

Le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie après chirurgie ambulatoire

CONSULTATIONS ITERATIVES OU ENTRETIENS TELEPHONIQUES ?

Les locaux, le matériel, l'organisation et le personnel (à l'exception des médecins) **sont spécifiquement dédiés à la structure ambulatoire.**

Décret 92-1102 Octobre 1992

Les soins anesthésiques sont équivalents en nature, complexité et **les règles de surveillance sont identiques à celles des actes conventionnels.**

Décret 92-1102 Octobre 1992

Dès lors, comment assurer le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?



Pourquoi et comment assurer le suivi de l'anesthésie et de l'analgésie ?

- s'assurer du respect des consignes de sortie et de remise à la rue
- s'assurer de l'absence d'effets adverses,
notamment de douleurs et/ou de nausées/vomissements PO
- s'assurer de l'efficacité des traitements de sortie

COMPLIANCE aux INSTRUCTIONS

OBSERVANCE THERAPEUTIQUE



	Cheng	Correa	Ogg
Conduite automobile	4,1 %	4,0 %	73 %
Consommation alcool	3,3 %	1,8 %	6 %
Décisions importantes	1,7 %	0,1 %	-
Consommation sédatifs/anxiolytiques	0,8 %	0 %	-
Cuisine, repassage, enfants	10,0 %	-	-
Pas d'accompagnant adulte première nuit	1,3 %	4,0 %	-

COMPLIANCE VARIABLE aux INSTRUCTIONS données

Ogg et al Br Med J 1972
Correa et al Anaesthesia 2001
Cheng et al Anaesthesia 2002



Ghosh & Sallam Br J Surg 1994 → La douleur est la cause principale de recours en postopératoire...

Raeder et al Acta Anaesthesiol Scand 1997

52 % patients : douleur gênant le sommeil de la première nuit

10 % patients : douleur importante pendant les premières 24 heures

... elle peut donc être prévenue et anticipée ...

Comment anticiper ?

- Actes chirurgicaux non générateurs de douleurs majeures
- Choix de la technique et des agents analgésiques
- Critères de sortie : absence de douleur + Ordonnance de sortie
- Coordination établissement chirurgical / médecin traitant et I.D.E.

→ Organisation suivi téléphonique



Eviter la rupture de continuité de l'analgésie entre le centre ambulatoire et le domicile

3 options

- médecin de famille et IDE : systématiquement ? à la demande ?
quelle formation ?
- consultation au centre ambulatoire : J1 ? J2? J..?
- suivi téléphonique systématique par la structure ambulatoire



" Le MG organise le suivi du patient, assure la surveillance, coordonne l'action des para-médicaux ... "

Conférence de consensus SFC : La chirurgie sans hospitalisation, 1993

Que se passe-t-il sur le terrain ?

Même lorsque la douleur est forte , le recours au MG est peu fréquent

➤ **27 %** ont été appelés au domicile

Enquête chirurgie ambulatoire pédiatrique **Landrieux, Blond, Mercier Ann Fr Anesth Réanim 1997**

Chirurgie ambulatoire rhizarthrose du pouce, sous ALR

Douleurs intenses pendant 2 jours post-opératoires : **50 % des patients**

Vial, Bouaziz et al Ann Fr Anesth Réanim 2000



Il est recommandé qu'un anesthésiste de l'équipe ambulatoire soit joignable ...

SFAR : Recommandations Anesthésie ambulatoire

MAIS ... ce n'est pas toujours le cas ...



Contact médical de " secours "

	Toujours	Souvent	Quelquefois	Jamais
Communication de coordonnées téléphoniques d'un médecin référent pour la douleur à domicile	0,6 %	3,0 %	17,0 %	80,0 %

Enquête Région Lorraine 2001

Robaux, Bouaziz et al Anesth Analg 2002



En pratique, quel contact est donné comme recours ?

	Qualité	Fréquence ?
L'anesthésiste concerné	+++++	+/-
Un anesthésiste du CA	+++	+
Un chirurgien du CA seul	++	+
Un service d'hospitalisation	+	+++
Le Centre 15 !!	-	++

The postoperative follow-up phone call: an essential part of the ambulatory surgery nurse's job

Young J Post Anesth Nurs 1990



Triage of medical or social issues through preoperative and postoperative telephone calls by primary nurses

Wachter Insight 1995

Chirurgie OPH : phacoexérèse + implant → appel téléphonique systématique par IDE



- * diminue l'anxiété en conservant le lien avec les patients
- * vérifie la bonne compréhension des instructions
- * vérifie complications mineures et complications nécessitant ré-hospitalisation

→ améliore la qualité des soins

→ réduit le coût global de l'acte chirurgical en évitant consultations répétées MG et hospitalisation injustifiées

Est-ce suffisant ? Est-ce nécessaire ?

Paediatric day-stay tonsillectomy service: development and audit.

Stewart et al *Anaesth Intens Care* 2003

125 enfants 3 à 16 ans,

Ambulatoire non habituel en Australie pour amygdalectomie \pm VA

Appel systématique à J1 puis 1 à 4 mois plus tard

J1 : 15,6 % vomissements \rightarrow conseil thérapeutique téléphonique
2 admissions pour douleur et 1 pour hémorragie
80% parents satisfaits

L'appel systématique à J1 est condition *sine qua non* d'une procédure ambulatoire



UK →

Quality counts: auditing day-surgery services.

Feasey S J Child Health Care 2000

L'appel systématique à J1 est indispensable pour rassurer les parents après une procédure ambulatoire
→ intégration aux procédures ambulatoires

USA →

Not a social event : the follow-up phone call.

Barnes S J Perianesth Nurs 2000

Appel systématique rendu indispensable dans le cadre d'un plan d'assurance qualité

Suède →

Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day-surgery.

