



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

Année 2018

Thèse N° 123

**La Prise en charge anesthésique du patient en  
hospitalisation ambulatoire (Chirurgie ambulatoire)  
Étude prospective à propos de 100 cas**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/05 /2018

PAR

Mme. **SOUKAINA BNI**

Née Le 17/09/1990

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

---

**MOTS-CLÉS**

Anesthésie Ambulatoire - chirurgie ambulatoire - hospitalisation ambulatoire  
Anesthésie en chirurgie ambulatoire

---

**JURY**

Mr. <b>D.TOUITI</b> Professeur agrégé d'Urologie	PRESIDENT
Mr. <b>Y. QAMOUSS</b> Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation	RAPPORTEUR
Mr. <b>I. K.KOULALI</b> Professeur agrégé de Traumato-Orthopédie	} JUGES
Mr. <b>A.ABOUCHADI</b> Professeur agrégé de Stomatologie et Maxillo-faciale	
Mr. <b>R.EL BARNI</b> Professeur agrégé de chirurgie générale	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك  
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ  
وأن أعمل صالحاً ترضاه  
وأصلح لي في ذريّتي  
إنّي تبّئت 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.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





*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
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique

BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

#### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirumaxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie

ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl Mrabih Rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirmaxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAHA Hicham	Pneumo-phtisiologie

AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo-phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation

GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



*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

*ALLAH*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance.*

*Aussi c'est tout simplement que je dédie cette thèse À ALLAH Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements Pour votre clémence et miséricorde. ...*

## À mes très chers parents

*Vous nous avez élevés dans l'honneur, la droiture et la dignité. Je souhaite que cette thèse vous apporte la joie de voir aboutir vos espoirs et j'espère avoir été digne de votre confiance. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez consentis pour notre éducation et notre bien être.*

### À PAPA

*À celui qui m'a tout donné sans compter, à celui qui m'a soutenu toute ma vie, à celui à qui je dois ce que je suis et ce que je serai. De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attentions. Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Tu as cru en moi quand j'ai perdu espoir, tu m'as hissée vers le haut quand j'ai baissé mes bras. Cher papa, tu es un homme de cœur, je ne suis pas la seule à l'affirmer. Tu m'as entourée d'attentions, orientée dans la vie ; tu m'as chérie et protégée. Je t'ai regardé en œuvres, papa, depuis toute petite J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offert, mais une vie entière ne suffirait aucunement. Ce modeste travail qui est avant tout le tien, n'est que la consécration de tes grands efforts, ton rêve le plus cher, le fruit de tes encouragements et tes immenses sacrifices. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu as fait la mienne. Puisse Dieu tout-puissant te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie. Je t'aime très fort, mon très cher papa, et j'espère que tu seras toujours fier de moi*

### À MAMAN

*Que serait ma vie sans toi maman ? Nourrie par tes qualités et enseignements, je ne peux être qu'heureuse. Tu m'as toujours comblé d'amour, de tendresse et d'affection. Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices... j'en suis reconnaissante. Les mots me manquent pour décrire la formidable mère que tu es. Puisse Dieu tout-puissant, t'accorder longévité et bonne santé, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je t'aime  
maman...*

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا  
كَمَا رَزَقْتَنِي صَغِيرًا  
سورة الاسراء، 24



## *À mon mari Riad toghzaoui*

*À ma moitié, ma source de bonheur, tu as été une source continue d'encouragement et d'amour. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ces années d'études en médecine depuis ma première année et ton soutien a été sans égal. Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, une vie sans goût si tu n'en fais pas partie, aux moments les plus difficiles, tu m'as épaulé et tu étais toujours à mes côtés. Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Tes sacrifices, ta présence, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir ce long chemin. Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin. Ma vie à tes côtés est remplie de belles surprises. Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait pas vu le jour. Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.*

## *À LA MEMOIRE DE MA SŒUR SIHAM*

*Tu es partie trop tôt, ton image demeure toujours présente à mon esprit. Tellement tu me manques ce jour-là. Aucune dédicace ne pourra traduire mon profond amour et gratitude pour tout l'amour et l'affection que tu m'as offerte, à mes yeux le symbole de l'extrême tendresse et l'éternel dévouement; tes encouragements et prières ont été pour moi source de réussite. Que le paradis soit ta demeure. Dieu bénit ton âme.*

## *À mes sœurs Saida, Salma, Nourhane et à mes frères : Youssef, Ahmed et Adam*

*Salma, la prunelle de mes yeux, Saida, la douce, au cœur si grand, Nourhane l'aimable, Youssef le tendre, Ahmed le généreux et Adam mon petit frère que j'adore.*

*Vous êtes un cadeau du ciel. Quoi que je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support, votre dévouement et indéfectible soutien, et vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie, de complicité, et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. Vous êtes la joie de ma vie. L'affection et l'amour fraternel que vous me portez m'ont soutenu durant mon parcours. J'espère que vous soyez fiers de votre sœur et que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous. Puisse Dieu le tout-puissant vous préserver du mal, vous combler de santé et de bonheur, et vous tracer le chemin que vous souhaitez. Que l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous aime énormément.*

## *À Mon neveu Jad*

*Parce que quand tu liras ceci dans 10 ans tu sauras à quel point je t'aime*

*À*

*ma nièce Achaimae et mes neveux : Iyad , Yahya , Yasser*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, Votre joie et votre gaieté me combleront de bonheur. Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.*



### **À ma chère copine Hafssa Nassoh**

*Tu es une petite bulle d'oxygène, je te remercie pour ton amitié qui double mes joies et a réduit mes peines chères à mon cœur. Je ne pouvais espérer une meilleure amie, sœur et confidente que toi et je te souhaite tout le bonheur du monde. Ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps est éternellement incassable. Ta présence à mes côtés pimente ma vie ; une vie sans goût si tu n'en fais pas partie. Grâce à toi, à ta sœur Meriem Nassoh, qui aujourd'hui devenue la mienne, je fais plus preuve de patience. Toute mon affection pour toi ainsi que toute ton admirable famille, que je remercie beaucoup. Votre amour pour moi est un don de Dieu. Vous m'avez toujours soutenue. Que la bonté de Dieu illumine votre chemin ma très chère. À nous ! À jamais !*

### **À la mémoire de ma belle-mère Halima TAQEF**

*Tu étais ma deuxième mère l'image que tu m'as laissée de toi est impérissable. Je te dédie ce travail et toute mon affection. J'aurais tant souhaité te voir présente aujourd'hui, et j'espère que tu es fière de moi là où tu es. Que ton âme repose en paix.*

### **À MON Beau-père Si MED EL KABIR TOGHZAOUI; Mes beaux-frères NASSIF et TARIQ et leurs épouses**

*Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

### **À MES AMIS ET AMIÈS**

*À Sarah Fellah : Mille mercis pour ta belle gentillesse et ta disponibilité ton soutien et aide témoignent de ta grande générosité  
Notre relation m'est précieuse merci d'être une telle amie.*

**À mes chères copines d'enfance (Hind Rachidi, Sarra Torjemen, Rajae el Moghazli et Nabila Raghieb, Ijja...), merci pour les agréables moments qu'on a passés ensemble, et pour la sympathie et l'affection que vous m'avez toujours porté qu'elles demeurent éternelles, puisse DIEU vous procurer bonheur, santé et réussite.**

*À NADA SEMMAR, ça fait bientôt une dizaine d'années qu'on se connaît. Le temps passe, fait de rires, de confidences, de surprises, nuits blanches, mais surtout de moments de bonheur partagés. J'ai passé à tes côtés des moments des plus agréables de ma vie, nous avons partagé nos peines et nos joies. Une amitié solide qui malgré les hauts et le bas reste toujours de marbre. Grâce à toi je fais plus preuve de patience. Tu as su me comprendre. Tu m'as toujours épaulé et soutenu. Chère je ne pourrai t'exprimer l'amour que je te porte que la bonté de Dieu illumine ton chemin ma chère À nous ! À jamais ! Jamais*



*À Rajae Ayad, Meriem Bahouch...*

*À la mémoire de Hamza Chaïb*

*À Yasmine Laraki : une très belle rencontre qui a donné naissance à une amitié en acier. Merci pour ta présence pour ton soutien et tous les bons moments qu'on a partagés et qu'on partagera. Merci pour ton amitié*

*À mes chers collègues : Mehdi Belkaïch, Med Amine el mansouri, Mouad el berrak, Jawad Bouabid, Yassine Bouchabaka, Adil Jahdaoui, Mehdi Zouaoui, ...*

*À mes chères : Imane bichri, Zaynab Boudhar, Basma Oumassoul, Chaynaz Rachid, Omnia Bencharef, Soukaina Khatem, Hajar Benrezzouk, ...*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. Sans vous, ces 8 années n'auraient pas eu le même goût... À mes yeux, vous êtes aussi beaux, forts et brillants que le soleil de Marrakech. Je vous dis merci d'avoir embelli ma vie, aujourd'hui et à jamais. Sachez que je vous aimerai toujours. En témoignage de tous nos moments, de l'amitié qui nous unit et des souvenirs que nous avons passés ensemble, à toutes les nuits blanches, les longues journées de travail et de durs labeurs. À tous nos éclats de rires. Je vous dédie ce travail en mémoire de tout ce qu'on a traversé que nul ne comprendra mieux que vous. Que notre fraternité reste éternelle.*

*À tous mes oncles et leurs épouses*

*À toutes mes tantes et leurs époux*

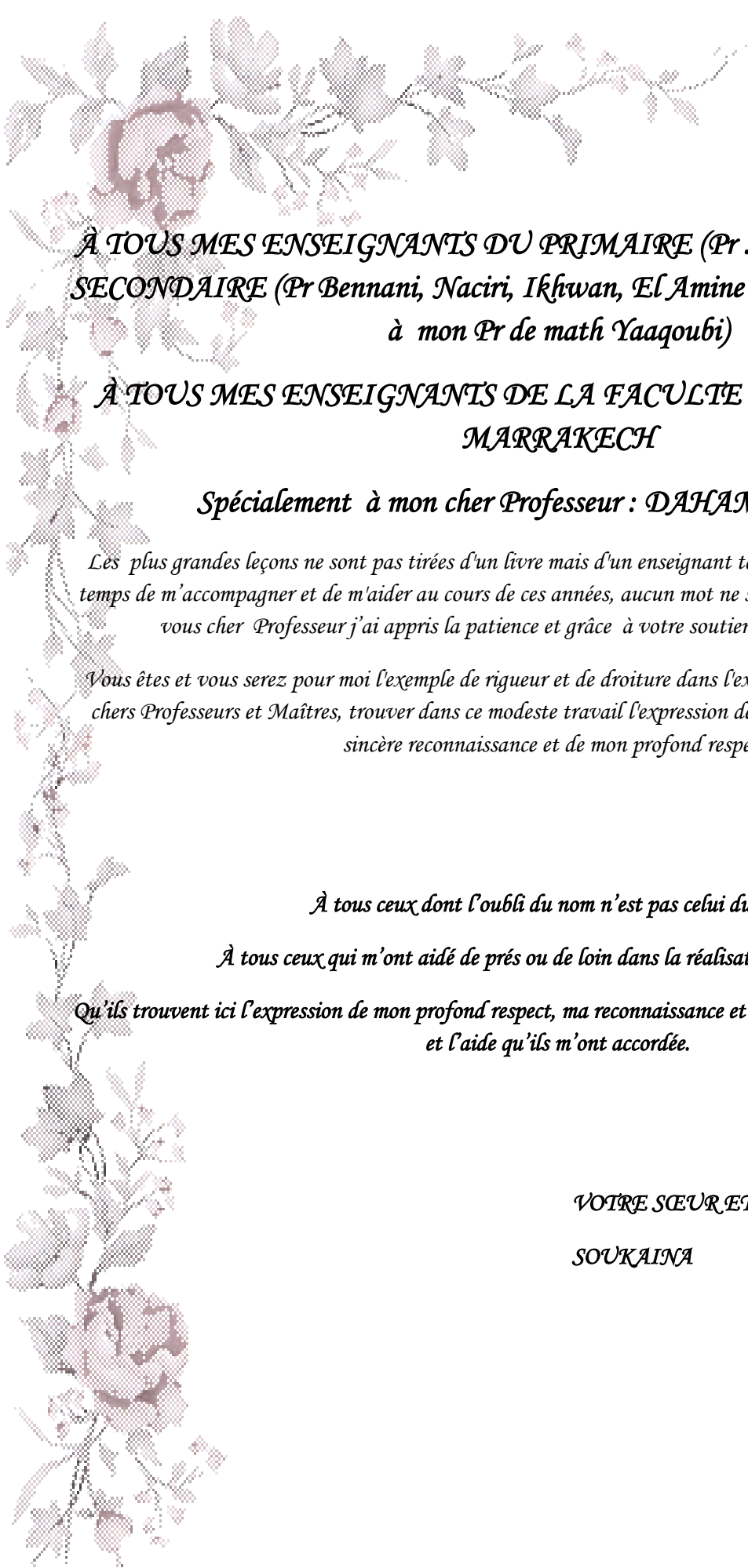
*À tous cousins et cousines*

*À Fariji Abdelilah et son épouse Meryem Boumadi*

*À Madame Marjorie Turc*

*À toute la famille BNI, BERRAD, NASSOH, EL HARI, EL MEZDI, à la famille TOGHZAOUI (ma belle famille)*

*J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse et d'être entourée de tous ces amis. Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, et la reconnaissance sincère que j'ai pour vous. Vos encouragements m'ont été d'un grand soutien. Vous m'avez donné de bons conseils et vous avez toujours été à l'écoute. En témoignage de mon amour et mon respect je vous dédie cette thèse. Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de bonheur, de santé et de longue vie.*



*À TOUS MES ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE (Pr. Ben Abed, Qermadi...) et  
SECONDAIRE (Pr Bennani, Naciri, Ikhwane, El Amine, Ikhsas, Mme Amina ...et  
à mon Pr de math Yaaqoubi)*

*À TOUS MES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE  
MARRAKECH*

*Spécialement à mon cher Professeur : DAHAMI ZAKARIA*

*Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous. Merci d'avoir pris le temps de m'accompagner et de m'aider au cours de ces années, aucun mot ne saura vous remercier autant. Avec vous cher Professeur j'ai appris la patience et grâce à votre soutien, ce travail a vu le jour.*

*Vous êtes et vous serez pour moi l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession. Veuillez, chers Professeurs et Maîtres, trouver dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.*

*À tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.*

*À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de mon profond respect, ma reconnaissance et mon estime pour l'encouragement et l'aide qu'ils m'ont accordée.*

*VOIRE SŒUR ET AMIE*

*SOUKAINA*



# *Remerciements*



À notre maître et président du jury de thèse :

Monsieur D. TOUITI Professeur agrégé d'Urologie

*Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de notre thèse. Durant toutes nos études, nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement et vos remarquables qualités humaines et professionnelles. Votre compétence, votre bienveillance, vos valeurs morales professionnelles font de vous un maître très attachant. Veuillez, Cher maître, trouvé dans ce modeste travail le témoignage de notre profond respect et notre sincère reconnaissance.*

À notre maître et rapporteur du jury de thèse :

Monsieur Y. QAMOUSS Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation

*Cher professeur j'ai eu la chance inouïe de passer dans votre service. J'ai pu découvrir vos nombreuses qualités : votre rigueur et perspicacité, votre prévenance, votre attention et votre minutie m'ont permis d'avancer avec assurance. Je me suis adressée à vous avec un grand plaisir dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vous étiez toujours présent, malgré vos obligations professionnelles, Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil, présent pour me guider, me corriger, m'apprendre et m'éclairer sur tous les aspects de notre travail, me donnant envie d'effectuer encore plus de travaux à vos côtés. Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.*

À notre maître et juge de thèse :

Monsieur I. K. KOULALI Professeur agrégé de Traumato-Orthopédie

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse. Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration. Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.*

À notre maître et juge de thèse :

Monsieur R. EL BARNI Professeur agrégé de chirurgie générale

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement de vous associer à notre jury de thèse. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles, vous nous avez toujours marqué par votre compétence. Homme de grandes valeurs, votre charisme, votre humilité et votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale. Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le dévouement et le profond respect que je porte envers vous. Votre présence m'honore. Veuillez trouver ici, professeur, l'expression de notre profond respect.*

À notre maître et juge de thèse

Monsieur A. ABOUCHADI Professeur agrégé de Stomatologie et Maxillo-faciale

*L'accueil que vous nous avez réservé et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous sont allés droit au cœur. Votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre gentillesse et votre conscience professionnelle font de vous un praticien exemplaire. Permettez-nous, de vous adresser ici nos sincères remerciements.*

À DR. ELGUAZZAR AHMED et à DR. FASSI FIRI JAWAD :

*Résidents au service de chirurgie générale et A DR. Bahi med et DR. Haji Kamal : Résidents au service de réanimation – Anesthésie et à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

*Merci pour vos conseils prodigieux, pour votre compétence et pour votre disponibilité. Nous vous remercions sincèrement pour l'aide précieuse et incomparable que vous nous avez prodigué. Recevez par cette thèse l'expression de notre grande admiration et de notre profonde gratitude.*



---

*Liste des Figures*



- Figure 1** : pourcentage de chirurgie ambulatoire au sein de l'HMA
- Figure 2** : Prévalence de la chirurgie ambulatoire au sein de chaque service par rapport au nombre total d'anesthésie en chirurgie ambulatoire.
- Figure 3** : La prévalence de chirurgie ambulatoire dans chaque service
- Figure 4** : nombre de patients inclus dans l'étude selon chaque service.
- Figure 5** : ATCDS des patients admis pour anesthésie en chirurgie ambulatoire.
- Figure 6** : La tranche d'âge concernée par la chirurgie ambulatoire.
- Figure 7** : répartition des patients de la chirurgie ambulatoire selon le sexe.
- Figure 8** : Rôle de l'anesthésie en chirurgie ambulatoire
- Figure 9** : La classification ASA des patients admis pour anesthésie en chirurgie ambulatoire
- Figure 10** : La pratique de l'anesthésie en chirurgie ambulatoire
- Figure 11** : le délai entre CPA et l'anesthésie.
- Figure 12** : Type d'anesthésie en chirurgie ambulatoire dans les différents services inclus dans l'étude.
- Figure 13** : Les différents types d'anesthésie en chirurgie ambulatoire.
- Figure 14** : Intervalle de temps entre l'anesthésie pour chirurgie ambulatoire et la sortie du patient.
- Figure 15** : Durée du trajet entre le lieu de résidence des patients et l'hôpital
- Figure 16** : Nombre de patient quittant l'hôpital le jour même de l'intervention après ACA
- Figure 17** : présence d'accompagnant.
- Figure 18** : les effets indésirables post opératoires
- Figure 19** : Indice de satisfaction des patients opérés en ambulatoire
- Figure 20** : état de lieu de pratique d'anesthésie en chirurgie ambulatoire en 2002.
- Figure 20'** : : Etat des lieux de CA : Pays développés
- Figure 21** : Historique de chirurgie ambulatoire en France
- Figure 22** : Taux de chirurgie ambulatoire observé 2011–2015 et objectifs 2016–2020

**Figure 23** : Les différentes étapes parcourues par le patient du diagnostic à sa sortie de l'hôpital

**Figure 24** : modèle de centre intégré

**Figure 25** : modèle du centre autonome

**Figure 26** : modèle du centre dépendant

**Figure 27** : évolution de la chirurgie ambulatoire par type de structures aux États-Unis.

**Figure 28** : montrant le parcours du patient en chirurgie ambulatoire

**Figure 28'** : un autre exemple de parcours du patient en ambulatoire

**Figure 29** : cholécystectomie réalisée en ambulatoire sous anesthésie générale

**Figure 30** : technique d'anesthésie locale en CA pour cataracte (sous ténonienne) montrant le site d'introduction de l'aiguille.

