



HAL
open science

Bilan de deux ans d'activité d'odontologie chirurgicale au bloc opératoire au CHRU de Nancy

Audrey Pioro

► **To cite this version:**

Audrey Pioro. Bilan de deux ans d'activité d'odontologie chirurgicale au bloc opératoire au CHRU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932244

HAL Id: hal-01932244

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932244>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

ACADÉMIE DE NANCY – METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2017

N° 9822

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Audrey PIORO

Née le 03/10/1991 à Semur-en-Auxois (Côte d'Or)

**BILAN DE DEUX ANS D'ACTIVITÉ D'ODONTOLOGIE
CHIRURGICALE AU BLOC OPÉRATOIRE AU CHRU
DE NANCY**

Présentée et soutenue publiquement le : 15 Juin 2017

Examineurs de la thèse :

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. J. GUILLET-THIBAUT</u>	<u>Maître de Conférences</u>	<u>Directeur de thèse</u>
Dr. C. CLÉMENT	Maître de Conférences	Juge
Dr. C. KICHENBRAND	Assistante	Juge

Président : Professeur Pierre **MUTZENHARDT**

 Doyen : Professeur Jean-Marc **MARTRETTE**

 Vice-Doyens : Dr Céline **CLEMENT** – Dr Rémy **BALTHAZARD** – Dr Anne-Sophie **VAILLANT**

 Membres Honoraires : Dr L. **BABEL** – Pr. S. **DURIVAUX** – Pr.A. **FONTAINE** – Pr. G. **JACQUART** – Pr D. **ROZENCWEIG** - Pr **ARTIS** - Pr M. **VIVIER** *

 Doyens Honoraires : Pr J. **VADOT**, Pr J.P. **LOUIS**

 Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. **ARCHIEN**

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Assistante *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
	M. MERCIER Thomas	Assistant *
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme FILLEUL Marie Pierrya	Professeur des Universités *
	M. EGLOFF Benoit	Maître de Conférences *
	Mme GREGOIRE Johanne	Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme CLEMENT Céline	Maître de Conférences *
	Mme LACZNY Emily	Assistante
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
	M. BAUDET Alexandre	Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M. PENAUD Jacques	Maître de Conférences
	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
	Mme PAOLI Nathalie	Assistante *
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation	Mme GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de Conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme PHILIPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M. DELAITRE Bruno	Assistant
	Mme KICHENBRAND Charlene	Assistante *
	Mme NACHIT Myriam	Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. MORTIER Eric	Maître de Conférences *
	M. AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M. GEVREY Alexis	Assistant
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. VINCENT Marin	Maître de Conférences Associé
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme CORNE Pascale	Maître de Conférences Associé *
	M. GILLET Marc	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Assistant *
	M. KANNENEGGER François	Assistant
	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante*
	M. VUILLAUME Florian	Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Oculodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme MOBY Vanessa (Stutzmann)	Maître de Conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences
	M. KARKABA Aïaa	Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 21/03/2017

« Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

À notre juge et président de thèse

Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Spécialiste qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Habilité à diriger des recherches

Chevalier des Palmes Académiques

Sous-section : Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect pour votre enseignement.

À notre juge et directeur de thèse

Docteur Julie GUILLET-THIBAULT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Chirurgie Orale

Docteur en Sciences de la Vie et de la Santé

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Ancien interne des CSERD

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire

Responsable de la sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation.

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de diriger notre travail dont vous avez été l'investigateur.

Veillez trouver dans ce travail, notre respectueuse reconnaissance pour toutes les connaissances et motivation que vous nous avez donné tout au long de nos études.

À notre juge

Docteur Céline CLEMENT (MCU-PH)

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du Département de Prévention – Epidémiologie - Economie de la Santé
- Odontologie Légale

Responsable du DU d'Identification en Odontologie Médico-Légale

Responsable du DU de Réparation du Dommage Corporel en Odontologie

Vice-Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Référent du Secteur Accueil Santé

Référent Hygiène du Service d'Odontologie du CHRU de Nancy

Membre élue de la Commission Médicale Etablissement

Invité permanente du CLIN CHRU de Nancy

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de prendre place dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements pour l'enseignement que vous nous avez dispensé.

À notre juge

Docteur Charlène KICHENBRAND

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalier Universitaire

Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation.

Vous nous avez fait l'honneur et le plaisir de participer au jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude.

Autres Remerciements

A **Pierre**, mon amour, merci de partager ma vie depuis 2 ans. Tu me combles de bonheur et je te remercie pour tous les moments merveilleux que nous avons partagés.

A **mes parents**, je vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces années d'étude. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui, c'est pourquoi je vous remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir tiré vers le haut. Un merci à mon papa pour avoir passé des heures à corriger ce travail.

Merci à ma sœur **Laureline** et mon frère **Benjamin**, de m'avoir supporté pendant notre enfance et d'avoir égayé mon quotidien malgré nos bagarres sur les tapis de gym. 😊

A **ma Siamoise du coude**, merci d'être présente à mes côtés jour après jour (depuis la CM2^^) malgré la distance qui nous sépare.

Je remercie, ma petite chérie **Tiphaine**, pour tous ces délires et confessions qu'on a pu avoir. Je serais toujours là pour toi que tu habites à Grenoble, Cannes ou même Sydney !

A **Marie**, ma petite marie, merci pour toutes les soirées passées que toutes les deux quand personne ne voulait sortir ^^

A **Paupau et PA**, je vous remercie de m'avoir hébergé de nombreuses fois lors de mes passages à Nancy, pour tous les restos le jeudi midi et bien sûr pour toutes les soirées open bar qu'on a pu faire.

A **Rana** (alias ma sacoche), merci pour toutes ces soirées étudiantes et ces pizzas Nico qui vont me manquer.

A **Béné**, ma binome de P2, avec qui j'ai appris à faire des dents en plâtre mais aussi à papiéter ta chambre !!!

A mes copains de promo, Carole, Adé, Cécilia, Claire, Thibaut, Antoine... je vous remercie pour tous les WEI déguisés et petits repas passés ensemble durant nos années d'étude.

Une grosse pensée à mes anciens collègues du Mac do qui sont devenus des amis aujourd'hui, Cam, Mathilde, Bry et Kevin.

A mes gymnastes préférées, Clairette, Roro et mamat d'amour ! Pour nos soirées « gym » qui se terminent au Commerce.

A tous mes copains qui partagent mon quotidien, Lulu, Flap, Cook et Flo (mes 2 enfants), Totone, les 2 Mel, Alex, Nico et Mamat !! Ne changez pas, vous êtes au top !

Un grand merci pour notre secrétaire de Brabois adulte, Julie, de m'avoir aidé à faire le recueil de données.

Et merci au Docteur Isabelle CLERC-URMÈS pour l'analyse de toutes les données de notre étude.

Sommaire

Table des figures

Table des tableaux

Introduction

1. Contexte actuel

1.1 Anesthésie générale et odontologie

1.1.1 Indications et contre-indications de chirurgies odontologiques sous anesthésie générale

1.1.2 Epidémiologie

1.2 Chirurgie ambulatoire

1.2.1 Recommandations sur la prise en charge des patients en odontologie sous anesthésie générale en ambulatoire

1.2.2 Critères de sélection MEAH 2007 (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)

1.2.2.1 Les actes

1.2.2.2 Les patients

1.2.2.2.1 Critères sociaux

1.2.2.2.2 Critères médicaux

1.3 Critères de décision d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire

1.3.1 Consultation pré-opératoire

1.3.2 Consultation pré-anesthésique

1.4 Déroulement d'une hospitalisation ambulatoire

1.4.1 Admission en unité de chirurgie ambulatoire et intervention

1.4.2 Retour en unité de chirurgie ambulatoire

1.4.3 Retour à domicile

1.5 Déroulement d'une hospitalisation conventionnelle

1.5.1 Admission dans un service d'hospitalisation

1.5.2 Retour dans le service d'hospitalisation

1.5.3 Retour à domicile

- 1.6 Objectifs de l'étude
- 2. Matériels et méthodes
 - 2.1 Méthodologie de l'étude
 - 2.2 Recueil de données
 - 2.2.1 Données administratives
 - 2.2.2 Données médicales
- 3. Résultats de l'étude
 - 3.1 Généralités
 - 3.2 Modes d'hospitalisation
 - 3.3 Justifications de la prise en charge sous anesthésie générale
 - 3.4 Type de patients
 - 3.4.1 Conversion de l'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle
 - 3.4.2 Les patients hémophiles
 - 3.4.3 Les patients en détention
 - 3.5 Type d'actes
 - 3.5.1 Risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur lors des avulsions de dents de sagesse inférieures
 - 3.5.2 Les complications éventuelles
 - 3.6 Prise en charge sous anesthésie locale
- 4. Discussion
- 5. Conclusion
- 6. Bibliographie
- 7. Annexes

Table des figures

Figure 1 : Schéma de prise en charge d'un patient opéré en ambulatoire	29
Figure 2 : Patients pris en charge sur le mode ambulatoire et sur le mode conventionnel au CHRU de Nancy de novembre 2013 à novembre 2015.....	33
Figure 3 : Indications de l'AG dans le service d'odontologie de novembre 2013 à novembre 2015.....	34
Figure 4 : Les différentes raisons de prise en charge sous AG selon le type de patients	35
Figure 5 : Proportion de patients handicapés pris en charge sur le mode ambulatoire ou conventionnel	36
Figure 6 : Taux de conversion des hospitalisations programmées en ambulatoire en hospitalisation classique.....	37
Figure 7 : Les différents actes dentaires réalisés au bloc opératoire de novembre 2013 à novembre 2015.....	38
Figure 8 : Proportion de patients ayant subis des complications anesthésiques et/ou chirurgicales	39
Figure 9 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour la racine 03K02 en France de 2010 à 2014 (séjours sans nuitée rapportées à l'ensemble des séjours de la racine)	41
Figure 10 : Taux global de chirurgie ambulatoire en fonction du type d'établissement (source : Vons, 2015)	43
Figure 11 : Patients pris en charge en hospitalisation conventionnelle	44
Figure 12 : Les autres patients pris en charge sur le mode conventionnel.....	47
Figure 13 : Types d'actes réalisés au bloc opératoire sur le mode ambulatoire (à gauche) et sur le mode conventionnel (à droite).....	50

Table des tableaux

Tableau I : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour la racine 03K02 en France de 2011 à 2015 (séjours sans nuitée rapportées à l'ensemble des séjours de la racine) (source : ATIH, 2015)	17
Tableau II : Taux de séjours en ambulatoire et en conventionnel pour la racine 03K02 en France en 2015 (source : ANAP et ATIH, 2016).....	18
Tableau III : Taux de chirurgie ambulatoire pour les avulsions dentaires et l'exérèse de lésions de la bouche (source : bases PMSI ATIH - traitement ARS Grand Est, 2016)	18
Tableau IV : Classification de l'ASA (d'après Mantz, 2015).....	23
Tableau V : Les complications anesthésiques et chirurgicales relevées par notre étude nécessitant une surveillance post-opératoire.....	45

Introduction

Les actes d'odontologie sont essentiellement réalisés sous anesthésie locale (AL) au fauteuil ; dans certains cas, une prise en charge sous anesthésie générale (AG) au bloc opératoire est nécessaire voire indispensable. Dans cette spécialité, une hospitalisation ambulatoire est souvent proposée car la chirurgie orale est une bonne indication à cette pratique. Le Ministère chargé de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) incitent les établissements de santé à privilégier et à développer ce type d'hospitalisation. L'objectif de notre travail est d'évaluer le taux d'hospitalisations ambulatoires dans notre activité, et de le comparer aux cibles édictées par les hautes autorités françaises.

Nous avons pour cela mené une étude rétrospective (de novembre 2013 à novembre 2015) sur l'ensemble des patients pris en charge sous anesthésie générale ou locale au bloc opératoire commun au CHRU de Nancy Brabois Adulte, pour les actes odontologiques.

Secondairement, nous aborderons les causes justifiant encore des hospitalisations conventionnelles dans nos pratiques ainsi que d'éventuelles solutions pour les éviter.

Les indications d'une anesthésie générale, le types d'actes effectués et les durées opératoires sont relevés et étudiés par notre travail.

1. Contexte actuel

1.1 Anesthésie générale et odontologie

L'activité d'odontologie au bloc opératoire progresse et devient une approche non négligeable dans la réalisation de nombreux actes dentaires.

1.1.1 Indications et contre-indications de chirurgies odontologiques sous anesthésie générale

Aucune recommandation française sur les indications de l'anesthésie générale en odontologie n'a été donnée avant 2005.

En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a constaté une hétérogénéité dans l'utilisation de l'anesthésie générale dans les actes courants d'odontologie. On entend dans les « actes courants d'odontologie », tous les soins conservateurs, parodontaux et prothétiques en denture temporaires et permanentes, avulsions dentaires et actes de chirurgie buccale habituellement réalisés sous anesthésie locale.

C'est pourquoi en 2005, la HAS a publié des recommandations françaises concernant les indications de l'AG en odontologie (1).

Ces recommandations sont classées en plusieurs catégories :

a) Les indications liées à l'état général du patient

- Conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigil après échec de tentatives de soins au fauteuil ;
- nécessité de mise en état buccale lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie carcinologique, etc... ;
- limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat ;
- réflexes nauséeux prononcés.

b) Les indications liées à l'intervention

- Les interventions longues et/ou complexes, le regroupement de plusieurs actes en une même séance (exemple : avulsions de trois troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe, exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal...) ; (cf. annexe 1)
- les états infectieux loco régionaux nécessitant d'intervenir en urgence (le geste dentaire peut être associé à un drainage et/ou à un débridement dans le cadre d'une ostéoradionécrose par exemple).

c) Les indications liées au mode d'anesthésie

- Contre-indications avérées de l'anesthésie locale, c'est-à-dire allergie confirmée par un bilan allergologique et contre-indications spécifiées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments) ;
- impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances (1).

Pendeville et coll. en 2001 ajoutent des indications liées à l'environnement : patients nécessitant de multiples soins dentaires, mais habitant une zone éloignée dépourvue de centre de soins dentaires, et pour qui le transport pose problème (2).

Les contre-indications sont :

- les risques anesthésiques majeurs : évaluation nécessaire du bénéfice/risque ;
- le refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal (1).

Ces recommandations permettent aux praticiens de faire un choix rationnel se fondant sur l'évaluation du rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale.

Lorsque le patient entre dans les critères d'éligibilité de l'AG et que le praticien la propose, le futur opéré peut être hospitalisé soit en ambulatoire soit avec une nuitée au minimum.

Pour une hospitalisation ambulatoire, le patient est convoqué le matin de l'intervention, et ressort accompagné le soir-même.

Pour une hospitalisation conventionnelle, le patient est convoqué la veille de l'intervention et la durée de son hospitalisation est en fonction des suites post-opératoires. Il reste au moins une nuit post-opératoire. Sa sortie n'est effective qu'après accord du chirurgien et du médecin anesthésiste-réanimateur (3).

L'opérateur détermine le mode d'hospitalisation à la consultation pré-opératoire ; la décision est confirmée lors de la consultation pré-anesthésique.

1.1.2 Epidémiologie

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) est un établissement public de l'Etat à caractère administratif sous la tutelle des ministères de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. Cette agence est, entre autres, chargée de l'analyse des données des établissements de santé incluant les chiffres concernant le taux de chirurgie ambulatoire en France et en région (4) (tableau I).

Afin de séparer les différentes spécialités médicales, l'ATIH a défini un nouveau périmètre en 2011. Pour l'odontologie et la chirurgie orale, on s'intéressera au périmètre 03K02 : Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires (5).

Tableau I : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour la racine 03K02 en France de 2011 à 2015 (séjours sans nuitée rapportées à l'ensemble des séjours de la racine) (source : ATIH, 2015)

2011	2012	2013	2014	2015
91,6%	92,7%	94,4%	95,4%	95,8%

Les chiffres de 2015, rapportés dans le tableau II, ont été publiés le 26 décembre 2016 par l'ANAP (Agence National d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) et l'ATIH (6).

