

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2014

Thèse N° 086/14

**LA CHIRURGIE AMBULATOIRE  
AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE A  
DU CHU HASSAN II FES : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/06/2014

PAR

Mme. AARAB SAMIA

Née le 14 Décembre 1986 à Errachidia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Chirurgie ambulatoire - Vésicule Lithiasique - Hernie - Proctologie - Coût

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB..... PRESIDENT  
Professeur de Pneumo-phtisiologie (Directeur de l'hôpital des spécialités)

M. BENJELLOUN EL BACHIR..... RAPPORTEUR  
Professeur agrégé de Chirurgie Générale

M. OUSADDEN ABDELMALEK.....  
Professeur agrégé de Chirurgie Générale  
M. SBAI HICHAM.....  
Professeur agrégé d'Anesthésie réanimation

Mme. TOUGHRAI IMANE.....  
Professeur agrégé de Chirurgie Générale

JUGES

## Liste des abréviations

DMS	: Durée moyenne de séjour
CA	:Chirurgie ambulatoire
LV	:Lithiase vésiculaire
HI	:Hernie inguinale
AINS	: Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
SCA	:Service de chirurgie A
ASA	:American Society Of Anaesthesiologists
CHU	:Centre hospitalier universitaire
CC	:Chirurgie Classique

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>Matériels et Méthodes</b> .....	<b>8</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>11</b>
1- la lithiase vésiculaire : .....	12
1-1- Répartition des malades selon le sexe .....	12
1-2- Répartition des malades selon l'âge.....	13
1-3- Répartition des malades selon le séjour préopératoire .....	15
1-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire .....	17
1-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale .....	18
1-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat .....	19
1-7- Evolution de la durée de séjours selon les années.....	20
2- La hernie inguinale .....	21
2-1- Répartition des malades selon le sexe .....	21
2-2- Répartition des malades selon l'âge.....	22
2-3- Répartition des malades selon le séjour préopératoire .....	24
2-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire .....	25
2-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale .....	26
2-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat .....	27
2-7- Evolution de la durée de séjours selon les années.....	28
3- Proctologie .....	29
3-1- Répartition des malades selon le sexe .....	29
3-2- Répartition des malades selon l'âge.....	30
3-3- Répartition des malades selon le séjour préopératoire .....	32
3-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire .....	33
3-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale .....	34
3-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat .....	35

3-7- Evolution de la durée de séjours selon les années .....	36
4- Cout moyen chirurgie ambulatoire et chirurgie traditionnelle .....	37
5- Fréquence de la chirurgie ambulatoire au service de chirurgie A.....	39
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>40</b>
1- La chirurgie ambulatoire .....	41
1-1- Définition.....	41
1-2- Historique .....	41
1-3- La chirurgie ambulatoire dans les pays développés et au Maroc_ .....	42
1-4- Les facteurs favorisant l'émergence et le développement de la chirurgie ambulatoire_ .....	44
1-5- L'anesthésie ambulatoire .....	45
2- la lithiase vésiculaire en chirurgie ambulatoire .....	49
3- la hernie inguinale en chirurgie ambulatoire .....	52
4- la chirurgie proctologique en chirurgie ambulatoire .....	55
5- Intérêt médical de la chirurgie ambulatoire .....	57
6- Intérêt économique de la chirurgie ambulatoire .....	57
7- La mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique.....	60
7-1- le potentiel de mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique_ .....	60
7-2- Le champ d'action de la chirurgie ambulatoire_.....	60
7-3- les critères d'éligibilité de la chirurgie ambulatoire .....	61
7-4- Contre indications à la chirurgie ambulatoire .....	62
7-5- Organisation, gestion et tarification.....	63
7-6- Point de vue des acteurs.....	66
7-7- Organisation de la chirurgie ambulatoire au CHU Hassan II de Fès.....	67

7-8- Guide pour l'élaboration d'un chemin clinique en ambulatoire : hernie de l'aine comme exemple.....	69
<b>Conclusion .....</b>	<b>74</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>76</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>80</b>

# **INTRODUCTION**

La santé est devenue l'une des principales préoccupations couramment exprimées au sein de nos sociétés. Le système de santé se trouve confronté à une double évolution :

- Financière : traitement et matériels de plus en plus sophistiqués et coûteux
- Une forte demande des soins : non tolérance de l'handicapé et l'exigence de la vie moderne.

Pour cela de nombreux pays ont cherché à répondre à ces nouvelles exigences, par la réduction des durées de séjour en hospitalisation complète et par la mise en place politiques d'alternative à l'hospitalisation.

Dans le domaine de la chirurgie, cela s'est traduit, entre autre, par le développement de la chirurgie ambulatoire.

Ce n'est ni une nouvelle technique ni un nouveau concept architectural mais c'est une innovation organisationnelle avec une prise en charge spécifique se substituant à une hospitalisation traditionnelle, permettant la sortie du patient le même jour de son intervention.

A part son grand intérêt économique, cette pratique innovante présente des avantages pour le patient notamment un meilleur confort et une limitation des risques d'infection nosocomiale.

Notre travail consiste en une étude rétrospective, basée sur l'exploitation du registre des patients opérés et hospitalisés au service de chirurgie viscérale A, au CHU HASSAN II de Fès sur une période de 4 ans (juin 2009 –juin 2012).

Les objectifs de cette étude sont donc la description de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire en évaluant les durées de séjour d'hospitalisation, objectivation de l'intérêt économique de ce type de chirurgie, et incitation de sa mise en place dans notre pratique courante.

**MATETIELS**  
**Et METHODES**

## **I- Présentation de l'étude**

Etude rétrospective au service de chirurgie viscéral A au CHU Hassan II de Fès, des patients opérés au bloc central à froid.

## **II- Les critères d'inclusion et d'exclusion**

### **1- Critères d'inclusion**

Tout malade opéré à froid au bloc central ayant les pathologies suivantes :

- Hernie de l'aine
- Lithiase vésiculaire
- Proctologie (Hémorroïdes, Fistule anale, Fissure anale et Sinus pilonidal)

### **2- Critères d'exclusion**

- Malades opérés aux urgences pour les pathologies sus décrites
- Malades opéré pour lithiase vésiculaire compliquée d'une lithiase de la VBP ou d'une pancréatite.

## **III- Recueil des données**

Le recueil des données a été effectué sur des fiches d'exploitation.

Nous avons rempli une fiche de recueil pour chaque pathologie à l'aide du registre du service : entrant/sortant et du registre de bloc opératoire : la date d'intervention.

La fiche d'exploitation regroupait :

- IP du patient
- Le sexe
- L'âge

- Date d'entrée
- Date d'intervention
- Date de sortie
- Durée de séjour préopératoire
- Durée de séjour postopératoire
- Durée de séjour totale

#### **IV- Analyse des données**

Les données émanant des registres : de service et de bloc opératoire , ont été exploitées à l'aide d'un logiciel d'enquêtes et d'analyse de données qui nous a permis de tracer le canvas suivant :

IP	Sexe	âge	Date d'entrée	Date d'intervention	Date de sortie	Durée de séjour préopératoire	Durée de séjour postopératoire	Durée de séjour totale	Lieu d'habitat

Ces tableaux ont constitué une base de calcul des données d'exploitation à savoir :

- La moyenne.
- La médiane.
- Le minimum et le maximum
- Pour juger les paramètres qui suivent : l'âge, le sexe, lieu d'habitat.

# RESULTATS

## 1-La lithiase vésiculaire :

### 1-1- Répartition des malades selon le sexe :

Tableau 1 : répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon le sexe

sexe	Nombre de cas	Fréquence
homme	43	18 ,7%
femme	187	81,3%

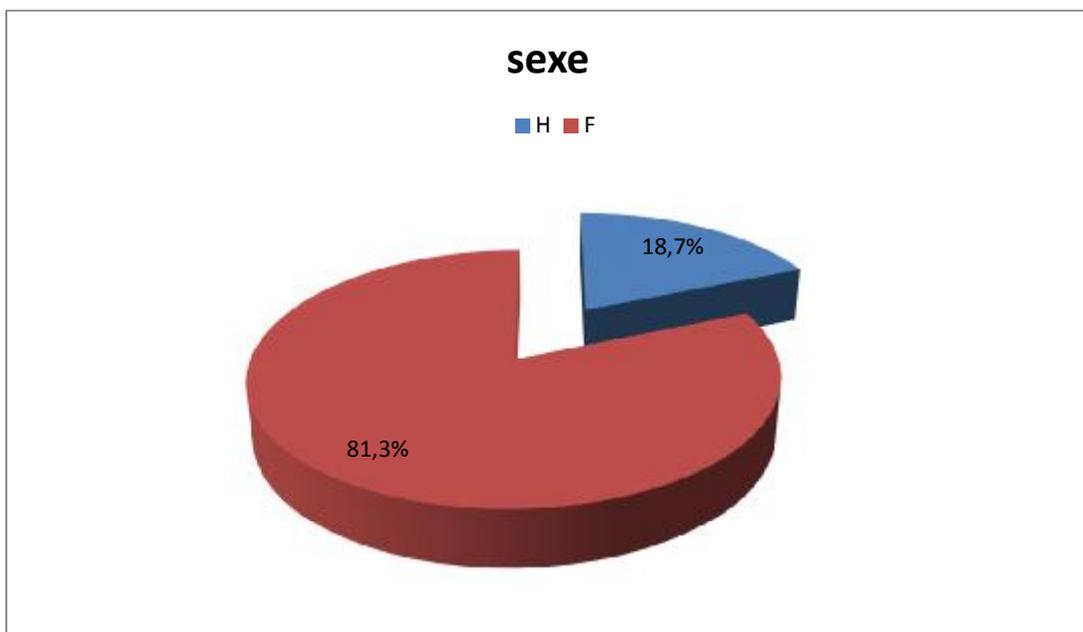


Figure 1 : Répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon le sexe

D'après les résultats, les femmes représentent 187 cas, soit 81,3% des patients opérés.

## 1-2- Répartition des malades selon l'âge :

Tableau 2 : Répartition de l'âge des malades ayant une lithiase vésiculaire selon le sexe

Sexe	Age moyen	Maximum	Minimum
Femme	48	82	16
Homme	51	70	22

Tableau 3 : Répartition des malades ayant une lithiase vésiculaire selon l'âge

Age	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 27	11	4,8%
De 27 à 38	44	19,1%
De 38 à 49	52	22,6%
De 49 à 60	71	30,9%
De 60 à 71	39	17,0%
71 et plus	13	5,7%
TOTAL	230	100%

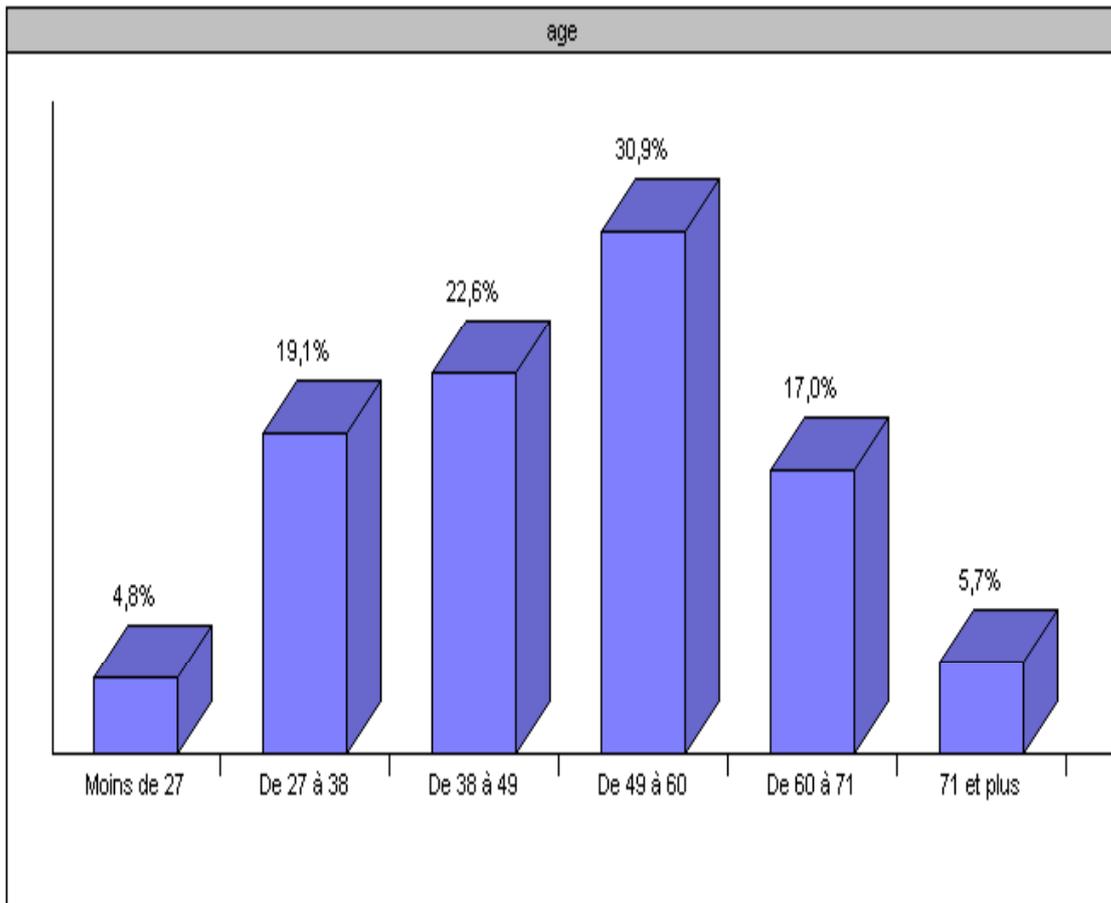


Figure 2 : Répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon l'âge

L'âge moyen des patients est de 48 ans avec des extrêmes de 16 et 82 ans. Il est différent selon le sexe (48 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes). La tranche d'âge (49 ans–60ans) est la plus atteinte, avec une prédominance féminine.