**Figure 31** : Photographie de technique d'anesthésie par bloc axillaire échoguidé pour chirurgie de la main à l'hôpital HMA

**Figure 32** : Photographie d'anesthésie en ambulatoire par rachianesthésie pour une cholécystectomie réalisée à l'hôpital HMA



*TABLEAUX*



- Tableau I** : liste des actes opératoires réalisés en ambulatoire dans notre série.
- Tableau II** : état de lieu de chirurgie ambulatoire en 2010.
- Tableau III** : état de lieu de la chirurgie ambulatoire selon Uziel 2017
- Tableau IV** : développement de la chirurgie ambulatoire en France
- Tableau V** : Les principales techniques ou indications médicales en chirurgie ambulatoire
- Tableau VI** : comparaison entre les taux de chirurgie ambulatoire avec les résultats de la littérature
- Tableau VII** : le protocole anesthésique chez les patients opérés en ambulatoire à l'hôpital HMA
- Tableau VIII** : Avantages et inconvénients de propofol
- Tableau IX** : comparaison de type d'anesthésie utilisé France et HMA
- Tableau X** : comparaison des effets indésirables post opératoire en fonction de la littérature
- Tableau XI** : comparaison des résultats du niveau de satisfaction des patients



*ABRÉVIATIONS*



AA : Anesthésie générale  
ACA : Anesthésie pour chirurgie ambulatoire  
AG : Anesthésie générale  
ALR : Anesthésie locorégionale  
ALRIV : Anesthésie locorégionale intraveineuse  
ATCDS : Antécédents  
ASA : American society of anesthesiology  
AIOVC : Anesthésie intraveineuse à objectif de concentration  
BPCO : Broncho pneumopathie obstructive  
CA : Chirurgie ambulatoire  
CPA : consultation pré anesthésique  
Chirur : chirurgicale  
HC : hospitalisation conventionnelle  
HMA : Hôpital militaire Avicenne  
HTA : Hypertension artérielle  
Interv : intervention  
NVPO : Nausée vomissement post opératoire  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PEC : prise en charge  
RA : Rachianesthésie  
SAOS : Syndrome d'apnée de sommeil  
SAO2 : Saturation en oxygène  
SSPI : Salle soins post intervention  
Tm : tumeur



*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
I. Généralités.....	<b>2</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODE</b> .....	<b>4</b>
I. Présentation de l'étude.....	<b>5</b>
1. Introduction à la Problématique.....	<b>5</b>
2. Définition de la problématique.....	<b>5</b>
II. Stratégie du travail.....	<b>6</b>
1. Objectif du travail.....	<b>6</b>
2. Type de l'étude.....	<b>6</b>
3. Questions de la recherche.....	<b>6</b>
III. Stratégie opérationnelle.....	<b>7</b>
1. Le champ d'étude et la population cible.....	<b>7</b>
2. Outils d'analyse.....	<b>7</b>
3. Méthode d'analyse des données.....	<b>8</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>9</b>
I. Recueil des données.....	<b>10</b>
1. Prévalence de chirurgie ambulatoire à l'HMA.....	<b>10</b>
2. Pourcentage (CA) dans chaque service par rapport à la totalité des actes opératoires en ambulatoire.....	<b>10</b>
3. la prévalence de (CA) dans chaque service.....	<b>11</b>
4. Nombre de patients inclus dans l'étude selon chaque service.....	<b>12</b>
5. Antécédents (ATCDS).....	<b>13</b>
6. La tranche d'âge concernée par la (CA).....	<b>13</b>
7. la répartition selon le sexe.....	<b>14</b>
8. Rôle de l'anesthésie en CA.....	<b>15</b>
9. la classification ASA des patients admis pour une ACA.....	<b>15</b>
10. la CPA.....	<b>16</b>
11. Délai entre CPA et AA.....	<b>17</b>
12. Type d'anesthésie pour (CA).....	<b>17</b>
13. Les différents types d'anesthésies en CA.....	<b>18</b>
14. Intervalle de temps entre anesthésie et sortie.....	<b>19</b>
15. La durée du trajet entre le lieu de résidence des patients et l'hôpital.....	<b>19</b>
16. Malade quittant l'hôpital le jour même.....	<b>20</b>
17. Présence ou non d'accompagnant.....	<b>21</b>
18. les effets indésirables post opératoires.....	<b>21</b>
19. La satisfaction.....	<b>22</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
I. Définitions – Historique.....	<b>25</b>
1. Définitions.....	<b>25</b>
2. Historique évolution de la chirurgie ambulatoire :.....	<b>26</b>
II. Analyses des données.....	<b>31</b>

III. Structures ambulatoires .....	33
1. Centres intégrés.....	33
2. Centres autonomes .....	34
3. Centres indépendants .....	35
4. Centres satellite .....	37
IV. Les critères de sélection .....	38
1. Critères médicaux .....	38
2. Critères psychosociaux et environnementaux .....	43
3. Etats des patients .....	43
V. les actes en chirurgie ambulatoire .....	45
1. Consultation pré-anesthésique .....	48
2. Examen clinique.....	48
3. Bilan préopératoire.....	49
4. Préparation psychologique .....	49
5. Jeûne préopératoire .....	49
6. Prémédication .....	50
VI. Visite pré anesthésique .....	50
VII. L'anesthésie.....	52
1. L'Anesthésie générale (AG) .....	53
2. Anesthésie locorégionale .....	58
3. Anesthésie locale .....	59
4. Sédation.....	61
5. Bloc périphériques.....	61
6. Rachianesthésie (RA) .....	64
7. Anesthésie péridurale : .....	65
8. Anesthésie caudale .....	65
9. Anesthésie locorégionale intraveineuse (ALRIV) .....	65
VIII. Période post opératoire .....	66
1. Salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) .....	67
2. Scores de réveil .....	67
3. Surveillance en salle de repos .....	68
IX. La sortie .....	68
1. Scores d'aptitude à la rue .....	69
2. consignes pour le patient .....	69
3. Le jeûne et de la reprise postopératoire des boissons .....	70
4. La problématique de l'accompagnant .....	70
X. complications post opératoires ou risque de ré hospitalisation .....	71
1. Complications anesthésiques .....	73
2. Complications chirurgicales .....	74
3. Complications médicales .....	74
4. Autres causes de réadmission.....	74
XI. Organisation du suivi post opératoire à domicile .....	74
1. Le rappel téléphonique du lendemain.....	74
2. Permanence téléphonique .....	75

3. Rôle du médecin traitant .....	75
XII. Les moyens d'évaluation de la chirurgie ambulatoire.....	76
1. Les actes marqueurs .....	76
2. Le rappel téléphonique du lendemain .....	76
3. La déclaration d'incident après le retour à domicile.....	76
4. Les enquêtes de satisfaction.....	76
XIII. Responsabilité en anesthésie ambulatoire .....	78
XIV. Développement de l'ACA .....	78
XV. Organisation de la CA a l'hôpital HMA Marrakech .....	79
XVI. Avantages et limites de l'étude .....	81
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>86</b>
<b>RÉSUMÉS.....</b>	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>110</b>



# *INTRODUCTION*



## I. Généralités

De nos jours, le thème de la santé prédomine les recherches actuelles au point de représenter l'une des essentielles préoccupations communément exprimées au sein de nos sociétés. La santé a bel et bien évolué notamment sur le plan financier d'une part, où l'on constate des traitements et des matériels perfectionnés de plus en plus exorbitants et coûteux , d'autre part , la forte demande aux soins qui est l'une des conséquences de la vie moderne, et ceci ne doit ni retarder ni entraver la prise en charge .

Ainsi, de nombreux pays ont cherché à faire face à ces nouvelles exigences par le raccourcissement des durées de séjour en hospitalisation complète et par la mise en place d'une autre alternative à l'hospitalisation.

Grâce au développement de l'anesthésie et de la chirurgie que cela s'est traduit l'immersion de la chirurgie ambulatoire (CA).

L'anesthésie pour la chirurgie ambulatoire ne constitue ni une nouvelle technique ni un nouveau concept architectural, il s'agit d'un renouvellement organisationnel avec une prise en charge spécifique se substituant à l'hospitalisation traditionnelle, permettant la sortie du patient le jour même de son intervention.

Cette pratique innovante procure au patient plusieurs avantages, entre autres, un meilleur confort et une diminution des risques d'infection nosocomiale, sans pour autant oublier son grand apport économique pour le système de la santé.

« Elle permet une récupération rapide, conduisant à une décharge et une reprise précoce. Récemment, avec le développement de techniques chirurgicales minimalement invasives et d'anesthésie à action brève, l'utilisation de la CA a grandi rapidement. De plus, comme ses indications se sont élargies, les méthodes chirurgicales sont devenues plus complexes et le

nombre de comorbidités a augmenté. »(1)

Notre travail consiste en une description et une analyse de l'état des lieux de la chirurgie ambulatoire en évaluant son organisation , ses particularités de prise en charge anesthésiques , ses complications et ses incidents ainsi que l'incitation à sa mise en place dans notre pratique courante à travers une étude prospective , analytique , basée sur l'exploitation du registre des patients opérés et hospitalisés à l'hôpital militaire Avicenne au sein des services suivants (ORL ,Ophtalmologie ,Maxillo-faciale ,Traumatologie ,Urologie ,Viscérale) sur une période de 11 mois



---

*MATÉRIELS*  
*ET*  
*MÉTHODES*



---

## **I. Présentation de l'étude**

### **1. Introduction à la Problématique**

La (CA) est une hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, cela inclut l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques. La prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire est un concept d'organisation, centré sur le patient. L'organisation de l'hospitalisation ambulatoire a pour objectif d'optimiser le séjour du patient au strict temps utile et nécessaire dans la structure, ceci est le fruit d'une dynamique collective reposant sur une optimisation de l'organisation des équipes et de la gestion des flux hospitaliers (flux patients, professionnels de santé, logistiques...) qui doit respecter les bonnes pratiques de l'anesthésie. Elle est source d'efficience (meilleure qualité de soins, économies de temps et de ressources), cela implique la réalisation des actes techniques par des praticiens (anesthésistes et opérateurs) expérimentés. Elle est devenue une priorité nationale et constitue un levier majeur d'optimisation de l'offre de soins.

### **2. Définition de la problématique**

Suite à plusieurs études effectuées au cours de l'exploitation des données, nous avons constaté :

- ✓ L'absence des centres hospitaliers dédiés exclusivement à la CA.
- ✓ Le taux de l'ambulatoire effectué dans les centres hospitaliers est certes assez remarquable mais il reste minime en comparaison avec ce qui est réalisé en France et encore moins aux Etats-Unis.

Force est de constater que la problématique est la suivante :

- En prenant en compte la compétence de nos médecins et la forte collaboration entre les acteurs du corps médical, comment est-ce qu'on pourrait créer des établissements autonomes spécialisés en ambulatoire ?

- Du moment que le taux de la pratique de l'ambulatoire n'est pas négligeable malgré toutes les contraintes structurelles, organisationnelles et budgétaires pourquoi ne pas se donner tous les moyens pour pouvoir augmenter ce taux ?

## **II. Stratégie du travail**

### **1. Objectif du travail**

Le but de ce travail est d'aborder l'anesthésie en chirurgie ambulatoire (ACA) sous tous ses aspects, en allant au-delà des chiffres, en l'inscrivant dans la réalité locale, de discuter des points spécifiques influents son développement, par une recherche d'information à partir de sources variées, et notamment en donnant la parole aux acteurs de terrain.

### **2. Type de l'étude**

Etude de prévalence prospective, analytique et descriptive basée sur un travail qui date de 11 mois allant de juillet 2017 jusqu'au mois de mai 2018 aux différents services de chirurgie (ORL, ophtalmologie, maxillo-faciale, traumatologie, viscérale, urologie) des patients opérés à froid, pour une description de la situation et avoir des informations précises sur le mode d'organisation de cette pratique au sein de l'Hôpital militaire Avicenne (HMA) également, élaborer un mode structural de cette discipline et savoir ses avantages, ses inconvénients et son organisation.

### **3. Questions de la recherche**

Dans le contexte de la problématique de ce sujet ou de ce mode d'anesthésie : les principales interrogations portent sur :

- ✓ la place de l'ACA actuelle et dans l'avenir dans le système de soins ?
- ✓ son organisation, avantages, inconvénients et contre-indication ?
- ✓ la nature de l'offre sur le plan des structures, la coopération des patients ?

- ✓ l'adaptation de cette offre à la demande, aux besoins ?
- ✓ les aspects financiers, tarification, rentabilité ?
- ✓ le vécu des acteurs de soins ?
- ✓ les flux de patients, leur influence ?
- ✓ les perspectives de développement, les obstacles ?
- ✓ l'orientation, la stimulation de l'activité ?

### **III. Stratégie opérationnelle**

#### **1. Le champ d'étude et la population cible**

- \* L'Hôpital Militaire Avicenne(HMA)
- \* Le personnel (médecins) et les patients candidats pour une (CA)
- \* Les services inclus dans l'étude : ORL, OPHTALMOLOGIE, MAXILLO-FACIALE, TRAUMATOLOGIE, UROLOGIE, VISCERALE.
- \* Patients hospitalisés dans les différents services si dessus candidats de CA.

#### **2. Outils d'analyse**

L'utilisation des documents : afin d'avoir une source d'information sur l'anesthésie ambulatoire (AA) pratiquée dans des pays tels que la France et les Etats-Unis, pour la bonne maîtrise de la pratique dans ce domaine et avoir une orientation pratique au Maroc.

Pour faciliter notre étude nous avons opté pour le questionnaire de la fiche d'exploitation: dans le but de pouvoir évaluer les écartements entre la situation actuelle de la pratique de l'AA et la génération de cette pratique par les professionnels.

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

La fiche d'exploitation regroupait :

- Nom du service
- IP du patient
- Le sexe
- L'âge
- Lieu de résidence
- Niveau socio-économique
- Mutuelle
- Antécédents
- Type d'intervention
- Etat général du patient
- Consultation pré anesthésique
- Délai entre consultation pré anesthésique et chirurgie ambulatoire Type d'anesthésie
- Incident per opératoire
- Intervalle entre anesthésie geste et sortie
- Présence d'accompagnant
- Contrôle après l'acte chirurgical

### **3. Méthode d'analyse des données**

Il s'agit des techniques quantitatives :

- La vérification des données collectées.
- La présentation des données sous forme de graphiques, schémas et tableaux.
- L'évaluation statistique des données.
- Le commentaire et l'interprétation des données de l'évaluation afin d'en élaborer des conclusions.



---

*RÉSULTATS*

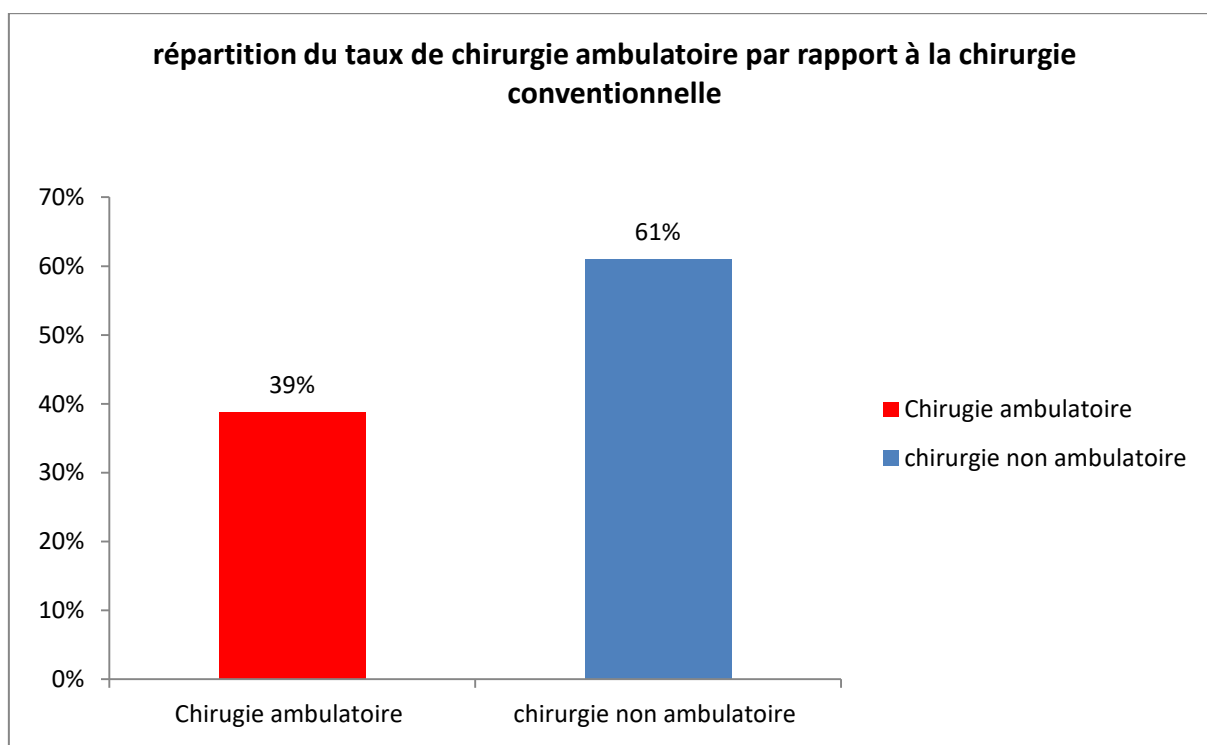


---

## I. Recueil des données :

### 1. Prévalence de chirurgie ambulatoire à l'HMA

On note que la (CA) préoccupe un taux de 39% et la chirurgie non ambulatoire 61%, ceci est noté dans les services inclus dans l'étude pendant une durée de 11 mois.



**Figure 1 : pourcentage de chirurgie ambulatoire au sein de l'HMA**

### 2. Pourcentage (CA) dans chaque service par rapport à la totalité des actes opératoires en ambulatoire

D'après le graphique ci-dessous on note que durant la période d'étude le service de maxillo-faciale et d'ophtalmo préoccupent un pourcentage respectivement 37,15% et 35,87% soit une valeur de 73% de l'ensemble des patients opérés en ambulatoire.

Le reste du pourcentage est réparti entre les 4 services comme suit :

- Traumatologie : 11,83%.
- Urologie : 6,37%
- ORL : 4,85%
- Viscérale : presque 4%

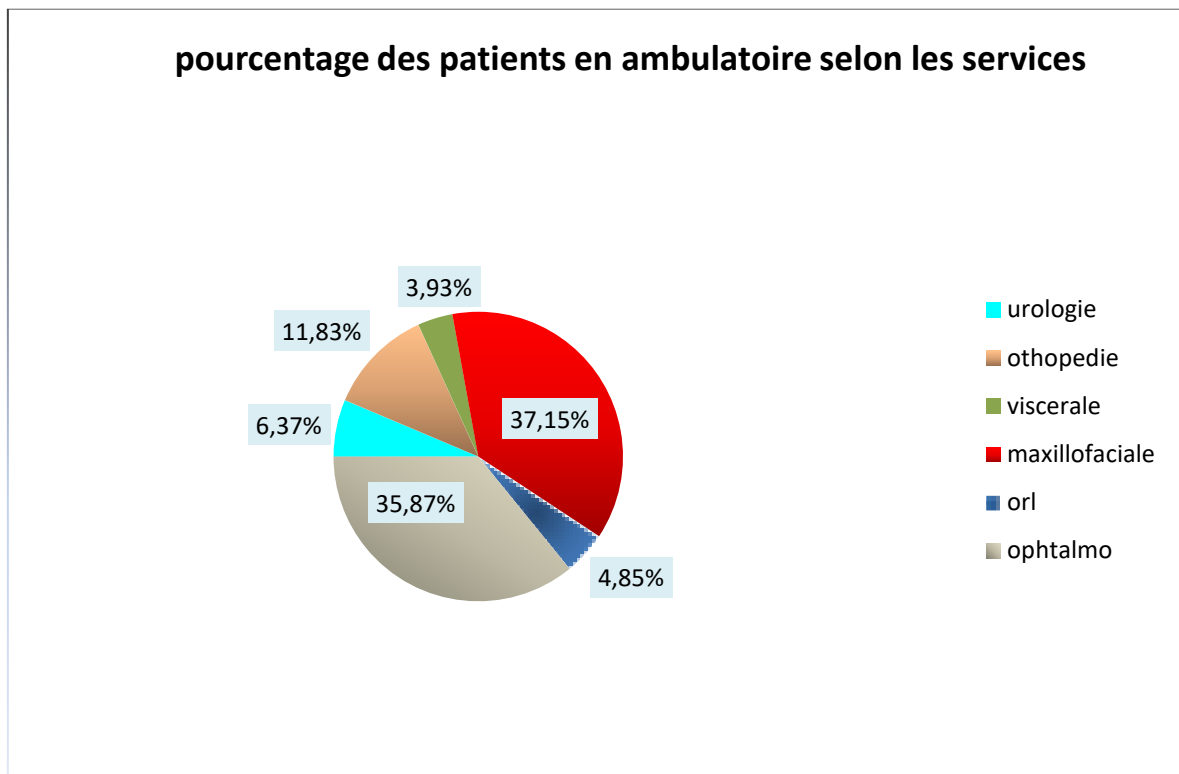


Figure 2 : Prévalence de la chirurgie ambulatoire au sein de chaque service par rapport au nombre total d'ACA.

### 3. la prévalence de (CA) dans chaque service

Dans ce graphique on constate que la prévalence maximale de l'ambulatoire est noté dans le service maxillo-facial, puisque 60% de ses actes chirurgicaux sont en ambulatoire .

