

# Fast-tracking en ambulatoire, réhabilitation précoce après chirurgie: ce que l'on fait dans mon hôpital

**Va-t-on vers de nouveaux risques ?**

**Pr Frédéric Aubrun**  
**CHU de Lyon**



# Définition de la chirurgie ambulatoire (CA)

- La CA est une **alternative à l'hospitalisation complète** dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention (durée  $\leq$  12 heures ne comprenant pas l'hébergement).
- Il s'agit d'une activité qualifiée ayant un **caractère substitutif** dont les prestations **équivalent** par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

Articles D. 6121-301-1, R.6121-4 du CSP.

# Avantages de la chirurgie ambulatoire

---

- **Satisfaction** du patient et de sa famille
  - **Qualité et sécurité** des soins chirurgicaux par une limitation à l'exposition aux **infections nosocomiales**
  - **Satisfaction des personnels** par l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail
  - **Optimisation et efficacité de l'organisation et des ressources** des plateaux techniques de chirurgie
  - **Réduction des coûts** pour les établissements de santé et l'assurance maladie

# Quels risques postopératoires?

---

**RFE 2009**

## Prise en charge anesthésique des patients en chirurgie ambulatoire

### Accord fort

*« Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins ».*

### Accord fort

*« Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes ».*

# Quels risques postopératoires?

## Développement des actes ambulatoires

-chirurgie ambulatoire: une des 12 politiques publiques prioritaires (4<sup>ème</sup> comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (18/12/13))

Instruction DGOS décembre 2010: objectif à atteindre: **50% en 2016**

« Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur **l'analyse du bénéfice/risque pour le patient, la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place, en particulier la permanence et la continuité des soins** ».

### Accord fort

« Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la **maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes** ».

# Quels risques postopératoires?

## Développement des actes ambulatoires

-chirurgie ambulatoire: une des 12 politiques publiques prioritaires (4<sup>ème</sup> comite interministériel pour la modernisation de l'action publique (18/12/13))

Instruction DGOS décembre 2010: objectif à atteindre: **50% en 2016**

« Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du

béné

charge et

ce

## Comment gérer la douleur ?

### Accord tort

« Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la **maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes** ».

# Retrospective Evaluation of Unanticipated Admissions and Readmissions After Same Day Surgery and Associated Costs

Kim C. Coley, PharmD,\*

2002

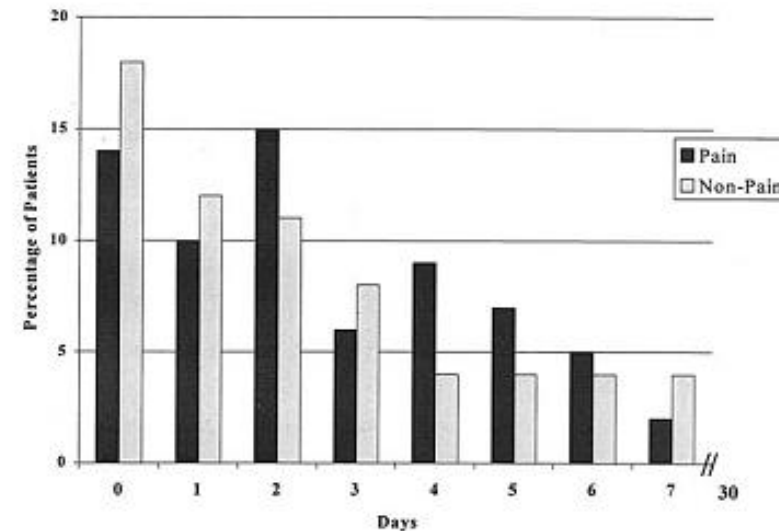
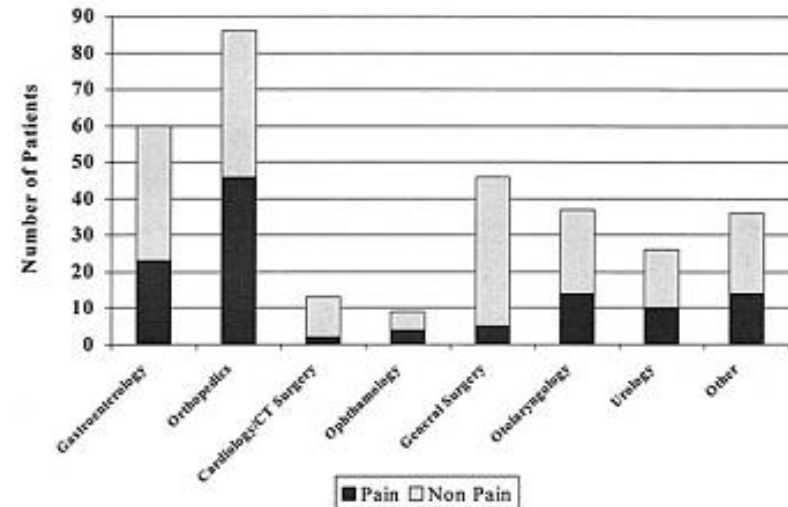
Table 3. Primary Reason for Hospital Return

Hospital Return Category	ED Return (n = 247)	Inpatient Return (n = 66)	All Patients (n = 313)
Pain	112	8	120 (38%)
Surgical	59	7	66 (21%)
Medical	26	17	43 (14%)
Bleeding	12	2	14 (4%)
Nausea/vomiting	7	3	10 (3%)
Adverse drug event	7	1	8 (3%)
Other	24	28	52 (17%)

ED = Emergency department.