### 1-3- Durée de séjour préopératoire :

**Tableau 4 : Répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation préopératoire**

Jours d'hospitalisation préopératoire	Nombre de cas	Fréquence
18	1	0,4%
15	2	0,9%
14	2	0,9%
13	3	1,3%
12	4	1,7%
11	7	3,0%
10	7	3,0%
9	7	3,0%
8	15	6,5%
7	14	6,1%
6	19	8,3%
5	19	8,3%
4	25	10,9%
3	30	13,0%
2	31	13,5%
1	40	17,4%
0	4	1,7%

**Tableau 5 : Répartition des patients ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation préopératoire**

séjour pré-op	Nombre de cas	Fréquence.
Moins de 2	44	19,1%
De 2 à 4	61	26,5%
De 4 à 6	44	19,1%
De 6 à 8	33	14,4%
De 8 à 10	22	9,6%
10 et plus	26	11,3%

**Tableau 6 : Durée de séjour préopératoire des patients ayant une lithiase vésiculaire**

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation préopératoire	0	4,75	18

Notre série d'étude a concerné 230 patients dont la durée moyenne de séjour préopératoire est de **4,75 jours** avec des extrêmes allant de 0 à 18 jours

**1-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire :**

**Tableau 7 : Répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation postopératoire**

Jours d'hospitalisation postopératoire	Nombre de cas	Fréquence
14	1	0,4%
10	2	0,9%
7	4	1,7%
6	6	2,6%
5	7	3,0%
4	18	7,8%
3	45	19,6%
2	113	49,1%
1	32	13,9%
0	2	0,9%

**Tableau 8 : Répartition des patients ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation postopératoire**

séjour post-op	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	34	14,8%
De 2 à 4	158	68,7%
De 4 à 6	25	10,9%
De 6 à 8	10	4,4%
De 8 à 10	0	0,0%
10 et plus	3	1,3%

**Tableau 9: Durée de séjour postopératoire des patients ayant une lithiase vésiculaire**

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation postopératoire	0	2,6	14

Notre série d'étude a concerné 230 patients dont la durée moyenne de séjour postopératoire est de 2,6 jours avec des extrêmes allant de 0 à 14 jours.

**1-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale :**

**Tableau 10: Répartition des malades ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation totale**

Jours d'hospitalisation	Nombre de cas	Fréquence
26	1	0,4%
21	2	0,9%
19	1	0,4%
17	2	0,9%
16	6	2,6%
15	5	2,2%
14	9	3,9%
13	1	0,4%
12	11	4,8%
11	7	3,0%
10	14	6,1%
9	11	4,8%
8	17	7,4%
7	29	12,6%
6	20	8,7%
5	26	11,3%
4	29	12,6%
3	28	12,2%
2	11	4,8%

**Tableau 11 : Répartition des patients ayant une vésicule lithiasique selon les jours d'hospitalisation totale**

séjour total	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 4	39	17,0%
De 4 à 6	55	23,9%
De 6 à 8	49	21,3%
De 8 à 10	28	12,2%
De 10 à 12	21	9,1%
12 et plus	38	16,5%

**Tableau 12 : Durée de séjour total des patients ayant une lithiase vésiculaire**

	Minimum	moyenne	maximum
Jours d'hospitalisation totale	2	7,35	26

Notre série d'étude a concerné 230 patients dont la durée moyenne de séjour total est de 7,35 jours avec des extrêmes allant de 2 à 26 jours.

### **1-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat :**

**Tableau 13 : Répartition des patients ayant une lithiase vésiculaire selon le lieu d'habitat**

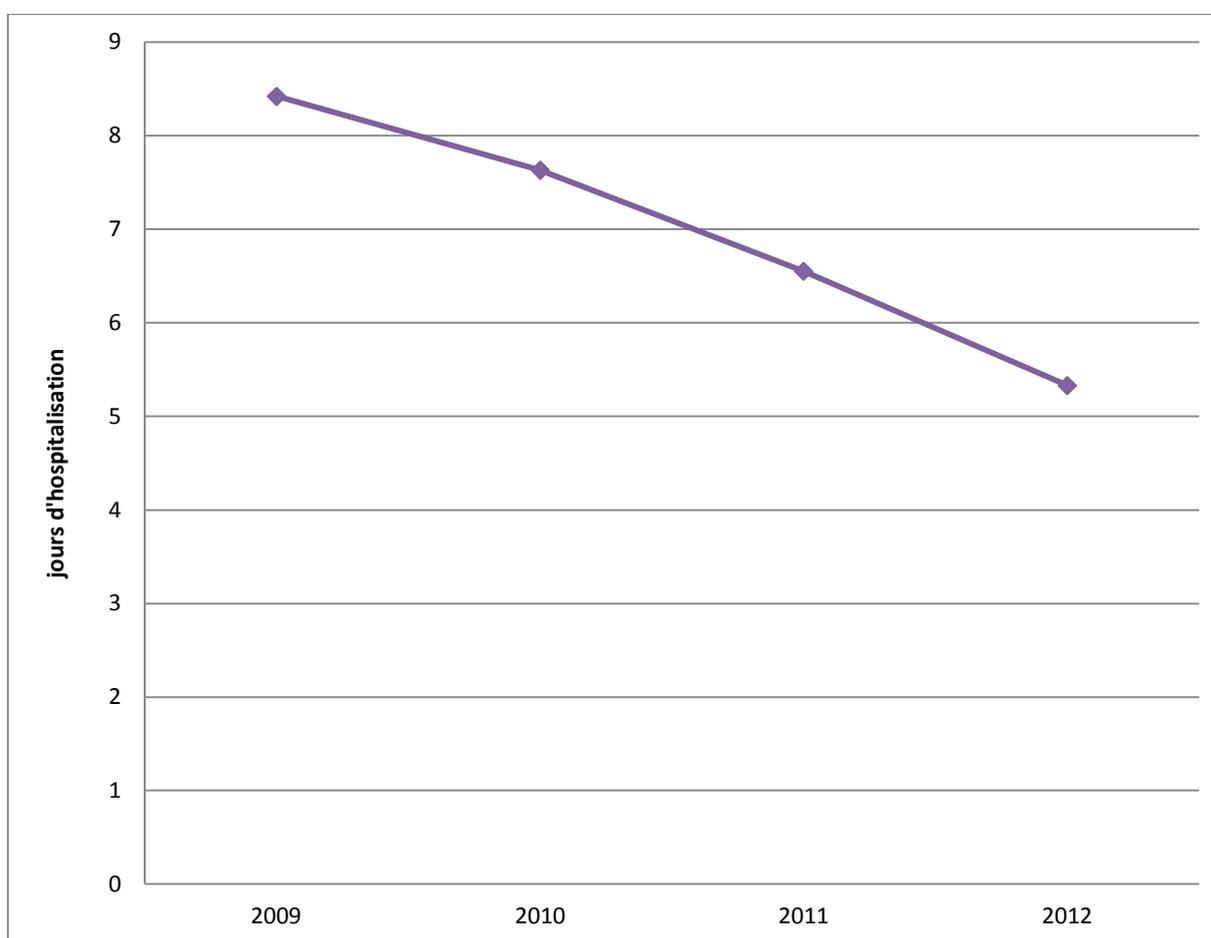
Fès	182	78,5%
Taounat	23	9,9%
Taza	13	5,6%
Sefrou	5	2,2%
Casablanca	1	0,9%
Elhajib	1	0,4%
Errachidia	1	0,4%
Guersif	1	0,4%
Meknes	1	0,4%
Ouarzazat	1	0,4%
Outathaj	1	0,8%

**Tableau 14 : Répartition des patients ayant une lithiase vésiculaire selon le temps qui leurs spart du CHU**

Nombre de patient	Temps lieu d'habitat-CHU
211	< 1 h
19	> 1 h

211 patient (92%) habitent à moins d'une heure du CHU , tant que seulement 19 patients habitent à plus d'une heure .

### **1-7- Evolution de durée de séjours selon les années**



**Courbe d'évolution de durée de séjours selon les années**

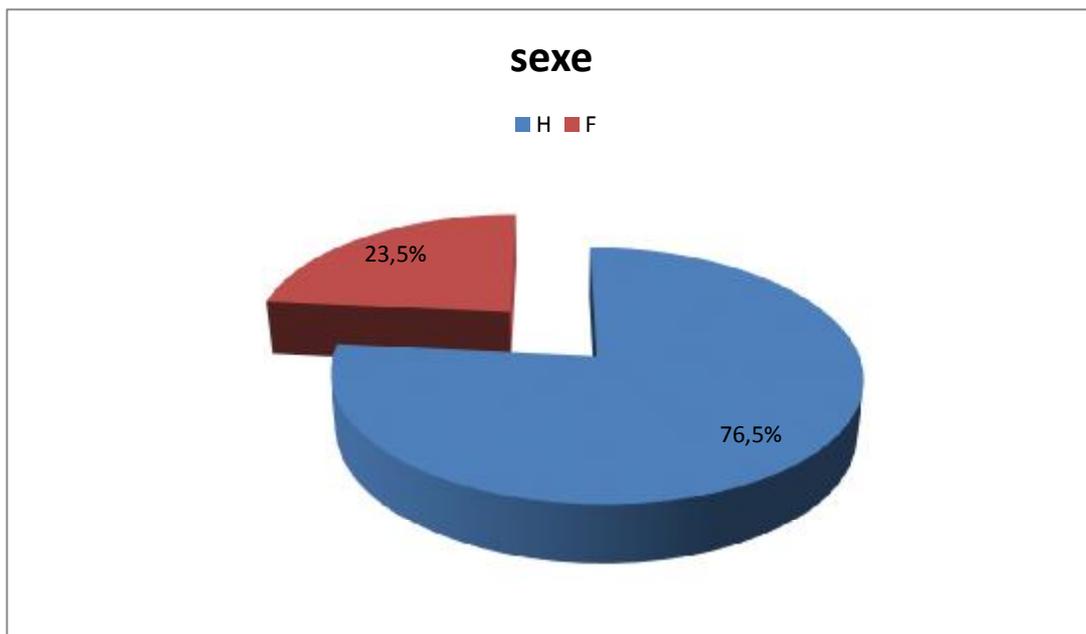
La durée moyenne de séjour a baissé de 8,42 jours en 2009 à 5,33 jours en 2012 sans atteindre 0 jours. On a opéré aucun cas en ambulatoire durant ces 4 années.

## 2-La hernie inguinale :

### 2-1- Répartition des malades selon le sexe :

**Tableau 15: Répartition des malades ayant une hernie inguinale selon le sexe**

sexe	Nombre de cas	Fréquence
homme	140	76,5%
femme	43	23,5%



**Figure 3: répartition des malades ayant une hernie inguinale selon le sexe :**

D'après nos résultats, les hommes représentent 140 cas, soit 76,5 % des patients opérés.

## 2-2- Répartition des malades selon l'âge :

**Tableau 16: Répartition de l'âge des malades ayant une hernie inguinale selon le sexe**

sexe	Age moyen	maximum	minimum
Homme	48	82	15
Femme	42	80	16

**Tableau 17 : Répartition des malades ayant une hernie inguinale selon l'âge**

Age	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 20	5	2,7%
De 20 à 30	39	21,3%
De 30 à 40	27	14,8%
De 40 à 50	27	14,8%
De 50 à 60	32	17,5%
De 60 à 70	29	15,9%
70 et plus	24	13,1%
TOTAL	183	100%

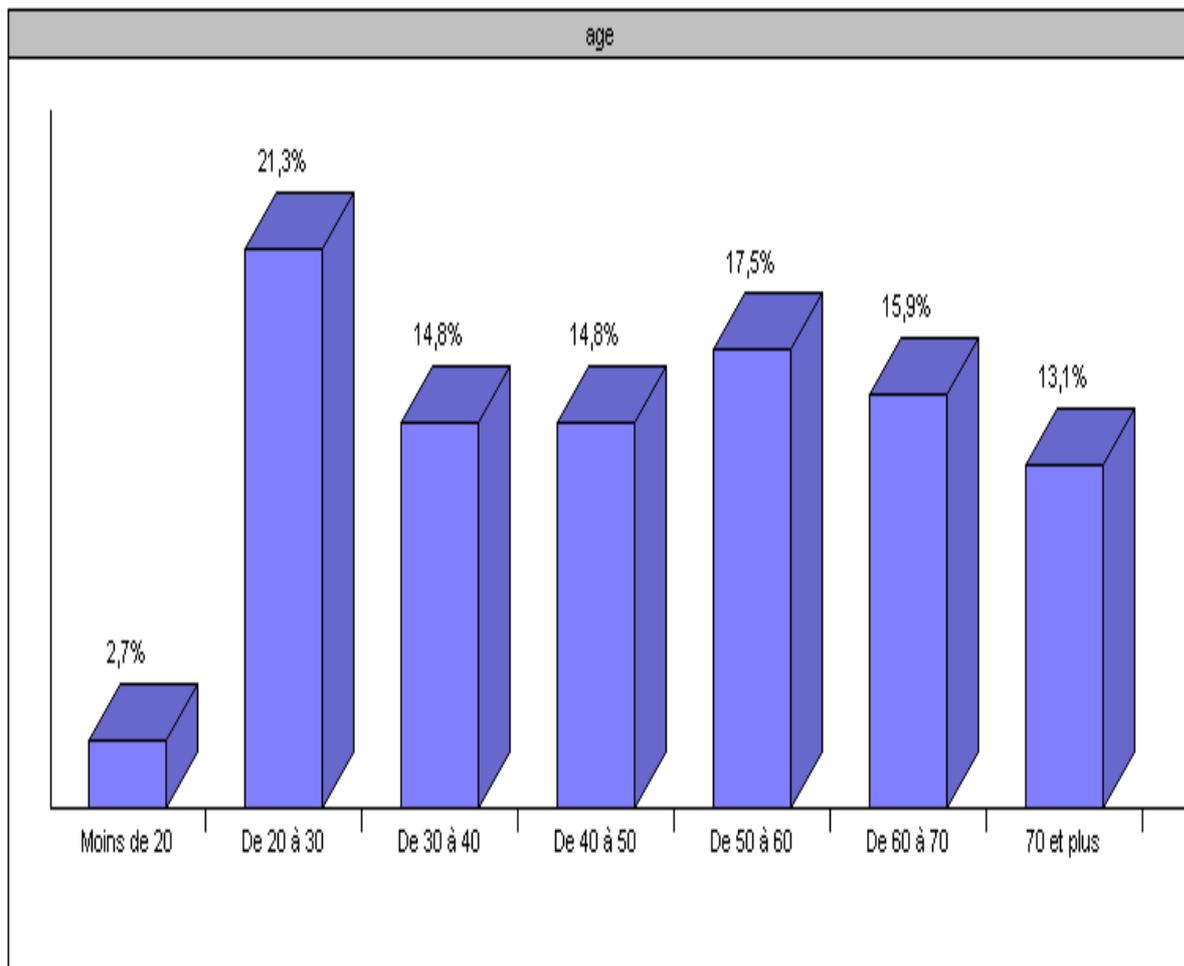


Figure 4 : Répartition des malades ayant une hernie inguinale selon l'âge

L'âge moyen des patients est de 46,7 ans avec des extrêmes de 15 et 82 ans. Il est différent selon le sexe (42 ans pour les femmes et 48 ans pour les hommes). La tranche d'âge (20ans–30ans) est la plus atteinte, avec une prédominance masculine

