

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 23 Avril 2015 à Poitiers

par Monsieur Matthieu LOUCHEZ

**Evaluation du rôle de l'accompagnant
pour une chirurgie orthopédique en ambulatoire
sous anesthésie loco-régionale périphérique exclusive
au CHU de Poitiers.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE

Membres : Monsieur le Professeur Marc BEAUSSIER
Madame le Docteur Claire DAHYOT-FIZELIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thibault LOUPEC



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, oncologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse,

Le Professeur Bertrand Debaene. Vous me faites un grand honneur en présidant ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon immense estime pour votre parcours et votre implication dans la formation en anesthésie-réanimation. Merci pour vos questions affutées et votre éternelle motivation universitaire.

Le Pr Marc Beaussier. C'est un honneur pour nous de vous accueillir dans notre faculté. Veuillez recevoir toute ma gratitude pour l'intérêt porté à ce travail, que vos connaissances permettent d'éclairer.

Le Docteur Claire Dahyot-Fizelier. Merci d'avoir accepté participer à l'évaluation de ce travail. Sois sûre de ma profonde reconnaissance.

Le Dr Thibault Loupec. Tes connaissances de la recherche clinique et de l'anesthésie en orthopédie ont été le vent dans les voiles de notre bateau, dont tu resteras le capitaine exemplaire. Si notre voyage se termine sur une île déserte des Caraïbes, ton second aura encore une citation pour toi avec une référence bibliographique:

“Dans certaines îles des Pomotous, dépourvues de sources d'eau lorsque les citernes alimentées par les puies sont épuisées, les habitants boivent constamment de l'eau de coco et cette absorption massive et journalière ne présente aucun inconvénient..

Normalement l'eau de coco est stérile. Elle peut être injectée par voie sous-cutanée, intra-musculaire ou intraveineuse, sans provoquer aucun trouble. Elle remplace avantageusement le sérum glucosé et les différents sérums salés artificiels provoquant un véritable lessivage des reins...”

Bernard Moitessier citant une thèse de Paul-Henri Pétard dans La longue route, Arthaud, 1986.

Confirmé par Iqbal QM, Direct infusion of coconut water. Med J Malaysia, 1976; 30: 221-3

A toutes ces personnes qui m'ont fait comprendre toute l'importance de la collaboration pour l'élaboration, la réalisation et la valorisation de la recherche clinique. Au Professeur Mimos. Je vous dois ce travail.

A toute l'équipe si accueillante de l'UCA, et tout particulièrement Séverine et Sandrine pour le temps passé au téléphone, ainsi qu'à Mme Agnès Barrau et Mme Agnès Cheveste pour la coordination de l'enquête. A Laurence et Isabelle, toujours bienveillantes.

A Annika, sans qui je n'aurais jamais pu comprendre la bibliographie allemande ; au Dr Lorraine Creppy, grande prêtresse des petits « p » et de la signifiante statistique.

Au Dr Anne-Sophie Cognée. Ceci ne saurait être mon travail sans que cela ne soit un peu le tien.

Merci également à tous ceux sans qui je n'écrirais pas ces lignes aujourd'hui (tautologique!):

A ma princesse aux doigts de fée; les contes pour enfants ne peuvent raconter la sincérité de tes sentiments et la beauté de ton cœur. Ecrire la suite de cette histoire avec toi sera toujours un bonheur.

A mes parents, pour leur amour et leur indéfectible soutien tout au long de ces années d'études. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez donné. Je suis si fier de vous avoir! A Ben (hey bro!), Estelle, Nico & Doudou et le reste de la famille qu'il est bon de voir s'agrandir.

A toute l'équipe de médecins du CHU pour la formation que vous m'avez donné. Travailler et apprendre à vos côtés pendant ces années a été aussi plaisant qu'enrichissant. Une pensée toute particulière aux anesths de Jean-Bernard, à tous ces moments de la SSPI à l'accueil du BU (et au café!). Anne, Christian, Danièle, Denis, Jean-Mathias, Karine, Franck, Hervé, Laurent, Louis, Matthieu, Sophie, merci pour votre confiance et votre disponibilité.

Aux équipes d'anesthésie-réanimation des CH de La Rochelle et de Saintes, pour avoir guidé mes premiers pas dans cette spécialité que vous m'avez faite aimer.

A tous ces soignants qui m'ont appris à aimer mon métier. Vous êtes bien trop nombreux! A tous les infirmiers et aide-soignants de la salle de réveil, les IADE, avec qui travailler à toujours été un plaisir. Mention spéciale aux Nath' des DIVLD pour leur dévouement!

A mes copains de labeur: JM, A Jamet, Pépet, le poète anesthésiste, inspecteur Nadjet'. Aux vieux que je n'oublierai jamais (sauf Boni) et aux jeunes si motivés qui se reconnaîtront!

A toute l'équipe du CERTD, qui réalise au quotidien un travail difficile, plein d'empathie, porteur de bien des leçons. Merci à tous pour l'accueil que vous m'y avez fait. Petite dédicace à TomaSz, indubitablement le meilleur géographe polonais de France.

Merci, enfin, à l'incroyable liste d'affreux jojos qui me font l'immense plaisir de leur amitié:

dès la première heure: Coco, Momo, Véro, Ary, Benoît. Nous avons appris et partager ensemble les valeurs qui sont aujourd'hui l'essence de ma vie. Je vous le devrai toujours et vous en remercie.

dans l'insouciance: Jibé : "Ils n'auront pas l'Alsace mais on peut bien leur laisser la Normandie", Wally qui a intérêt à bosser son PES, Chaki, Maït, Maylis, Dartos. Apprendre la médecine ensemble a toujours été une merveilleuse excuse!

dans la chaleur humaine (on comprendra pourquoi): Stock, Tiouf, Papi, Marco, Austin, Briscard, Crocky, Béa, Fwed, Vinphélie, Bertouille, Anna, Irène, SandY, Gaboule (initiales BG), Anne d'a jeûn, Ansou, Anaïs, Lapin, Tiz, Chachouuuuu, Paul Pouic, Minch, Etienne, TomTom, Broustec et bien d'autres encore...

dans un château qu'on aurait dit en Espagne: Bigou (comme un Malabar), Chaï Chaï (ssss inspiré), Coco, même s'il moufle du 6,5, Mr. Maké Rude

dans la troisième mi-temps: Gafou et l'Imperator Augustusnunuss, ainsi que leurs princesses respectives, Amandine et Caro. Respect pour vos énormes coeurs. Persévérez à tout changer, et surtout, ne changez rien!

dans l'improbable: Fred Figure et son action *humaniterre*, Betti xOxO, Hardo de la PGM Line.

A Louis-Enguerran, la main tendue et la joie immense. Que j'aimerais que cette thèse soit la tienne. Quelques mots qui t'auraient sûrement plu...

Ne pouvant avancer une justification au phénomène humain, j'ai imaginé la planète Terre, un peu dépitée, se demandant: "A quoi servent tous les prodiges que j'ai réalisés? A quoi sert ma beauté, s'il n'y a personne pour l'admirer?" C'est alors que la planète, son oeuvre achevée, décide de créer l'être humain: "Je vais faire en sorte qu'il puisse donner un sens à mon immense labeur, qu'il puisse admirer ma beauté, jouir de tous les bienfaits que je lui ai réservés. Car sans cet admirateur, à quoi sert-il d'être belle?"

Pierre Rabhi, Le Monde a-t-il un sens?, Fayard 2014

I. Introduction	9
II. Matériels et méthodes.....	12
Type d'étude	12
Sélection des patients.....	12
Objectifs principal et secondaires	13
Description et réalisation du questionnaire.....	14
Critères d'évaluation des objectifs principal et secondaires	16
Analyse statistique	18
III. Résultats	20
Description de la population	20
Evaluation des domaines de dépendance.....	21
Ressenti du patient.....	26
Observance de l'accompagnement	28
Complications à J1	29
IV. Discussion.....	30
V. Conclusion	36
VI. Références.....	37
Annexe	41
Résumé	43
Serment d'Hippocrate	44

I. Introduction

En France, en 2012, 40,8% des actes chirurgicaux étaient réalisés en chirurgie ambulatoire [1]. Cette modalité de prise en charge du patient recouvre les actes réalisés lors d'une hospitalisation de moins de 12 heures, sans hébergement de nuit. Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire sont nombreux. Elle améliore la satisfaction du patient et de son entourage et elle réduit les risques d'infections associées aux soins et le coût global de dépenses pour les établissements de santé et l'assurance maladie [2]. Ainsi, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2014 prévoit un développement de la chirurgie ambulatoire avec pour objectif la réalisation de 50% des actes de chirurgie selon cette modalité en 2016 [3]. En comparaison, le taux global de chirurgie réalisée en ambulatoire était de 74% au Danemark et de 69% en Suède en 2009 [4].

La pratique de ce type de prise en charge nécessite des règles de sécurité strictes, pour ne pas majorer les risques pour le patient par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Celles-ci sont établies par les sociétés savantes telles que la Société Française d'Anesthésie Réanimation, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Haute Autorité de Santé [5, 6]. L'une de ces règles est la présence d'un accompagnant lors du retour du patient à domicile. La présence d'un accompagnant au lieu de résidence post-opératoire doit être *évaluée selon le couple acte-patient et définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place* [5]. Le rôle de cet accompagnant n'est pas déterminé dans ces recommandations mais a pu faire l'objet de propositions [7] :

- assurer le trajet de retour à domicile (conduite du véhicule par exemple),
- aider le patient dans les tâches de la vie courante jusqu'à une réhabilitation complète,
- être un premier recours en cas de complications post-opératoires survenant dans les premières 24 heures après la chirurgie.

