



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N°210

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/07/2019

PAR

Mr. AUHMANI ANAS

Né le 20 Mars 1993 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Chirurgie ambulatoire - Chirurgie Maxillo-faciale - Système de santé -
Recommandations

JURY

Mr	L.BOUKHANI Professeur agrégé de Gynécologie- obstétrique	PRESIDENT
M ^{me} .	N.MANSOURI Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	RAPPORTEUR
Mr.	M.EL BOUHI Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	} JUGES
M ^{me} .	A.EL KHYARI Professeur agrégé de Réanimation médicale	
Mr.	M.A.ABOUCHADI Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	
Mr.	M.LAKOUCHMI Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبّيت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

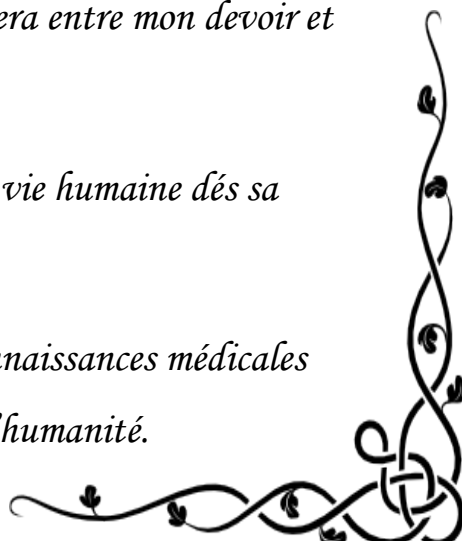
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr.Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE EIMouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI ElOuafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie

ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMARRidouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB AhmedRassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique

AISSAOUI Younes	Anesthésie réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE FadlMrabihrabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie – clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie – obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FAKHRI Anass	Histologie – embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI FatimaEzzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 22/04/2019



Dédicaces



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 

الله أكبر

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A La mémoire de mes grands-parents

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir de moment de bonheur ensemble. Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde, de vous accorder sa clémence et de vous accueillir dans son paradis éternel

A ma Grand-mère paternelle

Que ce modeste travail soit le témoignage de mon sincère attachement, mon respect et mon affection, pour toutes tes prières Je prie Dieu pour te donner santé, bonheur et prospérité.

A mes très chers parents, Najat FERRAS et Abdelouahed AUHMANI

Je ne vous le dis pas souvent, mais vous êtes l'exemple de parents que j'aimerais être par la suite, et par cette même occasion vous remercie pour tout ce que vous avez fait et continué de faire pour moi, pour tous vos sacrifices, vos efforts et votre éternel soutien afin de faire de moi ce que je suis devenu aujourd'hui

Vous m'avez donné la vie, doté d'une éducation digne, inculqué le sens de la responsabilité face aux difficultés de la vie, vous étiez toujours là pour moi durant mes pire moments, endurés les nuits blanches le stress tout au long de ce parcours pernicieux en guise de reconnaissance je vous offre ce modeste travail, qui sans vous n'aurait jamais pu avoir lieu. Que Dieu le tout puissant vous préserve, vous accorde santé, bonheur et quiétude d'esprit. Je vous aime.

A ma sœur Rania

Je ne pourrai jamais exprimer le degré d'amour et d'affection que je porte à ta personne, je t'ai vu grandir et devenir cette jeune petite fille, très belle et très intelligente Tu étais à mes côtés pendant toutes les étapes de ma vie, je t'en suis très reconnaissant. A tous les moments qu'on a passé ensemble, nos mésaventures et nos disputes, j'espère avoir été pour toi l'exemple du grand frère.

Restes comme tu es, épanouie et généreuse.

Puisse dieu te protéger, garder et renforcer notre fraternité et notre amour inconditionnel.

*A mes oncles et tantes, cousins et cousines, aux membres de ma famille, petits et grands,
J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom.*

*Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années.
En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et
l'amour sincère que je vous porte.*

A mes meilleurs : Yousra, Hamza, Soulaymane

*Bien que ces simples mots soient insuffisants pour vous remercier, en gage de gratitude, je
tiens à rendre mille grâces à des personnes qui m'ont tant conseillés et guidés par leur sages
décisions (ou pas), nous avons presque grandi ensemble et avons connu beaucoup d'aléas*

ENSEMBLE.

*Que cette amitié, complicité et fraternité puisse durer aussi longtemps qu'elle puisse. Je me
considère extrêmement chanceux de vous avoir dans ma vie, j'espère que vous êtes satisfait
de ce que j'ai pu accomplir et j'espère surtout et par-dessus tout ne jamais vous décevoir.*

*Je vous dédie ce travail auquel vous avez tous participé et qui aurait été incomplet sans
vous.*

Je vous aime mes chers.

A mes proches : Amira, Maroua, Kossay, Oussama, Nizar, Othmane et Mehdi

*Je suis reconnaissant au destin d'avoir croisé nos chemin et me faire part de personnes au
grand cœur, je vous suis redevable pour tout ce que vous avez fait pour moi, vous êtes pour
moi une vraie famille.*

*Je tiens énormément à vous et je ferai tout pour vous garder auprès de moi le plus
longtemps possible.*

*Je vous dédie ce travail et vous souhaite un très bon parcours avec une vie pleine de joie et
de bonheur.*

*A tous mes amis : Hamza, Simo, Amine, Adib, Yassine, Ihsane, Dalila, Khalil, Asmaa
Achraf et Saad*

*Vous avez tous contribué à la réalisation de ce travail de près ou de loin et par lequel je vous
exprime ma plus grande gratitude.*

J'espère que notre amitié restera intacte et perdurera

*Au Dr DJERJ Bredel MABIKA : Merci pour tous vos efforts et votre contribution dans
ce travail je vous suis très reconnaissant*



Remerciements



**A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE MADAME LE
PROFESSEUR EL MANSOURI NADIA PROFESSEUR DE
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

Je tiens à vous remercier, chère professeur d'avoir accepté de diriger cette tâche à laquelle vous avez grandement contribué, et qui sans vous n'aurait jamais eu lieu d'être.

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter ma plus grande estime. Vous êtes l'exemple à suivre de l'enseignant correct et altruïste, mais ce qui m'a le plus touché chez vous est votre instinct maternel et votre dévouement envers vos étudiants qui ne peut qu'accentuer toute l'admiration que je vous porte.

Veillez trouver ici, l'assurance de mon profond respect, ma profonde admiration et ma sincère gratitude.

Je vous remercie par la même occasion pour votre disponibilité, votre présence et le temps précieux que vous avez consacré pour ce travail. Ce fut un honneur pour moi de travailler sous votre tutelle, j'espère avoir répondu à la charge et j'espère par-dessus tout que ce travail puisse être à la hauteur de la confiance que vous avez placée en moi.

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR L. BOUKHANNI
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

Nous sommes très honoré de vous avoir comme président du jury de notre thèse.

Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

*Veillez, cher Maître,
trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR A. ABOUCHADI, PROFESSEUR DE
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE A
L'HOPITAL MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH**

Je suis particulièrement touché par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre présence constitue pour moi un grand honneur. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Je vous remercie de votre gentillesse. Qu'il me soit ainsi permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR M. BOUJHI PROFESSEUR DE STOMATOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse.

Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles.

Votre compétence et votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale.

Veillez croire, chère Maître, à l'expression de notre sincère reconnaissance et notre grand respect.

*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR
M.LAKOUICHI PROFESSEUR AGRÉGÉ DE STOMATOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE A L'HÔPITAL MILITAIRE
AVICENNE DE MARRAKECH

*Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt
que vous avez porté à ce travail
en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.
Veillez trouver ici, cher Maître,
le témoignage de mes sentiments respectueux et dévoués.*

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
M.EL KHAYARI PROFESSEUR AGRÉGÉE DE RÉANIMATION
MÉDICALE

*Je vous rends hommage pour votre grand sens du sérieux, vos qualités
humaines ainsi que vos compétences en tant que médecin et enseignant
qui font votre réputation. Veillez cher maître, trouver dans ce travail,
le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond
respect.*

Merci infiniment !



Liste d'abréviation



Liste d'abréviations

- AG : Anesthésie générale
- AL : Anesthésie locale
- ALR : Anesthésie locorégionale
- A.S.A : American Society of Anesthesiologists
- ATCDT : Antécédent
- BOP : Bloc opératoire
- CAMF : Chirurgie ambulatoire maxillo-faciale
- CMF : Chirurgie Maxillo-faciale
- UCA : Unité de chirurgie ambulatoire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CPA : Consultation pré anesthésique
- DPO : Douleur post opératoire
- FOPN : Fracture des os propres du nez
- HAS : Haute Autorité de santé
- IAAS : International Association Ambulatory Surgery
- IMAO : Inhibiteur de la monoamine oxydase
- MAC : Monitored Anesthesia Care
- NVPO : Nausées-vomissements post opératoire
- ORL : Oto-rhino-laryngologie
- RA : Rachianesthésie
- SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle



Plan



INTRODUCTION	1
PARTICIPANTS ET METHODES	5
I. Type de l'étude:	6
II. Période de l'étude :	6
III. Cadre de l'étude :	6
IV. Collecte des données :	11
V. Population cible :	11
VI. Méthodes de l'étude :	12
RESULTATS	16
I. Profil de la patientèle :	17
1. Flux des patients :	17
2. Caractéristiques sociodémographiques :	18
3. Caractéristiques cliniques :	18
4. Caractéristiques évolutives des patients :	21
5. Caractéristiques organisationnelles :	24
DISCUSSION	24
II. La chirurgie ambulatoire :	28
1. Définition	29
2. Historique :	29
3. Chirurgie ambulatoire dans les pays développés et au Maroc:	29
4. Intérêt du concept de chirurgie ambulatoire :	30
5. Facteurs favorisant l'émergence et le développement de la chirurgie ambulatoire :	32
III. Particularités de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale et esthétique :	38
1. Chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale et Esthétique :	40
2. Anesthésie ambulatoire appliquée à la chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique :	40
3. Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire :	43
4. Parcours ou circuit du patient en chirurgie ambulatoire :	54
5. Aléas de la chirurgie ambulatoire :	57
6. Tarification :	61
7. Tarification :	62
IV. Structures et organisation de la chirurgie ambulatoire en chirurgie Maxillo-faciale :	63
1. Modèle organisationnel d'une unité de CA :	63
2. Architecture des structures de chirurgie ambulatoire : [64]	65
3. Conception et mise en place de la chirurgie ambulatoire :	68
V. Réflexion ou parti pris sur la mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique :	70
RECOMMANDATIONS	73
CONCLUSION	75
ANNEXES	77
RESUME	81
BIBLIOGRAPHIE	85



Introduction



Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Dans un contexte économique aux contraintes croissantes, le développement de la chirurgie ambulatoire apparait depuis de nombreuses années comme un axe d'optimisation de l'outil hospitalier dans une double optique d'économie pour l'institution et de confort pour le patient.

Cette pratique chirurgicale se définit comme étant une chirurgie de jour, intègre les actes chirurgicaux programmés de multiples spécialités et réalisés dans le cadre sécurisé d'un bloc opératoire. C'est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle qui, compte tenu des nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales, du coût de la santé et de l'exigence de qualité, a un potentiel très important de développement. Pourtant, au Maroc, et notamment dans le secteur public, ce mode d'activité reste encore peu développé par rapport à la plupart des autres pays. [1]

La pratique de la chirurgie ambulatoire exige un concept organisationnel totalement nouveau centré sur le patient. Ce concept organisationnel est complexe, multidisciplinaire, mettant en jeu les sphères institutionnelles, architecturales, médicales, soignantes, économiques et qualitatives. [2]

Avec sa durée de séjour écourtée, la chirurgie ambulatoire expose moins le patient aux risques infectieux sans perturber son rythme de vie d'une part et d'autre part, le temps d'utilisation des infrastructures est optimisé offrant ainsi des opportunités de développer de nouvelles pratiques tant techniques qu'organisationnelles. Son expansion permet par ailleurs de limiter les temps d'attente et d'améliorer l'accessibilité aux soins pour un plus grand nombre de patients.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Fort de ses atouts , le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît comme une priorité nationale en termes de politique de santé, en particulier devant l'avènement d'exigences financières , en réduisant les coûts associés à la prise en charge chirurgicale conventionnelle en rapport avec des traitements et matériels de plus en plus sophistiqués et coûteux que médicales en rapport avec la satisfaction d'une forte demande de soins dans un contexte de non tolérance de l'handicape et l'exigence de la vie moderne.

En chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique, l'avènement de nouvelles techniques d'anesthésie et de chirurgie ont rendu la chirurgie ambulatoire de plus en plus accessible. L'acte ambulatoire reste un acte sous condition, qui suppose une capacité du patient à assumer sa prise en charge postopératoire à domicile, une capacité de la structure à organiser le circuit du soin du patient et de son relais au domicile. La nature de l'acte lui même est bien loin toutefois d'être le seul critère d'indication d'une hospitalisation ambulatoire. [3]

Les situations rencontrées en chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique sont diverses aussi bien en ce qui concerne les indications chirurgicales — et donc le site de l'intervention — que le statut médical des patients.

En effet, elle ne concerne le plus souvent que des patients jeunes et sans antécédents notables.

la chirurgie Maxillo-faciale , Esthétique et reconstructrice est très développée notamment en pratique ambulatoire , un développement qui ne cessera dans le futur et ceci pour des raisons liées à la représentation de l'image personnelle du fait de:

- L'allongement de la durée de vie
- L'augmentation de la fréquence des pathologies qu'elles soient traumatiques , tumorales ou secondaires à l'exposition solaire .

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Qu'en est-il de l'apport de la chirurgie ambulatoire en chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique au CHU Mohammed 6 ?

C'est dans cette optique que nous menons cette étude dont le but est de décrire l'impact de la chirurgie ambulatoire en chirurgie Maxillo-faciale , Esthétique et Stomatologique, activité s'inscrivant dans le cadre du projet d'établissement du CHU Mohammed 6 mais aussi du service de chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique, faisant de la chirurgie ambulatoire un des ses principaux axes de développement " via une étude rétrospective et observationnelle allant de Décembre 2016 à Décembre 2017 portant sur 500 interventions.

il s'agit spécifiquement de :

- Décrire les aspects managériaux et organisationnels de la chirurgie ambulatoire en chirurgie Maxillo-faciale à Marrakech.
- Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des patients
- Proposer une procédure.



Participants et méthodes



I. Type de l'étude:

Il s'agit une étude descriptive et rétrospective menée dans les unités de chirurgie ambulatoire et vu en consultation au service de chirurgie Maxillo-faciale portant sur 755 patients.

Ce panel recouvre tous les actes de chirurgie Maxillo-faciale concernant les activités traumatologiques, carcinologiques, esthétiques, réparatrices, stomatologiques et malformatives pouvant cadrer avec une chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale.

II. Période de l'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période d'une année allant de Janvier 2017 à Décembre 2017

III. Cadre de l'étude :

1. Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu à l'hôpital Ibn Tofail au CHU Mohammed VI de Marrakech par l'équipe de chirurgie Maxillo-faciale. (Figures 1 ;2 ;3)

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.



Figure 1 : Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech



Figure 2 : Hôpital Ibn Tofail de Marrakech

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.