Tableau II : Taux de séjours en ambulatoire et en conventionnel pour la racine 03K02 en France en 2015 (source : ANAP et ATIH, 2016)

En 2015	
Nombre total de séjours	308 937
Nombre de séjours en chirurgie ambulatoire	295 878
Nombre de séjours en chirurgie conventionnelle	13 059
Taux de chirurgie ambulatoire	95,77%
Taux de chirurgie conventionnelle	4,23%

Dans le tableau III, le taux de chirurgie ambulatoire pour les avulsions dentaires et l'exérèse de lésions de la bouche est rapporté pour la région Grand Est en 2015.

Tableau III : Taux de chirurgie ambulatoire pour les avulsions dentaires et l'exérèse de lésions de la bouche (source : bases PMSI ATIH - traitement ARS Grand Est, 2016)

En 2015					
	France	Grand Est	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine
Avulsions dentaires	95,6%	96,9%	93,9%	98,6%	96,8%
Exérèse de lésions de la bouche	57,7%	51,0%	61,1%	50,0%	41,2%

1.2 Chirurgie ambulatoire

L'hospitalisation ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation classique dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention.

En effet, cela implique une hospitalisation de moins de 12 heures (admission, séjour, passage par le bloc opératoire, retour à domicile). L'acte opératoire est le même que celui effectué lors d'un séjour conventionnel en chirurgie mais il est réalisé dans des conditions d'organisation particulières autorisant le patient à rejoindre son domicile le jour-même (7).

Les actes odontologiques réalisés sous AG répondent aux exigences de l'hospitalisation ambulatoire (3).

1.2.1 Recommandations sur la prise en charge des patients en odontologie sous anesthésie générale en ambulatoire

Les autorités publiques indépendantes ont mis en place des recommandations organisationnelles en vue de développer la chirurgie ambulatoire, notamment en odontologie.

De fait, l'activité globale de chirurgie ambulatoire progresse en France : elle représentait 42,7% de l'activité de chirurgie en 2013 contre 32,3% en 2007, pour toutes spécialités confondues. On note une progression globale d'environ 40% de 2007 à 2013 (8). (cf. annexe 2) En Lorraine, on note que ce taux a augmenté de plus 9,6% : il est passé de 31,1% à 40,7% (9).

Toutefois et malgré ces bons résultats, plusieurs études démontrent que la France est en retard par rapport à certains pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). En effet, on compte une prise en charge en ambulatoire d'environ 40% en France contre des taux de 70% en Angleterre et en Europe du Nord (10). (cf. annexe 3)

Par ailleurs, le taux de chirurgie ambulatoire en France est variable :

- Selon les régions et surtout au niveau des territoires de santé (20% d'écart entre certaines régions métropolitaines) ; (cf. annexe 4)
- au sein d'un même type d'établissement (CHU par exemple) selon les spécialités, certaines s'y prêtant mieux que d'autres (87% des opérations du canal carpien réalisés en ambulatoire en 2009 contre 21% pour la hernie inguinale) (11) ;
- selon le type d'établissement privé ou public : en 2010, la chirurgie ambulatoire représentait 46% des actes dans les établissements privés et 26,3% des actes dans les établissements publics. Dans le secteur privé, la prise en charge en ambulatoire reste majoritairement pratiquée, principalement dans une recherche de rentabilité des coûts. De plus, les patients pris en charge dans les établissements privés sont souvent moins fragiles que dans les établissements publics, favorisant ainsi une prise en charge ambulatoire. La plupart des patients avec un état général altéré sont adressés dans les établissements publics ayant un plateau technique plus développé (12).

Un programme national destiné à développer l'activité de chirurgie ambulatoire face à ce retard est fixé par les pouvoirs publics (DGOS= Direction Générale de l'Offre de Soins) pour l'année 2016 (objectif national supérieur à 50% des actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire) (10).

Le Ministère chargé de la Santé et la CNAMTS ont été mobilisés pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire par les établissements de santé en substitution à l'hospitalisation conventionnelle.

- La CNAMTS a créé une procédure originale : l'accord préalable. Elle prévoit que les établissements qui souhaitent pratiquer une hospitalisation d'au moins une nuit, pour des gestes chirurgicaux qui pourraient être pratiqués en ambulatoire et dont le taux de chirurgie ambulatoire se situe en-dessous de la moyenne régionale, doivent demander un accord préalable au service médical de l'assurance maladie (11).

- Quant au Ministère chargé de la Santé, il mène, depuis 2005, une politique d'incitation tarifaire favorisant les prises en charge dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. L'incitation financière a consisté dans un premier temps pour les mêmes gestes, en une valorisation de la prise en charge en ambulatoire et à une diminution des tarifs correspondant aux prises en charge en hospitalisation complète ; puis, en 2009, à la création d'un tarif unique entre l'ambulatoire et le premier niveau de sévérité en hospitalisation complète (11).

Grâce à ces actions, on peut observer une nette progression du taux d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire en France.

1.2.2 Critères de sélection MEAH 2007 (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)

Les patients entrant dans ces critères de sélection sont éligibles à une hospitalisation ambulatoire. Ces critères sont établis en fonction du type d'acte et/ou du patient.

1.2.2.1 Les actes

Les interventions doivent répondre à plusieurs critères. Elles doivent être :

- programmées ;
- de courte durée (90 min maximum) ;
- à faible risque hémorragique et respiratoire ;
- aux suites simples, peu douloureuses.

Ces critères peuvent être élargis en fonction de l'expérience acquise et après évaluation des résultats :

- à certaines urgences simples ;
- à certaines interventions plus prolongées, sous réserve d'une surveillance compatible avec le secteur.

1.2.2.2 Les patients

Les critères de sélection se font aussi en fonction du mode de vie du patient, de sa catégorie socio-professionnelle, et surtout de ses antécédents médicaux.

1.2.2.2.1 Critères sociaux

- compréhension suffisante ;
- aptitude à observer les prescriptions médicales ;
- conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à celle de l'hospitalisation ;
- disponibilité d'une personne accompagnante responsable et valide, capable de ramener le patient chez lui et de passer la nuit auprès de lui ;
- éloignement géographique de moins d'une heure d'une structure de soins adaptés ;
- accès rapide à un téléphone.

1.2.2.2.2 Critères médicaux

➤ Age du patient

- l'AG est contre indiquée en ambulatoire chez le nouveau-né ;
- prise en compte nécessaire des problèmes spécifiques des enfants de moins d'un an dans la décision d'une chirurgie ambulatoire ;
- prise en compte de l'éventualité d'une grossesse.

➤ État général du patient

Lors de la consultation pré-anesthésique, le médecin anesthésiste-réanimateur établit le score ASA (American Society of Anesthesiologists) du patient. Ce score permet de stratifier l'état général du patient, comme l'indique le tableau IV (13).

Tableau IV : Classification de l'ASA (d'après Mantz, 2015)

ASA I	Sans affection autre que celle nécessitant l'hospitalisation
ASA II	Affection modérée d'une grande fonction
ASA III	Affection sévère d'une grande fonction
ASA IV	Affection grave faisant courir un risque vital imminent
ASA V	Moribond, chance de survie à 24 heures faible

Les patients éligibles à une hospitalisation ambulatoire sont :

- patient ASA I ;
- patient ASA II ;
- patient ASA III stabilisé (accord de l'anesthésiste et de l'opérateur) (1).

Compte tenu de ces critères, nous constatons que la chirurgie orale est une bonne indication de la pratique en ambulatoire, de par la courte durée des interventions, leur caractère peu invasif, à faible risque post-opératoire et incluant des suites simples et peu douloureuses (3).

1.3 Critères de décision d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire

1.3.1 Consultation pré-opératoire

Une consultation pré-opératoire est primordiale avant tout acte chirurgical. Elle permet la rencontre entre le patient et son chirurgien et la constitution du dossier médical.

Le dossier médical est individuel et indispensable pour programmer une anesthésie générale. (Le dossier médical du patient : Article L1111-8 du code de la santé publique) (14). Il assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les professionnels de santé.

Il comporte les éléments suivants :

- une lettre du praticien à l'origine de la consultation ;
- la recherche d'antécédents, médicaux et chirurgicaux, et de facteurs de risques ;
- les médications en cours du patient ;
- les allergies avérées ;
- les informations relatives à la prise en charge : état clinique, soins reçus, examens paracliniques et radiologiques ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé (14).

Cette consultation permet de poser l'indication d'une intervention.

Lorsqu'une intervention est programmée, le praticien donne des informations claires, loyales et appropriées au patient sur l'acte opératoire (15). Lors de cette consultation, le chirurgien décide, avec le patient, du type d'anesthésie qui sera nécessaire et/ou possible.

Un consentement éclairé écrit est alors remis au futur opéré. Il devra le signer après réflexion s'il accepte le principe de l'intervention. Pour les patients mineurs, ce sont les deux parents qui signent le consentement. Ce document permet d'impliquer le patient dans sa prise en charge médicale. Il est donc de ce fait associé aux décisions le concernant (16).

En dehors de tout contexte d'urgence, le délai légal est de quinze jours entre la consultation pré-opératoire et le jour de l'intervention, afin que le patient puisse prendre sa décision sereinement (17).

Si le patient est éligible à l'AG selon les recommandations de la HAS, le praticien évalue le rapport bénéfice/risque avant de proposer une anesthésie générale. Si la demande vient du patient, il faut d'une part que l'intervention entre dans les critères d'éligibilité de l'AG et d'autre part l'accord du chirurgien.

Dans le cas où une anesthésie générale est décidée, le praticien énumère oralement les avantages, inconvénients, et risques de cette anesthésie, qui seront ensuite rappelés et expliqués par le médecin anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique.

Ensuite, le praticien détermine le mode d'hospitalisation au cours de la même consultation pré-opératoire. En effet, si le patient entre dans les critères de sélection d'une hospitalisation ambulatoire, un passeport ambulatoire est créé et remis au patient à la fin de sa consultation. Le patient devra le conserver et le ramener le jour de sa consultation avec le médecin anesthésiste.

Dans ce dossier, on répertorie :

- des données administratives : identité du patient, recueil des autorisations (autorisation d'opéré un patient mineur ou majeur protégé, consentement éclairé), la fiche de désignation de la personne de confiance... ;
- une fiche de prescription (pour la douche pré opératoire la veille et le matin de l'intervention) ;
- les prescriptions pré-opératoires (si besoin) et post-opératoires ;
- les recommandations et consignes post-opératoires manuscrites (cf. annexe 5);
- le consentement éclairé (3).

Une date d'intervention est généralement convenue le jour de la consultation pré-opératoire, une fois les dossiers patient et ambulatoire complets (3).

1.3.2 Consultation pré-anesthésique

Si le choix de l'AG a été fait, le patient doit prendre rendez-vous auprès du médecin anesthésiste-réanimateur.

Cette consultation pré-anesthésique est obligatoire depuis le décret du 5 décembre 1994 et doit être réalisée au minimum 48 heures avant la date d'intervention prévue (18).

Ce délai a plusieurs objectifs :

- pour le patient : le temps de réflexion nécessaire pour consentir librement à l'acte chirurgical nécessitant une anesthésie générale ;
- pour le médecin : permettre de prescrire les examens complémentaires ou les consultations spécialisées qu'il juge pertinents ;
- récupérer les résultats afin de définir les traitements nécessaires pour améliorer l'état de santé du patient avant la chirurgie (19).

Le patient se rend à cette consultation muni de son passeport ambulatoire, qui comporte la demande de consultation pré-anesthésique de la part du chirurgien (3).

La consultation pré-anesthésique permet d'établir un recueil complet des données médicales du futur opéré. Un questionnaire pré-anesthésique précise les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques du patient.

Ce questionnaire est rempli soit par le patient soit par son entourage, si le patient n'est pas apte à le remplir seul. En cas de difficultés, l'aide du médecin traitant peut-être sollicitée.

Au cours de cette consultation, le médecin anesthésiste réalise un examen clinique afin de détecter d'éventuelles difficultés d'intubation et d'adapter en conséquence sa technique d'anesthésie (20). De plus, il apporte au patient toutes les informations liées à l'anesthésie : la technique envisagée, ou les différentes techniques possibles le cas échéant, ainsi que les avantages et inconvénients (19).

Selon le terrain et le geste envisagé, le médecin anesthésiste prescrira ou non des examens complémentaires : biologiques, radiologiques, cardiovasculaire, etc...(21) et acceptera ou non la prise en charge ambulatoire proposée par le chirurgien.

Ces examens préalables devront être effectués avant la date de l'intervention. En cas d'impossibilité, un report de l'intervention sera exigé.

Une fois toutes ces informations recueillies, le patient est prêt pour l'intervention.

1.4 Déroulement d'une hospitalisation ambulatoire

1.4.1 Admission en unité de chirurgie ambulatoire et intervention

La veille de l'intervention, une infirmière d'UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) appelle le patient pour confirmer l'heure de convocation, revoir avec lui l'ensemble des conseils pré opératoires et répondre aux éventuelles questions du patient (22).

Les patients sont convoqués en UCA en fonction de l'ordre de passage prévu au bloc opératoire. Le premier patient est généralement convoqué vers 7 heures du matin. Le patient doit obligatoirement être à jeun depuis la veille minuit si l'opération est prévue dans la matinée. Il sera muni de son dossier ambulatoire et des éventuels examens complémentaires prescrits par le médecin anesthésiste ou le chirurgien.

Le futur opéré s'habille seul avec des vêtements à usage unique, afin de rentrer au bloc opératoire.

Une visite du médecin anesthésiste qui prendra en charge le patient est faite le matin même de l'intervention pour récapituler avec lui les antécédents médicaux et traitements en cours afin d'adapter ou non sa technique. Il vérifie si les prémédications ont bien été prises et si le patient est bien à jeun.

Le patient est ensuite conduit en salle d'attente au bloc opératoire. Une aide-soignante vient le chercher quand vient son tour, puis l'oriente dans la salle de bloc opératoire. Le patient est installé sur la table d'opération, monitoré et perfusé. L'anesthésie peut alors débuter.

1.4.2 Retour en unité de chirurgie ambulatoire

Après l'intervention, le patient est conduit en SSPI (Salle de Surveillance Post Interventionnelle).

Dans cette salle, infirmières et médecins anesthésistes surveillent le patient, préviennent toutes complications post-opératoires et effectuent une prise en charge de la douleur (si besoin) avant le retour en UCA (23).

Une fois ses constantes stabilisées, le patient est reconduit en UCA et surveillé par le personnel soignant. Les patients y sont assis, au calme, dans l'attente du chirurgien et du médecin anesthésiste avant leur retour à domicile.

Au fil de la journée, les infirmières analysent le degré de réveil du patient, son autonomie, sa douleur et son état général.

Suite à ces évaluations et selon les consignes notées par le chirurgien et l'anesthésiste à la fin de l'intervention, les infirmières hydratent et alimentent le patient, étapes obligatoires avant son retour à domicile.

La sortie est autorisée après accord signé du chirurgien et du médecin anesthésiste lors de la visite de sortie. Des conseils post opératoires, oraux et écrits, adaptés au type de chirurgie effectuée, sont remis au patient avant sa sortie de l'hôpital. Les prescriptions post-opératoires sont réexpliquées au patient et/ou modifiées selon les besoins.

1.4.3 Retour à domicile

Le patient quitte l'établissement avec son rendez-vous de contrôle, un exemplaire du compte-rendu opératoire (obligatoire en chirurgie ambulatoire), du compte-rendu d'hospitalisation, un certificat d'hospitalisation et un éventuel arrêt de travail.

Il doit être accompagné d'un proche ou d'un tiers et si possible être hébergé par celui-ci. Le patient ne doit en aucun cas être seul à domicile dans la nuit qui suit une intervention sous AG (14).

Le lendemain de l'intervention, un appel téléphonique est passé par une infirmière de l'UCA afin d'évaluer les éventuelles douleurs ou complications ainsi que pour connaître le degré de satisfaction du patient opéré (24). (cf. annexe 6)

Le schéma ci-dessous (figure 1) récapitule toutes les étapes d'une prise en charge d'un patient opéré sous AG en ambulatoire.

