Exploitant agricole (n=3)	1 (33%)	NS
Cadres et prof. Intellectuelles sup (n=31)	12 (39%)	NS
Professions intermédiaires (n=61)	25 (41%)	NS
Employés, ouvriers (41)	17 (41, 5%)	NS
Sans profession (9)	4 (44%)	NS
Total	65	

Tableau XII : Patients ayant eu recours à l'aide en fonction de leur catégorie socio-professionnelle

f. Problèmes médicaux postopératoires et besoin d'aide

32 patients (20%) ont eu des symptômes au cours de la nuit qui a suivi l'intervention. Le détail de l'aide reçue en fonction des symptômes se trouve dans le tableau XII.

Symptômes postopératoires signalés par les patients la première nuit	Nbre de patients ayant eu besoin d'aide	Nbre de patients ayant dit qu'ils auraient pu s'en passer
Nausées/ vomissements (n=3)	1 (33%)	1 (33%)
Saignements (n=2)	0	1 (50%)
Douleur mal contrôlée (n=15)	11 (73%)	5 (30%)
Difficultés à uriner (n=2)	2 (100%)	0
Autre (n=10)	4 (40%)	5 (50%)
Total (n=32)	18 (56,25%)	12 (37,5%)

Tableau XIII : Patients ayant eu des symptômes avec recours à l'aide et ceux qui ont dit qu'ils auraient pu s'en passer.

Les autres symptômes ressentis étaient un état d'agitation (n= 4), des sueurs (n= 2), des céphalées (n=2) une irritation de la gorge (n=1), une crise d'angoisse (n=1).

Parmi les 18 patients ayant présenté des symptômes au cours de la première nuit et eu besoin d'aide, 12(67%) ont dit qu'ils auraient pu s'en passer. Au total, ce sont donc 37,5% des patients ayant présenté des symptômes postopératoires qui auraient pu ne pas être accompagné la première nuit.

D. Recours à un professionnel de soin la première nuit

Aucun accompagnant n'a dû gérer de situation critique nécessitant le recours à une assistance médicale téléphonique, en cabinet de ville ou aux urgences de l'hôpital.

La patiente ayant fait une crise d'angoisse a elle-même appelé le SAMU et a été amenée à l'hôpital en véhicule sanitaire léger. Elle était âgée de 45 ans et avait eu une hystérocopie opératoire sous AG. Elle n'avait pas de comorbidité et sa prise en charge entre l'anesthésie et la sortie avait été de 7h30. Elle a quitté les urgences deux heures après son admission.

Un patient s'est présenté de lui-même en chirurgie ambulatoire à J1. Il avait eu dans la nuit des douleurs et une hématurie en lien avec la pose d'une sonde de JJ. Après une consultation urologique de contrôle, il a regagné son domicile.

E. Ressenti des patients

L'utilité d'un accompagnant ressentie par le patient est en moyenne de 5,88/10 [0-10], avec une médiane à 6,5.