Ce rôle de l'accompagnant n'a pas été spécifiquement étudié et les missions qui lui sont dévolues, en dehors de la conduite pour le retour à domicile, ne sont pas clairement identifiées [7, 8]. Ainsi, son importance semble relative pour un certain nombre de médecins : malgré les textes officiels, 1 à 4% des patients seraient seuls la nuit suivant l'anesthésie [9, 10] et 11% des anesthésistes laisseraient leur patient de chirurgie ambulatoire sortir sans accompagnement si le cas se présentait [11].

Cependant, de nombreux actes de chirurgie ambulatoire (70% en 1996), notamment orthopédique, sont réalisés sous anesthésie loco-régionale (ALR) périphérique seule [12]. L'ALR présente de nombreux avantages par rapport à l'anesthésie générale [13]:

- absence de perte de conscience et de troubles cognitifs post-opératoires [14, 15]
- diminution des complications les plus fréquentes à type de douleurs et de nausées et vomissements post-opératoires (NVPO)
- réduction des délais de séjour en salle de surveillance post-interventionnelle
- diminution du risque de ré-hospitalisation [16, 17]

La diffusion des méthodes de repérage échographique pour la réalisation de l'ALR périphérique a permis l'amélioration de la sécurité et du taux de succès de la technique [18]. Ces données laissent à penser que les patients opérés sous cette

modalité récupèrent plus rapidement leur autonomie et sont donc moins dépendants de leur accompagnant au lieu de résidence post-opératoire.

Au CHU de Poitiers, la chirurgie orthopédique en ambulatoire réalisée sous ALR périphérique obéit aux mêmes règles que les autres spécialités chirurgicales. La présence d'un accompagnant pour le retour à domicile et au lieu de résidence postopératoire le premier soir est indispensable. La prise en charge ambulatoire est annulée si l'accompagnement n'est pas prévu à la consultation d'anesthésie ou si l'accompagnant ne se présente pas au moment de la sortie du patient. Pourtant, l'ALR périphérique contribue à accélérer la réhabilitation post-opératoire et à améliorer la sécurité de ces patients, ce qui pose la question de la nécessité de la présence de l'accompagnant après une chirurgie réalisée sous ce type d'anesthésie. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études évaluant les besoins du patient dans ce contexte et précisant le rôle réel de l'accompagnant. Pour le couple acte de chirurgie orthopédique - patient opéré sous anesthésie loco-régionale, il faut donc analyser ce rôle pour statuer sur l'obligation de présence de l'accompagnant dans notre structure.

Ainsi, une étude réalisée auprès des patients opérés en chirurgie orthopédique ambulatoire sous ALR périphérique exclusive au CHU de Poitiers permettrait d'évaluer le rôle de leur accompagnant. Permet-il d'aider réellement le patient ? Si oui, pour quel type d'activités ? Est-il indispensable dans la prise en charge ambulatoire du patient opéré sous anesthésie loco-régionale périphérique seule ?

II. Matériels et méthodes

Type d'étude

Cette étude pilote, observationnelle, transversale, monocentrique, à type d'enquête a été menée au CHU de Poitiers de Juin à Novembre 2014.

Sélection des patients

Des patients adultes de classe ASA 1 à 3 ont été inclus consécutivement. Ils étaient pris en charge en unité de chirurgie ambulatoire pour une intervention orthopédique d'un membre inférieur ou supérieur réalisée sous ALR périphérique exclusive.

Les patients qui présentaient des troubles cognitifs préopératoires ou dans l'incapacité de répondre au téléphone, les mineurs, les patients sous tutelle et ceux privés de liberté par décision judiciaire n'ont pas été inclus, comme ceux qui avaient eu une ALR associée à une sédation peropératoire ou convertie en anesthésie générale. Les patients dont la prise en charge ambulatoire était annulée quel que soit le motif, et ceux qui refusaient de répondre au questionnaire téléphonique le lendemain de l'intervention ont été exclus de l'analyse finale.

Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le rôle de l'accompagnant en chirurgie orthopédique ambulatoire réalisée sous ALR périphérique exclusive au CHU de Poitiers. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de déterminer l'aide apportée par l'accompagnant dans les domaines d'activités de la vie quotidienne dans lesquels le patient pourrait être dépendant.

Les domaines d'activités explorés étaient le repérage spatio-temporel, la prise médicamenteuse, l'usage du téléphone, la sortie du domicile et la visite à un proche, le port d'une faible charge, les déplacements dans le domicile, la préparation de la cuisine, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, l'hygiène corporelle, les transferts et l'habillement.

Les objectifs secondaires de l'étude sont multiples :

- la recherche de facteurs individuels ou chirurgicaux prédisposant à une plus grande dépendance vis-à-vis de l'accompagnant ;
- l'évaluation du niveau de dépendance ressenti par le patient vis-à-vis de son accompagnant dans chaque domaine d'activité ;
- l'évaluation de l'observance globale de l'accompagnement ;
- l'évaluation des complications post-opératoires survenues jusqu'au lendemain de la chirurgie.

Description et réalisation du questionnaire

Pour répondre aux objectifs principal et secondaires, un relevé de données a été effectué sous la forme d'un questionnaire (annexe) adressé aux patients de chirurgie orthopédique ambulatoire opérés sous ALR exclusive. L'élaboration du questionnaire a été réalisée selon les principes méthodologiques des enquêtes sociologiques [19, 20]. Le choix des questions a été effectué à partir de l'analyse bibliographique portant sur la réhabilitation post-opératoire [21-25] et en concertation avec des médecins anesthésistes, chirurgiens et infirmiers de la structure de soins de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers. Aucune échelle spécifique validée permettant d'étudier la dépendance du patient après chirurgie ambulatoire sous ALR n'a été retrouvée.

Pour connaître le rôle de l'accompagnant, la dépendance des patients opérés a été évaluée en fonction de l'aide effective apportée par leur accompagnant dans les actes de la vie quotidienne. Les domaines d'activités explorés au travers des questions relatives à l'autonomie du patient à domicile ont été choisis à partir de trois échelles d'évaluation de la personne:

- l'évaluation de l'autonomie dans les activités élémentaires de la vie quotidienne de la personne âgée (échelle ADL ou indice de Katz [26])
- l'évaluation de l'autonomie dans les activités instrumentales de la personne âgée (échelle IADL de Lawton [27])
- l'index de récupération fonctionnelle après chirurgie ambulatoire [21].

Les différents domaines d'activités issus de ces échelles ont été retenus en fonction de leur pertinence, dans le contexte post-opératoire immédiat de patients ayant eu

une ALR exclusive. Ils ont ensuite été réorganisés en trois grands axes de dépendances:

- les activités sociales : le repérage spatio-temporel, la prise médicamenteuse, l'usage du téléphone, la sortie du domicile et la visite à un proche,
- les activités physiques: le port d'une faible charge, les déplacements dans le domicile,
- les besoins élémentaires : la préparation de la cuisine, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, l'hygiène corporelle, les transferts et l'habillement.

L'ordre des questions posées suivait une progression logique, débutant par les questions relatives à la description de la population et se poursuivant par les questions plus spécifiques relatives aux objectifs de l'enquête. Il était le suivant:

- Données socio-démographiques du patient : âge, sexe, profession,
- Données relatives à la chirurgie : main dominante, intervention, côté opéré, heure de sortie du service de chirurgie ambulatoire
- Connaissance des règles d'accompagnement par le patient,
- Nature et observance de l'accompagnement: nature de l'accompagnant, présence d'un accompagnant pour le trajet de retour à domicile et au lieu de résidence post-opératoire, absence de conduite avant le lendemain de la chirurgie, période d'isolement du patient à domicile,
- Recherche de complications post-opératoires immédiates: douleur mesurée à l'échelle numérique simple (ENS), nausées et vomissements, vertiges, nécessité de consultation médicale,

- Recherche d'une aide apportée par l'accompagnant au patient dans les trois grands axes de dépendances : les activités sociales, les activités physiques et les besoins élémentaires,
- Quantification de l'aide apportée par l'accompagnant dans chaque domaine d'activités, jugée par le patient selon une échelle qualitative ordinaire composée de quatre niveaux.
- Appréciation globale par le patient de l'importance qu'a eu l'accompagnant à son lieu de résidence postopératoire.

Tous les patients pris en charge en ambulatoire ont été recontactés le lendemain de la chirurgie. Cet appel, effectué par l'équipe de chirurgie ambulatoire, est systématique et permet de s'assurer de l'absence de complications postopératoires immédiates. Lors de cet appel, le patient bénéficiait d'une information orale sur la nature de l'enquête. L'accord oral du patient était alors recueilli, permettant la réalisation consécutive du questionnaire.

Critères d'évaluation des objectifs principal et secondaires

Le critère d'évaluation de l'objectif principal était le nombre moyen de domaines d'activités explorés où le patient a été aidé par l'accompagnant. Ces domaines nécessitant une assistance sont définis comme des domaines de dépendance.

De plus, les anesthésistes et chirurgiens en orthopédie ont jugé que pour le maintien seul au lieu de résidence postopératoire, l'autonomie totale du patient était indispensable dans cinq domaines d'activités : le repérage spatio-temporel, la prise

de médicaments, l'usage du téléphone, le déplacement dans le domicile et les transferts. Le nombre de patients autonomes a été évalué sur ces critères.