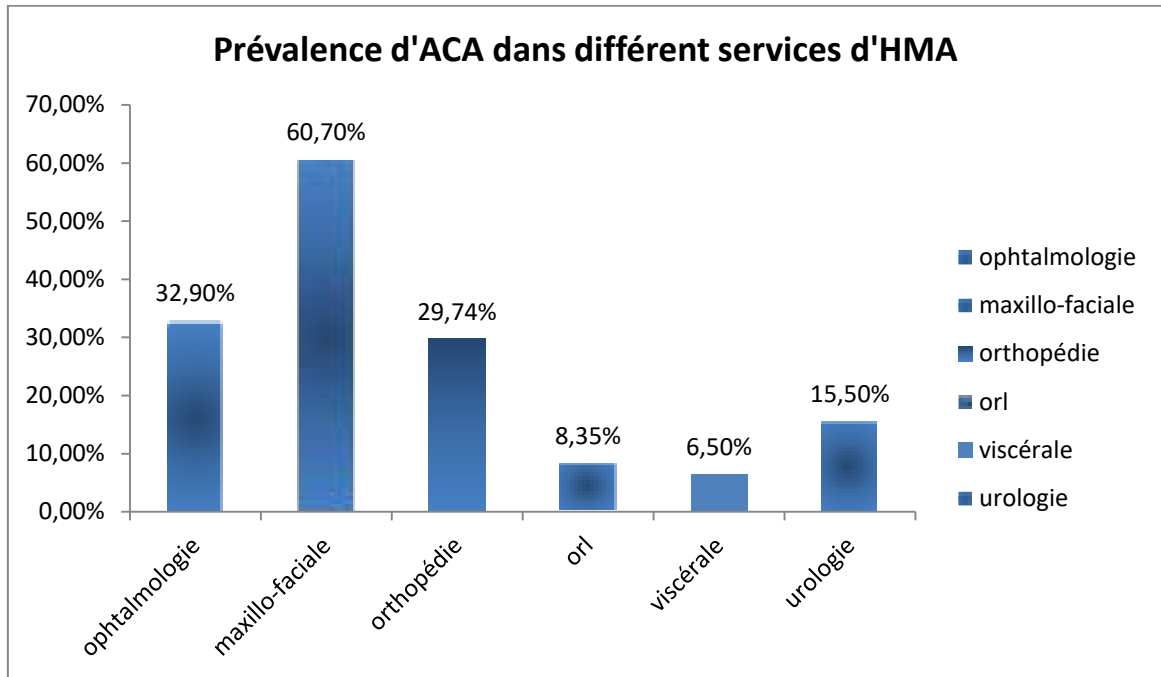


Figure 3 : La prévalence de chirurgie ambulatoire dans chaque des services

#### 4. Nombre de patients inclus dans l'étude selon chaque service

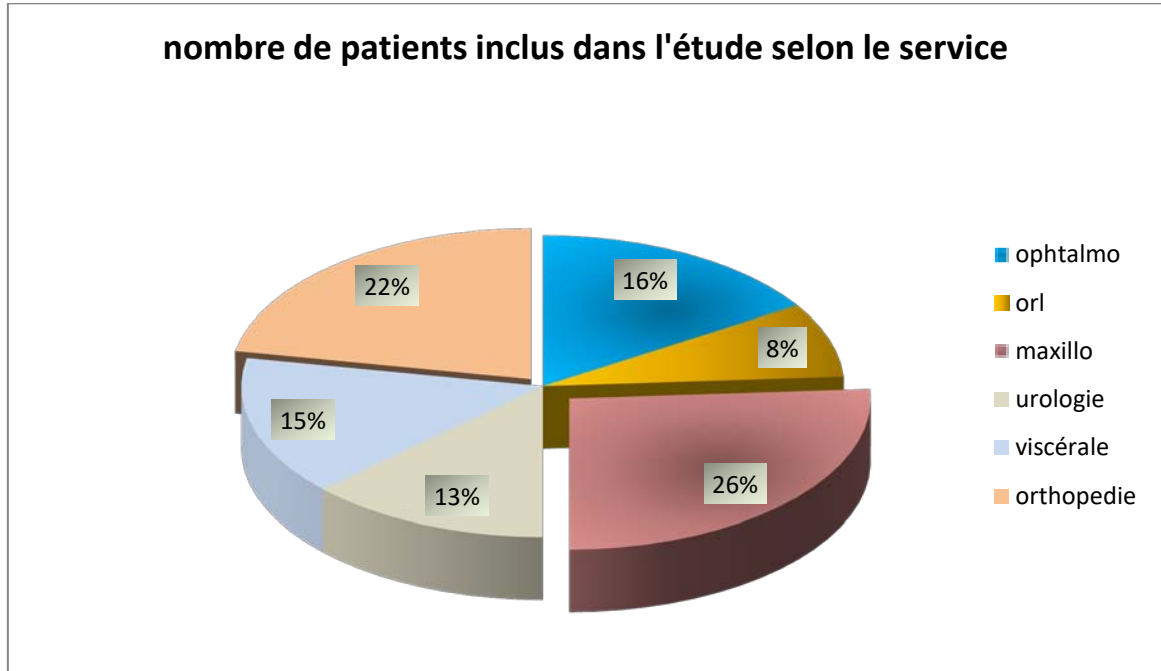
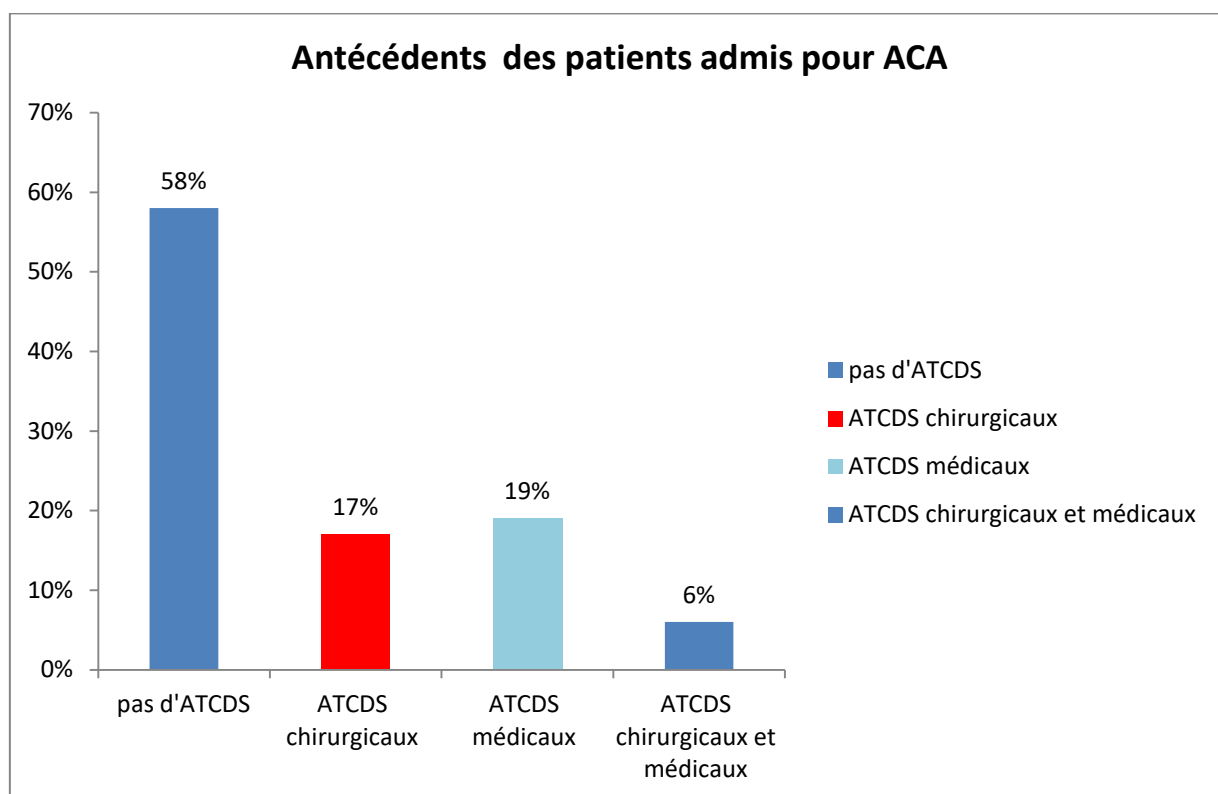


Figure 4 : nombre de patients inclus dans l'étude selon chaque service.

## 5. Antécédents (ATCDS)

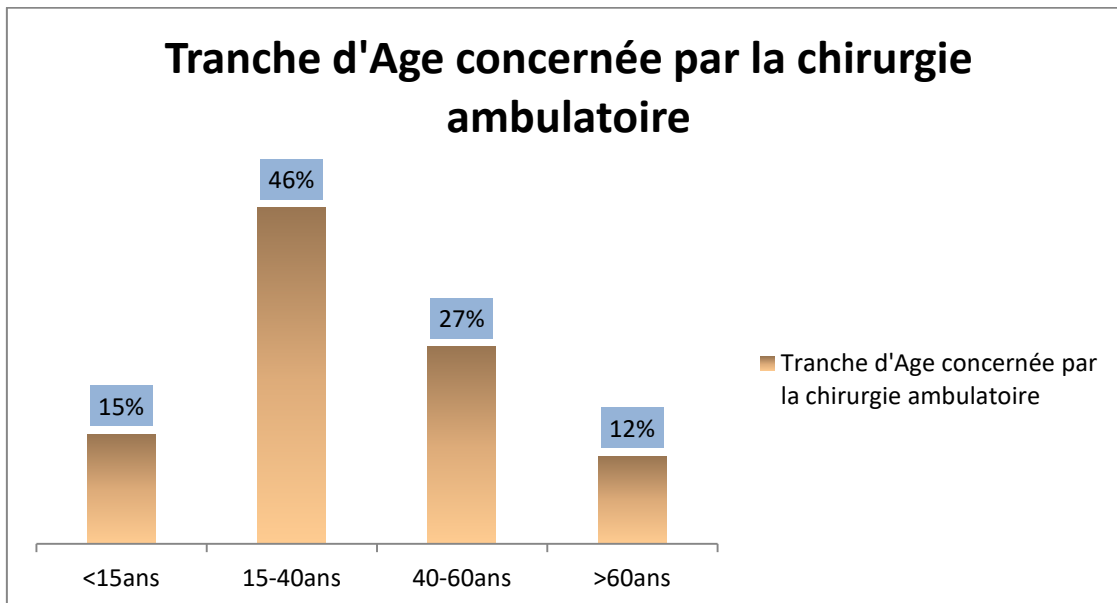
Il est à signaler qu'à travers le graphique ci-dessous que 58% des patients opérés n'ont aucun antécédent, 17% parmi eux ont des antécédents chirurgicaux, 19% ont des antécédents médicaux et 6% ont les deux (médicaux et chirurgicaux).



**Figure 5 : ATCDS des patients admis pour ACA.**

## 6. La tranche d'âge concernée par la (CA)

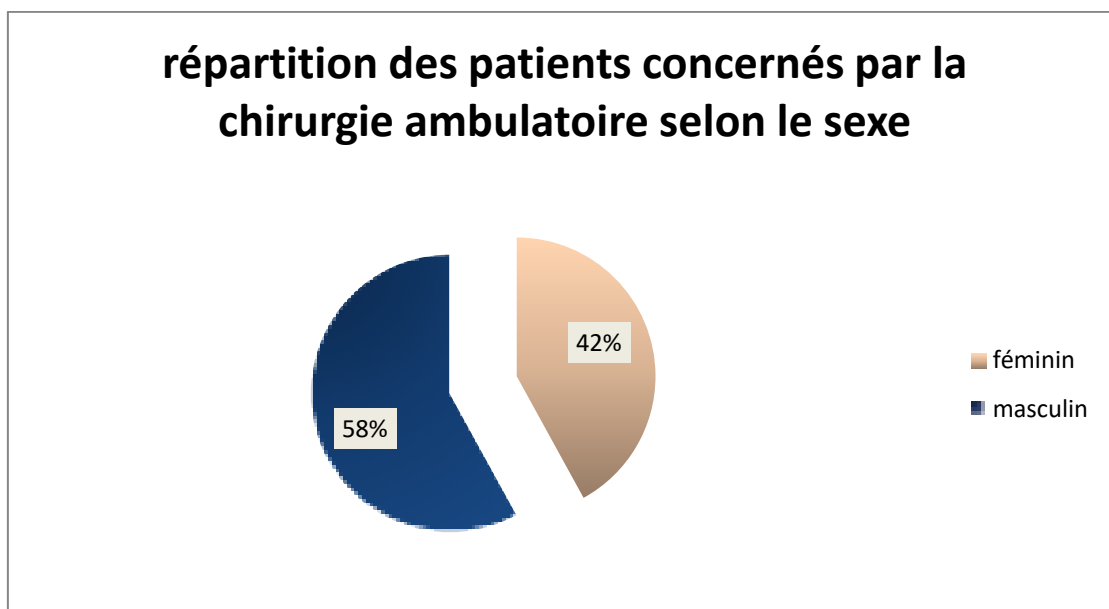
Pour la tranche d'âge on note une prédominance des personnes entre 15 - 40 ans soit (46%), entre 40 - 60 ans dont le taux est (27%) et presque 15 % pour les enfants moins de 15 ans ainsi que les personnes âgées.



**Figure 6 :** La tranche d'âge concernée par la chirurgie ambulatoire.

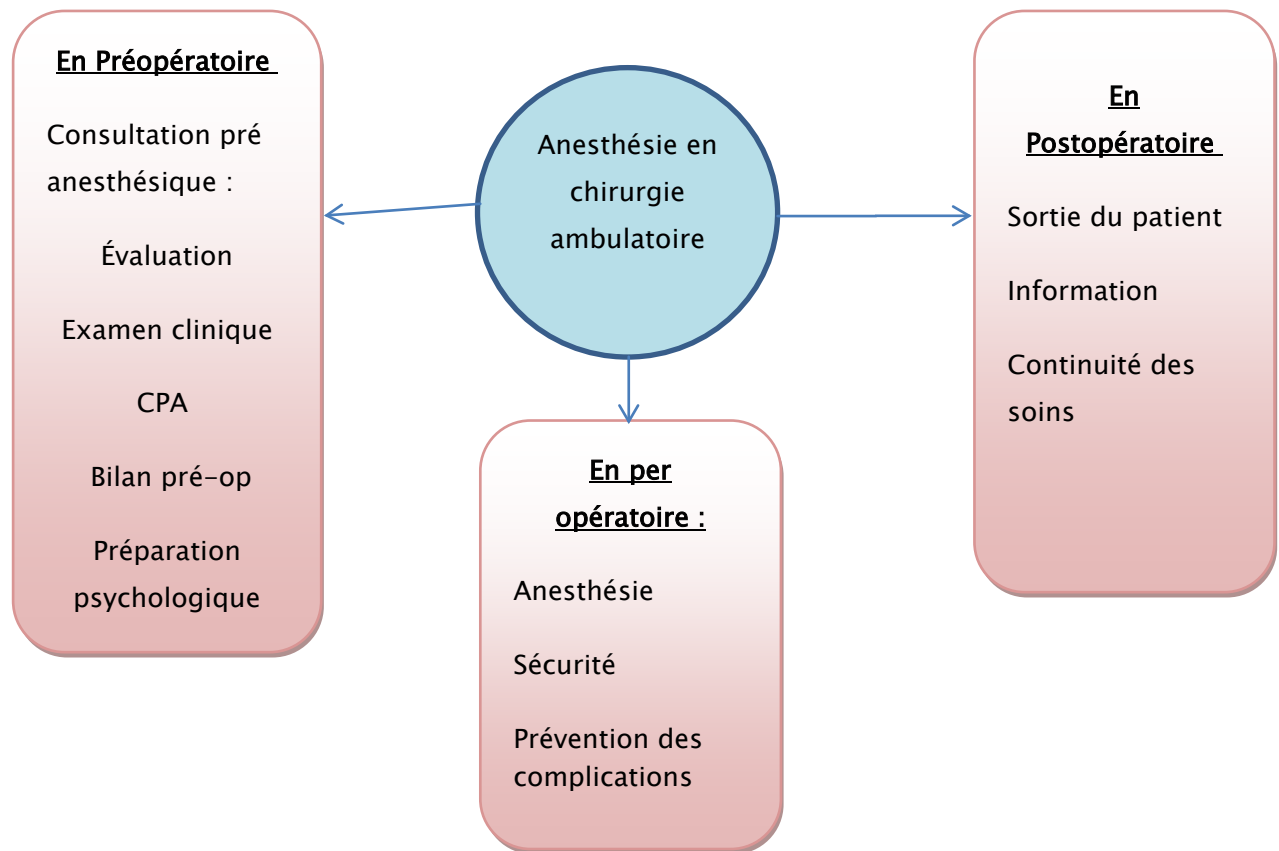
## 7. la répartition selon le sexe

On constate une légère prédominance des sujets de sexe masculin (58%) parmi les sujets concernés par l'ACA.



**Figure 7 :** répartition des patients de la chirurgie ambulatoire selon le sexe.

## 8. Rôle de l'anesthésie en CA



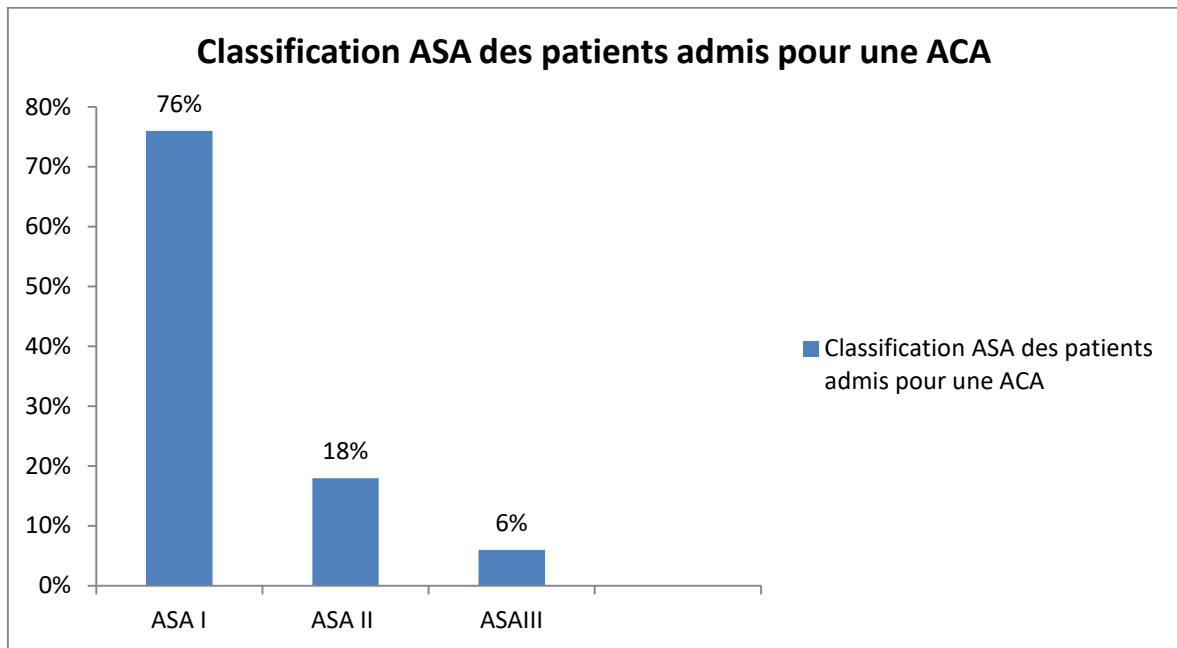
**Figure 8 : Rôle de l'anesthésie en CA**

## 9. la classification ASA des patients admis pour une ACA

Dans notre série les patients concernés par l'ACA sont surtout classés ASA I soit un taux de 76% ;

On note aussi que 18% des patients classés ASAII ont été opérés.

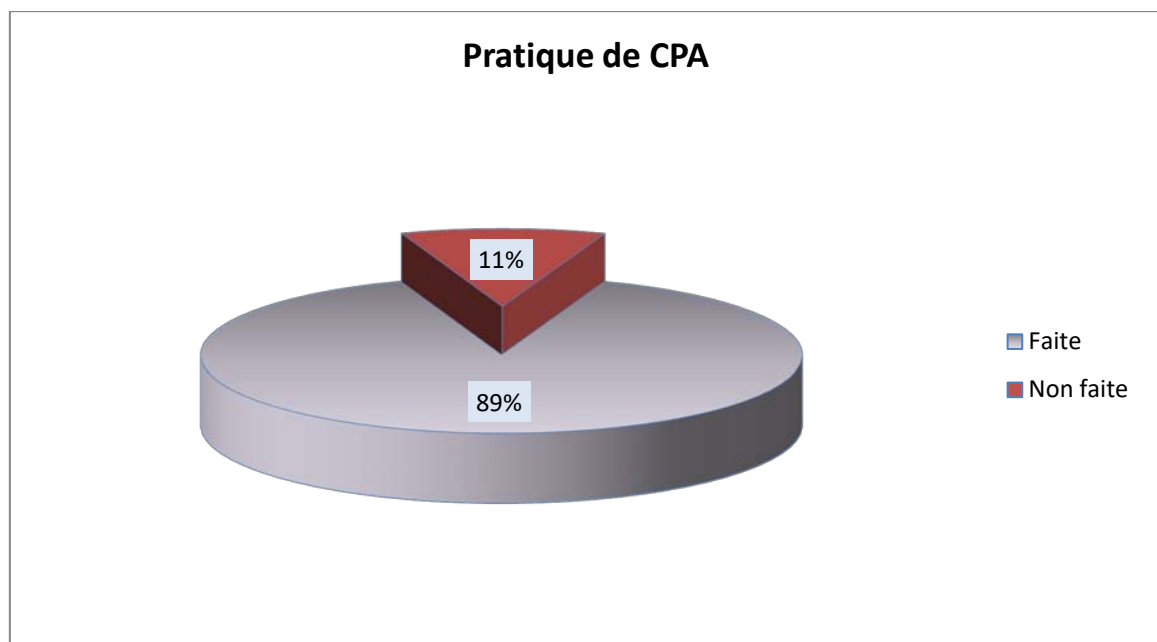
Ainsi que 6% des patients classé ASA III ont été concerné par l'ACA.