## 2-3- Répartition des malades selon la durée de séjour préopératoire

Tableau 18: Répartition des patients ayant une hernie inguinale selon les jours d'hospitalisation préopératoire

séjour préopératoire	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	70	38,3%
De 2 à 4	54	29,5%
De 4 à 6	22	12,0%
De 6 à 8	24	13,1%
De 8 à 10	6	3,3%
De 10 à 12	2	1,1%
12 et plus	5	2,7%

Tableau 19 : Durée de séjour préopératoire des patients ayant une hernie inguinale

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation préopératoire	0	3,15	22

Notre série d'étude a concerné 183 patients dont la durée moyenne de séjour préopératoire est de 3 ,15 jours avec des extrêmes allant de 0 à 22 jours.

## 2-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire :

Tableau 20 : Répartition des malades ayant une hernie inguinale selon les jours d'hospitalisation postopératoire

Jours d'hospitalisation postopératoire	Nombre de cas	Fréquence
24	1	0,6%
12	1	0,6%
7	2	1,1%
6	3	1,6%
5	5	2,7%
4	8	4,4%
3	15	8,2%
2	47	25,7%
1	93	50,8%
0	8	4,4%

Tableau 21 : Répartition des patients ayant une hernie inguinale selon les jours d'hospitalisation postopératoire

séjour postopératoire	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	101	55,2%
De 2 à 4	62	33,9%
De 4 à 6	13	7,1%
De 6 à 8	5	2,7%
De 8 à 10	0	0,0%
De 10 à 12	0	0,0%
12 et plus	2	1,1%

**Tableau 22: Durée de séjour postopératoire des patients ayant une hernie inguinale**

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation postopératoire	0	1,95	24

Notre série d'étude a concerné 183 patients dont la durée moyenne de séjour postopératoire est de 1,95 jour avec des extrêmes allant de 0 à 24 jours.

## **2-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale :**

**Tableau 23: Répartition des malades ayant une hernie inguinale selon les jours d'hospitalisation totale**

Jours d'hospitalisation totale	Nombre de cas	Fréquence
30	1	0,6%
23	1	0,6%
22	1	0,6%
18	1	0,6%
16	1	0,6%
13	2	1,1%
12	3	1,6%
11	3	1,6%
10	4	2,2%
9	5	2,7%
8	14	7,7%
7	14	7,7%
6	13	7,1%
5	15	8,2%
4	30	16,4%
3	29	15,9%
2	32	17,5%
1	11	6,0%
0	3	1,6%

**Tableau 24 : Répartition des patients ayant une hernie inguinale selon les jours d'hospitalisation totale**

séjour d'hospitalisation totale	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	14	7,7%
De 2 à 4	61	33,3%
De 4 à 6	45	24,6%
De 6 à 8	27	14,8%
De 8 à 10	19	10,4%
De 10 à 12	7	3,8%
12 et plus	10	5,5%

**Tableau 25 : Durée de séjour total des patients ayant une hernie inguinale**

	Minimum	moyenne	maximum
Jours d'hospitalisation totale	0	5,10	30

Notre série d'étude a concerné 183 patients dont la durée moyenne de séjour total est de 5,10 jours avec des extrêmes allant de 0 à 30 jours.

## **2-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat :**

**Tableau 26 : Répartition des patients ayant une hernie selon le lieu d'habitat**

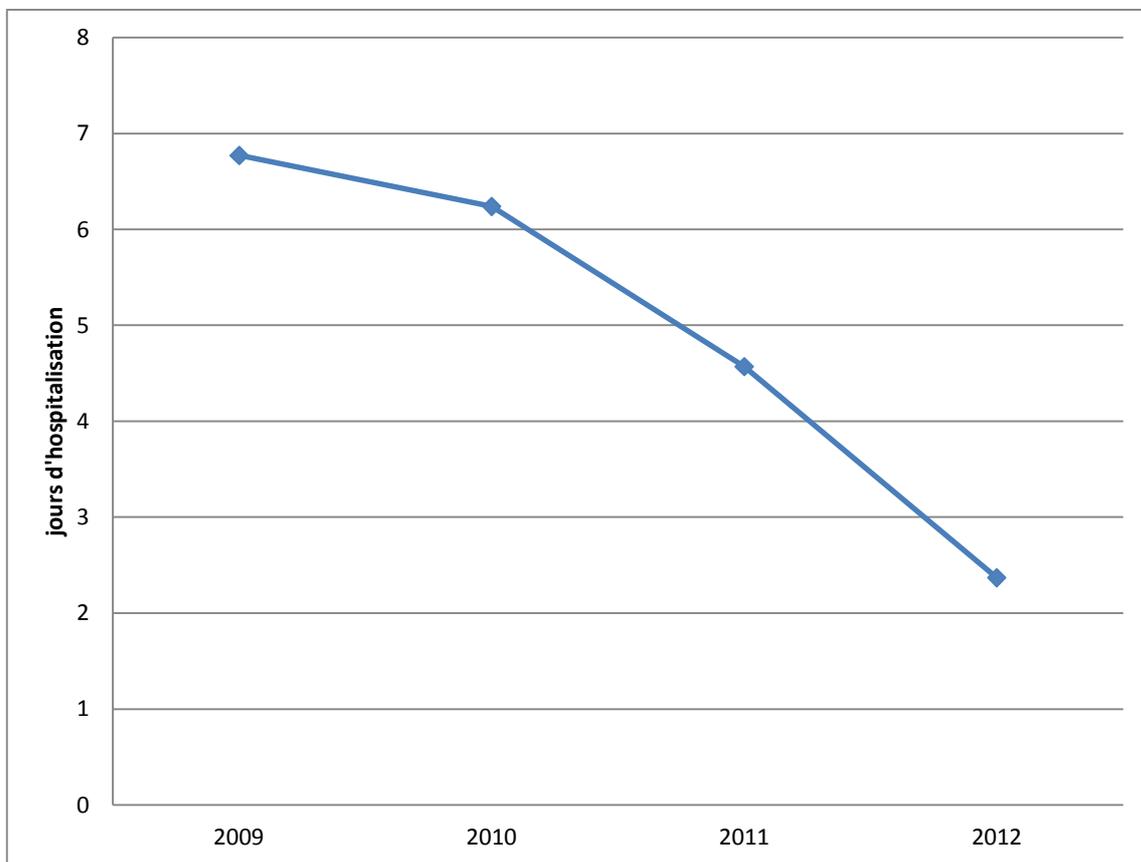
FES	150	82,0%
TAOUNAT	13	7,1%
TAZA	12	6,6%
SEFROU	6	3,3%
ERRACHIDIA	1	0,6%
MIDELT	1	0,6%

**Tableau 27 : Répartition des patients ayant une hernie selon le temps qui leurs spart du CHU**

Nombre de patient	Temps lieu d'habitat-CHU
169	< 1h
14	> 1h

183 patients (92%) habitent à moins d'une heure du CHU, tant que seulement 14 patients habitent à plus d'une heure.

**2-7- Evolution de la durée de séjours selon les années**



**Courbe d'évolution de la durée de séjours selon les années**

La durée moyenne de séjours a baissé de 6,77 jours en 2009 à 2,37 jours en 2012 avec 3 cas d'ambulatoire en 2012.

### 3- Proctologie

#### 3-1- Répartition des malades selon le sexe :

Tableau 28: Répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon le sexe

sexe	Nombre de cas	Fréquence
Femme	107	39,5%
homme	164	60,5%

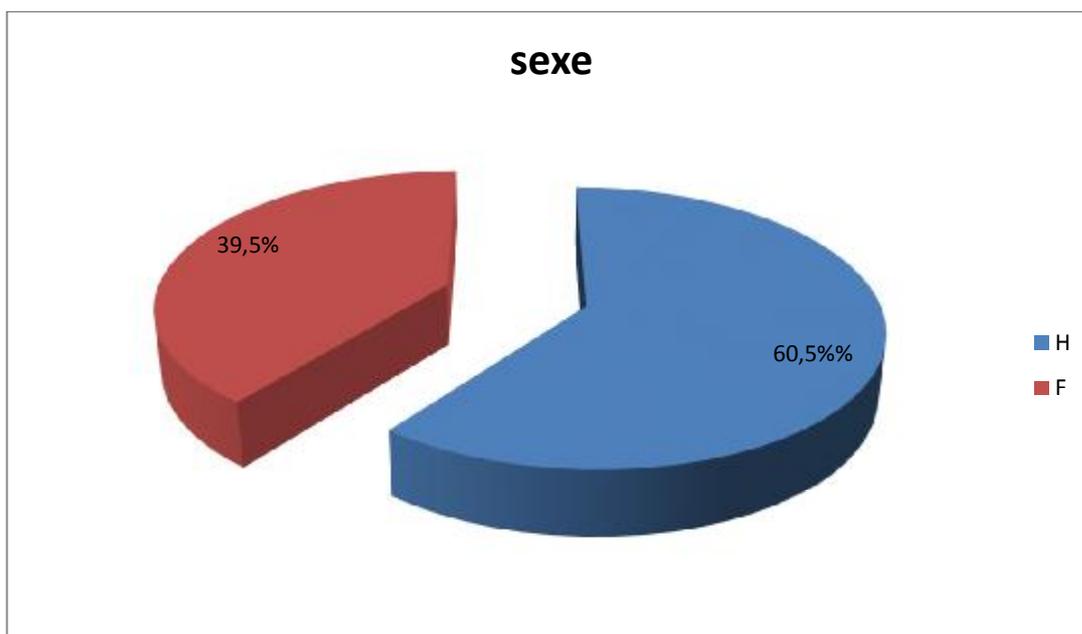


Figure 3: répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon le sexe :

D'après nos résultats, les hommes représentent 164 cas, soit 60,5 % des patients opérés.