Les critères d'évaluation des objectifs secondaires ont été :

- le taux et la répartition des patients assistés dans les différents domaines d'activités explorés,
- la comparaison des distributions du nombre moyen de domaines de dépendances en fonction des variables : âge, sexe, main dominante, type de chirurgie, site opératoire, complications,
- la mesure du niveau d'aide ressenti par les patients dans chaque domaine d'activités de la vie quotidienne selon une échelle qualitative ordinale. Quatre niveaux croissants d'aides ont été retenus : Inutile / Un peu utile / Important / Absolument nécessaire,
- les taux de patients non accompagnés, de patients conducteurs avant le lendemain de la chirurgie, de patients restés seuls à domicile à un moment donné depuis le retour à domicile jusqu'au lendemain de la chirurgie,
- le taux de complications survenues entre la sortie de l'hôpital et le lendemain de la chirurgie.

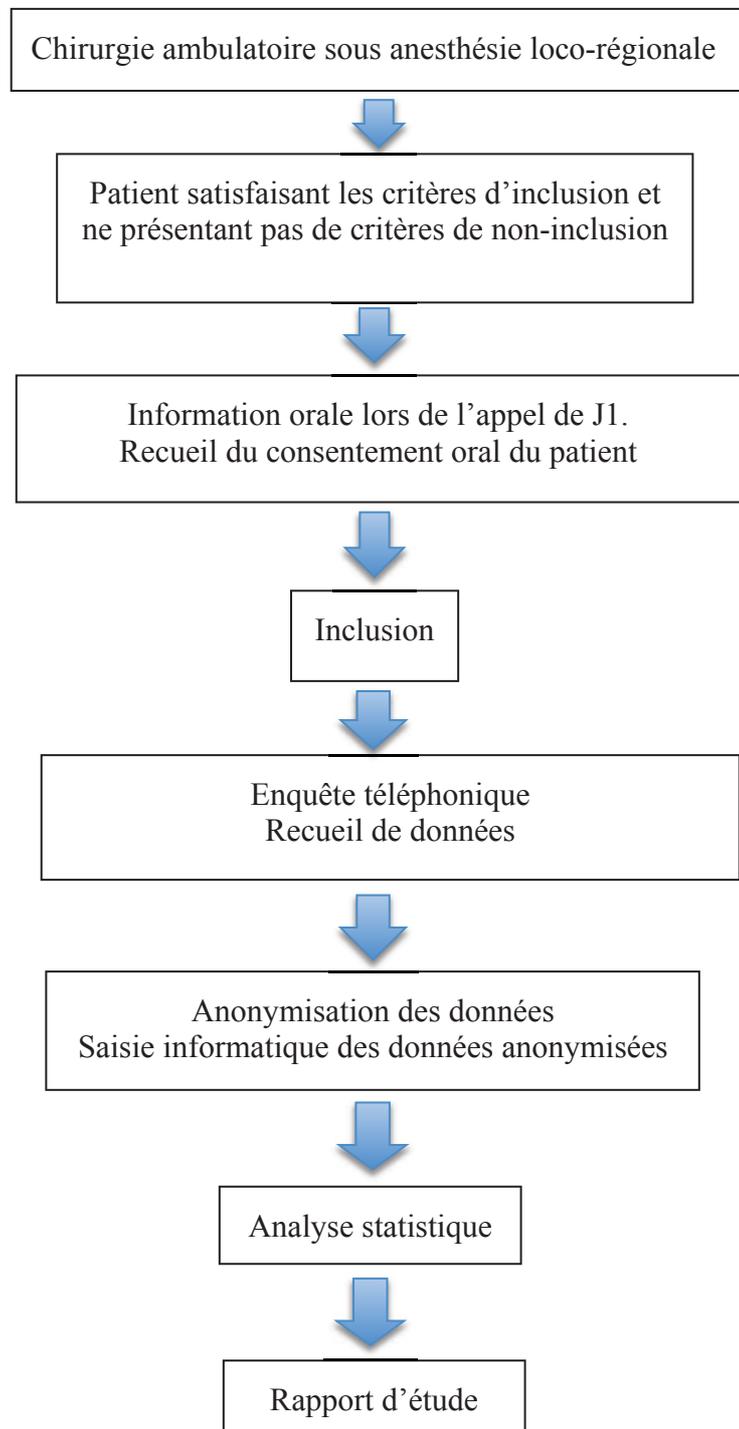
Analyse statistique

Les données ont été collectées manuellement sur une feuille de recueil papier de manière anonymisée. Elles ont secondairement été saisies sur un tableur Excel[®]. Le codage a été réalisé selon une grille de correspondance. Les variables quantitatives ont été saisies en valeur absolue. Les variables qualitatives à modalités finies ont été codées par un chiffre correspondant à la position de la réponse dans le questionnaire. L'exactitude de l'ensemble des données codées a été vérifiée par deux médecins indépendants avant l'analyse statistique.

Pour l'analyse statistique, les logiciels Excel V14.0[®] et MedCalc V14.12.0[®] ont été utilisés. Les variables qualitatives ont été décrites en effectif et pourcentage, et les variables quantitatives par leurs paramètres de position et de dispersion (médiane, moyenne, mode, valeurs minimales et maximales, écart-type et intervalle de confiance à 95% [IC95%]).

L'analyse descriptive a porté successivement sur les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée puis sur les résultats observés pour le questionnaire. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées à l'aide de tests non paramétriques car la distribution des variables ne suivait pas une loi normale. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour les variables à deux modalités et le test de Kruskal-Wallis pour les variables à plus de deux modalités. Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées grâce au test du Khi-2. La recherche de corrélation entre variable quantitative et variable qualitative ordinale a été faite avec le test de corrélation de Spearman. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

Plan de l'étude



III. Résultats

Description de la population

Entre le 5 Mai et le 27 Novembre 2014, 295 patients pouvaient participer à l'enquête. Sur cette période, 200 patients ont accepté de répondre au questionnaire. Un patient n'a pas souhaité répondre au questionnaire et 94 patients n'ont pas répondu à l'appel de J1, soit un taux de participation de 67,8%. Les caractéristiques des patients inclus et non inclus sont résumées dans le tableau 1, les types de chirurgies pratiquées dans le tableau 2. Il n'y avait pas de différence significative entre les distributions d'âge, de sexe, du type et du côté de la chirurgie entre les patients inclus ou non (Tableau 1). Parmi les interventions du membre supérieur, 53,4% (n=95) étaient du côté de la main dominante. Sur les 10 630 items cumulés à remplir pour les deux cents questionnaires, 10 601 étaient renseignés soit un taux de réponse interne de 99,7%.

Tableau 1 – Caractéristiques des patients inclus et non inclus dans l'étude

	Patients inclus n=200	Patients non inclus n=95	<i>p</i>
<i>Age (ans, moyenne ± SD)</i>	51 ±17	53 ±18	0,42
Homme, n (%)	96 (48)	36 (37,9)	0,13
<i>Côté de la chirurgie</i>			0,84
Gauche, n (%)	99 (49,5)	47 (49,5)	
Droite, n (%)	101 (50,5)	48 (50,5)	
<i>Type de chirurgie</i>			0,47
Membre supérieur, n (%)	178 (89)	81 (85,3)	
Membre inférieur, n (%)	22 (11)	14 (14,7)	

Tableau 2 – Répartition des interventions chirurgicales chez les patients inclus.

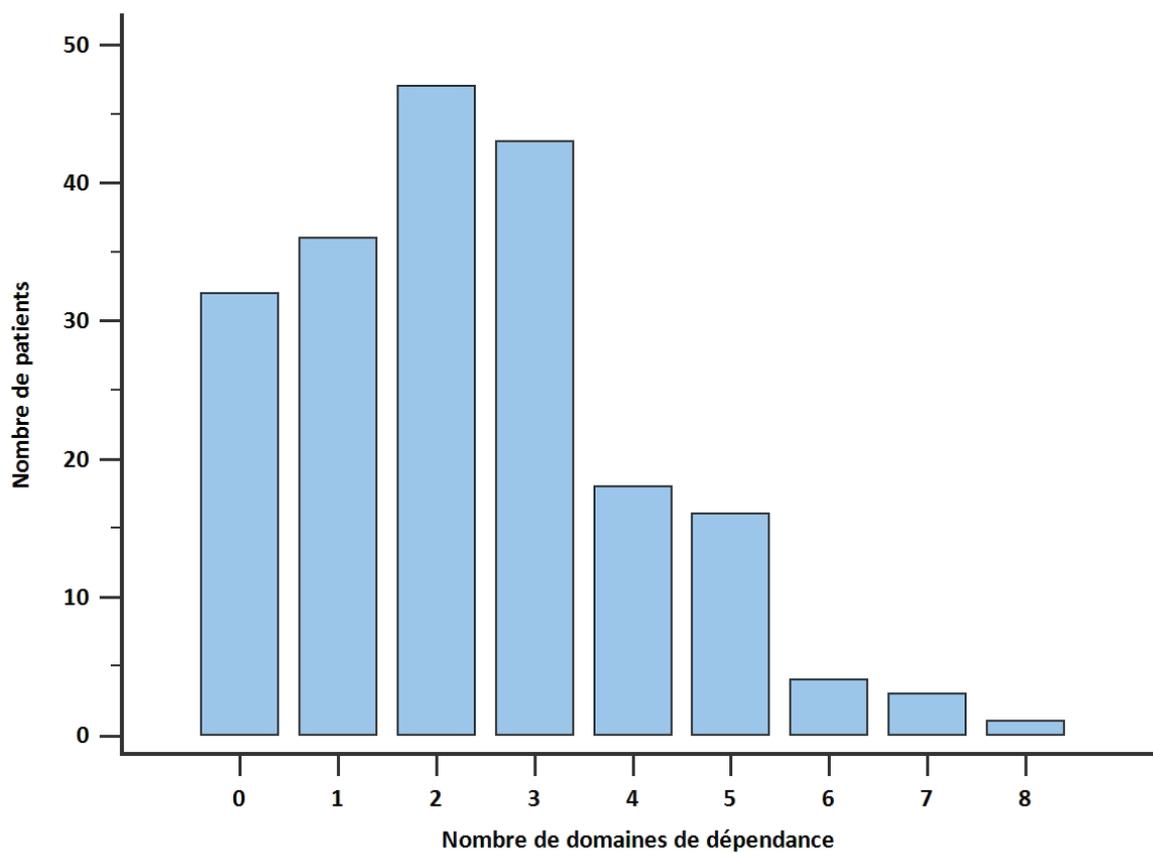
n=200	
Type de chirurgie, n (%)	
Libération nerveuse	87 (43,5)
Libération tendineuse	22 (11)
Ablation de matériel	49 (24,5)
Exérèse lésion kystique/tumorale	31 (15,5)
Autres	11 (5,5)
 Site de la chirurgie, n (%)	
Main	55 (27,5)
Poignet/Avant-bras	103 (51,5)
Coude/Bras	13 (6,5)
Combiné au membre supérieur	7 (3,5)
Pied	13 (6,5)
Cheville/Jambe	8 (4)
Genou	1 (0,5)

