



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2016

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Anne-Charlotte THOMAS

Le 27 septembre 2016

PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DE LA CHIRURGIE DE L'ÉPAULE

Enquête auprès des patients du Centre Chirurgical Émile Gallé

et de leurs médecins traitants

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François SIRVEAUX

Président

M. le Professeur François DAP

Juge

M. le Professeur Laurent GALOIS

Juge

M. le Docteur Olivier BOUCHY

Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseeurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE- Gérard BARROCHE
Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL- Pierre BORDIGONI
Jacques BORRELLY -Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANCON - Jean-Claude BURDIN
Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE- François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE
Jean-Bernard DUREUX – Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER
Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI -Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL Pierre
MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL -Antoine RASPILLER - Denis REGENT
Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT -Michel SCHMITT Michel SCHWEITZER
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER
Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT- Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY
Professeur Jean-Pierre CRANCE -Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ- Professeure Simone GILGENKRANTZ

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD

Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition) Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER

Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE

Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeure Gisèle KANNY- Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSARD

Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE –
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston
(U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK
(1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

À notre Maître Président du Jury et Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur François SIRVEAUX

Professeur de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse et de nous avoir proposé ce sujet passionnant. Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans vos conseils avisés et votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François DAP

Professeur de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique

Vous nous honorez par votre présence en participant à notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'attention que vous portez à notre travail, soyez assuré de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Laurent GALOIS

Professeur de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Nous vous remercions d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à notre jury de thèse. Vous nous faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

À notre co-directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Docteur en Médecine Générale

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement qui nous a été indispensable par la suite. Votre écoute et vos précieux conseils nous ont permis de mener à bien cette étude. Merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance de notre profond respect.

À Stéphane, pour ton amour et ton soutien au quotidien. Merci pour tout.

À mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel depuis le début, d'avoir contribué à ma réussite dans les études et pour toute votre affection. Sans vous, rien n'aurait été possible.

À ma sœur Hélène, mais aussi ex-colocataire, complice et bientôt future consœur, merci pour ton précieux soutien. Je t'adore.

À mon frère Édouard, pour toutes les merveilleuses années passées à tes côtés et ta générosité, je t'adore.

À Nico, pour ta gentillesse et tes talents d'imitateur, à nos prochains voyages en famille.

À Lorraine, avec toute mon affection.

À mes grands-parents, Nanette, Françoise et Robert, merci pour toute votre affection, votre soutien et d'avoir participé à la relecture de ma thèse. Vous comptez beaucoup pour moi. **Pupuck**, j'aurais tant aimé que tu sois là.

À toute ma famille, pour tous les bons moments partagés ensemble et à venir.

À Jeanne et Martial mes beaux-parents, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille et pour votre soutien.

À Mathilde ma belle-sœur, pour ta bienveillance et ta joie de vivre, c'est toujours un plaisir de te retrouver.

À Christelle, à nos souvenirs de P1.

À mes amis de médecine, Mélanie, Audrey, Cécile, Marine, Hervé, Isabelle, Philippe, Bertrand et Julie en souvenirs de nos révisions à la BU mais surtout de nos soirées médecines et virées en Lupo ou Mini... c'est toujours un bonheur de vous retrouver. Merci de m'avoir soutenue dans les moments de doutes. Et à vos moitiés **David, Maxime, Badou, Marion et Jérôme**.

À la famille Formery, pour nos soutiens mutuels.

À mes co-internes, pour votre soutien lors de mes stages, plus particulièrement à **Marie-Astrid et Jonathan** de la Team UPUP.

Aux patients, médecins généralistes et personnel du Centre Chirurgical Émile Gallé qui m'ont permis de mener à bien cette étude.

Table des matières

I.	Introduction.....	17
A.	Historique	18
B.	Législations actuelles	19
C.	Développement de la chirurgie ambulatoire : statistiques	20
D.	Déroulement d'une procédure de chirurgie ambulatoire.....	22
1.	Eligibilité des patients.....	22
2.	Techniques anesthésiques et chirurgicales	23
3.	Prévention des complications en postopératoire.....	24
4.	Modalités de sortie du patient.....	26
5.	Continuité des soins.....	26
E.	Bénéfices de la chirurgie ambulatoire	29
F.	Complications	30
1.	En chirurgie ambulatoire	30
2.	Réparation coiffe de la des rotateurs/arthroscopie d'épaule	31
3.	Chirurgie stabilisatrice de l'épaule	33
G.	Rééducation	35
1.	Réparation de la coiffe des rotateurs.....	35
2.	Butée coracoïdienne.....	35
II.	Article	36
A.	Introduction.....	39
B.	Matériel et méthodes	40
1.	Techniques chirurgicales et anesthésiques	41
2.	Antalgie en postopératoire	43
3.	Rééducation	43
4.	Relais hôpital-ville.....	43
5.	Analyses statistiques	44
C.	Résultats	45
1.	Population	45
2.	Satisfaction des patients	46
3.	Evolution de la douleur en postopératoire	48
4.	Retentissement fonctionnel.....	50
5.	Lien patient-médecin traitant-chirurgien.....	51
6.	Difficultés et attentes de médecins généralistes	52
C.	Discussion.....	52
D.	Conclusion	55

III.	Conclusion	58
A.	Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France	59
B.	La chirurgie ambulatoire de l'épaule dans notre étude	60
1.	Satisfaction	60
2.	Gestion de la douleur	60
3.	Difficultés fonctionnelles	61
4.	Information des médecins généralistes	62
C.	Perspectives	63
1.	Protocole d'accompagnement de retour à domicile	63
2.	Télémédecine.....	65
3.	Proposition d'un parcours de soin pour la chirurgie ambulatoire de l'épaule	66
IV.	Références bibliographies	67
V.	Documents annexes.....	73
A.	Liste des abréviations	74
B.	Annexe 1. Score de Chung	75
C.	Annexe 2. Questionnaire d'appel à J1	76
D.	Annexe 3. Questionnaire patient.....	77
E.	Annexe 4. Questionnaire médecin traitant.....	80

I. Introduction

A. Historique

La chirurgie ambulatoire est née il y a un peu plus d'un siècle en Écosse, puis elle a connu un développement considérable aux États-Unis. Dans les années soixante, deux programmes officiels avaient été mis en place dans les centres hospitaliers de Californie et de Washington. Cette alternative à l'hospitalisation complète connaît ensuite un essor rapide à partir des années 1970 avec l'ouverture de plusieurs centres dans tout le pays, afin de réduire les coûts hospitaliers et de désengorger les lits d'hôpitaux. La plupart des mutuelles de santé américaines avaient établies des listes d'interventions comportant des actes à réaliser en ambulatoire pour être remboursés. La chirurgie ambulatoire a également connu un développement au Canada et dans plusieurs pays Européens dont la Grande-Bretagne, pionner Européen, à partir des années 1970, pour connaître une croissance rapide à partir de 1980 (1).

En France, il faut attendre la fin des années 1990 pour que se développe la chirurgie ambulatoire dont la réglementation juridique a été confirmée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, celle-ci intègre la chirurgie ambulatoire dans la carte sanitaire, soumet la création et l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (2). Puis, l'arrêté du 7 janvier 1993 en donne la définition suivante : « *La chirurgie ambulatoire est l'ensemble des actes chirurgicaux et/ou d'explorations programmées réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésies de modes variables, et suivie d'une surveillance post-opératoire prolongée permettant sans risque majeur la sortie du patient le jour même de son admission* » (3).

Cette définition tient compte de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 « *Les établissements de santé publiques ou privés ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées* » et du décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation « *Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans les conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire* » (4) (5).

En 2010, la chirurgie ambulatoire a été élevée au rang de « priorité nationale » par le ministère de la santé.

B. Législations actuelles

La chirurgie ambulatoire est réglementée par les articles D6124-301 à 305 du Code de Santé Publique (CSP) :

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. »

« Les prestations délivrées 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. » (6).

C. Développement de la chirurgie ambulatoire : statistiques

Le développement de la chirurgie ambulatoire est en constante progression en France, le taux est passé à 42,7% en 2013 contre 33,6% en 2008 (15% environ pour l'arthroscopie de l'épaule) selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Malgré la progression en France, d'autres pays la pratiquent d'avantage : 70% en Angleterre et en Europe du Nord, 83% aux États-Unis (7).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de recours à la chirurgie (pour 1 000 habitants)	78.4	79.5	79.8	81.8	82.7	82.8
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1 000 habitants)	26.4	28.8	30.2	32.3	33.7	35.3
Taux de chirurgie ambulatoire	33.6%	36.2%	37.8%	39.5%	40.8%	42.7%
		évolution 2008/2009	évolution 2009/2010	évolution 2010/2011	évolution 2011/2012	évolution 2012/2013
		7.6%	4.4%	4.5%	3.2%	4.6%

Tableau 1. Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2008-2013, ATIH

De plus, il existe une disparité du taux de chirurgie ambulatoire entre les différentes régions de France métropolitaine, elle varie entre 38% et 48%. La prise en charge de la chirurgie ambulatoire est plus élevée en Corse, Guadeloupe, Réunion, l'île de France et Provence Alpes Côte d'Azur.

En Lorraine, le taux de prise en charge en ambulatoire en 2013 est de 40,7%, ce taux reste toujours inférieur à la moyenne nationale, malgré une augmentation de 2,5% par rapport à 2011 (7).

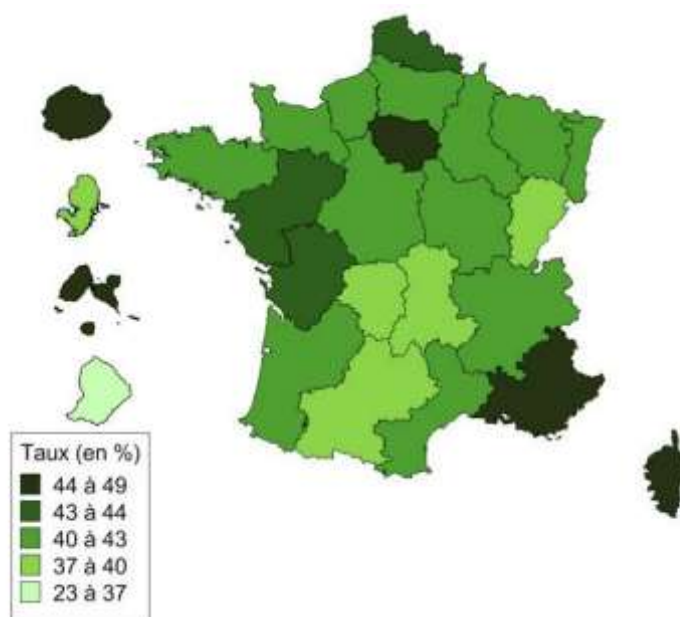


Figure 1. Taux de chirurgie ambulatoire par région en 2013, ATIH

Afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes avec hospitalisation d'au moins une nuit sont dans certains établissements hospitaliers soumis à l'accord préalable du service médical d'assurance maladie. Cette procédure concerne 55 gestes chirurgicaux. Dans la chirurgie de l'épaule seraient concernées : l'acromioplastie sans prothèse par abord direct ou par arthroscopie, l'arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule par arthroscopie, la capsuloplastie antérieure ou postérieure de l'articulation scapulohumérale par arthroscopie, la réparation du bourrelet glénoïdal scapulohuméral par arthroscopie.