### 3-2- Répartition des malades selon l'âge :

Tableau 29: Répartition de l'âge des malades ayant une pathologie proctologique selon le sexe

sexe	Age moyen	maximum	minimum
Homme	35	78	15
Femme	35	70	16

Tableau 30 : Répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon l'âge

âge	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 20	15	5,5%
De 20 à 30	84	31,0%
De 30 à 40	72	26,6%
De 40 à 50	58	21,4%
De 50 à 60	25	9,2%
De 60 à 70	10	3,7%
70 et plus	7	2,6%

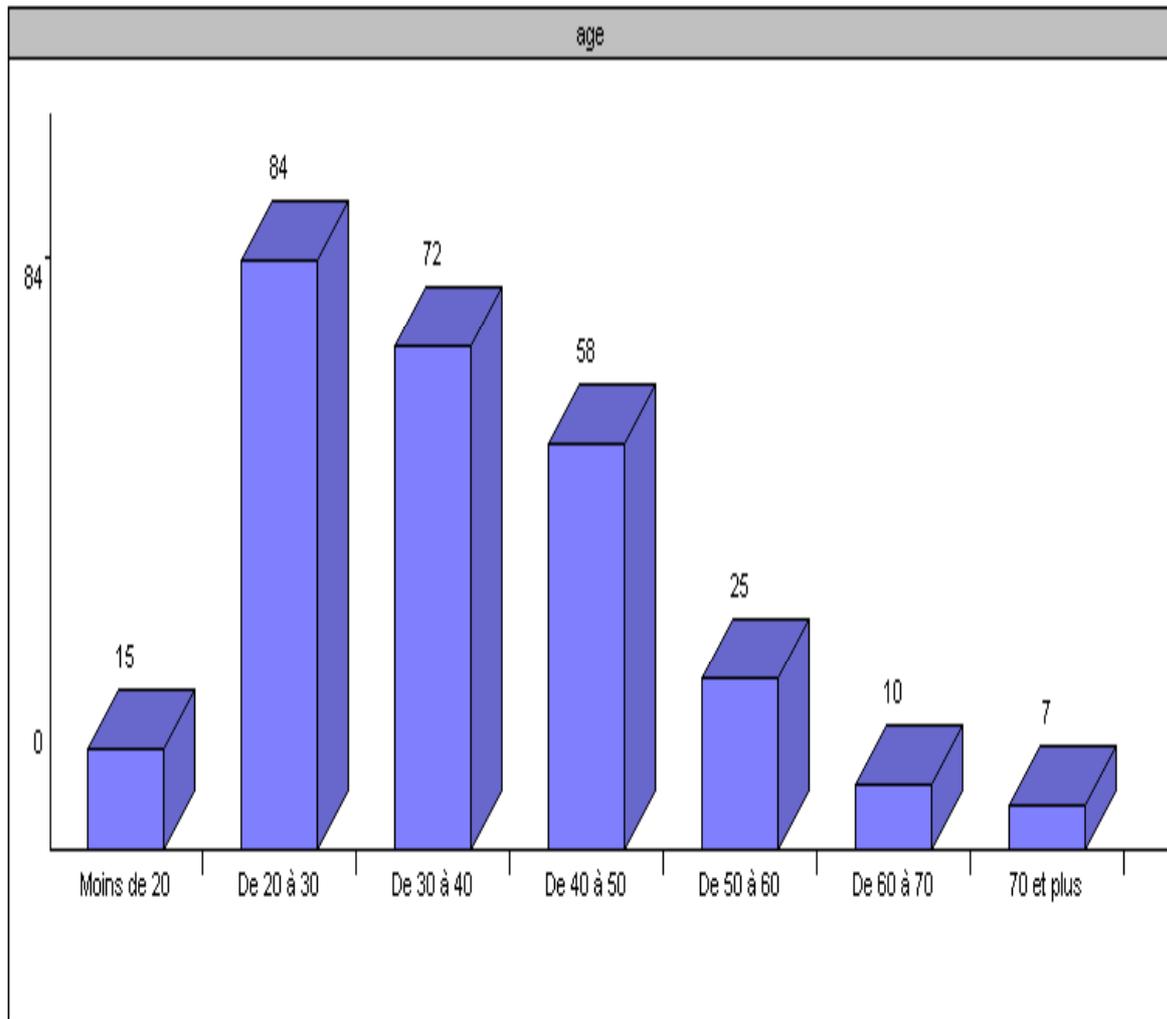


Figure 4 : Répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon l'âge

L'âge moyen des patients est de 35,34 ans avec des extrêmes de 15 et 78ans. Il est le même pour les deux sexes<sup>35</sup>.

La tranche d'âge (20ans–30ans) est la plus atteinte, avec une prédominance masculine.

### 3-3- Répartition des malades selon la durée de séjour préopératoire :

Tableau 31 : Répartition des patients ayant une pathologie proctologique selon les jours d'hospitalisation préopératoire

séjour préopératoire	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	240	88,6%
De 2 à 4	11	4,1%
De 4 à 6	4	1,5%
De 6 à 8	7	2,6%
De 8 à 10	7	2,6%
De 10 à 12	0	0,0%
12 et plus	2	0,7%

Tableau 32 : Durée de séjour préopératoire des patients ayant une pathologie proctologique

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation préopératoire	0	0,71	13

Notre série d'étude a concerné 271 patients dont la durée moyenne de séjour préopératoire est de 0,71 jours avec des extrêmes allant de 0 à 13 jours.

### 3-4- Répartition des malades selon la durée de séjour postopératoire :

Tableau 33 : Répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon les jours d'hospitalisation postopératoire

Jours d'hospitalisation	Nombre de cas	Fréquence
11	1	0,4%
5	2	0,7%
4	2	0,7%
3	5	1,9%
2	6	2,2%
1	44	16,2%
0	211	77,9%
<b>TOTAL</b>	<b>271</b>	<b>100,0%</b>

Tableau 34 : Répartition des patients ayant une pathologie proctologique selon les jours d'hospitalisation postopératoire

Séjour postopératoire	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	255	94,1%
De 2 à 4	11	4,1%
De 4 à 6	4	1,5%
De 6 à 7	0	0,0%
De 7 à 9	0	0,0%
De 9 à 11	0	0,0%
11 et plus	1	0,4%
<b>TOTAL</b>	<b>271</b>	<b>100%</b>

**Tableau 35: Durée de séjour postopératoire des patients ayant une pathologie proctologique**

	Minimum	Moyenne	Maximum
Jours d'hospitalisation postopératoire	0	0,37	11

Notre série d'étude a concerné 271 patients dont la durée moyenne de séjour postopératoire est de 0,37 jour avec des extrêmes allant de 0 à 11 jours.

**3-5- Répartition des malades selon la durée de séjour totale :**

**Tableau 36: Répartition des malades ayant une pathologie proctologique selon les jours d'hospitalisation totale**

Jours d'hospitalisation totale	Nombre de cas	Fréquence
19	1	0,4%
18	1	0,4%
11	1	0,4%
10	3	1,1%
9	4	1,5%
8	1	0,4%
7	6	2,2%
6	4	1,5%
5	1	0,4%
4	6	2,2%
3	5	1,9%
2	9	3,3%
1	21	7,8%
0	208	76,8%
TOTAL	271	100,0%

**Tableau 37 : Répartition des patients ayant une pathologie proctologique selon les jours d'hospitalisation totale**

Séjour total	Nombre de cas	Fréquence
Moins de 2	229	84,5%
De 2 à 4	14	5,2%
De 4 à 6	7	2,6%
De 6 à 8	10	3,7%
De 8 à 10	5	1,9%
De 10 à 12	4	1,5%
12 et plus	2	0,7%
TOTAL	271	100%

**Tableau 38 : Durée de séjour total des patients ayant une pathologie proctologique**

	Minimum	moyenne	maximum
Jours d'hospitalisation totale	0	1	19

Notre série d'étude a concerné 271 patients dont la durée moyenne de séjour total est de 1 jour avec des extrêmes allant de 0 à 19 jours.

### **3-6- Répartition des malades selon le lieu d'habitat :**

**Tableau 39 : Répartition des patients ayant une pathologie proctologie selon le lieu d'habitat**

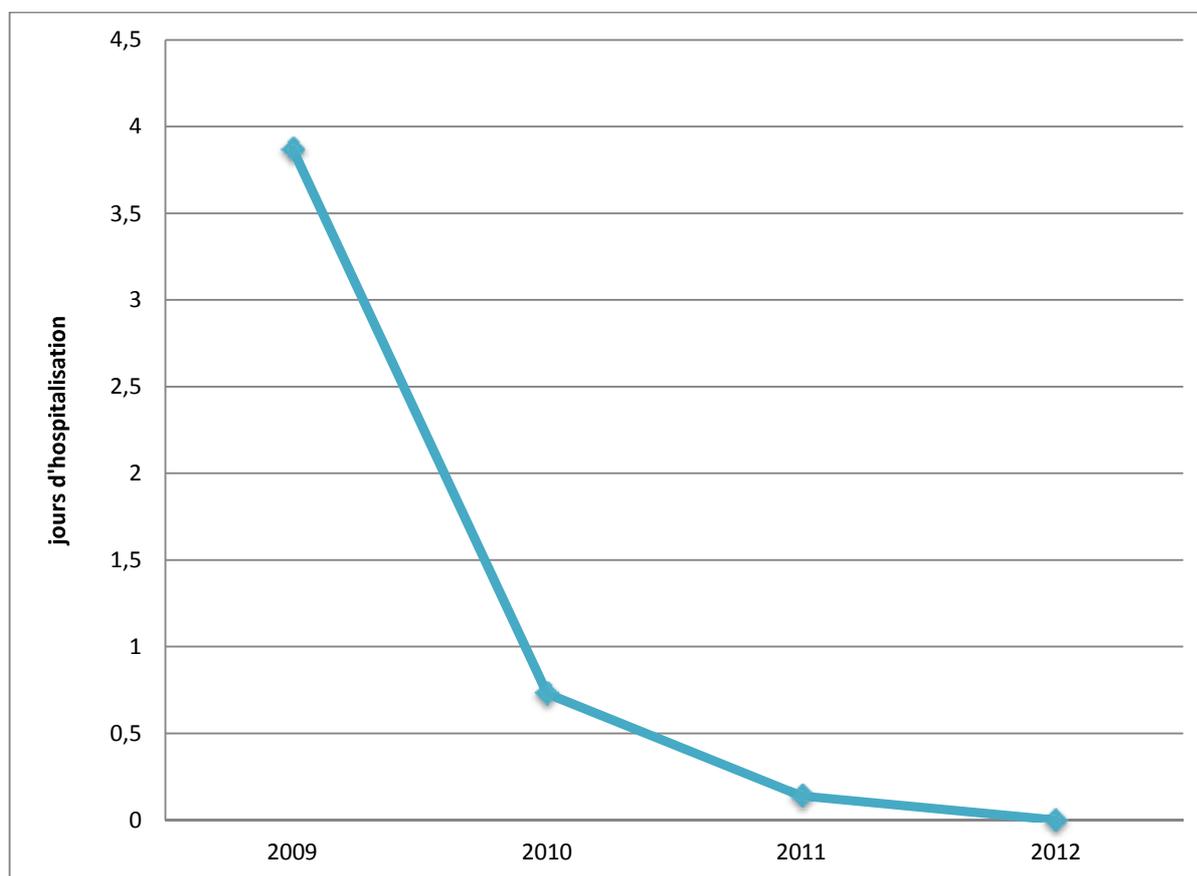
FES	263	97%
TAOUNAT	3	1,1%
TAZA	3	1,1%
GUERSIF	1	0,4%
SEFROU	1	0,4%

**Tableau 40 : Répartition des patients ayant une pathologie proctologique selon le temps qui leurs spart du CHU**

Nombre de patient	Temps lieu d'habitat-CHU
267	< 1h
4	> 1h

271 patients (97%) habitent à moins d'une heure du CHU, tant que seulement 14 patients habitent à plus d'une heure.

### 3-7- Evolution de la durée de séjours selon les années



**Courbe d'évolution de durée de séjours selon les années**

La durée de séjours a baissé de 3,87 jours en 2009 à 0 jours en 2012 avec 100% des cas ambulatoire en 2012.

## **4- Cout moyen chirurgie ambulatoire et chirurgie traditionnelle**

### **4-1- Vésicule lithiasique :**

#### **A) Chirurgie traditionnelle avec hospitalisation de 7 jours**

<b>actes</b>	<b>Montant</b>
Médicaments+Bilan préopératoire	3047,65 DH
Hôtelleries (chambre de 2 lits + repas)	1050 DH
Acte chirurgical + anesthésie	1850 DH
<b>Total à payer</b>	<b>5947,65 DH</b>

#### **B) Chirurgie ambulatoire avec 0 jours d'hospitalisation**

<b>actes</b>	<b>Montant</b>
Acte chirurgical + anesthésie	1850 DH
<b>Total à payer</b>	<b>1850 DH</b>

### **4-2- Hernie inguinale :**

#### **A) Chirurgie traditionnelle avec hospitalisation de 5 jours**

<b>actes</b>	<b>Montant</b>
Médicaments+Bilan préopératoire	939 DH
Hôtelleries (chambre de 2 lits + repas)	450 DH
Acte chirurgical + anesthésie	1170 DH
<b>Total à payer</b>	<b>2559 DH</b>

#### **B) Chirurgie ambulatoire avec 0 jours d'hospitalisation**

<b>actes</b>	<b>Montant</b>
Acte chirurgical + anesthésie	1170 DH
<b>Total à payer</b>	<b>1170 DH</b>

#### 4-3- Proctologie (fistule anale) :

##### A) Chirurgie traditionnelle avec hospitalisation de 1 jour

actes	Montant
Médicaments+Bilan préopératoire	625 DH
Hôtelleries (chambre de 2 lits + repas)	150 DH
Acte chirurgical + anesthésie	1350 DH
<b>Total à payer</b>	<b>2125 DH</b>

##### B) Chirurgie ambulatoire avec 0 jours d'hospitalisation

actes	Montant
Acte chirurgical + anesthésie	1350 DH
<b>Total à payer</b>	<b>1350 DH</b>

Le reste des actes (médicaments, hôtellerie, bilan préopératoire) n'est pas inclus dans la facture vu que :

- Le patient achète ses médicaments lui-même.
- Fait son bilan préopératoire avant son rendez vous de chirurgie en dehors d'hospitalisation.
- Sort le même jour de son acte opératoire.

## **5- Fréquence de la chirurgie ambulatoire dans la pratique du service de chirurgie A**

Evolution de la fréquence de chirurgie ambulatoire selon les années (chirurgie viscérale A)

Année	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie froide totale	425	595	496	555	557
Chirurgie ambulatoire	22	108	56	84	90
fréquence	5%	18%	11%	15%	16%

# DISCUSSION

# 1- La chirurgie ambulatoire

## 1-1- Définition :

En France, elle est définie comme une chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Au niveau international, les terminologies synonymes *day surgery*, *ambulatory surgery*, *same-day surgery* et *day-only* ont été retenues par l'*International Association Ambulatory Surgery*(IAAS), et correspondent à des séjours sans hébergement de nuit. Néanmoins, il convient de rester prudent dans l'interprétation des données car, dans la littérature, les périmètres d'activité et les modes de fonctionnement peuvent être variables. [1]

- Il s'agit donc d'actes chirurgicaux programmés réalisés sous une anesthésie de modalités variables chez un patient admis le matin et sortant le soir de la même journée.
- Les actes de la chirurgie ambulatoire sont habituellement des actes sans complications et pratiqués chez des patients à faible risque opératoire.
- Il s'agit d'une pratique innovante avec une prise en charge différente des malades.