Evaluation des domaines de dépendance

Sur les douze domaines d'activités explorés, le nombre moyen de domaines de dépendance, c'est-à-dire les domaines dans lesquels le patient a été aidé par son accompagnant, était de $2,32 \pm 1,70$. La répartition des patients selon le nombre de domaines de dépendance est présentée sur la figure 1. L'accompagnant n'a été d'aucune utilité dans les domaines explorés pour 16% (n=32) des patients. En ne considérant que les cinq domaines d'activités jugés comme principaux par l'équipe médico-chirurgicale d'orthopédie, 77% (n=154) des patients étaient totalement

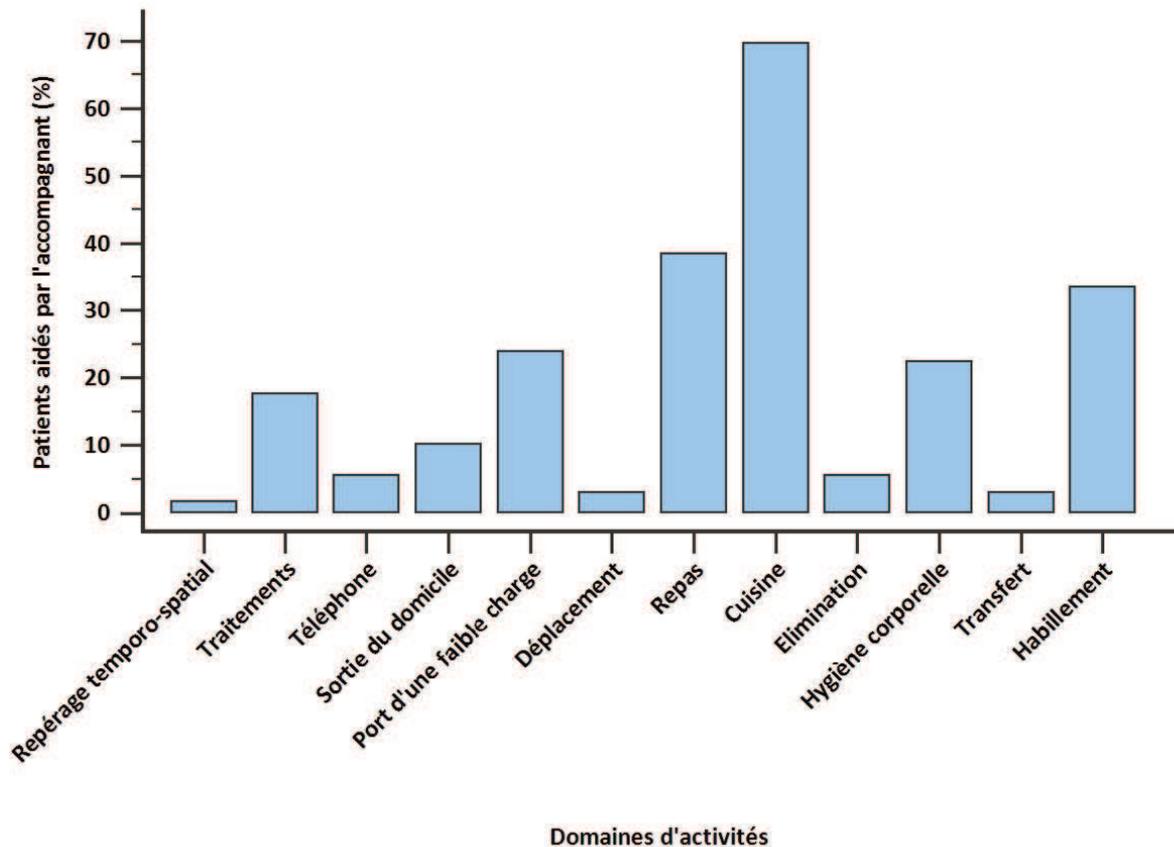
autonomes. Le taux de patients ayant eu besoin d'une aide dans chaque domaine d'activité est représenté sur la figure 2.

Figure 1 – Répartition des patients selon le nombre de domaines de dépendance présenté



Douze domaines d'activités ont été explorés mais aucun patient n'a été aidé dans plus de huit domaines.

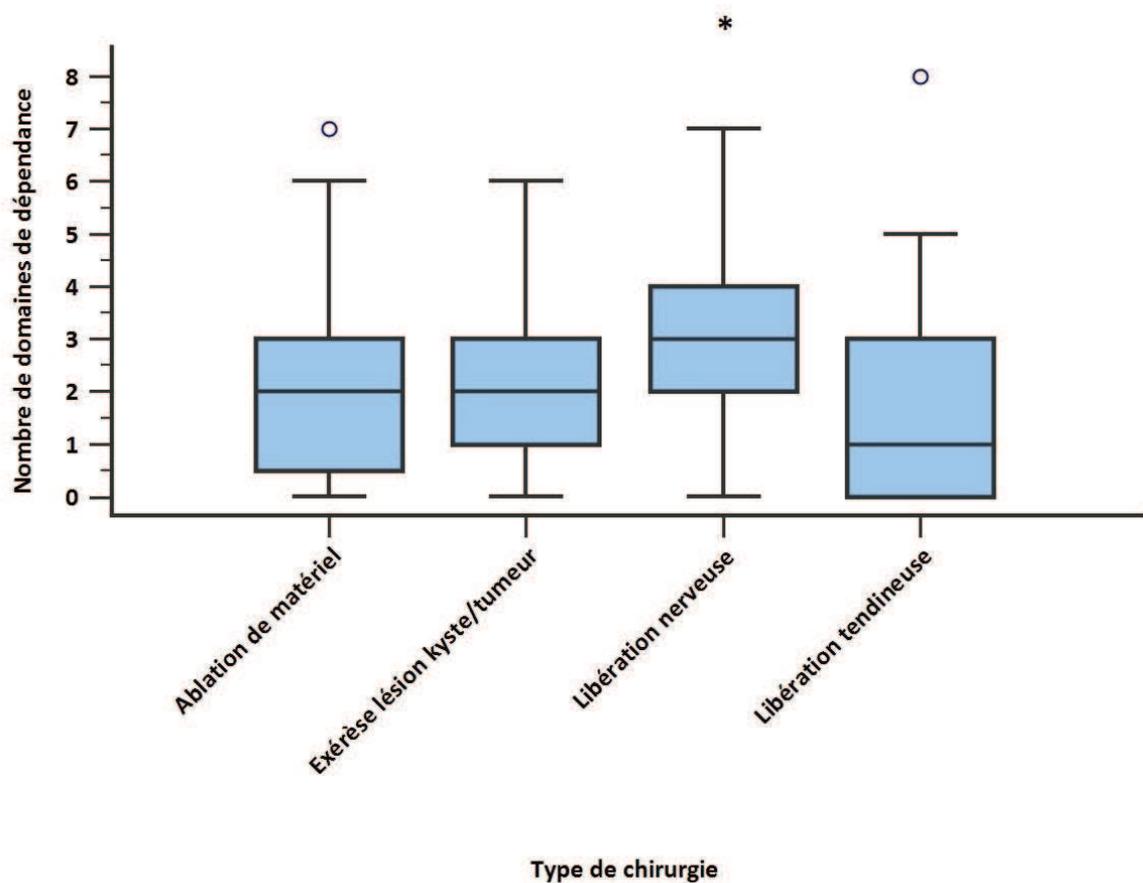
Figure 2 – Taux de patients aidés par domaine d'activités



Le nombre de domaines de dépendance était plus élevé chez les femmes que les hommes : $2,68 \pm 1,81$ contre $1,93 \pm 1,48$ ($p=0,003$). Parmi les patients opérés du membre supérieur, il n'existait pas de différence significative entre le nombre de domaines de dépendance selon que l'intervention portait du côté de la main dominante ($n=95$) ou de la main non dominante ($n=79$) ($p=0,32$). En revanche, les patients opérés du membre inférieur présentaient significativement moins de domaines de dépendance que les patients opérés du membre supérieur ($1,68 \pm 1,99$ contre $2,39 \pm 1,65$; $p=0,03$).