D. Déroulement d'une procédure de chirurgie ambulatoire

1. Eligibilité des patients

Il est nécessaire de prendre en compte la balance bénéfice/risque pour le patient, afin que le geste soit réalisé en toute sécurité et d'éviter les complications postopératoires. Cette éligibilité est dépendante du triptyque patient-acte-structure. Le patient doit accepter la chirurgie ainsi que la prise en charge en ambulatoire (1).

En effet, selon l'article L.1111-4 du CSP : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » (8).

Cette étape a pour but de diminuer les hospitalisations conventionnelles suite à la chirurgie ou les réadmissions les jours suivants.

Les critères anesthésiques : les patients doivent être risque American Society of Anesthesiologists (ASA) 1,2 ou éventuellement 3 stable, les douleurs doivent être maîtrisables par une antalgie per os ou une technique d'anesthésie locorégionale.

Les critères chirurgicaux : les actes chirurgicaux doivent être planifiés et de courte durée, à faible risque hémorragique et de complication respiratoire (9).

Les facteurs d'exclusion sont rares bien que dépendants du chirurgien et de l'anesthésiste. Par exemple l'âge, l'obésité ou l'éloignement de la structure de soins ne sont pas des facteurs limitants. Par contre, toute pathologie psychiatrique compromettant la collaboration avec l'équipe médicale n'est pas éligible à la chirurgie ambulatoire. Le patient doit être accompagné à domicile par un adulte responsable, et en fonction de l'acte pendant la première nuit (1).

2. Techniques anesthésiques et chirurgicales

Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique en ambulatoire. Tous les agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares peuvent être utilisés. Pour faciliter le mode de prise en charge ambulatoire, il est plus raisonnable d'utiliser des agents d'anesthésie à durée de vie courte et aux effets secondaires réduits (10).

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) recommande d'associer l'anesthésie générale à l'anesthésie locorégionale dans la chirurgie de l'épaule (10).

D'après Zoremba et al. l'association de l'anesthésie générale au bloc interscalénique n'améliore pas la récupération postopératoire par rapport à l'anesthésie générale seule, mais le contrôle de la douleur ainsi que l'Échelle Visuelle Analogique (EVA) sont améliorés (11).

Le bloc interscalénique permet de réduire l'utilisation d'Antalgie Contrôlée par le Patient (PCA) de morphine et donc les effets indésirables induits par les opiacés après une chirurgie de l'épaule (12). De plus, il permettrait de réduire le taux de réadmission à l'hôpital quand il est associé à l'anesthésie générale (18% de risque en moins) (13).

D'après Singh et al., le bloc interscalénique est un succès dans 99,9% des cas. 99,06% des patients sont satisfaits ou très satisfaits et 97,8% des patients voudraient un bloc dans le futur. Dans cette étude, il n'a été relevé que 2,88% d'effets indésirables (14).

L'acte chirurgical est identique en chirurgie ambulatoire et en chirurgie classique avec une hospitalisation complète (1).

3. Prévention des complications en postopératoire

a) Douleur

La maîtrise de la douleur est indispensable à la réussite de la chirurgie ambulatoire. Elle nécessite aussi une bonne observance du patient de son traitement.

Les ordonnances d'antalgiques doivent préciser les horaires de prise systématiques et éventuellement l'utilisation de paliers plus élevés d'antalgiques si nécessaire. Il est recommandé d'expliquer les modalités de prise des antalgiques dès la consultation préopératoire d'anesthésie ou de chirurgie, avec remise de l'ordonnance au patient (10). D'après Lemarie et al., les patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale associée à une prescription d'antalgiques lors de la consultation d'anesthésie sont deux fois moins algiques que les patients ayant reçu l'ordonnance en postopératoire (15).

Pour la gestion de la douleur, il est également recommandé d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'autres méthodes. Pour les patients bénéficiant d'une prise en charge postopératoire de la douleur par bloc locorégional à domicile, leur médecin traitant doit en être informé avant la sortie (10).

Il est recommandé d'évaluer par l'EVA et de prendre en charge rapidement une douleur postopératoire et de la réévaluer avant la sortie du patient (16).

b) Nausées et vomissements

L'administration d'antiémétiques prophylactiques est recommandée chez les patients à haut risque de nausées et vomissements postopératoire. Il est possible de réduire ce risque en utilisant les techniques d'anesthésie les moins émétisantes, et de diminuer l'utilisation des morphiniques (10).

c) Thromboembolique

Le risque est faible en chirurgie ambulatoire. La prévention pharmacologique est à définir en fonction du risque de la chirurgie, au cas par cas (10).

4. Modalités de sortie du patient

Des scores peuvent être utilisés afin d'évaluer l'aptitude du patient à rentrer à domicile. Par exemple, le score de Chung (annexe 1) est souvent utilisé, celui-ci prend en compte les constantes vitales, la déambulation, les nausées et vomissements, la douleur et les saignements chirurgicaux. Un score supérieur ou égal à neuf est nécessaire pour la sortie du patient à domicile.

L'autorisation de sortie est sous la responsabilité du chirurgien et/ou de l'anesthésiste. Si le patient n'est pas en mesure de sortir, il sera admis en hospitalisation complète.

Le patient doit recevoir les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, avec remise d'un numéro d'urgence pour assurer la bonne continuité des soins lors du retour à domicile (6).

5. Continuité des soins

a) L'appel du lendemain

Le suivi du patient est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention. Celui-ci permet de rappeler les consignes postopératoires, de surveiller les douleurs postopératoires et de s'assurer que le patient ne présente pas d'effets indésirables nécessitant une réhospitalisation.

Il n'y a pas de questionnaire type pour l'appel à J1, il est propre à chaque structure. En règle générale, ce sont les infirmiers du service qui appellent les patients le lendemain de l'intervention à l'aide d'un questionnaire type. Celui-ci s'intéresse notamment à la douleur ressentie par le patient à l'aide de l'Échelle Numérique (EN), lors de sa première nuit passée à domicile et au moment de l'appel.

Il s'agit aussi de s'assurer que le patient a pris ses antalgiques de façon systématique, et de vérifier la tolérance (effets secondaires...) et l'efficacité du traitement médicamenteux.

Peu d'études ont étudié l'impact de l'appel à J1. Le centre hospitalier de Lyon Sud avait réalisé une étude avec un questionnaire du lendemain pour l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire (toutes chirurgies confondues) sur une année. Le taux de réponse était seulement de 66%, les raisons d'absence de réponse ne sont pas connues, le patient étant informé de l'appel à la sortie. Aucune douleur n'avait été rapportée par 59 % des patients par contre elle était sévère voire très forte chez 2% des patients. Il n'y avait pas eu de problème lors du retour à domicile pour 99% des patients, seulement 1% des patients avaient dû appeler leur médecin traitant lors du retour à domicile soit pour une ordonnance ou une information complémentaire. Seulement 0,3% des patients n'étaient pas satisfait de leur séjour (17).

Une revue de la Cochrane Library avait référencé 33 études qui incluaient 5110 patients. Le suivi téléphonique était fait dans le mois qui suivait l'intervention. Du fait de la mauvaise qualité méthodologique des études, il n'avait pas pu être conclu que le suivi téléphonique ait un effet positif (18).

Une revue plus récente de 3 articles objectivait que l'impact de l'appel à J1 sur le vécu des patients était très positif mais son intérêt était mal évalué en chirurgie ambulatoire. En effet, aucun des articles n'avait rapporté de différence significative de l'appel sur le taux de réadmissions. Deux études examinaient l'impact de l'appel après la sortie sur le taux de visites aux urgences, celui-ci n'était pas significatif (19).

b) Rôle du médecin traitant

La continuité des soins est une obligation en chirurgie ambulatoire, elle doit être organisée par la structure. La SFAR recommande un partage d'informations entre les acteurs de la structure et la coordination des soins avec la médecine de ville. L'ensemble de ses acteurs, doivent organiser le suivi du patient après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, et de ses antécédents. Les documents nécessaires à la continuité des soins doivent être remis au patient lors de sa sortie (10).

D'après l'Association Française d'Urologie (AFU), le médecin traitant doit être informé de la décision de prise en charge ambulatoire dès la consultation de programmation. De plus il est recommandé de lui transmettre toutes les informations utiles à la prise en charge postopératoire (compte rendu opératoire et d'hospitalisation, les consignes avec les suites prévisibles, l'ordonnance et les modalités de continuité des soins) (16).

Les complications postopératoires surviennent parfois après les 24 heures qui suivent l'hospitalisation. Le patient peut donc être amené à consulter son médecin traitant, cependant celui-ci n'a pas forcément les éléments pertinents à délivrer à son patient par manque d'informations.

Une étude de 2010 de la Ligue nationale contre le cancer montrait que seulement 48% des médecins généralistes interrogés étaient satisfaits de l'information donnée par leurs correspondants chirurgiens ou oncologues (20).

Une étude sur la prise en charge du patient laryngectomisé total objectivait que plus de 75% des médecins généralistes étaient insatisfaits des échanges effectués et 66% d'entre eux estimaient que leur rôle dans le suivi de ces patients n'était pas assez pris en compte. De plus, 75,6% des médecins déclaraient avoir des difficultés dans la prise en charge de ces patients (21).

Il en était de même dans une autre étude sur le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Les médecins généralistes révélaient rencontrer plusieurs difficultés dont le manque de temps, de connaissances et de communications avec l'équipe hospitalière (22).

A notre connaissance, il n'y a pas eu d'études évaluant les attentes des médecins généralistes en chirurgie orthopédique ainsi que leurs relations avec les patients.

E. Bénéfices de la chirurgie ambulatoire

Elle permet la réduction des coûts pour les établissements de santé et l'assurance maladie, d'optimiser l'organisation et les ressources des plateaux techniques de chirurgie, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux par une limitation de l'exposition aux infections nosocomiales, la diminution des complications thromboemboliques.

Une enquête du Programme National Inter-Régimes (PNIR) de l'assurance maladie d'octobre 2003 avait montré que 90% des patients étaient satisfaits de la prise en charge ambulatoire, et 81% des français seraient prêts à recourir à la chirurgie ambulatoire (23). Dans une étude de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) de 2001, le patient était non demandeur dans 21 à 36% des cas, l'autre motif de refus étant l'insuffisance de relation avec le médecin généraliste dans 18% des cas (24).

F. Complications

1. En chirurgie ambulatoire

Plusieurs études ont déjà été réalisées pour la chirurgie viscérale en ambulatoire. Une revue Cochrane incluant six essais comparait la cholécystectomie laparoscopique en chirurgie ambulatoire contre la chirurgie avec une nuit d'hospitalisation. Les résultats principaux reposaient sur la mortalité à court et moyen terme, les événements indésirables et la qualité de vie. Il n'a pas été démontré de différences significatives sur ces critères. Il n'y avait également pas de différences significatives entre les deux groupes concernant les critères de jugements secondaires qui étaient : la douleur, le temps nécessaire pour reprendre une activité, la reprise du travail, les réadmissions à l'hôpital (25).