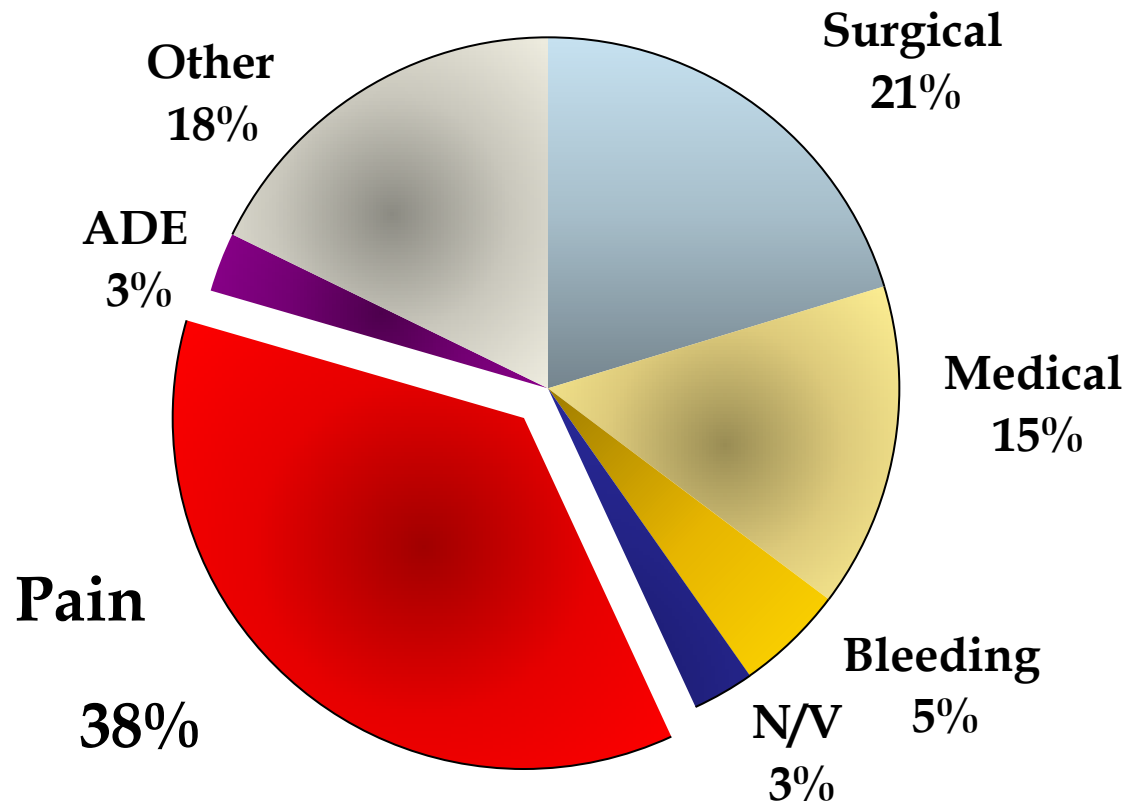


Dans les 30 jours  
5,7% patients réadmis  
**38% pour cause de douleur**



	Number of Patients with Charge Data	Total Charges	Mean (SD) Charges	Median Charges
Returns-All Visit Types	903	\$2,450,742	\$ 8,088 (29,425)	\$ 638
Pain returns	117	\$ 218,756	\$ 1,869 (4,553)*	\$ 592
Non-pain returns	186	\$2,231,986	\$12,000 (36,886)	\$ 731
ED Visits	237	\$ 200,882	\$ 848 (1,249)	\$ 529
Pain returns	109	\$ 107,538	\$ 986 (1,356)†	\$ 577
Non-pain returns	128	\$ 93,343	\$ 729 (1,142)	\$ 485
Inpatient Visits	66	\$2,249,860	\$4,088 (56,033)	\$14,920
Pain returns	8	\$ 111,218	\$13,902 (11,732)	\$12,502
Non-pain returns	58	\$2,138,643	\$36,873 (59,147)	\$15,384

# Readmissions From Same-Day Surgeries: Pain Is Most Common Reason (US)



ADE = adverse drug event; N/V = nausea/vomiting.

Coley KC, et al. *J Clin Anesth.* 2002;14:349-353.



# Acute Postoperative Pain Management at Home After Ambulatory Surgery: A French Pilot Survey of General Practitioners' Views

2002

S. Robaux, MD\*, H. Bouaziz, MD, PhD\*, C. Cornet, MD\*, J. M. Boivin, MD†, N. Lefèvre, PharmD†, and M. C. Laxenaire, MD\*



Table 1. Rate of Communication Necessary for Pain Management at Home Between the Ambulatory Units and GPs

Information given to GPs	Always	Often	Sometimes	Never
Preoperative information	48 (5)	268 (28)	527 (55)	115 (12)
Analgesic protocol	33 (3.4)	216 (22.5)	517 (54)	192 (20)
Alternatives in case of insufficient analgesia	8 (0.8)	26 (2.7)	226 (23.6)	698 (73)
Hospital-designated physician details	6 (0.6)	27 (3)	156 (17)	769 (80)

Data are given as number (%).

GPs = general practitioners.

Insatisfaction globale des médecins généralistes, en rapport avec

- **l'inefficacité des protocoles d'analgésie**
- **La communication limitée avec l'équipe ambulatoire**
- **La difficulté d'avoir un référent en analgésie**
- **L'absence de formation pour les médecins généralistes**
- **le manque d'information des patients.**

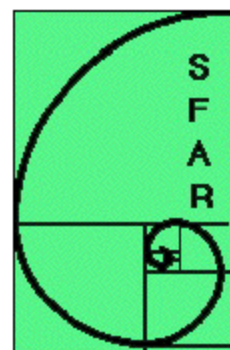
# Décrets du 20 août 2012

- **Lors de la prise en charge** (Article D6124-302 Modifié par [Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 3](#) : Les structures et unités de soins mentionnées à l'article [D. 6124-301-1](#) sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies : 1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ; 2° L'organisation, la préparation et la mise en oeuvre optimale des protocoles de soins **intégrant la prise en charge de la douleur** .
- **Pour la sortie du patient** (Article D6124-304 Modifié par [Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 5](#) : Les structures de soins mentionnées à l'article [D. 6124-301](#) sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients. [...] Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique **concernant en particulier la prise en charge de la douleur**, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins).

RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009

## Recommandations formalisées d'experts

# Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire



## Comité d'organisation

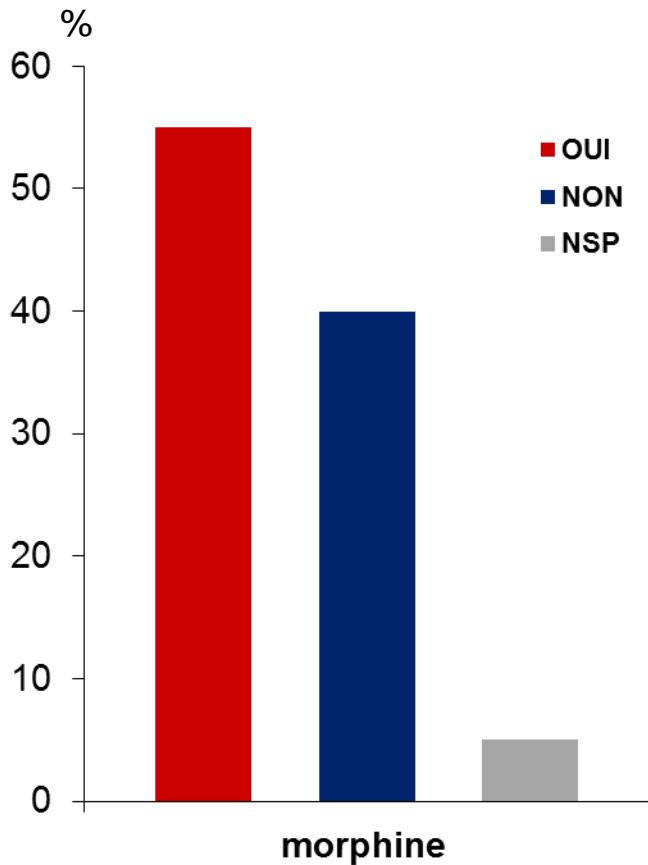
Dr. Laurent JOUFFROY / anesthésiste-réanimateur (Strasbourg) : Président du Comité d'organisation