## 1-2- Historique :

La notion de chirurgie ambulatoire est ancienne et remonte à Nicoll en 1909 qui décrivait la prise en charge ambulatoire de 9000 patients à l'hôpital de Glasgow. En 1955, Farquharson rapportait à son tour 600 cas de hernies inguinales prises en charge en ambulatoire. Pourtant ce n'est qu'en 1980 que la filière de soins ambulatoire connaît un véritable essor, notamment aux Etats-Unis. En France, il faut

attendre la loi de juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière et le décret d'application no 92-1102 du 2 octobre 1992 pour qu'elle se développe. En 1993, une conférence de consensus définit la chirurgie ambulatoire comme « une chirurgie programmée (. . .) permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention ». Cette définition a été récemment reprise par la Haute Autorité de santé (HAS) [2]

### **1-3- La chirurgie ambulatoire dans les pays développés et au Maroc :**

#### ➤ Etats des lieux aux Etats-Unis:

En 1990, sur 24,5 millions d'actes chirurgicaux, 42,6% étaient pratiqués en ambulatoire. L'évaluation de l'activité ambulatoire en 1998 objective que 71% sont faits en ambulatoire. [3]

Les Etats-Unis ont vécu pendant la dernière décennie une augmentation spectaculaire des prestations chirurgicales ambulatoires, avec une rémunération aux centres spécialisés ayant quasiment triplé de 1 milliard en 1996 à 2,9 milliards en 2006. [4]

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire aux Etats Unies est de 83% contre 70% en 2006. [5]

Selon une analyse réalisée en 2006, le gain de temps était nettement visible en comparaison les durées moyennes des actes ambulatoire par rapport à la chirurgie classique. [27]

- le temps passé au bloc opératoire : 61,7 minutes contre 43,2 minutes.
- Le séjour postopératoire en salle de réveil : 79,0 minutes comparées à 53,1 minutes
- Et le temps global : 146,6 minutes contre 97,7 minutes.

#### ➤ Etats de lieux en France :

La chirurgie ambulatoire en France a fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict depuis 1992. Il existait en France, en 1998, près de 7 600 places autorisant environ 2 700 000 interventions annuelles. L'Association française de chirurgie ambulatoire, en collaboration avec l'International Association for Ambulatory Surgery, a développé un indicateur regroupant 18 interventions dites « traceuses » représentatives de la pratique ambulatoire. Cet indicateur a cru de 35,2 % en 1997 à 39,3 % en 1999. La répartition entre secteur libéral et secteur public était superposable à celle de la chirurgie en hospitalisation complète. La progression du nombre d'actes en ambulatoire a été supérieure à la progression des actes réalisés en hospitalisation complète. [6]

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire en France est de 37%. [7]

➤ Etats des lieux au Canada :

En réponse à la restriction de leur système de soins établi par le gouvernement en 1992, 65% de l'ensemble des actes chirurgicaux étaient pratiqués en ambulatoire en 2007 et ce quel que soit le type de l'établissement. [6]

➤ Au Maroc

Malheureusement on n'a pas de données sur la fréquence de pratique de la chirurgie ambulatoire au niveau des autres CHU du royaume.

La fréquence de chirurgie ambulatoire au CHU Hassan II de Fès, chirurgie viscérale A est de 18% en 2010 et de 16% en 2013 .

### Comparaison de la fréquence de la chirurgie ambulatoire entre différents pays

pays	Etats unies	France	canada	Chirurgie A
année	2010	2010	2007	2010
fréquence	83%	37%	65%	18%

D'après ces données, la pratique de la chirurgie ambulatoire au Maroc est beaucoup moins fréquente par rapport au pays développés.

#### **1-4- Les facteurs favorisant l'émergence et le développement de la chirurgie ambulatoire :**

Le progrès des techniques médicales réalisées dans les dernières décennies a entraîné une remarquable réduction de DMS et l'apparition d'une nouvelle forme de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète : la chirurgie ambulatoire.

Deux types d'éléments ont contribué à la genèse et au développement du nombre de procédures chirurgicales réalisées en ambulatoire : les avancées technologiques d'une part, et les difficultés de financement des systèmes de protection sociale d'autre part. [8]

##### **a- Les incitatifs médicaux :**

##### **a-1- Les progrès en anesthésie :**

Depuis le début des années 80, plusieurs innovations pharmacologiques ont permis de réduire la durée des phases pré et post opératoires tout en assurant un environnement de sécurité. ce paragraphe sera développé dans le chapitre de l'anesthésie ambulatoire.

##### **a-2- Le contrôle de la période post opératoire :**

Le contrôle de la douleur à domicile est le facteur majeur d'acceptabilité pour la patient de la CA.

Les progrès de la pharmacologie dans le domaine de l'antalgie post opératoire, de même que l'utilisation d'antiémétiques, ont facilité un retour rapide à domicile dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

La combinaison de paracétamol oral, AINS (incluant le COX-2 inhibiteurs) et des opiacés faibles est d'habitude utilisée pour la gestion de douleur après la décharge. L'utilisation d'opiacés forts est controversée. [9]

#### **b- Les innovations technologiques**

L'utilisation de fibres optiques a permis, par miniaturisation, le développement d'une chirurgie vidéo-assistée : thoracoscopie, cœlioscopie qui gagne de plus en plus sa place en chirurgie viscérale,...

Ces différents innovation participent et participeront à l'essor de la chirurgie ambulatoire.

#### **c- Les incitatifs non médicaux :**

- Les problèmes de financement des dépenses de santé et notamment en ce qui concerne les dépenses hospitalières.
- La volonté des pouvoirs publics à réduire les listes d'attente en chirurgie.
- Pallier à la difficulté de recrutement du personnel médical.

### **1-5- L'anesthésie ambulatoire :**

Il est inconcevable de parler de la chirurgie ambulatoire sans aborder l'anesthésie ambulatoire.

#### **a) Définition**

D'après LE JOURNAL OFFICIEL français, l'anesthésie ambulatoire se définit comme suit « L'anesthésie ambulatoire est une anesthésie pratiquée habituellement, en dehors de toute urgence, par un anesthésiste-réanimateur chez un patient qui doit bénéficier soit d'un acte chirurgical, soit d'une endoscopie, soit d'un acte médical

nécessitant une anesthésie et qui va rester moins de 12h dans la structure de soins dans laquelle il aura été admis, avant de retourner à son domicile ». [10]

### **b) Développement de l'anesthésie ambulatoire**

Les anesthésies ambulatoires représentent 27% de l'ensemble des anesthésies pratiquées en France, et 50 % au Etats-Unis [11]

Ces résultats sont atteints grâce au développement de l'anesthésie au cours des années :

#### ❖ Développement de l'anesthésie locale et loco-régionale

Ce type d'anesthésie constitue une alternative intéressante à l'anesthésie générale.

Les avantages en sont nombreux :

- Les inconvénients de l'anesthésie générale sont éliminés
- L'alimentation orale peut être reprise rapidement
- L'analgésie post opératoire est efficace et prolongée
- Le patient est autonome plus rapidement

Les inconvénients par contre sont :

- Les échecs techniques
- La régression lente de certains blocs plexiques : céphalées, rétention urinaire, hypotension orthostatique après rachidienne ou parfois péridurale.
- Les séquelles de traumatisme nerveux

#### ❖ Progrès en anesthésie générale :

L'anesthésie générale doit permettre un retour à domicile le jour même, après la chirurgie, et une reprise des activités, d'où la nécessité :

- D'obtenir un réveil rapide.
- De minimiser les effets secondaires

L'intubation endotracheale reste nécessaire lors de la chirurgie au niveau de la tête, des œlioscopies ou des interventions de longue durée. Mais ses effets secondaires ont néanmoins des inconvénients et contre-indications à la chirurgie ambulatoire.

Une alternative satisfaisante est celle du masque laryngé, technique déjà ancienne mais dont les perfectionnements ont abouti à un système actuel satisfaisant.

L'apparition récente d'agents ayant une vitesse d'élimination rapide et donc un effet bref et une courte durée d'action, a eu un intérêt certain dans le développement de la prise en charge ambulatoire.

### **c) Anesthésie et patient ambulatoire**

La consultation pré anesthésique, est par définition, une consultation d'un malade programmé à être opéré s'exerçant à moins d'un mois de l'acte chirurgical sans accéder les 48 heures précédant l'intervention (sinon on parlera de visite pré anesthésique)

Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire à la SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation) a permis de déterminer des caractéristiques liées à l'acte de chirurgie ambulatoire et d'autres liées aux patients candidats à ce type de chirurgie :

#### Caractéristiques concernant les actes chirurgicaux

- Durée d'intervention chirurgicale inférieure à 1h30
- La mise en place de protocoles systématiques (antalgiques, anti-émétiques ...) en préalable de la sortie et leur pérennisation à domicile
- un renforcement de la coordination avec le médecin traitant.

### Caractéristiques concernant les critères médicaux et psychosociaux des patients :

- accès rapide à un téléphone
- compréhension suffisante de ce qui est proposé.
- bonne observance des prescriptions médicales.
- conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation.
- disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivant l'acte opératoire auprès de lui.
- conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure adaptée à l'acte.
- Age, pas de contre-indication ni chez les sujets âgés ni chez l'enfant. Certains auteurs préconisent un âge de plus de 3mois
- critère ASA. Les patients ASA 1, 2 et 3 stabilisé sont classiquement éligibles à l'ambulatoire. [12]

## 2- La lithiase vésiculaire en chirurgie ambulatoire:

### a) Sexe et âge des malades :

Les résultats des cholécystectomies de notre échantillon concordent avec les séries publiées avec la littérature en ce qui concerne l'âge moyen des patients et de la nette prédominance féminine. [13]

### b) L'analyse des durées du séjour hospitalier dans notre pratique :

Tableau comparant les DMS de la lithiase vésiculaire

CHU	année	DMS
Ibn Sina Rabat	2003	17,46
Ibn Sina Rabat	2006	9
Hassan II Fès	2012	7,35

La DMS hospitalier pour la LV dans notre pratique est de l'ordre de 7,35 jours alors que des études rapportent que la DMS en hospitalisation complète est de 4 jours (presque 2fois moins par rapport à la notre) [13]

La revue de l'activité hospitalière dans la pratique du CHU IbnSina de Rabat, en 2003 et en 2006, en matière de la LV, trouve une DMS respectivement de 17,46 et 9 jours d'où une baisse de moitié. [14] [15] dans notre étude qui a eu lieu en 2012 cette DMS est de 7,35.

Tableau comparant les taux de cholécystectomie en ambulatoire entre le SCA et les Etats-Unis

	année	Cholécystectomie en ambulatoire
Etats-Unis	2003	51,5%
Service de chirurgie A	2012-2013	0%

En 2003, plus de la moitié (51,5%) des cholécystectomies ont été réalisées en ambulatoire alors que chez nous aucun geste de ce type n'a été réalisé en ambulatoire.

[28]

D'après ces données, il y a eu une sensibilisation envers le facteur temps et son attribution dans la gestion et la rationalisation des dépenses de santé.

La CA an matière de cholécystectomie dans notre pratique est toujours insatisfaisant en la comparant au pays développés.

Les déhiscence de la gestion des services hospitaliers atteignent même la LV, du fait que le patient reste hospitalisé plusieurs jours pour que son bilan soit achevé alors qu'il peut l'être en 1 journée .Et du fait que le malade reste hospitalisé en moyenne 4 ,75 avec un maximum de 18 jours avant d'accéder au bloc opératoire.

## En conclusion :

Vue que :

- ✓ 92% des patients de cette série d'étude loge a moins d'une heure du CHU d'où la notion d'accessibilité.
- ✓ Plus de 90% sont opérés par cœlioscopie.
- ✓ La durée moyenne de l'intervention chirurgicale est de 1 heure, donc occupation minime du bloc opératoire.

Et devant :

- ✓ Nos ressources qui restent encore limitées
- ✓ La grande demande aux soins
- ✓ L'énorme flux que connait le CHU
- ✓ Le manque chronique de lits aux services hospitaliers
- ✓ Plus de 70% des patients disposent du RAMED

→ La prise en charge de la chirurgie vésiculaire en ambulatoire s'impose dans notre pratique.

### 3- la hernie inguinale en chirurgie ambulatoire:

La hernie est une pathologie les plus fréquentes en Afrique ou elle touche environ 4,6 % de la population.

#### a) Sexe et âge des patients :

Les résultats de notre série ne diffèrent pas des autres de la littérature en ce qui concerne la nette prédominance masculine et l'âge moyen des patients [16]

#### b) L'analyse de la durée du séjour hospitalier dans la cure de la hernie inguinale.

Tableau comparant la DMS de la hernie inguinale

CHU	année	DMS
Ibn Sina Rabat	2003	17,44
Ibn Sina Rabat	2006	9,48
Hassan II Fès	2012	5,10

la DMS hospitalier pour la HI, dans notre pratique, est de l'ordre de 5,10 jours, alors que des études conclu que la DMS de la HI en hospitalisation complète est de 2,37 jours. Donc on est presque 2 fois supérieur à cette valeur [17]

La revue de l'activité hospitalière dans la pratique du CHU Ibn Sina de Rabat, en 2003 et en 2006, en matière de la hernie inguinale, trouve une DMS respectivement de 17,44 et 9,48 jours d'où une baisse de moitié. [14] [15] dans notre étude qui a eu lieu en 2009-2013 cette DMS est de 2,37.

Tableau comparant les taux de cure de la hernie de l'aine en ambulatoire entre le  
SCV A et les Etats-Unis

	<b>année</b>	<b>Cure d'hernie en ambulatoire</b>
Etats-Unis	2003	89%
Chirurgie viscérale A	2012	1%
Chirurgie viscérale A	2013	47%

89% des cures de la hernie ont été réalisées en ambulatoires contre 1% au service de chirurgie viscérale A en 2012 et 47% en 2013 [28]

Il y a eu alors une prise de conscience de cet aspect souvent méconnu et qui constitue un tournant dans l'évaluation du coût de l'hospitalisation, il s'agit de la réduction du nombre de jours d'hospitalisation.