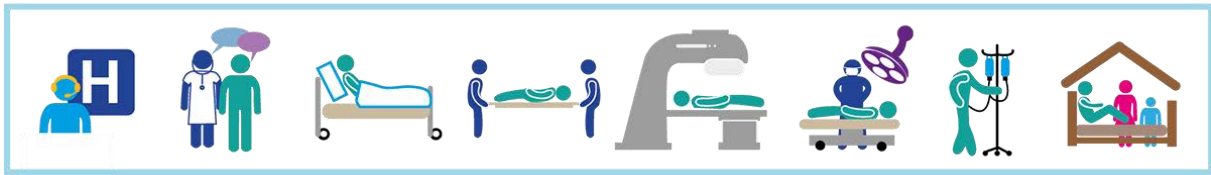


Figure 1 : Schéma de prise en charge d'un patient opéré en ambulatoire

1.5 Déroulement d'une hospitalisation conventionnelle

Les indications de ce type d'hospitalisation sont les contre-indications de la chirurgie ambulatoire. Cette prise en charge est mineure face à l'hospitalisation ambulatoire plus adaptée en odontologie chirurgicale. Cependant, elle est indispensable en cas d'inéligibilité à l'ambulatoire.

1.5.1 Admission dans un service d'hospitalisation

Dans le cas d'une hospitalisation conventionnelle, le patient fait son admission à l'hôpital la veille de l'intervention. Il est conduit et installé dans une chambre dans un service de chirurgie où il passera la nuit.

La visite du médecin du service est faite dans la soirée pour, entre autres, s'assurer la bonne prise des médicaments habituelles et/ou nécessaires à l'opération du lendemain.

1.5.2 Retour dans le service d'hospitalisation

Comme pour une hospitalisation ambulatoire, une fois l'intervention terminée, le patient est conduit en SSPI, puis dans son service d'hospitalisation. Le chirurgien et le médecin anesthésiste rendront visite à l'opéré dans l'après-midi et évalueront son état de santé général pour programmer une éventuelle sortie.

1.5.3 Retour à domicile

En odontologie, la plupart des patients retournent à leur domicile le lendemain de l'intervention, sauf :

- en cas de complications post-opératoires ;
- en cas de surveillance médicale nécessaire, inhérente au geste opératoire ou à l'état de santé général du patient (3).

La sortie s'effectue après accord signé du chirurgien et du médecin anesthésiste. Comme pour une hospitalisation ambulatoire, le patient quitte l'hôpital avec un compte-rendu d'hospitalisation, un compte-rendu opératoire, un certificat d'hospitalisation, un arrêt de travail et un rendez-vous de contrôle post-opératoire.

1.6 Objectifs de l'étude

Il s'agit d'un travail rétrospectif sur les deux premières années d'activité chirurgicale en odontologie au bloc opératoire commun du CHRU de Nancy Brabois Adultes. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients pris en charge au bloc opératoire durant cette période, soit 248 patients.

L'objectif principal de notre travail est de mettre en évidence le taux d'hospitalisation ambulatoire pour les patients pris en charge au bloc opératoire en odontologie au CHRU de Nancy et de le comparer aux données nationales.

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- mettre en évidence les indications de prise en charge (sous AG et sous AL) des patients du service d'odontologie au bloc opératoire ;
- lister les différents actes réalisés au bloc opératoire, ainsi que les complications éventuelles.

La discussion portera entre autres sur le respect des cibles concernant la chirurgie ambulatoire.

2. Matériels et méthodes

2.1 Méthodologie de l'étude

L'activité d'odontologie chirurgicale au bloc opératoire commun du CHRU de Nancy a débuté le 6 novembre 2013.

Ce travail rétrospectif est réalisé sur les deux premières années d'activité : de novembre 2013 à novembre 2015.

Elle prend en compte 248 patients opérés en 2 ans.

2.2 Recueil de données

2.2.1 Données administratives

Pour chaque patient, la date de naissance, le sexe, la date de l'intervention et le mode de vie (patients isolés, patients en détention...) ont été relevés.

2.2.2 Données médicales

Les données médicales des patients ont été répertoriés :

1. L'état de santé générale :

- les antécédents médico-chirurgicaux (handicap, troubles du rythme, problème de coagulation) ;
- les éventuelles difficultés de prises en charge au fauteuil ;
- la volonté de réaliser les chirurgies dentaires sous anesthésie générale ;
- l'ouverture buccale et le réflexe nauséeux du patient ;
- les échecs de l'anesthésie locale et/ou une allergie avérée à un composant des anesthésiques locaux.

2. L'acte odontologique réalisé :

- extractions dentaires multiples (EDM) ;
- avulsions des troisième molaires retenues ou à l'état de germe ;

- exérèses kystiques ;
- chirurgie pré-implantaire et implantaire ;
- détartrages manuels, etc...

3. Les complications éventuelles : anesthésiques ou chirurgicales

4. La durée de l'intervention

5. Le mode d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnelle)

6. Le type d'anesthésie : anesthésie générale ou anesthésie locale

Les données ont été analysées par le Dr Isabelle CLERC-URMÈS, bio-statisticienne de la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique (PARC).

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites par des pourcentages pour les variables qualitatives et par des moyennes, écart-type, médiane, minimum et maximum pour les variables quantitatives. Des tests du chi-deux de Pearson (ou de Fisher exact lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5) pour comparer les variables qualitatives et des ANOVA pour les variables quantitatives ont été effectués.

Le degré de significativité des tests est fixé à 0,05.

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SAS version 9.4.

3. Résultats de l'étude

3.1 Généralités

L'étude concerne 248 patients sur les deux premières années d'activité, soit en moyenne 10 patients par mois.

Les hommes (n=133 ; 54%) sont plus nombreux que les femmes (n=115 ; 46%).

L'âge moyen au moment de l'intervention est de $36,5 \pm 17,9$ ans.

3.2 Modes d'hospitalisation

82% des patients opérés au bloc opératoire ont été pris en charge en ambulatoire (figure 2).

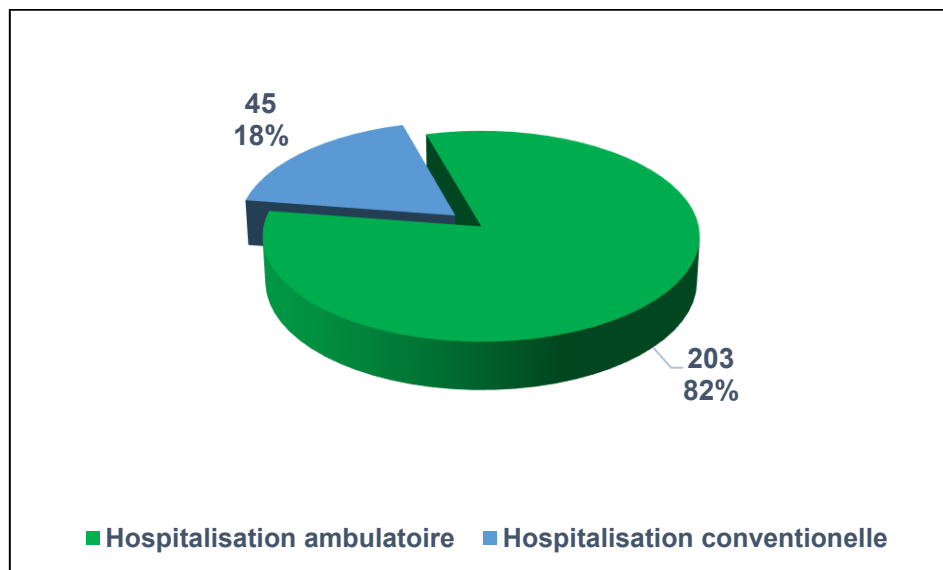


Figure 2 : Patients pris en charge sur le mode ambulatoire et sur le mode conventionnel au CHRU de Nancy de novembre 2013 à novembre 2015

3.3 Justifications de la prise en charge sous anesthésie générale

L'indication principale de l'anesthésie générale est la réalisation d'interventions longues et/ou complexes (68,3%) (figure 3). Nous incluons dans « les interventions

longues et/ou complexes », les extractions dentaires multiples (EDM) d'au moins 10 dents, les avulsions d'au moins 3 dents de sagesse incluses et l'exérèse de kystes de gros volume.

26,2% des anesthésies générales ont été indiquées en raison des conditions comportementales des patients. Dans cette catégorie, nous incluons les patients ayant un déficit mental et/ou cognitif, ainsi que les patients dont l'évaluation de l'état bucco-dentaire était difficile voire impossible au fauteuil.

Certains patients remplissent à eux seuls plusieurs critères de prise en charge sous AG (exemple : avulsions de plus de 13 dents et refus de prise en charge sous AL).

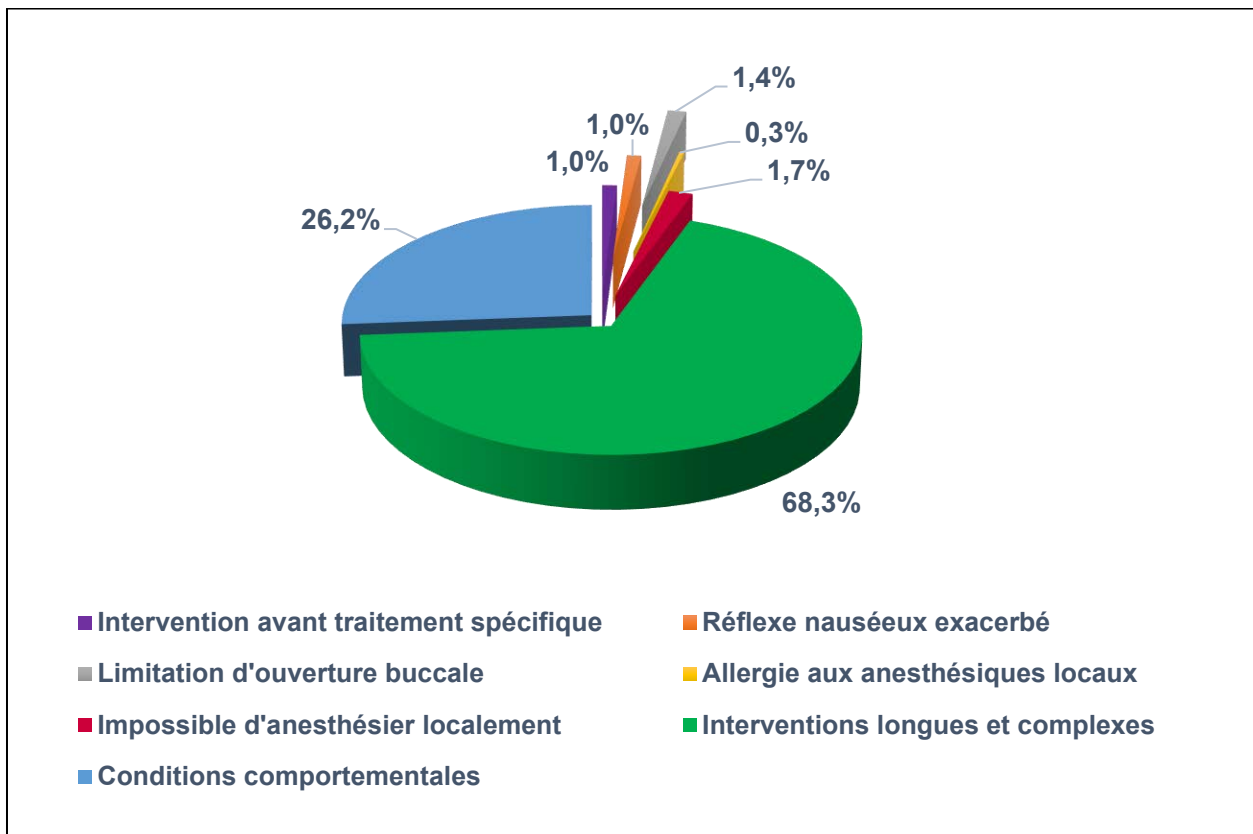


Figure 3 : Indications de l'AG dans le service d'odontologie de novembre 2013 à novembre 2015

3.4 Type de patients

39% des patients ont été pris en charge au bloc opératoire en raison de leur état de santé général et/ou de leur comportement :

- patients phobiques (n=45) ;
- patients porteurs d'un déficit cognitif et/ou physique (n=31) et ;
- patients souhaitant une prise en charge sous AG (n=21) (figure 4).

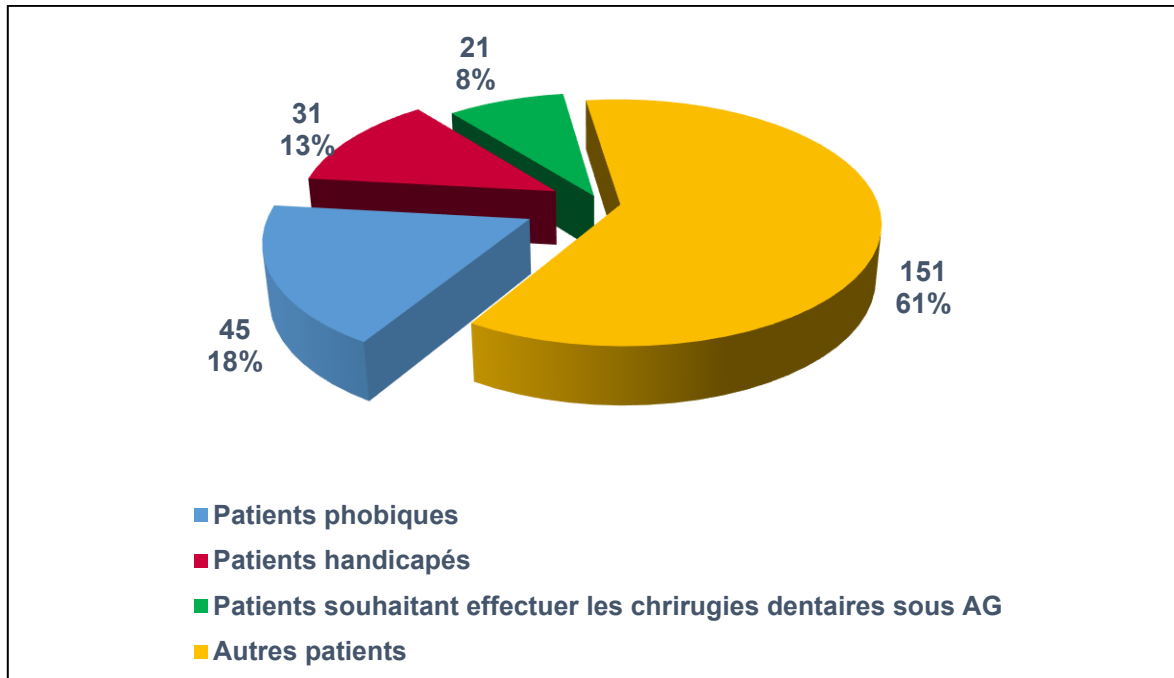


Figure 4 : Les différentes raisons de prise en charge sous AG selon le type de patients

Les patients phobiques représentent 18% de la population de notre étude, soit 45 patients.

31 patients (13%) ayant un handicap mental et/ou cognitif ont été pris en charge au bloc opératoire. La figure 5 montre que la quasi-totalité des patients handicapés sont hospitalisés en UCA.

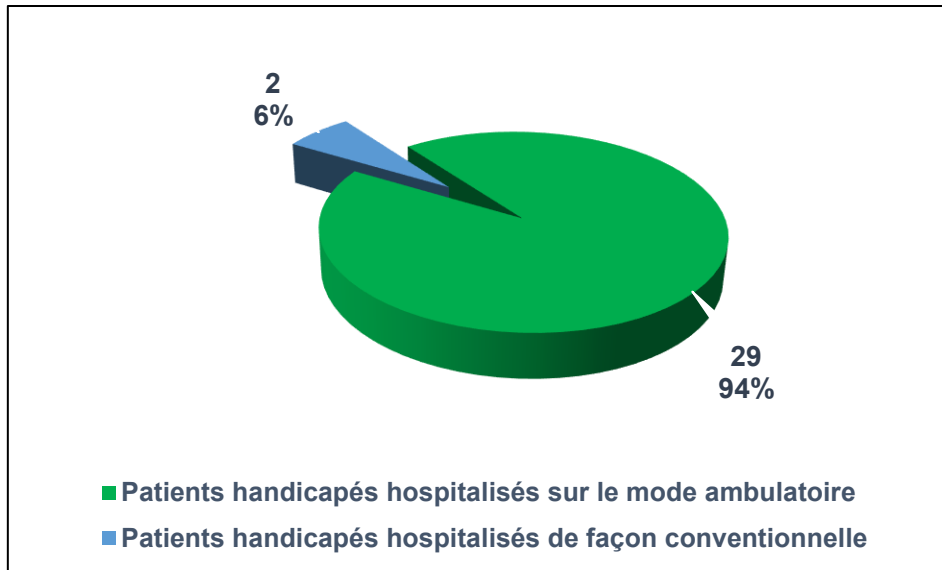


Figure 5 : Proportion de patients handicapés pris en charge sur le mode ambulatoire ou conventionnel

21 patients (8%) ont souhaité une prise en charge sous AG. La plupart des patients font ce choix, soit par appréhension des avulsions sous anesthésie locale (sans parler de phobie dentaire), soit par souhait de réaliser des extractions dentaires multiples de plus de dix dents en une seule fois.