Dr. Anne GUIDAT / anesthésiste-réanimateur (Lille) : Coordonnateur du Groupe de travail\*

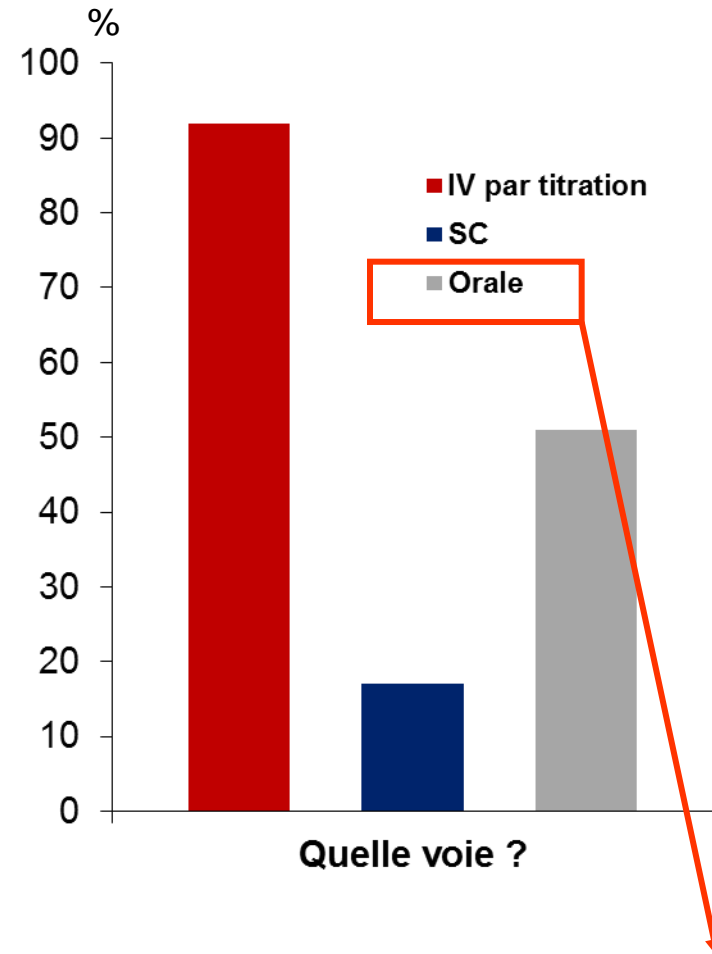
## **RFE 2009**

- Il est recommandé, au cours de la CPA, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant notamment **les méthodes d'analgésie postopératoires**
- **Les modalités de l'analgésie orale doivent être expliquées dès la CS**
- Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en périopératoire: **antalgiques majeurs**

## MORPHINE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



La morphine est majoritairement utilisée en chirurgie ambulatoire  
Dans plus de 90% des cas par titration IV



Dans plus de **90%** en secteur ambulatoire  
 Dans **33%** à domicile....

## **RFE 2009**

- Il est recommandé, au cours de la CPA, de dispenser une information adaptée à la spécificité de la prise en charge en anesthésie ambulatoire concernant notamment **les méthodes d'analgésie postopératoires**
- **Les modalités de l'analgésie orale doivent être expliquées dès la CS**
- Il est recommandé d'informer les patients des effets secondaires possibles du traitement prescrit en périopératoire: **antalgiques majeurs**

## **RFE 2008**

- Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient **dès la consultation de chirurgie ou d'anesthésie.**
- Elle doivent préciser les **horaires de prise d'antalgiques systématiques** et les **conditions de recours aux antalgiques** de niveau plus élevé si nécessaire.



# Passeport Ambulatoire

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD  
Centre Hospitalier Lyon Sud

ACHA  
Bâtiment 3A - Unité 51 - 5<sup>ème</sup> étage  
105, Chemin du Grand Revoynet  
69405 Pierre Bénite cedex



Hôpitaux de Lyon

## Passeport pour hospitalisation ambulatoire Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire (bâtiment 3A)



Vous allez bénéficier prochainement d'un geste en ambulatoire au Centre Hospitalier Lyon Sud.

### Définition de l'ACHA (Anesthésie et CHirurgie Ambulatoire)

« Actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable, et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée, permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission (séjour inférieur à 12 heures). »

### En cas d'empêchement

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter le jour de l'intervention, vous devez prévenir :

- au plus vite ☎ le secrétariat de l'ACHA au 04 78 56 90 56
- si c'est le matin même ☎ les infirmières au 04 78 56 90 55

Site Internet des HCL :  
[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

Standard des HCL :  
0825 0825 69 (01.10.2009)

GROUPEMENT HOSPITALIER NORD  
Hôpital de la Croix-Rousse

Service de Gynécologie Obstétrique  
Bâtiment F  
103, Grande-Rue de la Croix-Rousse  
69317 Lyon cedex 04



Hôpitaux de Lyon

## Passeport pour hospitalisation ambulatoire Gynécologie (bâtiment F)



Vous allez bénéficier prochainement d'un geste en ambulatoire à l'hôpital de la Croix Rouse.

Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter le jour de l'intervention, vous devez prévenir au plus vite :

- de 7h à 18h ☎ le secrétariat de l'ACHA au 04 27 85 40 85
- en dehors de ces horaires ☎ l'unité de Gynécologie au 04 72 07 16 57

Site Internet des HCL :  
[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

Standard des HCL :  
0825 0825 69 (01.10.2009)

Vous devez rapporter ce passeport à chaque rendez-vous

Hospices Civils de Lyon

# Ordonnance type « douleurs faibles »

## *Chirurgies à douleurs faibles postopératoires*

**Paracétamol** comprimés, comprimés effervescents ou gélules **1 gramme**

- - 1 comprimé ou gélule – soit 1 gramme- toutes les 6 à 8 heures
- - La dose maximale à ne pas dépasser est de 4 comprimés ou gélules (soit 4 grammes) par jour.