Figure 3 : Service de chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique et service de chirurgie ambulatoire

2. Cadre de l'étude :

Les patients sont pris en charge au CHU Mohammed VI de Marrakech avec :

- Recrutement à la consultation externe du service de chirurgie maxillo-faciale, au niveau du centre diagnostique de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech. (Figure 4)



Figure 4 : Centre de consultation externe de Marrakech

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Recrutement essentiellement au niveau du **box des urgences Maxillo-faciales** de l'hôpital Ibn Tofail. (Photo 5

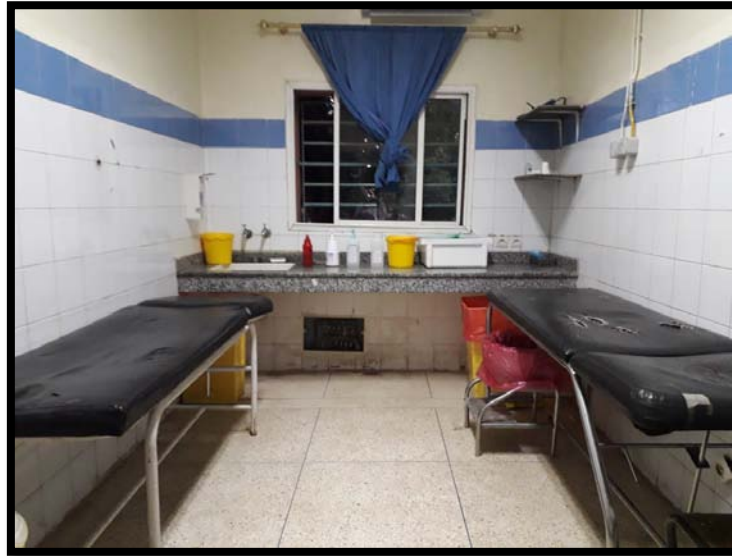


Figure 5 : Box des urgences Maxillo-faciale et Esthétique de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech

- Vue en pré anesthésie à la consultation externe du centre diagnostic
- Prise en charge coordonnée entre les équipes des **services de CMF et CA. (Figure 3)**
- Pratique de la chirurgie à l'unité de CMF au service de CA qui comporte :
- Une salle d'accueil. (Figure 6 ; 7)



Figure 6 : Salle d'accueil de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Ibn Tofail

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.



Figure 7 : Salle d'accueil de l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital Ibn Tofail

Une salle pré opératoire. (Figure 8)



Figure 8 : Salle pré opératoire de l'UCA de l'hôpital Ibn Tofail

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Une salle de réveil
- Un bloc opératoire
- Suivi des patients à la consultation externe de CMF

IV. Collecte des données :

1. La collecte des données a été réalisée à partir :

- De dossiers des patients relevant de la CAMF
- D'étude des locaux de la chirurgie ambulatoire
- De témoignage après entretien avec les responsables et personnels des services de CMF et CA

2. La conception d'une fiche d'enquête. (Annexe 1)

V. Population cible :

Notre étude avait porté sur l'ensemble des dossiers des patients opérés en ambulatoire et régulièrement suivis.

1. Recrutement des patients

- La consultation externe de CMF
- Les urgences Maxillo-faciales
 - Box des urgences de CMF à l'hôpital Ibn Tofail
 - Les patients récupérés des urgences du CHU pendant la garde résidentielle en CMF

2. Critères de sélection des patients à opérer en CAMF durant l'étude

- Habiter à proximité d'un centre hospitalier
- Ne pas vivre seul
- Avoir le téléphone
- Être apte à comprendre et appliquer les consignes de soin
- Pouvoir être surveillé et appeler au besoin des secours

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Ne pas repartir seul
- Ne pas demeurer seul la nuit de son intervention
- Avoir obtenu l'accord de l'anesthésiste et du chirurgien pour un retour à domicile
- Ne pas être A.S.A 3 instable ou A.S.A 4 (Annexe 2)
- Ne pas avoir subi une chirurgie nécessitant une surveillance intensive pour les risques de saignement, thrombose ou dégradation neurologique

3. Critères d'inclusion :

Ont été retenus dans notre étude tous les patients ayant :

Un dossier complet (Contenant le circuit du malade, les paramètres sociodémographiques, cliniques et organisationnels)

4. Critères de non inclusion :

Nous avons écarté les dossiers incomplets

5. Échantillon de l'étude :

Le tirage aléatoire simple était notre technique d'échantillonnage, car tous les dossiers enregistrés ont été sélectionnés et recrutés avec les mêmes chances. En fonction de nos critères d'inclusion, l'échantillon de notre étude a été constitué de 755 dossiers médicaux.

VI. Méthodes de l'étude :

1. Enquête de l'étude :

Faite sur les dossiers des patients préalablement sélectionnés et répondant aux critères d'inclusion avaient fait l'objet d'une double enquête

Cette double enquête comprend :

- L'étude des paramètres du profil des de la patientèle
- L'étude du profil organisationnel et la procédure de prise en charge de la CAMF

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Les informations recueillies sont colligées, dûment remplis et consignées sur la fiche sous formes de paramètres, à partir des dossiers médicaux des patients admis en unité de chirurgie ambulatoire et suivis dans l'unité de consultation externe de la CMF.

2. Paramètre de l'étude :

2.1 Paramètres du profil de la patientèle

a) Enquête sociodémographique :

Les paramètres épidémiologiques des patients ont été recueillis intégralement dans la fiche d'enquête.

b) Enquête clinique :

Les paramètres cliniques avant et après la chirurgie ont été recueillis et remplis dans la fiche d'enquête conçue à cet effet.

c) Enquête thérapeutique :

Les paramètres relevant des différentes méthodes d'anesthésie et de type de chirurgie ont été recueillis et remplis dans la fiche d'enquête.

d) Enquête évolutive :

Les paramètres cliniques post – opératoire consignés dans les dossiers ont été recueillis et remplis dans la fiche d'enquête.

e) Enquête organisationnelle :

Les paramètres organisationnels en rapport avec le circuit du malade et la procédure de prise en charge ont été consignés dans la fiche d'enquête.

3. Variables de l'étude :

3.1 Variables sociodémographiques :

- L'âge
- Le sexe
- L'origine géographique
- La profession
- Le type de prise en charge

3.2 Variables cliniques :

- Type de pathologie
- Bilan para-clinique préalable
- Consultation pré-anesthésique
- Type d'anesthésie

3.3 Variables thérapeutique :

- Type d'acte
- Nombre d'acte par patient
- Satisfaction du patient

3.4 Variables évolutives :

3.5 Variables organisationnelles :

- Circuit du patient
- Durée de l'intervention
- Durée de séjour post opératoire
- Heure de l'intervention
- Suivi post opératoire
- Les échecs d'ambulatoire transfert dans un service d'hospitalisation conventionnelle ou par une nouvelle hospitalisation (ajourné) .
- Les données per opératoires
- Le grade de l'anesthésiste
- Le grade du chirurgien

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Le temps opératoire
- Le temps d'anesthésie
- Les médicaments anesthésiques utilisés
- L'usage de Corticoïdes
- L'usage de morphine
- L'usage de Xylocaïne en per opératoire

4. Analyse statistique :

Notre analyse statistique a porté sur la statistique descriptive (pourcentage, moyenne). La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel d'Excel.



Résultats



I. Profil de la patientèle :

1. Flux des patients :

Nous avons recueilli 758 patients en chirurgie ambulatoire dont 3 échecs qui ont été convertis en hospitalisation.

Voici la figure qui illustre le profil des admissions par mois durant la période allant de Janvier 2017 jusqu'à Décembre 2017. (Figure 9)

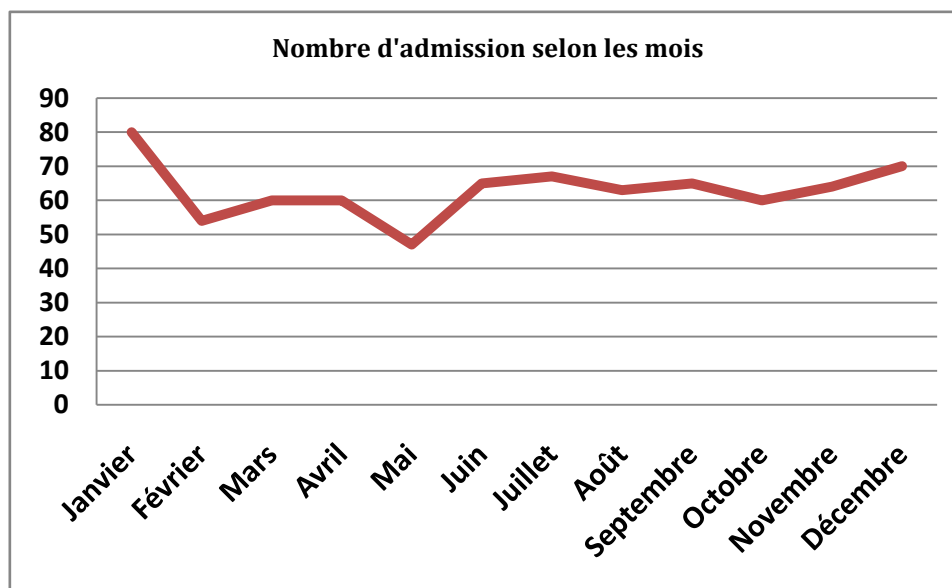


Figure 9 : Répartition des participants selon le nombre d'admissions par mois

Pour les trois échecs d'ambulatoire, les explications étaient les suivantes :

- Les comorbidités (2 cas)
- Une difficulté de réveil (1 cas)

II. Caractéristiques générales des participants :

1. Caractéristiques sociodémographiques :

1.1 Répartition des malades selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 38 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge entre 30 – 45 ans , comme il est illustré ci dessous (Figure 10)

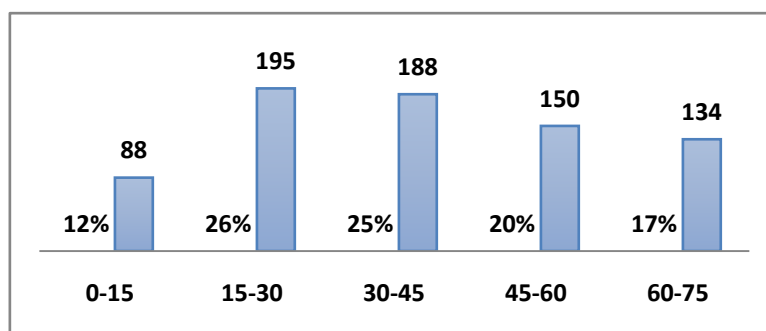


Figure 10 : Répartition des participants par tranche d'âge

1.2 Répartition des malades selon le sexe :

La répartition selon le sexe montre une prédominance masculine représentée par 446 patients (soit 59%) par rapport à 309 patientes (soit 43%), soit un sexe ratio Homme/Femme de 1,4. (Figure 11)

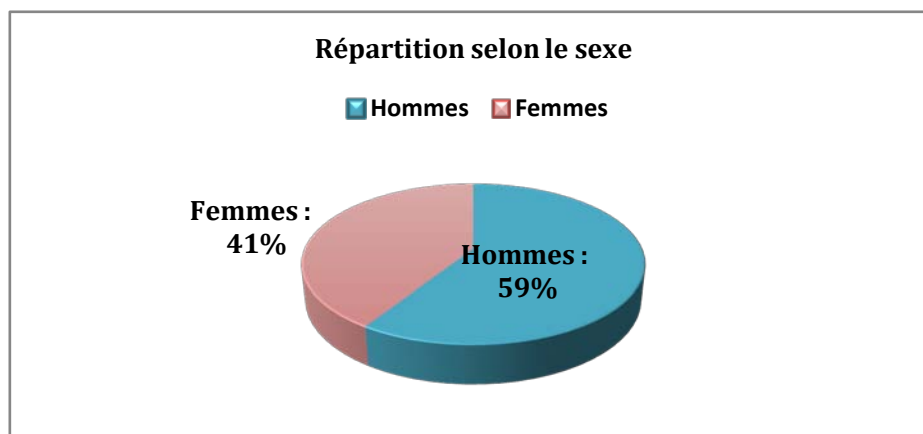


Figure 11 : Répartition des participants en fonction du sexe

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

1.3 Antécédents :

On note que parmi les 758 patients qui faisaient partie de notre étude y compris les 3 échecs, 190 patients avaient des antécédents médicaux (soit 25%), 167 avaient des antécédents chirurgicaux (soit 22%), alors que les 401 patients restant n'avaient aucun antécédent particulier (soit 53% des patients). (Figure 12)

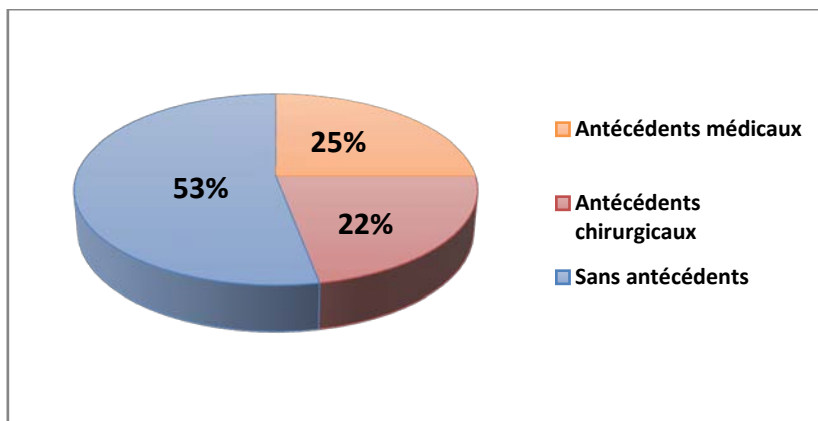


Figure 12 : Répartition des patients en fonction des antécédents

1.4 Répartition des patients selon l'origine géographique :

La plupart de nos patients étaient originaires de Marrakech avec un taux de 74 %.(Figure 13)

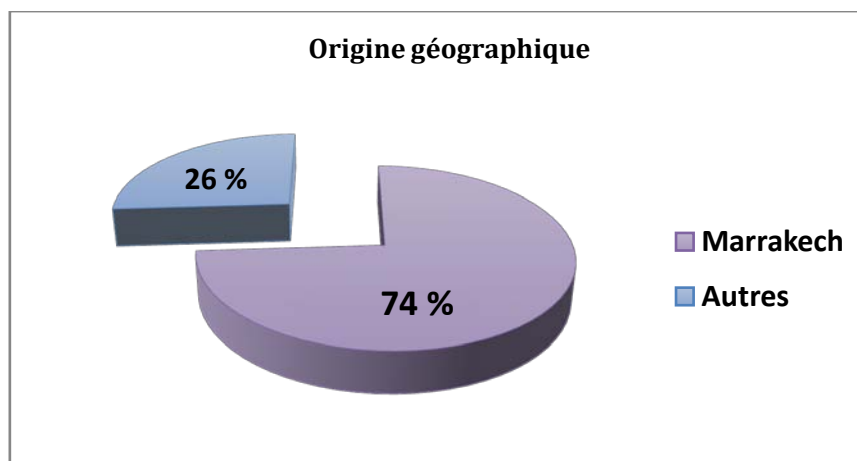


Figure 13 : Répartition des participants selon l'origine géographique

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

1.5 L'éloignement du domicile :

La distance moyenne entre l'hôpital et le domicile des patients était de 27.5 kilomètres, 74% de nos patients habitaient à moins de 40 km de l'hôpital, soit 560 patients. Par contre aucun patient n'habitait loin de 200 km. (Figure 14)