3.4.1 Conversion de l'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle

5% des patients initialement programmés en hospitalisation ambulatoire sont restés en surveillance une nuit post-opératoire suite à la survenue de complications anesthésiques et/ou chirurgicales (figure 6).

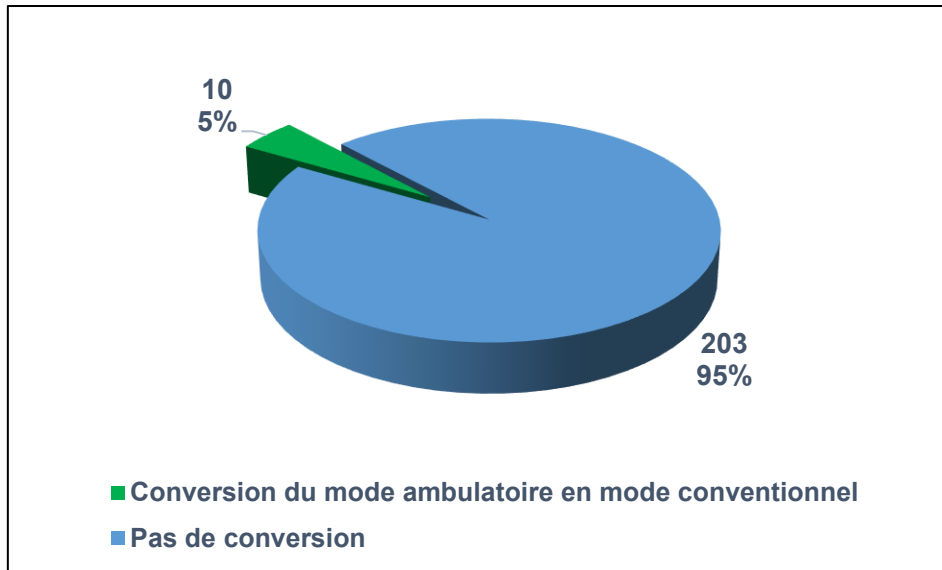


Figure 6 : Taux de conversion des hospitalisations programmées en ambulatoire en hospitalisation classique

3.4.2 Les patients hémophiles

Les patients hémophiles représentent 3% de la population étudiée, soit 9 patients sur 2 ans. Ceux-ci nécessitent forcément une surveillance post-opératoire d'au moins une nuit et ne sont donc pas éligibles à l'ambulatoire.

3.4.3 Les patients en détention

Nous avons pris en charge 7 patients en détention au cours de notre étude. Leur hospitalisation ne peut s'effectuer en ambulatoire pour des raisons d'organisation logistiques.

3.5 Type d'actes

Les EDM (45%) et les avulsions de dents de sagesse incluses (37%) prennent une grande place dans notre activité sous AG. En troisième position vient l'exérèse de kystes de gros volume pour 9% des actes (figure 7).

Les détartrages manuels et quelques soins conservateurs sont principalement effectués chez les patients ayant un handicap mental et/ou cognitif où les traitements bucco-dentaires sont difficiles voire impossibles au fauteuil.

Dans 31% des cas, le chirurgien a effectué plusieurs types d'actes chirurgicaux au cours de l'AG (n=76 patients), ce qui renforçait la nécessité d'une prise en charge sous anesthésie générale plutôt que sous anesthésie locale.

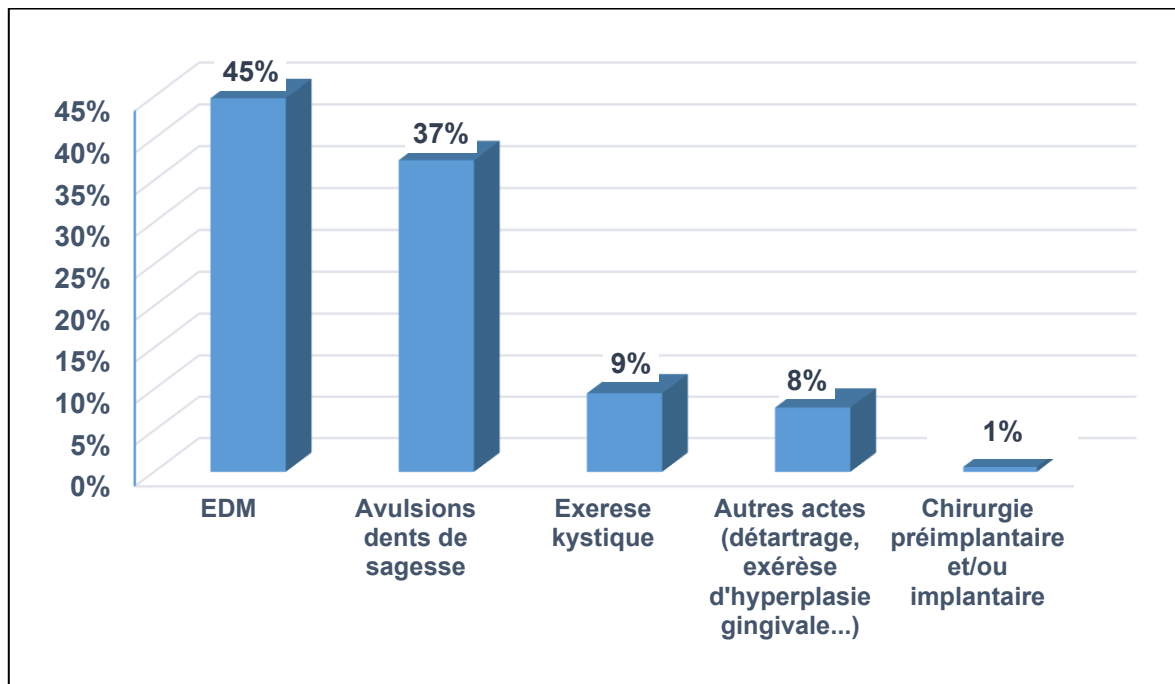


Figure 7 : Les différents actes dentaires réalisés au bloc opératoire de novembre 2013 à novembre 2015

3.5.1 Risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur lors des avulsions de dents de sagesse inférieures

Dans 18% des cas, les dents de sagesse incluses étaient à proximité du nerf alvéolaire inférieur, pouvant occasionner des douleurs ou des difficultés per-opératoires lors d'une prise en charge sous AL. (25)

3.5.2 Les complications éventuelles

Les complications survenues suite aux interventions de chirurgie orale effectuées sous anesthésie générale sont rares (7% des cas). Ces complications peuvent être de deux types : soit anesthésiques soit chirurgicales (figure 8).

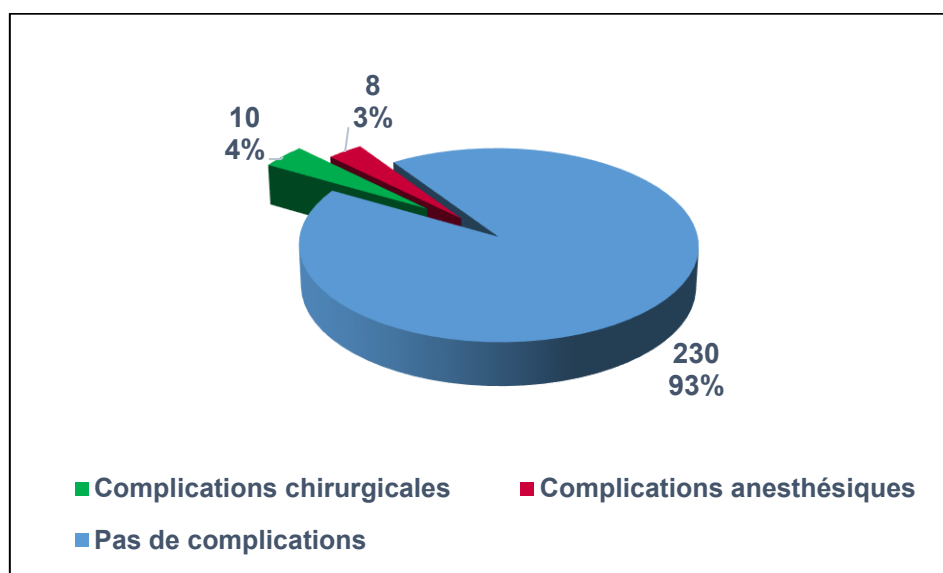


Figure 8 : Proportion de patients ayant subis des complications anesthésiques et/ou chirurgicales

Les complications les plus fréquentes liées à l'odontologie et à la chirurgie orale sont les hémorragies per- et post-opératoires, les douleurs post-opératoires, les obstructions des voies aériennes supérieures par des débris de matériaux ou matériels dentaires (la mise en place d'un packing au niveau de l'oropharynx lors des interventions sous AG diminue fortement ce risque) (26).

Ces complications ne nécessitent pas systématiquement une nuitée post-opératoire.

3.6 Prise en charge sous anesthésie locale

11 prises en charge sous anesthésie locale ou loco-régionale ont été réalisées au bloc opératoire sur 248 interventions en chirurgie dentaire, soit 4% des cas. Les anesthésies locales programmées au bloc opératoire sont indiquées chez les patients ayant des troubles du rythme cardiaque. En effet, une prise en charge rapide par le

médecin anesthésiste-réanimateur peut avoir lieu en cas de décompensation au cours de l'acte.

4. Discussion

Le taux d'hospitalisation ambulatoire en chirurgie odontologique, au CHRU de Nancy, est de 82%. Une étude épidémiologique similaire à ce travail a été réalisée au CHU de Nantes en 2004, et avait montré un taux de chirurgie ambulatoire de 78,5% (27). Ce chiffre est légèrement inférieur à celui de notre étude, mais il faut souligner que ce travail a été mené en 2004, au début de la mise en place des recommandations organisationnelles.

Nos résultats restent inférieurs d'environ 10% aux tendances nationales publiées par l'ATIH (5). La figure 9 illustre l'augmentation (+ 5,3% en 5 ans) du taux de prise en charge ambulatoire pour la racine 03K02 au niveau national.

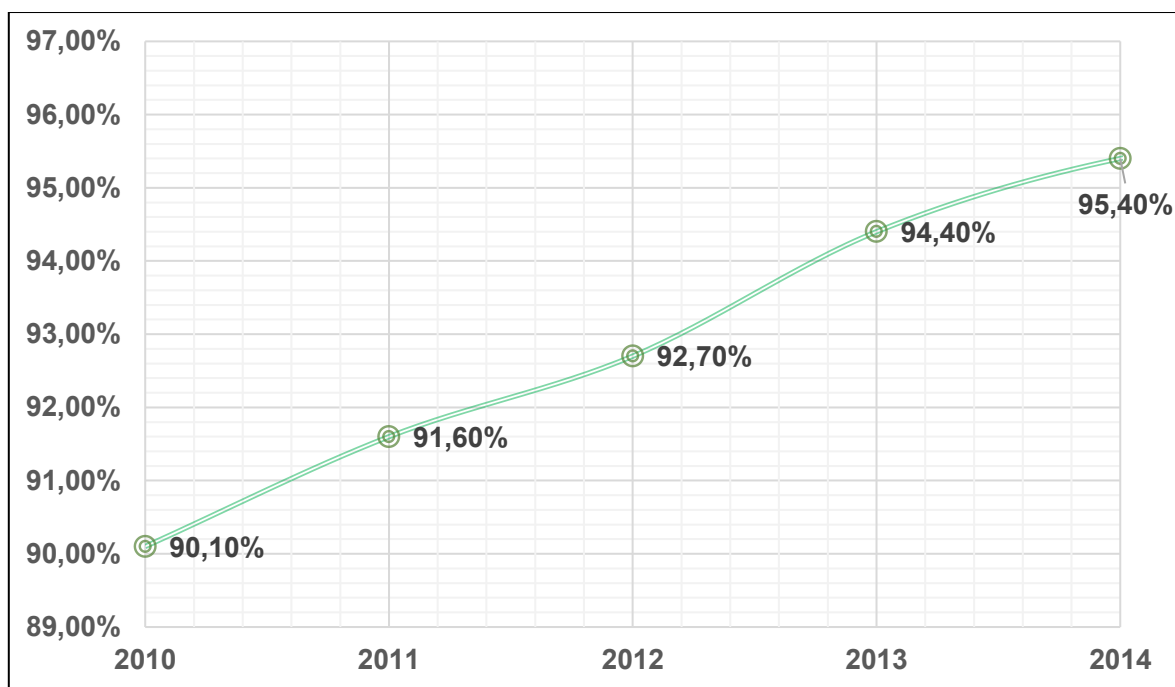


Figure 9 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire pour la racine 03K02 en France de 2010 à 2014 (séjours sans nuitée rapportées à l'ensemble des séjours de la racine)

Ce contraste avec les données nationales peut s'expliquer en partie par une faible proportion de patients opérés au CHRU de Nancy en odontologie. Durant notre étude, le service d'odontologie de Brabois Adulte a pris en charge 248 patients au bloc opératoire depuis le début de l'activité jusqu'à novembre 2015, soit dix patients en

moyenne par mois. Les interventions d'odontologie étaient programmées sur un Temps de Vacation Opérateur (TVO) de 4 heures, soit une moyenne de deux à trois patients par semaine. Ce faible chiffre relativise les résultats constatés si on le ramène aux 309 000 cas nationaux notamment pris en pourcentage. Depuis le TVO a augmenté (il est de 7h30), par conséquent le service prend en charge en moyenne 20 à 22 patients par mois au bloc opératoire.

L'âge moyen des patients pris en charge peut aussi expliquer ce faible taux d'hospitalisations ambulatoires. En effet, les patients pris en charge en UCA sont plus jeunes (avec une moyenne d'âge de $35 \pm 17,3$ ans) que les patients pris en charge en hospitalisation classique (âge moyen de $43,3 \pm 19,2$ ans). La population jeune reste une population idéale pour une hospitalisation ambulatoire du fait de sa bonne santé et ses capacités de récupération importantes (28). Bien que les personnes plus âgées puissent être pris en charge en ambulatoire, il faut veiller à ce qu'elles entrent dans les critères de sélection. En effet, le pourcentage des patients ASA >2 croît avec l'âge, on en compte près de 30 % dans la tranche 75-84 ans et 50 % > 85 ans (29). C'est pourquoi il est difficile d'influer sur le mode d'hospitalisation si la patientèle est plus âgée d'un secteur géographique à un autre ou d'un établissement à un autre.

Dans notre population, les interventions réalisées en hospitalisation ambulatoire sont plus courtes (48,8 minutes en moyenne) que pour les hospitalisations conventionnelles (58,8 minutes en moyenne). Mais dans les deux cas elles restent inférieures à 90 minutes, l'un des critères de sélection de l'UCA. Donc la durée des interventions n'est pas une raison pour programmer une hospitalisation classique dans notre spécialité.

Ces résultats concernent le CHRU de Nancy, établissement public ayant un plateau technique avancé, qui absorbe certains patients d'établissements privés n'entrant pas dans les critères d'hospitalisation ambulatoire en raison de leur mode de vie et/ou de leur état de santé. En effet, la figure 10 nous indique que les établissements hospitalo-universitaires avaient un taux global d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire de 23,6% contre 49,1% dans le secteur privé en 2012.

