

# LA DOULEUR, MARQUEUR CLE POUR PROMOUVOIR L'AMBULATOIRE

Pr ABROUS

UNIVERSITE ALGER1

FACULTE DE MEDECINE 15/12/2023

SERVICE ANESTHESIE REANIMATION

CHU MUSTAPHA

# INTRODUCTION

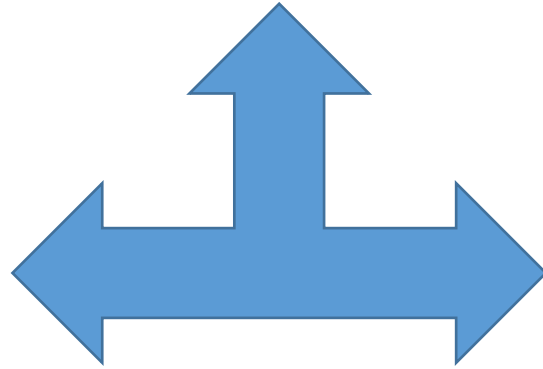
Né il y'a plus d'un siècle, le concept d'anesthésie ambulatoire a connu un développement considérable dans le monde

La gestion de la douleur post opératoire est un critère essentiel de la qualité des soins. c'est un élément clé en chirurgie ambulatoire

La douleur ne peut pas se mesurer avec des outils de précision comme la température ou la tension artérielle, néanmoins, il est prouvé scientifiquement que l'on peut, la plupart du temps, l'évaluer de façon assez précise avec des outils spécifiques

# Chirurgie sous conditions

Capacité du patient  
à assumer sa prise  
en charge



capacité de la structure à  
organiser le circuit du patient et  
assurer le suivi après sa sortie

Pour la société algérienne d'évaluation et de traitement de la douleur(SAETD )  
l'information et la formation des patients sont la clé de l'organisation de l'analgésie  
postopératoire en chirurgie ambulatoire .il est recommandé une présélection  
minutieuse des patients et de retenir ceux qui adhèrent à ce programme

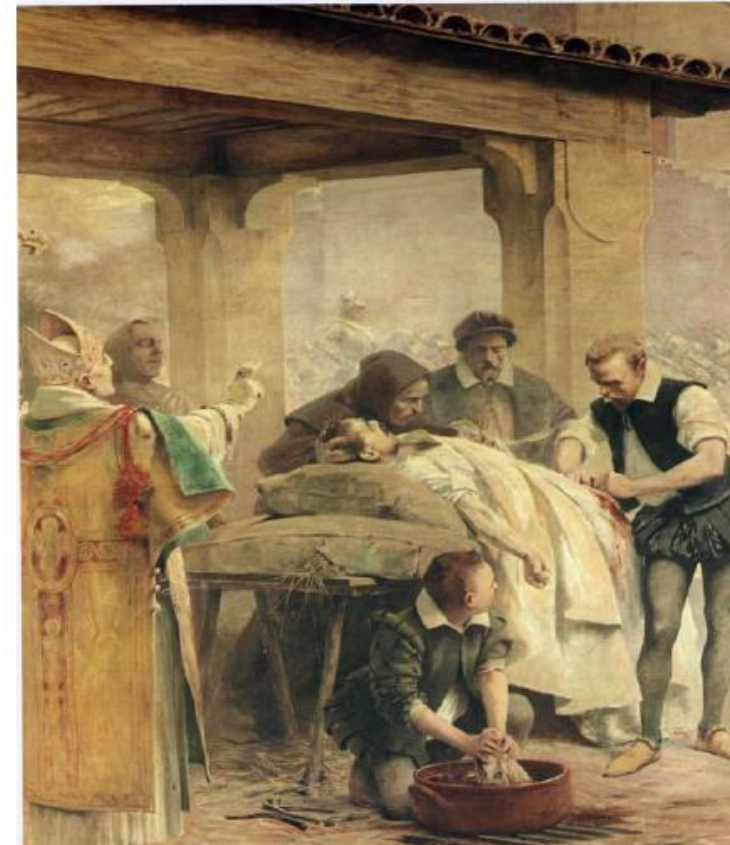
# OBJECTIF

L'objectif de notre travail est d'évaluer la prise en charge de la douleur post opératoire des patients opérés pour des urgences orthopédiques traitées en ambulatoire.