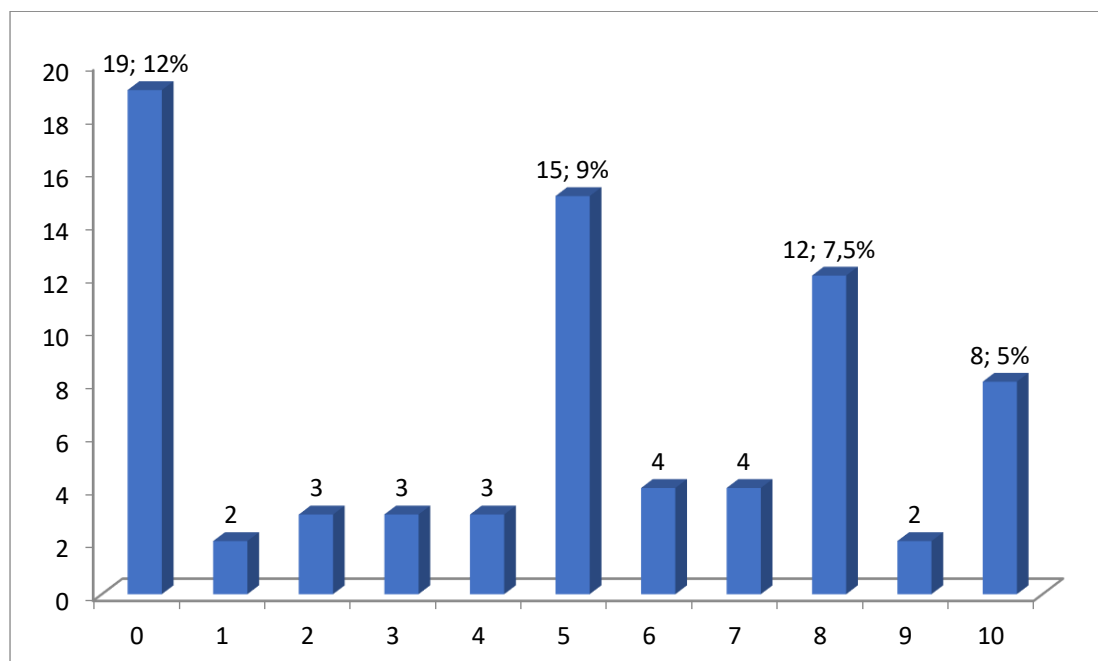


Figure 3 : répartition des notes attribuées par les 75 patients à l'utilité d'un accompagnant et qui ont dit rétrospectivement qu'ils auraient pu se passer d'un accompagnant

85 patients (53%) ont dit qu'ils n'auraient pas pu se passer de l'accompagnant.

Raison du besoin d'un accompagnant	Nbre de patients
Assurance d'une présence en cas de problème	61 (72%)
Assistance dans les gestes de la vie quotidienne	14 (16.4%)
Aide pour instillation de collyre	3 (3.5%)
Aide à la gestion des enfants	2 (2.3%)
Confort de la présence d'un tiers	3 (3.5%)
Sensation de grande fatigue	2 (2.3%)

Tableau XIV : répartition des raisons du besoin d'un accompagnant évoquées par les patients.

10 patients (6,25%) auraient souhaité passer la première nuit au centre hospitalier et ont bénéficié de l'aide de leur accompagnant. 20 patients (12,5%) auraient été rassurés d'avoir un accompagnant plusieurs nuits.

Enfin, le niveau moyen de satisfaction de la PEC ambulatoire a été de 9,1/10. [$\sigma=1,17$].

DISCUSSION

Si la présence d'une escorte pour la sortie d'ambulatoire après une sédation ou une anesthésie est fortement recommandée[1] [2], il n'existe pas de texte officiel réglementant l'accompagnement du patient après une chirurgie ambulatoire, ni son rôle. Depuis 2009, la SFAR préconise de ne pas systématiser l'exigence de l'accompagnant dans les premières 24 heures et autorise que « certains couples Acte/Patient puissent ne pas avoir besoin d'un accompagnant au domicile, hormis pour le temps du transport vers le domicile. [3] Ces recommandations sont en réalité très peu suivies. En effet, « seuls les acteurs d'une même structure définissent entre eux la liste des actes dont ils ont l'expertise et l'organisation à mettre en place » en mettant en balance les bénéfices/risques.

Ce qui a pour conséquence de réaliser en hospitalisation complète, tout acte pour lequel le patient ne peut avoir d'accompagnant dans un souci de sécuriser la prise en soins « au cas où ». Sécurisation toute relative, puisque la plupart des complications postopératoires graves surviennent dans un délai supérieur à 24 heures.