**Figure 9:** La classification ASA des patients admis pour ACA

## 10. la CPA :

La CPA est faite, chez 89 % des patients le reste est de 11% ne l'a pas effectuée.

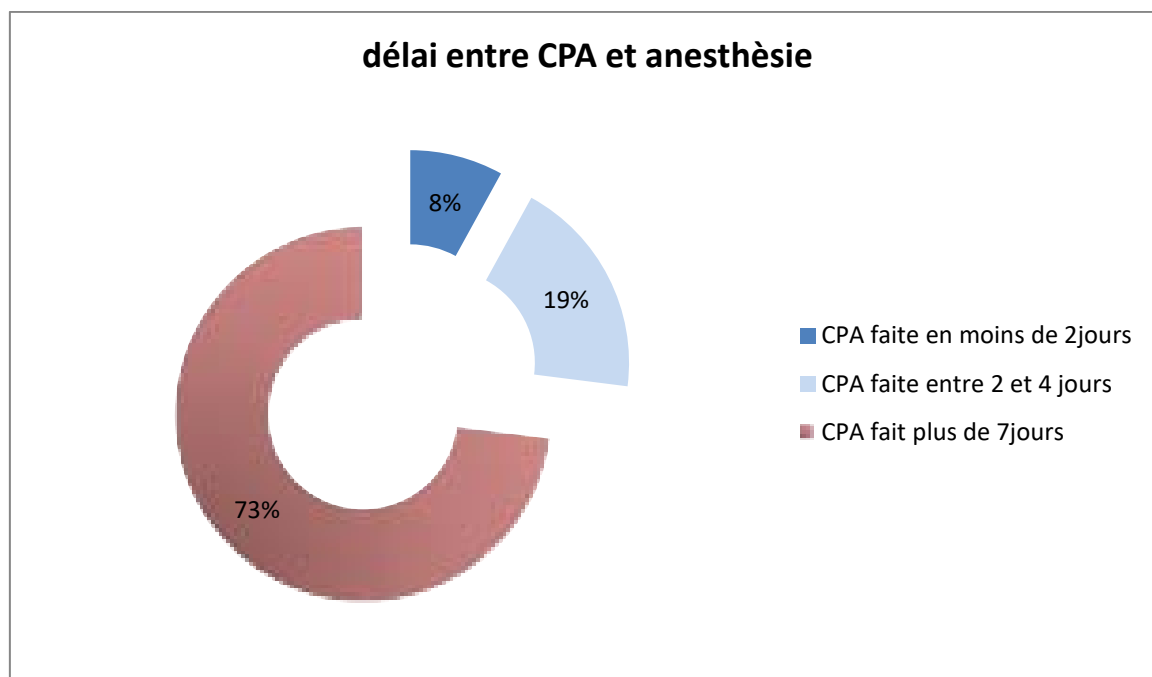


**Figure 10 :** La pratique de l'ACA.

## 11. Délai entre CPA et AA

On constate que CPA est pratiquée :

- En plus de 7 jours : chez 72% des patients
- Entre 2 et 4 jours : chez 19% des patients
- Et 8% seulement pour les CPA faites en moins de 2 jours.



**Figure 11:** le délai entre CPA et l'anesthésie.

## 12. Type d'anesthésie pour (CA)

L'anesthésie locale est effectuée chez la moitié des personnes en (CA)

L'anesthésie locale plus la sédation chez 24% des patients.

L'anesthésie générale chez 14% des patients, tandis que la rachianesthésie représente 4 % des anesthésies utilisées en (CA).

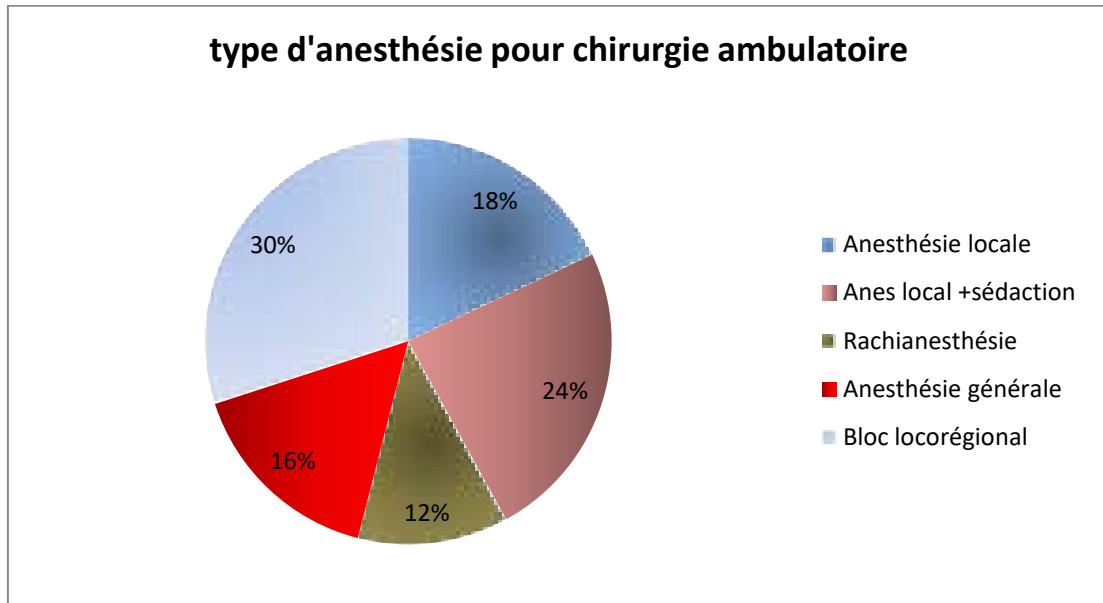


Figure 12: Type d'anesthésie en CA dans les différents services inclus dans l'étude.

### 13. Les différents types d'anesthésies en CA.

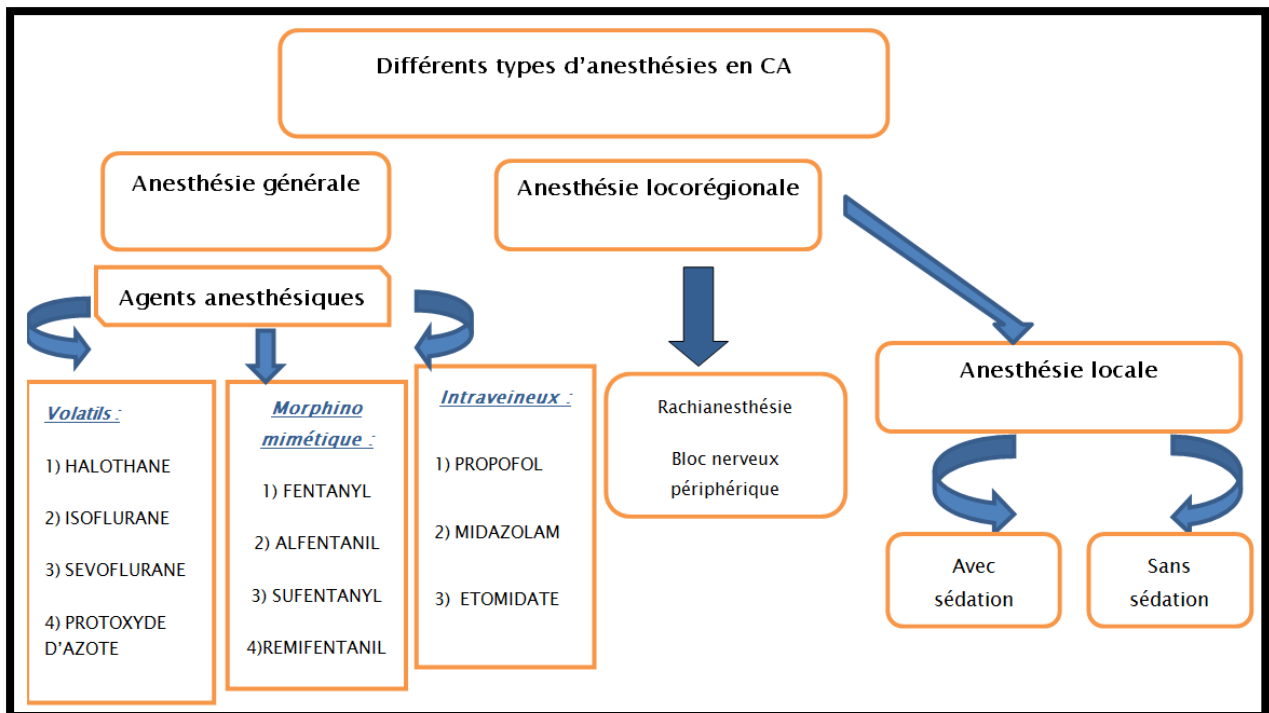


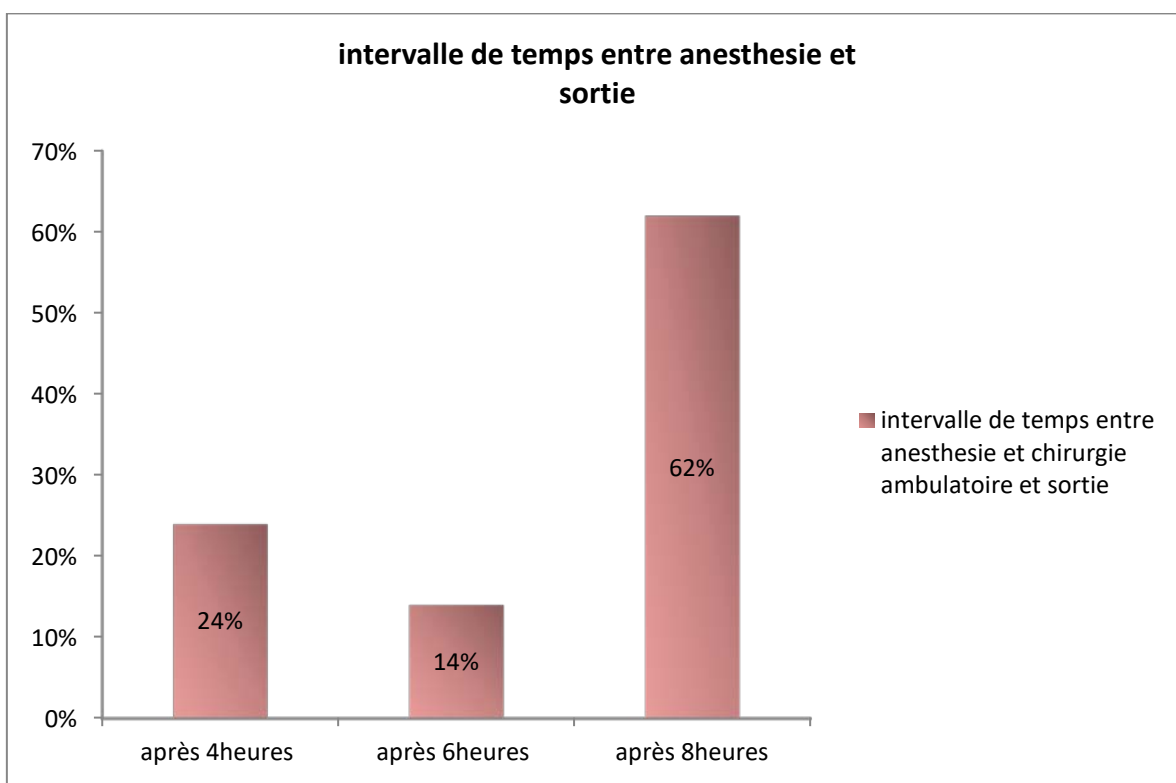
Figure 13 : Les différents types d'anesthésie en chirurgie ambulatoire.

#### 14. Intervalle de temps entre anesthésie et sortie :

Plus que la moitié des patients quitte l'hôpital après 8 heures d'intervention.

24% quittent à 4 heures.

14% après 6heures.



**Figure 14 : Intervalle de temps entre l'anesthésie pour CA et la sortie du patient.**

#### 15. La durée du trajet entre le lieu de résidence des patients et l'hôpital :

86% des patients ont affirmé leur proximité de l'hôpital tandis que les 14 % qui restent mettent plus d'une heure pour arriver à l'hôpital.

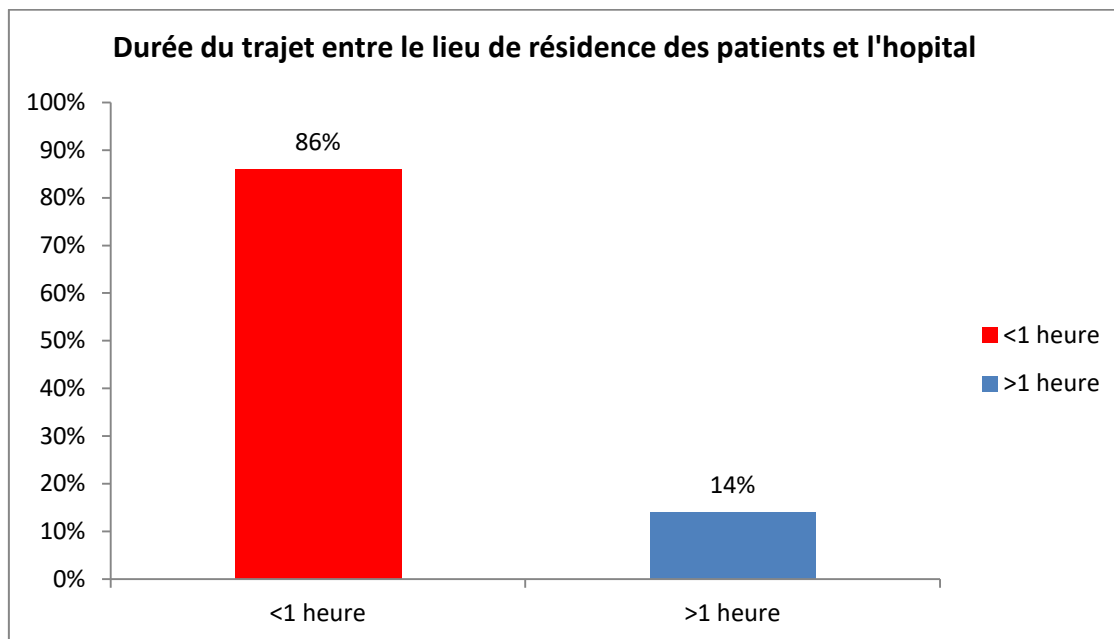


Figure 15 : Durée du trajet entre le lieu de résidence des patients et l'hôpital.

## 16. Malade quittant l'hôpital le jour même :

D'après les résultats, 100% des patients quittent l'hôpital le jour même.

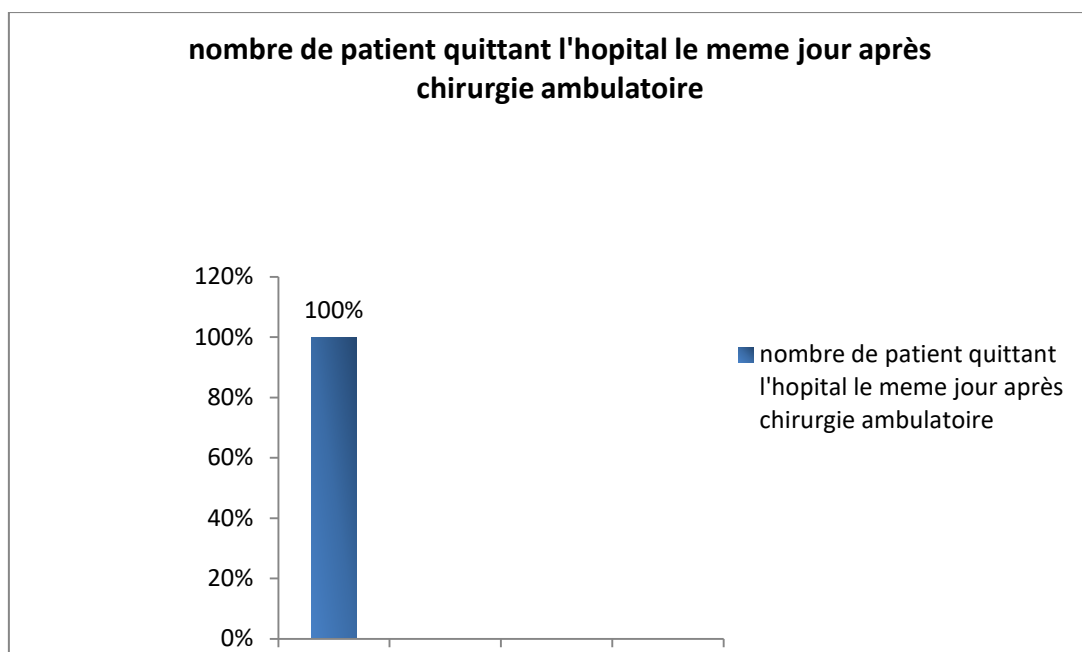
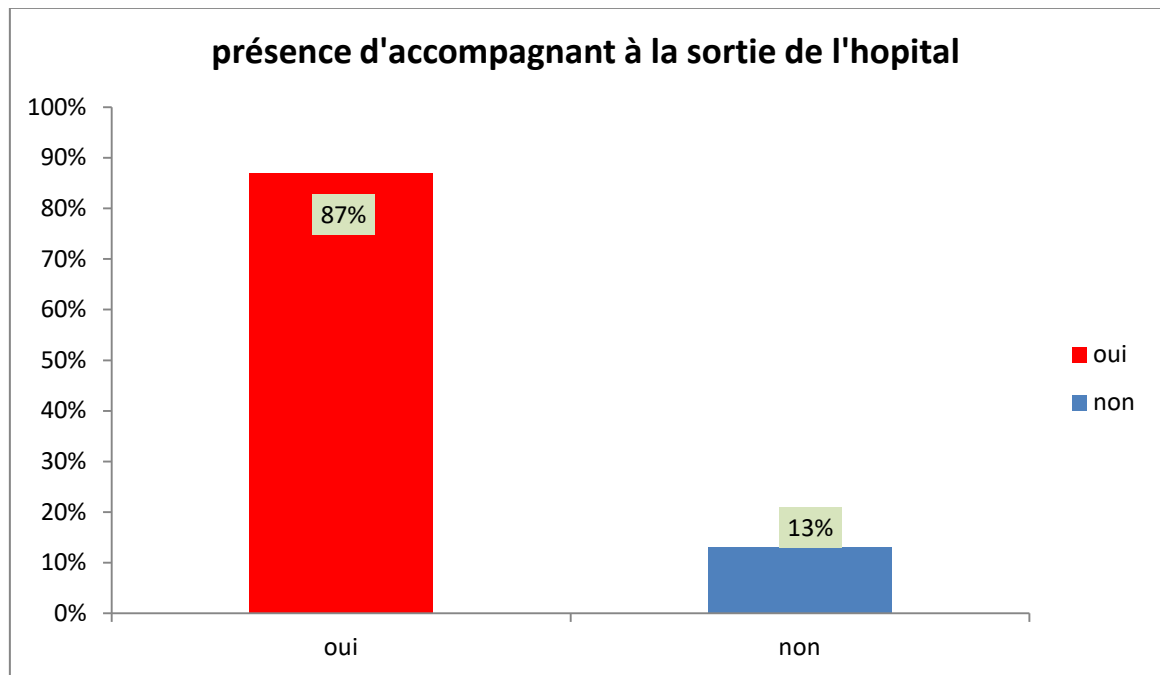


Figure 16: Nombre de patient quittant l'hôpital le jour même de l'intervention après ACA.

### **17. Présence ou non d'accompagnant :**

Dans notre série 87% des patients étaient accompagnés contrairement aux 13% qui étaient seuls.



**Figure 17 : présence d'accompagnant.**

### **18. les effets indésirables post opératoires :**

- 41% des patients ressentent une douleur chiffrée moyennement à 3 en fonction de l'échelle visuelle analogique contre 59% chez qui la douleur a été bien prise en charge.
- 19% des patients ont la sensation de la nausée voire des vomissements contre 81%.
- 18% des patients ont des céphalées et 82% ne l'ont pas.