*Chirurgien ambulante.*



Ambroise Paré



# MATERIELS ET METHODE

Une étude prospective et interventionnelle a été menée au service des urgences médico-chirurgicales au CHU Mustapha du 1 janvier 2017 au 31 decembre2018, nous avons inclu tous les patients adultes devant bénéficier d'une anesthésie pour chirurgie traumatique urgente en ambulatoire ; l'ambulatoire étant défini par une durée d'hospitalisation inferieur à 12h sans réadmission des patients. Une sélection minutieuse était réalisée et une information était délivrée lors de la visite pré anesthésique qui se confond avec la consultation pré anesthésique. Un appel téléphonique était réalisé le lendemain pour évaluer la douleur ainsi que la satisfaction des patients.

L'échelle Numérique (EN) De 0 à 10 ou 0 à 100 a été utilisée.

# RESULTATS

148 patients ont été inclus

# CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

**148** patients ont été inclus

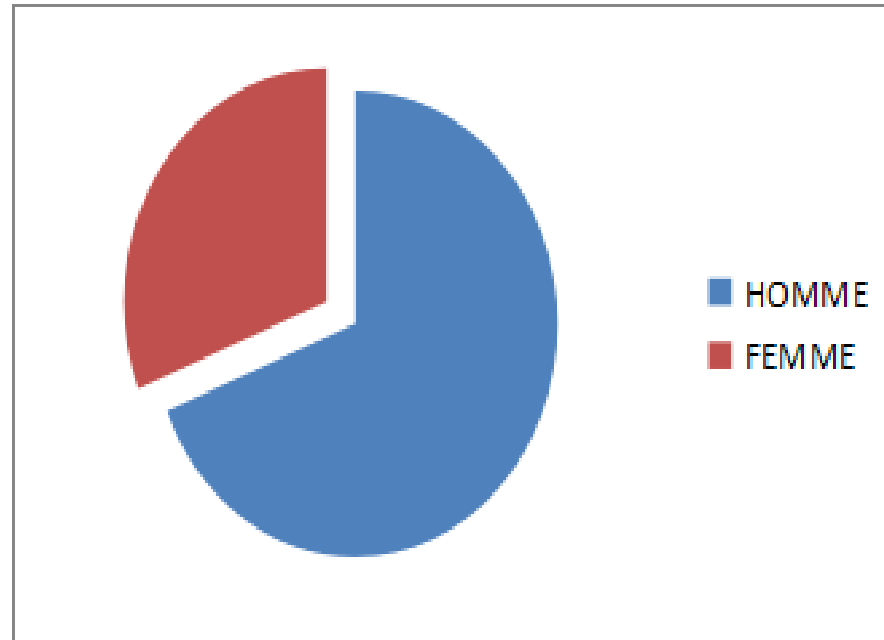
17-27	23	6	13	42
28-38	27	8	0	35
39-49	23	8	0	31
50-59	13	7	0	20
60-69	11	5	0	16
70-79	2	1	0	3
>80	1	0	0	1
TOTAL	100	35	13	148

L'âge moyen des patients était de **39,50**  $\pm$  15,51 avec des extrêmes de 18 et 85 ans.

La tranche d'âge la plus représentative est celle comprise entre 17 et 27 ans.

Plus de 50% des patients ne dépassaient pas 38 ans.

# RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE



Il existe une nette prédominance masculine avec 68,9% des patients qui étaient de sexe masculin, et un sexe ratio de 2,2

# NIVEAU SOCIO CULTUREL (NSC)

NSC	n	%
Elevé	51	34,46%
Moyen	84	56,76%
Bas	13	8,78%
TOTAL	148	100 %

Le niveau socioculturel a été évalué comme suit :

Niveau socioculturel bas : niveau d'éducation primaire

Niveau socioculturel moyen : niveau d'éducation moyen ou secondaire

Niveau socioculturel élevé : niveau universitaire

Le niveau socioculturel était majoritairement moyen (56 ,76% des patients).