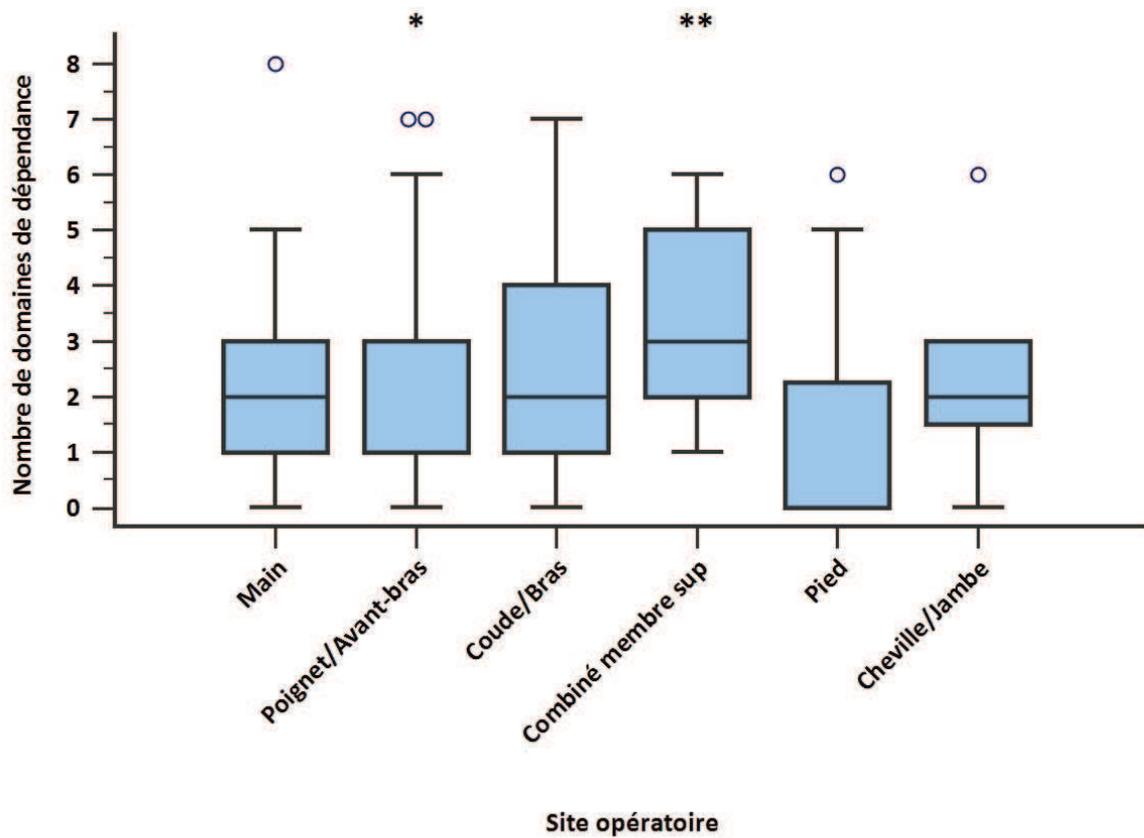
La distribution du nombre de domaines de dépendance était différente selon le type de chirurgie ($p < 0,001$) (Figure 3) et le site opératoire ($p = 0,025$) (Figure 4). Il existait une relation entre le nombre de domaines de dépendance et la douleur maximale exprimée à J1 par échelle numérique simple ($p = 0,009$; coefficient de corrélation de Spearman = 0,183).

Figure 3 – Distribution du nombre de domaines de dépendance en fonction du type de chirurgie



* : Par le test de Kruskal-Wallis, le groupe libération nerveuse présentait une distribution différente du nombre de domaines de dépendance par rapport aux groupes ablation de matériel ($p < 0,05$) et libération tendineuse ($p < 0,05$). ○ : valeurs extrêmes.

Figure 4 – Distribution du nombre de domaines de dépendance en fonction du site opératoire

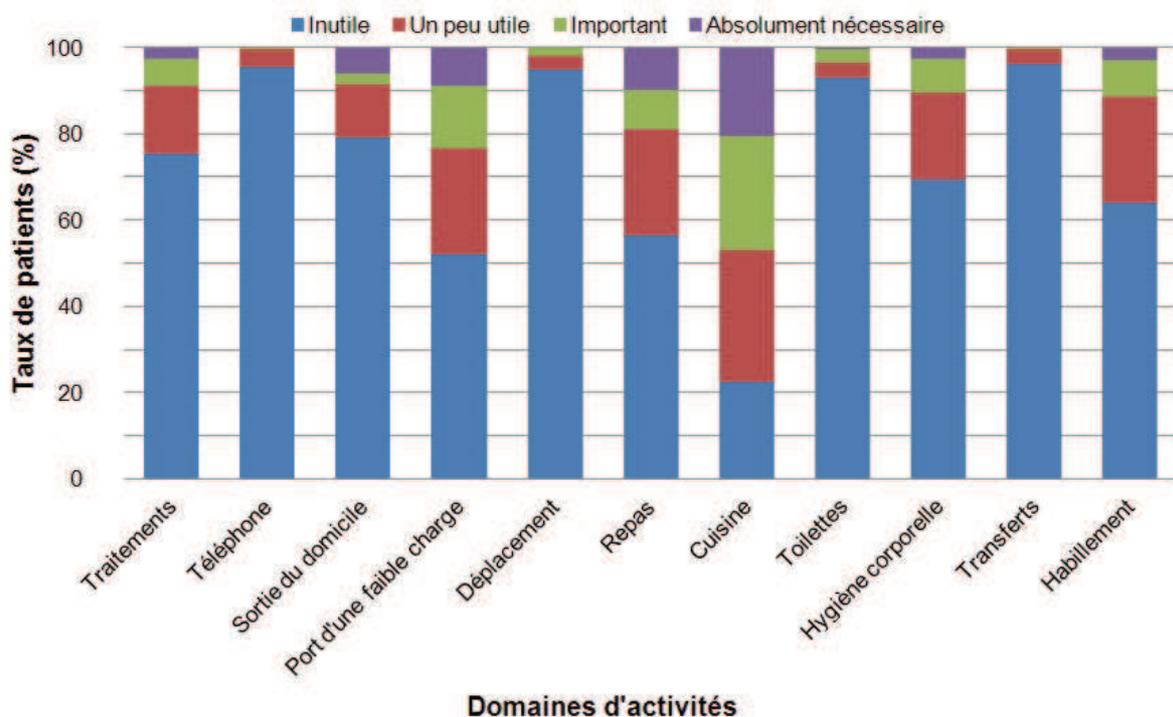


* , ** : Par le test de Kruskal-Wallis, les distributions du nombre de domaines de dépendance des chirurgies combinées du membre supérieur et du poignet/avant-bras étaient significativement différentes de celles des chirurgies de la main et du pied (tous $p < 0,05$). ○ : valeurs extrêmes.

Ressenti du patient

Le ressenti de l'importance du rôle de l'accompagnant par domaine d'activité est présenté dans la figure 5.

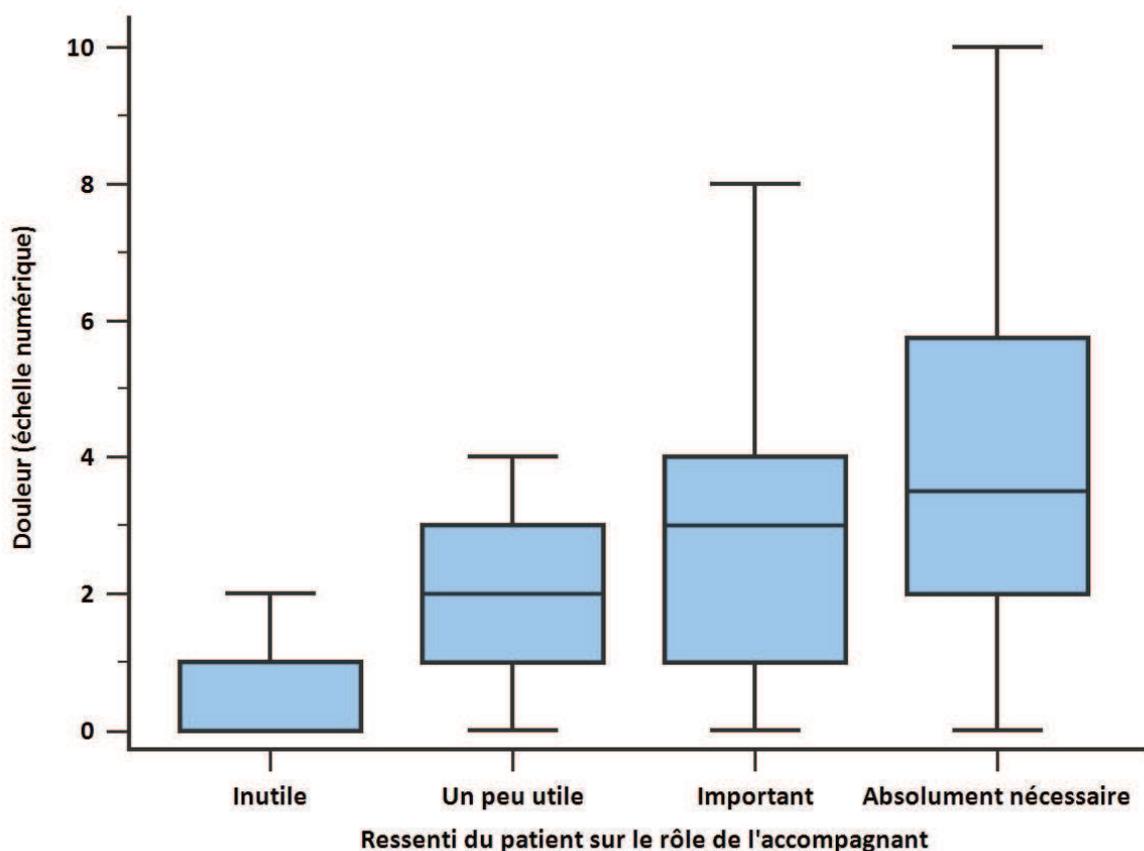
Figure 5 – Importance ressentie par le patient du rôle de l'accompagnant en fonction du domaine d'activités.