Le symptôme le plus fréquemment retrouvé le lendemain d'une chirurgie ambulatoire était la douleur d'après Mattila et al.(26). Dans les trente jours suivant la chirurgie ambulatoire, environ 5% des patients seraient réadmis à l'hôpital, un tiers d'entre eux en raison de la douleur (27). Selon Massa et al. la douleur serait la première cause de consultation en ville suite à une chirurgie ambulatoire, et elle représenterait 20% des causes de réhospitalisation (28).

2. Réparation de la coiffe des rotateurs/arthroscopie d'épaule

a) Douleur

Une étude sur la douleur après arthroscopie de l'épaule retrouvait un rebond douloureux à J1 et J2 par rapport au jour de l'intervention avec respectivement des EVA à 2,8 et 3,3. L'EVA revenait significativement inférieure à sa période préopératoire qu'à J30. Les EVA étaient plus élevées chez les patients opérés dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. De plus, il n'y avait pas de corrélation significative entre les EVA en postopératoires immédiats et l'EVA à un an (29).

b) Infections

Pauzenberger et al. avaient évalué l'incidence des infections suite à une arthroscopie de la coiffe des rotateurs sur une durée de 10 ans, ainsi que les facteurs de risque et l'efficacité d'une antibioprophylaxie péri opératoire dans la réduction des infections. L'étude rétrospective de 3294 patients, objectivait un taux d'infection à 8,5/1000 (le germe le plus identifié était le staphylococcus épidermidis), l'infection survenait en moyenne 28,9 jours après l'opération. L'administration d'antibioprophylaxie réduisait l'infection de 1,54% à 0,28%, elle était donc recommandée pour toutes les réparations de coiffe sous arthroscopie (30).

c) Récupération fonctionnelle

Mattila et al. s'étaient intéressés à l'évaluation de la qualité de récupération en postopératoire des patients ayant subi une chirurgie d'hernie inguinale, cholécystectomie, arthroscopie de l'épaule et du genou en ambulatoire. Les données étaient collectées en préopératoire et une semaine après la sortie à l'aide du RAND-36. Il s'agit d'un questionnaire composé de 36 items évaluant notamment : la fonction physique, la douleur, le fonctionnement social, la psychologie et la vitalité. Le score est gradué de 0 à 100, le score maximal de 100 reflétant une très bonne qualité de vie. Le score était statistiquement significatif pour la fonction physique et la douleur notamment pour le groupe ayant eu une arthroscopie de l'épaule. (31)

d) Complications thromboemboliques

D'après Schick et al., les complications thromboemboliques sont rares après arthroscopie de l'épaule, elles représentaient un taux d'environ 0,15%, et 53,3% des thromboses veineuses profondes survenaient aux membres supérieurs. Les variables étudiées (âge, tabagisme, anticoagulation en postopératoire, dispositif de compression et temps chirurgical), n'avaient pas démontré de risque significatif de développer une thrombose veineuse profonde après arthroscopie de l'épaule (32).

e) En chirurgie ambulatoire

Peu d'études ont été réalisées sur l'arthroscopie de l'épaule en ambulatoire. Une étude prospective de 60 patients comparait l'hospitalisation conventionnelle à la chirurgie ambulatoire suite à la réparation de coiffes des rotateurs. Le résultat fonctionnel était le même à six mois, il n'y avait pas de réhospitalisation dans les deux groupes. 4 patients sur 30 regrettaient l'ambulatoire et 25/30 le recommandaient à un proche (33).

3. Chirurgie stabilisatrice de l'épaule

a) Généralités

Il existe deux techniques chirurgicales pour les instabilités antérieures de l'épaule : l'intervention de Latarjet ou butée osseuse coracoïdienne et l'intervention de Bankart. La butée de l'épaule selon Latarjet peut être pratiquée soit de façon mini-invasive, soit plus récemment par arthroscopie.

Selon An et al. la procédure de Latarjet conférait significativement moins de risque de récurrence de luxation. Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les deux procédures sur le taux de complications nécessitant une réhospitalisation (34).

La butée coracoïdienne à ciel ouvert reste la technique de référence en Europe, même si les techniques arthroscopiques se développent. Le taux de complications selon les études était de 25% à 30%, les lésions étaient principalement neurologiques, des récurrences de l'instabilité gléno-humérale, des infections et des hématomes. Cependant, les complications ont été résolues dans la majorité des cas (35) (36) (37).

b) En ambulatoire

Nous avons retrouvé une seule étude comparant la chirurgie ambulatoire dans les stabilisations de l'épaule selon Latarjet à l'hospitalisation conventionnelle. Sur les 46 patients qui étaient inclus (17 dans le groupe ambulatoire et 29 dans le groupe hospitalisation conventionnelle), aucune différence significative n'avait été objectivée sur le critère de jugement principal qui était l'échec du mode d'admission par l'hospitalisation du patient opéré en ambulatoire ou par la réhospitalisation la première semaine. Les patients du groupe ambulatoire avaient significativement moins mal le soir à J0 mais significativement plus à J1. En termes de satisfaction des patients concernant les résultats obtenus, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (38).

G. Rééducation

1. Réparation de la coiffe des rotateurs

La rééducation est entreprise à partir du premier jour en fonction de la taille de la lésion et du type de réparation, avec une récupération des amplitudes articulaires de façon passive douce et non douloureuse. Le travail pendulaire est débuté dès les premiers jours postopératoires. L'élévation antérieure est commencée en position couchée puis assise et debout. Le travail des rotations est différé de quelques jours en fonction de la douleur.

Plusieurs études avaient comparé la mobilisation passive précoce à l'immobilisation après une réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie. Aucune différence significative n'avait été démontrée entre les deux techniques. Il semblerait que l'immobilisation passive donne de meilleurs résultats pour les mouvements en rotation externe, en élévation antérieure et un score de Constant plus élevé (39) (40).

2. Butée coracoïdienne

La rééducation est débutée dès le lendemain de l'intervention, afin de maintenir la mobilité ainsi que la force de l'extrémité distale du membre supérieur et la mobilité passive de l'épaule. Le patient bénéficie d'un protocole d'auto rééducation en mobilisation passive en étirement type Liotard. Une écharpe simple est conservée quatre semaines.

II. Article

Chirurgie ambulatoire de l'épaule : enquête auprès des patients et de leurs médecins traitants.

Shoulder ambulatory surgery : survey among patients and their general practitioners.

Auteurs : Thomas A, Bouchy O, Dap F, Galois L, Sirveaux F

Résumé

Introduction : La pratique de la chirurgie ambulatoire de l'épaule reste encore limitée en France. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes des patients et médecins généralistes après une chirurgie ambulatoire de l'épaule en termes de satisfaction et sur le plan de la douleur et fonctionnel. Evaluer le lien médecin traitant-patient-chirurgien en postopératoire.

Méthodes : Une étude observationnelle prospective menée du 1^{er} mars au 30 juin 2016 a inclus l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie ambulatoire de l'épaule (par technique arthroscopique ou à ciel ouvert) ainsi que leurs médecins traitants. Un questionnaire était remis aux patients et médecins traitants un mois après l'intervention, ceux-ci nous ont servis de base pour notre évaluation.

Résultats : 30 patients ainsi que leurs médecins traitants ont été inclus dans l'étude avec un recul moyen d'un mois. L'âge moyen des patients était de 47,6 +/-13,9 ans (17-68) et des médecins généralistes de 54,9 +/-7,8 ans (39-66). Tous les patients étaient satisfaits de l'appel à J1, 25 patients (83,3%) étaient satisfaits du traitement et 28 patients (93,3%) seraient prêts à refaire la même intervention en ambulatoire. La douleur maximale survenait en moyenne 3 jours après l'intervention. Les difficultés fonctionnelles étaient majoritairement pour l'habillage, pour dormir et la toilette. 5 patients (20%) avaient sollicité leurs médecins traitants et 4 (13,3%) souhaiteraient une consultation systématique auprès de leurs médecins traitants une semaine après l'intervention. 26 (80%) des médecins généralistes estimaient avoir reçu les informations nécessaires mais seulement 14 (46,7%) connaissaient les consignes postopératoire d'une chirurgie de l'épaule.

Conclusion : Ces résultats satisfaisants sont encourageant pour le développement de la chirurgie ambulatoire de l'épaule. Les médecins traitants n'ont pas rencontré de difficultés particulières, mais il semble important de rappeler les consignes et les complications postopératoires afin que le relais hôpital-ville se fasse dans les meilleures conditions.

Mots clés : chirurgie ambulatoire, épaule, satisfaction, douleur, relations médecin-patient, médecine générale

Abstract

Introduction : Ambulatory shoulder surgery is still a limited practice in France. The main objective of this study was to evaluate expectations of patients and their general practitioners after an ambulatory shoulder surgery in terms of satisfaction, pain and functional issue. We also evaluated the postoperative link between surgeon, general practitioners and patient.

Methods : This is a prospective observational study conducted from March 1st to June 30th 2016, including all of the patients who underwent a shoulder surgery (arthroscopic or open surgery) and their general practitioners. A questionnaire was given to the patients and their general practitioners one month after the surgery, which was our base for the evaluation.

Results : This study includes 30 patients and their general practitioners with an average backward of one month. The average age of the patients was 47,6 +/- 13,9 years (17-68) and the general practitioners was 54,9 +/- 7,8 years (39-66). All the patients were satisfied by the D1 call. 25 patients (83,3%) were satisfied by the treatment and 28 patients (93,3%) would be ready to repeat the same intervention in ambulatory. The maximal pain occurred usually 3 days after the surgery. The functional difficulties were mainly for dressing, sleeping and toileting. 5 patients (20%) requested their general practitioners and 4 (13,3%) would request a systematic consultation with their general practitioners a week following their intervention. 26 (80%) general practitioners estimated to have received the necessary information but only 14 (46,7%) knew the operating instructions of a shoulder surgery.

Conclusion : These satisfactory results are encouraging for the development of the shoulder ambulatory surgery. The general practitioners did not face any particular issue, but it seems important to remind the instructions and the post-operative complications so that the relay hospital-city is made in the best conditions.

Keywords : ambulatory surgery, shoulder, satisfaction, pain, physician-patient relation, general practice.

A. Introduction

La chirurgie ambulatoire est définie par une hospitalisation n'excédant pas douze heures, où les prestations ne comprennent pas d'hébergement au bénéfice des patients dont l'état de santé est compatible à ces modes de prise en charge (1). Cette pratique reste encore limitée en France avec un taux de 42,7% comparée aux États-Unis et pays d'Europe du Nord qui l'exercent davantage (respectivement 83% et 70%) (2). Celle-ci a pourtant de nombreux atouts, elle permet de réduire les coûts pour les établissements de santé et de l'assurance maladie, d'optimiser l'organisation et les ressources des plateaux techniques de chirurgie, de limiter l'exposition aux infections nosocomiales et de diminuer les complications thromboemboliques. Selon une enquête PNIR de l'assurance maladie d'octobre 2003, 90% des patients étaient satisfaits de la prise en charge en ambulatoire et 81% seraient prêts à y recourir (3). De rares études ont étudié la chirurgie de l'épaule en ambulatoire, mais celles-ci objectivaient des résultats prometteurs. En effet, il n'avait pas été démontré de différences significatives sur le taux de réhospitalisations, de satisfaction et de douleur en comparaison à l'hospitalisation conventionnelle (4) (5). Le relais hôpital-ville est primordial afin d'assurer une bonne continuité des soins. Il est débuté dès l'appel du lendemain effectué par l'infirmière du service, même si pour l'instant il n'a pas été démontré d'impact positif de cet appel (6) (7) (8). Puis, par la transmission des informations aux médecins traitants (9) (10). A notre connaissance, il n'y a pas eu d'études évaluant les attentes des médecins généralistes après une chirurgie ambulatoire de l'épaule.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes des patients et médecins généralistes après une chirurgie ambulatoire de l'épaule en termes de satisfaction et sur le plan de la douleur et fonctionnel. Evaluer le lien médecin traitant-patient-chirurgien en postopératoire. L'objectif secondaire était de déterminer le rôle du médecin traitant dans la continuité des soins lors du retour à domicile.