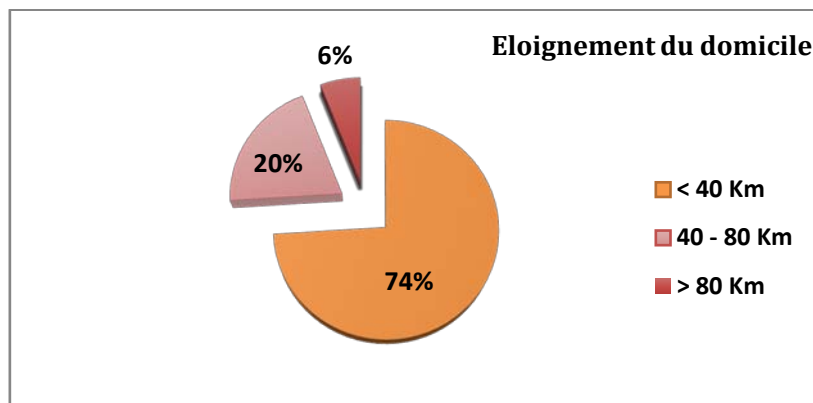


Figure 14 : Répartition des patients selon l'éloignement du domicile

1.6 Répartition de nos patients selon la profession :

54% de nos patients avaient une profession alors que 46 % étaient sans profession. (Figure 15)

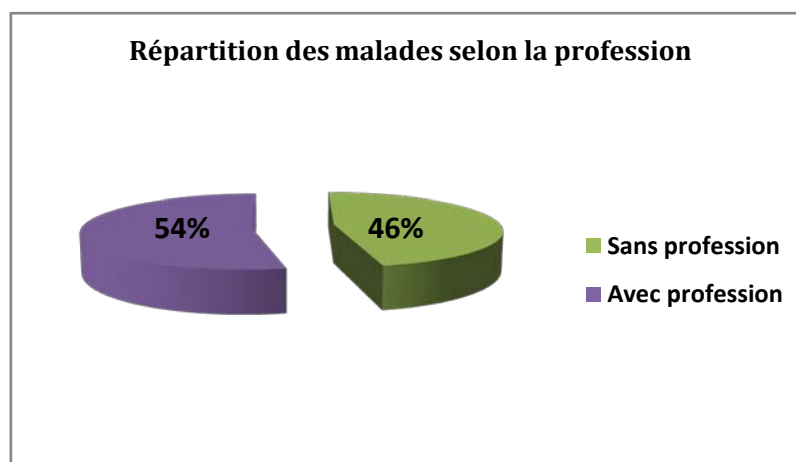


Figure 15 : Répartition des participants selon le pays

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

1.7 Répartition des patients selon le type de prise en charge : (Figure 16)

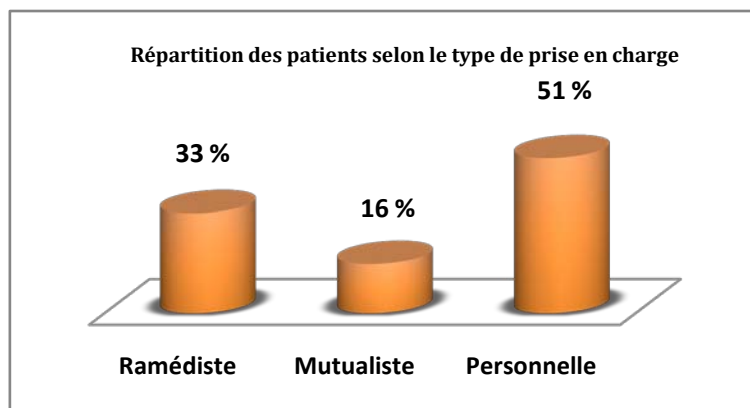


Figure 16 : Répartition des patients selon le type de prise en charge

1.8 Prévalence de la chirurgie ambulatoire :

Durant la période de notre étude, la chirurgie ambulatoire a représenté 52 % de l'activité chirurgicale du service .

2. Caractéristiques cliniques :

2.1 Répartition des patients selon le type de pathologie : (Figure 17)

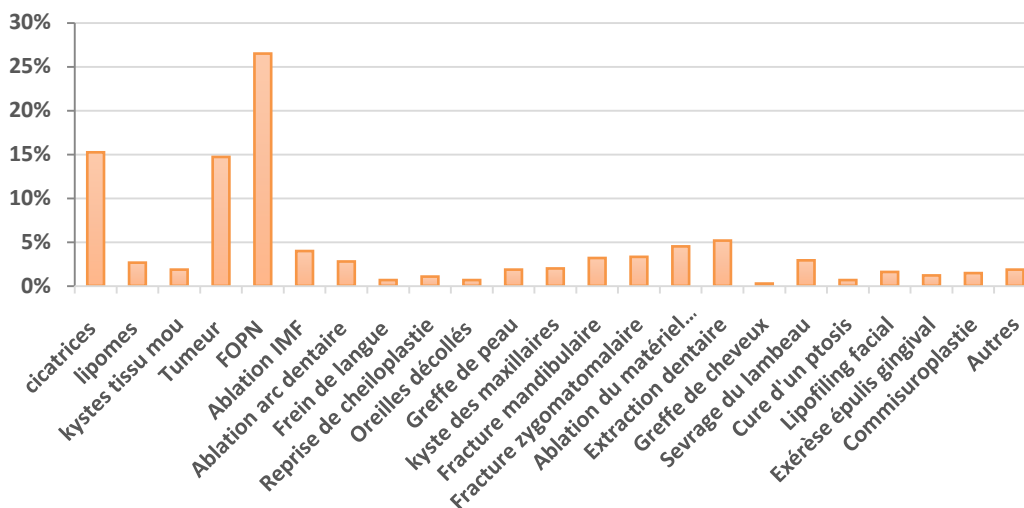


Figure 17 : Répartition des participants selon le type de pathologie



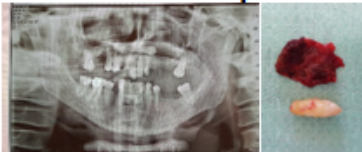
Réduction des fractures des os propres du nez sous ALR



Bride palpébrale réparée sous anesthésie locale



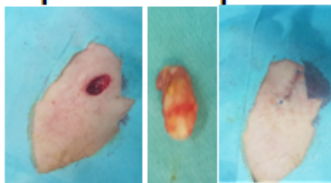
Cicatrice nasale réparée sous anesthésie locale



Extraction de canine maxillaire incluse sous Bloc V2



Réparation d'un ptosis sous blocs V1 et V2



Ablation d'un lipome jugale sous sédation

Figure 18 : Photos des différents actes opératoires réalisés en ambulatoire

2.2 Répartition des patients selon le groupe diagnostic : (Figure 19)

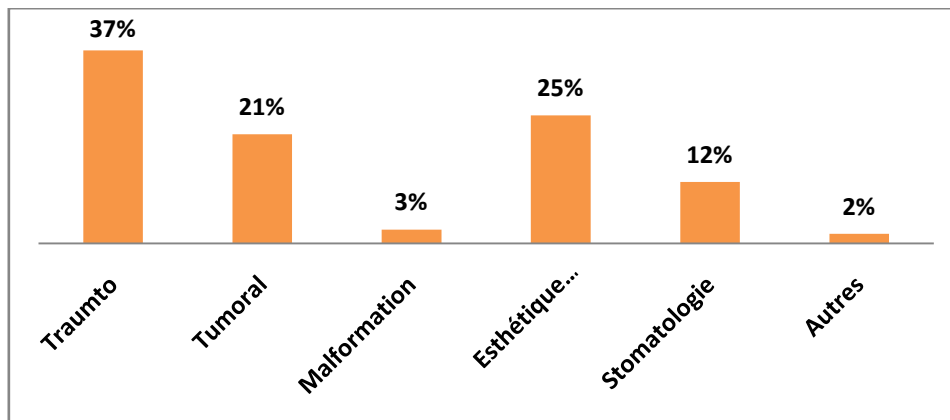


Figure 19 : Répartition des patients par groupe diagnostic

2.3 Répartition selon l'acte opératoire :

Les patients ont bénéficié de plusieurs techniques chirurgicales, comme l'illustre la figure suivante : (Figure 20)

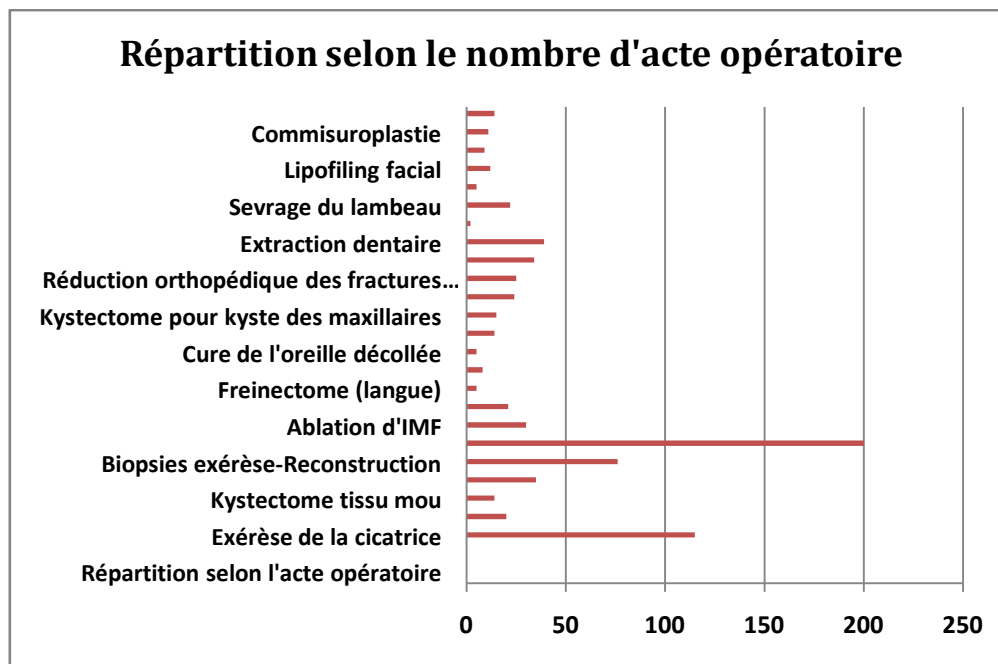


Figure 20 : Répartition selon l'acte opératoire

2.4 Répartition selon le mode d'anesthésie:

4 types de méthodes d'anesthésie ont été utilisés suivant la figure ci-dessous. (Figure 21)

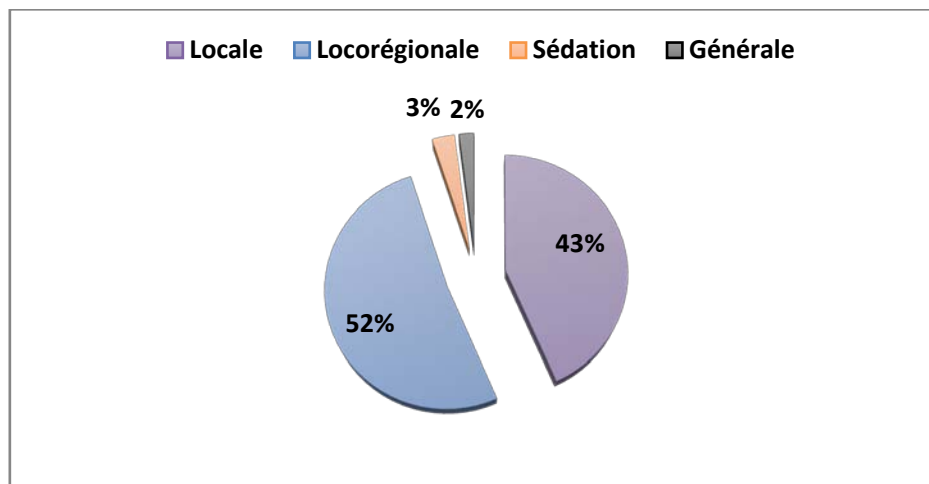


Figure 21 : Répartition des patients selon le mode d'anesthésie

3. Caractéristiques évolutives des patients :

Sur les 755 ambulatoires, toutes ont été vues au moins une fois en consultation

4. Caractéristiques organisationnelles :

4.1 Circuit du patient et procédure :

Tous les patients ont fait l'objet de l'itinéraire suivant :

- Confirmation de son nom au programme du jour
- La réévaluation de son état avec vérification de son opérabilité par un résident avec accord de préinscription
- Pré-enregistrement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire avec vérification de l'authenticité du type d'acte dans le système HOSIX en tant qu'acte ambulatoire
- Enregistrement au service de la recette hospitalière

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Confirmation d'enregistrement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire et ouverture d'un dossier médical
- Renvoi du patient à la salle d'attente
- Appel et accompagnement du patient au bloc opératoire
- Exécution de l'acte chirurgical
- Accompagnement du patient dans la salle de réveil pour surveillance
- Ordonnance
- Rendez vous de consultation
- Sortie du malade en s'assurant qu'il soit accompagné et remise du numéro de la flotte pour appel urgent en cas d'incident
- L'itinéraire du patient :

Les patients sont recrutés via les guichets de consultation externes et des urgences puis orientés vers l'unité de chirurgie ambulatoire.

4.2 Durée moyenne de l'intervention :

La durée moyenne des interventions était de 30 minutes , avec des extrêmes allant de 10 minutes jusqu'à 1 heure 10 minutes. Celle-ci était influencée par le type d'acte opératoire et d'anesthésie.

4.3 Temps moyens entre la fin d'un acte et le début du suivant :

La durée d'attente entre la fin d'un acte le début d'un autre était variable avec une moyenne de 10 minutes.

4.4 Suite post - opératoire immédiate :

Les suites opératoires de toutes les chirurgies ambulatoires étaient simples.

4.5 Répartition des malades selon la durée de séjour post opératoire :

La majorité des patients (soit 90%) sortaient après 1 heures, voir moins, de leur intervention, alors que 10% nécessitaient un séjour de plus de 1h après l'intervention. (Figure 22)

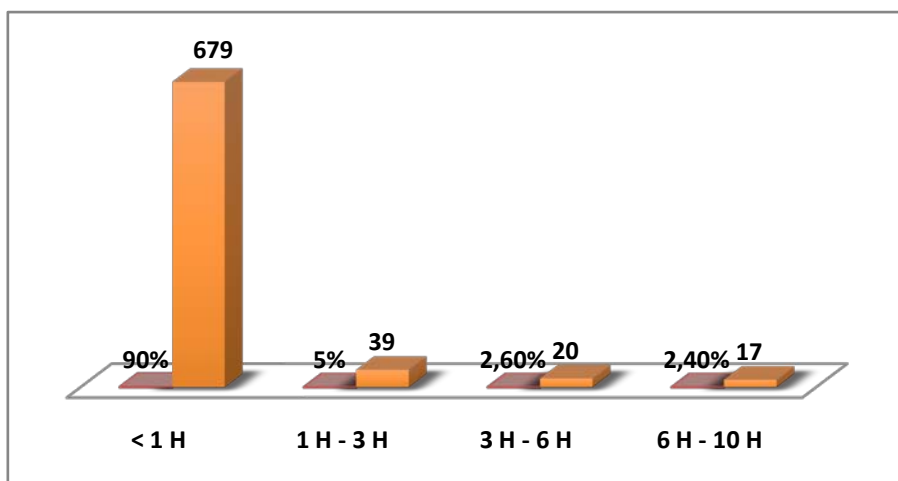


Figure 22 : Répartition des malades selon la durée de séjour Post - Opératoire.

4.6 Répartition selon la durée de séjour totale :

Tous les patients de notre série sortaient de l'hôpital le jour même de leur intervention. On note que la durée de séjour totale à l'hôpital était de moins de 5h pour 95% des patients, alors que seuls 5% des patients ont séjourné entre 5 et 10h. (Figure 23)

La durée moyenne entre l'admission et la sortie du patient était de 2 heures avec des extrêmes allant de 45 minutes à 10 heures.