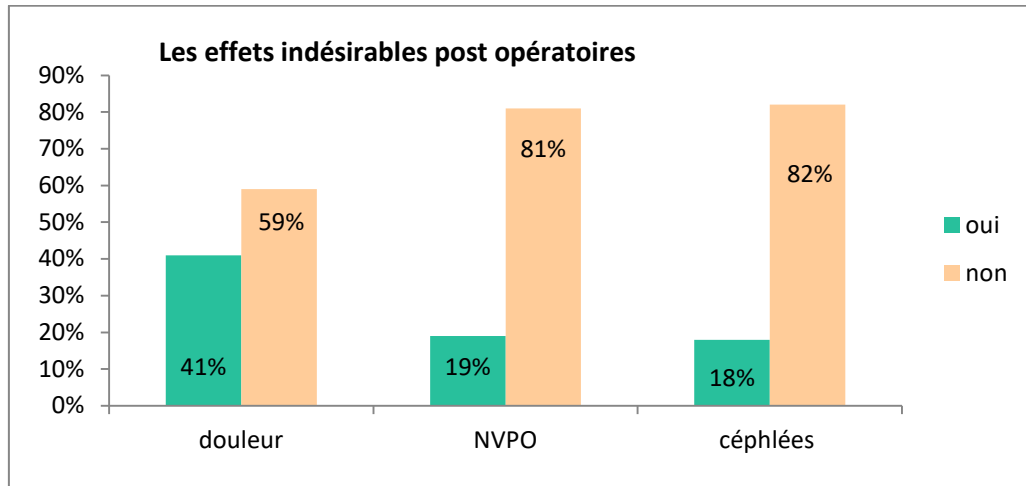


Figure 18 : les effets indésirables post opératoires

## 19. La satisfaction

La satisfaction dans notre série a été évalué selon des critères suivant la qualité de prise en charge, l'information sur l'organisation et le principe du suivi en post opératoire .Pendant notre étude on a remarqué que presque tous les patients ont été satisfait du geste opératoire et ils ont déclaré accepter ce mode de chirurgie dans l'avenir s'ils auraient à subir un autre geste.

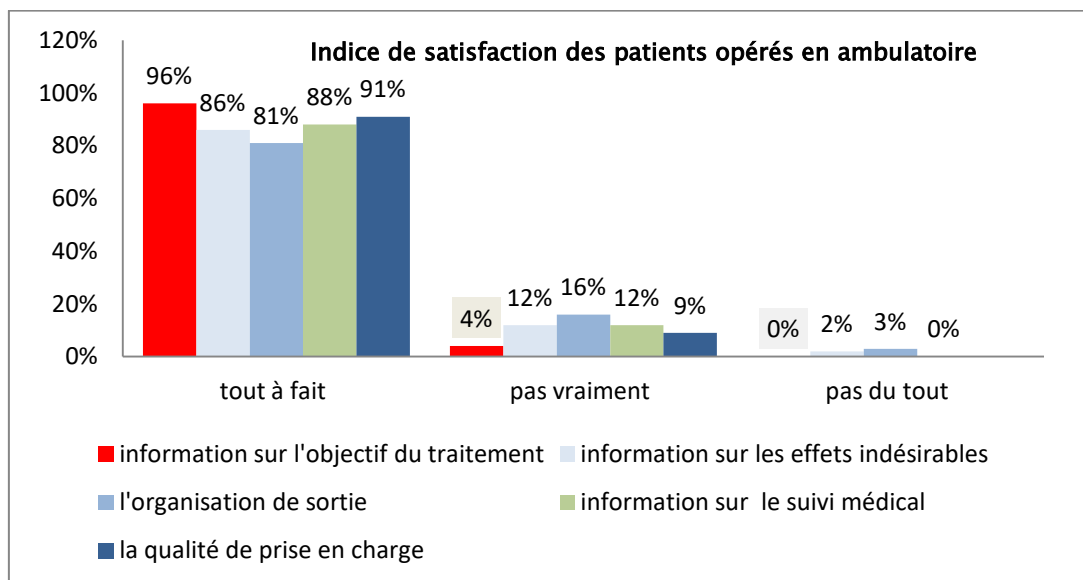


Figure 19 : Indice de satisfaction des patients opérés en ambulatoire.

**Tableau I: liste des actes opératoires réalisés en ambulatoire dans notre série.**

Dans le tableau ci-dessous on remarque les différentes interventions réalisées en ambulatoire dans chaque service au moment de notre étude .

Services	Actes opératoires réalisés en ambulatoire
ORL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 Amygdalectomies</li> <li>- 1 Cervicotomie gauche</li> <li>- 1 Biopsie du cavum</li> <li>- 1 Adénoïdectomie</li> </ul>
Ophthalmologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9 cataractes</li> <li>- 5 ptérygions</li> <li>- 1 dacryo-cysto- rhinostomie</li> <li>- 1 entropion</li> </ul>
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 libérations du tendon (pousse en ressaut)</li> <li>- 1 luxation d'épaule</li> <li>- 4 matricectomies partielles pour ongle incarné</li> <li>- 3 kystes synoviaux</li> <li>- 5 Ablation des matériels osseux pour différents types de fracture</li> <li>- 4 canaux carpiens</li> <li>- 2 exérèses de corps étranger</li> </ul>
Maxillo-faciale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Ablation du Naevius labial</li> <li>- 3 Exérèses de Tm maligne du maxillaire</li> <li>- 2 Ablations de tuméfaction kystique de l'épaule.</li> <li>- 2 Ablations de Tm labiale bénigne</li> <li>- 2 Ablation kyste du pavillon.</li> <li>- 2 exérèses d'ADP axillaire.</li> <li>- 1 ablation d'un kyste de cuir cheveu.</li> <li>- 1 ablation lipome de cuir cheveu.</li> <li>- 3 reconstitutions autoplastie palpébrale</li> <li>- 2 ablations de kystes sous cutané</li> <li>- 1 ablation kyste synovial de la main</li> <li>- 1 exérèse lipome du dos</li> <li>- 1 exérèse Tm Basocellulaire de la face</li> <li>- 3 extractions d'une canine incluse</li> <li>- 1 ablation lipome front</li> <li>- 1 ablation du naevus du canthus interne droit</li> </ul>
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 circoncisions</li> <li>2 dilatations urétrales par sonde JJ</li> <li>5 biopsies de prostate</li> </ul>
Viscérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 cholécystectomies</li> </ul>



---

*DISCUSSION*



---

## **I. Définitions – Historique :**

### **1. Définitions :**

Le terme ambulatoire peut être défini comme toute prise en charge médicale, organisationnelle et administrative permettant au patient de quitter le jour même la structure où l'intervention chirurgicale a été réalisée, plus couramment appelée chirurgie de jour ou chirurgie ambulatoire, elle comprend tous les actes chirurgicaux et/ou d'explorations, programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire prolongée permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.» (2)

*La (CA)* est une chirurgie qualifiée, c'est-à-dire une « vraie » chirurgie qui offre un confort et un bien-être psychologique aux patients. Néanmoins, cette chirurgie génère une dynamique de qualité de soins, de gestion des risques encourus et d'organisation. Elle exige une qualité et un aménagement spécifiques. L'ambulatoire est donc devenu une évolution incontournable de la pratique chirurgicale.

La (CA) renvoie à un concept dont les étapes de prise en charge des patients sont concentrées dans le temps. Quelle que soient la complexité et la nature des prestations délivrées, leur qualité est aux mêmes pieds d'égalité que celles habituellement effectuées dans le cadre de l'hospitalisation à temps complet.

Au-delà de sa stricte définition, une majorité des actes opératoires dans toutes les spécialités: Ophtalmologie, ORL, Orthopédie, Urologie, Gynécologie, Chirurgie digestive, Vasculaire s'y prêtent.

Des techniques variées d'anesthésie sont possibles: Anesthésie Générale (AG), Rachianesthésie, Bloc locorégional, Hypnose et anesthésie locale suivant le geste à réaliser.

En effet, le temps très réduit d'hospitalisation laisse encore moins de place à l'erreur que l'hospitalisation conventionnelle (HC). L'équipe anesthésistes/chirurgiens doit mettre au point des procédés et des procédures élaborés pour pouvoir réaliser des interventions qui ne

représentent plus de risque postopératoire, (comme par exemple la cholécystectomie) tout en permettant le retour rapide, confortable et sécurisé du patient à son domicile.

Sa dynamique engage également les chirurgiens à simplifier autant que possible les soins postopératoires (pas de drainage, pas de fil, voire pas de pansement). Ces contraintes organisationnelles sont aussi très strictes et doivent être sans failles : la programmation des patients au bloc opératoire, le respect des délais, la gestion des flux des patients et de leur accompagnant, l'élaboration et le suivi de protocoles. Elle génère ainsi des progrès, des innovations dans les organisations transversales, des modifications de comportement, une meilleure professionnalisation des personnels médicaux et paramédicaux. Les chirurgiens convaincus de l'importance et de l'avenir de l'« ambulatoire » vont devoir se battre pour poursuivre son développement dans les établissements. Il faut constater que certains y ont déjà renoncé. (3)

Le problème a été conçu lors de la visite des différentes structures hospitalières qui pratiquent l' (AA) où nous avons remarqué le manque ou la grande insuffisance des équipements matériels et humains mais aussi structurels et organisationnels.

## **2. Historique évolution de la chirurgie ambulatoire :**

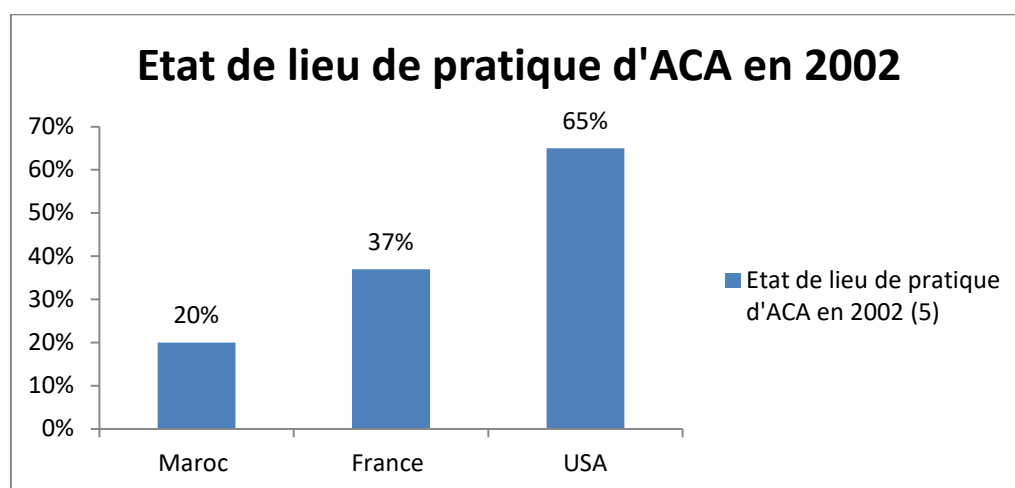
Historiquement, la chirurgie est longtemps restée fondée sur des méthodes invasives et donc particulièrement éprouvantes pour le patient. Jusqu'à la deuxième moitié du XIXème siècle, les interventions, à défaut d'anesthésie, entraînaient des douleurs atroces pour le patient. Les délais de récupération étaient longs et les risques de complications étaient élevés. La chirurgie ne pouvait qu'être associée à une durée longue de prise en charge.

Cependant, l'idée de substituer à l'hospitalisation complète une prise en charge chirurgicale de très courte durée est relativement ancienne. En ce sens, la (CA) n'est pas une pratique nouvelle: la première expérience a été rapportée en 1909, à Glasgow, où le docteur Nicoll, un chirurgien écossais, décrit une série de 7000 interventions ambulatoires en chirurgie pédiatrique, avec retour des enfants le soir à leurs domiciles. Ce type de pratique sera dès lors

identifié sous le vocable de « chirurgie ambulatoire ». (4)

La (CA) moderne date de la fin des années 60, où elle s'est développée dans plusieurs hôpitaux en Grande-Bretagne sous l'effet à la fois d'une réaction contre la bureaucratie hospitalière et des contraintes de qualité et de coût. Mais ce n'est que dans les années 80 qu'elle connaît une croissance rapide particulièrement aux États-Unis.

La chirurgie ambulatoire dans les pays développés et au Maroc (5):



**Figure 20 : état de lieu de pratique d'aca en 2002.**

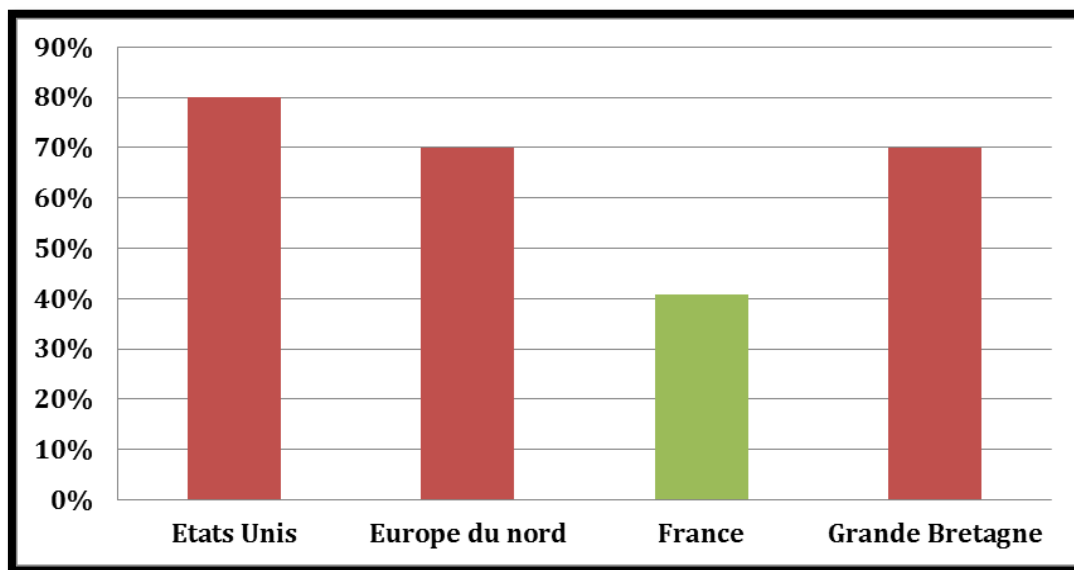
### **2.1. Etats des lieux aux Etats-Unis:**

en 2006, Les Etats-Unis ont vécu pendant la dernière décennie une augmentation spectaculaire des prestations ambulatoires, avec une rémunération aux centres spécialisés ayant quasiment triplé de 1 milliard en 1996 à 2,9 milliard. (6)

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire aux États Unis est de 83% contre 70%. (7)

**Tableau II : Etat de lieu de chirurgie ambulatoire en 2010.**

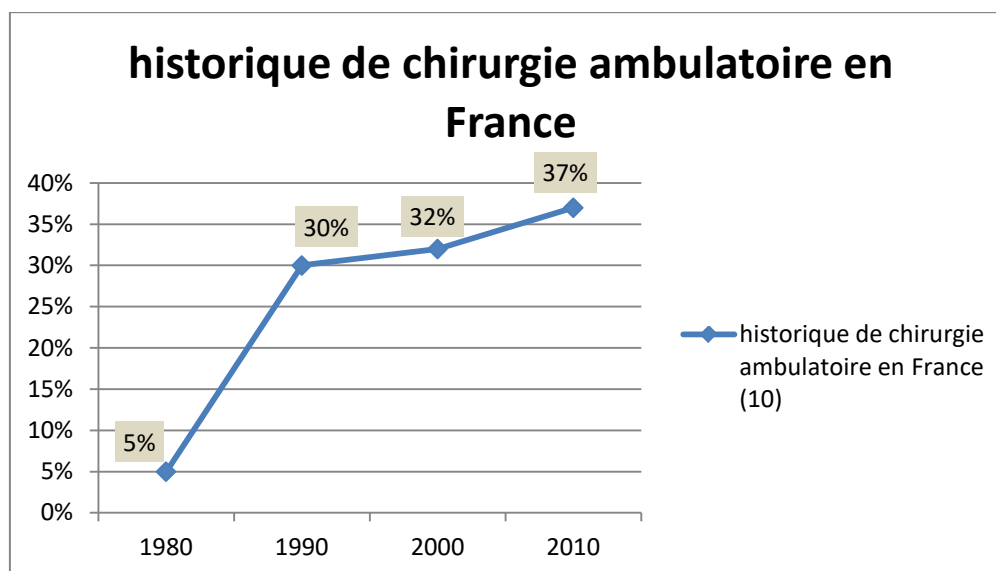
Etat de lieu de chirurgie ambulatoire en 2010		Auteurs
USA	83%	Gaucher, S., et al
Canada	70%	Lathouwer, C., and J. P. Poullier.
France	37%	Dadure C, Séguret F et al



**Figure 20'**: Etat des lieux de CA : Pays développés (8)

En 2017, il existe des centres entièrement dédiés à l'ambulatoire. Paradoxalement, ils réalisent des chirurgies de plus en plus complexes: cholécystectomie, surrénalectomie ou thyroïdectomie. (9)

**2.2. Etats des lieux en France :**



**Figure 21** : Historique de CA en France (10)

## Prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire

La CA en France a fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict depuis 1992.

En 2010 le taux global de pratique de CA en France est de 37%, ce mode de prise en charge, performant en termes notamment de qualité et de sécurité des soins, demeure en France insuffisamment développé par rapport aux autres pays. (11)

en 2013, 83 % des interventions chirurgicales aux États-Unis, 79 % en Grande-Bretagne et 70 % dans les pays d'Europe du Nord se pratiquent en chirurgie ambulatoire contre seulement 43 % en France).

L'instruction DGOS du 25 septembre 2015 fixe à atteindre un taux global national de 66 % à l'horizon 2020.

**Tableau III : état de lieu de la chirurgie ambulatoire selon Uziel 2017 (11)**

France	Etats - Unis	Grande Bretagne	Pays nord européens
43%	83%	79%	70%

**Tableau IV : développement de la CA en France**

Développement de la chirurgie ambulatoire en France	Pourcentage (%)
2011	44,90
2012	46,10
2013	47,90
2014 selon le programme national de CA	50,00
2015	51,90
2016	54,70
2017 Selon : MENGUAL CHRISTOPHE et al	58,00
2020 ? selon Marin Julien	66,20 ?