Il n'est pas toujours aisé d'obtenir d'un proche qu'il se libère, pose une journée de repos ou adapte ses horaires pour se rendre disponible. [4]. Si notre population a déclaré à 100% bénéficier d'un accompagnement à domicile ce n'est pas toujours le cas et la durée de présence peut être variable et/ou non conforme aux attendus d'une équipe médicale. [1]. De plus, il n'y a pas de définition précise pour définir la qualité et les compétences de l'accompagnant. [2].

Notre étude montre que 65 patients (41%) seulement ont eu besoin de l'accompagnant lors de la première nuit postopératoire d'une intervention en ambulatoire. Et que sur ces 65 patients, 28 (43%) ont dit rétrospectivement qu'ils auraient pu s'en passer, soit au total 123 patients (77%) auraient pu se passer, dans les faits et selon leur propre avis, d'un accompagnant.

Nous avons donc cherché à objectiver les critères qui pourraient aider notre équipe médicale à l'évaluation du couple acte/patient.

Notre étude a montré que proportionnellement aux interventions réalisées, l'orthopédie est la spécialité qui provoque majoritairement une perte d'autonomie, notamment des membres supérieurs en lien avec la perte de dextérité et l'anesthésie locorégionale. [5]. Un patient peut cumuler le besoin de plusieurs aides. Ainsi, l'aide au repas puis l'aide à la toilette/habillage apparaissent significatives.

Puis, ce sont les chirurgies viscérale et gynécologique qui altèrent l'autonomie en lien avec la technique de cœlioscopie.

Le recours à l'aide d'un accompagnant est corrélé à la perte d'autonomie [5]. Toutefois, 33% des patients pris en charge pour une intervention viscérale, 36% pour une intervention gynécologique et 58% pour une chirurgie orthopédique ayant eu recours à l'aide de l'accompagnant ont évoqué la possibilité de se passer de l'aide. Cela peut s'expliquer par le

fait qu'aucun de ces patients n'ait ressenti de symptômes nécessitant l'intervention de l'accompagnant dans les premières 24 heures et que l'organisation du retour à domicile avait été bien anticipée. Les deux patients qui ont nécessité une prise en charge dans les 24 heures postopératoires, ont géré eux-mêmes leur problème. Il est toutefois important de souligner que pour 40 patients (25%), les accompagnants ne connaissaient pas les risques postopératoires. Et donc n'auraient peut-être pas été en capacité de les détecter et/ou les gérer. Ce qui montre l'intérêt d'informer et d'éduquer le patient à son auto-surveillance. [6]

On remarque que le besoin d'aide n'est pas seulement corrélé à une modification de l'autonomie, puisque 9,3% (15 patients) de la population y a eu recours en dehors de toute modification psychomotrice. Il peut peut-être s'expliquer par le lien familial qui existe majoritairement dans notre étude entre le patient et l'aidant (140 ; 87,5%) et qui favorise l'aide spontanée de manière préventive.

Le type d'anesthésie apparaît comme un facteur prédictif pour l'AG ($p < 0,002$) et l'ALR ($p < 0,002$). [5]. En revanche, la prémédication n'apparaît pas comme vecteur de besoin d'aide.

Certaines équipes ont tenté de corréler le besoin d'aide à l'intensité de la douleur prévisible. [7]. Sur les 15 patients ayant eu une douleur mal contrôlée par le traitement, 11 (73%) ont eu recours à l'aide de leur accompagnant, même si 5 (45%) d'entre eux ont dit qu'ils auraient pu gérer seul la situation. Toutefois, le fait que près de 10% des patients aient ressenti des douleurs persistantes, devrait nous inviter à revoir nos protocoles mais également notre communication quant à la prise en systématique des antalgiques.

Le score ASA, l'existence de comorbidité, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, la durée de la PEC postopératoire en UCA, l'horaire de sortie ne sont pas des critères prédictifs. Toutefois, 84 (52,5%) ont eu une durée de prise en charge supérieure à 6 heures. On peut penser que cela a peut-être favorisé l'absence de recours à l'aide, la réadaptation accélérée après chirurgie ayant été accompagnée plus longuement par l'équipe soignante.