### **Durée du traitement : 5 Jours**

En cas de douleur persistante ou non calmée par les médicaments, veuillez recontacter le service de chirurgie ambulatoire ou votre médecin traitant.



## Chirurgies à douleurs modérées à fortes postopératoires

### **Paracétamol** comprimés, comprimés effervescents ou gélules **1 gramme**

- 1 comprimé ou gélule – soit 1 gramme- toutes les 6 à 8 heures
- La dose maximale à ne pas dépasser est de 4 comprimés ou gélules (soit 4 grammes) par jour.
- **Durée du traitement : 5 Jours**

### **Tramadol 50 mg.** ½ comprimé en cas de douleur modérée. **1 à 2** comprimés en cas de douleur forte à très forte toutes les 4 à 6 heures.

- La dose maximale à ne pas dépasser est de 8 comprimés (soit 400 mg) par jour.
- **Durée du traitement : 3 Jours**

### **Ondansétron** en cas de nausées et/ou de vomissements, **8 mg** comprimés

- 1 comprimé toutes les 12 heures
- **Durée du traitement : 3 Jours**

En cas de douleur persistante ou non calmée par les médicaments, veuillez recontacter le service de chirurgie ambulatoire ou votre médecin traitant.

En cas de persistance ou d'aggravation des nausées et/ou des vomissements, recontacter le service de chirurgie ambulatoire.

## Chirurgies à douleurs sévères postopératoires

### **Paracétamol** comprimés, comprimés effervescents ou gélules **1 gramme**

- 1 comprimé ou gélule – soit 1 gramme- toutes les 6 à 8 heures
- La dose maximale à ne pas dépasser est de 4 comprimés ou gélules (soit 4 grammes) par jour.
- **Durée du traitement : 5 Jours**

### **Kétoprofène** gélule **50 mg**

- 1 gélule toute les 6 à 8 heures au cours des repas.
- La dose maximale à ne pas dépasser est de 4 comprimés ou gélules (soit 200 mg) par jour
- **Durée du traitement : 3 Jours**

### **Tramadol 50 mg.** ½ comprimé en cas de douleur modérée. **1 à 2** comprimés en cas de douleur forte à très forte toutes les 4 à 6 heures s

- La dose maximale à ne pas dépasser est de 8 comprimés (soit 400 mg) par jour.
- **Durée du traitement : 3 Jours**

### **Ondansétron** en cas de nausées et/ou de vomissements, **8 mg** comprimés

- 1 comprimé toutes les 12 heures
- **Durée du traitement : 3 Jours**

### **Esoméprazole 20 mg**

- 1 comprimé ou gélule le soir
- **Durée du traitement : 3 Jours**

En cas de douleur persistante ou non calmée par les médicaments, *ou* si vous avez mal à l'estomac, veuillez recontacter le service de chirurgie ambulatoire ou votre médecin traitant.

En cas de persistance ou d'aggravation des nausées et/ou des vomissements, recontacter le service de chirurgie ambulatoire.

*Madame, Monsieur*

*Il est possible que dans les jours qui suivent votre chirurgie, vous ressentiez des douleurs à domicile. Dans le cadre de votre prise en charge chirurgicale ambulatoire, nous vous remettons une ordonnance comportant des médicaments antalgiques. Le ou les médicaments de cette ordonnance vous permettront d'améliorer votre confort lors de votre retour à domicile.*

*A l'issue de la consultation, nous vous invitons à vous rendre dans une pharmacie de votre choix afin d'acheter ces médicaments qui vous permettrons de soulager votre douleur après l'opération.*

*Nous vous conseillons de prendre à titre systématique les médicaments prescrits pendant la durée maximale prévue sur l'ordonnance. Vous pouvez alléger puis arrêter la prise du ou des médicaments dès que vous ressentez une amélioration de votre confort. Si la douleur persiste malgré le traitement ou que d'autres types de douleur apparaissent ou réapparaissent, nous vous conseillons de nous recontacter ou de vous mettre en relation avec votre médecin traitant.*

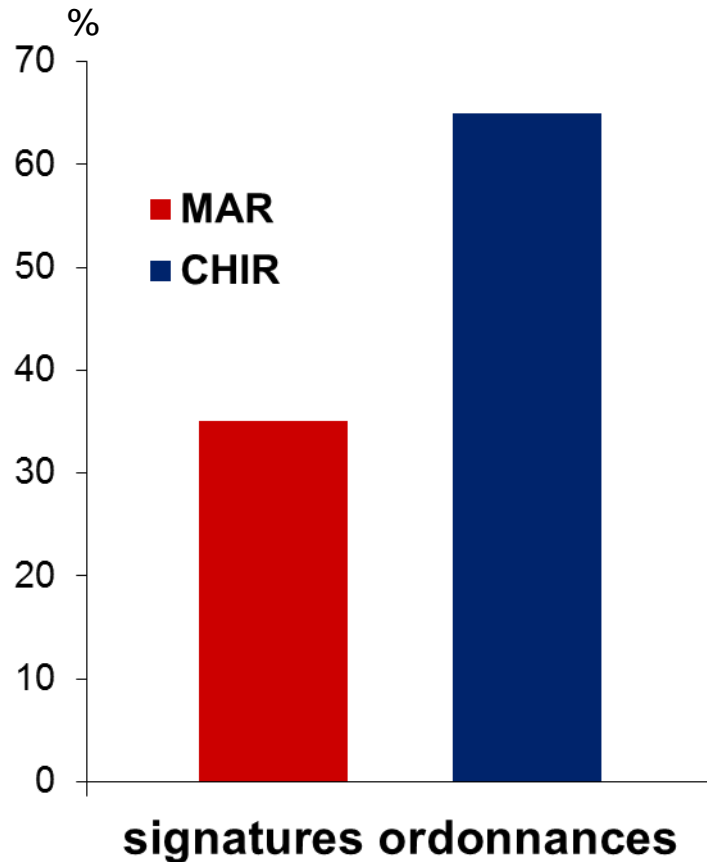
*Nous vous déconseillons de prendre d'autres médicaments antalgiques sauf si le médecin anesthésiste-réanimateur vous a donné son accord par écrit. Il existe en effet un risque d'associer plusieurs médicaments dont les effets peuvent s'opposer ou dont les doses peuvent s'accumuler jusqu'à devenir toxiques.*