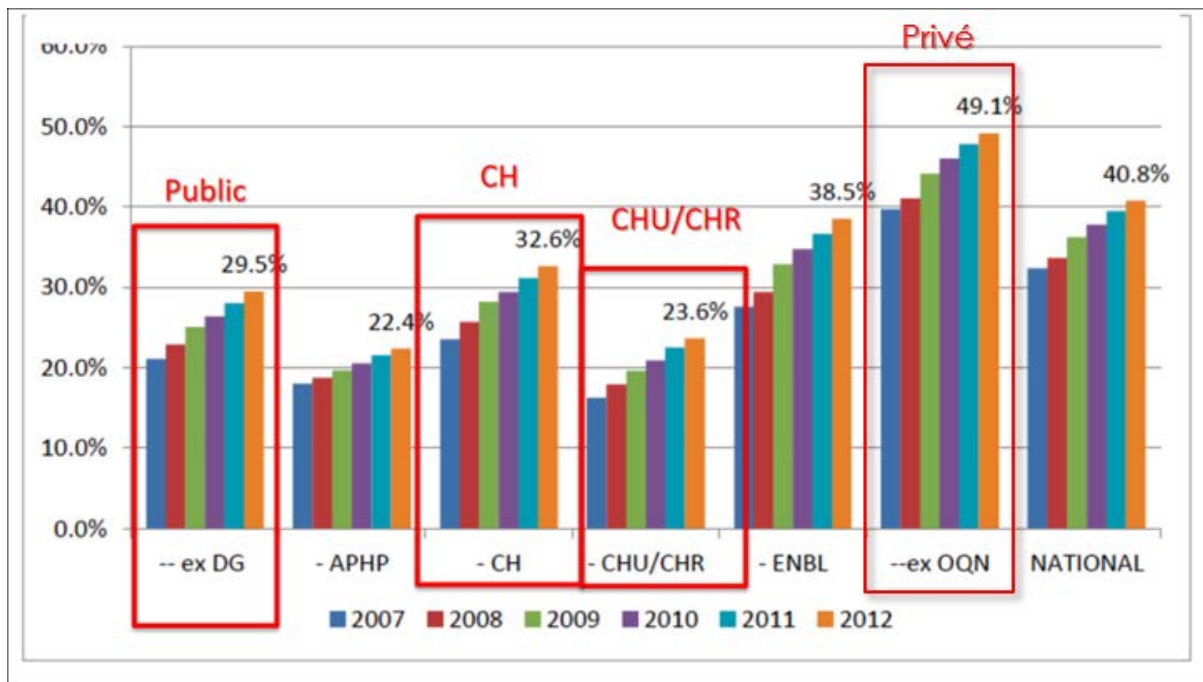


Figure 10 : Taux global de chirurgie ambulatoire en fonction du type d'établissement (source : Vons, 2015)

Ceci peut expliquer une part d'hospitalisation conventionnelle non négligeable de 18%, au CHRU de Nancy pour l'odontologie.

Le graphique ci-dessous (figure 11) montre les types de patients pris en charge en hospitalisation classique dans notre étude.

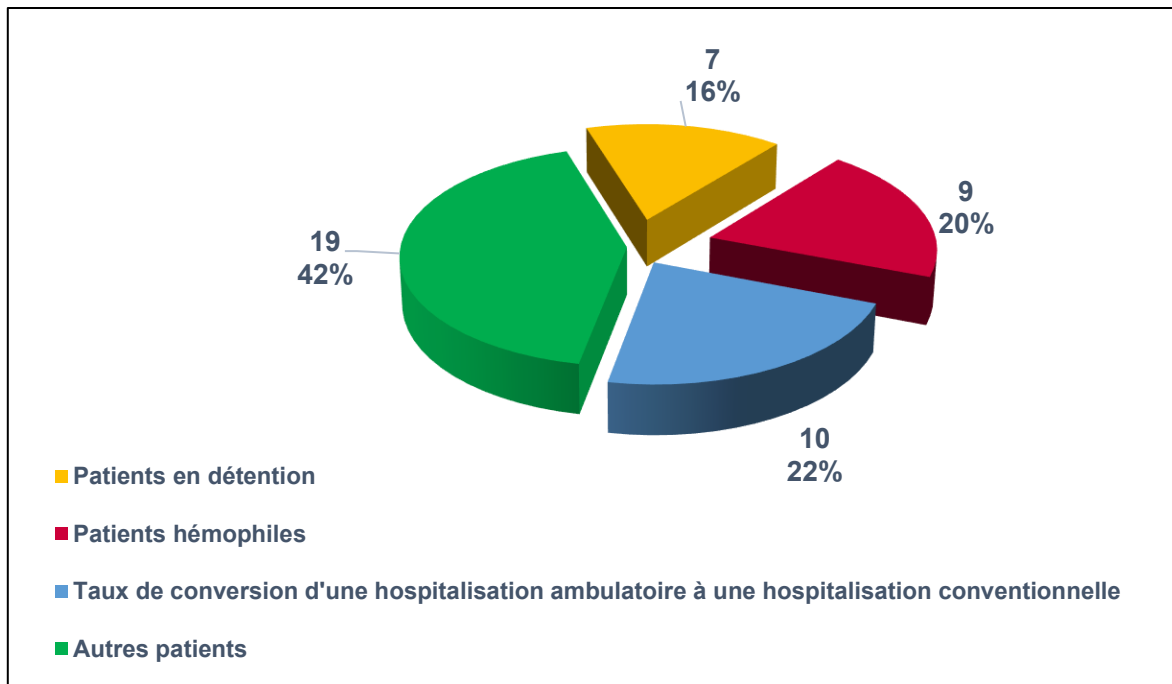


Figure 11 : Patients pris en charge en hospitalisation conventionnelle

45 patients ont été pris en charge sur le mode conventionnel. Trois types de patients sont répertoriés : les patients initialement programmés en ambulatoire restés finalement une nuit post-opératoire en surveillance, les patients hémophiles et les patients incarcérés. Les autres patients inéligibles à l'ambulatoire seront détaillés ci-après.

On a observé 5% de conversion d'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation classique dans notre étude. Cette conversion est la conséquence de complications anesthésiques et/ou chirurgicales n'ayant pas pu être anticipées.

D'après Chung et coll, les taux d'admissions imprévues vont de 0,3% à 1,4%. Les raisons d'une hospitalisation non prévue sont liées à des complications chirurgicales dans 38-79% des cas (douleurs intenses, saignements) et liées à des complications anesthésiques dans 10 à 26% des cas (nausées, vomissements, somnolence) (30).

Dans notre institution, les complications liées à l'anesthésie nécessitant une hospitalisation non prévue sont plus fréquentes que les complications chirurgicales (tableau V).

Tableau V : Les complications anesthésiques et chirurgicales relevées par notre étude nécessitant une surveillance post-opératoire

Complications chirurgicales	Complications anesthésiques
Saignement post-opératoire	Le patient a arraché sa voie veineuse périphérique au réveil (risque hémorragique)
Communication bucco-sinusienne importante (lors de l'avulsion de 23 dents et de l'exérèse de 3 kystes)	Le patient s'est arraché sa sonde d'intubation au réveil
	Le patient a vomi pendant l'acte créant une désaturation et obligeant une extubation
	Deux patients somnolents, fatigués, en fin de journée

Les trois autres raisons du changement de mode d'hospitalisation sont :

- Une opération se terminant tard dans la journée n'autorisant pas une sortie le soir ;
- Un patient avec une épilepsie non contrôlée par le traitement ;
- Une surveillance post-opératoire d'un patient instable, éthylo-tabagique (qui a fugué le lendemain de son intervention, sans ses documents de sortie).

Les patients gardés sous surveillance ne feront leur retour à domicile que le lendemain de l'intervention.

Cet imprévu est à prendre en considération puisqu'il influe négativement sur l'objectif attendu. Une meilleure préparation à l'UCA et un bon déroulement de l'intervention avec des suites opératoires maîtrisées, des risques post-opératoires gérés, réduiraient véritablement ce chiffre (12). Malheureusement, nous ne pouvons pas anticiper la réaction des patients subissant une anesthésie générale, il arrive que les réveils soient agités et induisent des complications anesthésiques (arrachement de la sonde d'intubation au réveil, arrachement de la voie veineuse, etc...).

Dans notre étude, on constate que tous les patients hémophiles (n= 9) sont pris en charge en hospitalisation classique. Ce choix s'explique par le fait que ces patients

doivent rester obligatoirement sous surveillance hospitalière 24 heures après une intervention à risque hémorragique.

L'hémophilie est une maladie hémorragique héréditaire. Les patients atteints de cette maladie ont un déficit d'une protéine de la coagulation : F VIII ou F IX, ce qui perturbe fortement la coagulation lors de saignement (31).

1/5 000 naissance est porteuse de la maladie. En France, on répertorie 5 000 cas dont 240 en Lorraine, sachant que le CHRU de Nancy est le référent pour la prise en charge de ces patients.

On distingue deux types d'hémophilies :

- Hémophile A : déficit de la protéine F VIII : correspond à 85% des patients ;
- Hémophile B : déficit de la protéine F IX : plus rare, correspond à 15% des patients.

La conséquence principale de cette maladie est un saignement abondant et persistant. C'est pourquoi ces patients doivent être pris en charge en milieu hospitalier pour effectuer les gestes invasifs (32).

En cas de réalisation d'une avulsion dentaire, une concertation préalable avec les hématologues est systématique. Le chirurgien prend contact avec le Centre Régional de Traitement de l'Hémophilie (CRTH) situé au CHRU de Nancy pour définir la nécessité de mettre en place ou non un traitement substitutif (exemple : Minirin[®], facteurs de coagulation...), selon la pathologie du patient et le geste prévu (33).

Chez ces patients, il faudra en plus effectuer un protocole d'hémostase local rigoureux (éponges hémostatiques, sutures hermétiques +/- colle biologique) afin de contrôler l'hémostase.

Une bonne coordination odonto-hématologique et une surveillance hospitalière post-opératoire sont de mise pour contrôler le risque hémorragique.

Pour les patients incarcérés, une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI), a ouvert ses portes en 2004 au CHRU de Nancy (la première en France). Il s'agit d'un hôpital pour les détenus. Dans cette unité cohabitent trois corps d'état : la Police Nationale, la Pénitentiaire et la Santé (34).

Lorsqu'un patient incarcéré doit se faire opérer au CHRU, un hébergement en UHSI est nécessaire, c'est pourquoi tous ces patients sont pris en charge en hospitalisation

conventionnelle. La prise en charge de ces patients dans notre étude explique en partie le taux plus élevé d'hospitalisations classiques, en effet, seulement huit établissements en France sont sujets à cette contrainte (35).

Une hospitalisation conventionnelle étant obligatoire pour les patients hémophiles et les patients en détention, cela augmente le taux de ce mode d'hospitalisation aux dépens des démarches organisationnelles du CHRU. En excluant ces patients, nous constatons que le taux d'hospitalisation ambulatoire augmente et passe de 82% à 88%.

19 patients hospitalisés de façon classique n'entrent pas dans l'une des trois catégories décrites précédemment. Nous allons énumérer les autres raisons qui expliquent une hospitalisation conventionnelle plutôt qu'une hospitalisation ambulatoire (figure 12).

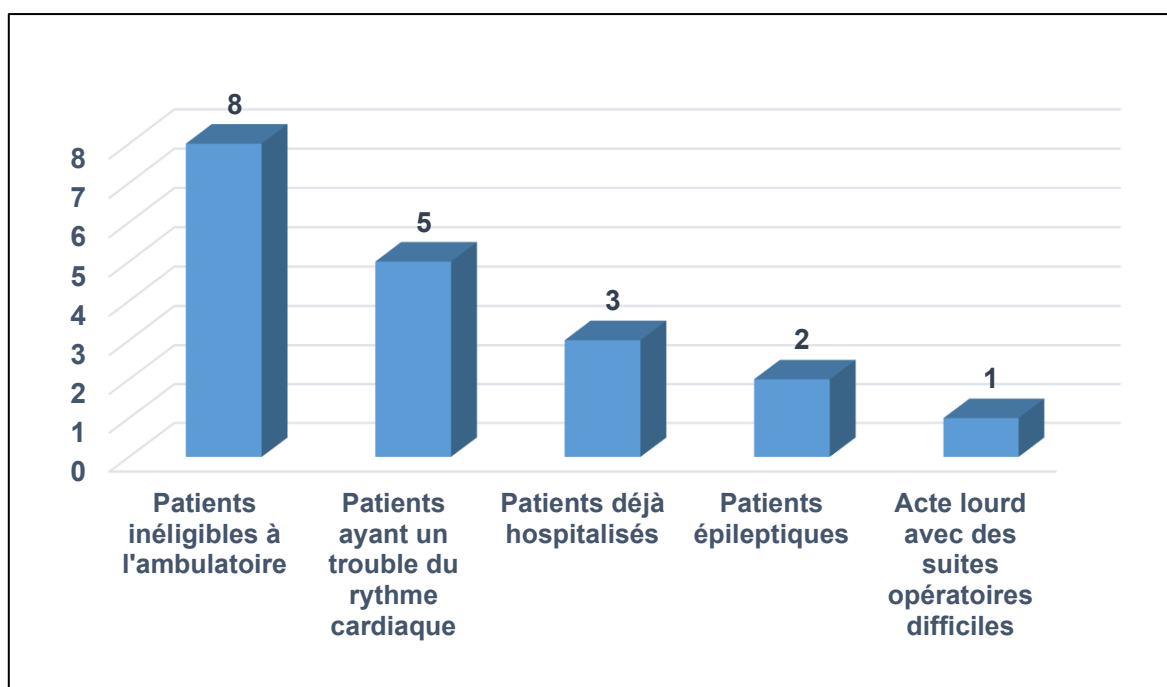


Figure 12 : Les autres patients pris en charge sur le mode conventionnel

8 patients étaient inéligibles à l'ambulatoire du fait de leurs critères sociaux (patient isolé, toxicomane et/ou éthylo-tabagique, contexte familial compliqué...) La réduction ou l'élimination des critères sociaux d'inclusion décrits par la MEAH permettrait une prise en charge ambulatoire plus large, et améliorerait notre taux d'hospitalisation en

chirurgie ambulatoire. En effet, en 2010, des recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) ont été publiés afin d'élargir les critères de sélection MEAH. Dans ces critères, une personne accompagnante responsable et valide doit ramener le patient chez lui et passer la nuit auprès de lui, alors que dans les recommandations de la SFAR, il est recommandé que la présence d'un accompagnant au lieu de résidence post-opératoire soit évaluée en fonction du couple acte – patient et doit être définie au préalable par les acteurs de la structure en fonction de l'organisation mise en place (36). De plus, le fait que le patient doit résider à moins d'une heure d'une structure de soins adaptés lors de la nuit post-opératoire n'est plus une obligation dans les recommandations de la SFAR. Le CHRU de Nancy a gardé comme références les critères de sélection MEAH. L'adaptation des critères de la SFAR à notre établissement permettrait d'augmenter notre taux de prise en charge ambulatoire.

5 patients ayant des troubles du rythme cardiaque sont restés sous surveillance une nuit post-opératoire. Parmi ces patients, 4 ont été opérés sous anesthésie locale au bloc opératoire, et un opéré sous AG. La plupart de ces patients sont sous HEMIGOXINE NATIVELLE® (digoxine) et sous anticoagulants, ce qui explique une prise en charge au bloc opératoire et une surveillance hospitalière post-opératoire (37). C'est le médecin anesthésiste qui décide d'organiser l'hospitalisation conventionnelle. Nous avons recensé 11 prises en charge sous AL au bloc opératoire durant notre étude, incluant 9 patients ayant un trouble du rythme cardiaque ou une arythmie.

En chirurgie odontologique, le praticien utilise des anesthésiques locaux contenant de l'adrénaline. Ceux-ci peuvent décompenser les troubles du rythme cardiaque du patient, c'est pourquoi une surveillance de ses constantes et une éventuelle prise en charge par un médecin anesthésiste en cas de complications lors de l'acte sont nécessaires. L'instauration de l'anesthésie monitorée au bloc opératoire pour ces patients est une bonne alternative à l'anesthésie générale, diminuant ainsi les risques de cardiopathies (38) (39).

Le praticien décide d'une prise en charge au fauteuil ou au bloc opératoire en fonction de l'état de santé générale du patient. Une évaluation du risque cardiovasculaire, avec l'avis d'un cardiologue, est indispensable avant toute intervention chirurgicale pour diminuer le risque opératoire (40).

Le monitoring standard comporte, pour tout acte anesthésique (décret n°94-1050 du 5 décembre 1994), un électrocardioscope, une mesure non invasive de la pression artérielle et un oxymètre de pouls (41) (42).