En considérant les cinq domaines d'activités principaux, le repérage spatio-temporel, la prise de médicaments, l'usage du téléphone, le déplacement dans le domicile et les transferts, 2,5% (n=5) des patients ont jugé l'aide de l'accompagnant absolument nécessaire, à chaque fois pour la prise des médicaments. De manière globale, 17% (n=34) ont considéré que l'accompagnement est inutile, 31,5% (n=63) un peu utile, 29,5% (n=59) important et 22% (n=44) absolument nécessaire.

Les femmes ont exprimé une plus grande importance de l'accompagnement que les hommes ($p=0,045$). En revanche, il n'existait pas de différence significative entre la distribution du ressenti en fonction du type de chirurgie, de l'âge ou du côté opéré. Il existait une corrélation entre la douleur et le ressenti sur l'utilité globale de l'accompagnant exprimé par le patient ($p<0,001$, coefficient de corrélation de Spearman = 0,2345). La distribution des scores de douleur maximale jusqu'à J1 en fonction du ressenti du patient est représentée dans la figure 6.

Figure 6 – Distribution des scores de douleur maximale jusqu'à J1 en fonction du ressenti du patient.



Par le test de Kruskal-Wallis ($p=0,006$), la distribution des scores de douleur maximale était différente entre les groupes de ressenti « Inutile » et « Un peu utile » par rapport aux groupes « Important » et « Absolument nécessaire » (tous $p<0,05$).

Observance de l'accompagnement

Tous les patients avaient été informés avant la chirurgie que l'accompagnement était obligatoire pour le retour à domicile. Le rappel de cette information a été effectué lors de l'appel téléphonique de la veille dans 88,5% (n=177) des cas. De plus, 92,5% (n=185) des patients savaient qu'ils ne devaient pas rester seuls la première nuit au lieu de résidence postopératoire.

Concernant l'observance de l'accompagnement, tous les patients (n=200) avaient un accompagnant pour leur trajet retour et sur le lieu de résidence postopératoire. Pour le retour à domicile, celui-ci était le conjoint (54,5%), un parent majeur (30,5%), un ami (7,5%), un voisin (1%) ou une autre personne (15%). Une fois à domicile, le ou les accompagnants du patient étaient le conjoint (70,5%), un parent majeur (40%), un ami (7%), un voisin (1%) ou une autre personne (6,5%). Parmi les patients interrogés, l'isolement au lieu de résidence postopératoire à un moment donné a concerné 17,1% (n=30/175) d'entre eux. La médiane de durée d'isolement au domicile était de 2h30 [1h – 4h20], sans relation avec l'heure de sortie de l'hôpital (p=0,65). Par ailleurs, cinq (2,5%) patients ont conduit avant le lendemain de la chirurgie.

Complications à J1

La douleur a été perçue comme un problème dans 19,5% (n=39) des cas avec une moyenne d'ENS maximale de $3,3 \pm 2,5$. Une ENS maximale supérieure à quatre était retrouvée chez 33% (n=66) des patients. Des nausées ou des vomissements ont été allégués par 10,5% (n=21) des patients et 13% (n=26) ont présenté des vertiges. Un problème ayant pu nécessiter une consultation médicale a été retenu pour une seule patiente: elle a présenté un malaise en allant aux toilettes la nuit suivant l'intervention mais n'avait pas jugé utile de consulter. Aucun patient n'a été réadmis à l'hôpital avant l'appel de J1.

IV. Discussion

Cette étude permet d'objectiver que l'accompagnant apporte peu d'aide dans les différents domaines d'activités de la vie quotidienne aux patients opérés en ambulatoire sous ALR périphérique exclusive pour une chirurgie orthopédique. En effet, le nombre moyen de domaines de dépendance était de $2,32 \pm 1,70$ sur les douze domaines d'activités explorés et 77% des patients n'ont pas nécessité d'aide dans les domaines explorant la mobilité et la communication: le repérage spatio-temporel, la prise de médicaments, l'usage du téléphone, les déplacements dans le domicile et les transferts. Parmi les patients ayant nécessité de l'aide dans ces domaines, seulement 2,5% l'ont jugé absolument nécessaire, à chaque fois concernant la prise médicamenteuse. De manière globale, l'aide apportée sur l'ensemble des domaines d'activités n'a été jugée comme absolument nécessaire que dans 17,2% des cas. La cuisine, non indispensable lors du retour à domicile, était le premier domaine de dépendance.

Ainsi, l'autonomie des patients opérés sous ALR périphérique exclusive est donc relativement préservée, sauf en ce qui concerne les activités demandant un usage précis des deux mains: cuisine, repas (découpe des aliments) et l'habillement. C'est probablement pourquoi les patients opérés du membre inférieur présentent encore moins de domaines de dépendance que ceux opérés du membre supérieur, résultat aussi retrouvé à J1 par Berg et al chez des patients d'orthopédie opérés en ambulatoire [28]. Ce constat d'une autonomie relativement préservée contraste avec celui de procédures chirurgicales plus lourdes réalisées en ambulatoire, après lesquelles les diminutions des scores ADL et IADL à J1 étaient respectivement de près de 30 et 80% pour des chirurgies laparoscopiques et herniaires sous anesthésie

générale ou régionale médullaire [29]. Dans une étude de Chung et al, en ambulatoire sous anesthésie générale, les patients d'orthopédie retrouvaient à 24h post-opératoire 60% de leur activité fonctionnelle normale [30].

Dans cette étude monocentrique, certains profils de patients semblent sujets à une dépendance accrue en période post-opératoire, du fait de la plus grande dépendance observée ou ressentie. Typiquement, il s'agirait d'une femme, opérée du canal carpien ou de chirurgie combinée, dont la douleur est mal contrôlée. Le rôle de soutien psychologique de l'accompagnant explique probablement le contraste entre le faible nombre de domaines de dépendances des patients et leur ressenti quant à l'importance globale de l'accompagnant.

Malgré la bonne information et compréhension des patients des consignes relatives à l'accompagnement, près de 17% se sont retrouvés seul au domicile à un moment donné, suggérant que ces consignes ont été interprétées comme un excès de précaution. Le fait que les patients sortent au milieu de la journée ou en fin d'après-midi n'influçait pas ce résultat. La compliance par rapport aux règles de retour à domicile a été satisfaisante puisque aucun patient n'a été déchargé sans escorte. Une étude sur le sujet retrouvait une incidence de cette situation dans 0,29% des interventions d'orthopédie en ambulatoire [7]. La consigne de ne pas conduire avant J1 a été respectée par 98,5% des patients. Cette observance a été meilleure que dans les autres études sur le sujet [9, 10], qui retrouvaient 4% et 4,1% de patients conduisant dans les 24h. Bien que notre étude ne concernait que les ALR périphériques exclusives, il faut rappeler la gravité des accidents reportés après une simple sédation [31] attribuée à la baisse de vigilance induite par les médicaments anesthésiques [32].

Dans la méta-analyse de Liu et al [13], l'incidence des NVPO après chirurgie sous ALR périphérique était de 6,8%, contre 8% dans la série de Hadzic et al [33] qui portait sur la chirurgie ambulatoire de la main réalisée sous bloc infra-claviculaire. L'incidence des NVPO était ici un peu plus élevée (10,5%) mais restait toutefois comparable à celle rapportée dans l'étude de Chung et al (11,2%) chez des patients opérés en chirurgie ambulatoire sous anesthésie générale [30]. La fréquence des vertiges (13%) était également plus faible que dans le travail de Chung (16,5%). Celui-ci rappelle l'importance de la prévention des complications précoces à domicile pour ces patients: un symptôme diminue de 15% le retour à une activité quotidienne normale à 24h de l'intervention [30]. Ces résultats sont probablement d'origine iatrogène. En effet, au CHU de Poitiers, la prescription d'antalgiques pour le retour à domicile est réalisée par les orthopédistes qui associent systématiquement du tramadol au paracétamol. Les effets indésirables de cette molécule sont bien connus. Une étude a par exemple montré que l'introduction de 650mg de paracétamol et 75mg de tramadol deux fois par jour était responsable d'effets indésirables chez plus d'un patient sur trois, dont les plus fréquents étaient les nausées-vomissements et les vertiges [34]. Le type de libération immédiate ou prolongée du tramadol n'a pas montré de diminution des effets indésirables en post-opératoire [35], probablement à cause de la forte variabilité inter-individuelle de l'activité métabolique du cytochrome CYP2D6 responsable des variations d'efficacité et de toxicité [36]. Pourtant les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont leur place dans l'analgésie post-opératoire de ces patients, du fait de leur efficacité et de leur sécurité [37]. Ils sont recommandés en chirurgie orthopédique en l'absence de contre-indication [38]. Ils permettraient un effet d'épargne morphinique et la diminution des effets indésirables du tramadol, qui sont dose-dépendants [39]. Une

autre solution pourrait être l'injection unique per-opératoire de dexaméthasone pour ses effets antalgique et anti-émétique [40, 41] mais la place de celle-ci reste actuellement à définir. L'absence de réadmission précoce confirme la sécurité des procédures ambulatoire sous ALR périphérique.