B. Matériel et méthodes

Une étude observationnelle prospective a été menée du 1er mars au 30 juin 2016 au Centre Chirurgical Émile Gallé à Nancy auprès des patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire de l'épaule ainsi que leurs médecins traitants.

Les critères d'inclusion étaient :

- Un recul minimum de un mois, qui était défini par la consultation de contrôle auprès de leur chirurgien ;
- Les médecins généralistes inclus étaient ceux dont leurs patients répondaient aux critères d'inclusions, et qui avaient accepté de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients admis secondairement en hospitalisation conventionnelle ;
- Les patients perdus de vue dans le mois suivant l'intervention ;
- Les patients ayant refusé de participer à l'étude.

1. Techniques chirurgicales et anesthésiques

Toutes techniques chirurgicales réalisées en ambulatoire étaient concernées. Nous les avons regroupées en trois groupes afin que les résultats soient les plus justes possibles.

- **Groupe A** : Arthroscopies d'épaule avec réparation de la coiffe des rotateurs (figure 2).
- **Groupe B** : Les autres gestes d'arthroscopies d'épaule (les acromioplasties, ténotomies du biceps, les résections du quart externe de la clavicule, les tendinopathies calcifiantes, et les neurolyses du nerf supra-scapulaire) (figure 3 et 4).
- **Groupe C** : Chirurgies de l'épaule à ciel ouvert avec les butées d'épaule selon Latarjet ou les ostéosynthèses (figure 5).

Tous les patients ont bénéficié d'une anesthésie générale, ainsi qu'une infiltration intramusculaire de Naropéine dans le muscle sus-épineux (afin que le produit diffuse jusqu'au nerf supra-scapulaire) pour les arthroscopies d'épaule en dehors du patient qui a été opéré d'une neurolyse du nerf supra scapulaire. Le bloc interscalénique pouvait être proposé en postopératoire aux patients algiques, mais finalement aucun patient en a bénéficié.



Figure 2. Réparation coiffe des rotateurs sous arthroscopie

- A. Mise en place de l'ancre dans le foot-print (tête humérale).
- B. Aspect final de la coiffe après suture.
- C. Schéma de la suture finale.

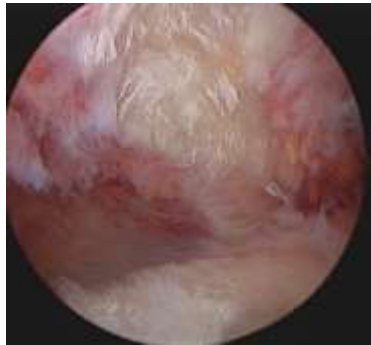


Figure 3. Signes macroscopiques de conflit sous acromial sous arthroscopie



Figure 4. Ténotomie du biceps sous arthroscopie

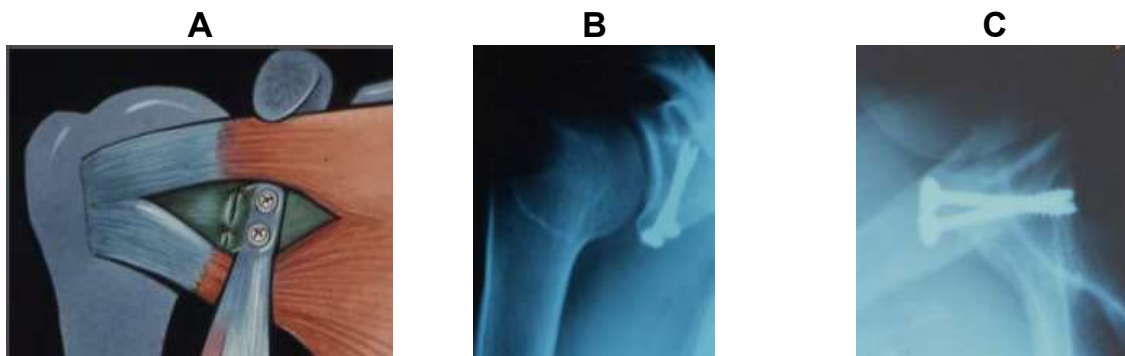


Figure 5. Butée coracoïdienne selon Latarjet

- A. Schéma représentatif de la butée coracoïdienne selon Latarjet
- B. Radiographie de face en double obliquité
- C. Radiographie en profil axillaire

2. Antalgie en postopératoire

Tous les patients sont sortis avec une ordonnance de Paracétamol, Tramadol 50mg et Kétoprofène LP 100mg prescrit par le chirurgien, s'il n'y avait pas de contre-indications à ces traitements. Une ordonnance d'Actiskenan 20 mg pouvait également être remise si l'anesthésiste le jugeait utile.

3. Rééducation

En postopératoire, un kinésithérapeute venait expliquer aux patients les mouvements d'auto rééducation à faire à domicile. Il n'y avait pas de séances de kinésithérapie prescrites dans le mois qui suivait l'intervention.

4. Relais hôpital-ville

Il débutait dès l'appel à J1 des patients par l'infirmière du service à l'aide d'un questionnaire type (Annexe 2). Celui-ci s'intéressait notamment à la douleur ressentie par le patient à l'aide de l'EN (de 0 « aucune douleur » à 10 « pire douleur imaginable »), lors de la première nuit à domicile et au moment de l'appel. Il s'agissait aussi de s'assurer que le patient avait pris ses antalgiques de façon systématique, ainsi que de la tolérance et de l'efficacité du traitement médicamenteux. Le médecin traitant recevait dans la semaine le courrier de sortie expliquant la technique opératoire, les consignes d'immobilisation et d'auto rééducation ainsi que le traitement de sortie.

Notre questionnaire était remis au patient lors de la consultation de contrôle à un mois dans le service. Un premier questionnaire avait été établi, permettant de réaliser un pré-test, afin d'établir le questionnaire définitif. Dans la semaine qui suivait, nous avons contacté les médecins traitants de chaque patient pour remplir leur questionnaire. Nous avons procédé à un recueil téléphonique afin d'avoir un taux de réponse optimal. Ce double questionnaire nous a servi de base pour notre étude afin d'évaluer les attentes des patients et de leur médecin traitant.

Le questionnaire destiné aux patients permettait de recueillir diverses informations sur le mois suivant leur intervention en termes de satisfaction, prise en charge de la douleur, difficultés fonctionnelles rencontrées à domicile et d'établir le lien avec leur médecin traitant. (Annexe 3)

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes avait pour objectifs d'évaluer leurs satisfactions en termes de transmission des informations avec le chirurgien et leurs connaissances sur la chirurgie ambulatoire de l'épaule. Il avait pour but également de savoir si leurs patients les avaient contactés pour un motif en rapport avec l'opération et s'ils avaient su répondre à leurs attentes. (Annexe 4)

5. Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le logiciel Excel par groupe d'intervention et de façon globale. Nous avons représenté les résultats sous forme de moyennes, écart-types, valeurs minimales et maximales ou pourcentages. Nous avons utilisé le test de Student pour les données quantitatives. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

C. Résultats

1. Population

a) Patients

37 patients ont été hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire de l'épaule du 1er mars au 30 juin 2016. Un patient ne s'est pas présenté à la consultation de contrôle à un mois (perdu de vue), une patiente a dû être admise secondairement en hospitalisation conventionnelle (opérée tardivement dans la journée, le retour à domicile n'a pas pu se faire en raison de l'éloignement géographique), et 5 patients ont refusé de participer à l'étude. Trente patients ont été finalement inclus dans l'étude. Les patients inclus avaient correctement rempli leur questionnaire. (Figure 6)

Il y avait 8 patients dans le groupe A, 14 patients dans le groupe B et 8 patients dans le groupe C. L'âge moyen des patients était de 47,6 +/-13,9 ans (17-68), 26 patients (86,7%) exerçaient une activité professionnelle, il y avait 19H/11F. Les caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau 2.

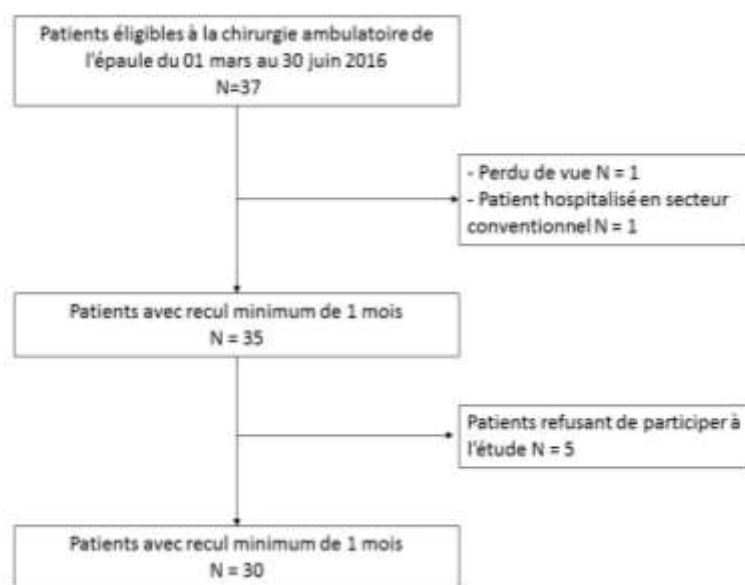


Figure 6. Flow chart

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Age	58,4 +/-8,7 (40-68)	50,1 +/-8,6 (36-67)	34,3 +/-13,4 (17-49)	47,6 +/-13,9 (17-68)
Sexe	2F/6H	8F/6H	1F/7H	11F/19H
Activité professionnelle	75%	75%	100%	86,7%

Tableau 2. Caractéristiques démographiques population patients

b) Médecins traitants

L'ensemble des médecins généralistes dont leurs patients étaient inclus dans l'étude ont accepté de participer aux questionnaires.

Dans la population des 30 médecins généralistes, il y avait 23H/7F, l'âge moyen était de 54,9 +/-7,8 ans (39-66), leurs cabinets étaient situés à une moyenne de 57,5 +/-45,5 km (5-140) du centre chirurgical Emile Gallé, 14 exerçaient en milieu urbain, 14 en milieu semi-rural et 2 en rural. 7 travaillaient en maison de santé, 15 en groupe, et 8 isolés. Ceux-ci exerçaient en Lorraine mais aussi en Haute Saône.