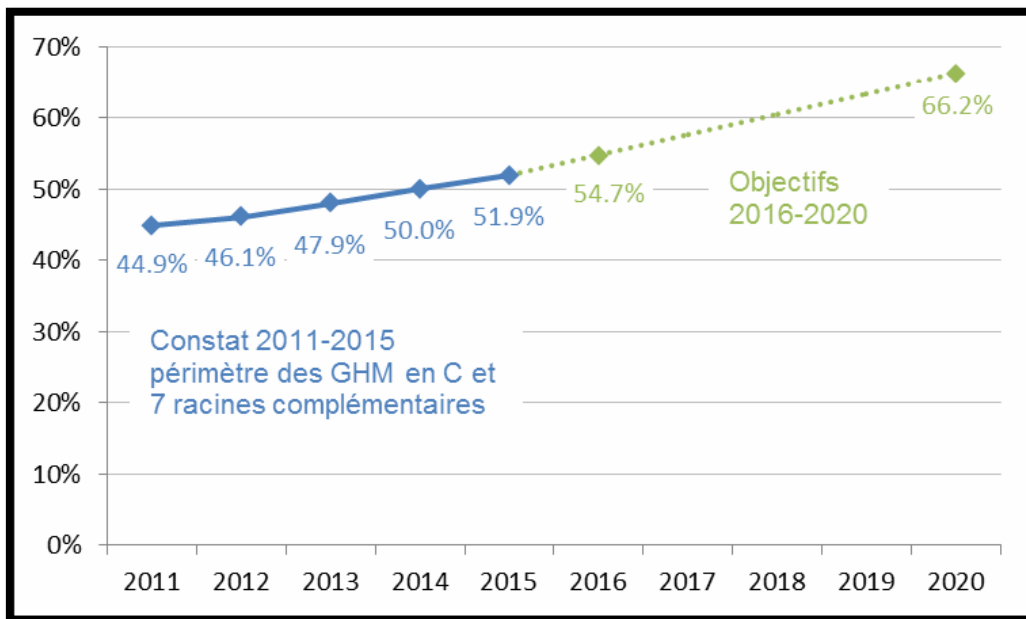


Figure 22 : Taux de chirurgie ambulatoire observé 2011–2015 et objectifs 2016–2020

### 2.3. Etat des lieux au canada :

En réponse à la restriction de leur système de soins établi par le gouvernement en 1992, 65% de l'ensemble des actes chirurgicaux étaient pratiqués en ambulatoire en 2007 et ce quel que soit le type de l'établissement. (12)

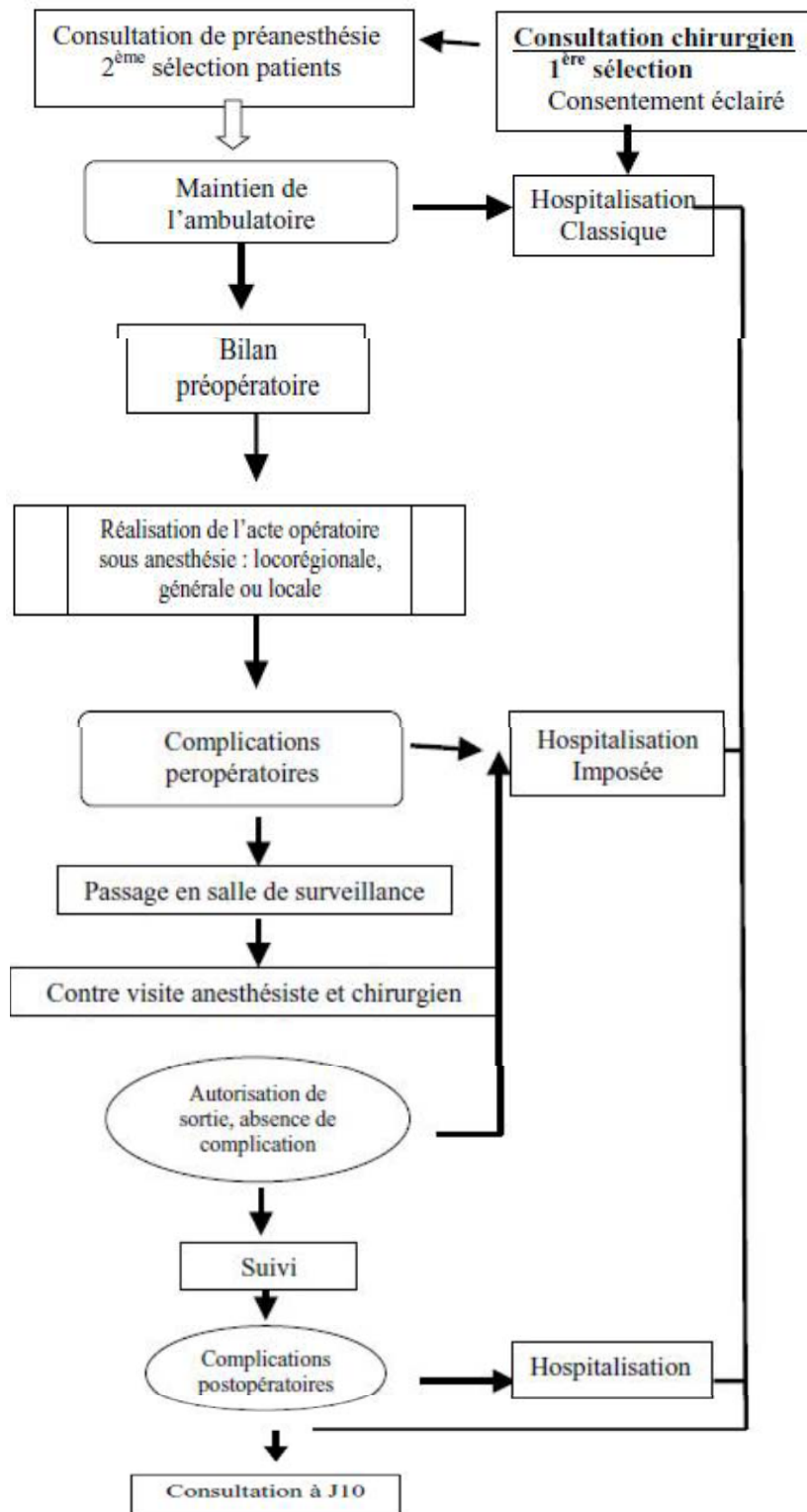
### 2.4. Au MAROC:

Malheureusement au Maroc on n'a pas de données récente sur la prévalence de pratique de l'ACA la dernière étude publiée datant de 2002 chiffre un taux de 20% de chirurgie ambulatoire au niveau des CHU du royaume. (5)

La fréquence de (CA) à l'hôpital HMA de Marrakech, dans les services (ORL, OPHTALMOLOGIE, MAXILLO-FACIALE, TRAUMATOLOGIE, UROLOGIE, VISCERALE) pendant la durée d'étude est chiffrée à 39%.

## **II. Analyses des données :**

La (CA) pourrait laisser penser qu'il s'agit d'une chirurgie moins qualifiée, très simple et ne nécessitant pas de moyens spécifiques. Les résultats de notre étude démontrent que cette conception est assez répandue chez nos praticiens, puisque 39% des actes opératoires concerne ce mode de chirurgie et elle touche toutes les disciplines, y compris la chirurgie générale, orthopédique, digestive,... Dans ce dernier domaine, le nombre des interventions susceptibles d'être réalisées en ambulatoire augmente sans cesse du fait des progrès des techniques chirurgicales et, de l'amélioration des techniques anesthésiques ainsi que de la maîtrise de la douleur postopératoire.



**Figure 23:** Les différentes étapes parcourues par le patient du diagnostic à sa sortie de l'hôpital (14)

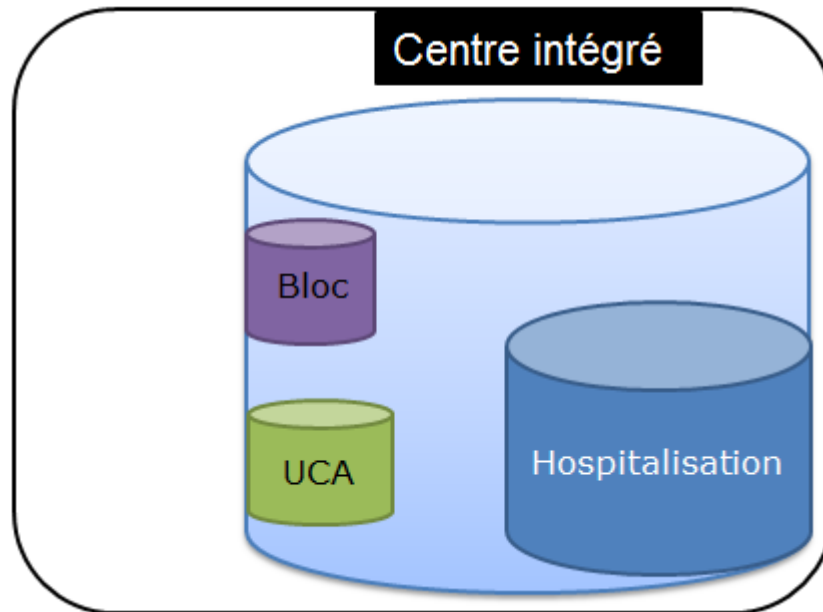
### **III. Structures ambulatoires :**

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont habituellement proposés: chacune ayant ses avantages et ses inconvénients.

#### **1. Centres intégrés:**

Dans notre étude, les structures spécifiques pour l'ACA sont intégrées. On peut en déduire, que la volonté ainsi que l'intérêt organisationnel n'est pas un problème pour la bonne mise en marche de l'ACA dans notre contexte mais c'est plutôt une question d'aménagement des infrastructures.

Dans un centre intégré les blocs chirurgicaux utilisés sont ceux du plateau technique commun de l'hospitalisation. En revanche, la structure de prise en charge du patient, l'accueil et le secrétariat sont indépendants. Ces centres sont le plus souvent polyvalents. Ils ont des locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire au sein d'une unité d'hospitalisation conventionnelle, le bloc opératoire étant le plus souvent commun aux 2 activités. Le risque est ici la coexistence de 2 activités sur le même plateau technique, ce qui peut entraîner des problèmes de disponibilité des salles opératoires ou du personnel soignant, mais aussi une prise en charge très inadaptée des patients ambulatoires mélangés dans un circuit conventionnel (brancardage inutile, salle de réveil commune....)

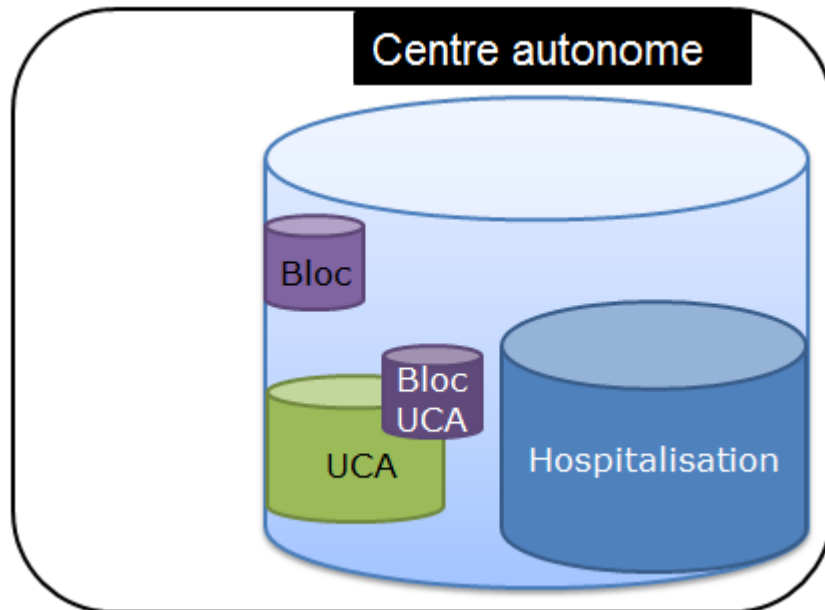


**Figure 24** : modèle de centre intégré (Abécédaires de chirurgie ambulatoire 2009)

La littérature définit d'autres types de structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettant d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même notamment :

## **2. Centres autonomes**

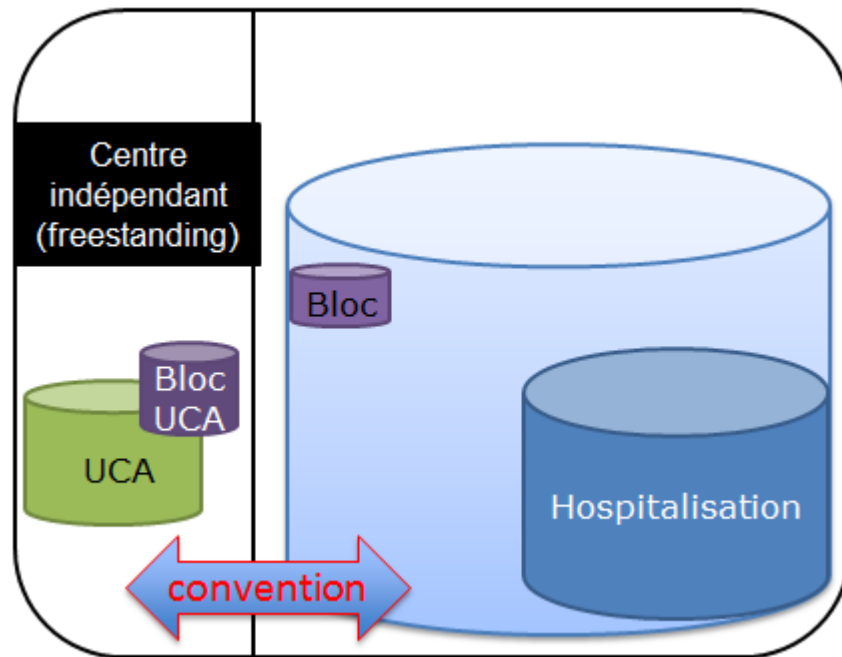
Il s'agit d'un véritable service qui possède en propre un accueil, un secrétariat, du personnel paramédical spécifique, des blocs, une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et un secteur de repos. Cette structure est idéale puisqu'elle est entièrement centrée autour du patient. Les avantages sont : organisation simple, respect des horaires assuré, limitation du risque d'infection nosocomiale, comportements des acteurs médicaux et paramédicaux obligatoirement adaptés à la « culture » ambulatoire. Mais il existe des inconvénients : le cadre organisationnel d'une telle structure est strict, la logistique de l'accessibilité au matériel chirurgical est plus difficile à organiser, il faut avoir des exigences en matière de disponibilité des intervenants ; il faut savoir anticiper et prévoir une hospitalisation face à un quelconque problème ; l'investissement initial est important. (15 ;16)



**Figure 25** : modèle du centre autonome (Abécédaires de chirurgie ambulatoire 2009)(17)

### 3. Centres indépendants :

L'unité ambulatoire est totalement indépendante de l'enceinte d'un établissement de santé. Les avantages sont ceux des centres autonomes. Les inconvénients sont liés à l'éloignement d'un plateau technique, notamment pour obtenir du matériel spécifique, et à la difficulté éventuelle d'une hospitalisation dans un établissement de soins en cas d'imprévu même si une convention doit être signée avec celui-ci. Ces centres sont plus adaptés à un type particulier d'activité (ophtalmologie, chirurgie de la main par exemple) qu'à une activité polyvalente



**Figure 26:** modèle du centre dépendant (Abécédaires de chirurgie ambulatoire 2009) (17)

L'intérêt de ces unités spécifiquement dédiées est que les procédures y sont simples à établir et le personnel, tant médical que paramédical y est forcément très formé et totalement dédié. De plus, il n'y a pas de télescopage entre programmes ambulatoires et non ambulatoires.

Les inconvénients sont avant tout liés au manque de potentiel d'adaptation, l'unité étant le plus souvent dimensionnée définitivement. Le caractère isolé des centres indépendants rend difficile les évolutions. Ils ne bénéficient pas des apports techniques et de l'évolution des chirurgies conventionnelles et inversement n'ont aucun effet d'exemplarité vis-à-vis d'autres équipes chirurgicales. Les centres indépendants sont peu enclins à développer des actes innovants du fait de leur éloignement d'une structure hospitalière en cas de survenue de problème (18)

#### 4. Les structures satellites

Comprennent l'ensemble des moyens matériels et humains (accueil, séjour, bloc opératoire et personnel) nécessaires à l'ambulatoire et réunis au sein d'une structure dédiée, mais dans l'enceinte de l'établissement de santé.

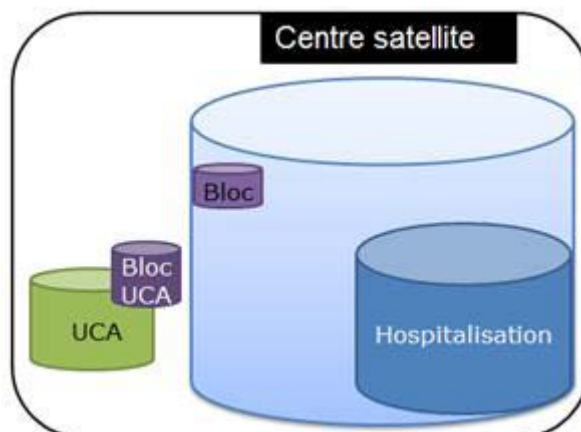


Figure 26' : Centre satellite

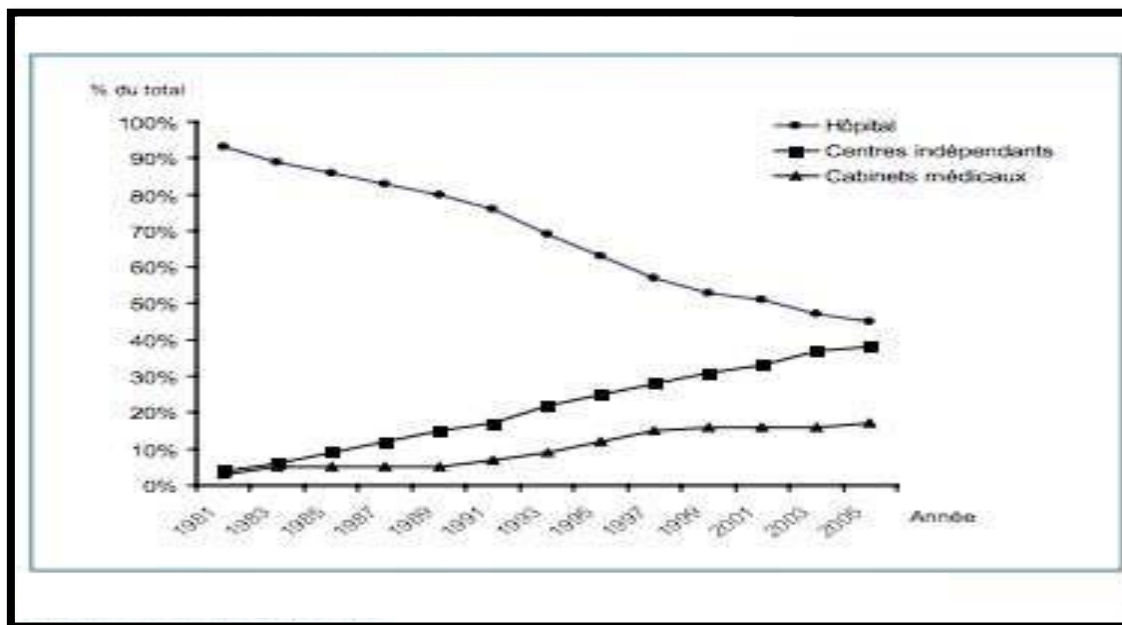


Figure 27: évolution de la CA par type de structures aux États-Unis.

**5. Les acteurs de chirurgie ambulatoire :**

- L'unité de chirurgie ambulatoire
- Le personnel
- Le chirurgien
- L'anesthésiste
- le médecin coordinateur veille au bon fonctionnement et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients, ainsi qu'à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins.
- Cadre de santé Le cadre doit assurer une qualité organisationnelle et le Pilotage opérationnelle de l'UCA
- Secrétaire administratif et d'accueil .
- IDE :Infirmier Diplômé d'Etat.
- AS : Aide soignant
- ASH : agent de service hospitalier
- Brancardier

**IV. Les critères de sélection :**

En CA, la décision d'accomplir un acte médical ne peut être prise sans une réflexion médicale antérieure : C'est la sélection des patients, proposée dans un premier temps par l'opérateur, qui doit être confirmée par l'anesthésiste-réanimateur au cours de la consultation pré- anesthésique (CPA) .Ceci s'effectue selon des critères médicaux, environnementaux mais aussi et surtout psychosociaux.

**1. Critères médicaux :**

Les deux critères médicaux principaux sont : l'âge du patient et l'existence de pathologies associées :

**1.1. L'âge :**

- L'enfant: Il est à savoir que le concept même d'hospitalisation de jour n'est pas nouveau en chirurgie pédiatrique. En effet, nos résultats de l'étude des fiches exploitées auprès des malades, a démontré la possibilité de réalisation d'opération en ambulatoire. La population pédiatrique est la population idéale pour l'anesthésie ambulatoire car les enfants sont habituellement en bonne santé, avec des antécédents pathologiques réduits, bénéficiant d'interventions simples avec peu de complications. Les avantages les plus attrayants de cette prise en charge sont une séparation écourtée du milieu familial avec diminution des perturbations psychologiques, une dédramatisation des actes et une diminution du risque d'exposition aux infections nosocomiales (19–20).
- Le sujet âgé: Seule 12 % de la pratique dans notre étude concerne les sujets âgés même s'il n'existe pas d'âge limite supérieur réglementaire pour la pratique d'une intervention chirurgicale en ambulatoire. On remarque aujourd'hui que des patients de plus en plus vieux et débilisés, du moment qu'ils ne sont pas en phase de décompensation, sont opérés chaque jour en ambulatoire sans augmentation significative de la morbidité. De nombreuses données mettent en évidence le fait que l'âge, pris en compte de manière isolée, ne peut suffire à indiquer ou contre-indiquer une prise en charge ambulatoire. C'est l'âge physiologique qui doit être pris en considération, en dehors de toute limite fixée de manière arbitraire. (21)

L'âge est un facteur de risque de dysfonction cognitive postopératoire. Il faudra également en tenir compte du fait que la poly médication est fréquemment la règle chez la personne âgée et que les relais thérapeutiques peuvent être complexes. A contrario, il faut prendre en considération le fait que compte tenu de la fragilité augmentée des personnes âgées et de la réduction de leur réserve adaptative, tant sur les plans fonctionnels que cognitifs, la prise en charge ambulatoire pourrait s'avérer particulièrement pertinente en matière de bénéfice social, fonctionnel, d'autonomie et de réduction des coûts. (22–24)

**1.2. Le terrain :**

Dans notre série 58% des patients n'ont pas d'antécédents particuliers ce qui peut être du à une vigilance trop importante des praticiens dans le cadre de l'ACA alors que la littérature a montré que certaines pathologies, parfois très handicapantes, ne sont pas, a priori, des contre-indications à l'ambulatoire depuis la rédaction des RFE (recommandations formalisées d'expert), une liste d'actes dite « marqueurs » a été établie, comprenant actuellement 55 actes, définis par les collégiales de chirurgie comme pouvant être réalisée en ambulatoire. (25)

La prise en charge chirurgicale ambulatoire est en pleine expansion et il semble que la majorité des gestes chirurgicaux réalisés actuellement puissent l'être de cette manière. Seule une minorité de pathologies ou de thérapeutiques s'y oppose. Il semble même que la plupart des comorbidités ou traitements considérés comme lourds pourrait être des indications privilégiées de prise en charge en ambulatoire. Les deux enjeux de la gestion adéquate des comorbidités et des traitements sont donc tout d'abord d'assurer une stabilité des pathologies en cours chez le patient et de maintenir un niveau de qualité et de sécurité identique à celui d'une prise en charge chirurgicale classique.