Malgré la nette évolution de la cure de la hernie de l'aine en ambulatoire dans notre pratique, elle reste beaucoup en retard par rapport aux pays d'Occidents.

Un autre volet, celui de l'organisation et de la gestion de nos services hospitaliers qui connaissent quelques déficiences et hiatus. Ainsi, d'après notre étude pour que le bilan du patient soit achevé celui-ci devait attendre plusieurs jours sachant que ce bilan peut être accompli en une seule journée.

De même que pour être opéré, les patients de notre série restent hospitalisés en moyenne 3,15 jours avec extrême de 22 jours avant d'accéder au bloc opératoire.

D'où une mauvaise gestion des sources et une prédisposition accrue au risque d'infections nosocomiales.

## En conclusion :

Vue que :

- ✓ 92% des patients habitent a moins d'une heure du CHU d'où la notion d'accessibilité.
- ✓ Presque tous les patients sont anesthésiés par anesthésie locorégionale.
- ✓ Plus de 50% des patients sont opérés selon Lichtenstein, une technique nommée pour son caractère rapide, reproductible et moins laborieux. D'autant plus que le choix de la technique constitue un tournant dans la détermination de la durée d'hospitalisation [18] .
- ✓ La durée moyenne de l'intervention chirurgicale dans notre série est d'1 heure donc une occupation réduite du bloc opératoire.

Et devant :

- ✓ Nos ressources qui restent encore limitées.
- ✓ La grande demande aux soins.
- ✓ L'énorme flux que connaît le CHU.
- ✓ Le manque permanent des lits aux services hospitaliers.
- ✓ Plus de 70% des patients disposent du RAMED.

--» La prise en charge de la chirurgie herniaire en ambulatoire s'impose dans notre pratique.

#### **4- la chirurgie proctologique en chirurgie ambulatoire :**

Intervention simple sans contre-indication à une reprise de l'activité quotidienne.

##### **a) Sexe et âge des patients :**

Les résultats de notre série trouvent une nette prédominance masculine avec un âge moyen de 35ans.

##### **b) L'analyse des durée du séjour hospitalier de la chirurgie proctologique**

Tableau comparant la DMS de la chirurgie proctologique

CHU	année	DMS
Ibn Sina Rabat	2003	12 j
Hassan II Fès	2012	0 j

La DMS hospitalier pour les chirurgies proctologiques, dans notre pratique, est de l'ordre de 1jour.

La revue de l'activité hospitalière dans la pratique du CHU Ibn Sina de Rabat, en 2003, en matière de la chirurgie proctologique, trouve une DMS de 12 jours [14] dans notre étude qui a eu lieu en 2009-2012 cette DMS est de 1 jours (donc 12 fois moins).

Notre série contient 271 cas de chirurgie proctologique (hernie, fistule anale, fissure anale) 208 sont faites en ambulatoire c'est équivalent à 76,8%.ces résultats relativement satisfaisants comme progrès de la chirurgie ambulatoire restent toujours insuffisants vu que, les gestes en chirurgie proctologique sont des gestes simples, faisables en moins d'une heure et qui méritent seulement quelques heures d'hospitalisation alors que la DMS est toujours 1 jour.

## En conclusion :

Vue que :

- ✓ Intervention simple
- ✓ 76,8% déjà faites en ambulatoire
- ✓ Risque hémorragique contrôlable
- ✓ Pas de contre indication à une reprise de l'activité quotidienne
- ✓ Importance d'un bon niveau d'hygiène et d'un certain confort au domicile  
(douche, bidet...)

Et devant :

- ✓ Nos ressources qui restent encore limitées.
- ✓ La grande demande aux soins.
- ✓ L'énorme flux que connaît le CHU.
- ✓ Le manque permanent des lits aux services hospitaliers.
- ✓ Plus de 70% des patients disposent du RAMED.

--»l'augmentation du pourcentage de la chirurgie proctologique en ambulatoire s'impose dans notre pratique.

## **5- Intérêt médical de la chirurgie ambulatoire :**

La chirurgie ambulatoire qui par définition annule l'hospitalisation des patients, exige par contre plus de vigueur en termes de sécurité et de qualité.

- Améliorer la qualité des interventions chirurgicales.
- Améliorer la qualité des soins, en particulier une moindre exposition aux infections nosocomiales [19]
- Dédramatisation de l'acte opératoire pour le patient.
- Assurer un grand confort pour le malade en réduisant la durée du séjour à moins de 24h

## **6- Intérêt économique de la chirurgie ambulatoire :**

Au Etat Unis, en France et bien plusieurs pays intéressés par la chirurgie ambulatoire on a créé des centres spécialisés et une tarification propre à ce type de chirurgie [20] , malheureusement ce n'est pas le cas chez nous, c'est pour ça que la différence entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie traditionnelle en ce qui concerne le cout, est principalement le nombre de jours d'hospitalisations (plus on séjourne plus on paye) et le fonctionnement de la salle opératoire.

### **a) Le cout journalier d'hospitalisation :**

On entend dire par le cout journalier d'hospitalisation : le rapport des charges du service par le nombre de journées d'hospitalisation. [21]

Il est de l'ordre de 150Dh pour les services de chirurgie (d'après le Bureau d'Admission et de Facturation), ceci sans tenir compte des charges de la pharmacie, du laboratoire ou de la radiologie c'est-à-dire qu'on ne parle que du cout hôtelier.

- En matière de la lithiase vésiculaire :

La DMS est de 7,10 jours donc le cout hôtelier est de 1050Dh.alors qu'on ambulatoire ça va couter seulement 150 Dh. Donc ça va permettre d'économiser 900Dh.

- En matière de la Hernie inguinale :

La DMS est de 5,73 jours donc le cout hôtelier est de 750Dh. alors qu'on ambulatoire ça va couter seulement 200Dh. Donc ça va permettre d'économiser 600Dh .

### **b) Le cout de fonctionnement de la salle opératoire :**

C'est le rapport des charges de cette salle par le temps pendant lequel elle a été occupée. [21]

### **c) Intérêt économique :**

- Diminution du cout global des soins : réduction du nombre des examens para cliniques inutiles, absence d'hospitalisation.

Exemple : cout d'une cholécystectomie en CA et en chirurgie classique.

Tableau comparant le cout moyen de cholécystectomie en CC et en CA, aux Etats-  
Unis et au SCV A

	<b>Cout moyen de cholécystectomie en CC</b>	<b>Cout moyen de cholécystectomie en CA</b>	<b>Economie</b>
Chirurgie viscérale A	5974,65 DH	1850 DH	4124,56 DH
Etats-Unis	10876 \$	6282 \$	4848 \$

Aux Etats-Unis une cholécystectomie faite en chirurgie classique coute plus que le double du même acte fait en ambulatoire. [29]

Au niveau de la chirurgie viscérale A une cholécystectomie faite en chirurgie classique coute plus que le triple du même acte fait en ambulatoire.

- Réduction des listes d'attente en chirurgie.
- Pallier au manque chronique de lits dans les services hospitaliers.

En outre, la chirurgie ambulatoire présente une forte dimension qualité :

- Les contraintes organisationnelles sont très strictes.
- Le court temps d'hospitalisation ne laisse pas place à l'erreur : programmation opératoire, respect de délais, accueil des patients.

## **7- La mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique :**

Nous clôturons ce travail par ces éléments qui peuvent constituer une ébauche du projet de mise en place de la chirurgie ambulatoire dans le contexte sanitaire marocain.

### **7-1- le potentiel de mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique :**

Comme on l'a rapporté le long de ce travail, la discordance qui existe entre le besoin de la population et l'offre des soins constitue un potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire.

### **7-2- Le champ d'action de la chirurgie ambulatoire :**

Dans cette étude on a pris la hernie inguinale, la lithiase vésiculaire et la chirurgie proctologique dans un but de simplicité, car le champ d'action de la chirurgie ambulatoire chez nous n'est pas encore défini c'est-à-dire qu'on n'a pas rédigé une liste de l'ensemble des actes qu'on peut faire en ambulatoire vu que le même acte chirurgical peut ne pas être valable ni pour tous les établissements, ni pour tous les praticiens et ni pour tous les malades.

L'association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) a délimité 18 gestes marqueurs qui se font en ambulatoire depuis son avènement en France, il s'agit de [ 6] :

- ❖ Cure de la hernie inguinale
- ❖ Chirurgie anale, hors de la destruction de tumeurs anales
- ❖ Chirurgie sénologique : abcès, ponction biopsie
- ❖ Chirurgie testiculaire : exemple la varicocèle

- ❖ Phimosis
- ❖ Salpingectomie
- ❖ Curetage
- ❖ Cataracte
- ❖ Strabisme
- ❖ Chirurgie nasale
- ❖ Extraction dentaire
- ❖ Adeno-amygdalectomie
- ❖ Varices
- ❖ Arthroscopie : diagnostique ou thérapeutique
- ❖ Canal carpien
- ❖ Dupuyrien
- ❖ Drains trans thoraciques
- ❖ Ablation de matériel

### **7-3- les critères d'éligibilité de la chirurgie ambulatoire :**

Les critères médico-légaux de mise en place d'un protocole de chirurgie ambulatoire sont répartis en : [18]

- ❖ Critères d'intervention :
  - Acte programmé
  - Horaire permettant la surveillance du patient
  - Intervention < 2 heures
  - Risque hémorragique faible
  - Risque infectieux faible
  - Suites simples
- ❖ Critères liés au patient :
  - Score ASA  $\leq 3$
  - Information et consentement éclairé
  - Absence de tares
  - Compréhension des soins

❖ Critères environnementaux :

- Vie en couple
- Sortie accompagnée.
- Structure hospitalière à < 1 heure
- Posséder un téléphone
- Numéro d'appel de l'institution toujours disponible.

A noter que le score ASA correspond à la classification de l'American Society of Anesthesiologists: [11]

- ASA 1 : patient sain, en dehors de l'affection nécessitant l'intervention.
- ASA 2 : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction.
- ASA 3 : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction
- ASA 4 : patient ayant une maladie mettant en jeu le pronostic vital
- ASA 5 : patient moribond

❖ Critère de sortie du malade ambulatoire : [22]

- Analgésie adéquate
- Absence de nausées et vomissements
- Miction obtenue
- Tolérance à l'alimentation et aux boissons
- Déambulation réalisée
- Accompagnement
- Site opératoire calme

### **7-4- Contre indications à la chirurgie ambulatoire**

Les contre-indications à la chirurgie ambulatoire peuvent être résumés par les points suivants déterminés par K Korttila [23]

- a- Refus du patient et son entourage

b- Contre-indications médicales :

- Le mauvais état général
- Le patient à ATCD ou risque d'hyperthermie maligne.
- Le patient présentant une obésité morbide accompagnée de problèmes cardiaques ou respiratoires.
- Les patients sous IMAO (mais de plus en plus on les accepte en prenant certaines précautions).
- Une grossesse en cours
- Les patients drogués ou alcooliques
- Age inférieur à une année

c- Contre-indications psychosociales :

- Le patient non accompagné ou vivant seul
- Les mauvaises conditions d'hygiène et de logement
- Pas d'accès rapide au téléphone
- L'incompréhension, l'incapacité d'observer les prescriptions médicales
- L'isolement géographique.

## **7-5- Organisation, gestion et tarification**

La chirurgie ambulatoire peut s'exercer dans différents types de structures : soit dans des structures intégrées à des services d'hospitalisations existantes, soit dans des structures séparées ou satellites des structures hospitalières conventionnelles, soit enfin dans des centres indépendants à distance de toute structure de soins avec hospitalisation mais qui restent attachés par convention à une structure hospitalière existante. [24]

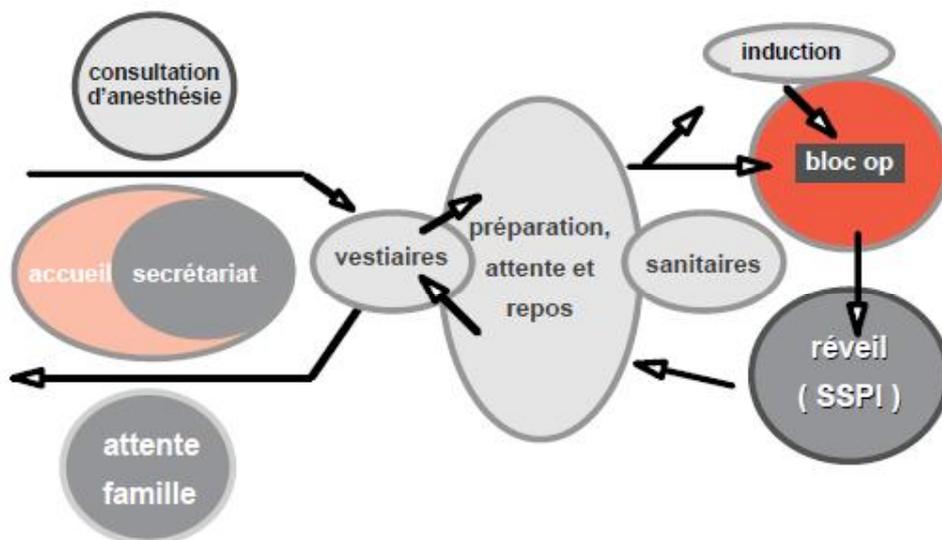
Dans notre contexte, c'est-à-dire celui du CHU, on peut proposer par exemple la procédure suivante : accorder à chacun des services hospitalier A et B une journée dans la semaine durant laquelle ce service exercera de la chirurgie ambulatoire.