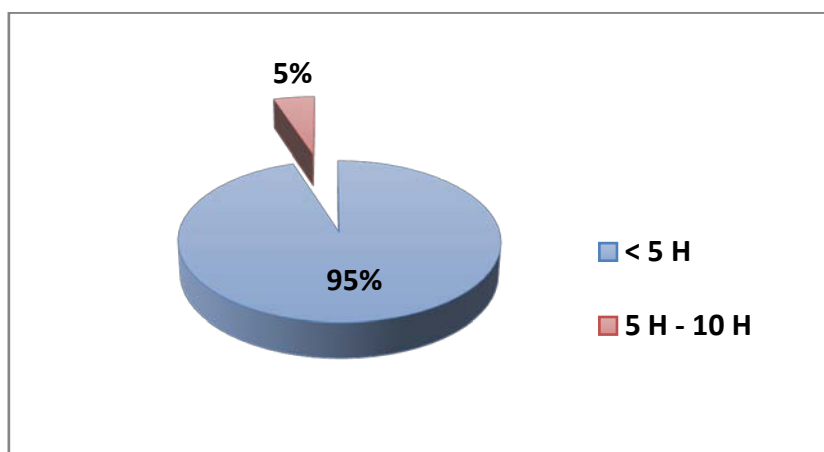


Figure 23 : Répartition des malades selon la durée de séjour Totale.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

4.7 Le coût moyen de l'acte

Le coût moyen était fixe peu importe le type d'intervention et s'élevait à 500 Dhs / patient à payer lors de l'enregistrement au service de recette hospitalière.

4.8 La procédure de prise en charge du patient :

Les patients sont recrutés via les guichets de consultation externes et des urgences, programmées, puis convoqués vers l'unité de chirurgie ambulatoire le jour de l'intervention.



Discussion



I. La chirurgie ambulatoire :

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 post opératoire 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 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 le mode de fonctionnement peuvent être variables. [4]

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.

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 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

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

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). [5]

3. Chirurgie ambulatoire dans les pays développés et au Maroc:

3.1 États des lieux dans le monde

États des lieux aux États-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 fait en ambulatoire. [6]

Les États-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. [7]

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire aux États Unies était de 83 % contre 70 % en 2006. [8]

Selon une analyse réalisée en 2006, le gain de temps était nettement visible avec les durées moyennes des actes ambulatoires par rapport à la chirurgie classique. (Tableau 24) [9]

Figure 24 : Tableau comparatif entre le temps passé en chirurgie ambulatoire et chirurgie classique aux États-Unis

Temps / Chirurgie	Chirurgie Ambulatoire	Chirurgie Classique
Temps passé au bloc opératoire	43,2 minutes	61,7 minutes
Séjours post opératoire en salle de réveil	53,1 minutes	79 minutes
Temps global	<u>97,7 minutes</u>	<u>146,6 minutes</u>

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- **États 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 International Association for Ambulatory Surgery, a développé un indicateur regroupant 18 interventions dites «traceuses» représentatives de la pratique ambulatoire. Cet indicateur est passé 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 supérieur à la progression des actes réalisés en hospitalisation complète. [10]

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire en France était de 37 %. [11]

- **États des lieux au canada :**

En réponse à la restriction de leur système de soins établie 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. [10]

3.2 États des lieux Au Maroc :

Il n'a pas de données sur la fréquence de pratique de la chirurgie ambulatoire au niveau national.

La fréquence de chirurgie ambulatoire au CHU Hassan II de Fès en chirurgie viscérale A était de 18% en 2010 et de 16% en 2013. [12] (Tableau 25)

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Figure 25 : Tableau comparatif de la fréquence de la chirurgie ambulatoire entre le Maroc et les pays développés :

Pays	États – Unis	France	Canada	Maroc (Chirurgie viscérale CHU HASSAN 2 Fès)	Maroc (Chirurgie Maxillo- faciale CHU Mohammed 6 de Marrakech)
Année	2010	2010	2007	2013	2017
Fréquence	83 %	37 %	65 %	16 %	52 %

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

4. Intérêt du concept de chirurgie ambulatoire :

La chirurgie ambulatoire tire son originalité de son double impact médico-social hormis l'impact financier incontestable

4.1 L'intérêt financier :

Les estimations des économies pouvant être réalisées sont variables selon les analystes , en France elle se présente de la manière ci après :

- 6 milliards d'euros selon la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'appui santé médico-social [13]
- 5 milliards d'euros selon la Cour des comptes [14]
- 550 millions d'euros selon la Fédération hospitalière de France [15]
- 1 milliard et demi d'euros sur trois ans pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé.[16]

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Ces économies concernent :

Le patient : les 20% du forfait journalier non pris en charge par l'assurance maladie restent en théorie à sa charge. Le forfait journalier de chirurgie ambulatoire étant moins onéreux que le forfait journalier de chirurgie conventionnelle, l'ambulatoire serait une économie potentielle pour le patient. Dans la pratique ce sont généralement les assurances complémentaires qui prennent en charge cette dépense.

L'institution hospitalière : elle pourrait théoriquement [17] économiser sur ses charges de personnel de nuit. En pratique ces économies restent incertaines et dépendent de leur gestion du personnel. Aucune étude n'a en pratique prouvé un gain financier pour l'institution hospitalière. « Les considérations théoriques sont aussi nombreuses que les études factuelles sont inexistantes ou fragmentaires », selon l'académie de médecine. [18]

L'assurance maladie : elle est en théorie bénéficiaire de ce système. Elle distribue les ressources allouées par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie en France, fixé par la loi de sécurité sociale. Dans le cas de la chirurgie ambulatoire, elle les octroie par la Tarification à l'activité (T2A) qui prend en compte la rémunération d'un groupe homogène de séjour qui est le pendant financier du groupe homogène de maladie au sein duquel l'acte chirurgical doit être classé. Cet octroi de ressources se fait donc en fonction de l'activité passée de l'établissement. Les tarifs ont été en réalité variables selon la proportion de chirurgie ambulatoire avec des hausses d'allocation de ressources à la chirurgie ambulatoire plus élevées pour les établissements ayant peu développé ce mode d'hospitalisation que pour ceux ayant déjà bien adapté leur institution.

Ceci modérant l'économie réalisée. [18] Si les économies théoriques semblent logiques pour la chirurgie ambulatoire, leur réalité et leur estimation posent problème. Selon son rapport de 2015 portant sur la pertinence économique de la chirurgie ambulatoire, « l'académie nationale de médecine, sans remettre en cause le bénéfice pour le patient de cette alternative à

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

la chirurgie traditionnelle, insiste sur la nécessité de réaliser en France des études comparatives avec la chirurgie conventionnelle portant sur les coûts réels, directs et dérivés en s'appuyant sur une comptabilité analytique. »

Dans la pratique Marocaine l'évaluation de ces économies reste incertaine car aucune étude n'a été réalisée dans ce sens. Mais l'observation de la situation montre une tendance économique satisfaisante pour le patient et pour l'institution hospitalière. Néanmoins le forfait fixé à 400 Dhs satisfaisant nos patients particulièrement nécessiteux et sans couverture sociale devrait être revu à la hausse afin d'honorer nos actes et améliorer nos recettes, cependant nous sommes confrontés à la difficulté du profil de notre patientèle qui handicape et handicapera certainement les recettes.

4.2 L'intérêt médical :

Il existe un bénéfice de santé incontestable pour le patient en chirurgie ambulatoire avec :

- Un risque d'infections nosocomiales réduit
- Un mode de prise en charge adapté au confort des patients
- Une réhabilitation précoce
- Une moindre utilisation des ressources

En Chirurgie Maxillo-faciale, ces problèmes sont théoriquement moindres en raison du profil de la spécialité, dans notre étude il n'a pas été relevé de complications, Cela dit le manque de lits d'accueil suffisants contraint l'équipe à limiter le temps de surveillance des patients et à s'exposer à plus de risque, notamment à cause du flux des malades et la sous estimation du risque par les jeunes praticiens.

La qualité de la prise en charge post opératoire en est certainement affectée et doit être perfectible.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Un risque d'infections nosocomiales réduit :

Le risque d'infection associée aux soins est diminué en chirurgie ambulatoire dans la mesure où il augmente en proportion avec la durée d'hospitalisation ; ce risque d'infection est également diminué du fait de l'utilisation de techniques mini-invasives préférentiellement réalisées en (CA). Un argument médical très souvent invoqué en faveur du développement de la (CA) est celui de la réduction du risque d'infection nosocomiale. [19]

Aucune Infection nosocomiale n'a été relevée dans notre étude.

Un mode de prise en charge adapté au confort des patients :

La prise en charge péri-opératoire du patient en chirurgie ambulatoire est plus confortable. [20]

En effet elle permet une reprise rapide de l'autonomie et une activité complète par l'intermédiaire des mesures suivantes :

- La limitation du jeûne préopératoire
- La prévention de l'hypothermie
- L'optimisation de l'analgésie
- La gestion individualisées des apports liquidiens
- L'utilisation limitée des drains et des sondes
- La réalimentation précoce et mobilisation rapide

Elle entraîne par ailleurs peu de modifications dans la vie quotidienne du patient et dans son environnement. Le raccourcissement de l'incapacité postopératoire permet :

- D'accélérer la réinsertion familiale, scolaire et professionnelle
- De préserver la continuité du lien entre le patient et son environnement familial et social
- De reprendre l'activité professionnelle plus rapidement

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Toutes ces raisons, justifient l'importance notre activité ambulatoire en chirurgie Maxillo-faciale qui représente une grande partie de l'activité du service aussi bien en urgences que en chirurgie froide soit 52 % de notre activité chirurgicale.

Une réhabilitation précoce :

La chirurgie ambulatoire permet la réhabilitation précoce qui s'inscrit au sein d'un chemin clinique impliquant la participation active du patient ; présente comme principale avantage de diminuer le taux de complications per opératoires et la durée d'hospitalisation .Elle contribue également à une bonne satisfaction des patients, cette réhabilitation précoce, que les Anglo-Saxons nomment enhanced recovery ou fast-track surgery, développée initialement en chirurgie digestive [20 ; 21] mais applicable également à la chirurgie maxillo-faciale. [20 ; 22]

Dans notre échantillon, Cette notion est fondamentale à nos yeux pour une chirurgie faciale rapidement déambulante et peu handicapante faisant de la chirurgie ambulatoire une activité de mise. La majorité de nos patients soit 90% sortaient après 1 heures, voir moins, de leur intervention.

Une moindre utilisation des ressources :

L'optimisation des couts et une meilleure allocation des ressources ; la (CA) peut contribuer à l'amélioration de l'efficience économique ; ainsi une bonne rationalisation des dépenses de santé. En 2007, l'IAAS a rapporté 19 études publiées concernant 8 types d'intervention dans 5 pays montrant que le cout de la chirurgie ambulatoire était inférieur à l'hospitalisation classique dans des proportions allant de -25 à -68% [23]

Effectivement nous constatons via cette étude, que les ressources matérielles et humaines utilisées en chirurgie ambulatoire sont largement moindres par rapport à l'hospitalisation classique.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Dans notre contexte par exemple 95 % des patients étaient opérés sous anesthésie locale n'exigeant pas la présence d'un anesthésiste, et en post opératoire les patients avaient bénéficié d'un traitement per os sans la présence de soins infirmiers.

Le profil de cette chirurgie dans notre étude fait de sa réalisation une pratique standardisée et procédurale ce qui influence incontestablement la simplicité de sa prise en charge quant aux moyens mis en place. Le temps consacré à la prise en charge étant par ailleurs moindre et le gain économique plus important pour un rendement meilleur.

Dans notre étude la durée moyenne des interventions était de 30 minutes.

La procédure de prise en charge doit être révisée, la notification des actes au niveau du système HOSIX doit être réajustée et les lits d'accueil augmentés, afin d'assurer une prise en charge sécurisante avec un rapport cout risque meilleur.

4.3 L'intérêt social :

Il réside dans le retour à une vie sociale et professionnelle plus rapide.

Les taux de satisfaction concernant cette organisation centrée sur le patient sont élevés tant pour les patients et leurs familles que pour les professionnels de santé. Ceci devrait contribuer à en faire un moyen naturel de programmation chirurgicale. [24]

Les taux de réadmissions sont relativement faibles allant de 0 à 10 % selon les procédures pour une sécurité équivalente et se font principalement pour des raisons de somnolence, nausées, vomissements, ou douleur. [25-26]

Dans notre étude nous avons relevés 3 cas d'échecs soit 0,4 %.

D'après la littérature, les causes d'échec d'ambulatoire les plus fréquentes en chirurgie Maxillo-faciale sont les vomissements post opératoires (liés tant à l'anesthésie qu'à la chirurgie), la douleur et les hémorragies.[27]

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Il faut ajouter à cela, l'anxiété parentale, pour les cas pédiatriques qui peut être un frein à l'ambulatoire.

Celle-ci peut se manifester le jour de la programmation comme au moment de la mise à la rue. [26]

L'encouragement a été financier afin d'accélérer ce changement d'habitude. Il a été d'emblée coercitif aux États-Unis, où les taux de remboursements variaient selon le mode d'hospitalisation.

Il a été initialement incitatif en France où le remboursement était égal en valeur que l'hospitalisation soit ambulatoire ou conventionnelle, laissant donc l'économie au bénéfice de l'institution hospitalière.

Désormais il s'aligne sur le modèle américain.

Dans notre étude le coût de l'intervention variait entre 400 et 500 Dhs.

5. 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 des durées moyennes de séjour 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.[29]

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

5.1 Les incitatifs médicaux :

a) 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.

b) Le contrôle de la période post opératoire :

Le contrôle de la douleur à domicile et l'absence du risque de saignement sont les facteurs majeurs d'acceptabilité du patient pour une CA.[30]

5.2 Les innovations dans les techniques d'anesthésie locale :

L'apport des techniques d'anesthésie locorégionale a contribué dans la promotion de la chirurgie ambulatoire maxillo-faciale.

5.3 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'attentes en chirurgie
- Pallier à la difficulté de recrutement du personnel médical.

II. Particularités de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale et esthétique :

Toute intervention chirurgicale peut être responsable de dysfonctionnements [30] et de complications qui doivent être systématiquement recherchés durant la période post opératoire. Tous les moyens sont mis en place pour assurer une reprise rapide de l'autonomie post opératoire et agir sur les facteurs limitant de l'autonomie [31]. La prise en charge de la douleur post opératoire est fondamentale mais aussi la gestion d'une réhabilitation post opératoire précoce [32].

Tous ces risques et ces aléas de la chirurgie classique font de la chirurgie ambulatoire en chirurgie entre autre Maxillo-faciale, un choix de principe pour le chirurgien une fois l'indication retenue.

Quelles techniques d'anesthésie utiliser, pour quels patients pratiquer la chirurgie ambulatoire et quelles indications opératoires proposer en CAMF ?

1. Chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale et Esthétique :

1.1 Les indications de la CAMF :

La CAMF comme toute chirurgie ambulatoire est régit par deux impératifs

- L'impératif de sécurité générale du patient
- L'impératif technique qui implique le choix de l'indication opératoire d'une chirurgie simple particulièrement de courte durée

Dans notre série les indications font ressortir les diagnostics ci après:

- Réduction de la FOPN (Figure 26)
- Cicatrice (Figure 27)
- Suture de plaies
- Ablation du lipome

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Kystectomie de tissu mou
- Biopsies
- Biopsie exérèse
- Reconstruction
- Ablation IMF
- Ablation arc dentaire
- Freinectomie (Langue)
- Reprise de cheiloplastie
- Cure de l'oreille décollée
- Greffe de peau
- Kystectomie pour les kystes des maxillaires
- Blocage intermaxillaire des fractures mandibulaires
- Réduction orthopédique des Fracture zygomatomalaire
- Ablation du matériel d'ostéosynthèse
- Extraction dentaire
- Greffe de cheveux
- Sevrage du lambeau
- Cure d'un ptosis
- Lipofiling facial
- Exérèse épulis gingival
- Commisuroplastie...