*Votre sécurité et votre confort sont nos engagements.*

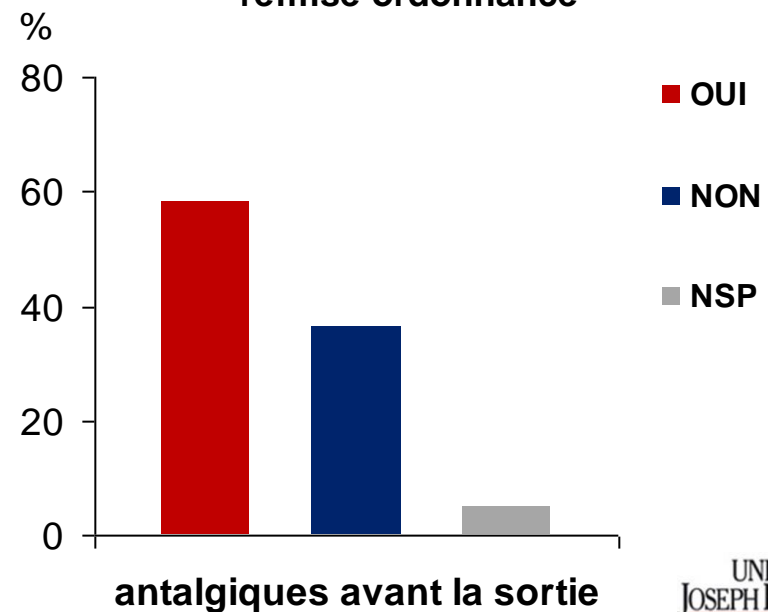
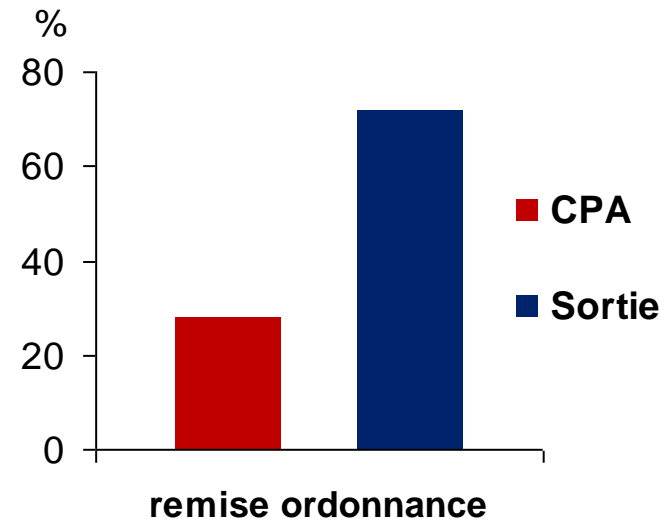
*N'hésitez pas à nous contacter en cas de besoin.*

*Les médecins anesthésistes-réanimateurs en accord avec les chirurgiens de votre hôpital.*

## ORDONNANCES D'ANTALGIQUES



**C'est le chirurgien qui signe le plus souvent l'ordonnance qu'il remet essentiellement à la sortie des patients avec parfois des antalgiques en fonction de l'heure de sortie....**



# Ambulatoire

- **Il est recommandé** lorsque l'indication opératoire s'y prête **d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques en injection unique pour la chirurgie ambulatoire.** La sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc est possible si une analgésie de secours, le port d'attelles, une information écrite aux patients, une assistance à domicile et des procédures précises d'appel ont été prévus

# Transfert direct en unité d'hospitalisation après ALR sans sédation

---

D'un point de vue technique, il est proposé que le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une **décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique**, si toutes les conditions suivantes sont remplies:

- patient de classe ASA 1, 2 ou 3 équilibré ;
- chirurgie sans risque vital ou fonctionnel postopératoire (accord chirurgical) ;
- utilisation d'une anesthésie locorégionale, périphérique, sans complication per-anesthésique, ni sédation ;
- respect d'un délai depuis l'injection d'anesthésique local supérieur à 45 min pour un bloc plexique du membre supérieur, à 60 min pour un bloc plexique du membre inférieur ;
- critères de sortie de SSPI remplis ;
- notation de ces critères dans le dossier médical ;
- décision de sortie directe portée dans ce dossier, avec le nom et la signature du médecin

**Il apparaît par ailleurs indispensable qu'une procédure soit écrite au niveau de l'établissement, détaillant le type de patients, le type de bloc nerveux, le score de sortie utilisés.**

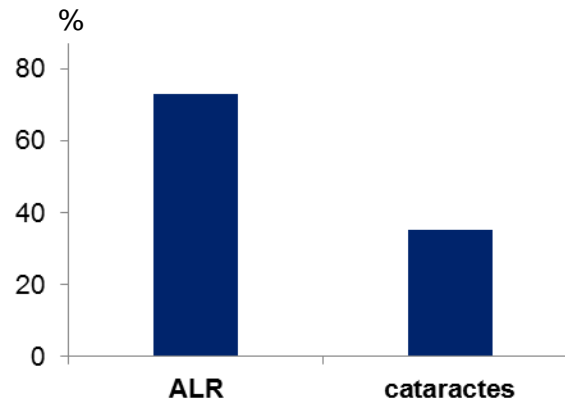
**Les patients bénéficient d'une surveillance identique à celle qu'ils auraient eue après un passage en SSPI. Idéalement, pour l'ambulatoire, cela se passe dans un espace dédié, de type salle de repos, avec des fauteuils, et une présence paramédicale**

## ASPECTS ORGANISATIONNELS

### SSPI

Pour certains actes de chirurgie, acceptez-vous que les patients ne passent pas par la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et retournent après la chirurgie dans le secteur ambulatoire (en dehors des anesthésies locales pures) ? **22 %**  oui  non

Si oui, pour quels actes ?



Si non, seriez-vous prêts à autoriser que certains patients ne transitent pas par la SSPI (hors anesthésies locales pures) ?