La gestion administrative de la chirurgie ambulatoire c'est-à-dire les procédures d'entrée et de sortie seront analogues à celles des activités pratiquées en hôpital de jour (ponction d'ascite, coloscopie...), du fait que nos structures disposent d'emblée de logiciels adaptés pour les malades entrant et sortant la même journée.

La tarification de la chirurgie ambulatoire dépend des actes médicochirurgicaux dispensés. Cette tarification donne lieu à une rémunération qui peut prendre trois formes : [24]

- Forfait de salle d'opération.FSO
- Forfait de sécurité et d'environnement.FSE
- Forfait d'accueil et de service.FAS

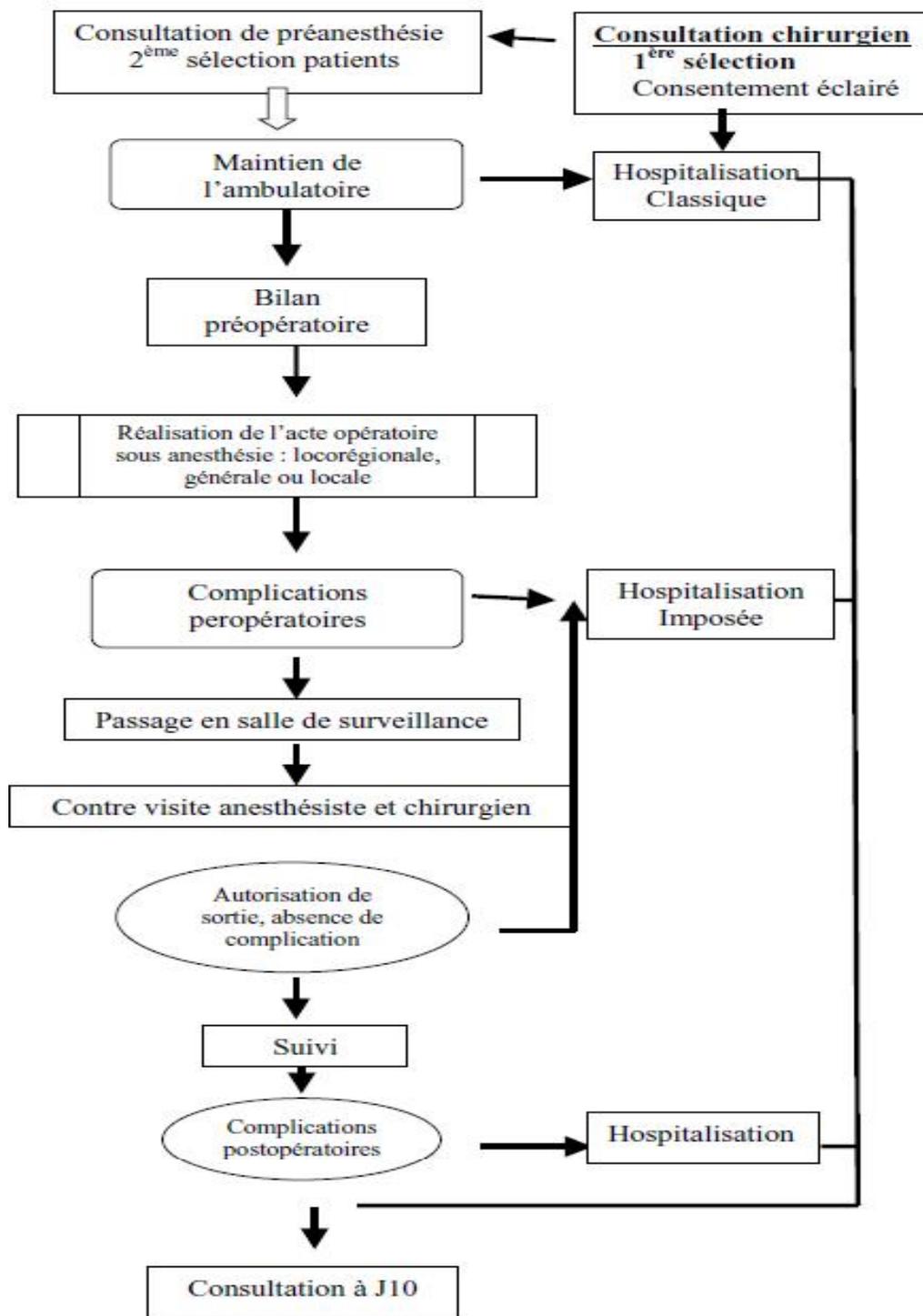
❖ Schéma d'un centre séparé de chirurgie ambulatoire : [11]



SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

→: circuit du patient

❖ Arbre décisionnel de chirurgie ambulatoire [18]



## **7-6- point de vue des acteurs :**

La mise en place ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire ne peuvent se faire que si l'ensemble des acteurs (patients et professionnels de santé) adhère à ce mode de prise en charge.

- **Point de vue des patients :**

L'hospitalisation en créant l'isolement du malade de son entourage familial et professionnel, symbolise souvent la gravité de l'affection ou la difficulté de son abord thérapeutique ; et le malade commence à faire émerger de nombreux fantasmes à type de la crainte de mourir à l'hôpital, la crainte de subir des interventions douloureuses et répétées. En plus du problème que pose la promiscuité des salles communes où l'on sent perdre jusqu'à son identité en plus de son intimité.

La chirurgie ambulatoire évite la régression et les conséquences psychologiques dues à l'hospitalisation. Sur une étude faite sur 200 patients opérés en ambulatoire pour des pathologies variées (hernie, lithiase, chirurgie de la main, chirurgie sinologique,...) plus de 90% ont exprimé leur parfaite satisfaction et la quasi absence de tout dérapage psychique en dehors du stress causé par le geste opératoire et plus de 88% ont déclaré l'accepter dans l'avenir s'ils auraient à subir un autre geste chirurgicale [25]

- **Point de vue des professionnels de santé :**

1289 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie ambulatoire ont participé à l'enquête d'opinion en 2001 en France.

Métropolitaine et Département d'Outre Mer avec un très fort taux de participation (autour de 90%), cette étude rapporte que les professionnels de santé adhèrent fortement à ce concept et sont prêts à amplifier d'avantage. [26]

## **7-7- Organisation de la chirurgie ambulatoire au CHU Hassan II de Fès**

La mise en place d'un protocole de chirurgie ambulatoire est le synonyme de l'introduction d'un circuit bien ficelé comprenant les intervenants suivants :

- Le chirurgien dont le rôle est d'examiner le malade, de poser l'indication opératoire et de proposer la modalité ambulatoire dans la chirurgie.
- Si le malade refuse, il faut l'allouer en hospitalisation classique
- Si consentement accordé, le renvoyer en consultation d'anesthésie-réanimation qui se chargera du second triage : faire la CPA, demander le bilan pré opératoire en fonction du terrain.
- Si le réanimateur admet l'ambulatoire dans la prise en charge du malade on peut réaliser l'acte chirurgical.

A noter que le rythme de consultations de chirurgie et d'anesthésie-réanimation doit se faire en entrave avec des aptitudes techniques et humaines du bloc opératoire pour ne pas dépasser les capacités et désorganiser le circuit.

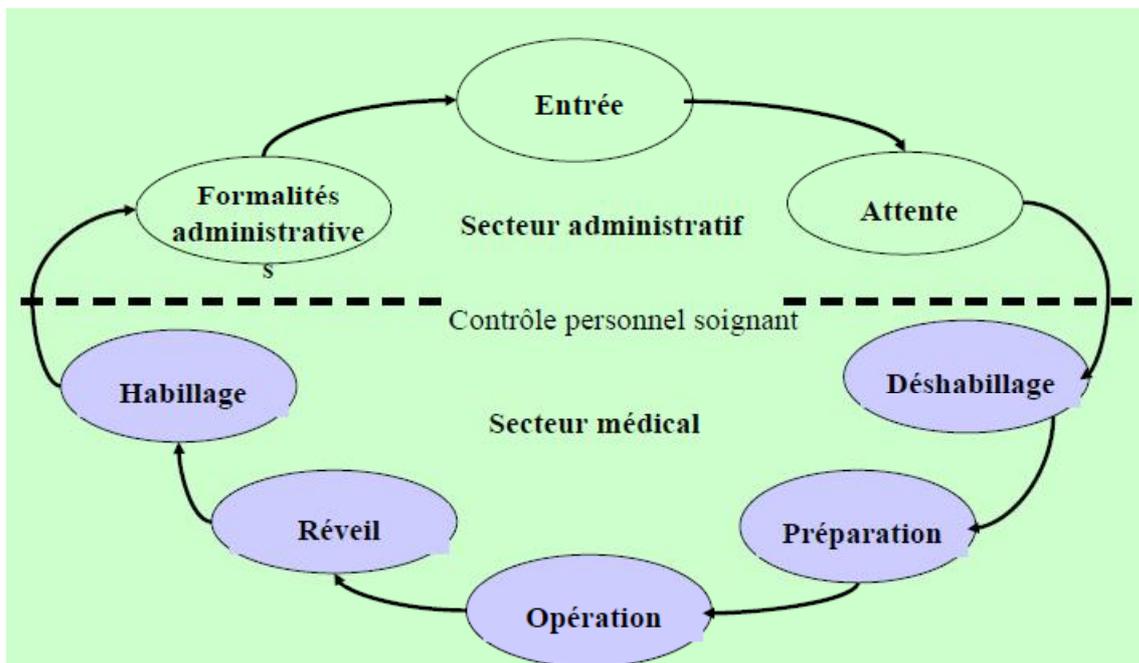
Une cadence qui doit être pré établie, en l'occurrence, avec tous les intervenants dans ce circuit.

La survenue d'une complication en per ainsi qu'on post opératoire exige l'intervention de l'ambulatoire et la prise en charge du malade en hospitalisation classique. Pour ce, le CHU dispose d'un service des urgences ouvert 24/24, les services hospitaliers assurent des gardes de 24/24, il faut juste gratifier un numéro de téléphone pour les malades ambulants.

Pour le bon fonctionnement de la chaîne de l'ambulatoire il faut y ajouter d'autres intervenants tels le Bureau d'Admission et de Facturation, le laboratoire, la radiologie pour veiller au bon allant et à la réussite du processus.

Donc pour une bonne évolution de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique nous proposons de :

- Définir les gestes ambulatoires.
- Sélectionner les patients éligibles.
- faire passer le patient par un circuit strict et bien défini (voir modèle ci-dessous)



- Fournir un bloc dédié à la chirurgie ambulatoire.
- Etablir une nouvelle formule de tarification pour les gestes ambulatoires.

## **7-8- Guide pour l'élaboration d'un chemin clinique en ambulatoire :**

### **Hernie de l'aine comme exemple**

#### **a) La Consultation chirurgicale pré-opératoire :**

##### *Le Patient*

- |   |                           |     |
|---|---------------------------|-----|
| - Antécédents médicaux                  | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - Antécédents chirurgicaux locaux       | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - Antécédents chirurgicaux généraux     | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - Antécédents d'allergie médicamenteuse | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - antécédents d'allergie au latex       | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - antécédents thromboembolique          | <input type="radio"/> OUI | NON |
| - examens complémentaires éventuels     | <input type="radio"/> OUI | NON |

##### *La hernie :*

- |  |                           |                 |
|--|---------------------------|-----------------|
| - indication opératoire confirmée              | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - unilatérale                                  | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - bilatérale                                   | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - taille compatible avec l'anesthésie locale   | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - réductibilité                                | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - inguino-scrotale                             | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - information voie d'abord                     | <input type="radio"/> OUI | bénéfice-risque |
| - raphie                                       | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - prothèse voie inguinale                      | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - prothèse voie coelioscopique                 | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - information type d'anesthésie                | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - information durée d'invalidité               | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - information délai de reprise des efforts     | <input type="radio"/> OUI | NON             |
| - information spécifique sur les complications | <input type="radio"/> OUI | NON             |

***L'ambulatoire :***

– compréhension du patient	OUI	NON
– adhésion du patient	OUI	NON
– possède un téléphone	OUI	NON
– habite à moins d'une heure de la structure	OUI	NON
– dispose d'un accompagnant	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– retour au domicile en transport individuel	OUI	NON
– dispose d'un accompagnant le soir et la nuit qui suit	OUI	NON
– information sur le jeûne	OUI	NON
– information sur la vigilance	OUI	NON
– information sur la préparation cutanée	OUI	NON
– information sur le maniement des antalgiques	OUI	NON
– information sur la possibilité de garder le soir	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– information sur l'heure d'arrivée, l'heure d'opération, l'heure estimée de départ	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– information sur la permanence des soins post-opératoires	OUI	NON
– remise d'un document écrit	OUI	NON
– remise des prescriptions post-opératoires	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– démarches administratives, pré-admission le jour même	OUI	NON

**b) La consultation d'anesthésie pré-opératoire :**

– Evaluation des comorbidités	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Prescriptions préopératoires	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Information de la technique d'anesthésie	OUI	NON
– Information sur le jeune	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Information sur les prises médicamenteuses	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Information de la gestion de la douleur postopératoire	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Information sur la vigilance postopératoire	<input checked="" type="radio"/> OUI	NON
– Confirmation de la prise en charge en ambulatoire	OUI	NON

**c) Admission :**

- |                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| – Identification patient          | OUI | NON |
| – Respect horaire d'arrivée       | OUI | NON |
| – Dossier médical complet         | OUI | NON |
| – Dossier administratif complet   | OUI | NON |
| – Inscrit au programme opératoire | OUI | NON |
| – Jeûne effectif                  | OUI | NON |
| – Préparation cutanée effective   | OUI | NON |
| – Accompagnant identifié          | OUI | NON |
| – Accompagnant joignable          | OUI | NON |