Enfin, certains patients étaient déjà hospitalisés dans d'autres services du CHRU au moment de leur prise en charge en odontologie. Deux des trois patients concernés étaient en attente d'une intervention plus lourde dans une autre spécialité (pose d'une valve mitrale aortique et greffe rénale) et devaient subir une éradication des foyers infectieux oraux avant cette opération. Le troisième était hospitalisé dans le service d'urologie depuis plusieurs semaines et nécessitait une réhabilitation bucco-dentaire pour favoriser une réalimentation.

Nous avons inclus deux patients avec une épilepsie non contrôlée par leur traitement. La réalisation d'une anesthésie générale chez ces patients majore le risque de crises d'asthme dans les heures suivant l'intervention, c'est pourquoi une surveillance post-opératoire est nécessaire.

Pour l'acte lourd avec des suites opératoires difficiles, on intègre un curetage d'une ostéonécrose secteur 3 et 4 chez un patient fragile, ayant une hépatite C et un antécédent de tuberculose.

Certains gestes marqueurs contre-indiquent l'ambulatoire, comme l'exérèse de kyste du plancher de la bouche par abord intrabuccal avec un autre acte. Dans notre étude, aucun patient n'est entré dans ce cas de figure (43).

Dans notre population, les hospitalisations conventionnelles ont été programmées en raison de l'état général et de la situation personnelle du patient (critères sociaux et critères médicaux) et non en fonction de l'acte prévu.

L'objectif secondaire de notre étude était de connaître les indications d'une prise en charge sous AG au bloc opératoire.

D'après notre étude, les interventions longues et/ou complexes (68,3%) sont la principale indication d'effectuer les actes sous AG.

En effet, les avulsions dentaires multiples de plus de dix dents, les avulsions d'au moins trois dents de sagesse incluses et l'exérèse de kystes de gros volume sont des

actes difficiles pour le praticien et pour le patient lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale au fauteuil. La salive et l'ouverture buccale peuvent gêner l'opérateur dans la réalisation de chirurgie dentaire. C'est pourquoi on préconise une anesthésie générale dans ces cas.

De plus, pour la réalisation d'EDM de plus de 10 dents, la dose d'anesthésiques locaux nécessaires serait trop importante, justifiant la réalisation du geste sous AG.

D'après notre étude, la durée moyenne des interventions pour les EDM est de 52 minutes et pour les avulsions de dents de sagesse incluses de 49 minutes. La durée de ces chirurgies est inférieure à 90 minutes et entre dans les critères d'éligibilité d'une hospitalisation ambulatoire. Pourtant, nous comptons 20% d'avulsions de dents de sagesse incluses dans les hospitalisations conventionnelles (figure 13).

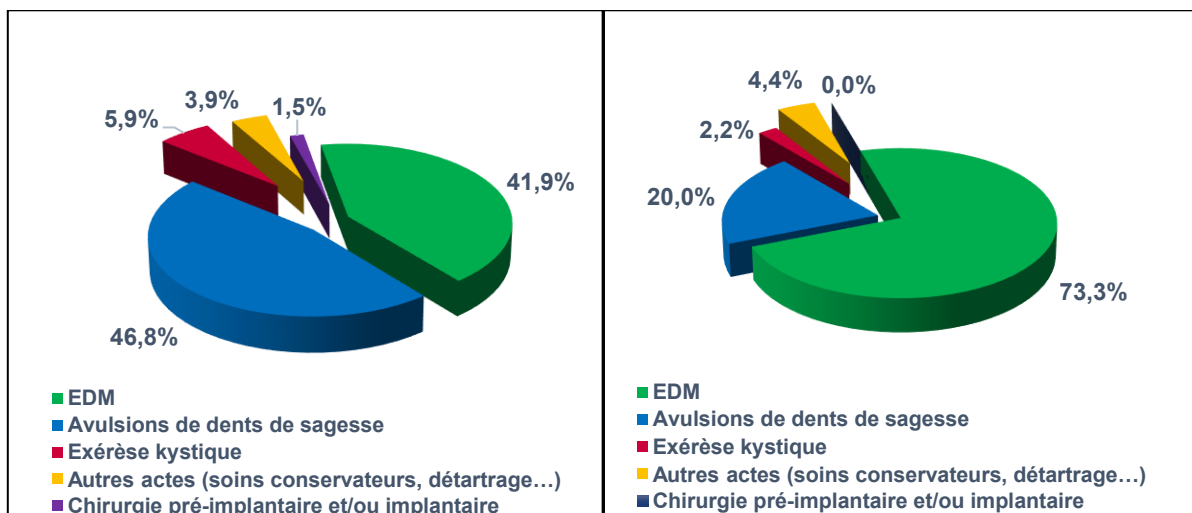


Figure 13 : Types d'actes réalisés au bloc opératoire sur le mode ambulatoire (à gauche) et sur le mode conventionnel (à droite)

Selon une étude réalisée en 2006 par Trost et coll. au CHU de Dijon, la durée d'hospitalisation pour les avulsions de dents de sagesse est de 1,7 jours, donc supérieure à celle de notre étude (44).

En effet dans notre population hospitalisée en chirurgie ambulatoire, les avulsions de dents de sagesse sont majoritaires à 46,8%. Ce sont des actes à suites opératoires simples et peu douloureuses et s'effectuant principalement sur une population jeune, facilitant un retour à domicile le soir de l'intervention.

Sur les 20% d'avulsions des troisièmes molaires effectués sur des séjours conventionnels, soit 9 patients, 6 patients étaient hémophiles, 2 patients étaient programmés en ambulatoire et ont finalement nécessité d'une nuit de surveillance post-opératoire en raison de complications chirurgicales et d'un retard au bloc opératoire. Un patient était inéligible à une hospitalisation ambulatoire à cause de son état de santé général.

Concernant les avulsions dentaires multiples, elles représentent 41,9% des actes en chirurgie ambulatoire, et 73,3% des actes en hospitalisation classique. Ces actes sont réalisés sur des sujets plus âgés que les avulsions de dents de sagesse.

Ces patients ont un état de santé plus fragile et parfois une polymédication, c'est pourquoi une surveillance post-opératoire est parfois indiquée.

La seconde indication d'une anesthésie générale plutôt qu'une anesthésie locale est liée aux conditions comportementales du patient. Dans cette catégorie, nous retrouvons trois types de patients : les patients phobiques, les patients ayant un déficit mental et/ou cognitif et les patients souhaitant bénéficier d'une AG pour la réalisation de chirurgie orale.

Les patients phobiques, 19% d'après notre étude, sont des patients souvent difficiles à soigner. Si la prise en charge au fauteuil sous AL est impossible, des solutions de sédation consciente comme l'utilisation du MEOPA (Mélange Equimoléculaire Oxygène Protoxyde d'Azote) sont une alternative efficace à l'anesthésie générale (45). En cas d'échecs de chirurgies dentaires au fauteuil et/ou avec une sédation consciente, on peut proposer une prise en charge sous anesthésie générale pour cette population.

De même chez les patients ayant un déficit cognitif et/ou mental, quand la réalisation des avulsions est impossible au fauteuil, une anesthésie générale est programmée afin de réaliser tous les actes de chirurgie dentaire en une seule session. Özkan et coll. ont observé que l'anesthésie générale a été réalisée en raison de problèmes mentaux dans 46,5% des cas, la présence de difficultés de coopération dans 45,6% des cas et la chirurgie maxillo-faciale pour le reste (46).

Ce mode opératoire vise à rétablir :

- La santé bucco-dentaire du patient, avec le rétablissement d'une alimentation et d'une mastication proche de la normale ;
- La santé générale, avec l'éradication des foyers infectieux à l'origine de troubles et d'infections à distance et ;
- Éventuellement la confiance du patient pour le réintroduire dans le circuit normal des soins, ou au moins des soins sous sédation consciente (47).

Un suivi régulier après l'opération est indispensable afin de stabiliser l'état bucco-dentaire.

D'après une étude de Cortiñas-Saenz et coll., le taux de prise en charge en hospitalisation conventionnelle chez des patients souffrant d'un handicap est de 1,92% (48). Dans notre étude, ce taux est de 6%, cette légère différence peut être expliquée par une élimination des critères d'exclusion pour cette population, tels que la distance domicile - structure de soins, la présence de pathologie associée, certains traitements, des défauts physiques et psychologiques (49).

Ces patients ont des capacités d'adaptation moindres et un hébergement hospitalier, modifiant leur quotidien, engendre stress et irritabilité. C'est pourquoi une hospitalisation ambulatoire est un bon compromis pour cette population. Elle est adaptée aux patients pour lesquels un éloignement du cadre de vie habituel perturbe (29). L'étude de la littérature montre de meilleurs résultats avec une prise en charge en ambulatoire malgré la lourdeur des actes (50) (48).

Au Royaume-Uni avant 2002, sans recommandations officielles, près de 75% des anesthésies générales pour les soins et chirurgies dentaires étaient demandées par le patient sans motifs médicaux justifiés (51). Après cette étude, le Conseil Dentaire Général (GDC), le Collège Royal des Anesthésistes (RCA) et le Ministère de la Santé (DOH) ont mis en place des recommandations au Royaume-Uni :

- Patients incapables de coopérer en raison d'immaturation ou de déficience mentale et/ou physique ;
- Patients chez qui l'anesthésie locale s'est révélée infructueuse ou peu probable de travailler en raison de l'étendue de la chirurgie ou de la présence d'une infection ;

- Patients ayant des antécédents d'hypersensibilité au contenu de l'ampoule des anesthésiques locaux ;
- Patients extrêmement nerveux, refusant de subir un traitement dentaire tout en étant conscient (52).

Ces recommandations restent plus larges que celles répertoriées en France. Notre étude ne recense que 21 patients demandant à effectuer les chirurgies dentaires sous AG. Aucune chirurgie dentaire sous anesthésie générale n'a été réalisée à la demande du patient s'il n'entrait pas dans les critères d'inclusion décrite par la MEAH. La principale explication de ce choix était la réalisation des EDM ou l'avulsion des quatre dents de sagesse incluses en une seule fois, souvent demandée par les patients (51).

5. Conclusion

Certains actes de chirurgie orale peuvent s'avérer difficiles et parfois douloureux lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale, c'est pourquoi le praticien peut proposer la réalisation de l'acte sous AG. Le nombre de gestes effectués sous AG devient non négligeable en France, et cette activité doit être contrôlée car des abus peuvent s'y glisser. En effet, une anesthésie générale n'est pas un acte anodin et le rapport bénéfique/risque de l'intervention doit être évalué en amont.

Une fois le type d'anesthésie décidée, le choix du type d'hospitalisation est discuté. Bien que certaines chirurgies odontologiques soient compliquées au fauteuil, elles entrent dans les critères d'hospitalisation ambulatoire du fait de leur courte durée, de leur caractère peu invasif et de leurs suites opératoires simples et peu douloureuses. Pourtant, le taux d'hospitalisation ambulatoire au CHRU de Nancy Brabois Adulte pour l'odontologie est de 82%, chiffre inférieur aux données nationales. D'après notre étude, c'est l'état de santé général et/ou le mode de vie du patient qui déterminent le type d'hospitalisation. En effet, les patients isolés, incarcérés et/ou ayant un trouble de coagulation nécessitent une surveillance hospitalière post-opératoire. Etudiant un établissement public, cette population est plus importante que dans les établissements privés comparatifs.

Depuis plusieurs années, les hautes instances françaises incitent le développement de l'hospitalisation ambulatoire, majoritairement pour des raisons financières. D'autres pays comme les Etats-Unis ont depuis longtemps développé cette prise en charge. En 2008, Paquette et coll. ont montré que 99% des cholécystectomies par voie laparoscopique réalisées dans des centres ambulatoires indépendants, ont pu s'effectuer sans difficultés (53). En France, une étude menée en 2002 par Johanet et coll., montrait que seulement 27,4% des cholécystectomies par voie laparoscopique étaient prises en charge en ambulatoire (54).

Malgré ce retard, le taux d'hospitalisation ambulatoire progresse en France de façon constante et continue, aux dépens de l'hospitalisation conventionnelle. Cette progression encourage les établissements publics et privés à continuer dans cette direction et à réduire peu à peu l'écart avec nos pays voisins.

6. Bibliographie

1. HAS (Haute Autorité de Santé). Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie [Internet]. 2005 [cité 20 juill 2016].

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464907/indications-et-contreindications-de-lanesthesie-generale-pour-les-actes-courants-dodontologie-et-de-stomatologie?xtmc=&xtcr=5

2. Pendeville P, Siciliano S, Mayne A, Bayet B, Reyhler H, Pilipili C. Anesthésie en odontostomatologie. Traité d'anesthésie générale. Arnette Groupe Liaisons ; 2001. p 2367-2383.
3. Gerard E, Moizan H. Pratique odontologique au bloc opératoire, de la chirurgie ambulatoire à l'anesthésie générale. Paris : CdP ; 2009. 190 p.
4. Programme national chirurgie ambulatoire | Publication ATIH [Internet]. 2016 [cité 16 sept 2016].

Disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/programme-national-chirurgie-ambulatoire>

5. ATIH. Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire (nouveau périmètre) [Internet]. 2016 [cité 27 Mars 2017].

Disponible sur : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf

6. Mascret D, Guichard G. Chirurgie ambulatoire : premier classement des meilleurs [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2017].

Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/chirurgie-ambulatoire-premier-classement-des-meilleurs-hopitaux>

7. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges, indicateurs de processus du thème "Qualité et sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire" [Internet]. 2015 [cité 21 juill 2016].

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/cahier_des_charges_chir_ambu_dec_2015_vd.pdf

8. Bert T, Hausswalt P, Weill M, D'autume C, Dupays S. Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France [Internet]. Juil 2014 [cité 21 juill 2016].

Disponible sur : http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf

9. Sécurité sociale. La chirurgie ambulatoire. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015. [Internet]. Juin 2015. [cité le 19 Janv 2016].

Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport-ccss-20160120-114010-207-54.pdf>

10. Haute Autorité de Santé. Recommandations organisationnelles, pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre [Internet]. Mai 2013 [cité 21 juill 2016].

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf

11. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La chirurgie ambulatoire - Prises en charge spécialisées [Internet]. 2012 [cité 19 janv 2016].

Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>

12. Vons C. Chirurgie ambulatoire, périmètre/activités : état des lieux et perspective [Internet]. 2014 [cité 27 mars 2017].

Disponible sur : http://www.cefh-ceps.com/actualite/ateliers_2014/conferences/Jedi%20H00%20st%C3%A9rili sation%20chiru%20ambu%20reims%2010%20avril%202015.pdf

13. Borsali A, Nougue H, Mebazaa A. Actualisation des critères ASA pour la cotation C2 des consultations préanesthésiques. Ann Fr Anesth Réanimation. 2013 ; 32(9) : 622-3.
14. Prévost J. L'anesthésie générale en odontologie pédiatrique, solution de la facilité ou nécessité thérapeutique. 2016. Nancy. Cours TCEO 1 : Faculté de chirurgie dentaire.
15. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002 [cité le 21 juill 2016]

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

16. Code de la santé publique - Article R4127-36 [Internet]. 2016 [cité le 21 juill 2016].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898>

17. MACSF. Chirurgien-dentiste : information et consentement éclairé du patient [Internet]. 2016 [cité 6 mars 2017].

Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/dentiste-information-patient-consentement-eclairer>

18. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [Internet]. 1994 [cité le 21 juill 2016].

Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id>

19. Minville V, Tran C, Albaladejo P. La consultation d'anesthésie : les incontournables. *Prat En Anesth Réanimation*. 2013 ; 17(2) : 106-11.
20. Owen H, Waddell-Smith I. Dental trauma associated with anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. 2000 ; 28(2) : 133-45.
21. Gaudy J-F, Arreto C-D, Charrier J-L, El Haddioui A, Tager F, Tilotta-Yasukawa F, Millot S. La pratique de l'analgésie en odontologie volume 1. Paris : CDP ; 2005. 127 p.
22. Haute Autorité de Santé. Rencontres régionales, ensemble améliorons la qualité [Internet]. 2012 [cité 28 mars 2017].

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/rencontres_regionales_has_de_lille_table_ronde_3.pdf
23. Blanc C, Albrecht E. Salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). In: Manuel pratique d'anesthésie [Internet]. Elsevier ; 2015 [cité 28 mars 2017]. p. 309-11.