- Après consensus local SEUL **15 %**  oui  non
- Seulement après une décision de la SFAR **71 %**  oui  non
- Jamais **13 %**  oui  non



# Quels risques postopératoires?

## Développement des actes ambulatoires

-chirurgie ambulatoire: une des 12 politiques publiques prioritaires (4<sup>ème</sup> comite interministériel pour la modernisation de l'action publique (18/12/13))

Instruction DGOS décembre 2010: objectif à atteindre: **50% en 2016**

« Il est recommandé que l'éligibilité à l'ambulatoire repose sur l'analyse du

béné

charge et

**Comment gérer l'analgésie....à domicile après AL ou ALR ?**

ce

**Accord tort**

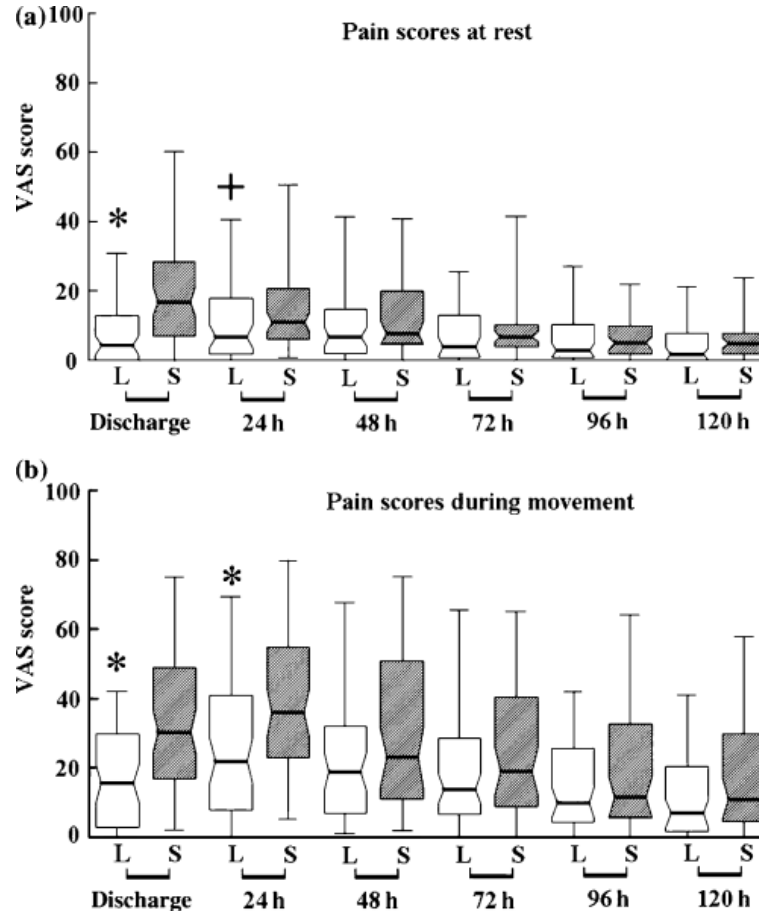
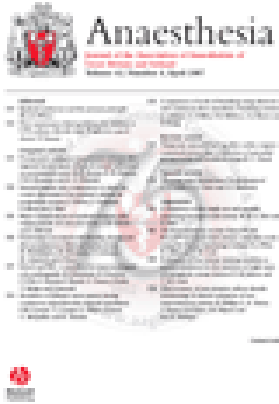
« Il est recommandé que la sélection des actes réalisés en ambulatoire soit fondée sur la **maîtrise des risques, de la durée et des suites de ces actes** ».

# Postoperative analgesia requirements at home after inguinal repair



	Acetaminophen (g)	Diclofénac (mg)	Tramadol (mg)	Patients using no analgesics
<b>0-24h</b>				
Group L	1 (0-3)	<b>0 (0-50) *</b>	0 (0-50)	<b>19 *</b>
Group S	2 (0-3)	0 (0-100)	0 (0-75)	<b>7</b>
<b>24-48h</b>				
Group L	1 (0-3)	0 (0-75)	0 (0-50)	<b>14</b>
Group S	2 (0-3)	0 (0-50)	0 (0-50)	<b>6</b>
<b>48-72h</b>				
Group L	1 (0-2.5)	0 (0-50)	0 (0-50)	<b>19</b>
Group S	1 (0-3)	0 (0-50)	0 (0-50)	<b>11</b>
<b>72-96h</b>				
Group L	1 (0-3)	0 (0-50)	0 (0-50)	<b>25</b>
Group S	1 (0-2.5)	0 (0-50)	0 (0-0)	<b>20</b>
<b>96-120h</b>				
Group L	0 (0-2.5)	0 (0-50)	0 (0-0)	<b>30</b>
Group S	0 (0-3)	0 (0-0)	0 (0-0)	<b>23</b>
<b>120-144h</b>				
Group L	0 (0-2)	0 (0-50)	0 (0-0)	<b>38</b>
Group S	0 (0-2)	0 (0-25)	0 (0-0)	<b>30</b>

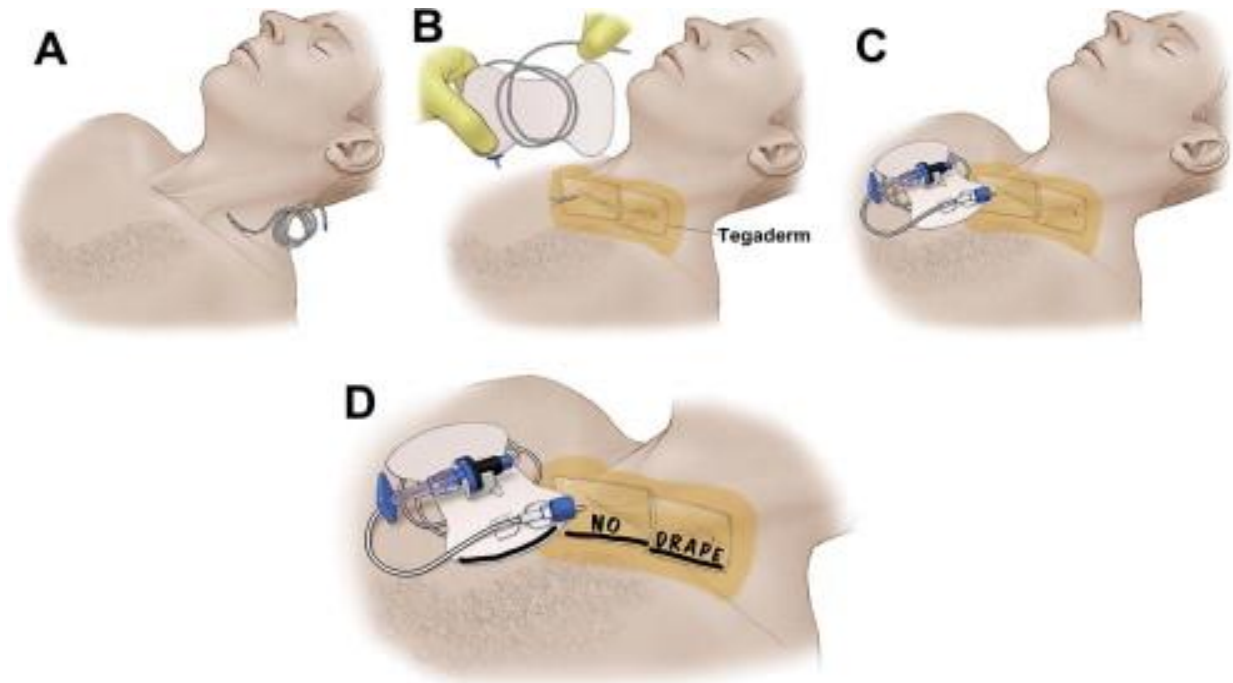
# Postoperative analgesia requirements at home after inguinal hernia repair: effects of wound infiltration on postoperative pain



Our multimodal pain protocol achieved reasonable results at rest, but a considerable number of patients experienced moderate to severe pain with movement.