Les critères de sélection des patients pour la (CA) sont médicaux, psychosociaux et environnementaux. (26-27)

Chez l'adulte La plupart des pathologies ne contre-indiquent plus l'ambulatoire. Cependant certaines doivent être discutées selon la gravité de l'affection compte tenu des risques potentiels associés (essentiellement respiratoires ou cardio-circulatoires) : obésité morbide, syndrome d'apnées du sommeil, coronaropathie, asthme, insuffisance rénale, etc.

**a. Pathologies cardiovasculaires :**

La poursuite jusqu'à l'intervention des traitements en cours est admise par tous. L'interrogatoire devrait objectiver une absence d'ATCDS d'infarctus de myocarde au cours de 6 mois avant l'opération ceci est noté depuis une étude ne montrant pas d'accident pour une chirurgie de la cataracte sous anesthésie locale à 3 mois. Les individus souffrant d'une HTA doivent être étroitement contrôlés au cours de la période postopératoire.

La survenue d'événements cardiovasculaires est le principal risque médical postopératoire. La chirurgie ambulatoire est associée à un faible risque d'événement cardiovasculaire majeur. (28–29)

**b. Pathologies respiratoires**

Les facteurs de risque respiratoire à prendre en compte sont la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, le syndrome d'apnée du sommeil et le tabagisme. Concernant la BPCO et l'asthme, il convient de déterminer le stade de la maladie, l'ancienneté, la qualité du suivi, l'intensité et l'observance du traitement de fond, la fréquence et la sévérité des décompensations. (30 ;31)

**c. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)**

Est à considérer comme un facteur transversal associé à l'obésité, l'hypertension artérielle, des difficultés d'abord des voies aériennes, une hypercapnie et hypoxie nocturnes, une fréquence plus importante des incidents en salle de surveillance postopératoire. (32)

La société d'anesthésie ambulatoire américaine (Society for Ambulatory Anesthesia) a récemment émis des recommandations venant compléter celles de l'American Society of Anesthesiologists. (33)

**d. Pathologies neuropsychiatriques :**

Dans le contexte de la CA, la compréhension et l'observance du patient aux consignes données pour la veille de l'intervention et pour la période postopératoire à domicile sont indispensables à la qualité et à la sécurité de la prise en charge. De la même manière, l'autonomie sensorielle et sensitivomotrice devra être suffisante, notamment pour assurer le retour au domicile.

**e. Pathologies rénales :**

La période péri-opératoire est une période à risque de décompensation de la fonction rénale en raison de plusieurs facteurs. Les traitements en cours, inhibiteur de l'enzyme de

conversion, antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II, favorisent une altération de la fonction rénale en diminuant la pression de perfusion glomérulaire. La phase per opératoire peut être responsable de modifications volémiques ou hémodynamiques favorisant la survenue d'une insuffisance rénale fonctionnelle. Une insuffisance rénale chronique antérieure à la chirurgie et l'âge rendent le patient plus fragile à ces facteurs favorisants.

Il est donc nécessaire de rechercher l'existence d'une insuffisance rénale chronique

**f. Gestion du risque hémorragique :**

Deux aspects sont à prendre en compte concernant le patient. D'une part, il est nécessaire de rechercher une anomalie constitutionnelle de l'hémostase, c'est-à-dire un déficit congénital en facteur de la coagulation ou une anomalie congénitale de la fonction plaquettaire. La prévalence de ces anomalies est faible dans la population générale. Les pathologies les plus fréquentes sont la maladie de Von Willebrand et l'hémophilie A. (34)

**g. Diabète :**

Cette pathologie est associée à une fréquence plus élevée de complications postopératoires : infections, problèmes de cicatrisation, événements cardiovasculaires et respiratoires. Chez le patient diabétique, nos praticiens essaient de programmer l'intervention tôt dans la matinée afin de pouvoir reprendre rapidement une alimentation orale et de vérifier l'absence de vomissement ou d'hyperglycémie importante avant sa sortie. Le patient insulino-dépendant non équilibré ne peut bénéficier d'un acte ambulatoire, celui équilibré reçoit les doses habituelles d'insuline et le non-insulinodépendant équilibré ne pose pas de problème particulier.

Néanmoins, un certain nombre d'études ne retrouvent pas le diabète comme facteur prédictif de morbi-mortalité ou d'hospitalisation non prévue. (24)

**h. Obésité :**

L'obésité même morbide n'est pas une contre-indication à la prise en charge ambulatoire, à condition que les risques de complications, notamment respiratoires (dé

saturation, bronchospasme), soient correctement pris en compte.

Aucune comorbidité stable, sauf à un stade très avancé, n'est une contre-indication à la prise en charge en ambulatoire, sous réserve d'une organisation péri-opératoire stricte et d'une observance du patient aux consignes péri-opératoires satisfaisantes. Les comorbidités et traitements lourds stabilisés pourraient être des indications de prise en charge en ambulatoire, permettant de prévenir un déséquilibre des pathologies médicales. (ANNEXE II) (24)

## **2. Critères psychosociaux et environnementaux :**

L'indication opératoire étant posée, les critères psychosociaux vont avoir une influence dans la détermination des modalités de l'intervention. Ces critères sont aujourd'hui les plus restrictifs mais sont indispensables à une prise en charge ambulatoire associant qualité et sécurité. L'appréciation du contexte environnemental et psychosocial doit permettre aussi de s'assurer du confort du patient à son domicile. Plusieurs critères sont retenus : disponibilité d'une personne accompagnante à la sortie par une personne responsable et valide (qui resterait la nuit avec la personne) , savoir respecter les consignes expliquées avant la sortie , éloignement géographique inférieure a 1heure d'une structure de soins (qui n'est pas nécessairement celui où a été réalisé l'intervention) , accès rapide au téléphone. Une sélection bien menée permet par conséquent de réduire considérablement les risques de complications. (36)

Ces critères sont aujourd'hui les plus restrictifs mais sont indispensables à une prise en charge ambulatoire associant qualité et sécurité. (Annexe 3).

## **3. États des patients :**

### **3.1. Score ASA : ANNEXE I**

Le score American Society of Anaesthesiology physical status (ASA) détermine le risque anesthésique d'un patient. (38)

- ASA I: patient n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical,

donc sans atteinte organique physiologique, biochimique ou psychique

- ASAII: patient ayant une atteinte modérée d'une grande fonction par exemple : une légère hypertension, anémie, bronchite chronique légère..
- ASAIII: patient avec une maladie générale sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité, par exemple angine de poitrine modérée, diabète, hypertension grave
- , décompensation cardiaque débutante.
- ASA IV: patient courant un risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction mettant en jeu le pronostic vital par exemple : angine de poitrine au repos, insuffisance systémique prononcée (pulmonaire, rénale, hépatique, cardiaque...)
- ASA V : patient moribond qui ne survivrait pas 24heures avec ou sans opération.

Dans notre série on remarque que les sujets concernés par l'AA sont principalement des ASA I (76%) les ASA II et III sont légèrement concernés par un pourcentage de 18% ASA II et ASA III 6%.

La CA est accessible aux « patients ASA 1, 2 et même 3 stables ». Cette recommandation part du principe que la prise en charge ambulatoire bénéficie aux patients les plus fragiles, sous réserve.

L'AA du patient s'adresse préférentiellement à des sujets ASA I ou II cependant des patients ASA III stabilisés peuvent être acceptés sous certaines conditions (qu'ils puissent comprendre les enjeux, les risques et les informations liées à leur prise en charge ambulatoire). Elle facilite la gestion des médicaments, évite la déstabilisation liée à l'extraction du cadre de vie habituel et limite les risques associés à l'hospitalisation. Dans cette logique, il devient normal de considérer que des patients ASA 4 puissent accéder à l'ambulatoire. (39)

## **V. les actes en chirurgie ambulatoire :**

Les actes réalisés sous anesthésie locale (AL), ou locorégionale (LR) ne sont plus les seuls concernés. Notre série a montré que les cholécystectomies, adénoïdectomies, les différents actes en chirurgie orthopédique réalisées sous (AG) peut faire partie des actes réalisés en ambulatoire. Il serait erroné de considérer l'ambulatoire comme destiné à la « petite » chirurgie. Son applicabilité ne se cantonne pas seulement à des actes aux limites strictement définies, mais aussi à des patients dont les caractéristiques médicales, sociales et personnelles, sont adaptées à cette pratique : malades ne présentant pas de pathologie associée importante, structure familiale adaptée et résidence à une distance limitée de l'hôpital. Or, il est important de balayer cette vision simpliste, vu que la limitation de la durée de séjour signifie la nécessité d'une maîtrise absolue de l'organisation.

Ce sont des actes dont le risque hémorragique est faible, dont les douleurs postopératoires sont relativement prévisibles et contrôlables à domicile et qui sont reconnus à faible taux de complications.

La liste des interventions possibles en ambulatoire serait trop longue à dresser ici, Medicare, aux États-Unis, en a recensé plus de 2 500. En conséquence, la seule liste d'actes possible est celle qui est produite par les médecins d'une structure donnée, cette liste étant d'ailleurs souvent évolutive dans le temps. (Tableau V)

Il est toutefois souhaitable qu'il existe un consensus clair et partagé par les praticiens, avec des règles et des procédures de prises en charge préétablies, en particulier les modalités et durées de surveillance. En cas d'actes innovants, il doit y avoir une approche conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste afin de définir une procédure adaptée. (40)

Tableau V : Les principales techniques ou indications médicales en CA (41 ; 42)

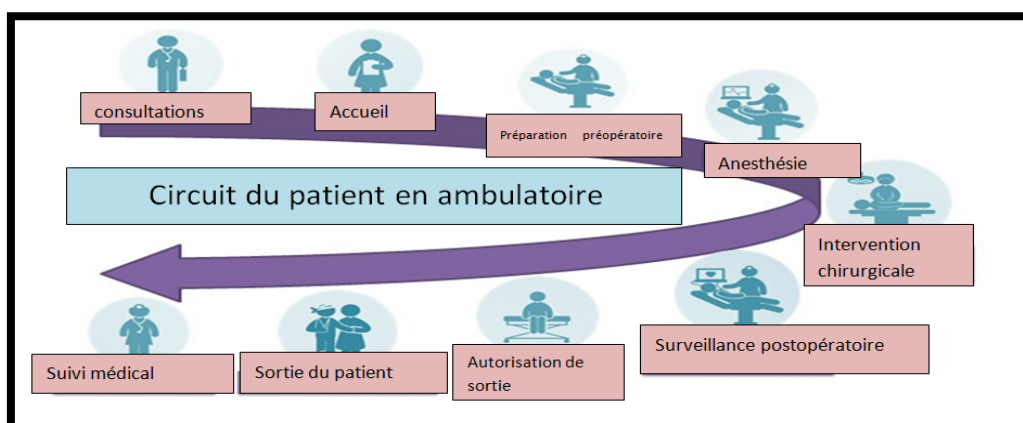
Spécialités	Indications et techniques (selon Mathieu et al)	Dans notre série
ORL	Otoplastie, rhinoplastie, cloison nasale, polype, fracture du nez incision phlegmon, dilatation œsophagienne, Amygdalectomie Adénoïdectomie, chirurgie du tympan	Amygdalectomie Adénoïdectomie Drains transtympaniques Endoscopie
Orthopédie	Kyste arthro synovial, canal carpien Maladie de Dupuytren, Syndactylie, Ténolyse, Réduction de fracture de luxation, , Ablation de matériel d'ostéosynthèse, d'exostose....	Canal carpien Libération du tendon (pousse en ressaut) Réduction de luxation d'épaule Matricectomie partielle pour ongle incarné Exérèse de kyste synovial Ablation de matériel d'ostéosynthèse
Maxillo – Faciale	Extractions dentaires multiples Canine incluse Germectomie Geste sur les glandes salivaire Exérèses cutanées Correction de cicatrice, plastie en z liposuccion ...	Ablation du naevus labial Exérèses de tm Exérèses cutanés Ablation kyste du pavillon et tuméfaction kystique Exérèse d'ADP reconstitution et autoplastie
Urologie	Circoncision Dilatation urétrale, méatotomie Biopsie prostatique	Circoncision Dilatation urétrale Ablation sonde JJ, Biopsie prostatique
Ophtalmologie	Cataracte Ptérygions Dacryo-cysto- rhinostomie Sonde bi-canaliculaire Hernie de l'iris, ablation d'éponge Entropion, ptérygion, certains ptosis Strabisme	Cataracte Ptérygions Dacryo-cysto-rhinostomie Entropion
Chirurgie viscérale	Sutures de plaies, Exérèses cutanées avec ou sans greffe Biopsies diverses, fistule anale, Hernie inguinale, cholécystectomie, Ablation corps étranger ....	cholécystectomie

**Tableau VI : comparaison entre les taux de (CA) avec les résultats de la littérature (43)**

Spécialités chirurgicales	Dans notre série	Taux d'ambulatoire en 1999 (%)	% de CA dans les 5 interv.chir.les plus fréquentes en 2005 (Duhéret)	% de Ca aux Etats-Unis 2005
Ophthalmologie	30,9%	28	53	
Orthopédie	28,74%	28	36	
Viscérale (cholécystectomie )			8,3	51%
ORL	8,35%	59	64	
maxillo-facial	60,70%	44	62	
	<b>39%</b>	<b>36%</b>	<b>51%</b>	

Le pourcentage ne doit pas laisser penser qu'il s'agit d'un taux plutôt minime dans la mesure où il ne représente que le nombre des opérations effectuées uniquement dans les services cités ci-dessus et mieux encore que dans l'hôpital (HMA) sans pour autant oublier la contrainte du temps (11 mois ) en comparaison avec les taux relevés en France qui traduisent le nombre des opérations effectuées pendant chaque année qui englobe tous les hôpitaux de différentes régions .

L'anesthésie ambulatoire dans notre série intéresse surtout les patients hospitalisés dans le service chirurgie maxillo-faciale et l'ophtalmologie, les deux représentent un taux de 76%, le reste du pourcentage est retrouvé dans le reste des services notamment (la Traumatologie ; l'Urologie ; l'ORL et Viscérale).



**Figure 28 : Parcours du patient en chirurgie ambulatoire**

## **VI. Parcours du patient :**

Dans tous les systèmes hospitaliers qui ont encouragé le développement de la (CA), des règles rigoureuses encadrent le parcours du patient de la phase préopératoire jusqu'à sa sortie.

### **1. Consultation pré-anesthésique :**

C'est une évaluation préopératoire et elle est l'étape clef de la réussite en (CA). Le principal objet de l'évaluation pré anesthésique est d'obtenir les renseignements requis pour planifier la prise en charge anesthésique.

Ce contact permet de vérifier la compréhension et de rappeler les consignes de sécurité (règles de jeûne, préparation cutanée) et l'heure de convocation. [2].

Le chirurgien décide une prise en charge ambulatoire pour une intervention chirurgicale donnée et l'anesthésiste, après examen du patient, vérifie le bien du choix ambulatoire fait par l'opérateur et accepte ou non ce statut et ainsi confirme sa faisabilité(44).

Notre enquête a montré que les praticiens sont conscients de l'importance de cette consultation dans la démarche ambulatoire, puisque tous les praticiens l'exigent, dans notre série 89% des cas l'ont faite ainsi qu'on remarque que la plupart des patients en fait en plus de 7 jours, ceci est témoigné par un pourcentage taux de 73%.

Comme toute consultation, cette (CPA) doit comporter un interrogatoire, un examen clinique, la prescription éventuelle d'examens préopératoires et la remise obligatoire d'un document d'informations et de recommandations.

### **2. Examen clinique**

Comme tout examen clinique, il doit être complet et comporter un examen physique minutieux.

### **3. Bilan préopératoire**

Les patients étant le plus souvent ASA I ou II et l'intervention peu délabrante, le bilan biologique sera souvent inutile si l'interrogatoire et l'examen clinique ne révèlent rien d'anormal en dehors de ce qui justifie l'intervention. (annexe III) donnera une idée de ce que peut être un bilan préopératoire "standard" pour un patient ambulatoire. (45)

Le parcours du patient en France est légèrement différent outre l'examen clinique et le bilan pré- opératoire la littérature aborde un recours au contact préopératoire développé par le biais des plateformes téléphoniques automatisées recontactant les patients avec un système interactif qui a été testé [46].

### **4. Préparation psychologique :**

Le contact avec le patient, les explications fournies en préopératoire, la dédramatisation de l'acte qui va être pratiqué vont en diminuant l'anxiété et l'appréhension du patient et permettent le plus souvent un réveil plus calme (47).

L'anesthésiste s'efforce de répondre à toutes les questions pouvant préoccuper le patient et/ou sa famille et essaie de les rassurer en leur démontrant les différentes étapes par lesquelles il va passer. (48)

### **5. Jeûne préopératoire :**

La durée du jeûne préopératoire a pu être assouplie depuis quelques années et certains ont pu affirmer que l'on pouvait absorber des liquides clairs jusqu'à 3 heures avant l'intervention ou jusqu'à 2 heures. Quoi qu'il en soit, en présence de certaines pathologies comme celles notées dans le tableau (annexe V), il est préférable de conserver les durées de jeûne habituelles. (49)

## **6. Prémédication :**

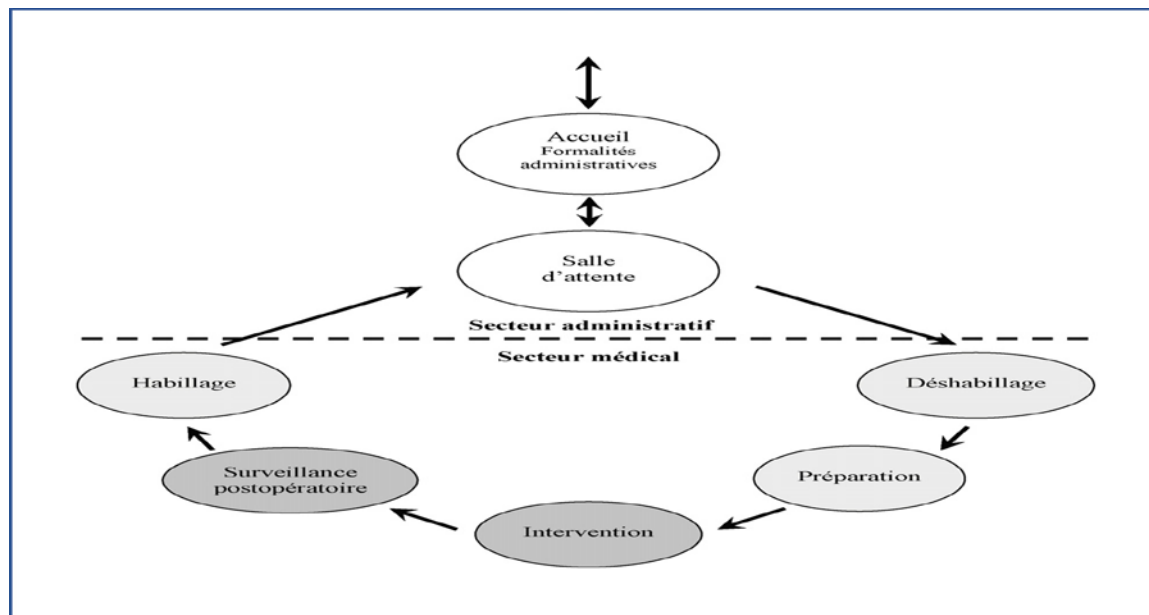
Un bon contact avec le patient, des explications claires fournies en préopératoire, la dédramatisation de l'acte pratiqué et la visite éventuelle des locaux en particulier de la SSPI et de la salle de repos (encore appelée salle d'aptitude à la rue) diminuent l'anxiété et l'appréhension du patient et permettent un réveil plus calme. Cette démarche est indispensable et bien souvent suffisante pour réduire, voire supprimer, l'anxiété du patient. Cette approche non pharmacologique ne doit pas être négligée chez l'enfant en âge de comprendre.