**d) Bloc opératoire :**

- |  |      |     |
|--|------|-----|
| – Check list réalisée  | OUI  | NON |
| – Identification côté  | OUI  | NON |
| – Gestion peropératoire de la douleur                        | OUI  | NON |
| – Gestion peropératoire des nausées vomissements             | OUI  | NON |
| – Antibiothérapie peropératoire                              | OUI  | NON |
| – Décision d'admission en hospitalisation conventionnelle    | OUI  | NON |
| – Prescriptions postopératoires dans l'établissement :       |      |     |
| • Antalgiques  | OUI  | NON |
| • examens complémentaires éventuels                          | OUI  | NON |
| • surveillance   | OUI  | NON |
| – Compte rendu opératoire réalisé                            | ⊗OUI | NON |
| – Prescriptions postopératoires de sortie de l'établissement |      |     |
| • antalgiques  | ⊗OUI | NON |
| • anti-inflammatoires  | OUI  | NON |
| • soins cutanés  | ⊗OUI | NON |
| • arrêt de travail   | OUI  | NON |
| • date de rendez-vous post-opératoire                        | OUI  | NON |
| • correspondance médecin traitant                            | OUI  | NON |

**e) Salle de Surveillance Post-Interventionnelle**

- |                              |      |     |
|------------------------------|------|-----|
| – Surveillance hémodynamique | ⊗OUI | NON |
|------------------------------|------|-----|

– Surveillance ventilatoire	⊗	NON
– Surveillance plaies	⊗	NON
– Surveillance perfusion	⊗	NON
– Critères de réveil	⊗	NON
– Evaluation de la douleur		
• Echelle visuelle analogique	⊗	NON
• Consommation d’antalgiques	⊗	NON
– Décision d’admission en hospitalisation	⊗	NON
– Accord de sortie de salle post-interventionnelle	OUI	NON

**f) Phase post-opératoire**

– Evaluation de la douleur :		
• Echelle Visuelle Analogique	⊗	NON
• Consommation d’antalgiques classe 3	⊗	NON
• Consommation d’antalgiques classe 1 ou 2	⊗	NON
– Hémodynamique satisfaisante	⊗	NON
– Ventilation satisfaisante	OUI	NON
– Somnolence	OUI	NON
– Plaie(s) sèche(s)	⊗	NON
– Miction	⊗	NON
– Lever	⊗	NON
– Boit	⊗	NON
– Mange	⊗	NON
– Visite médecin Anesthésiste	⊗	NON
– Visite Chirurgien	⊗	NON
– Accompagnant présent	⊗	NON
– Prescriptions post-opératoires en possession du patient		
• Antalgiques, anti-inflammatoires	⊗	NON
• Soins cutanés	⊗	NON
• Arrêt de travail	⊗	NON
• Activités interdites précisées	⊗	NON
• Lettre médecin traitant	⊗	NON

- Date et heure de rendez vous postopératoire  OUI  NON
  - Contact téléphonique pour joindre un chirurgien 24h sur 24  OUI  NON
- Autorisation d'aptitude à la rue signée par un médecin  OUI  NON
  - Dossier administratif finalisé  OUI  NON

**g) Permanence des soins après la sortie**

- Le chirurgien est joignable 24 heures sur 24
  - Directement  OUI  NON
  - par l'intermédiaire d'un confrère  OUI  NON
  - par l'intermédiaire d'un service d'urgence  OUI  NON

**Le chirurgien appelle le patient dans les 24 heures post-opératoires**

- Directement  OUI  NON
- par l'intermédiaire d'une infirmière  OUI  NON
- par l'intermédiaire d'une secrétaire  OUI  NON
- le soir  OUI  NON
- le lendemain matin  OUI  NON

# CONCLUSION

La pratique de la chirurgie ambulatoire se généralise. Dans certains pays d'Europe, elle est même en voie d'être la règle pour certaines pathologies (l'exemple de la cholécystectomie en France). Si cette adaptation s'est aussi faite en raison des nouvelles contraintes budgétaires, elle répond à une évolution des mentalités et à une nécessité face aux délais actuels de prise en charge.

La chirurgie viscérale au CHU Hassan II de Fès a connu une augmentation remarquable des pourcentages de ce type de chirurgie, mais qui reste, malheureusement, beaucoup moins inférieure aux chiffres atteints en Occidents.

Ce travail a permis d'amorcer le débat et de dévoiler la faisabilité de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique tout en dissimulant le besoin incessant et la parfaite recevabilité de notre infrastructure à un tel procédé.

L'officialisation de la chirurgie ambulatoire dans le secteur sanitaire marocain sera le synonyme de l'innovation d'une nouvelle culture de gestion des établissements hospitaliers. Une culture qui centralise le patient au centre de tous ses circuits.

# RESUME

## Résumé

La réduction des durées de séjour à l'hôpital et l'adoption de la chirurgie ambulatoire, sont les résultats d'une politique de maîtrise des dépenses hospitalières, de l'amélioration de la qualité des soins et d'un plus grand confort du patient.

Nous avons réalisé une étude rétrospective des dossiers des malades opérés à froid au service de chirurgie A du CHU Hassan II de Fès. Cette étude a concerné des malades sélectionnés (pathologies herniaire, lithiasique et proctologique) sur une période de 4 ans allant de mai 2009 au mai 2012.

Sur une période de 4 ans, 2171 patients ont été opérés au bloc central dont 270 cas de chirurgie ambulatoire.

La durée moyenne de séjour de la lithiase vésiculaire, la hernie de l'aine et la proctologie est respectivement de 7,35 j, 5,10 j et 1 j, ce qui reste loin des chiffres marqués en Occidents où ces pathologies étaient pratiquées en ambulatoire dans plus de 60% des cas.

Cette différence est expliquée par l'absence de vrai polyptique d'économie de santé, mais aussi par le manque de motivation de personnel médical et paramédical pour la pratique de ce type de chirurgie qui nécessite une très bonne organisation et beaucoup de motivation.

La contribution des différents intervenants (administration, professionnels de santé et patients) avec la mise en place d'un circuit de chirurgie ambulatoire (consultation pré-anesthésique, bilans, bureau d'admission et facturation, services hospitaliers et bloc opératoire) dans notre contexte sanitaire sera le synonyme d'une nouvelle culture de gestion des dépenses en matière de santé.

## Abstract

Reducing hospital stays lengths and adoptions of outpatient surgery are the results of a policy of controlled hospital costs, improving quality of care and greater patient comfort.

We conducted a retrospective study of the files of the patients operated at surgery department A of CHU Hassan II of Fès. This study concerned patients having hernial, lithiasic or proctologic pathologies over 4 years from may 2009 to may 2012

Over 4 years, 2171 patients were operated at the central operating unit, 270 among them were ambulatory cases.

the hospital stay of the lithiasic blister, hernia and proctologie is respectively 7, 35 days, 5, 10 days and 1day, wish remains far from figures marked in Western countries where these pathologies were practiced in ambulatory in more than 60 % of the cases.

This difference is explained by the absence of politic in helth economy, but also lack of motivation of medical and ancillary medical staff for the practice of this kind of surgery which requires both organization and motivation.

The contribution of the various stakeholders (government, health professionals and patients) with the establishment of a circuit ambulatory surgery (pre-anesthetic assessments, admissions office and billing consultation, hospital and operating room) in our context is synonymous with a new management culture in health spending.

## ملخص :

يعتبر تقليص مدة الإقامة بالمستشفى وتطور الجراحة السيرية، نتائج سياسة ضبط المصاريف الاستشفائية و تحسين جودة العلاج وزيادة راحة المريض.

تكمّن دراستنا في دراسة خلفية للمرضى الذين اجريت لهم عمليات جراحية تختص بالتحصي الحويصلي،الفتق الإربي او أمراض الشرج .بمصلحة الجراحة A بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس على مدى فترة 4 سنوات 2009 ، 2010 ، 2011 ، 2012

على مدى 4 سنوات ، 2171 عملية أجريت بمركز العمليات الرئيسي منها 270 عملية سيرية.

مدة الإقامة لكل من التحصي الحويصلي،الفتق الإربي و أمراض الشرج ،المتمثلة في 7،35 يوم، 10،5 يوم و 1 يوم ، بعيدة كل البعد عن الأرقام المحصل عليها بالدول المتقدمة حيث أن 60% من العمليات الجراحية لهته الأمراض تتم عن طريق الجراحة السيرية

هذا الاختلاف ناتج عن عدم اهتمام قطاع الصحة بهذا النوع من الجراحة الذي يحتاج إلى تنظيم جيد و اهتمام خاص لتفعيله.

تعكس مساهمة مختلف الأطراف المعنية ( الإدارة ومهنيو الصحة والمرضى ) بإنشاء حلقة للجراحة السيرية في إطارنا الصحي, (العيادة القبلية للتخدير ، مكتب الاستقبال والأداء، المصالح الاستشفائية و غرفة العمليات ) , ثقافة جديدة للتسيير في المجال الصحي.

# **BIBLIOGRAPHIE**

[1] **Haute Autorité de Santé**

La chirurgie ambulatoire en 12 questions. Avril 2012

[2] **Franck.L, et al.**

Etude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence. Ann Fr Anesth Reanim (2013)

[ 3] **J.P. Sales.**

Place de la chirurgie ambulatoire en France.Comparaisons internationales  
Annales de chirurgie, volume 126, pages 680-685.2001

[4] **SMG Marketing Group,**

Ambulatory Surgery Centers : a positive trend in health care. Inc, 2002.

[5] **Journal de Chirurgie Viscérale (2013)**

Chirurgie ambulatoire : résultats obtenus après la restructuration d'un service hospitalier public de chirurgie générale

[6] **De Lathouwer C, Pouiller JP.**

How much ambulatory surgery in the world in-1997and trends ? Ambulatory Surgery 2000 ; 8 : 191-210

. [7] **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**

Etat des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire

[8] **N.Baitaille, F.Fleurette.**

La chirurgie ambulatoire Agence Nationale d'accélération et d'évaluation de la santé (ANAES) 1997.

- [9] **Narinder.R**  
Postoperative pain treatment for ambulatory surgery Best Practice & Research  
Clinical Anaesthesiology Vol. 21, No. 1, pp. 129–148, 2007
- [10] **M.Pouoard.**  
Anesthésie ambulatoire Encycl Méd Chir, AKOS Encyclopédie Pratique de  
Médecine, 2–0582,2002
- [11] **J Langloys**  
Anesthésie du patient ambulatoire. Encycl Méd Chir. Anesthésie  
Réanimation,36–635–A–10,2000.
- [12] **G. Bazin, G. Bontemps,C. Daver, L. Jouffroy, G. Parmentier, Jean . P. Sales,**  
L'Assurance Maladie des salariés–sécurité sociale (France) Abécédaire  
chirurgie ambulatoire Janvier 2009
- 13] **B.Trutt, V.Haverbeke.**  
Prise en charge chirurgicale de la lithiase vésiculaire en ile de France.  
Mission Expertise en en Santé Publique–Etablissement de santé.2004.
- [14] **H.El khadir.**  
Etude des durées de séjour en chirurgie viscérale.Interet de la chirurgie  
ambulatoire. Thèse N°124.2006.Faculté de médecine et de pharmacie de  
Rabat.
- [15] **N.Barkati**  
La chirurgie ambulatoire en matière de la hernie inguinale et de la chirurgie  
ambulatoire :Etude prospective de faisabilité.  
Thèse N°284.2007.Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- [16] **J.Lerut,O.Ciccarelli.P.Astarci.**  
La chirurgie ambulatoire. Louvain Med.N°119,pages 452–457.2000.

**[17] B.Detroit.**

Cure laparoscopique préperitonéale des hernies de l'aine par prothèse fondue non fixée. [www.bernard.detroit](http://www.bernard.detroit)

**[18] E.Jacquet.**

Evaluation de la prise en charge des hernies inguinales en chirurgie ambulatoire. Annales de chirurgie N°129,pages 138-143.2004.

**[19] A.Sewonou,C.Rioux,F.Golliot.**

Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire : Résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000. Annales de chirurgie N°127, page 262-267.2002.

**[20] Haute Autorité de Santé**

Tarifification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger État des lieux et perspectives .Rapport d'orientation. juin 2013

**[21] Le cout de la santé au Maroc**

Rapport du sixième congrès médical national (Tanger, 25-27 décembre 1987)

**[22] P. Charbonnet**

Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable  
Revue Médicale Suisse. 23 juin 2010

**[23] HalchL R.**

Day care surgery : do we and our patient need it ? Can Anesthesia Soc J. 30:542-543.1983

**[24] «la chirurgie ambulatoire»**

Une enquête nationale. [www.cram-pl.fr](http://www.cram-pl.fr) 22 décembre 2003

[25] **A.Didierjean.M.Meurice,G.Fouchier.**

Approche psychologique du patient opéré en chirurgie ambulatoire.

Annales de chirurgie,N°2,pages 111–116.1995.

[26] **G.Bontemps**

Programme National Inter-Régimes. Enquete chirurgie ambulatoire/volet

Synthèse et mise en perspective. Revue Médicale de l'Assurance Maladie.

Numéro 4.

[27] **National Health Statistics Reports**

Ambulatory Surgery in the United States, 2006 by Karen A. Cullen, Ph.D., M.P.H.;

Margaret J. Hall, Ph.D.; and AleksandrGolosinskiy, Division of Health Care

Statistics

[28] **Healthcare Cost & Utilization Project (HCUP)**

[Ambulatory Surgery in U.S. Hospitals, 2003](#)

[29] **J Am Coll Surg.**

Outpatient cholecystectomy at hospitals versus freestanding ambulatory

surgical centers. 2008 Feb;206(2):301–5