Disponible sur :
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294731891000234>
24. AHNAC. Recommandations organisationnelles, pour approfondir la réflexion [Internet]. 2013 [cité 21 juill 2016].

Disponible sur :
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/projets/benchmark/Monographie_ahnac_Divion_Henin_Beaumont.pdf
25. Toledo R, Descroix V. Lésion du nerf alvéolaire inférieur. In: Urgences odontologiques. Elsevier ; 2010. p. 113-5.
26. Bourgain JL. Intubation difficile en chirurgie cervicofaciale. *Prat En Anesth Réanimation*. 2009 ; 13(4) : 291-295.

27. Issad A. Bilan d'activité de la vacation d'anesthésie générale. Etude épidémiologique. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2004.
28. Wodey E, de la Brière F. La chirurgie ambulatoire : organisation pratique et aspects médico-légaux, en France. Ann Fr Anesth Réanimation. 2013 ; 32(12) : 243-246.
29. N Dufeu, M Beaussier. Chirurgie ambulatoire : y a-t-il une limite d'âge ? e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2013 ; 12(2) : 079-084
30. Chung F, Mezei G. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. Can J Anesth Can Anesth. 1999 ; 46(S5) : R18-34.
31. Saccoun E. Traitement des hémophiles en 2009, qu'entend-on par sécurité ? Option/Bio. 2009 ; 20(421) : 14-5.
32. Martin M. Hémophilie et troubles congénitaux de l'hémostase. 2016. Nancy. Cours TCEO 1 : Faculté de chirurgie dentaire
33. Guérois C. L'éducation thérapeutique du patient hémophile. Kinésithérapie Rev. 2009 ; 9(88) : 37-40.
34. Réseau CHU. UHSI de Nancy : l'hôpital des détenus [Internet]. 2007 [cité 21 juill 2016].

Disponible sur : <http://www.reseau-chu.org/article/uhsi-de-nancy-lhopital-des-detenus/>
35. Ministère de la justice. La première unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) à Nancy [Internet]. 2004 [cité 11 mars 2017].

Disponible sur : http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/conf160204.pdf
36. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Annales Françaises Anesthésie Réanimation. Janv 2010 ; 29 (1) : 67-72.
37. Base de données publique des médicaments. HEMIGOXINE NATIVELLE 0,125 mg, comprimé - [Internet]. 2010 [cité 24 août 2016].

Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63593820&typedoc=N>

38. Belœil H, Gibert S, Macaire P, Zetlaoui PJ. Anesthésie locorégionale périphérique : monitoring et surveillance. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2006 ; 25(1) : 104-12.

39. Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. Recommandations. *Médecine buccale, chirurgie buccale*. 2003. 9 (2). 65-94

Disponible sur : http://societechirorale.com/documents/Recommandations/recommandations_vasoconstricteurs.pdf

40. Lenfant F, Seltzer S, Messant I, Nadji A, Tapie MC, Binnert M. Évaluation du risque cardiologique en vue d'une anesthésie pour une chirurgie non cardiaque : qu'attend le médecin anesthésiste-réanimateur de la consultation spécialisée auprès d'un cardiologue ? *Ann Cardiol Angéiologie*. 2005 ; 54(4) : 179-183.

41. Fourcade O, Geeraerts T, Minville V, Samii K. *Traité d'anesthésie et de réanimation* (4^e éd.). Paris : Lavoisier ; 2014. 1314 p.

42. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [Internet]. 1994 [cité le 21 juill 2016].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id>

43. CNAMTS. Liste des gestes marqueurs de la chirurgie ambulatoire [Internet]. 2015 [cité 6 mars 2017].

Disponible sur : <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2015/10/MSAP-2015-Assurance-Maladie1.pdf>

44. Trost O, Kadlub N, Robe N, Lépine J, Rombi H, Noirolet-Letourneau MT, et al. Extraction des dents de sagesse sous anesthésie générale : à propos de 180 patients. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2008 ; 109(2) : 91-5.
45. Fabre S, Vaysse F, Carpentier C, Kern D, Fourcade O. Le MEOPA est-il une alternative à l'anesthésie générale pour les soins dentaires chez l'enfant ? *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2004 ; 23(1) : 72-3.
46. Ozkan AS, Erdogan MA, Sanli M, Kacmaz O, Durmus M, Colak C. Retrospective Evaluation of Dental Treatment under General Anaesthesia. *Turk J Anesth Reanim*. 2015 ; 43(5) : 332-6.
47. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. *Arch Pédiatrie*. 2005 ; 12(5) : 635-40.
48. Cortiñas-Saenz M, Martínez-Gómez L, Roncero-Goig M, Saez-Cuesta U, Ibarra-Martin M. Results of a major ambulatory oral surgery program using general inhalational anesthesia on disabled patients. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2009 ; 14(11) : 605-611.
49. Pohl Y, Filippi A, Geiger G, Kirschner H, Boll M. Dental treatment of handicapped patients using endotracheal anesthesia. *Anesth Prog*. 1996 ; 43(1) : 20-23
50. Folliguet M. La santé bucco-dentaire des personnes handicapés [Internet]. 2006 [cité 23 déc 2016].

Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf
51. Hong B, Birnie A. A retrospective analysis of episodes of single tooth extraction under general anaesthesia for adults. *BDJ*. 2016 ; 220(1) : 21-4.
52. Flynn PJ, Strunin L. General anaesthesia for dentistry. *Anaesth Intensive Care Med*. 2005 ; 6(8) : 263-5.
53. Paquette IM, Smink D, Finlayson SRG. Outpatient Cholecystectomy at Hospitals Versus Freestanding Ambulatory Surgical Centers. *J Am Coll Surg*. 2008 ; 206(2) : 301-5.

54. Johanet H, Laubreau C, Barei R, Descout F, Foulon J., Tixier V. Cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire. Ann Chir. 2002 ; 127 (2) : 121-5.

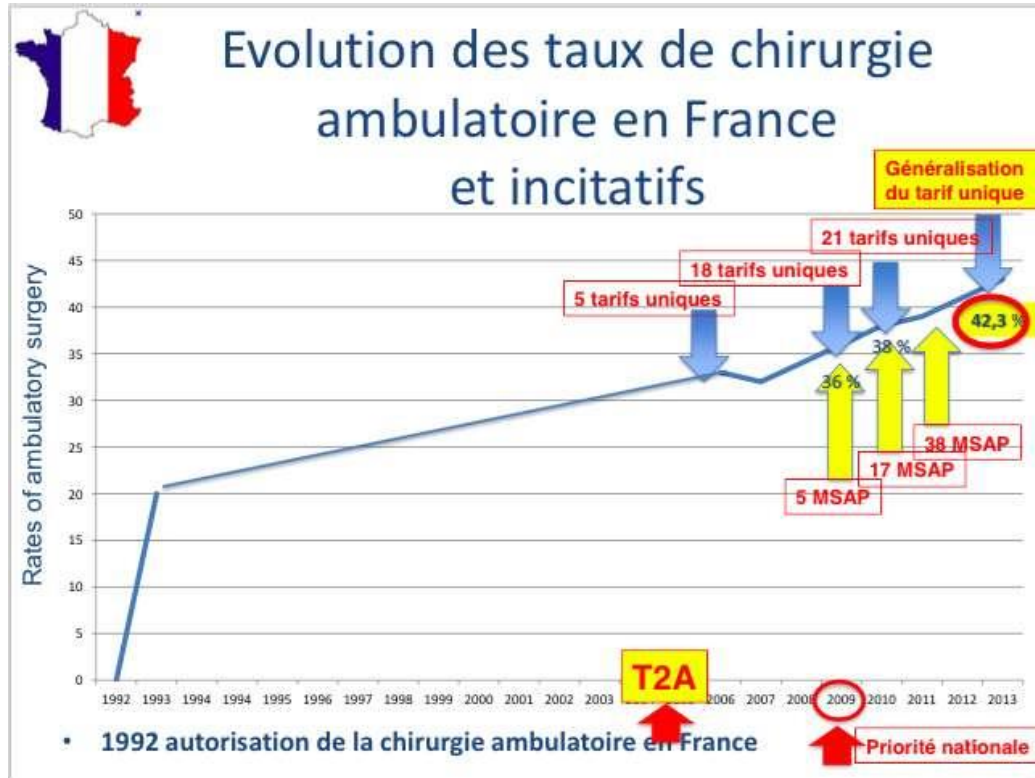
7. Annexes

Annexe 1 : Liste des gestes marqueurs en stomatologie en chirurgie ambulatoire 2015

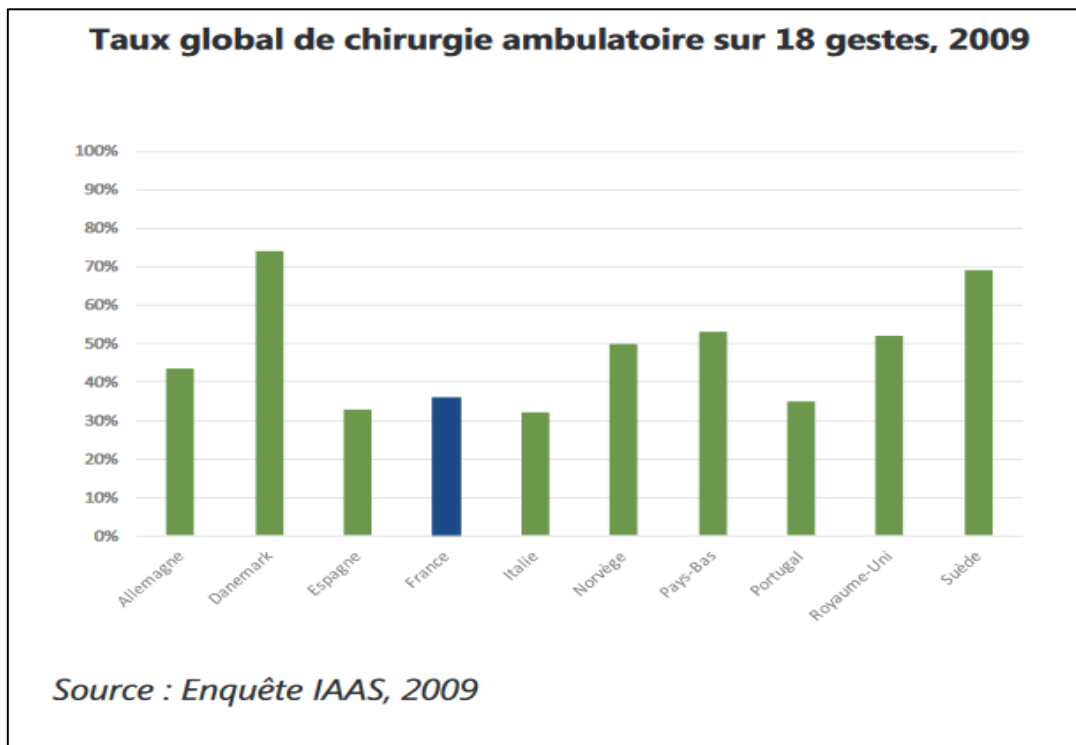
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBED022		Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou prepare chirurgicalement
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD003		Avulsion d'un odontoide inclus ou d'une dent surnumeraire à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD004		Avulsion d'une troisieme molaire mandibulaire retenue ou à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD016		Avulsion d'une racine incluse
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD017		Avulsion d'une dent ectopique
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD018		Avulsion d'une troisieme molaire maxillaire retenue ou à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD021		Avulsion de 3 troisiemes molaires retenues ou à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD025		Avulsion de 2 troisiemes molaires retenues ou à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD026		Avulsion de 2 dents temporaires retenues
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD038		Avulsion de 4 troisiemes molaires retenues ou à l'etat de germe
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBGD042		Avulsion d'une dent temporaire retenue
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBPA001		Degagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire	HBPD002		Degagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal
STOMATOLOGIE	Avulsion dentaire			
STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires	LAGA003		Ablation de materiel interne d'osteosynthese ou de distraction du massif facial sur un site, par abord direct
STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires	LAGA005		Ablation de materiel interne d'osteosynthese ou de distraction du massif facial sur 2 sites, par abord direct
STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires	LBFA023		Exerese de lesion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal

STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires	LBFA030		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord
STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires	LBFA031		Résection d'hypertrophie osseuse intrabuccale
STOMATOLOGIE	Chirurgie des maxillaires			
STOMATOLOGIE	Exérèse de lésions de la bouche	HAF021	si acte isolé	Exérèse non transfixiante de lésion infiltrante de la joue, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Exérèse de lésions de la bouche	HAF034	si acte isolé	Exérèse de kyste du plancher de la bouche, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Exérèse de lésions de la bouche			
STOMATOLOGIE	Fermeture de fistule buccale	HAS018		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de glissement vestibulojugal, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Fermeture de fistule buccale	HAS025		Fermeture d'une communication buccosinusienne par lambeau de transposition du corps adipeux de la joue, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Fermeture de fistule buccale	HAS013	si acte isolé	Fermeture d'une communication buccosinusienne et/ou bucconasale par lambeau palatin, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Fermeture de fistule buccale			
STOMATOLOGIE	Geste sur les glandes salivaires	HCF007		Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
STOMATOLOGIE	Geste sur les glandes salivaires	HCP001		Marsupialisation de kyste de glande salivaire
STOMATOLOGIE	Geste sur les glandes salivaires	HCG001		Ablation de calcul canalaire d'une glande salivaire, par abord intrabuccal
STOMATOLOGIE	Geste sur les glandes salivaires			
STOMATOLOGIE	Plastie de lèvres	HAMA027		Réparation de perte de substance de lèvre par lambeau cutané local
STOMATOLOGIE	Plastie de lèvres	HAMA028		Correction de rétraction de lèvre par autoplastie locale

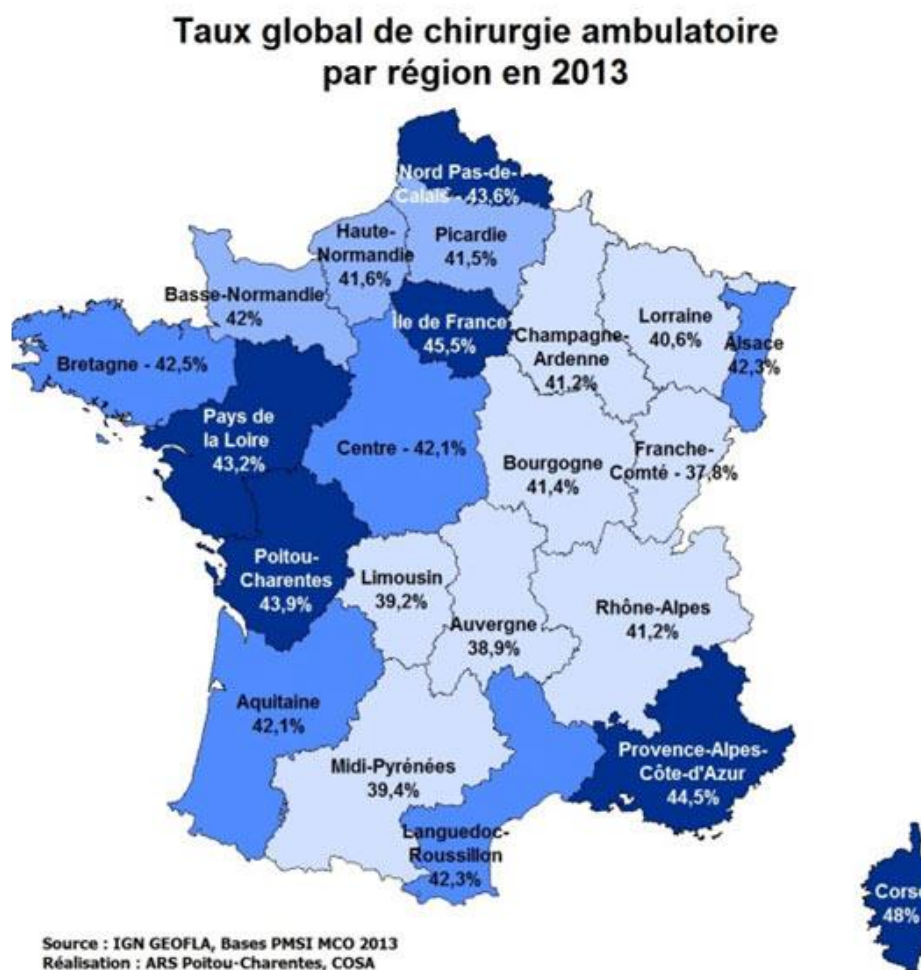
Annexe 2 : Evolution du taux de chirurgie ambulatoire en France



Annexe 3 : Taux global de chirurgie ambulatoire sur 18 geste (source : Enquête IAAS, 2009)



Annexe 4 : Taux global de chirurgie ambulatoire par région en 2013



Annexe 5 : Guide d'une intervention en chirurgie ambulatoire

HÔPITAUX DE BRABOIS Rue du Morvan - VANDŒUVRE-LÈS-NANCY

Hôpital d'enfants
Unité de Chirurgie Ambulatoire (4^e étage)
du lundi au vendredi : 7h - 17h30
03 83 15 46 64

Hôpital d'adultes
Unité de Chirurgie Ambulatoire (2^e étage)
du lundi au vendredi : 7h - 19h
03 83 15 30 85

HÔPITAUX URBAINS

Hôpital Central
Unité de Chirurgie Ambulatoire (Niveau 0 - Bâtiment de Neurosciences Jean Lepoite)
29, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny - NANCY
du lundi au vendredi : 7h30 - 20h
03 83 85 16 65

Maternité
Unité de Chirurgie Ambulatoire (1^{er} étage - Bâtiment principal)
10, rue du Dr Heydenreich - NANCY
du lundi au vendredi : 7h - 19h
03 83 34 43 33



Conception & réalisation : DÉPARTEMENT D'ORGANISATION DU CHRU DE NANCY, 2016.