2. Satisfaction des patients

Sur les 25 patients (83,3%) qui ont reçu l'appel à J1, 100% ont été satisfaits de cette démarche (Tableau 3). 24 patients (80%) ont pris leurs traitements de sortie, 25 patients (83,3%) ont été satisfaits du traitement prescrit (les patients ayant répondu négativement avaient pris correctement leurs traitements) (Tableau 4). 22 patients (90%) se trouvaient suffisamment encadrés à la sortie de l'hôpital. 3 patients (10%) auraient souhaité prolonger leurs hospitalisations d'une nuit (groupe A et B), pour cause de douleurs trop importantes. 3 patients (10%) étaient réticents au départ à la chirurgie ambulatoire, mais 28 patients (93,3%) étaient satisfaits et seraient prêts à refaire la même intervention. (Tableau 5)

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Appel à J1	6 (75%)	13 (92,9%)	6 (75%)	25 (83,3%)
Satisfaits de l'appel	8 (100%)	14 (100%)	8 (100%)	30 (100%)

Tableau 3. Appel des patients à J1

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Prise d'antalgiques	5 (62,5%)	12 (85,7%)	7 (87,5%)	24 (80%)
Satisfaits du traitement	5 (62,5%)	12 (85,7%)	8 (100%)	25 (83,3%)

Tableau 4. Traitement antalgique

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Encadrement satisfaisant	8 (100%)	11 (78,6%)	8 (100%)	27 (90%)
Réticent chirurgie ambulatoire	2 (25%)	1 (7,1%)	0 (0%)	3 (10%)
Prolonger hospitalisation	1 (12,5%)	2 (14,2%)	0 (0%)	3 (10%)
Refaire la même intervention	7 (87,5%)	13 (92,8%)	8 (100%)	28 (93,3%)

Tableau 5. Prise en charge ambulatoire

3. Évolution de la douleur en postopératoire

À l'arrivée dans le service d'hospitalisation de jour, la moyenne des EN de tous les patients confondus était à 1 +/-1,9 (0-7), à l'arrivée en chambre à la sortie du bloc elle était en moyenne à 2,1 +/-1,4 (0-5), avant la sortie de l'hôpital elle était à 1,4 +/-1,2 (0-4). D'après le questionnaire d'appel à J1, la moyenne de l'EN la nuit était à 3 +/-2 (0-7), et à 2 +/-1,3 (0-5) au moment de l'appel (le lendemain de l'intervention). Sur le questionnaire rempli par les patients lors de la consultation de contrôle, il leurs était demandé à quel moment ils avaient ressenti la douleur maximale dans le mois et de la quantifier, en moyenne elle survenait 3 jours après et l'EN était évaluée à 4,7 +/-3 (0-9) (Tableau 6).

Douleur EN	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Pré opératoire	0,5 +/-0,9 (0-2)	1,7 +/-2,4 (0-7)	0,3 +/-0,8 (0-2)	1 +/-1,9 (0-7)
Sortie bloc	2,2 +/-1,5 (0-4)	1,6 +/-1,2 (0-4)	2,9 +/-1,6 (0-5)	2,1 +/-1,4 (0-5)
Sortie hôpital	1,4 +/-1,4 (0-4)	1,4 +/-1,1 (0-4)	1,9 +/-1,3 (0-3)	1,4 +/-1,2 (0-4)
Nuit	2,3 +/-1,2 (1-5)	3,3 +/-2,2 (0-7)	3,4 +/-2,7 (0-7)	3 +/-2 (0-7)
J 1	1,7 +/-1,5 (1-5)	2,3 +/-1,2 (0-4)	1,8 +/-1,3 (0-3)	2 +/-1,3 (0-5)
EN max dans le mois	2 +/-2,7 (0-8)	5,1 +/-2,9 (0-9)	6,1 +/-1,7 (3-8)	4,7 +/-3 (0-9)

Tableau 6. Évolution de la douleur selon l'EN

Nous avons comparé la douleur en postopératoire des patients ayant eu une arthroscopie (groupe A+B) contre les patients opérés à ciel ouvert (groupe C). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes, mais l'EN était plus importante pour les patients opérés à ciel ouvert notamment en postopératoire immédiat et après J1. (Tableau 7)

	Groupe A+B	Groupe C	P
EN postopératoire	1,8 +/-1,3 (0-4)	2,9 +/-1,5 (0-5)	0,071 [NS]
EN sortie	1,4 +/-1,2 (0-4)	1,6 +/-1,4 (0-3)	0,61 [NS]
EN nuit	2,9 +/-1,9 (0-7)	3,3 +/-2,4 (0-7)	0,69 [NS]
EN J1	2,1 +/-1,3 (0-5)	1,8 +/-1,2 (0-3)	0,66 [NS]
EN dans le mois	4 +/-3,2 (0-9)	6,4 +/-1,7 (3-8)	0,062 [NS]

Tableau 7. Comparaison EN arthroscopie vs chirurgie à ciel ouvert

4. Retentissement fonctionnel

8 patients (26,7%) vivaient seuls. 17 (56,7%) ont été opérés de leurs côtés dominants. Ils ont été 28 (93,3%) à faire leur auto rééducation, mais 10 (33,3%) auraient souhaité des séances de kinésithérapie pour des conseils. 22 patients (73,3%) ont rencontré des difficultés lors de leur retour à domicile. Par ordre d'importance, les difficultés rencontrées étaient de 21,7% pour l'habillage, 18,8% pour dormir, 18% pour la toilette, 12,2% pour le repas, 10,2% pour faire les mouvements d'auto rééducation, 9,7% pour la gestion de la douleur et 9,4% pour la mise en place de l'appareil d'immobilisation. Mais seulement un patient (3,3%) aurait souhaité une aide à domicile à posteriori. (Tableau 8)

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Patients vivant seul	0 (0%)	5 (35,7%)	3 (37,5%)	8 (26,7%)
Côté dominant opéré	5 (62,5%)	9 (64,2%)	3 (37,5%)	17 (56,7%)
Auto rééducation faite	8 (100%)	13 (92,9%)	7 (87,5%)	28 (93,3%)
Souhait kiné	3 (37,5%)	4 (28,6%)	3 (37,5%)	10 (33,3%)
Difficultés à domicile	6 (75%)	10 (71,4%)	6 (75%)	22 (73,3%)
Souhait d'aides à domicile	0 (0%)	1 (7,1%)	0 (0%)	1 (3,3%)

Tableau 8. Retentissement fonctionnel

5. Lien patient-médecin traitant-chirurgien

Un patient du groupe A (3,3%) avait consulté son médecin traitant pour modifier son traitement antalgique, il lui avait prescrit de la morphine. 4 patients (16,7%) avaient consulté pour un autre motif : 2 pour la rédaction de certificats médicaux (groupe B et C), 1 devant l'apparition d'épigastralgie sous Anti Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) (groupe B), 1 patient sous Anti-Vitamine K (AVK) ayant présenté un hématome (groupe A), 1 patiente pour une chute en rapport avec son immobilisation (groupe B). Les médecins généralistes n'avaient pas rencontré de difficultés particulières et avaient su répondre aux attentes de leurs patients, en dehors du patient présentant l'hématome qui avait été adressé secondairement aux urgences pour réaliser des examens complémentaires (il avait pu regagner son domicile le jour même). Aucun autre patient n'avait consulté spontanément aux urgences. Un seul patient avait demandé un avis téléphonique au service. Seulement 4 patients (13,3%) souhaitaient une consultation systématique auprès de leurs médecins traitants une semaine après d'intervention. (Tableau 9)

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Total
Modification antalgie	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,3%)
Autres motifs de consultation	1 (12,5%)	3 (21,4%)	1 (12,5%)	5 (16,7%)
Souhait d'une consultation systématique	1 (12,5%)	2 (14,3%)	1 (12,5%)	4 (13,3%)

Tableau 9. Relation patient-médecin traitant

6. Difficultés et attentes de médecins généralistes

26 médecins généralistes (80%) estimaient avoir reçu les informations nécessaires, un médecin n'avait pas reçu le courrier postopératoire et les autres souhaitaient d'avantage d'informations sur les consignes. 14 (46,7 %) connaissaient les consignes postopératoires et 22 (73,3 %) les complications postopératoires d'une chirurgie de l'épaule. Les médecins généralistes ont été sollicités par leurs patients dans 5 des cas (20%). Aucun des médecins généralistes n'avait demandé d'avis téléphonique auprès du chirurgien. 15 (50%) souhaitaient la mise en place d'un Protocole d'Accompagnement de Retour A Domicile (PRADO).

C. Discussion

Peu d'études s'étaient intéressées à la chirurgie ambulatoire de l'épaule, mais les premières réalisées objectivaient déjà des résultats satisfaisants. Ceci est confirmé par cette étude, en effet, 93% des patients seraient prêt à refaire la même intervention en ambulatoire, seulement 10% auraient souhaité prolonger leur hospitalisation d'une nuit pour cause de douleur. Elle est le symptôme le plus fréquemment retrouvé après une chirurgie ambulatoire d'après Mattila et al. (11), il est important que ce facteur soit maîtrisé le plus possible afin d'éviter les hospitalisations en secteur conventionnel ou des réhospitalisations. Dans notre étude de nombreux patients étaient satisfaits de leurs traitements antalgiques (82%). De plus, la gestion de la douleur n'était pas un problème majeur lors du retour à domicile.

Tous les patients avaient bénéficié d'une anesthésie générale, associée à une infiltration intramusculaire de Naropéine pour les gestes réalisés sous arthroscopie, finalement aucun patient n'avait eu de bloc interscalénique. L'infiltration intramusculaire de Naropéine n'a pas encore été évaluée sur le contrôle de la douleur en postopératoire. Contrairement à l'association de l'anesthésie générale au bloc interscalénique recommandé par la SFAR et qui a montré des résultats positifs sur la maîtrise de la douleur en postopératoire (12) (13).

Concernant l'appel à J1, même si l'ensemble des patients étaient satisfaits, nous avons remarqué que le rebond douloureux survenait ultérieurement. Dans cette étude, l'appel ne reflétait pas la douleur maximale, et n'était pas prédictif de complications ultérieures.

Sur le plan fonctionnel, 83,3% des patients avaient rencontré des difficultés lors de leur retour à domicile (en majorité pour l'habillage et pour dormir), mais seulement 3% des patients auraient souhaité une aide. Cette faible demande d'aide peut être expliquée par le fait que seulement 26,7% des patients vivaient seuls à domicile et donc ont pu se faire aider par une tierce personne.

Il y avait eu peu de demandes des patients auprès de leur médecin traitant (20%), les motifs de consultations étaient essentiellement la rédaction de certificats médicaux, ou la modification du traitement antalgique. Une consultation systématique des patients auprès de leur médecin traitant dans la semaine qui suit l'intervention chirurgicale ne semble pas nécessaire, de plus la majorité des patients ne souhaitaient pas une consultation systématique.

80% des médecins généralistes étaient satisfaits des informations transmises par le chirurgien. Mais plus de la moitié des médecins généralistes ne connaissaient pas les consignes postopératoires d'une chirurgie de l'épaule. Il est donc important qu'il y ait le maximum d'informations dans le courrier en termes de consignes ou joindre une fiche explicative indiquant les consignes et complications postopératoires avec les conduites à tenir.

A notre connaissance, aucune étude n'avait été réalisée en chirurgie ambulatoire de l'épaule évaluant le ressenti des médecins généralistes. Dans notre étude, la majorité (80%) étaient satisfaits des informations transmises. D'autres études réalisées en oncologie ou chirurgie ORL et digestive avaient objectivé des résultats moins satisfaisant avec des taux de satisfactions entre 25% et 48% (14) (15) (16). Cependant dans notre étude, les médecins traitants n'avaient pas rencontré de problèmes particuliers, en dehors d'un patient qui a dû être admis secondairement aux urgences.