34,46% des patients avaient un niveau socioculturel élevé.

Le niveau socioculturel bas n'était représenté que par 8,78% des patients

# COMORBIDITÉS

PATHOLOGIES	n	%
HTA	12	8,1
DIABETE	3	2
HTA +DIABETE	2	1,4

11,5% des patients présentaient une comorbidité qui était dominée par la pathologie hypertensive (8,1% des patients), 2% des patients avaient un diabète

# CLASSIFICATION ASA

ASA	n	%
1	130	87,8
2	17	11,5
3	1	0,7
TOTAL	148	100

La classe 1 de l'ASA était la plus représentée avec 87,8% des patients

# RÉPARTITION PAR MEMBRE ATTEINT

	TOTAL	%
Membre Supérieur	112	75,68%
Membre Inferieur	36	24,32%
TOTAL	148	100,00%

Les lésions du membre supérieur étaient plus fréquentes que celles du membre inférieur (70% de l'activité chirurgicale en ambulatoire).

# RÉPARTITION PAR LÉSION

MEMBRE		n 1 <sup>ère</sup> année	n 2 <sup>ème</sup> année	N TOTAL	%
Membre supérieur	Poignet (EIR)	53	10	63	56,2
	Main	19	13	32	28,6
	Epaule (luxation)	12	05	17	15,2
Membre inférieur	Cheville (RTA)	14	10	24	66,7
	Pied	06	06	12	33,3
TOTAL		104	44	148	

La chirurgie du poignet a représenté plus de 50% (56,2%) de la chirurgie du membre supérieur,  
suivie de la chirurgie de la main (28,6%) et  
celle de l'épaule (15,2%).

La chirurgie de la cheville a représenté plus des 2/3 de la chirurgie ambulatoire du pied.

# L' INFORMATION

Compréhension	BONNE	MOYENNE	MAUVAISE
NSC Elevé	51	0	0
NSC Moyen	49	35	0
NSC Bas	0	0	13
TOTAL	100	35	13

L'information a été claire pour plus de 68% des patients. Moins de 10% des patients ont trouvé l'information non claire et 23% des patients l'ont trouvée moyennement claire.

La compréhension de l'information a été évaluée, selon le nombre de fois d'explication de la procédure ambulatoire, au patient :

Bonne (claire)= 1 explication

Moyenne= 2 explications

Mauvaise= 3 explications et plus

# RELATION ENTRE LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION ET LE NSC

		NSC		TOTAL
		Elevé	Moyen	
C INFO M	BONNE	52	48	100
	MOYENNE	0	48	48
TOTAL		52	96	148

Plus le niveau socioculturel est élevé mieux est la compréhension de l'information ( $P < 0,05$ ).

# COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Compréhension		BONNE	MOYENNE	TOTAL
Age	17-27	23	19	42
	28-38	27	8	35
	39-49	23	8	31
	50-59	13	7	20
	60-69	11	5	16
	70-79	2	1	3
	>80	1	0	1
TOTAL		100	48	148

Le nombre de nos patients dont l'information a été claire est plus important dans la tranche d'âge [28-38] ans et ceux qui l'ont trouvée moyennement claire sont plus représentatifs dans la tranche [17-27] ans.

# RELATION DE LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION AVEC L'ÂGE ET LE SEXE

Cod info		N	Moyenne	Ecart-type	TEST T
AGE	1	48	37,60	16,009	P = 0,305
	0	100	40,41	15,267	NS

La compréhension de l'information est indépendante de l'âge des patients (p=0,305)

C INFO M	SEXE		TOTAL	
	F	M		
BONNE	30	70	100	KHI2 P=0,682 NS
	30%	70%	100%	
MOYENNE	16	32	48	
	33.3%	66.7%	100.0%	
TOTAL	46	102	148	
	31.1%	68.9%	100.0%	

La compréhension de l'information est indépendante du sexe.