La notion de « besoin » d'aide est complexe à évaluer pour les patients interrogés. Elle peut être subjective. Dans son étude de 2015, Wessels évoquait que 32/99 patients (32%) avaient dit qu'ils avaient aimé avoir un accompagnant. Mais qu'ils auraient pu s'en passer [1]. Si notre étude a mis en évidence que le recours à l'accompagnant n'avait pas été utile pour 59% de la population concernée, ce sont 47% des patients qui ont déclaré qu'ils auraient pu s'en passer. Le principe de sécurité « au cas où » prévaut largement dans le discours des patients de cette étude (61%). Ceci peut être lié à un état de stress péri et postopératoire peu ou mal évalué.

CONCLUSION

Notre étude ne nous a pas permis de mettre en exergue des indicateurs fiables permettant de déterminer assurément des couples actes/patients. Nous avons montré que le type d'anesthésie est un élément prédictif du recours à l'aide et que les chirurgies orthopédiques, viscérales et gynécologiques altèrent majoritairement l'autonomie des patients. Nous avons montré que la douleur postopératoire mal contrôlée était le symptôme majoritaire pour lequel les patients avaient recours à l'aide. Nous avons montré également que 47 % des patients ont dit qu'ils auraient pu se passer de leur accompagnant. Mais qu'en fait, ce serait près de 77% qui auraient pu ne pas être accompagné.

Il apparaît comme nécessaire qu'un partenariat étroit entre chirurgiens et anesthésistes soit instauré dans les établissements pour déterminer des critères d'éligibilité à l'ambulatoire spécifiques aux différentes spécialités voire interventions afin de proposer aux patients une prise en charge ambulatoire tout en réduisant les risques de réadmissions.

Il semble indispensable avant de programmer une hospitalisation conventionnelle en cas de défaut d'accompagnant, de prendre le temps d'analyser la situation spécifique du patient, à la lumière de l'évaluation des bénéfices/risques d'une prise en charge ambulatoire, du niveau de maîtrise des risques atteint par l'équipe ambulatoire, des ressources environnementales et intellectuelles du patient, et de l'acceptation du patient afin de sécuriser la phase postopératoire. Il semble également nécessaire, pour instaurer un climat de confiance entre l'équipe ambulatoire et le patient, de créer des programmes d'éducation pré et postopératoires.

Dans une étude publiée en 2018 dans le Mayo Clinic, au sujet de 2441 patients, David P. Martin & Al suggère que « les patients qui subissent une sédation ou une anesthésie en ambulatoire présentent un très faible risque de complications nécessitant une réadmission ou un passage aux urgences » et « qu'une préparation adéquate, l'utilisation de médicaments anesthésiques/sédatifs de courte durée d'action et un bon jugement clinique » pourraient modifier le postulat d'une sortie systématique avec accompagnant. [2]

De même, le développement de la consultation infirmière préopératoire pourrait s'avérer essentielle dans l'évaluation de l'aptitude du patient à vivre l'expérience ambulatoire, au-delà des données médicales. Un pré et postopératoire bien préparés, en lien avec les professionnels libéraux, une évaluation fine du stress du patient, pourraient contribuer à rassurer le patient et à réaliser davantage d'interventions en ambulatoire.

ANNEXE 1

DEMANDE DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de mon diplôme inter universitaire de chirurgie ambulatoire, je réalise un mémoire sur le rôle de l'accompagnant dans les premières 24 heures qui suivent une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

Seriez-vous d'accord pour répondre à un questionnaire lors d'un appel téléphonique ? OUI- NON

Si oui, avez-vous une préférence de la période ? : Matin - Midi - Après-midi

Merci d'indiquer votre nom : Mr ou Mme.....