# Analgesie loco-regionale à domicile

Ilfeld 2011  
Klein, 2003



# Analgésie loco-régionale à domicile

## Garder le contact !!

**Contrat de confiance entre les acteurs de la chirurgie ambulatoire, le patient et les acteurs de soins en VILLE: MT informé, surveillance par une IDE libérale formée ou par un réseau de soins en contrat avec la structure**

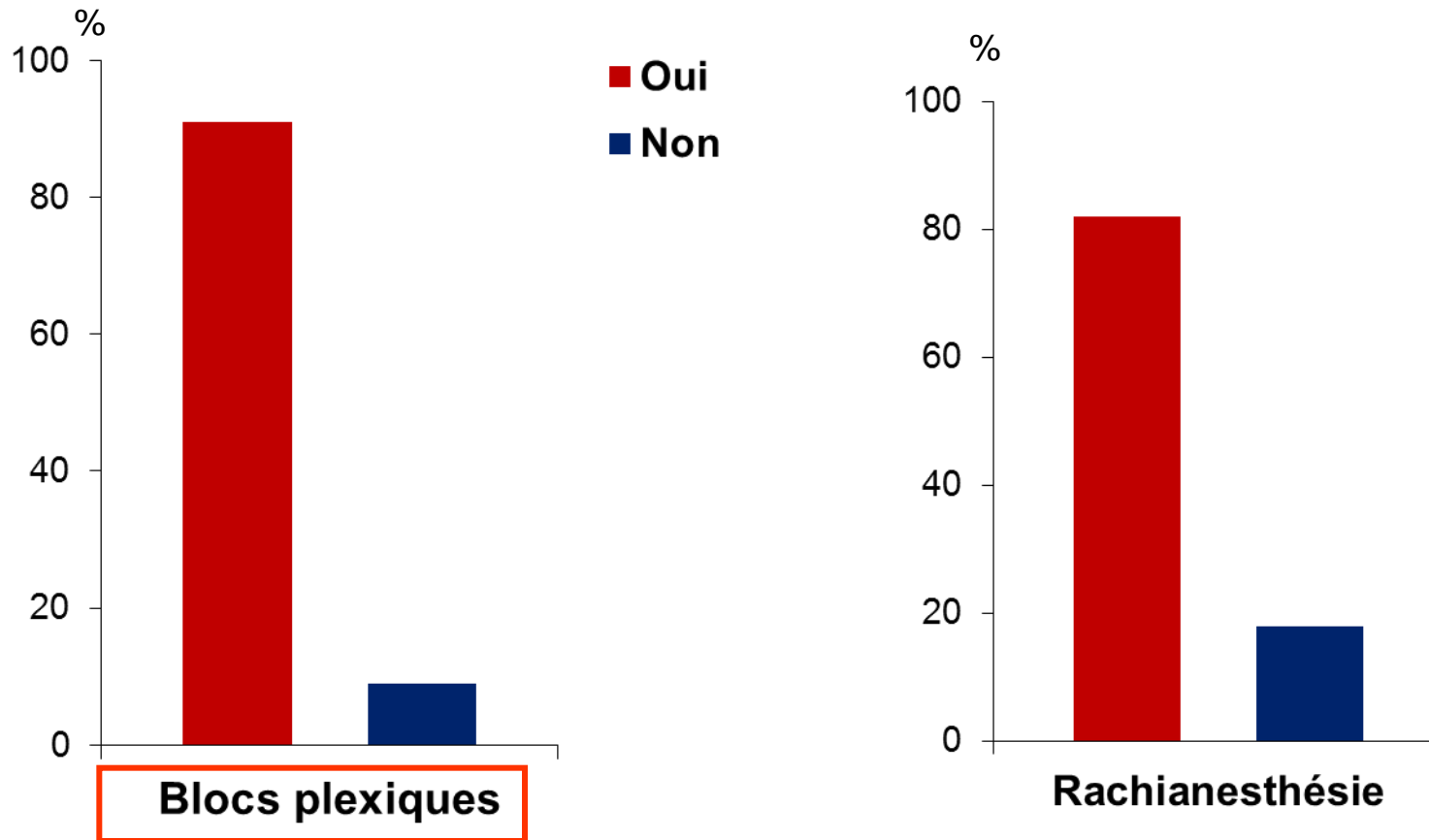




# Ambulatoire

- **Il est recommandé** lorsque l'indication opératoire s'y prête d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques en injection unique pour la chirurgie ambulatoire. La sortie du patient malgré l'absence de levée du bloc est possible si une analgésie de secours, le port d'attelles, une information écrite aux patients, une assistance à domicile et des procédures précises d'appel ont été prévus
- **Il est recommandé** lorsque des cathéters périnerveux sont envisagés pour traiter la DPO à domicile, que ces dispositifs soient réservés aux interventions dont la douleur postopératoire est totalement ou dans sa plus grande partie couverte par le bloc péri nerveux.
- **Il est recommandé** lorsque des cathéters périphériques sont utilisés pour traiter la DPO à domicile qu'un contact téléphonique quotidien soit réalisé

## ALR EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



44% des médecins administrent un opioïde

62% des médecins n'attendent pas la levée du bloc

21% des médecins positionnent un cathéter surveillé dans 71% par une IDE en ville

# Impact de la douleur post-opératoire

Conséquences négatives d'une analgésie post-opératoire inefficace:

- Thrombose veineuse profonde
- Embolie pulmonaire
- Ischiémie coronarienne ou IDM
- Pneumopathie
- Mauvaise cicatrisation tissulaire
- Insomnie
- Demoralisation
- **Chronicisation de la douleur**
- Dysfonction cognitive

Apfelbaum JL, et al. *Anesth Analg*. 2003;97:534-540.