Dans les deux sexes, le nombre de nos patients dont l'information a été claire est plus important que ceux qui l'ont trouvée moyennement claire.

# Les types d'anesthésie

## En fonction du site opératoire

TYPE ANESTHESIE	Sédation	Sédation+ Infiltration	AG	ALR
SITE OP	n	n	n	n
EIR	0	7	0	56
MAIN	0	0	2	30
EPAULE	17	0	0	0
TOTAL	17	7	2	86
%	15,2%	6,2%	1,8%	76,8%

Dans notre étude l'ALR a été la technique anesthésique la plus utilisée (76,8%) pour le membre supérieur.

La sédation sous masque facial a été utilisée chez tous les patients qui ont présenté une luxation de l'épaule

la sédation+ infiltration ont été utilisées chez des patients qui ont présenté une fracture de l'extrémité inférieure du radius

# MEMBRE INFERIEUR

TYPE D'ANESTHESIE	AG	ALR
SITE OP	n	n
CHEVILLE	0	24
PIED	2	10
TOTAL	2	34
%	5,6%	94,4%

La technique anesthésique la plus utilisée dans le membre inférieur a été l'ALR (94,4% de cas).

L'AG n'a été utilisée que chez 5,6% des patients.

Une rachianesthésie a été convertie en AG après échec de ponction.

# COMPLICATIONS ET DESAGREMENTS RAPPORTES PAR LES PATIENTS A DOMICILE

Tous les patients ont été appelés le lendemain de leur sortie.

Douleur (EN)	n	%
≤ 4	131	88,50%
≥4	17	11,50%
Total	148	100%

Le lendemain de leur sortie à domicile, **11,50 %** des patients ont présenté une douleur qu'ils ont évaluée à plus de 4 sur l'échelle numérique et **88,50%** des patients ont eu une douleur à moins de 4 sur l'échelle numérique .

# LA SATISFACTION

	n	%
Très satisfait	131	88,50%
Satisfait	10	6,8%
peu satisfait	7	4,7%
TOTAL	148	100%

Plus de 4/5 des patients (88,50%) étaient très satisfaits de leur prise en charge.

6,8 % des patients étaient satisfaits.

4,7% des patients étaient peu satisfaits

Tous les patients étaient d'accord pour bénéficier d'une prise en charge en ambulatoire lors d'une nouvelle intervention.

## CONVERSION EN HOSPITALISATION CLASSIQUE

5 patients (3,37%) sont sortis de l'étude et ont été pris en charge en hospitalisation conventionnelle suite à un saignement.

## READMISSION

Aucun patient n'a été réadmis après sa sortie à domicile pendant les deux années d'étude

**DISCUSSION**

# L'INFORMATION DU PATIENT

D'un point de vue éthique et légal, il est essentiel de fournir aux patients tous les éléments sur lesquels doit s'appuyer le consentement éclairé.

Selon l'article 44 du code algérien, le patient doit donner son consentement ou des personnes habilitées par la loi, aux soins médicaux d'une façon générale dont l'ambulatoire

Dans notre étude, les patients ont consenti verbalement .

L'information a été claire pour plus de 68% des patients. Moins de 10% des patients ont trouvé l'information non claire et 23% des patients l'ont trouvée moyennement claire. Cependant, dans notre série même si la compréhension était parfois difficile aucun patient n'est sorti de l'étude car nous leur avons répété plusieurs fois la procédure

l'information a été évaluée, selon le nombre de fois d'explication de la procédure ambulatoire, au patient : Bonne (claire)= 1 explication

Moyenne= 2 explications

Mauvaise= 3 explications et plus

La Société Algérienne d' Evaluation et Traitement de la Douleur (SAETD) recommande d'informer le patient sur le risque de douleur et sa durée lors de la consultation pré anesthésique.

Dans notre étude, on s'est intéressé à la capacité de compréhension de l'information par rapport au niveau d'instruction on a trouvé que la différence était significative ( $p < 0,05$ ) par contre la compréhension de l'information n'est pas influencée par l'âge ( $p = 0,305$ ) ou le sexe ( $p = 0,682$ ) des patients.