L'accompagnant n'ayant ni responsabilité dans les soins, ni d'ordre juridique [5], les données de cette étude soulèvent la question de réaliser ce type d'intervention ambulatoire sous ALR périphérique exclusive chez des personnes vivant seules à leur domicile. Les hommes opérés d'une unique chirurgie autre qu'un canal carpien, présenteraient le profil le moins dépendant en post-opératoire. Dans ce cas, l'analyse du couple acte/patient permettrait de se passer de la présence d'un accompagnement continu au lieu de résidence post-opératoire, en l'absence de complications majeures et de perte d'autonomie importante. Dans un concept de chirurgie ambulatoire centrée sur le patient [42], il faut adopter une gestion spécifique des difficultés rencontrées. Ces patients pourraient par exemple bénéficier d'un accompagnement discontinu ou ponctuel si besoin. Celui-ci pourrait être réalisé par une personne de leur choix, une surveillance téléphonique renforcée ou encore par un service d'aide à domicile notamment pour le moment du repas. En revanche, l'accompagnement pour le retour à domicile est de rigueur et l'information délivrée et tracée en consultation d'anesthésie reste primordiale pour le bon déroulement du retour à domicile.

La possibilité de réaliser la chirurgie orthopédique sous ALR périphérique exclusive en ambulatoire concerne potentiellement de nombreuses personnes isolées : 9,6 millions de Français vivaient seuls à domicile en 2011 [43] , et la

chirurgie de la main et du poignet constituait la 2^{ème} activité de chirurgie ambulatoire avec 348 490 séjours en 2013 [44]. La possibilité de s'affranchir d'un accompagnement « strict » au lieu de résidence post-opératoire constituerait un des éléments pour le développement de ce type d'activité avec l'objectif de 50% des actes chirurgicaux en ambulatoire en 2016 [3, 44]. Pour ce type de patient, le développement des hôtels hospitaliers [45], permettant une alternative à l'hospitalisation traditionnelle et visant une efficacité économique [46], ne semble pas être une alternative de choix dans leur conception actuelle. En effet, cette prise en charge est plus coûteuse que l'ambulatoire sans offrir d'alternative sécuritaire [47].

Limites

Plusieurs limites sont à discerner dans cette étude.

D'une part, il n'existe pas de questionnaire validé pour mesurer l'autonomie du patient en post-opératoire immédiat adapté au contexte de cette étude. De nombreux outils de mesure de la récupération fonctionnelle après chirurgie ont été développés [21-25, 48], mais ne sont ni spécifiques à la prise en charge ambulatoire, ni à l'ALR périphérique et ne sont pas non plus centrés sur le rôle de l'accompagnant. La construction du questionnaire à partir d'échelles gériatriques alors que la moyenne d'âge de notre population est d'environ 50 ans, et l'absence d'étude pour le valider doivent conduire à une grande prudence dans l'interprétation des résultats. La mesure du ressenti du patient quant à l'utilité de l'accompagnement, initialement prévue à l'aide d'une échelle verbale de 0 à 10, aurait été plus précise qu'avec quatre variables catégorielles croissantes [49], mais, lors du test du questionnaire,

des patients confondaient le sens d'interprétation de cette échelle numérique. Le choix de réponses avec des mots d'intensité croissante a permis d'assurer un bon compromis entre fiabilité, clarté du questionnaire et temps nécessaire à l'investigation téléphonique.

D'autre part, l'extension de nos résultats ne peut être faite à la population générale des patients opérés en orthopédie sous ALR exclusive en ambulatoire. Comme le précise les recommandations de la SFAR, la présence de l'accompagnant doit être évaluée dans chaque établissement de santé et pour chaque couple acte/patient. Bien que les techniques chirurgicales et anesthésiques dans cette étude soient relativement homogènes en France, les résultats présentés ici sont donc propres aux actes de chirurgie orthopédique mineure réalisés sous ALR périphérique, par l'équipe médico-chirurgicale du CHU de Poitiers. Dans cette série, la chirurgie de l'épaule, associée à une plus grande diminution de l'autonomie en post-opératoire [28] n'était pas représentée, et le nombre inclus de chirurgie du membre inférieur était faible. S'agissant d'une étude pilote, le profil des patients à risque de dépendance reste à déterminer avec certitude. Une étude dont la méthodologie prévoirait une analyse de variance permettrait d'identifier les facteurs de dépendance post-opératoire, comme pourrait l'être le sexe féminin ou la chirurgie du canal carpien.

V. Conclusion

Cette étude montre que, dans le cadre d'une chirurgie orthopédique sous ALR périphérique, l'assistance de l'accompagnant au lieu de résidence post-opératoire reste limitée. Les fonctions de déplacement et de communication sont globalement préservées. L'analyse du couple acte-patient permettra d'améliorer la performance de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers en proposant une prise en charge ambulatoire en l'absence d'accompagnement continu au domicile, à des patients sélectionnés et pour des actes déterminés.

VI. Références

1. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. Bilan de la chirurgie ambulatoire en Poitou-Charentes. Com'Stat n°11, 2013.
2. Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Synthèse Socle de Connaissance en Chirurgie Ambulatoire. 2012.
3. Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - Annexe 1 - Programmes de qualité et d'efficience "Maladie". 2014.
4. Toftgaard C. Day Surgery Activities 2009 - International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. *Ambul Surg* 2012; 17(3): 53-63.
5. Société Française d'Anesthésie Réanimation. Recommandations formalisées d'experts Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. 2009.
6. Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire - Recommandations organisationnelles. 2013.
7. Chung F, Imasogie N, Ho J, Ning X, Prabhu A, Curti B. Frequency and implications of ambulatory surgery without a patient escort. *Can J Anaesth* 2005; 52(10): 1022-6.
8. Ip HY, Chung F. Escort accompanying discharge after ambulatory surgery: a necessity or a luxury? *Curr Opin Anaesthesiol* 2009; 22(6): 748-54.
9. Correa R, Menezes RB, Wong J, Yogendran S, Jenkins K, Chung F. Compliance with postoperative instructions: a telephone survey of 750 day surgery patients. *Anaesthesia* 2001; 56(5): 481-4.
10. Cheng CJ, Smith I, Watson BJ. A multi centre telephone survey of compliance with postoperative instructions. *Anaesthesia* 2002; 57(8): 805-11.
11. Friedman Z. Ambulatory surgery adult patient selection criteria – a survey of Canadian anesthesiologists. *Can J Anaesth* 2004; 51(5): 437–43.
12. Laxenaire MC, Auroy Y, Clergue F, Pequignot F, Jouglu E, Lienhart A. Anesthetics for ambulatory patients. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998; 17(11): 1363-73.
13. Liu SS, Strodbeck WM, Richman JM, Wu CL. A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2005; 101(6): 1634-42.

14. Papaioannou A, Fraidakis O, Michaloudis D, Balalis C, Askitopoulou H. The impact of the type of anaesthesia on cognitive status and delirium during the first postoperative days in elderly patients. *Eur J Anaesthesiol* 2005; 22(7): 492-9.
15. Mason SE, Noel-Storr A, Ritchie CW. The impact of general and regional anesthesia on the incidence of post-operative cognitive dysfunction and post-operative delirium: a systematic review with meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2010; 22(Suppl 3): 67-79.
16. Williams BA, Kentor ML, Vogt MT, Williams JP, Chelly JE, Valalik S et al. Femoral-sciatic nerve blocks for complex outpatient knee surgery are associated with less postoperative pain before same-day discharge: a review of 1,200 consecutive cases from the period 1996-1999. *Anesthesiology* 2003; 98(5): 1206-13.
17. Capdevila X, Dadure C. Perioperative management for one day hospital admission: regional anesthesia is better than general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Belg* 2004; 55 Suppl: 33-6.
18. Haute Autorité de Santé. Rapport d'évaluation technologique - Guidage échographique d'une anesthésie locorégionale périphérique. 2014.
19. De Singly F, Le questionnaire. Armand Colin, 2005.
20. Javeau C, L'enquête par questionnaire. Editions de l'Université de Bruxelles, 1990.
21. Wong J, Tong D, De Silva Y, Abrishami A, Chung F. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology* 2009; 110(3): 596-602.
22. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, Fleisher LA, Tuman KJ, Twersky RS et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesth Analg* 2000; 91(1): 97-106.
23. Oakes CL, Ellington KJ, Oakes KJ, Olson RL, Neill KM, Vacchiano CA. Assessment of postanesthesia short-term quality of life: a pilot study. *AANA J* 2002; 70(4): 267-73.
24. Myles PS, Reeves MD, Anderson H, Weeks AM. Measurement of quality of recovery in 5672 patients after anaesthesia and surgery. *Anaesth Intensive Care* 2000; 28(3): 276-80.
25. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 2000; 84(1): 11-5.
26. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10(1): 20-30.