Figure 26 : Réduction des fractures des os propres du nez



Figure 27 : Plaie frontale après sutures et cicatrisation sous bloc supra orbitaire

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

1.2 Le champ d'action de la CAMF :

Le champ d'action de la CAMF est grand et le potentiel de mise en place de cette activité dans notre pratique peut être agrandi.

Comme on l'a rapporté le long de ce travail, la discordance qui existe entre le besoin de la population et l'offre de soins constitue un potentiel de substitution en chirurgie ambulatoire. L'activité la plus importante était la réduction des FOPN en traumatologie représentant 26.5% de l'activité de chirurgie plastique de la face.

Le champ d'action de la chirurgie ambulatoire chez nous contrairement aux pays occidentaux n'est pas encore totalement défini c'est à dire qu'on a rédigé une liste incomplète de l'ensemble des actes qu'on peut faire en ambulatoire [33] De Lathouwer C, Pouiller JP. How much ambulatory surgery in the world in 1997 and trends ? *Ambulatory Surgery* 2000 ; 8 : 191-210

Une stratégie ficelée devant être mise en place afin d'établir une liste définitive et complète en adéquation avec la demande avec une capacité d'accueil conséquente

Les séquelles de traumatologie chez une population particulièrement jeune dans notre contexte ainsi que la demande de plus en plus esthétique impose ce mode d'exercice en CAMF qui doit s'inscrire dans une optique qui optimise le rapport qualité- coût- sécurité -bénéfice

2. Anesthésie ambulatoire appliquée à la chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique :

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

2.1 Définition :

« L'anesthésie ambulatoire est une anesthésie pratiquée habituellement , en dehors de toute urgence, par un anesthésiste-réanimateur chez un patient qui doit bénéficier d'un acte chirurgical , soit d'une endoscopie , soit d'un acte médical nécessitant une anesthésie et qui va

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

rester moins de 12h dans la structure de soins dans laquelle il aura été admis, avant de retourner à son domicile ». [34] M.Pouoard. Anesthésie ambulatoire EncyclMédChir, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0582,2002

2.2 But :

Le but de l'anesthésie ambulatoire est de permettre la réalisation d'actes chirurgicaux dans des conditions facilitant une sortie rapide du patient et son retour à domicile le jour de l'intervention, dans un contexte non algique avec un minimum d'effets indésirables liés à l'anesthésie comme notamment les nausées et les vomissements post opératoires pouvant compromettre le départ de l'établissement.

2.3 Méthodes de l'anesthésie ambulatoire :

Les anesthésies ambulatoires représentent 27% de l'ensemble des anesthésies pratiquées en France , et 50% aux États-Unis [35] J Langloys Anesthésie du patient ambulatoire.

EncyclMédChir. Anesthésie Réanimation,36-635-A-10,2000.Ces résultats sont atteints grâce au développement de l'anesthésie au cours des années.

Dans notre série elle représente 52% de notre activité globale.

a) Anesthésie générale et sédation appliquées à l'ambulatoire :

En chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale, il est important d'assurer une anesthésie sûre et efficace avec un minimum d'effets secondaires, le maximum de sécurité afin d'assurer la reprise des activités et ne pas retarder la sortie des patients.[36] D'où la nécessité:

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

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

➤ Anesthésie générale

L'intubation :

L'intubation endotracheale reste nécessaire lors de la chirurgie au niveau de la tête, des cœlioscopies ou des interventions de longue durée. Toutefois ses effets secondaires ont 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'anesthésie générale :

En ce qui concerne l'AG, le délai de réveil reste une notion importante : ce délai dépend des caractéristiques pharmacocinétiques des agents anesthésiques utilisés et de la durée de l'anesthésie. L'apparition récente d'agents ayant une vitesse d'élimination rapide et donc un effet bref avec une courte durée d'action, a eu un intérêt certain dans le développement de la prise en charge ambulatoire. Plus l'élimination de l'agent est rapide, plus le réveil est rapide. De la même manière, la concentration de l'agent anesthésique au niveau du site effecteur à la fin de l'intervention, est une donnée importante : plus elle est élevée, plus long sera le temps nécessaire pour obtenir la concentration d'éveil du patient. La comparaison des différents agents hypnotiques (Propofol, Halogénés) montre qu'il y a peu de différences entre ces agents quant au délai avant l'obtention du réveil. [37,38]

En matière d'anesthésie ambulatoire, le Propofol est l'hypnotique le plus utilisé par voie intraveineuse [39]. L'utilisation de ces agents intraveineux à demi-vie courte permet ainsi, dans des indications chirurgicales relativement superficielles sous anesthésie générale, de laisser le patient sortir 60 minutes après l'arrêt de l'administration des produits anesthésiques. [40,41]

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

➤ **Les techniques de sédation**

Les techniques de sédation associée ou MAC (Monitored Anesthesia Care) des Anglo-Saxons sont basées sur l'administration simultanée d'anesthésiques locaux en infiltration ou par bloc périphérique et d'agents sédatifs ou d'opiacés en intraveineux. [42] Diverses études comparant cette technique soit à des anesthésies générales balancées avec intubation, soit à des blocs centraux, ont montré une diminution des coûts pharmaceutiques [43,44]. La technique standard en matière de MAC associe du Midazolam (1-2 mg IV) à une infusion continue de Propofol (25-100mg/Kg/min). Afin de diminuer l'appréhension ou la douleur lors de la réalisation de l'anesthésie locale dans protocole, on peut s'aider d'une injection de Sufentanil (5-10 mg IV) ou d'un bolus de Propofol (0,5-1 mg/Kg).

On insistera cependant sur la nécessité d'un bloc périphérique ou d'une infiltration par un anesthésique local efficace, clef du succès, garantissant le moins d'effets secondaires possibles tout en donnant une bonne analgésie péri opératoire, technique la plus utilisée dans notre étude.

La combinaison de ces nouveaux agents anesthésiques facilement titrables et du masque laryngé a facilité la diffusion de ces procédures dans le champ de l'anesthésie ambulatoires [40,41].

Une attention particulière sera portée à la prévention et à la gestion des effets secondaires : Nausées ; Vomissements ; Vertiges ; Hypotension ; Hypothermie. [45]

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

b) Anesthésie locorégionale : Les techniques spécifiques utilisées pour la chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale et Esthétique



Figure 28: plateau technique pour réalisation d'ALR/AL

➤ Anesthésie loco régionale (ALR) ou Blocs périphériques de la face. (Figure 29)

Ce type d'anesthésie constitue une alternative intéressante à l'anesthésie générale. L'ALR permet la réalisation de l'acte chirurgical en maintenant les patients éveillés. L'amélioration du confort des patients passe notamment par la qualité de l'information et des explications qui lui sont fournies lors de la consultation pré anesthésique, par l'usage approprié d'une prémédication et par la limitation des sources d'inconfort per opératoire telles que l'attente ou le froid.

➤ Les blocs de la face

L'innervation sensitive de la face dépend essentiellement du nerf trijumeau (V paire crânienne) avec ses trois branches afférentes :

- Le nerf ophtalmique de Willis V1
- Le nerf maxillaire supérieur V2
- Le nerf maxillaire inférieure ou mandibulaire V3

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Le nerf infratrochléaire innervant les téguments du dorsum du nez et la commissure interne de l'œil. Le nerf ethmoïdal antérieur qui donne des filets pour la partie antérieure de l'ethmoïde, des rameaux naso-internes pour le septum, la paroi latérale de la cavité nasale et qui termine en rameau nasal externe pour l'os nasal, la pointe du nez et la région alaire. Le nerf auriculo-temporal et les rameaux auriculaires du plexus cervical qui innervent l'oreille et le plexus cervical superficiel (C1, C2, C3 et C4) assure l'innervation sensitive de la région cervicale ainsi que la région occipitale qui immergent à la partie postérieure du muscle Sterno-Cléido-Mastoidien. [46,47]

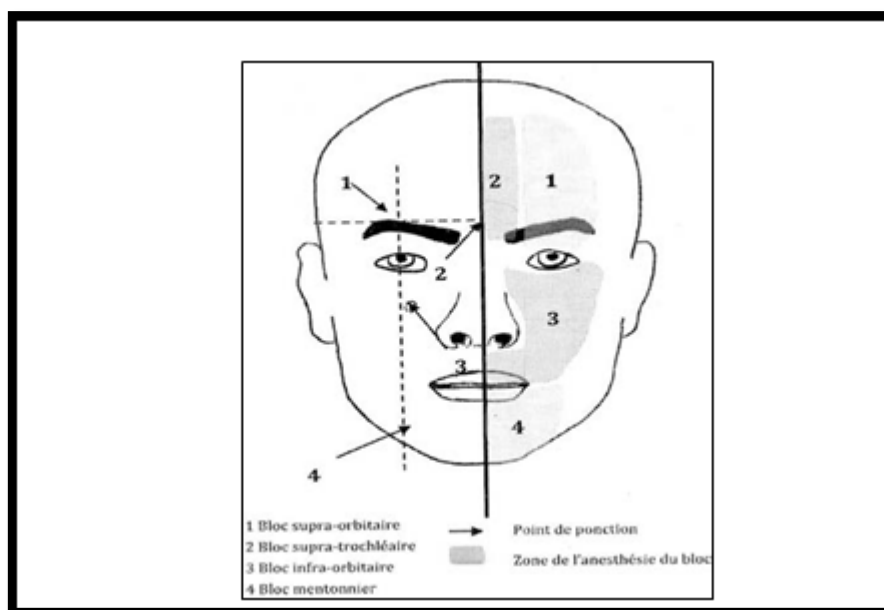


Figure 29 : Blocs périphériques de la face et leur territoire d'innervation d'après G. Lacroix.[48]

Techniques de l'ALR ou Blocs de la face et du cou

- Bloc des branches de V1 :

Le nerf frontal

Après son émergence du foramen supra orbitaire le nerf frontal se divise en deux branches : le rameau supra-orbitaire et le rameau supra-trochléaire.

L'infiltration du rameau supra-orbitaire du nerf frontal est réalisée au niveau du foramen supra-orbitaire situé sur le bord orbitaire, sur le sourcil, à l'aplomb de la pupille centrée. Pour

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

l'infiltration du rameau supra-trochléaire, l'aiguille sera dirigée vers l'angle formé par le bord supérieur de l'orbite et l'arrête nasale.(Figure 30 ;31)

L'infiltration de ce nerf permettra la réalisation de la chirurgie de la partie externe du front ainsi que la paupière supérieure.

Si cette infiltration est réalisée de manière bilatérale, une chirurgie de la totalité du front jusqu'à la suture coronale ainsi que des paupières supérieures sera possible



Figure 30 : Bloc supra orbitaire de la face



Figure 31 : Bloc supra trochléaire

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Le nerf nasal interne ou ethmoïdal antérieur

Branche du nerf V1, ce nerf se divise en deux rameaux : le rameau naso-interne et le rameau naso-lobaire. Son infiltration est réalisée de manière bilatérale.

Le rameau naso-interne sera infiltré par une injection sous cutanée à la racine du nez, le rameau naso-lobaire, quant à lui, sera infiltré par une injection cutanée au niveau des ailes du nez, permettant ainsi la réalisation de toute la chirurgie extra-osseuse du nez.

- **Bloc du nerf infra orbitaire ou V2 :**

Son infiltration est réalisée au niveau de son émergence à partir du foramen infra-orbitaire, situé à l'aplomb de la pupille centrée, à deux centimètres de l'aile du nez et un centimètre sous le rebord orbitaire inférieur. (Figure 32)

Elle permet la réalisation de toute la chirurgie de la région jugale sous-orbitaire, de la lèvre inférieure ainsi que de l'aile du nez.



Figure 32 : Bloc sous orbitaire par voie transcutanée

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- **Bloc du nerf V3 et de ses branches :**

Son infiltration est réalisée au niveau de la fossette sigmoïde en regard du tragus entre l'apophyse coronoïde et le processus condylien.

En chirurgie plastique, il est utile de l'infiltrer lorsque la chirurgie porte sur des lésions intéressant la région malaire, péri-auriculaire ou labiale inférieure.

Lorsqu'un lambeau de rotation intéressant cette région est réalisé, il est également utile de le bloquer car il s'agit souvent d'une région anatomique étendue et une seule injection permet de bloquer l'hémiface inférieure.

Le nerf mentonnier

Le nerf mentonnier, branche du nerf alvéolaire inférieur, sort de la face postérieure de la mandibule par le foramen mentonnier. Cet orifice se trouve à l'aplomb de la prémolaire inférieure, aisément repérable au doigt.

(Figure 33) Son infiltration permet la réalisation de toute la chirurgie du menton.



Figure 33 : Bloc mentonnier par voie transcutanée

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Le nerf auriculo-temporal

Branche du contingent sensitif du nerf V3 , son infiltration en regard du tragus permet la réalisation de la chirurgie de la partie antérieure du pavillon de l'oreille, du conduit auditif ainsi que de la région temporale superficielle

o Infiltration du plexus cervical superficiel :

L'infiltration du plexus cervical superficiel sera réalisée par une infiltration sous-cutanée en étoile le long du bord postérieur du Sterno-cléido-mastoïdien afin de bloquer les branches mastoïdiennes, sus-claviculaires, transverses et auriculaires de ce plexus [49]. Cette infiltration simple est utile à connaître lorsque la chirurgie porte sur la région du cou, des épaules ainsi que la partie postérieure du cuir chevelu à la manière d'une pèlerine.

Cette infiltration permet également de compléter des blocs de la face dans les mêmes indications : rhinoplastie, lifting cervico-facial, tumeurs cutanées.

c) Anesthésie locale de la face :

L'infiltration consiste à injecter un anesthésique local en sous-cutané ou dans une paroi musculo-aponévrotique. Les infiltrations en ambulatoire peuvent être utilisées comme technique d'anesthésie (seule ou associée à une sédation) ou bien comme technique d'analgésie (associée à une AG ou une ALR).

Elles sont réalisées pour assurer l'anesthésie d'une chirurgie pariétale [50]. Utilisant des produits adrénalinés qui ont un effet vasoconstricteur, ce qui assure un champs exsangue et une durée plus longue de l'intervention

Dans notre étude 43% des patients ont bénéficié d'une anesthésie locale.

Suivant sa localisation anatomique, une anesthésie locale ou locorégionale sera envisagée. Il est rare de recourir à une anesthésie générale pour ce type de lésion sauf parfois en cas de réalisation de lambeau de reconstruction ou face à un patient pusillanime.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Au niveau de la face, une ALR pourra être réalisé associé à une sédation anesthésique.

En cas de lambeau de rotation au niveau cervico-facial, une infiltration du plexus cervical superficiel sera également réalisée.

2.4 Intérêt de l'anesthésie loco régionale et locale en CAMF :

Les techniques d'ALR périphériques (Photo 34) permettent une réduction du temps passé par les patients au sein de l'institution, notamment la durée de séjour en salle de surveillance post-interventionnelle et en secteur ambulatoire. De plus, les patients opérés sous bloc périphérique n'entraînent pas de prolongation du temps d'occupation du bloc opératoire. Les ALR périphériques induisent moins d'effets systémiques indésirables que l'anesthésie générale (même en utilisant les produits et techniques les plus sophistiquées tels que le Propofol, la Rémifentanyl et l' AIVOC) et la rachianesthésie.