AUTEUR	ANNEE	Nombre de patients informés	Types d'information
Selves	2009-2011	98	Orale et écrite
Candille	2010-2013	384	Orale et écrite
Selves	Mai /juin 2011	5574	Orale et écrite
Maesani	2012	324	Orale et écrite
Lesachet	2012 - 2013	20	Orale et écrite
Belkadi	2010-2015	988	Orale
Notre étude	2017-2018	148	Orale

La législation européenne procure aux patients le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins

Il en est ainsi de la législation Algérienne : le décret exécutif n°92-278 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale dans son article 43 stipule : « *le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical* » .

L'information a été faite oralement dans notre étude comme celle de Belkadi qui a fait une étude prospective sur les facteurs déterminants le niveau métamérique lors de la rachianesthésie par contre lors des études françaises, elles étaient orales et écrites.

## ANNEXE 3 : Score PADSS modifié

---

• <b>CONSTANTES VITALES</b> (température, pouls, respiration)	
Variation < 20% par rapport à la valeur préopératoire	2
Variation entre 20 et 40%	1
Variation > 40%	0
• <b>DEAMBULATION</b>	
Déambulation assurée, sans vertige	2
Déambulation avec aide	1
Déambulation non assurée/ vertige	0
• <b>NAUSEES ET/OU VOMISSEMENTS</b>	
Minimes	2
Modérés	1
Sévères	0
• <b>DOULEURS</b>	
Minimes	2
Modérés	1
Sévères	0
• <b>SAIGNEMENT CHIRURGICAL</b>	
Minimes	2
Modérés	1
Sévères	0

Pour déterminer à quel moment les patients sont capables de rentrer chez eux sans risque, il existe des scores d'aptitude à la rue.

dans notre étude on a utilisé *le Modified Post Anesthésia Discharge Scoring System (MPADSS)* de F. CHUNG (annexe 3) le patient pouvait sortir si  
le MPADSS était  $\geq 9$   
et que la douleur est  $< 3$  EN selon les dernières recommandations de la SAETD.

# LA DOULEUR : INDICATEUR CLINIQUE

Aucune complication n'a été notée dans le service. Par contre des douleurs ont été rapportées le lendemain par 17 patients (11,50%).

Ces douleurs sont dues au fait que certains de ces patients ne prenaient pas systématiquement les antalgiques et d'autres le traitement était insuffisant donc on a réajusté les doses et rajouté d'autres antalgiques selon les recommandations de l'OMS dans l'utilisation des antalgiques.

# SATISFACTION DES PATIENTS

ETUDE	ANNEE	Nombre de patients	Taux de satisfaction
Candille	2010-2013	98	>90%
Maesani	2012	20	82%
Lesachet	2012-2013	384	83%
Notre étude	2017-2018	148	95,30%

- Très satisfait (pas de désagrément)
- Satisfait (un désagrément)
- Peu satisfait (deux désagréments)
- Pas satisfait (plus de deux désagréments)

Dans notre étude une enquête de satisfaction des patients a été réalisée de façon subjective (Les désagréments sont : les NVPO, la douleur, gêne laryngé, toux, fièvre, céphalées) .

Dans notre étude le taux de satisfaction (satisfait et très satisfait) était de 95,30%. Il est plus important que les taux rapportés par les études françaises cela est due au fait qu'on n'a pas utilisé les mêmes questionnaires et que la satisfaction est une grandeur subjective et multidimensionnelle. Le patient algérien est satisfait du fait qu'il soit pris en charge le jour même

# conclusion

la douleur est un critère pris en considération dans tous les scores de satisfaction

L'adhésion des patients à ce type de prise en charge est fonction de l'information qui leur a été donnée qui doit être adaptée à leur niveau de compréhension et leur niveau socioculturel.

Malgré l'absence de la culture ambulatoire, la majorité de nos patients étaient satisfaits et tous prêts à répéter dans l'avenir cette expérience.