Vous venez d'avoir une consultation avec le chirurgien ou le médecin et votre état de santé nécessite une intervention chirurgicale ou un examen pouvant être réalisé **en ambulatoire**. Cette prise en charge permet d'envisager votre sortie dans les heures qui suivent la réalisation de l'acte chirurgical ou interventionnel. Selon les cas, l'acte peut nécessiter une anesthésie ambulatoire, c'est pourquoi un médecin anesthésiste vous recevra avant votre intervention.

INFORMATIONS PRATIQUES

Lors de votre hospitalisation, vous allez séjourner dans une unité de chirurgie ambulatoire.
Vous serez installé sur un brancard-lit, un lit ou un fauteuil confortable.
Pensez à prendre de quoi vous occuper durant votre hospitalisation (lecture, ...) car il n'y a pas de télévision dans les espaces où vous serez installé.
N'amenez aucun objet de valeur à l'hôpital, ni argent.
Une collation sucrée ou salée vous sera servie si vous le souhaitez.

APRÈS L'INTERVENTION

En cas de problème :

- Contactez l'unité de chirurgie ambulatoire dans laquelle vous avez séjourné aux numéros et horaires mentionnés au dos de ce livret.
- En dehors des horaires indiqués, veuillez vous référer aux numéros précisés sur les documents de recommandation post-opératoire remis lors de votre sortie.
- Contactez votre médecin traitant.
- Ou les urgences en composant le 15.

LE LENDEMAIN

Vous serez contacté par téléphone par une infirmière du service de chirurgie ambulatoire dans la matinée.
Pour les patients opérés le vendredi, vous serez contacté le lundi suivant.
Elle vous interrogera sur votre état de santé et en cas de problème fera appel à un médecin pour vous donner les conseils et explications appropriés.

LE JOUR DE L'INTERVENTION

LE MATIN

- Respectez les règles de jeûne strict (ni boire, ni manger, ni fumer, ni mâcher de chewing-gum)
- Prenez une douche selon le protocole prévu par l'opérateur
- Ne portez aucun maquillage, ni vernis à ongles, ni verres de contact, ni prothèses
- Choisissez des vêtements adaptés au type d'intervention
- Respectez l'horaire d'arrivée donné par téléphone la veille par l'infirmière
- Prenez le traitement prescrit par le médecin

Présentez-vous en salle de soins ou à l'accueil. Nous vérifierons que vous avez bien respecté les consignes pré-opératoires. Ensuite, installé dans une chambre, nous vous donnerons une tenue adaptée. Des vestiaires sont à votre disposition pour ranger vos effets personnels. Avant votre sortie autorisée par le médecin, prévoyez un temps de prise en charge variable selon l'intervention réalisée.

LA SORTIE DE L'UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

Sachez qu'une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue, en cas de complication ou de non-respect des critères d'admission.

Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie :

- Ne prenez pas de décisions importantes
- Ne conduisez pas ou n'utilisez pas d'appareils potentiellement dangereux
- Ne prenez que les médicaments prescrits et ne buvez pas d'alcool
- Suivez les conseils donnés par l'équipe et prenez dès votre sortie vos médicaments contre la douleur
- Vous devez impérativement être accompagné chez vous par une personne responsable. La sortie des enfants (de 1 à 8 ans) ne peut être autorisée que s'ils sont accompagnés de deux adultes (l'un conduisant et l'autre s'occupant de lui).

CONSTITUTION DU DOSSIER

La pré-admission fait suite à la confirmation, par l'anesthésiste ou l'opérateur, de la faisabilité de l'acte et de la date prévue.

2 modes d'enregistrement sont possibles

SUR PLACE

Rendez-vous directement au bureau des admissions sur le site qui correspond : hôpital d'adultes ou d'enfants de Brabois, hôpital Central ou Maternité pour réaliser votre pré-admission.

Les horaires d'ouverture et adresses sont précisés sur le document de pré-admission qui se trouve dans votre passeport ambulatoire.

PAR COURRIER

Envoyez par courrier les documents d'admission dûment complétés, accompagnés d'une copie de vos attestations de sécurité sociale et de mutuelle, ainsi que d'une copie de votre pièce d'identité au « bureau des admissions » à l'adresse indiquée sur la feuille de pré-admission correspondant à l'hôpital où vous allez séjourner.

DOCUMENTS NÉCESSAIRES LE JOUR DE L'INTERVENTION

- Votre passeport ambulatoire
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance, si vous en avez désignée une
- Le consentement éclairé remis par l'opérateur complété et signé
- L'autorisation parentale d'intervention pour les mineurs signée des 2 parents
- Vos radiographies
- Vos résultats biologiques

PRÉPARATION DU SÉJOUR

JOURS PRÉCÉDANT VOTRE SÉJOUR

Si une modification de votre état de santé ou de votre traitement intervient entre la consultation qui a décidé votre intervention et la date prévue de votre hospitalisation, ne manquez pas de prévenir le service de chirurgie ambulatoire où vous allez séjourner, aux numéros et horaires mentionnés au dos de ce livret.

Pour les enfants, surveillez leur température, si elle dépasse 38°C, prévenez-nous afin de reporter l'intervention.

LA VEILLE DE L'INTERVENTION

L'infirmière de chirurgie ambulatoire vous contactera pour vous confirmer l'heure de votre admission et répondre à d'éventuelles questions. Elle vous rappellera également les consignes générales.

→ Un dîner léger et sans alcool.

→ À partir de minuit, un jeûne strict : sans boire, ni manger, ni fumer, ni mâcher du chewing-gum.

→ Réalisez votre préparation cutanée selon la prescription médicale jointe dans le passeport et en observant strictement les étapes du schéma ci-contre.

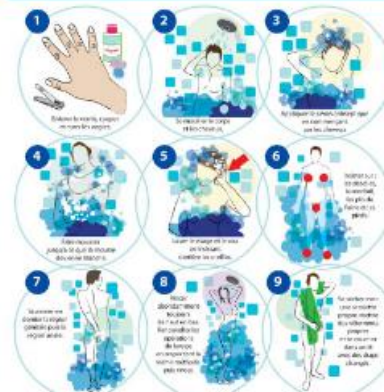
PRÉPARATION CUTANÉE AU DOMICILE

Avant l'intervention chirurgicale, pour diminuer la majorité des germes présents sur votre peau, il est important de se laver correctement avec des produits désinfectants.

Pour une efficacité optimale, 2 douches pré-opératoires avec le savon prescrit doivent être pratiquées :

- 1^{re} douche la veille de l'intervention
- Si elle est nécessaire, une épilation est réalisée la veille ou le jour de l'intervention
- 2^e douche le matin de l'intervention, après l'hospitalisation

Utilisez vos mains pour vous savonner. Utilisez % flacon par douche en respectant les étapes ci-dessous après avoir retiré maquillage, bijoux (y compris piercings), appareils auditifs, lentilles, prothèses...



Après la douche :

- Ne pas se maquiller.
- Ne pas mettre de crème hydratante, de lotion après-rasage ni de déodorant.
- Ne laver les dents.

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction à J+1 de la polyclinique des longues allées



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



Date : / /

Vous avez subi une intervention en :

- Ophthalmologie Endoscopie Main Viscéral Gynécologie
 Stomatologie Orthopédie ORL Urologie Plastique

LA PREPARATION DE VOTRE VENUE

1- Vous a-t-on remis un livret d'accueil lors de votre consultation chez l'anesthésiste ?

- oui non

2- Avez-vous été contacté par téléphone, la veille de votre venue ?

- oui non

3- Les informations qui vous ont été données vous ont paru :

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ☺
Satisfaisant | 😊
Plutôt
Satisfaisant | 😐
Plutôt
Insatisfaisant | ☹
Insatisfaisant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE ACCUEIL A LA CLINIQUE

4- Vous êtes-vous repéré facilement dans la clinique pour arriver jusqu'au service ?

- oui non

5- Que pensez-vous de l'accueil ?

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | ☺
Satisfaisant | 😊
Plutôt
Satisfaisant | 😐
Plutôt
Insatisfaisant | ☹
Insatisfaisant |
| ▸ Au bureau des admissions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ Dans le service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6- Que pensez-vous des délais d'attente ?

- | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | ☺
Satisfaisant | 😊
Plutôt
Satisfaisant | 😐
Plutôt
Insatisfaisant | ☹
Insatisfaisant |
| ▸ Avant d'aller au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ Au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ Du retour de bloc à votre sortie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE HEBERGEMENT

7- Que pensez-vous du box dans lequel vous vous êtes reposé avant votre sortie ?

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | ☺
Satisfaisant | 😊
Plutôt
Satisfaisant | 😐
Plutôt
Insatisfaisant | ☹
Insatisfaisant |
| ▸ La propreté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ Le confort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ Le niveau sonore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ La température | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▸ La lumière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





8- *Que pensez-vous de la collation qui vous a été servie ?*

	☺ Satisfaisant	😊 Plutôt Satisfaisant	☹️ Plutôt Insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
• La qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'adaptation à votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE PERSONNEL SOIGNANT

9- *Comment estimez-vous :*

	☺ Satisfaisant	😊 Plutôt Satisfaisant	☹️ Plutôt Insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
• L'attention du personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La disponibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La qualité des soins reçus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'EQUIPE MEDICALE

10- *Les médecins ont-ils été disponibles ?*

oui non

11- *Les médecins vous ont-ils informés :*

- Sur votre état de santé oui non
- Sur le déroulement de votre hospitalisation (chirurgie, anesthésie, traitement) oui non
- Sur votre entrée (heure d'arrivée, documents à apporter) oui non
- Sur la préparation avant l'intervention oui non

LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE DOULEUR

12- *Considérez-vous que votre douleur a été :*

- Prise en charge ? oui non
- Évaluée ? oui non
- Traitée ? oui non

VOTRE SORTIE

13- *Avez-vous reçu des informations avant votre sortie ?*

oui non

14- *Ces informations vous ont-elles paru :*

- Rassurantes oui non
- Adaptées à votre état oui non
- Suffisantes oui non

GLOBALEMENT

15- *Comment jugez-vous votre séjour à la clinique ?*

☺ Satisfaisant	😊 Plutôt Satisfaisant	☹️ Plutôt Insatisfaisant	☹️ Insatisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS DES REMARQUES A FORMULER ?

.....

.....

.....

.....



Table des matières

Table des figures	12
Table des tableaux	13
Introduction.....	14
1. Contexte actuel.....	15
1.1 <i>Anesthésie générale et odontologie</i>	15
1.1.1 Indications et contre-indications de chirurgies odontologiques sous anesthésie générale	15
1.1.2 Epidémiologie	17
1.2 <i>Chirurgie ambulatoire</i>	19
1.2.1 Recommandations sur la prise en charge des patients en odontologie sous anesthésie générale en ambulatoire.....	19
1.2.2 Critères de sélection MEAH 2007 (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers)	21
1.2.2.1 Les actes.....	21
1.2.2.2 Les patients.....	22
1.3 <i>Critères de décision d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire</i>	23
1.3.1 Consultation pré-opératoire	23
1.3.2 Consultation pré-anesthésique	25
1.4 <i>Déroulement d'une hospitalisation ambulatoire</i>	27
1.4.1 Admission en unité de chirurgie ambulatoire et intervention	27
1.4.2 Retour en unité de chirurgie ambulatoire.....	27
1.4.3 Retour à domicile.....	28
1.5 <i>Déroulement d'une hospitalisation conventionnelle</i>	29
1.5.1 Admission dans un service d'hospitalisation	29
1.5.2 Retour dans le service d'hospitalisation	29
1.5.3 Retour à domicile.....	30
1.6 <i>Objectifs de l'étude</i>	30
2. Matériels et méthodes	31

2.1 Méthodologie de l'étude	31
2.2 Recueil de données	31
2.2.1 Données administratives	31
2.2.2 Données médicales	31
3. Résultats de l'étude	33
3.1 Généralités.....	33
3.2 Modes d'hospitalisation.....	33
3.3 Justifications de la prise en charge sous anesthésie générale	33
3.4 Type de patients.....	34
3.4.1 Conversion de l'hospitalisation ambulatoire en hospitalisation conventionnelle	36
3.4.2 Les patients hémophiles.....	37
3.4.3 Les patients en détention	37
3.5 Type d'actes.....	37
3.5.1 Risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur lors des avulsions de dents de sagesse inférieures	38
3.5.2 Les complications éventuelles.....	39
3.6 Prise en charge sous anesthésie locale.....	39
4. Discussion	41
5. Conclusion.....	54
6. Bibliographie.....	54
7. Annexes.....	55

Jury : Président : J.M. MARTRETTE – Professeur des Universités
 Juges : J. GUILLET-THIBAUT – Maître de Conférences des Universités
 C. CLEMENT – Maître de Conférences des Universités
 C. KICHENBRAND – Assistante Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle PIORO Audrey, Marie, Marguerite**

né(e) à: **SEMUR-EN-AUXOIS (Côte d'Or)** le **3 octobre 1991**

et ayant pour titre : « **Bilan de deux ans d'activité d'odontologie chirurgicale au bloc opératoire au CHRU de Nancy** »

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 9822 .

NANCY, le 28 AVR. 2017

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT

PIORO Audrey – Bilan de deux ans d'activité odontologique chirurgicale au bloc opératoire au CHRU de Nancy

Nancy : 74 pages, 13 figures, 5 tableaux

Th. : Chir.-Dent : Nancy 2017

Mots clefs : Anesthésie générale, Chirurgie ambulatoire, Etude rétrospective, Odontologie

Résumé : Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif de santé publique. Le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés mettent en place des recommandations afin de faciliter le développement de cette pratique. Certaines spécialités, y compris la chirurgie orale, sont davantage ciblées à ce type de prise en charge.

Cette étude rétrospective a été menée sur toutes les anesthésies générales et locales réalisées au bloc opératoire en chirurgie dentaire de novembre 2013 à novembre 2015 dans le service Brabois Adulte du CHRU de Nancy. L'objectif principal de notre travail est d'évaluer le taux d'hospitalisation ambulatoire dans notre activité et de le comparer aux cibles données par les hautes autorités. Secondairement, nous discuterons des causes d'hospitalisations conventionnelles dans nos pratiques ainsi que d'éventuelles solutions pour les éviter.

Membres du Jury :

Pr. J.M. MARTRETTE	Professeur des Universités	Président
Dr. J. GUILLET-THIBAUT	Maître de Conférences	Directeur de thèse
Dr. C. CLÉMENT	Maître de Conférences	Juge
Dr. C. KICHENBRAND	Assistante	Juge

Adresse de l'auteur :

PIORO Audrey
1 av du Général Mazillier – Résidence du jardin des remparts
21140 Semur-en-Auxois