La demande d'un programme d'accompagnement spécifique à la chirurgie ambulatoire de l'épaule par les médecins traitants était mitigée pour ces types d'intervention. Cependant à l'avenir, d'autres types de chirurgies comme l'arthroplastie de l'épaule pourraient se développer en ambulatoire (17), le patient pourrait alors rentrer à domicile avec un bloc continu pour contrôler sa douleur. Dans ce cas, une surveillance accrue par l'Infirmier Diplômé d'Etat (l'IDE) et le médecin généraliste en association avec le chirurgien serait intéressante, en incluant le patient dans ce protocole (18).

Cette étude avait comme atouts d'être prospective, les questionnaires des patients et médecins généralistes ont été correctement complétés. Cependant, le nombre de patients inclus dans l'étude reste faible, il y a une disparité entre les 3 groupes. L'EN remplie sur le questionnaire à un mois après l'intervention a pu être surévaluée.

D. Conclusion

Cette étude montre des résultats satisfaisants et encourageants pour le développement de la chirurgie ambulatoire de l'épaule. La majorité des patients et des médecins traitants sont satisfaits de ce mode de prise en charge. Même si les médecins traitants n'ont pas rencontré de difficultés particulières, il semble important de rappeler les consignes et les complications postopératoires afin que le relais hôpital-ville se fasse dans les meilleures conditions possibles.

Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article D6124-301-1 [Internet]. [cited 2016 Aug 20] Available from: legifrance.gouv.fr
2. ATIH. Etat des lieux 2013 sur l'activité de la chirurgie ambulatoire [Internet]. Lyon; 2014 [cited 2016 Aug 20]. Available from: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_ca_2013_publication.pdf
3. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique [Internet]. Saint-Denis La Plaine; Paris: HAS;ANAP; 2014 [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf
4. Lallouet S. Ambulatoire versus hospitalisation traditionnelle des sutures de la coiffe des rotateurs : étude prospective comparative (30 cas versus 30 cas). Trav Société Fr Arthrosc. 2014 Dec;100(8, Supplément):e5.
5. Bohu Y, Klouche S, Gerometta A, Herman S, Lefevre N. Outpatient Latarjet surgery for gleno-humeral instability: Prospective comparative assessment of feasibility and safety. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. 2016 Jun;102(4):507–12.
6. Cabaton J, Darien M, Dinescu SA, Marchal V, Dubost J, Carry P-Y, et al. Questionnaire téléphonique du lendemain en chirurgie ambulatoire : expérience d'un centre sur l'année 2012. Sfar - Congrès. 2013 Sep;32, Supplément 1:A231–2.
7. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD004510.
8. Crocker JB, Crocker JT, Greenwald JL. Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. Am J Med. 2012 Sep;125(9):915–21.
9. SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire [Internet]. Paris; 2009 [cited 2016 Aug 17]. Available from: http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire.pdf

10. AFU/SFAR/AFCA/ANAP. Chirurgie ambulatoire en urologie-recommandations [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 17]. Available from: <http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2013/002306HS/62/index.pdf>
11. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg*. 2005 Dec;101(6):1643–50.
12. Zoremba M, Kratz T, Dette F, Wulf H, Steinfeldt T, Wiesmann T. Supplemental Interscalene Blockade to General Anesthesia for Shoulder Arthroscopy: Effects on Fast Track Capability, Analgesic Quality, and Lung Function. *BioMed Res Int*. 2015;2015:325012.
13. Chen H-P, Shen S-J, Tsai H-I, Kao S-C, Yu H-P. Effects of Interscalene Nerve Block for Postoperative Pain Management in Patients after Shoulder Surgery. *BioMed Res Int*. 2015;2015:902745.
14. DGOS; ligue contre le cancer, institut national du cancer. étude 2010 de la ligue nationale contre le cancer médecin généraliste - Recherche Google.
15. Cuny F, De raucourt D, Rame J, Blanchard D, Babin E. Étude de la relation entre médecin généraliste et chirurgien dans la prise en charge du patient laryngectomisé total : état des lieux à partir d'un échantillon de médecins généralistes. 121e Congrès 2014 11-13 Octobre Paris - Palais Congrès. 2014 Oct;131(4, Supplement):A114.
16. Rivet P, Verkindt H, Pigeyre M, Romon M, Pattou F. P144: Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique. 12es Journ Francoph Nutr JFN 2014 - Cent Congrès Sq Brux - 10-12 Déc 2014. 2014 Dec;28, Supplement 1:S143.
17. Gallay SH, Lobo JJA, Baker J, Smith K, Patel K. Development of a regional model of care for ambulatory total shoulder arthroplasty: a pilot study. *Clin Orthop*. 2008 Mar;466(3):563–72.
18. PRADO, le programme de retour à domicile [Internet]. Caisse nationale d'assurance maladie; 2014 [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.cpam-bordeaux.fr/prado/PRADO_IC_9et10avril2013-2.pdf

III. Conclusion

A. Etat des lieux de la chirurgie ambulatoire en France

La chirurgie ambulatoire en France est en constante progression, mais les taux restent toujours inférieurs aux pays précurseurs qui sont les États-Unis et les pays d'Europe du Nord.

Différents éléments peuvent expliquer les retards de la chirurgie ambulatoire en France par rapport aux autres pays :

- Une reconnaissance juridique tardive (31/07/1991) ;
- Les efforts ne sont peut-être pas encore satisfaisants, la chirurgie ambulatoire n'étant pas proposée de façon systématique ;
- La résistance psychologique de nature culturelle (crainte de se retrouver seul la nuit, des complications, de ne pas pouvoir gérer la douleur...) ;
- Résistance des médecins traitants du fait d'une formation inadaptée ;
- Réticence des chirurgiens et des hospitaliers ;
- Défaut de communication entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- Défaut de valorisation de la tarification ambulatoire.

Cependant, la tendance est en train de changer en France, avec la mise en place d'ententes préalables pour certaines interventions en hospitalisation conventionnelle. La politique de réduction des lits, avec le transfert des lits classiques au profit des lits ambulatoires. Le plan Triennal 2015-2017, qui a pour objectif de limiter les dépenses de santé, insiste fortement sur la nécessité du « virage ambulatoire » (41). Depuis 2015 le périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire a évolué, ainsi la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) s'est fixée un objectif de 54,7% en 2016 et 66,2% en 2020 (42).

B. La chirurgie ambulatoire de l'épaule dans notre étude

1. Satisfaction

Cette étude objective des résultats très satisfaisants en termes de satisfaction, en effet, 93% des patients seraient prêt à refaire la même intervention en ambulatoire, seulement 10% auraient souhaité prolonger leur hospitalisation d'une nuit. Ces résultats sont similaires à l'enquête de l'assurance maladie d'octobre 2003 (23). Ce taux satisfaisant peut-être expliqué par le fait que les patients n'ont pas rencontré de difficultés particulières. Il en est de même pour le taux de satisfaction des médecins généralistes qui était de 80%.

2. Gestion de la douleur

Les patients qui auraient souhaité à postériori prolonger leur hospitalisation d'une nuit évoquaient une douleur trop importante. La maîtrise de la douleur reste donc un facteur important pour la réussite de la chirurgie ambulatoire. Le traitement était satisfaisant pour 83% des patients. Seulement 3,3% des patients ont consulté leurs médecins traitants pour modifier leur traitement antalgique, la douleur n'a pas été le motif essentiel de consultation du patient auprès de son médecin traitant dans cette étude.

De plus, aucun patient n'a consulté aux urgences ou appelé le service pour cause de douleur. Les patients avaient bénéficié d'une anesthésie générale puis d'une infiltration intramusculaire de Naropéine (pour les groupes A et B), l'efficacité de ce mode d'infiltration n'a jamais été décrit. Contrairement à l'association de l'anesthésie générale et du bloc interscalénique recommandé par le SFAR et dont l'efficacité a été démontrée (10). La douleur dans le mois qui suivait l'intervention était plus élevée dans le groupe chirurgie à ciel ouvert, ce groupe n'avait pas reçu l'infiltration intramusculaire de Naropéine, mais nous n'avons pas démontré de différences significatives. La douleur a été évaluée maximale en moyenne 3 jours après l'intervention, mais cette donnée a pu être biaisée comme elle reposait sur l'évaluation des patients à un mois de l'intervention.

3. Difficultés fonctionnelles

73,3% des patients avaient rencontré des difficultés lors de leur retour à domicile, majoritairement lors de l'habillage et pour dormir. Les résultats sont quasi similaires entre les trois groupes, même s'il existe une différence de moyenne d'âge (groupe A plus âgé et groupe C plus jeune). L'âge ne semble donc pas être un critère majorant les difficultés rencontrées à domicile. De plus, seulement 3% des patients auraient souhaité une aide à posteriori. Ces difficultés ont pu être surmontées probablement car la majorité des patients ne vivaient pas seuls.

La majorité des patients (93,3%) avait correctement fait leur auto rééducation, et seulement 33,3% auraient souhaité de la kinésithérapie. Le principe de l'auto rééducation semble convenir aux patients.

4. Information des médecins généralistes

Dans notre étude les médecins traitants n'ont pas rencontré de difficultés particulières, en dehors d'un patient qui a dû être secondairement adressé aux urgences pour un avis. Mais sur le questionnaire destiné aux médecins généralistes, la majorité ne connaissait pas les consignes postopératoire d'une chirurgie de l'épaule. Il est donc important de rappeler ces consignes dans le courrier ou d'envisager pour chaque type de chirurgie une fiche explicative sur les éventuelles complications et les conduites à tenir en cas de problème. Le relais hôpital-ville est primordial, d'autant plus que le médecin traitant est le premier intervenant pour le patient. Il doit avoir les informations nécessaires pour répondre à leurs attentes.

Il est aussi important que les médecins généralistes soient sensibilisés à la chirurgie ambulatoire, afin de préparer les patients à cette possibilité et de les rassurer sur le retour à domicile.

C. Perspectives

1. Protocole d'accompagnement de retour à domicile

Pour permettre cette surveillance rapprochée, le PRADO a son utilité. Depuis 2010, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a déployé progressivement trois volets de programme de retour à domicile (maternité, orthopédie et insuffisant cardiaque), afin de fluidifier le parcours hôpital-ville. Il permet également de diminuer la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et le recours aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Il s'est développé depuis fin 2013 en orthopédie (près de 500 adhésions) (43). Le programme concerne les patients majeurs ayant subi une des 23 interventions de chirurgie orthopédique contre 6 initialement (liste de la Haute Autorité de Santé (HAS)). La chirurgie de l'épaule concerne les acromioplasties, la chirurgie de la coiffe des rotateurs et la chirurgie des luxations récidivantes de l'épaule. Si le patient a été définitivement éligible à ce protocole par l'équipe médicale, le conseiller d'assurance maladie organise le retour à domicile. Il met le patient en relation avec l'IDE ou le kinésithérapeute de son choix. L'IDE qui est au préalable formé, réalise la surveillance de la douleur et de la cicatrisation, la réfection des pansements, l'ablation des fils de suture et prévient la survenue de complications. Le kinésithérapeute commence la rééducation, réitère les consignes, éduque le patient aux exercices. Dans ce PRADO, le patient n'a pas recours systématiquement à son médecin traitant, contrairement à celui pour le patient insuffisant cardiaque où une consultation systématique est prévue une semaine après la sortie. Le médecin traitant est seulement informé de l'adhésion de son patient au protocole (43).