Barthelsson et al J Clin Nur 2003

Evaluation à distance : Appel systématique perçu comme indispensable par les patients...
...qui n'en avaient pas bénéficié.

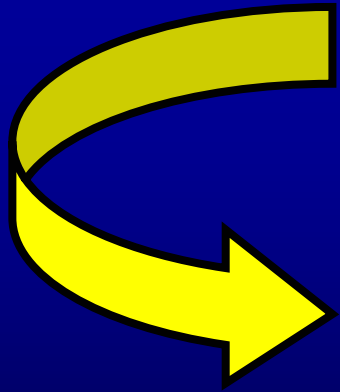


Quand faut-il appeler ?

Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery.

Horvath J Perianesth Nurs oct.2003

Le score de douleur et le score fonctionnel (habillage, toilette, préparation et prise de repas) à J2 sont les seuls prédicteurs d'une reprise tardive ($> J5$) d'activité normale (courses, entretien linge, retour au travail)



Déplacer l'appel systématique de J1 matin à J1 fin d'après-midi

Est-ce suffisant ? Que se passe t-il après l'appel initial ?

Day-case tonsillectomy in children: parental attitudes and consultation rates.

Kanerva et al Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2003

100 enfants 3 à 16 ans, amygdalectomie \pm VA

Appel systématique à J1 puis 1 à 4 mois plus tard

J1 : indice satisfaction élevé parents, 15 à 20% vomissements, aucune hémorragie

Pendant les 2 semaines suivantes :

→ 13% consultent MG,

→ 17% rappellent le centre ambulatoire pour informations



Appel téléphonique systématique ou visite systématique à domicile ?

Outpatient laparoscopic cholecystectomy : home visit vs telephone follow-up.

Fallis & Scurra *Can J Surg* 2001 (Victoria General Hospital, Winnipeg, Canada)

149 patients, cholécystectomie ambulatoire, intervention systématique IDE centre ambulatoire



75% des visites jugées inutiles par IDE
Patients contactés par téléphone moins anxieux et moins angoissés ($p < 0,001$)
Indice satisfaction plus élevé si appel téléphonique ($p < 0,03$)

1% réadmission (groupe visite)

6% admis service d'urgence : 3 patients groupe visite, 6 patients groupe appel téléphonique



Appel téléphonique systématique : efficace ? sûr ? accepté ?

Outpatient ophthalmic plastic surgery: outcomes and patient satisfaction using initial postoperative telephone call follow-up.

Cooper & Meyer *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2000 (New York)

469 patients, chirurgie palpébrale ou voies lacrymales, appel systématique J1
Evaluation par questionnaire postal à distance

99 % des patients satisfaits : procédure appel adaptée à leurs attentes et questions

1 % auraient préféré consultation au centre ambulatoire dans les 24 heures postopératoires

3 % complications mineures



Méthode sûre, économiquement adaptée et très bien acceptée par les patients

L'appel téléphonique systématique est-il bien accepté ?

Parent's management of their child's pain in the home following day surgery.

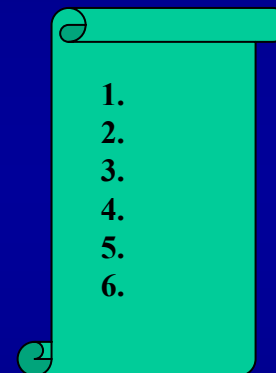
Jonas DA *J Child Health Care* sep.2003 (Manchester, UK)

79% des parents se disent prêts à assumer la douleur des enfants au retour à domicile (évaluation et traitement en fonction de protocoles pré-délivrés) à condition d'un appel systématique du centre ambulatoire.



Comment doit s'organiser la prise en charge post-opératoire en ambulatoire ?

- Analgésie multimodale \pm anxiolyse
- Protocolisation avec traitements de "réserve"
- Compte-rendu et/ou contact systématique avec MG (?)
- Rôle des IDE libérales
- Appel téléphonique systématique et possibilité permanente de recours
- Liaison permanente entre les intervenants et les patients



2 millions d'actes / an : 27 % des actes d'anesthésies

54 % : actes chirurgicaux

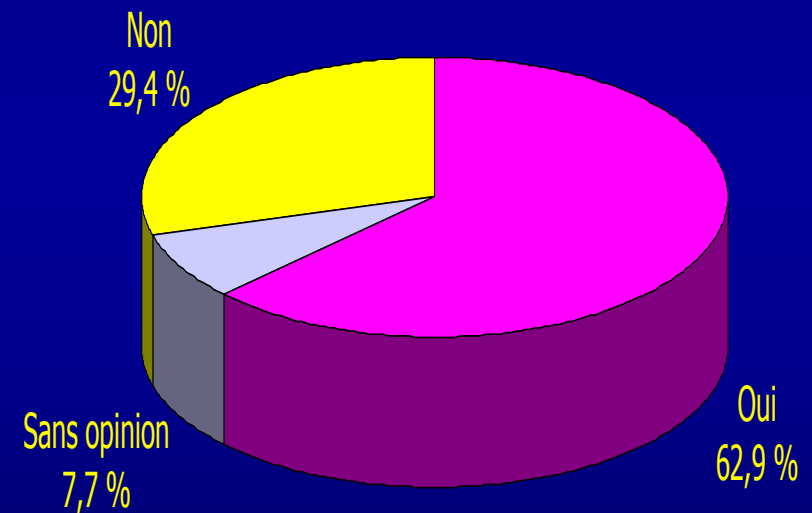
38 % : endoscopies digestives

5 % : I.V.G.

3 % : explorations diverses

**La CA sera possible si les soins à domicile
sont mieux organisés**

Mosselmans & Eerlings One day clinic newsletter international 1991



 **APPELER AVANT d'ETRE APPELE** 