Cette différence concerne essentiellement les nausées et vomissements post opératoires, la sédation et la somnolence postopératoires. [51]



Figure 34 : Association de l'ALR et l'AL

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

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Les inconvénients par contre sont :

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

La recommandation d'une technique par rapport à une autre ou même à l'anesthésie générale dépend du choix des patients, de la formation des praticiens, de leur modalité d'exercice et de la fréquence des indications opératoires [52].

Les blocs de la face sont particulièrement utiles en chirurgie maxillo-faciale de l'os et des parties molles. Une place de choix est également à réserver aux techniques d'infiltration locale et dans un grand nombre d'interventions de chirurgie Maxillo-faciale des parties molles.

Les techniques d'ALR et d'AL présentent un certains nombres d'avantages théoriques. Car elles sont simples avec une faible morbidité et ne concernent que la région opératoire, ce qui les rend particulièrement attractives pour l'ambulatoire. Cette technique s'inscrit parfaitement dans une approche multimodale de prise en charge de la douleur en ambulatoire. La réduction des besoins en antalgiques, notamment en morphiniques dans le post opératoire immédiat, est intéressante. Cet effet d'épargne morphinique diminue les effets secondaires notamment les nausées et vomissements qui peuvent retarder la sortie du patient. Ces techniques ont permis la prise en charge de la majorité de nos patients dans cette étude sans complication notable.

3. Critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire :

Plusieurs critères interviennent dans la sélection du patient pour une CAMF.

3.1 Les critères médicolégaux

Les critères médicolégaux de mise en place d'un protocole de chirurgie ambulatoire sont répartis en :

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

a) Critères d'intervention :

Acte programmé

- Horaire permettant la surveillance du patient
- Intervention < 2 heures
- La mise en place de protocoles systématiques (Antalgiques, Antiémétiques ...) en préalable de la sortie et leur pérennisation à domicile
- Risque hémorragique faible
- Risque infectieux faible
- Suites simples
- Un renforcement de la coordination avec le médecin traitant

b) Critères liés au patient :

- ✓ Score ASA < ou = 3
- ✓ Information et consentement éclairé
- ✓ Absence de tares
- ✓ Compréhension des soins
- ✓ Bonne observance des prescriptions médicales

c) Critères environnementaux :

- ✓ Vie en couple
- ✓ Sortie accompagnée.
- ✓ Accès à une structure hospitalière < à 1 heure
- ✓ Accès rapide à un téléphone
- ✓ Numéro d'appel de l'institution toujours disponible
- ✓ Conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation
- ✓ Disponibilité d'un accompagnant pouvant raccompagner le patient et rester la nuit suivant l'acte opératoire auprès de lui.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

d) Critères d'anesthésie :

Les patients ASA (American Society of Anesthesiologists) 1, 2 et 3 stabilisé sont classiquement éligibles à l'ambulatoire [53,54]

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

e) Critère de sortie du malade ambulatoire : [55]

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

3.2 Contre indication à la chirurgie ambulatoire :

Les contre-indications à la chirurgie ambulatoire peuvent être résumées par les points suivants déterminés par K. Korttila. [56]

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

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- ✓ Les patients drogués ou alcooliques
- ✓ Age : pas de contre-indication ni chez les sujets âgés ni chez l'enfant. Certains auteurs préconisent un âge de plus de 3 mois.

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

4. Parcours ou circuit du patient en chirurgie ambulatoire :

4.1 Le parcours classique du patient :

Il existe des règles rigoureuses qui encadrent le parcours du patient aux seins de (UCA) depuis la phase préopératoire jusqu'à sa sortie de l'établissement.

a) La consultation pré opératoire :

Cette consultation permet à la fois au chirurgien de poser l'indication opératoire du malade en fonction de la pathologie concernée, et à l'anesthésiste de voir s'il y a une contre-indication ainsi que de préciser le type d'anesthésie convenable pour ce patient

b) La consultation pré anesthésique :

Elle permet de classer le patient, l'anesthésie ambulatoire est, par définition, une anesthésie générale (AG), locale (AL) ou locorégionale (ALR) (associée ou non à une sédation) qui, soit en raison de sa brièveté, soit en raison de l'agression minimale subie par le patient, ne nécessite pas une surveillance médicale de 24 heures.

Quel que soit son type, elle doit garantir aux patients les mêmes conditions de sécurité qu'une anesthésie classique. Ainsi, le réveil est étroitement surveillé. Il s'effectue dans une salle de réveil équipée pendant une durée suffisante. Celle-ci est de deux à trois heures pour une

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

anesthésie de moins de trente minutes et de quatre à six heures pour une anesthésie de plus de trente minutes ou avec intubation.

Nos patients ont tous bénéficié tous d'une consultation chirurgicale et anesthésique L'anesthésie locale reste le maillon faible de notre prise en charge à cause du flux des patients, peu de patients bénéficient d'une CPA (on vient de mettre au dessus que tout nos patients on bénéficié d'une consultation anesthésique) ?

4.2 L'information du malade et de ses accompagnants :

a) Information pré opératoire :

Chaque patient pris en charge en ambulatoire doit être informé de tous les actes médicaux et chirurgicaux dont il bénéficiera en même temps que les risques post opératoires prévisibles.

Cette information doit être simple et accessible, et le chirurgien et l'anesthésiste doivent s'assurer que les informations reçues ont été bien assimilées par le patient et sa famille. L'information doit être donnée à toute étape de prise en charge :

- La date et l'heure de la consultation pré opératoire et de l'intervention chirurgicale
- Les Informations sur l'acte chirurgical qu'il va subir ; ainsi que les consignes à suivre en pré et en post opératoire

b) Information post opératoire :

- Le type d'anesthésie (Rachianesthésie (RA) ; AG ou AL) (pré ou post op ?)

4.3 Accueil du patient et de ses accompagnants :

Il doit être dans un endroit calme avec une attitude compréhensive et à l'écoute . L'ensemble du personnel médical et paramédical joue un rôle majeur dans la diminution de l'anxiété du malade ainsi l'accompagnement des membres de la famille du patient doit aller le plus loin possible dans la structure des soins ; car ils jouent un rôle du soutien pour le patient. Nos patients sont préalablement informés sur le déroulement de la prise en charge, un service

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

d'accueil étant mis à leur disposition dans notre unité ambulatoire, néanmoins le flux des patients dépasse la capacité et joue sur la qualité de l'écoute et de l'hôtellerie.

4.4 Suivi post opératoire :

Chaque malade opéré doit bénéficier d'un compte rendu d'hospitalisation et opératoire à sa sortie de l'UCA.

La gestion de l'analgésie demeure un des maillons faibles dans la qualité de prise en charge des douleurs post opératoire et donc source d'une mauvaise observance thérapeutique, d'où l'importance de délivrer une information claire et concise sur l'analgésie post opératoire afin de diminuer ce risque.

Enfin, la conduite automobile doit être proscrite pendant 24 heures après une anesthésie en raison du risque majoré d'accident.

4.5 Sortie de l'unité :

La décision de sortie relève du chirurgien et du médecin anesthésiste. La sortie n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui peut raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures, après lui avoir transmis les recommandations nécessaires, en l'absence de cette personne, le patient est forcément hospitalisé.

Le lendemain de l'intervention, les patients sont systématiquement contactés par téléphone.

Dans notre étude et dans notre contexte, la sortie se fait de la même manière, néanmoins le numéro de la flotte hospitalière du médecin de garde en Maxillo-faciale est livré au patient pour toute fin utile, étant donné la proximité du service ambulatoire et du service hospitalier.

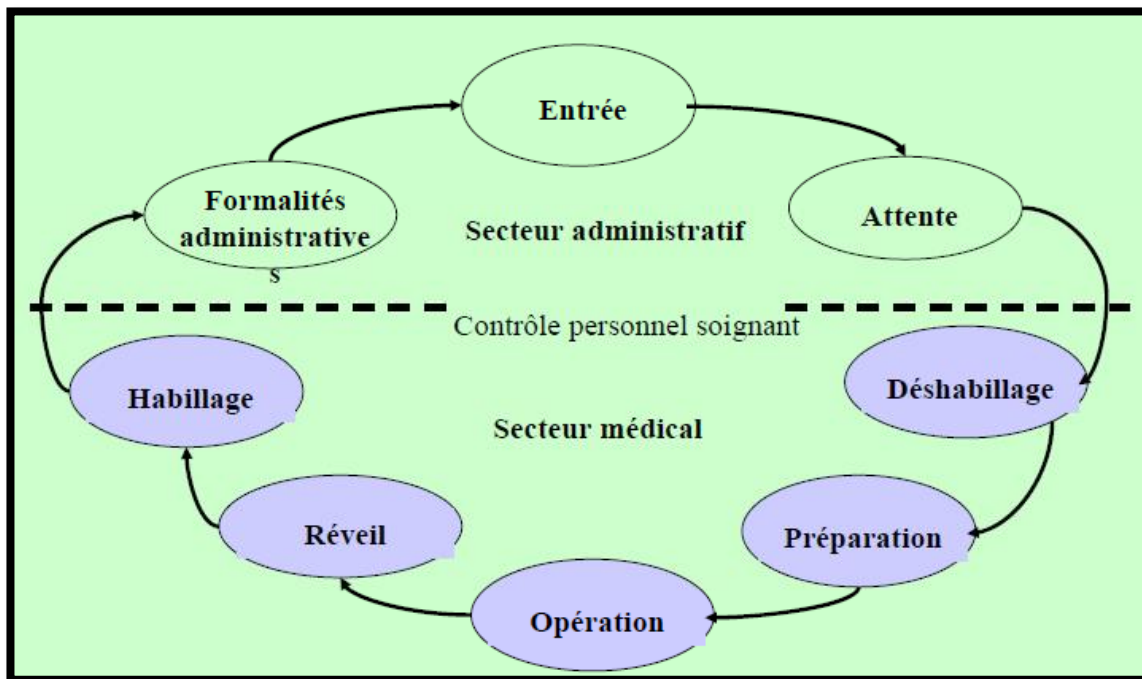


Figure 35 :Parcours du patient à l'unité ambulatoire de l'hôpital Ibn Tofail au CHU Mohammed 6 de Marrakech

Ceci s'inscrit dans le cadre de la stratégie du CHU avec les faits pratiques ci-après:

- Confirmation de l'identité au programme du jour
- La réévaluation de son état avec vérification de son opérabilité par un résident avec accord de pré inscription
- Pré enregistrement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire avec vérification de l'authenticité du type d'acte dans le système HOSIX en tant qu'acte ambulatoire
- Enregistrement au service de la recette hospitalière
- Confirmation d'enregistrement au secrétariat du service de chirurgie ambulatoire et ouverture d'un dossier médical
- Renvoi du patient à la salle d'attente
- Appel et accompagnement du patient au bloc opératoire
- Exécution de l'acte chirurgical
- Accompagnement du patient dans la salle de réveil pour surveillance

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Ordonnance, rendez-vous de consultation et sortie du malade en s'assurant qu'il soit accompagné avec remise du numéro de la flotte pour appel urgent en cas d'incident

Ce mode d'organisation a permis de s'initier et de mener cette activité avec un rendement honorable.

Confronté aux données de la littérature et tenant compte du contexte il implique de revoir tout le circuit du patient.

Étant donné le flux des patient et le mode de recrutement (Urgence, Consultation ...) nous exprimons nos insuffisances et souhaitons réviser à la hausse la prise en charges de cette activité au niveau des critères de sélection, des consultations chirurgicales et anesthésiques, en post opératoire pour les ALR et au niveau de la séniorisation de l'activité.

5. Aléas de la chirurgie ambulatoire :

5.1 Causes d'échec :

D'après la littérature, les causes d'échec d'ambulatoire les plus fréquentes en chirurgie Maxillo-faciale sont les vomissements post opératoires (liés tant à l'anesthésie qu'à la chirurgie), la douleur et les hémorragies.[57]

Il faut ajouter à cela, l'anxiété parentale, pour les cas pédiatriques qui peut être un frein à l'ambulatoire.

Elle peut se manifester le jour de la programmation comme au moment de la mise à la rue. [58]

5.2 Risques de la chirurgie ambulatoire :

Selon des données de la littérature et en général, la chirurgie ambulatoire peut être problématique.

La douleur post opératoire (DPO), les nausées et les vomissements post opératoire (NVPO) sont fréquents après une intervention dans le cadre de la (CA), ils altèrent la prise en charge, augmentent le taux d'admission, de réadmission et de consultation extrahospitalières et sont sources d'insatisfaction pour les patients et leur famille.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

La DPO augmente par ailleurs le risque d'apparition d'une douleur chronique post chirurgicale.[59]

La rétention urinaire post opératoire est une complication fréquente, dont le taux varie de 4 à 29% toutes chirurgies confondues.[60,61] Dans l'étude rétrospective de Twersky évaluant 6243 patients, la rétention urinaire représentait 6.1% des causes de ré hospitalisation. [62] En Chirurgie Maxillo-faciale , ces problèmes sont théoriquement moindres en raison du profil de la discipline (Patients jeunes, Peu de tares..) , dans notre étude il n'a pas été relevé de complications, cependant le manque de lits d'accueil suffisants contraint l'équipe à limiter le temps de surveillance des patients et à s'exposer à plus de risque notamment à cause du flux des patients et la sous estimation du risque par les jeunes praticiens. De ce fait, la qualité de la prise en charge post opératoire est certainement affectée et doit être perfectible.

Nos Perspectives vont vers une activité procédurale, sécurisée (en pré et post opératoire) et plus de lits d'accueil.

6. Tarification :

La tarification de la chirurgie ambulatoire était fixée contrairement à celle des autres pays où elle dépend des actes médico-chirurgicaux dispensés. [63] «la chirurgie ambulatoire» Une enquête nationale. www.cram-pl.fr 22 décembre 2003

Cette tarification devrait être révisée à la hausse mais reste confrontée au profil de la patientèle particulièrement nécessiteuse et sans couverture sociale ou sous régime du RAMED. Un effort à déployer afin d'améliorer l'hôtellerie et l'attractivité des citoyens possédant une prise charge ou bien payant.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- ❖ D'une zone d'Accueil : Premier lieu de contact du patient avec la structure, cette zone doit aussi accueillir l'accompagnant.
- ❖ D'une zone Patient : Comporte en général des vestiaires, des douches, une salle d'attente et une salle de consultation
- ❖ D'une zone Opératoire : Regroupant une salle d'opération, un laboratoire destiné à effectuer des analyses rapides et un lieu pour la stérilisation, la présence d'une salle d'induction est spécialement utile dans le cas de anesthésie locorégionale
- ❖ D'une Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) : Comporte une salle de réveil localisée près du bloc opératoire (BOP) qui communique avec une salle de repos possédant à la fois un rôle technique de surveillance et un rôle hôtelier.
- ❖ D'une zone de Personnel : Celle-ci est bien souvent négligée.