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, le PRADO doit être envisagé avant l'hospitalisation, par exemple lors de la consultation pré opératoire. En effet, même si ce dispositif se met en place rapidement, la journée d'hospitalisation est courte pour l'organiser, de plus il est important que le patient ait les informations le plus tôt possible. Dans notre étude, il n'a pas été mise en place probablement car que le patient n'avait pas de séances de kinésithérapie et dans la majorité des cas les fils étaient résorbables.

Cependant, la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention (23). Des chirurgies susceptibles d'engendrer plus de douleur en postopératoire pourraient alors être envisagées, il s'agit par exemple de l'arthroplastie de l'épaule. La maîtrise de la douleur serait alors primordiale. Pour cette chirurgie, Gallay et al. avaient utilisé un bloc continu du nerf du plexus brachial en plus de l'antalgie per os. Ce mode de prise en charge avait nécessité une surveillance accrue, les patients étaient évalués à une semaine par l'anesthésiste et à deux semaines par le chirurgien en plus du passage par l'infirmière à domicile. La majorité des patients était très satisfait de ce mode de prise en charge, la moyenne de l'EVA était à 1/10, un seul patient avait utilisé les opioïdes proposés si la douleur n'était pas maîtrisée. Cependant 3 patients avaient consulté aux urgences (44). Le PRADO aurait alors d'avantage sa place devant la complexité du suivi, en incluant également le médecin traitant avec éventuellement une consultation systématique dans le cadre du parcours de soins.

2. Télémédecine

Dans notre étude, aucun médecin traitant n'avait contacté le chirurgien pour un avis téléphonique, un seul patient avait été adressé aux urgences par son médecin traitant pour un avis. Ce patient avait pu être facilement adressé aux urgences habitant à 15km de Nancy. Or certains patients pouvaient habiter jusqu'à 140 km du lieu de leur opération. L'avis téléphonique ne permet pas forcément de donner tous les renseignements cliniques précis, la téléconsultation pourrait alors être une alternative et ainsi éviter si possible le déplacement des patients.

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » Article L6316-1 CSP créé par la loi du 21 juillet 2009 (45).

Elle permet aux médecins de donner un avis spécialisé en établissant un diagnostic, une décision thérapeutique et de surveiller l'état du patient. Des études se sont déjà intéressées à comparer la télémédecine à la consultation classique. Elles ne montraient pas de différences significatives en termes de satisfaction des patients, la majorité des patients souhaitent renouveler l'expérience. Il existait une différence significative en termes de coût (dépense du au trajet), sur le temps de trajet et les absences au travail (46) (47).

Dans notre étude, la télémédecine (ou plutôt la téléconsultation) pourrait être envisagée lors de la consultation de contrôle à un mois pour éviter le déplacement des patients ou pour des avis lors de problèmes intercurrents afin de faciliter l'accès aux soins.

Cependant il y a des contraintes, le dispositif nécessite que les médecins traitants et les chirurgiens soient équipés pour la télémédecine et d'organiser leurs consultations en fonction. Une étude décrivant la représentation de la télémédecine par les médecins généralistes évoquait leurs méconnaissances sur ces applications et leurs réticences en termes d'aspects juridiques et financiers (48).

3. Proposition d'un parcours de soin pour la chirurgie ambulatoire de l'épaule

Le parcours de soins est important pour la prise en charge globale des patients, et ainsi développer la chirurgie ambulatoire avec un encadrement satisfaisant.

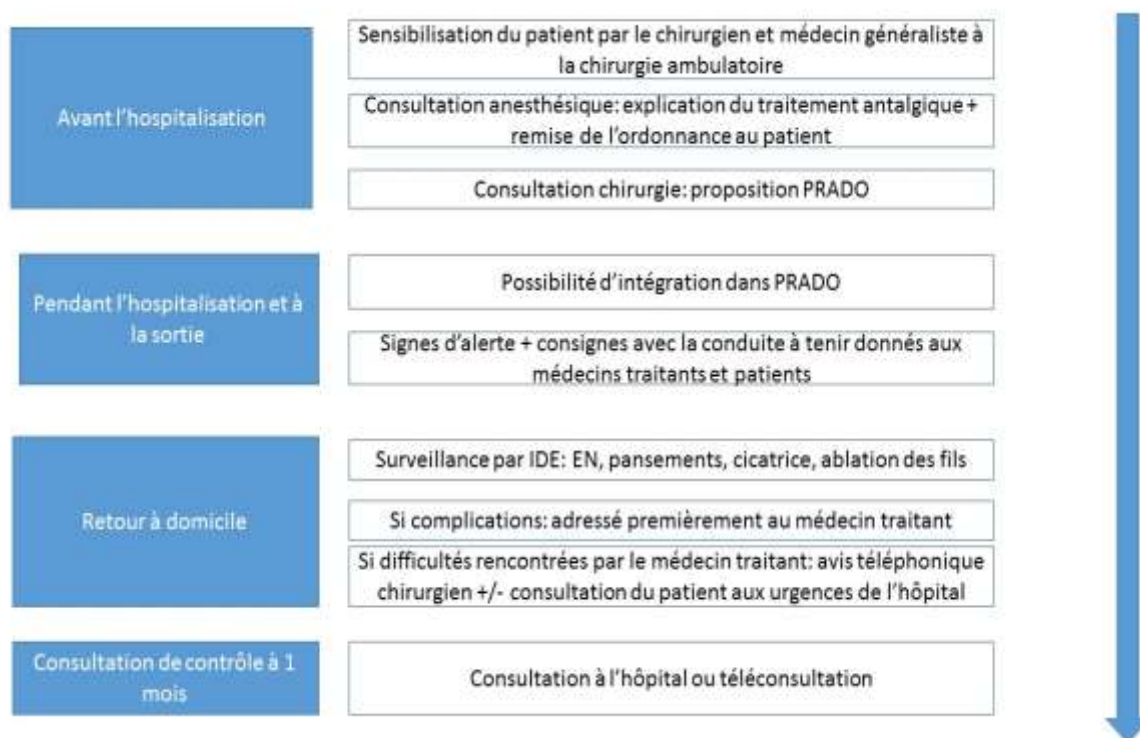


Figure 7. Proposition d'un parcours de soin pour la chirurgie ambulatoire de l'épaule

IV. Références bibliographiques

1. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Socles de connaissances. [Internet]. Saint Denis La Plaine;Paris: HAS;ANAP; 2012. [cited 2016 Aug 20] Available from: www.has-sante.fr/portail/jcms/c_124334/fr/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances
2. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [Internet]. 91-748 juillet, 1991.[cited 2016 Aug 20] Available from: legifrance.gouv.fr
3. Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code | Legifrance [Internet]. [cited 2016 Aug 28]. Available from: legifrance.gouv.fr
4. Décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique [Internet].[cited 2016 Aug 20] Available from: legifrance.gouv.fr
5. Coudane H, Landreau P. La chirurgie ambulatoire: En pratique arthroscopique. J Traumatol Sport. 2006 Jun;23(2):83–4.
6. Code de la santé publique - Article D6124-301-1 [Internet].[cited 2016 Aug 20]. Available from: legifrance.gouv.fr
7. ATIH. Etat des lieux 2013 sur l'activité de la chirurgie ambulatoire [Internet]. Lyon; 2014 [cited 2016 Aug 20]. Available from: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_ca_2013_publication.pdf
8. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
9. Moret V, Albrecht E. 25 - Chirurgie ambulatoire. In: Manuel pratique d'anesthésie (3e édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 325–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294731891000258>
10. SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire [Internet]. Paris; 2009 [cited 2016 Aug 17]. Available from: http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Prise-en-charge-anesthesique-des-patients-en-hospitalisation-ambulatoire.pdf
11. Zoremba M, Kratz T, Dette F, Wulf H, Steinfeldt T, Wiesmann T. Supplemental Interscalene Blockade to General Anesthesia for Shoulder Arthroscopy: Effects on Fast Track Capability, Analgesic Quality, and Lung Function. BioMed Res Int. 2015;2015:325012.

12. Chen H-P, Shen S-J, Tsai H-I, Kao S-C, Yu H-P. Effects of Interscalene Nerve Block for Postoperative Pain Management in Patients after Shoulder Surgery. *BioMed Res Int*. 2015;2015:902745.
13. Danninger T, Stundner O, Rasul R, Brummett CM, Mazumdar M, Gerner P, et al. Factors associated with hospital admission after rotator cuff repair: the role of peripheral nerve blockade. *J Clin Anesth*. 2015 Nov;27(7):566–73.
14. Singh A, Kelly C, O'Brien T, Wilson J, Warner JJP. Ultrasound-guided interscalene block anesthesia for shoulder arthroscopy: a prospective study of 1319 patients. *J Bone Joint Surg Am*. 2012 Nov 21;94(22):2040–6.
15. Lemarie M, Compère V, Fourdrinier V, Lignot S, Legrand L, Marguerite C, et al. Évaluation de l'impact d'une prescription d'antalgiques réalisée lors de la consultation d'anesthésie sur l'incidence de la douleur à domicile en chirurgie ambulatoire orthopédique. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2011 Dec;30(12):883–7.
16. AFU/SFAR/AFCA/ANAP. Chirurgie ambulatoire en urologie-recommandations [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 17]. Available from: <http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2013/002306HS/62/index.pdf>
17. Cabaton J, Darien M, Dinescu SA, Marchal V, Dubost J, Carry P-Y, et al. Questionnaire téléphonique du lendemain en chirurgie ambulatoire : expérience d'un centre sur l'année 2012. *Sfar - Congrès*. 2013 Sep;32, Supplement 1:A231–2.
18. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD004510.
19. Crocker JB, Crocker JT, Greenwald JL. Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. *Am J Med*. 2012 Sep;125(9):915–21.
20. DGOS; ligue contre le cancer, institut national du cancer. étude 2010 de la ligue nationale contre le cancer médecin généraliste - Recherche Google.
21. Cuny F, De raucourt D, Rame J, Blanchard D, Babin E. Étude de la relation entre médecin généraliste et chirurgien dans la prise en charge du patient laryngectomisé total : état des lieux à partir d'un échantillon de médecins généralistes. 121e Congrès 2014 11-13 Octobre Paris - Palais Congrès. 2014 Oct;131(4, Supplement):A114.