Signature :

Merci de votre réponse,

Florence DONNAINT

Cadre de santé du service de Chirurgie Ambulatoire NIORT

ANNEXE 2

CARACTERISTIQUES PATIENTS

N° Sexe : F M Age :
Métier : En activité OUI - NON
Distance entre le lieu de résidence et l'hôpital (en kms) :
Milieu rural : OUI-NON
Spécialité : Intervention :
Type d'anesthésie : AG ALR Topique AG+ALR ALR+Sédation
Score ASA :.....
Prémédication par Benzodiazepine : OUI NON

CO morbidités

- Diabète ID
- Obésité > 40
- ATC
- BPCO
- Apnée du sommeil si oui, appareillée OUI- NON
- Insuffisance cardiaque
- Handicap moteur

Niveau d'autonomie avant l'intervention :

- Habillage seul ou avec une auxiliaire de vie OUI - NON
- Préparation repas seul ou avec une auxiliaire de vie OUI- NON
- Capacité à réaliser un appel téléphonique OUI- NON
- déplacements seul ou avec une auxiliaire de vie OUI- NON
- prise médicamenteuse seul ou avec une auxiliaire de vie OUI- NON

Heure de passage au bloc :.....

Heure de retour de bloc :.....

Heure de sortie de l'UCA:.....

QUESTIONNAIRE PATIENT

1. **Qualité de l'accompagnant** : conjoint parent/enfant Ami Autre
2. **L'accompagnant a-t-il été informé de l'intervention et de ses suites habituelles et signes d'alerte ?** OUI-NON
3. **L'intervention a-t-elle modifié votre autonomie ?** OUI- NON
Si OUI, en quoi ?
4. **Votre accompagnant a-t-il du vous aidé ?** : OUI-NON
Si OUI, précisez pour quelle(s) activité(s) :
 - Pour des problèmes non médicaux
Aide au repas Toilette/Habillage Médicaments Mobilité Autre :
.....
 - Pour des symptômes durant la nuit qui vous ont réveillés :
Nausées/vomissements Difficulté à uriner Douleur mal contrôlée Saignements
Autre (préciser)
5. **L'accompagnant a-t-il du joindre un médecin ou les urgences ou le SAMU pour vous ?** OUI- NON
6. **L'accompagnant a-t-il du vous amener voir un médecin ou aux urgences:** OUI- NON
7. **La présence de votre accompagnant la première nuit vous a-t-elle paru utile ?** (0= inutile- 10 très utile)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. **Auriez-vous souhaité un accompagnant pendant plusieurs nuits ?** OUI- NON
9. **Pensez-vous que vous auriez pu vous passer de votre accompagnant ?** OUI-NON
Si non, pourquoi ?.....
10. **Auriez-vous préféré passer la première nuit à l'hôpital ?**
11. **Quel est votre niveau de satisfaction de votre prise en charge ?** (0= très insatisfaisant-10 très satisfaisant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BIBLIOGRAPHIE

- [1]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
- [2] David P. Martin & Al. Outpatient dismissal with a responsible Adult Compared With Structured Solo Dismissal: A Retrospective Case-Contrl Comparison of Safety Outcomes. *Mayo Clin Proc Inn Qual Out.* September 2018; 2(3): 234-240;
- [3] RFE “ Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. SFAR 2009
- [4]Mason MP, Burkle CM. Do patients require “escort” 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
- [5]Louchez M, Loupec T, Frasca D, Mimos O, Debaene B. Evaluation du rôle de l’accompagnant pour une chirurgie orthopédique en ambulatoire sous anesthésie loco régionale périphérique exclusive au CHU de Poitiers. *Anesthésie et réanimation, volume 1, supplément 1 ;* 2015 sept, A14-A15
- [6] Philip J. York, Catherine Himo Gang, Sheeraz A. Qureshi. Patient education in an ambulatory surgical center setting. *J Spine Surg* 2019; 5 (suppl 2):S206-211
- [7]Barker J, Holmes K, Montgomery J, Bennun I and Al. A survey of how long care stays with the patient post discharge. *Journal of day surgery* 2014; 24: 57-59