Le service de chirurgie ambulatoire à l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI est doté des mêmes zones (Voir descriptif et photos plus haut en page) mais souffre d'un manque en de capacité des salles de Surveillance Post Interventionnelle à cause du flux des patients et la sous utilisation de tous les espaces du service. La zone du personnel dans notre unité étant bien étoffée et répond aux besoins. (Figure 37)

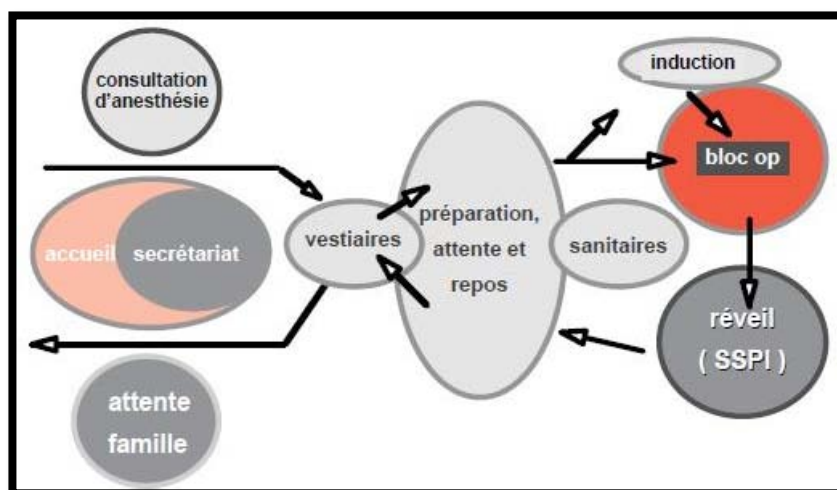


Figure 37 : Schéma de l'hôpital du jour IBN TOFAIL

2. Architecture des structures de chirurgie ambulatoire : [64]

On distingue 4 types de structures ambulatoires :

2.1 Structures intégrées dans des services d'hospitalisation conventionnelle :

Ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires.

2.2 Structures autonomes :

Ces structures disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel

2.3 Structures satellites à des structures d'hospitalisation conventionnelle

Ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire (Bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé en dehors du bloc traditionnel dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement), c'est le modèle actuel du service de chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI, un service à part entière bloc et hospitalisation. (Figure 38)



Photo 38 : Unité de chirurgie ambulatoire (UCA) à gauche et Bloc opératoire conventionnel à droite

2.4 Structures indépendantes ou Centres indépendants à distance de toute structure de soins avec hospitalisation :

Ces structures restent attachées par convention à une structure hospitalière existante. Ces structures possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Il s'agit d'une structure de (CA) totalement détachée d'un établissement de soins classiques (hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement

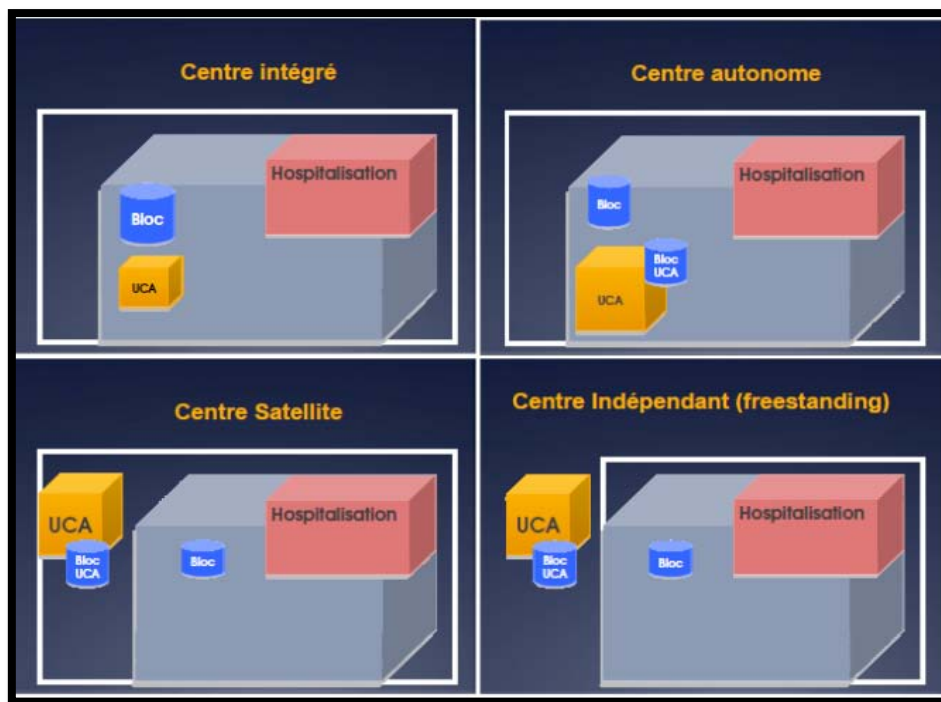


Figure 39 : Architectures des structures de chirurgies ambulatoire

A nos yeux le choix du modèle de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI, est dicté par les moyens disponibles pour la mise en place d'une activité chirurgicale ambulatoire, le flux des patients, les spécialités impliquées dans la CA mais aussi la politique de santé choisie par le centre hospitalier.

Dans notre contexte, les spécialités impliquées sont L'O.R.L., la Traumatologie, La chirurgie vasculaire et la chirurgie Maxillo-faciale.

Au CHU Mohammed VI la chirurgie ambulatoire est également pratiquée et différemment dans d'autres disciplines ainsi que dans ces autres hôpitaux . Ses orientations stratégiques vont vers l'encouragement et la centralisation de l'activité ambulatoire, sous forme d'un centre de chirurgie et d'activité ambulatoire qui sera très bénéfique pour la population de la région et pour le CHU, ceci Pour une meilleure gestion du flux , et optimisation de ses ressources .

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

La particularité du service de CMF au CHU Mohammed VI de Marrakech, demeure dans le fait qu'il soit le seul service du sud qui pratique la CAMF, avec un taux de 52% de l'activité globale du service et se distingue par une pratique sous ALR et AL à plus de 90% avec un débit très important.

On constate que l'importance du flux et la prise en charge post opératoire courte et risquée, nous impose une révision de notre modèle organisationnel et architecturale afin d'assurer un meilleur accès au bloc, une meilleure prise en charge post opératoire et un meilleur rendement.

3. Conception et mise en place de la chirurgie ambulatoire :

Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut se faire que si l'ensemble des acteurs (patients et professionnels de santé) adhère à ce mode de prise en charge .La mise en place d'un protocole de chirurgie ambulatoire est le synonyme de l'introduction d'une carte de route ou circuit comprenant les intervenants et les utilisateurs.

3.1. 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 gravité de son abord thérapeutique, par conséquent le malade commence à faire émerger de nombreux fantasmes à type de 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 due 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

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

du stress causé par le geste opératoire et plus de 88 % ont déclaré l'accepter dans l'avenir s'ils auraient à subir un nouveau geste chirurgicale.[65]

3.2. Point de vue des professionnels de santé :

Cette pratique est de plus en plus admise par les opérateurs aussi bien dans le secteur libéral que dans le secteur public, mais au Maroc nous n'avons toujours pas de statistiques officielles.

En France 1289 sites géographiques publics et privés pratiquant la chirurgie ambulatoire ont participé à l'enquête d'opinion en 2001 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 l'amplifier davantage.[66]

L'hospitalisation en mode ambulatoire selon les acteurs de la CAMF, représente une forme allégée de la chirurgie pour le patient et sa famille qui seront moins alarmés à l'annonce de la décision opératoire puisqu'elle concernera une hospitalisation de quelques heures et une opération ne dépassant pas une heure.

3.3. Le coordonnateur :

Pour ce qui est du coordonnateur : la notion nouvelle de médecin coordonnateur avait été une véritable révolution culturelle, notamment dans le secteur libéral.

A l'instar de ce qui peut s'observer chez les britanniques, le poids de la responsabilité de la coordination des unités de chirurgie ambulatoire au Maroc est dévolu au chef d'orchestre naturel de ces structures, à savoir le cadre infirmier appelé Major ,n'enlèverait rien aux anesthésiste avec l'avantage de leur permettre de se recentrer sur un rôle de médecin de la phase péri opératoire compte tenu des exigences de qualité spécifique inhérentes à ce mode de prise en charge (Sélection soigneuse des patients, Information, Analgésie, etc.).

IV. Réflexion ou parti pris sur la mise en place de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique :

Nous clôturons ce travail par ces éléments qui peuvent constituer une ébauche de projet de mise en place de la chirurgie ambulatoire dans le contexte sanitaire marocain et de projet de CAMF au CHU Mohammed VI de Marrakech.

La majorité des études concernant la chirurgie ambulatoire ont été effectuées au États-Unis où ce mode opératoire (chirurgie de moins de 24 heures ou day case surgery) ne cesse de s'étendre. Les différences entre les systèmes de santé et la logique de contrôle des dépenses, prioritaire en Amérique du Nord, donnent une impulsion supplémentaire à la chirurgie ambulatoire. En Europe, et plus précisément en France, le recours à ce mode d'hospitalisation représente 10 à 15% des interventions en secteur hospitalier public et 40% en secteur libérale [6].

La chirurgie Maxillo-faciale un domaine extrêmement diversifié tant en ce qui concerne les indications chirurgicales, le territoire anatomique concerné et le statut médical des patients que le choix du type d'anesthésie pour la pratique de la chirurgie. En effet, cette chirurgie concerne le plus souvent les patients jeunes et sans antécédents notables, il est à noter que la mortalité péri opératoire reste extrêmement faible [4,5].

La chirurgie Maxillo-faciale dans ses volets esthétique et morphologiques (dysmorphie post traumatique ou congénitale) de la face est appelée à un développement important dans le future pour des raisons liées à la représentation de l'image personnelle du fait de l'allongement de la durée de vie ou d'exposition au soleil (tumeurs cutanées).

L'évolution des techniques chirurgicales Maxillo-faciales et anesthésiques permet de proposer cette approche pour des interventions de plus en plus lourdes.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Les critères de sélections des patients ont également évolué comme toute chirurgie ambulatoire de nos jours, seule l'existence potentielle de complications chirurgicales semble être un frein. Ainsi, la durée, la nécessité d'une transfusion, la chirurgie non programmée ou la réalisation dans un centre universitaire ne sont plus des limites à la réalisation de la chirurgie ambulatoire.

Le taux de satisfaction des patients, dans les contraintes budgétaires du milieu hospitalier (avec un transfert de charges sur la médecine de ville et le milieu familial), dans l'efficacité des soins (avec une faible morbidité [7] et dans l'évolution des pratiques anesthésiques (Développement de l'anesthésie locorégionales, des agents anesthésiques d'action courte, techniques de fast-tracking) toutes des raisons du succès de la chirurgie ambulatoire.

Ces données de la littérature appuient notre activité chirurgicale à l'hôpital Ibn Tofail, organisée dans les normes en model à 5 zones et en model architectural satellite tout à fait indépendant des autres structures hospitalières avec un circuit patient dans les normes.

Les chiffres spécifiques à l'étude de la CAMF sont en adéquation avec les données de la littérature au niveau des données démographiques de la patientèle et organisationnels.

Cependant l'analyse fine des chiffres et de la situation mène à plus d'une réflexion, qui sera déterminante dans la révision du mode organisationnel de la chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale.

Nos Atouts

- ❖ Un plateau technique conforme
- ❖ Activité maintenue et régulière un plus pour l'institution et les médecins en cours de formation
- ❖ Une consultation pré anesthésique pour tous les actes sous anesthésie générale
- ❖ Prise en charge médicalisée au bloc des actes opératoires sous anesthésie générale et locale
- ❖ Un plus financier au niveau des recettes (400 DHS par acte)
- ❖ Activité parfaitement coordonnée entre les services de CMF, Anesthésie-Réanimation et Unité Ambulatoire

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- ❖ Une activité seniorisée
- ❖ Un passage obligatoire de tous les patients par le service pot opératoire avec consignes transcrites
- ❖ Une prise en charge sécurisée en péri opératoire (Accompagnants, CPA, Conditionnement per opératoire et prise en charge post opératoire)
- ❖ Une équipe médicale joignable en post opératoire

Nos Insuffisances

- ❖ Le flux important d'une patientèle demandeuse qui contraste avec un accès au bloc limité, un manque à gagner pour l'institution et pour le médecin en cours de formation
- ❖ Une consultation chirurgicale pré opératoire tributaire des guichets urgences et consultation
- ❖ Une consultation pré anesthésique non systématique pour les ALR
- ❖ Sélection des patients peu coordonnée
- ❖ Des actes souvent pratiqués par des jeunes praticiens
- ❖ Une courte durée de prise en charge post opératoire
- ❖ Le flux d'activité important qui affecte la qualité de la prise en charge
- ❖ Le circuit du patient marqué par l'absence de procédure, de cahier de charge et de charte
- ❖ le coût de cette activité peu rémunéré
- ❖ Une clientèle en majorité jeune et relevant d'une prise en charge par le RAMED

Cette étude nous a permis de faire un tour d'horizon sur les aspects organisationnels et médicaux de la CA dans la littérature, elle nous a par ailleurs autorisé d'évaluer l'activité et le mode organisationnel de la chirurgie Maxillo-faciale ambulatoire au CHU Mohammed VI exercé dans les normes et bénéfique pour le patient et l'institution moyennant des réajustements à réviser.



Recommandation



Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

Toutes les raisons médicales financières et sociales font de la chirurgie maxillo-faciale une discipline qui se prête à la chirurgie ambulatoire et justifient notre étude afin d'asseoir une stratégie ficelée de prise en charge des patients relevant de l'ambulatoire.

Nos recommandations sont ainsi comme suit :

- 1. Concevoir un projet coordonné en concertation avec l'équipe d'anesthésie et l'administration**
- 2. Réviser le circuit de prise en charge du patient :**
 - Mettre en place une procédure
 - Instaurer un cahier de charge
 - Établir une charte
- 3. Réviser le circuit de la consultation**
 - Réorganiser la consultation chirurgicale pré opératoire au niveau du guichet des urgences
 - Instaurer la consultation pré anesthésique pour les ALR
- 4. Améliorer la qualité de prise en charge**
 - Assoir des critères de sélection des patients
 - Sécuriser davantage la prise en charge post opératoire
 - Mettre à disposition une carte de conseil et d'information pour le patient
- 5. Optimiser l'activité**
 - Contenir le flux important de la patientèle demandeuse (Compagnes de cicatrices, Compagnes d'ablation de matériel...)
 - Impliquer davantage et réviser le circuit d'activité des urgences
 - Encourager et valoriser l'activité sous anesthésie locale
 - Agrandir la capacité d'accueil pour les patients
 - Faciliter l'accès au bloc
 - Réviser et attribuer les cas opératoires d'une manière adéquate
 - Améliorer les recettes au niveau des prises en charges et des payants



Conclusion



Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

La pratique de la chirurgie ambulatoire se généralise, bien connue aux États-Unis et de manière plus inégale en Europe, elle recouvre un ensemble d'actes chirurgicaux et d'investigation, elle est même en voie d'être la règle pour certaines pathologies.

Cette évolution s'est faite pour répondre aussi bien aux nouvelles contraintes budgétaires qu'aux délais actuels de prise en charge. C'est également une adaptation de la médecine à la société elle-même en prenant en compte les conditions actuelles d'hygiène, de communication au sein de la population, ainsi que la demande du patient.

Le service de chirurgie Maxillo-faciale et Esthétique de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI de Marrakech, a connu une augmentation remarquable des pourcentages de ce type de chirurgie.

Ce travail a permis d'amorcer le débat et de dévoiler la faisabilité de la chirurgie ambulatoire dans notre pratique tout en mettant le point sur 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 met le patient au centre de tous ses circuits.



Annexes



Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- Durée du séjour post opératoire : 1 Heure 2 Heures 3 Heures
 4 Heures
- Durée de séjour totale : < 5 Heures 5 - 10 Heures
- Coût moyen de l'acte opératoire:
- Le patient a-t-il un accompagnant : Oui Non

ANNEXE 2

Classification de l'état de santé du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

I – Patient sain, en bonne santé, C'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique...