27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3): 179-86.
28. Berg K, Idvall E, Nilsson U, Unosson M. Postoperative recovery after different orthopedic day surgical procedures. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 2011; 15: 165-75.
29. Swan BA, Maislin G, Traber KB. Symptom distress and functional status changes during the first seven days after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1998; 86(4): 739-45.
30. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth* 1996; 43(11): 1121-7.
31. Chung F, Assmann N. Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort. *Anesth Analg* 2008; 106(3): 817-20.
32. Chung F, Kayumov L, Sinclair DR, Edward R, Moller HJ, Shapiro CM. What is the driving performance of ambulatory surgical patients after general anesthesia? *Anesthesiology* 2005; 103(5): 951-6.
33. Hadzic A, Arliss J, Kerimoglu B, Karaca PE, Yufa M, Claudio RE, et al. A comparison of infraclavicular nerve block versus general anesthesia for hand and wrist day-case surgeries. *Anesthesiology* 2004; 101(1): 127-32.
34. Lasko B, Levitt RJ, Rainsford KD, Bouchard S, Rozova A, Robertson S. Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled study in patients with acute low back pain. *Curr Med Res Opin* 2012; 28(5): 847-57.
35. Park YB, Ha CW, Cho SD, Lee MC, Lee JH, Seo SS, et al. A randomized study to compare the efficacy and safety of extended-release and immediate-release tramadol HCl/acetaminophen in patients with acute pain following total knee replacement. *Curr Med Res Opin* 2015; 31(1): 75-84.
36. Somogyi A, Collier J, Barratt D. Pharmacogenetics of opioid response. *Clin Pharmacol Ther* 2015; 97(2): 125-7.
37. Ong CK, Seymour RA, Lirk P, Merry AF. Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesth Analg* 2010; 110(4): 1170-9.
38. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant - Conférence de consensus. 1997.

39. Moore RA, Mcquay HJ. Single-patient data meta-analysis of 3453 postoperative patients: oral tramadol versus placebo, codeine and combination analgesics. *Pain* 1997; 69(3): 287-94.
40. De Oliveira GS, Almeida MD, Benzon HT, Mccarthy RJ. Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 2011; 115(3): 575-88.
41. Waldron NH, Jones CA, Gan TJ, Allen TK, Habib AS. Impact of perioperative dexamethasone on postoperative analgesia and side-effects: systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2013; 110(2): 191-200.
42. Bontemps G, Daver C, Ecoffey C. Decree of anaesthesia of 1994, day surgery and medical responsibility: Necessary reflections on the inevitable conciliation between regulations and recommendations. *Ann Fr Anesth Reanim* 2014; 33(12): 655-63.
43. Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Personnes vivants seules à domicile - Recensement de la population. 2011.
44. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport - L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision. 2013.
45. Agence France Presse. L'Assemblée donne son feu vert à l'expérimentation d'«hôtels hospitaliers». Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2014/10/24/l-assemblee-donne-son-feu-vert-a-l-experimentation-d-hotels-hospitaliers_1128779 (dernière consultation le 25/03/2015)
46. Touzard J. L'hôtel hospitalier : un outil utile pour concilier qualité et efficience dans les établissements de santé. *Finances hospitalières* 2012; 56.
47. Vons C. Ambulotel : Pourquoi je suis contre. 2012; Disponible sur: <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/ambulotel-pourquoi-je-suis-contre> (dernière consultation le 24/03/2015)
48. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology* 2013; 118(6): 1332-40.
49. Nishisato F. Effects of categorizing continuous normal distributions on the product-moment correlation. *Jpn Psychol Res* 1970; 13: 45-9.

Date et Heure de l'appel

/	/		H
---	---	--	---

Initiales du patient

Age

	ans
--	-----

Sexe

Homme	Femme
-------	-------

Main dominante

Gauche	Droite
--------	--------

Type de chirurgie

--	--

Coté de la chirurgie

Gauche	Droit
--------	-------

A quelle heure etes-vous parti de l'hôpital après votre intervention?

	H
--	---

Saviez-vous que vous deviez être accompagné pour votre retour de l'hôpital vers votre domicile?

OUI	NON
-----	-----

Vous a-t'on rappelé la veille de l'intervention que vous deviez être accompagné pour votre retour et la première nuit à domicile?

OUI	NON
-----	-----

Saviez-vous que vous ne deviez pas rester seul à votre domicile la 1ère nuit suivant la chirurgie?

OUI	NON
-----	-----

Pour votre trajet de retour à domicile, disposiez-vous d'un (plusieurs) accompagnant(s) ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, s'agissait-il (plusieurs réponses possibles) :

de votre compagnon ou conjoint ?

OUI	NON
-----	-----

d'un parent ?

OUI	NON
-----	-----

d'un ami?

OUI	NON
-----	-----

d' un voisin?

OUI	NON
-----	-----

de quelqu'un d'autre?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous pris le volant pour rentrer à votre domicile?

OUI	NON
-----	-----

Une fois à votre domicile, disposiez-vous d'un (ou plusieurs) accompagnant(s) ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, s'agissait-il :

de votre compagnon ou conjoint ?

OUI	NON
-----	-----

d'un parent ?

OUI	NON
-----	-----

d'un ami?

OUI	NON
-----	-----

d' un voisin?

OUI	NON
-----	-----

de quelqu'un d'autre?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous été seul à un moment donné une fois au domicile?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, combien de temps?

	H
--	---

Avez-vous conduit entre votre retour à domicile et le lendemain de la chirurgie?

OUI	NON
-----	-----

COMPLICATIONS

La douleur a t'elle été un problème depuis votre retour à domicile?

OUI	NON
-----	-----

Indiquer l'intensité maximale de votre douleur par un chiffre entre 0 et 10

(0= pas de douleur; 10= douleur la plus importante imaginable)

Les nausées ou vomissements ont-il été un problème depuis votre retour à domicile?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous présenté des vertiges?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous présenté un problème nécessitant une consultation médicale ou un déplacement à l'hospital?

OUI	NON
-----	-----

COCHEZ LA CASE N/A SI VOTRE CHIRURGIEN VOUS L'A INTERDITE OU SI VOUS NE FAISIEZ PAS L'ACTIVITE OU SI VOUS NECESSITIEZ DEJA D'UNE AIDE AVANT VOTRE CHIRURGIE.

ACTIVITES SOCIALES

Votre accompagnant vous a t'il aidé à vous repérer dans le temps et l'espace ?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé à vous prendre vos traitements médicamenteux?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé à vous servir du téléphone?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé à sortir de chez vous, voir des amis?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

ACTIVITES PHYSIQUES

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour faire un exercice physique de faible intensité comme porter un sac de course?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour vous déplacer dans votre logement ?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

BESOINS DE BASE

Votre accompagnant vous a t'il aidé à boire ou manger?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé à vous préparer à manger?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour aller aux toilettes, pour assurer l'hygiène de l'élimination ?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour vous laver ou assurer votre hygiène corporelle?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour vous lever, vous asseoir ou vous coucher ?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Votre accompagnant vous a t'il aidé pour vous habiller ou vous changer?

OUI	NON	N/A
-----	-----	-----

Jugez-vous l'aide apportée par votre(vos) accompagnant(s) :

pour vous repérer dans le temps et l'espace ?

pour prendre vos traitements médicamenteux ?

pour utiliser le téléphone ?

pour sortir de chez vous ou voir des amis ?

pour faire un exercice physique de faible intensité comme porter des courses ou bouger une table?

pour vous déplacer dans votre logement ?

pour boire ou manger?

pour préparer à manger ?

pour aller aux toilettes, pour assurer l'hygiène de l'élimination ?

pour votre hygiène corporelle, pour vous laver?

pour vous lever ou vous asseoir ou vous coucher ?

pour vous habiller ou vous changer?

Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire

Vous jugez la présence d'un accompagnant une fois raccompagné à domicile comme

Inutile	Un peu utile	Importante	Absolument nécessaire
---------	--------------	------------	-----------------------

Résumé

Introduction: En ambulatoire, la nécessité de l'accompagnement une fois au domicile dépend de la perte d'autonomie des patients en période post-opératoire et doit être évaluée en fonction de chaque couple acte-patient. L'anesthésie loco-régionale (ALR) périphérique exclusive améliore la réhabilitation et diminue les complications post-opératoires des patients opérés en chirurgie ambulatoire orthopédique. L'objectif de cette étude est de déterminer le rôle de l'accompagnant auprès des patients opérés dans ces conditions au CHU de Poitiers.

Matériels et méthodes: Une enquête téléphonique auprès des patients de chirurgie ambulatoire orthopédique opérés sous ALR a été conduite à J1 de l'intervention. Le nombre de dépendances dans les différents domaines d'activités de la vie quotidienne, l'observance des patients et les complications post-opératoires ont été relevés.

Résultats: Pour les 200 patients inclus, le nombre moyen de domaines de dépendances était de $2,32 \pm 1,70$ sur les douze domaines explorés. Les capacités de repérage spatio-temporel, de prise médicamenteuse, d'usage du téléphone, de déplacement dans le domicile et de transfert, étaient préservées chez 77% des patients. Parmi ces domaines, seuls 2,5% des patients jugeaient l'aide de l'accompagnant absolument nécessaire. Les femmes, les patients opérés d'une neurolyse ou du poignet semblaient moins autonomes en post-opératoire. Aucune complication grave n'a été recensée. L'accompagnement était discontinu au lieu de résidence post-opératoire dans 17,1% des cas.

Conclusion: L'accompagnant apporte peu d'aide au patient opéré en chirurgie ambulatoire orthopédique sous ALR périphérique exclusive. La présence de l'accompagnant au lieu de résidence post-opératoire n'est pas indispensable pour tous les patients.

Mots clés: anesthésie loco-régionale / ambulatoire / accompagnant / réhabilitation post-opératoire

Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