Carr DB, Goudas LC. *Lancet*. 1999;353:2051-2058.

Kehlet H, Holte K. *Br J Anaesth*. 2001;87:62-72.



# Risque de développement d'une douleur chronique post-chirurgicale (DCPC)

## Définition (Macrae, 1999):

- Douleur apparaissant **après une chirurgie**
- Douleur persistant **plus de 2 mois après** la chirurgie
- **Autres causes de douleur éliminées**: infection, récurrence tumorale..
- Douleur **sans lien avec la douleur préopératoire**

	Douleur chronique estimée	Douleur sévère estimée (EVA > 5/10)
Amputation	30-50%	5-10%
Chirurgie du sein	20-30%	5-10%
thoracotomie	30-40%	10%
Hernie inguinale	10%	2-4%
Pontage coronaire	30-50%	5-10%
Césarienne	10%	4%

# Risque de développement d'une douleur chronique post-chirurgicale (DCPC)

## Définition (Macrae, 1999):

- Douleur apparaissant **après une chirurgie**
- Douleur persistant **plus de 2 mois après** la chirurgie
- **Autres causes de douleur éliminées**: infection, récurrence tumorale..
- Douleur **sans lien avec la douleur préopératoire**

	Douleur chronique estimée	Etude EDONIS (3120 patients)
Saphénectomie		19%
Chirurgie du sein	20-30%	37%
thoracotomie	30-40%	33%
Hernie inguinale	10%	12%
Arthroscopie de genou		16%
Césarienne	10%	24%

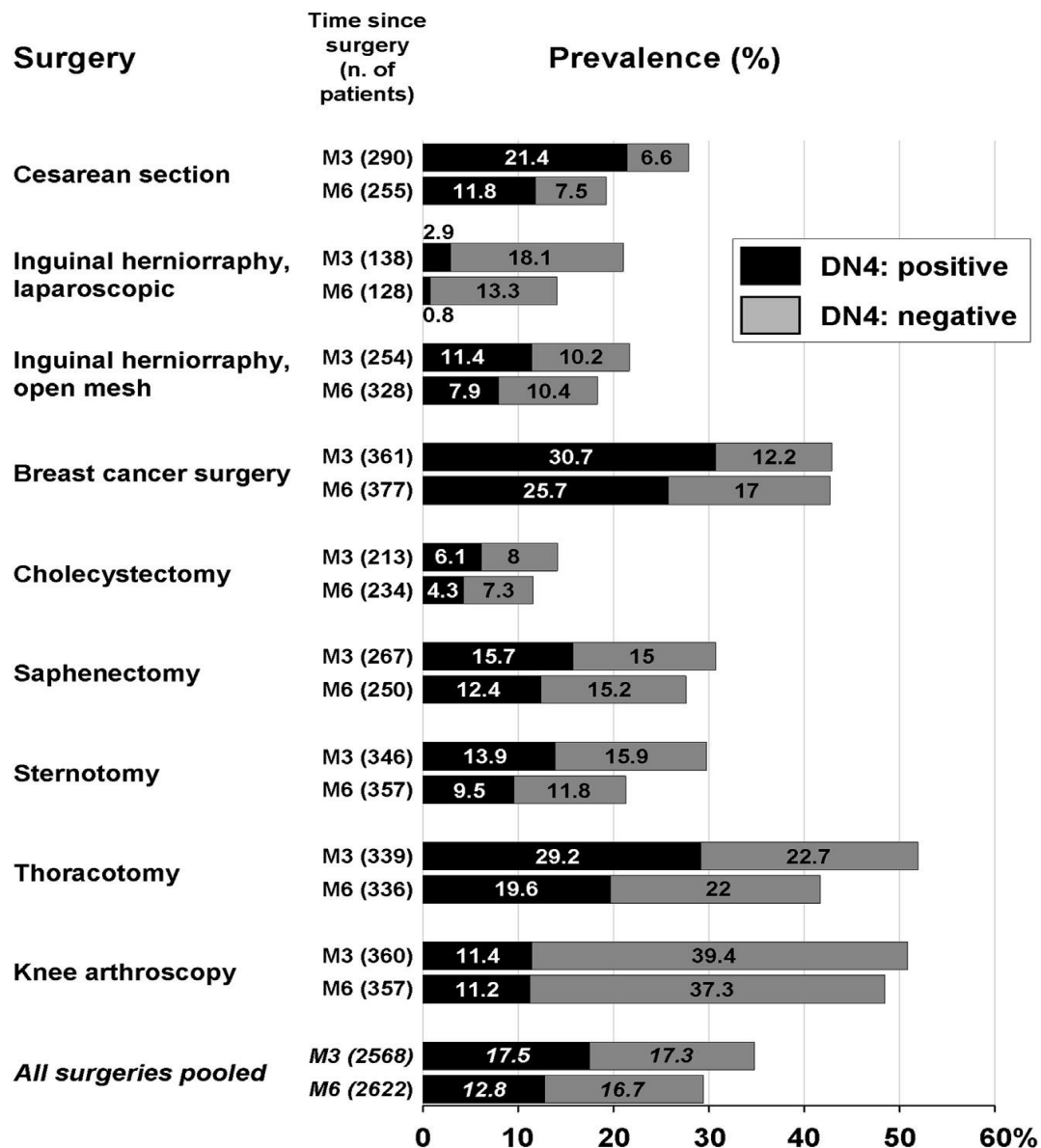


# Neuropathic Aspects of Persistent Postsurgical Pain: A French Multicenter Survey With a 6-Month Prospective Follow-Up

Dualé, 2014

Description of the reported prevalence for **PSPP** for each subcohort and for the whole cohort, depending on the time of assessment (ie, at the third and sixth months after surgery, hereby named **M3** and **M6**, respectively), and the response to the DN4 (positive:likely to be neuropathic).

Prevalence is expressed as percentage of the patients for which complete information about PSPP was available at each time.



# Idées « fortes » sur les conséquences du développement des actes ambulatoires

## - **Court circuit SSPI.**

- Respect des recommandations Sociétés et Agences + traçabilité.

## - **Douleur (à domicile):**

- Intérêt des **protocoles consensuels** (analgésie multimodale)
- Avantages d'un **passport** ambu avec des **ordonnances** remises et expliquées au patient en amont
- Aucune technique d'anesthésie et l'analgésie n'est proscrite mais **attention au relais analgésique**
- Le risque de **DCPC** n'est pas nul