II – Patient avec une maladie générale modérée, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction, par exemple : légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère.

III – Patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple : angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave, décompensation cardiaque débutante.

IV – Patient avec maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital, ou une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)

V – Patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures, avec ou sans opération.



Résumé



RESUME :

La chirurgie ambulatoire est la réalisation au bloc opératoire d'actes chirurgicaux programmés dans des conditions de technologie et de sécurité permettant le retour du patient à son domicile le jour même de l'intervention, permettant ainsi la réduction des dépenses et des durées de séjour à l'hôpital. Ceci entre dans le cadre d'une politique de maîtrise des dépenses hospitalières, de l'amélioration de la qualité de soins et le confort du patient.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur les dossiers des malades opérés à froid au service de chirurgie ambulatoire Maxillo-faciale de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI de Marrakech. Cette étude a concerné des malades sélectionnés selon des critères bien définis, sur une période de 1 an allant de Janvier 2017 à Décembre 2017.

Sur une période de 1 an, 755 patients ont été opérés en ambulatoire, pour lesquels nous avons étudié les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives et organisationnelles.

L'âge moyen dans notre étude était de 38 ans avec une prédominance masculine (59%). Les pathologies étaient différentes dominées par les (FOPN) ; plus de 90 % de nos patients ont bénéficié d'une ALR/AL avec une durée de séjour post opératoire < 1H.

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète, nécessitant 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 et chirurgicale, Admission, Tarification et suivi post opératoire) dans notre contexte sanitaire sera le synonyme d'une nouvelle culture de gestion des dépenses en matière de santé.

ABSTRACT :

Ambulatory surgery is the performance in the operating room of surgical procedures scheduled in conditions of technology and safety allowing the patient to return home on the same day of the operation, allowing the reduction of expenses and length of stay in hospital. This is part of a policy to control hospital expenditure, improve the quality of health care and patient comfort.

We carried out a retrospective study on the files of patients undergoing cold surgery at the Maxillofacial Outpatient Surgery Department of the Ibn Tofail Hospital of the Mohammed VI University Hospital in Marrakech. This study involved patients selected according to well-defined criteria over a period of 1 year from January 2017 to December 2017. Over a period of 1 year, 755 patients underwent outpatient surgery, for which we studied socio-demographic, clinical, therapeutic, evolutionary and organizational data.

The average age in our study was 38, with a male predominance (59%). The pathologies were different dominated by (FON); more than 90% of our patients received ALR/AL with a post operative stay less than one hour.

ambulatory surgery is an alternative to complete hospitalization, requiring the contribution of the various stakeholders (Administration, Health Professionals and Patients) with the implementation of an ambulatory surgery circuit (Pre anaesthetic and surgical consultation, Admission, Pricing and post operative follow-up) in our health context will be synonymous of a new culture for the health expenditure management.

ملخص

جراحة النهارية هي إجراء العمليات الجراحية في غرفة العمليات المبرمجة في ظل ظروف التكنولوجيا والسلامة التي تسمح للمريض بالعودة إلى منزله في يوم التدخل ، مما يسمح بتخفيض النفقات وطول مدة الإقامة المستشفى. هذا جزء من سياسة التحكم في نفقات المستشفى ، وتحسين جودة الرعاية والراحة للمريض.

أجرينا دراسة بأثر رجعي على ملفات المرضى في قسم جراحة الوجه والفكين في مستشفى ابن طفيل التابع للمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. شملت هذه الدراسة مرضى ا تم اختيارهم وفقاً لمعايير محددة على مدار عام واحد من يناير 2017 إلى ديسمبر 2017.

على مدى عام واحد ، تم إجراء 755 عملية نهارية ، حيث درسنا البيانات الاجتماعية، الديموغرافية ، السريرية ،العلاجية ،التطورية والتنظيمية.

كان متوسط العمر في دراستنا 38 سنة مع غلبة الذكور (59 %). كانت الأمراض مختلفة يهيمن عليها (كسر عظام الأنف الخاصة) ؛ تلقى أكثر من 90 ٪ من مرضانا تخدير محلي مع مدة الإقامة بعد العملية الجراحية لم تتجاوز ساعة واحدة .

تعد الجراحة النهارية بديلاً عن الاستشفاء ، حيث تتطلب مساهمة مختلف أصحاب المصلحة (الإدارة ، المهنيين الصحيين والمرضى) مع إنشاء مسار للجراحة النهارية (الاستشارة السابقة للتخدير والجراحة ، القبول ، التسعير) والرصد بعد العملية) في سياقنا الصحي سيكون مرادفاً لثقافة جديدة لإدارة الإنفاق الصحي.



Bibliographie



Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

1. **Nisanevich.V, Felsenstein.I, Almogy.G, Weissman.C, Einav.S, Matot I.**
Effect of intraoperative fluid management on outcome after intraabdominal surger.
Anesthesiology , 2005 ; 103(1) : 25-32
2. **Holte K., Foss N.B., Andersen J., Valentiner L., Lund C., Bie P. et al.**
Liberal or restrictive fluid administration in fast-track colonic surgery : a randomized, double-blind study. Br.J. naesh . 2007 : 99(4) : 500-508
3. **O. Malard , G. Michel , F. Espitalier.**
Quelle place pour l'ambulatoire en chirurgie plastique et reconstructrice de la face et du cou en France ? Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 136 (2019) 28-31
4. **Prevost P ., Taillandier L.,**
Chirurgie ambulatoire – étude comparative
5. **Haute Autorité de Santé**
La chirurgie ambulatoire en 12 questions. Avril 2012
6. **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)
7. **SMG Marketing Group**
Ambulatory Surgery Centers : a positive trend in health care. Inc, 2002.
8. **Journal de Chirurgie Viscérale (2013)**
Chirurgie ambulatoire : résultats obtenus après la restructuration d'un service hospitalier public de chirurgie viscérale
9. **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
10. **De Lathouwer C, Pouiller JP.**
How much ambulatory surgery in the world in 1997and trends ? AmbulatorySurgery 2000 ; 8 : 191-210
11. **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**
États des lieux 2012 sur l'activité de chirurgie ambulatoire.
12. **LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE A DU CHU HASSAN II FES
ÉTATS DES LIEUX ET PERSPECTIVES**
13. **Rapport de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Appui santé médico-social (ANAP). Sales JP.**
Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. Etat des lieux et perspectives.
Avril 2012

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- 14. Rapport de la Cour des comptes Septembre 2013.**
- 15. Fédération hospitalière de France, Le monde 11 avril 2014.**
- 16. Touraine M,**
Ministre de la santé Propos recueillis par les Echos du 25-26 avril 2014.
- 17. Prevost P., Taillandier L.,**
Chirurgie ambulatoire – étude comparative des coûts en hospitalisation Complète et en chirurgie ambulatoire, (ERSM de Bretagne), Rennes, mars 1998.
- 18. Pertinence économique de la chirurgie ambulatoire.**
Rapport académie nationale de médecine 2015
- 19. MALEY E.**
< Chirurgie ambulatoire : l'âge de raison >, Clinic International n° 65 Octobre 1994
- 20. G.Cuvelier ; G.Legrand ; T.Le Guilchet et Al.**
Chirurgie ambulatoire en urologie argumentaire ; progrès en urologie (2013) 23, 1-61
- 21. Varadhan KK, Neal KR, Dejong CHC, et Al.**
The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery : a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Nut (Edinburgh, Scotland) 2010;29:434-40.
- 22. Aning J, Neal D, Driver A, Mcgrath J.**
Enhanced Enhanced recovery:from principes to practice in urology. BJU International 2010;105:1199-201.
- 23. International Association for Ambulatory surgery.**
Policy brief day surgery:making it happen. London: IAAS; 2007.
- 24. Tysome JR, Padgham ND.**
A comparative study of patient satisfaction with day case and in patient major ear surgery. The Journal of Laryngology & Otology . 2006 Aug ; 120(8);6705
- 25. Rowlands RG, Harris R, Hern J, Knight JR.**
Major ear surgery in a paediatric day care unit.
The Journal of Laryngology & Otology [Internet]. 2002 Oct [cited 2017 Feb 24];116(10);7913
- 26. Corvera G, Céspedes B, Ysunza A, Arrieta J.**
Ambulatory vs. in-patient stapedectomy: a randomized twenty-patient pilot study. Otolaryngol Head Neck Surg. 1996 Mar;114(3):335-9
- 27. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**
27 (2008) 866-878

- 28. Stephens J, Cruise A, Shaida A.**
Cochlear implants as a paediatric day surgery service. Cochlear Implants Int. 2010 Jun;11 Suppl 1:221-4 articles
- 29. N.Baitaille, F.Fleurette. La chirurgie ambulatoire Agence Nationale d'accélération et d'évaluation de la santé (ANAES) 1997**
- 30. Narinder.R** Postoperative pain treatment for ambulatory surgery Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology Vol. 21, No. 1, pp. 129 148, 2007
- 31. Lynch E.P., Lazor M.A., Gellis J.E., Oray J., Goldman L., Marcantonio E.R.**
The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. Anesth. Analg., 1998 : 86 : 781-785.
- 32. Kehlet H.**
Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br. J. Anaesth., 1997 : 78 : 606-617
- 33. De Lathouwer C, Pouiller JP.**
How much ambulatory surgery in the world in 1997and trends ?AmbulatorySurgery 2000 ; 8 : 191-210
- 34. M.Pouoard. Anesthésie ambulatoire**
EncyclMédChir, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0582,2002
- 35. J LangloysAnesthésie du patient ambulatoire.**
EncyclMédChir. Anesthésie Réanimation,36-635-A-10,2000
- 36. White P.F.**
Ambulatory anesthesia advances into the new millennium. Anesth. Analg., 2000 ; 90 : 1234-1235
- 37. Gupta A., Stierer T., Zuckerman R., Sakima N., Parker S.D., Fleisher L.A.**
Comparison of recovery profile after ambulatory anesthesia with propofol , isoflurane , sevoflurane and desflurane : a systemic review. Anesth. Analg. 2004 ; 98 : 632-634
- 38. Eger E.I. 2nd.**
New inhaled anesthetics. Anesthesiology. 1994 : 80 : 906-912.
- 39. Pavlin D.J., Rapp S.E., Polissar N.L. et al.**
Factors determining time to discharge after ambulatory surgery. Anesth. Analg., 1998 ; 87 : 816-826
- 40. Tang J., Chen L., White P.F. et al.**
Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy . Anesth. Analg. 2000 : 91 : 876-881.

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

41. Tang J., Chen L., White P.F. et al.

A use of propofol for office-based anesthesia: effect of nitrous oxide on recovery profile. J. Clin. Anesth. 1999 ; 11 : 226-230

42. Rego M., Watcha M.F., White P.F.

The changing role of monitored anesthesia care in the ambulatory setting. Anesth. Analg. 1997 ; 85 : 1020-1036

43. Song D., Greilich N.B., White P.F. et al.

Recovery profiles and costs of anesthesia for outpatient unilateral inguinal herniorrhaphy. Anesth. Analg., 2000 ; 91 : 876-881.

44. Kehlet H., White P.F.

Optimizing anesthesia for inguinal herniorrhaphy : general. Regional. Or local anesthesia? Anesth. Analg. 2001 ; 93 : 1367-1369

45. White P.F.

Practical issues in outpatient anaesthesia - Management of postoperative pain and emesis. Con. J. Anaesth. 1995 ; 7 : 1053-1055

46. Kahle W., Leonhards H., Platzer W.

Anatomie du système nerveux. Médecine et science. Flammarion. Paris. 1979 : 116-120.

47. Legent F., Perlemunter C., Quere M.

Nerfs crâniens et organes correspondants. Masson. Paris. 1990.

48. Lacroix G., Meaudre E., Prunet B., et al.

Appréciations de la place de l'anesthésie loco- régionale pour la prise en charge des plaies de la face aux urgences. Ann Fr Anesth Réanim 2010 ; 29 : 3-7

49. Junca A., Marret E., Goursot G., Mazoit X., Bonnet F.

A comparison of ropivacaine and bupivacaine for cervical plexus block. Anesth. Analg., 2001 ; 92 : 720-724.

50. Stajcic Z., Torodovic L.,

Blocks of foramen rotundum and the oval foramen : a reappraisal of extraoral maxillary and mandibular nerve injection BR. J. Oral. Maxillofac. Surg., 1997 ; 35(5) : 328-333.

51. Macaire P., Gaertner E., Capdevila X.

Continuous postoperative regional analgesia at home. Minerva Anesthesiol., 2001 ; 67 : 109-116

52. Casati A., Cappelleri G., Fanelli G., Borgui B., Aneslati D., Berti M., Torri G.

Regional anaesthesia for outpatient knee arthroscopy : a randomized clinical comparison of two different anaesthetic techniques. Acta Anaesthesiol. Scand., 2000 ; 44 : 543-547.

53. Langlois Anesthésie du patient ambulatoire.

Encycl Méd Chir. Anesthésie Réanimation, 36-635-A-10, 2000..

Qu'en est-il de la chirurgie ambulatoire en chirurgie maxillo-faciale.

- 54. 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
- 55. P. Charbonnet**
Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable Revue Médicale Suisse. 23 juin 2010
- 56. Korttila K. Aging,**
medical disease and outcome of ambulatory surgery. Current Opinion in Anesthesiology 1993;
6:546-549.
- 57. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27 (2008) 866-878**
- 58. Stephens J, Cruise A, Shaida A.**
Cochlear implants as a paediatric day surgery service. Cochlear
Implants Int. 2010 Jun;11Suppl 1:221-4articles
- 59. Jouffroy L, Président S, Bataille MJ, et al.**
Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire Comité
d'organisation Groupe de travail Question 1: Définitions Question 2 : Quels sont les critères
d'éligibilité à l'hospitalisation ambulatoire ? 2009:1-9.
- 60. Lau H, Lam B.**
Management of postoperative urinary retention: a randomized trial of in-out versus overnight
catheterization. ANZ J Surg 2004;74:658-61.
- 61. Tammela T, Kontturi M, Lukkarinen O.**
Postoperative urinary retention. I. Incidence and predisposing factors. Scand J Urol Nephrol
1986
;20:197-201.
- 62. Twersky R, Fishman D, Homel P.**
what happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. Anesth Analg
1997;84:319-24.
- 63. la chirurgie ambulatoire» Une enquête nationale. www.cram-pl.fr 22 décembre 2003**
- 64. la chirurgie ambulatoire» Une enquête nationale. www.cram-pl.fr 22 décembre 2003**
- 65. A. Didierjean, M. Meurice, G. Fouchier.**
Approche psychologique du patient opéré en chirurgie ambulatoire. Annales de
chirurgie, N°2, pages 111-116. 1995.
- 66. G. Bontemps**
Programme National Inter-Régimes. Enquête chirurgie ambulatoire/volet Synthèse et mise en
perspective. Revue Médicale de l'Assurance Maladie.
Numéro 4

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 210

سنة 2019

ماذا عن جراحة النهارية في جراحة الوجه والفكين؟

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 03/07/2019

من طرف

السيد : أحمانى أنس

المزداد في 20 مارس 1993 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

جراحة النهارية - جراحة الوجه والفكين - النظام الصحي -توصيات

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

ل.البوخاني

أستاذ في طب النساء و التوليد

السيد

ن.المنصوري

أستاذة في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

السيدة

م.البويهي

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل

السيد

م.الخيارى

أستاذة مبرزة في الإنعاش و التخدير .

السيدة

أ.أبو شادي

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

السيد

م.الكويشمي.

أستاذ في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

السيد