22. Rivet P, Verkindt H, Pigeyre M, Romon M, Pattou F. P144: Étude des freins et des attentes des médecins généralistes dans le suivi des patients après chirurgie bariatrique. 12es Journ Francoph Nutr JFN 2014 - Cent Congrès Sq Brux - 10-12 Déc 2014. 2014 Dec;28, Supplement 1:S143.
23. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique [Internet]. Saint-Denis La Plaine; Paris: HAS;ANAP; 2014 [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf
24. Abécédaire Chirurgie ambulatoire [Internet]. Paris: Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports; 2009 [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf
25. Vaughan J, Gurusamy KS, Davidson BR. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD006798.
26. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. Anesth Analg. 2005 Dec;101(6):1643–50.
27. Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. J Clin Anesth. 2002 Aug;14(5):349–53.
28. Massa H, Hubert S, Carles M, Raucoules-Aimé M. Anesthésie du patient en ambulatoire. 2010. (Encycl méd chir Anesthésie-Réanimation).
29. Stiglitz Y, Gosselin O, Sedaghatian J, Sirveaux F, Molé D. Pain after shoulder arthroscopy: a prospective study on 231 cases. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. 2011 May;97(3):260–6.
30. Pauzenberger L, Grieb A, Hexel M, Laky B, Anderl W, Heuberger P. Infections following arthroscopic rotator cuff repair: incidence, risk factors, and prophylaxis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA. 2016 Jun 24;
31. Mattila K, Lahtela M, Hynynen M. Health-related quality of life following ambulatory surgery procedures: assessment by RAND-36. BMC Anesthesiol. 2012;12:30.
32. Schick CW, Westermann RW, Gao Y, ACCESS Group, Wolf BR. Thromboembolism Following Shoulder Arthroscopy: A Retrospective Review. Orthop J Sports Med. 2014 Nov;2(11):2325967114559506.

33. Lallouet S. Ambulatoire versus hospitalisation traditionnelle des sutures de la coiffe des rotateurs : étude prospective comparative (30 cas versus 30 cas). *Trav Société Fr Arthrosc*. 2014 Dec;100(8, Supplement):e5.
34. An VVG, Sivakumar BS, Phan K, Trantalis J. A systematic review and meta-analysis of clinical and patient-reported outcomes following two procedures for recurrent traumatic anterior instability of the shoulder: Latarjet procedure vs. Bankart repair. *J Shoulder Elb Surg Am Shoulder Elb Surg Al*. 2016 May;25(5):853–63.
35. Griesser MJ, Harris JD, McCoy BW, Hussain WM, Jones MH, Bishop JY, et al. Complications and re-operations after Bristow-Latarjet shoulder stabilization: a systematic review. *J Shoulder Elb Surg Am Shoulder Elb Surg Al*. 2013 Feb;22(2):286–92.
36. Shah AA, Butler RB, Romanowski J, Goel D, Karadagli D, Warner JJP. Short-term complications of the Latarjet procedure. *J Bone Joint Surg Am*. 2012 Mar 21;94(6):495–501.
37. Dauzère F, Faraud A, Lebon J, Faruch M, Mansat P, Bonnevalle N. Is the Latarjet procedure risky? Analysis of complications and learning curve. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA*. 2016 Feb;24(2):557–63.
38. Bohu Y, Klouche S, Gerometta A, Herman S, Lefevre N. Outpatient Latarjet surgery for gleno-humeral instability: Prospective comparative assessment of feasibility and safety. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2016 Jun;102(4):507–12.
39. Arndt J, Clavert P, Mielcarek P, Bouchaib J, Meyer N, Kempf J-F, et al. Immediate passive motion versus immobilization after endoscopic supraspinatus tendon repair: a prospective randomized study. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2012 Oct;98(6 Suppl):S131–8.
40. De Roo P-J, Muermans S, Maroy M, Linden P, Van den Daelen L. Passive mobilization after arthroscopic rotator cuff repair is not detrimental in the early postoperative period. *Acta Orthop Belg*. 2015 Sep;81(3):485–92.
41. ARS. Le virage ambulatoire, une nécessaire accélération des démarches déjà engagée dans la région. [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 31]. Available from: http://www.ars.nord-pas-de-calais-picardie.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/chirambu/01_Virage_Ambulatoire_S_Morais.pdf

42. DGOS. Objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020; [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 31]. Available from: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf
43. PRADO, le programme de retour à domicile [Internet]. Caisse nationale d'assurance maladie; 2014 [cited 2016 Aug 21]. Available from: http://www.cpam-bordeaux.fr/prado/PRADO_IC_9et10avril2013-2.pdf
44. Gallay SH, Lobo JJA, Baker J, Smith K, Patel K. Development of a regional model of care for ambulatory total shoulder arthroplasty: a pilot study. Clin Orthop. 2008 Mar;466(3):563–72.
45. Code de la santé publique - Article L6316-1 [Internet]. Code de la santé publique. Available from: legifrance.gouv.fr
46. Sathiyakumar V, Apfeld JC, Obrebskey WT, Thakore RV, Sethi MK. Prospective randomized controlled trial using telemedicine for follow-ups in an orthopedic trauma population: a pilot study. J Orthop Trauma. 2015 Mar;29(3):e139–45.
47. Viers BR, Lightner DJ, Rivera ME, Tollefson MK, Boorjian SA, Karnes RJ, et al. Efficiency, satisfaction, and costs for remote video visits following radical prostatectomy: a randomized controlled trial. Eur Urol. 2015 Oct;68(4):729–35.
48. Durupt M. La télé médecine en zones rurales: représentations et expériences des médecins généralistes [thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine Nancy; 2016.

V. Documents annexes

A. Liste des abréviations

AFU : Association Française d'Urologie

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ASA : American Society of Anesthesiologists

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVK : Anti Vitamine K

CNAM : Caisse Nationale d'assurance maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CSP : Code de Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

PCA : Patient Controlled Analgesia

PNIR : Programme National Inter-Régimes

PRADO : Programme d'Accompagnement de Retour A Domicile

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

B. Annexe 1. Score de Chung

Constantes vitales (température, pouls, respiration)	
- Variation inférieure à 20% par rapport au préopératoire	2
- Variation comprise entre 20 et 40%	1
- Variation supérieure à 40%	0
Déambulation	
- Démarche assurée, sans vertige	2
- Marche possible avec assistance	1
- Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Douleurs	
- Minimales	2
- Modérés	1
- Sévères	0
Saignement chirurgical	
- Minime	2
- Modéré	1
- Sévère	0

C. Annexe 2. Questionnaire d'appel à J1

Date appel J1	
IDE J1	
Heure début d'appel J1	
Bonne nuit J1	
Douleur cette nuit J1	
Evaluation douleur nuit J1	
Type douleur J1	
Douleur à l'appel J1	
Evaluation douleur appel J1	
Antalgique systématique J1	
Commentaire antalgique J1	
Tolérance antalgique J1	
Commentaire tolérance J1	
Efficacité antalgique J1	
Autres médicaments J1	
Type autres médicaments J1	
Manifestations secondaires J1	
Suivi J1	
Instructions claires J1	
Suggestions J1	
Commentaires divers J1	
Heure de fin d'appel J1	

Avez-vous consulté votre médecin traitant pour modifier votre traitement contre la douleur ? ☐ oui ☐ non

Si oui, par quel traitement ?

Avez-vous consulté ou appelé votre médecin traitant pour une autre raison que la douleur et en rapport avec votre opération ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi ?

Avez-vous effectué les exercices d'auto-rééducation à domicile ?

☐ oui ☐ non

Si oui, pensez-vous les avoir réalisés correctement ? ☐ oui ☐ non

Auriez-vous souhaité qu'on vous prescrive des séances de kinésithérapie ?

☐ oui ☐ non

Si oui, pour quelles raisons ?

Avez-vous gardé votre immobilisation le premier mois ? ☐ oui ☐ non

Auparavant, aviez-vous des aides à domicile ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

Est-ce que des aides ont été mises en place avant votre retour à domicile ?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre retour à domicile ?

☐ oui ☐ non

Classez par ordre d'importance (de 1 le plus difficile à 7 le moins difficile) les difficultés rencontrées lors de votre retour à domicile :

- habillage
- repas
- toilette
- mise en place de l'appareil d'immobilisation
- gestion de la douleur
- dormir
- faire les mouvements d'auto rééducation

Auriez-vous souhaité la mise en place d'aides sociales ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ?

Pensez-vous que vous n'avez pas été suffisamment encadré lors de votre retour à domicile ?

☐ oui ☐ non

Etiez-vous réticent au départ à la chirurgie ambulatoire ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous qu'il aurait été nécessaire de prolonger votre hospitalisation d'une journée ?

☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous qu'une réévaluation par votre médecin traitant serait utile avant votre consultation de contrôle auprès du chirurgien ? ☐ oui ☐ non

Si oui, ☐ un jour ☐ 2-3 jours ☐ ou 1 semaine après l'opération.

Seriez-vous prêt à refaire la même intervention en ambulatoire ?

☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi ?

Avez-vous apporté des modifications à son traitement antalgique ?

☐ oui ☐ non

Avez-vous contacté le chirurgien qui a opéré votre patient pour un complément d'information ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous que le patient n'est pas assez encadré à la sortie d'hôpital ?

☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous qu'un protocole d'accompagnement de retour à domicile serait intéressant pour la chirurgie ambulatoire de l'épaule ? ☐ oui ☐ non

Si oui, plutôt par une réévaluation par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation de contrôle ☐

Ou un suivi par l'IDE à domicile ☐

VU

NANCY, le 31 août 2016

Le Président de Thèse

Professeur François SIRVEAUX

NANCY, le 1^{er} septembre 2016

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine

Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9195

NANCY, le 12 septembre 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

Introduction : La pratique de la chirurgie ambulatoire de l'épaule reste encore limitée en France. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes des patients et médecins généralistes après une chirurgie ambulatoire de l'épaule en termes de satisfaction et sur le plan de la douleur et fonctionnel. Evaluer le lien médecin traitant-patient-chirurgien en postopératoire.

Méthodes : Une étude observationnelle prospective menée du 1^{er} mars au 30 juin 2016 a inclus l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie ambulatoire de l'épaule (par technique arthroscopique ou à ciel ouvert) ainsi que leurs médecins traitants. Un questionnaire était remis aux patients et médecins traitants un mois après l'intervention, ceux-ci nous ont servis de base pour notre évaluation.

Résultats : 30 patients ainsi que leurs médecins traitants ont été inclus dans l'étude avec un recul moyen d'un mois. L'âge moyen des patients était de 47,6 +/-13,9 ans (17-68) et des médecins généralistes de 54,9 +/-7,8 ans (39-66). Tous les patients étaient satisfaits de l'appel à J1, 25 patients (83,3%) étaient satisfaits du traitement et 28 patients (93,3%) seraient prêts à refaire la même intervention en ambulatoire. La douleur maximale survenait en moyenne 3 jours après l'intervention. Les difficultés fonctionnelles étaient majoritairement pour l'habillage, pour dormir et la toilette. 5 patients (20%) avaient sollicité leurs médecins traitants et 4 (13,3%) souhaiteraient une consultation systématique auprès de leurs médecins traitants une semaine après l'intervention. 26 (80%) des médecins généralistes estimaient avoir reçu les informations nécessaires mais seulement 14 (46,7%) connaissaient les consignes postopératoire d'une chirurgie de l'épaule.

Conclusion : Ces résultats satisfaisants sont encourageant pour le développement de la chirurgie ambulatoire de l'épaule. Les médecins traitants n'ont pas rencontré de difficultés particulières, mais il semble important de rappeler les consignes et les complications postopératoires afin que le relais hôpital-ville se fasse dans les meilleures conditions.

TITRE EN ANGLAIS : Shoulder ambulatory surgery : survey among patients and their general practitioners

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLÉS : chirurgie ambulatoire, épaule, satisfaction, douleur, relations médecin-patient, médecine générale.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