L'administration d'un anxiolytique de principe n'est donc pas indispensable. Elle est réalisée au cas par cas en fonction de l'anxiété du patient, soit per os avec 30 ml d'eau, soit en intraveineux dès la pose de la perfusion. La prémédication à visée sédatrice peut avoir pour conséquence une sédation résiduelle ou une amnésie antérograde, mais elle n'entraîne pas de retard à l'aptitude à la rue. (50 ;51)

## **VII. Visite pré anesthésique :**

Elle a lieu dans les heures qui précèdent l'intervention. Elle permet de s'assurer que le patient est bien à jeun, qu'il n'a pas pris de produits tels que, par exemple, des anti-agrégants plaquettaires, qu'il n'y a pas eu de modification notable de son état clinique. Elle permet aussi de vérifier que le patient a suivi les prescriptions et les recommandations faites lors de la consultation d'anesthésie (en particulier les recommandations spécifiques à l'ambulatoire) et que les résultats des éventuels examens complémentaires demandés sont compatibles avec l'acte prévu. Cette visite pré anesthésique doit faire l'objet d'un compte-rendu dans le dossier anesthésique. Les traitements en cours qui ne doivent pas être arrêtés sont pris en même temps que l'éventuelle prémédication. (12)

L'ACA en termes de mode d'organisation du travail



**FIGURE 28' : montrant le parcours du patient en chirurgie ambulatoire(52)**

D'après le schéma ci-dessus on peut déduire que le parcours des patients de notre série est similaire à celui de la littérature, de ce fait, on conclut que la prise en charge ambulatoire doit concilier une gestion optimisée des flux de patients avec des impératifs de qualité et de sécurité. Il est classique de dire que son organisation est centrée autour du patient et que c'est ici la structure qui doit s'adapter aux patients et non le contraire.

C'est dans l'organisation de cette prise en charge que les différences sont les plus nettes et que des solutions innovantes sont développées. C'est la raison pour laquelle la (CA) est souvent considérée comme un modèle organisationnel dont l'ensemble de la chirurgie conventionnelle est susceptible de bénéficier.

Il existe de très nombreux modèles de prise en charge ambulatoire, qui tiennent compte des spécificités architecturales et chirurgicales. Quel que soit le modèle, le découpage de la prise en charge par étapes, allant de la prise de rendez-vous jusqu'au suivi à domicile, permet de porter une réflexion sur l'optimisation de chacune d'entre-elles en remettant en cause certains dogmes solidement ancrés mais paradoxalement parfois injustifiés. (52)(16)

## VIII. L'anesthésie.

➔ Anesthésie :

Pendant la durée de l'étude on a noté que l'AG a été pratiquée chez 16 cas, la rachianesthésie chez 12 cas l'anesthésie locale chez 38 malades et l'anesthésie locale + sédation a été nécessaire chez 24 patients, on a aussi noté que les anesthésistes ont eu recours à une anesthésie par bloc locorégional chez 10 malades.

Quelque soit le type d'anesthésie pratiqué, le patient doit profiter d'une surveillance et d'un monitoring préopératoire identique à celle de l'hospitalisation conventionnelle.

La littérature discute quatre types d'anesthésies pouvant être pratiqués en ambulatoire : l'AG, l' (ALR), l'(AL) avec ou sans sédation complémentaire, la sédation avec ou sans analgésie (45).

## 1. L'Anesthésie générale (AG) :

L'AG reste encore en France la technique la plus utilisée. Chez l'adulte, on pratique en général une induction intraveineuse le meilleur agent d'induction actuel dans cette indication étant le Propofol suivi d'un entretien soit en intraveineux, soit par inhalation, soit par une combinaison des deux. Pour les morphiniques, les plus utilisés sont par ordre de fréquence : alfentanil, rémifentanil et sufentanil. Chez l'enfant, l'induction est, suivant l'âge, soit en intraveineux, soit au masque, et l'entretien se fait en général par inhalation. Les curares sont très peu utilisés.

**Tableau VII : le protocole anesthésique chez les patients opérés en ambulatoire à l'hôpital HMA**

hypnotiques	Volatils halogénés	Morphino-mimétiques
Propofol	Halothane	Fentanyl
Midazolam	Isoflurane	Alfentanil
Morphino-mimétiques	Sévoflurane Protoxyde d'azote	Sufentanil

### 1.1. Hypnotiques :

#### a. Anesthésiques intraveineux :

*Propofol* (1,5 mg/kg à 2,5 mg/kg) s'est rapidement imposé comme l'agent choix pour l'induction et l'entretien de l'anesthésie générale en chirurgie ambulatoire en raison de son action rapide et sa capacité à être titré par plusieurs petites doses ou par un mode continu. (53)

Une dose de 2,5 mg / kg produit inconscience en 1 minute, et récupération rapide qui se produit 3 minutes après ; il permet un réveil rapide même lors d'une perfusion prolongée, les tests psychomoteurs se normalisent en moins de 90 minutes, ce qui est plus rapide en rapport avec autres agents d'induction intraveineux. (54)

Le propofol présente encore d'autres avantages comme la possibilité d'intuber sans utiliser de curare, la pose facile d'un masque laryngé, un effet direct antiémétique, une grande maniabilité en particulier dans le cadre d'une utilisation en anesthésie intraveineuse à objectif de concentration (AIVOC).

Le propofol présente néanmoins des inconvénients :

L'injection est douloureuse dans 30 % des cas, cette douleur est nettement diminuée en injectant dans une veine de gros calibre et en même temps de la lidocaïne ou un morphinique ;

la chute de la pression artérielle s'établit autour de 20 % à 30 %, et parfois plus chez les sujets âgés .

Le propofol a été incriminé dans la survenue de convulsions pouvant se manifester plusieurs heures après l'anesthésie, ce qui peut être fâcheux en ambulatoire.

**Tableau VIII : Avantages et inconvénients de propofol (49)**

Avantages	Inconvénients
Action rapide	Injection douloureuse
Délai d'action continu	Chute de la pression artérielle s'établit autour de 20% à 30%
Récupération rapide 'Test psychomoteurs se normalisent en moins de 90min	Il a été incriminé dans la survenue de convulsion

L'usage de *l'étomidate* (0,2 mg/kg à 0,3 mg/kg) est conseillé en ambulatoire chez le patient allergique et le sujet âgé en diminuant les doses à l'induction. Les patients ayant reçu de l'étomidate présentent des critères de sortie de SSPI comparables à ceux ayant reçu du Propofol. L'injection est peu douloureuse avec la forme liposoluble. Il n'entraîne pas davantage de NVPO que le propofol.

Le *midazolam* : utilisé à faibles doses (0,03 à 0,06 mg/kg), juste avant l'induction de l'anesthésie, pour des anesthésies de courte durée et associant morphinomimétique de courte durée d'action et Propofol, il permet de diminuer la dose d'induction du propofol sans retarder pour autant la sortie du patient. Le midazolam est beaucoup plus intéressant que Le diazépam (Valium) et le flunitrazépam (Narcozept) et les a largement supplantés dans les mêmes indications. Cependant, même aux doses purement sédatives, on a pu noter des baisses de saturation artérielle en oxygène (SaO<sub>2</sub>). (49)

**b. Anesthésiques volatils :**

Les anesthésiques volatils disponibles sont sûrs et efficaces; cependant, leur pharmacologie variable fournit de petites différences potentiellement cliniquement importantes.

- L'halothane (Fluothanet) : est le plus employé chez l'enfant et reste indiqué préférentiellement chez l'asthmatique, le bronchitique chronique, le gros fumeur.
- Le sévoflurane réunit les critères nécessaires pour l'anesthésie ambulatoire à savoir : la rapidité d'action, l'élimination rapide et un délai pour « l'aptitude à la rue » le plus court possible. son faible coefficient sang/gaz (0,68) explique la rapidité d'action et d'élimination. Par rapport au propofol, il permet un réveil plus rapide(55) (56) et un meilleur contrôle de la profondeur de l'anesthésie. Le sévoflurane est le moins irritant des halogénés. Il s'utilise à la fois pour l'induction et pour l'entretien de l'anesthésie. Comme tous les halogénés, les nausées et les vomissements postopératoires sont plus fréquents, que le protoxyde d'azote soit utilisé ou non. Cependant la sortie du patient n'est pas retardée. (57)
- L'isoflurane (Forene) : reste encore actuellement très utilisé en ambulatoire, bien qu'il se prête mal à l'induction au masque en raison de son odeur âcre. Il reste l'agent de choix en ventilation spontanée, lorsque le choix d'un entretien avec les halogénés a été décidé. (45)
- desflurane est l'un des anesthésiques inhalés de troisième génération. C'est l'anesthésique halogéné inhalé avec la plus faible solubilité dans le sang et les tissus, ce qui favorise son équilibration rapide et son élimination rapide après l'arrêt de l'administration à la fin de l'anesthésie. La solubilité faible en matières grasses du desflurane procure des avantages pharmacologiques, en particulier chez les patients en surpoids et dans les procédures plus longues en réduisant l'accumulation lente du compartiment. Ses avantages comprennent une émergence rapide et prévisible et une récupération précoce. De plus, l'utilisation du desflurane favorise une extubation précoce et prévisible et la capacité de transférer rapidement les patients du bloc opératoire vers la zone de récupération, ce qui a un impact positif sur le renouvellement du patient. Desflurane augmente également la probabilité que les patients, y compris les patients obèses, retrouvent leurs réflexes protecteurs des voies respiratoires et se réveillent à un degré

suffisant pour minimiser le séjour dans la zone de récupération à haute dépendance. (58)

- Le protoxyde d'azote : a été accusé d'être responsable des nausées et vomissements postopératoires, surtout chez les adultes et dans certains types de chirurgie. Mais, plus récemment, ces résultats n'ont pas été confirmés par d'autres auteurs qui ne trouvent pas de différence significative sur la fréquence des nausées ou vomissements en postopératoire, que le protoxyde d'azote ait été utilisé ou non. (45)

**c. Morphino-mimétiques :**

Le but de l'AA est de permettre la réalisation d'actes chirurgicaux dans des conditions satisfaisantes permettant une sortie rapide du patient, sans douleur et avec une bonne résolution des effets secondaires. Les morphiniques de choix en ambulatoire sont donc des produits d'action courte comme l'alfentanil, le fentanyl et le sufentanil.

- L'alfentanil possède une plus grande rapidité d'équilibration au site que les autres morphiniques. Ainsi malgré une puissance faible, il n'y a pas de différence significative avec le fentanyl dans l'intensité des douleurs résiduelles postopératoires. Son pic d'action maximum est à 90 secondes environ après une administration en bolus pour une durée d'action allant jusqu'à 15 minutes. L'alfentanil administré en bolus convient parfaitement aux interventions de très courte durée et modérément douloureuses. L'âge ne modifie pas de façon significative sa cinétique.
- le sufentanil a des caractéristiques pharmacocinétiques permettent d'obtenir un pic d'action à 6 minutes, après une administration en bolus, pour une durée d'action allant jusqu'à 50 minutes. En bolus unique à l'induction, il convient aux interventions courtes ne dépassant pas 30 à 40 minutes. Chez le sujet âgé, il faut tenir compte d'une sensibilité accrue.
- Le rémifentanil (Ultivay) puissant analgésique, de durée d'action très courte qui en font l'agent de choix pour des gestes courts – et très douloureux – ne nécessitant pas d'analgésie postopératoire résiduelle.

**d. Autres analgésiques :**

Les agonistes-antagonistes comme la nalbuphine et la buprénorphine n'ont pas leur place en ambulatoire en raison de la fréquence des effets secondaires en postopératoire (sédation, vertiges, NVPO). Les antalgiques de palier 1 et 2 prennent une place de plus en plus importante dans le cadre d'une analgésie « balancée » afin de mieux contrôler la douleur au réveil.

**1.2. L'Intubation :**

Il n'y a pas de contre-indication à l'intubation en ambulatoire et qui peut même être pratiquée sans curare si l'on utilise le propofol ou le sévoflurane. Le risque de dyspnée après la sortie n'est pas plus important, que le patient ait été intubé ou non (49)

Curares : en chirurgie ambulatoire, on utilise souvent le suxaméthonium (célocurinet) pour faciliter l'intubation trachéale. Lorsqu'une curarisation plus prolongée est nécessaire, on utilise des curares non dépolarisants à durée d'action courte. Le mivacurium (mivacront) étant le curare non dépolarisant qui a la durée d'action la plus courte, pourrait être le curare de choix en ACA, en permettant souvent d'éviter l'antagonisation.

Pour une plus grande sécurité, il vaut mieux éviter d'utiliser les antagonistes en ACA , même si la littérature récente tendrait à prouver que l'utilisation des antagonistes des curares, n'augmente pas la fréquence des nausées/vomissements en postopératoire. Ainsi, lorsqu'elle est nécessaire, l'antagonisation des curares reste toujours souhaitable en respectant les précautions habituelles(49).



**Figures 29** : Photographie de cholécystectomie réalisée sous anesthésie générale en ambulatoire à l'Hôpital HMA par Prof el BERNI

## **2. Anesthésie locorégionale :**

La pratique de l'(ALR) s'est également fortement développée grâce à l'amélioration des techniques d'abord, à la qualité des agents anesthésiques locaux utilisés.

L'(ALR) a tout à fait sa place en ACA et présente des avantages et des inconvénients sur l'AG (*Annexe IX*).

Les principales techniques utilisées sont : rachianesthésie, péridurale lombaire, caudale, anesthésie locale intraveineuse, bloc du plexus brachial, blocs tronculaires, bloc péri bulbaire. Pour le patient, l'ALR n'est intéressante que lorsqu'elle peut améliorer l'analgésie postopératoire et qu'elle est rapidement exécutée dans des conditions de confort satisfaisantes et il sera parfois

utile de réaliser une sédation.

En dehors du fait qu'il est souhaitable d'avoir une bonne expérience des techniques d'ALR pour pouvoir les utiliser en ambulatoire avec un minimum de risques, la pratique de la rachianesthésie peut toujours poser quelques problèmes et le patient devra, bien entendu, être averti des complications potentielles.

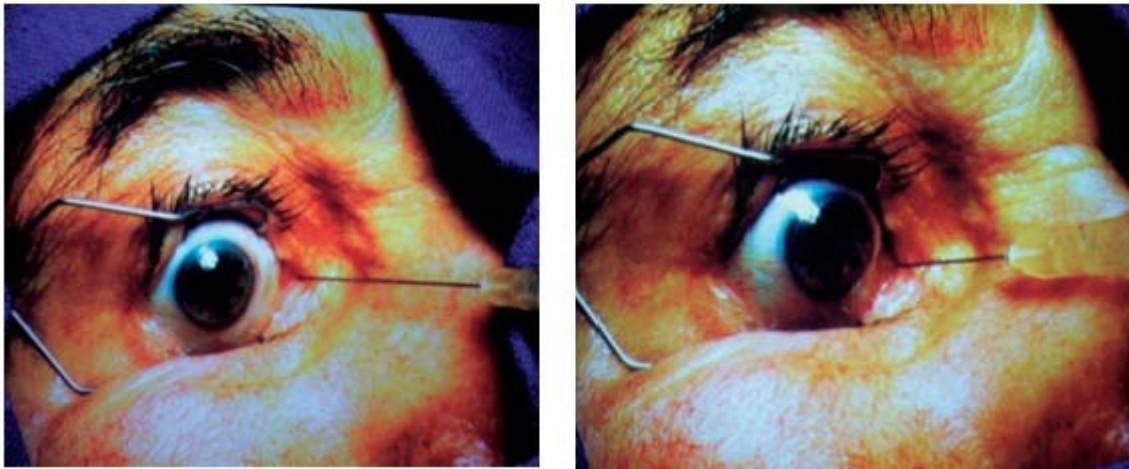
L'anesthésie locorégionale, bien qu'encore sous-utilisée, présente de nombreux avantages en chirurgie ambulatoire. Elle permet :

- ✓ la réduction des NVPO ;
- ✓ la réduction des coûts ;
- ✓ une analgésie postopératoire efficace.

### **3. Anesthésie locale :**

L'(AL) avec ou sans sédation : Parfois, l'anesthésie est faite par le chirurgien sous forme d'infiltration locale. Si cette anesthésie s'avère insuffisante, elle peut être complétée par une sédation associée ou non à un analgésique (par ex : midazolam/fentanyl à doses filées).

Anesthésie locale de complément : Quel que soit le type d'anesthésie choisi (AG ou ALR), il peut être utile de pratiquer une anesthésie locale de complément pour améliorer le confort et l'analgésie postopératoires. Cette anesthésie locale peut être faite, soit avant le geste chirurgical, soit en per-opératoire, soit en fin d'intervention. Il s'agira soit d'infiltration locale de la plaie opératoire, soit d'un bloc tronculaire de complément, soit de l'injection d'anesthésique local dans la cavité péritonéale, soit enfin de l'injection d'un anesthésique local ou d'un morphinique dans une cavité articulaire après arthroscopie. (49)



**Figure 30 :** Technique d'anesthésie locale de CA pour chirurgie de cataracte (sous ténionienne) montrant le site d'introduction de l'aiguille

- Une aiguille 25 Gauge à biseau court est introduite dans le cul-de-sac conjonctival
- Tangentiellement à la paroi du globe oculaire en position primaire entre le pli semi-lunaire de la conjonctive et le globe oculaire. Le biseau est tourné vers le globe, de manière à ce que la pointe de l'aiguille s'en éloigne.
- Dès que la pointe du biseau a accroché la conjonctive, l'aiguille est décalée en dedans, de manière à l'éloigner du globe et à repousser le pli semi-lunaire et la caroncule vers le nez.
- L'aiguille est ensuite dirigée strictement vers l'arrière, entraînant une rotation du globe en dedans, jusqu'à ce qu'un ressaut soit perçu, suivi du retour du globe en position primaire. Ce ressaut signe la bonne position de l'aiguille et sert ainsi de repère de profondeur (15 à 20mm).
- L'injection du mélange anesthésique est poursuivie jusqu'à l'obtention d'une protrusion antérieure du globe, une réplétion palpébrale qui entraîne une fermeture de la paupière(Figure

#### **4. Sédation**

Même si le facteur « douleur » est parfaitement contrôlé par l'opérateur, l'anxiété du patient – le plus souvent non prémédiqué et/ou l'inconfort de la table d'opération, peuvent nécessiter une sédation de complément. Cette sédation est pratiquée habituellement avec du MIDAZOLAM ou du PROPOFOL à faible dose. Enfin, on peut citer aussi que certains auteurs proposent la sédation ou l'analgésie contrôlée par le patient. De nombreux agents sédatifs ou analgésiques ont été proposés pour la sédation. Le PROPOFOL est considéré comme l'agent de choix dans le cadre de la (CA) puisque grâce à son utilisation, la sédation induite apparaît plus constante et de meilleure qualité.

#### **5. Bloc périphériques**

##### **5.1. Blocs du membre inférieur**

Ces blocs concernent surtout la chirurgie des varices et les arthroscopies du genou, mais toute la chirurgie orthopédique du genou, de la jambe et du pied est réalisable avec ce mode d'anesthésie.

Un bloc fémoral seul est insuffisant pour l'arthroscopie du genou et un bloc sciatique associé est nécessaire (bi bloc). Le taux de réussite de ces blocs se situe autour de 90 %.

##### **5.2. Blocs du membre supérieur :**

Les blocs du plexus brachial sont utilisés dès que la chirurgie est longue ou douloureuse en postopératoire. Ils représentent la technique d'ALR ambulatoire la plus pratiquée en France.



**Figure 31** : Photographie de technique d'anesthésie par bloc axillaire echoguidé pour chirurgie de la main à l'hôpital HMA réalisée par (Prof Qamouss) et la chirurgie par Prof (Koulali)

### **5.3. Blocs de la face :**

La chirurgie ambulatoire de la cataracte se fait le plus souvent sous (ALR) ou dans certains cas sous anesthésie topique. L'(ALR) de la face, encore peu diffusée, peut être

réalisée au moyen de bloc nerveux périphérique d'accès facile pour la plupart. Schématiquement, il est possible de distinguer deux types de blocs :

- les blocs superficiels présentant un taux de réussite élevé et un nombre d'incidents très faible.
- les blocs profonds (maxillaire et mandibulaire) qui ne sont pas dénués de risques et qui ont un taux d'échec plus élevé.

Les principales indications des blocs de la face sont la chirurgie réparatrice et esthétique ou la chirurgie oncologique. Ces blocs ont une place de choix en chirurgie ambulatoire.

#### **5.4. Blocs du tronc :**

Pour les cures de hernies inguinale ou crurale, les blocs des nerfs iléo hypogastriques et iléo inguinaux sont une excellente technique d'analgésie chez l'adulte et chez l'enfant. Ils nécessitent parfois un complément d'anesthésie par infiltration ou une sédation associée.

Chez l'enfant comparé à l'anesthésie caudale, le bloc pénien pour l'analgésie postopératoire des posthectomies (circoncisions) a l'avantage d'éviter le risque de retard au lever et à la miction.

#### **5.5. Anesthésiques locaux utilisés :**

La lidocaïne en infiltration et la mépivacaïne pour les blocs nerveux sont les AL de choix pour la chirurgie de courte durée, sans douleur postopératoire (ex : kyste du poignet). La ropivacaïne à 0,5 % ou à 0,75 % est utilisée pour les actes de longue durée ou nécessitant une analgésie postopératoire.

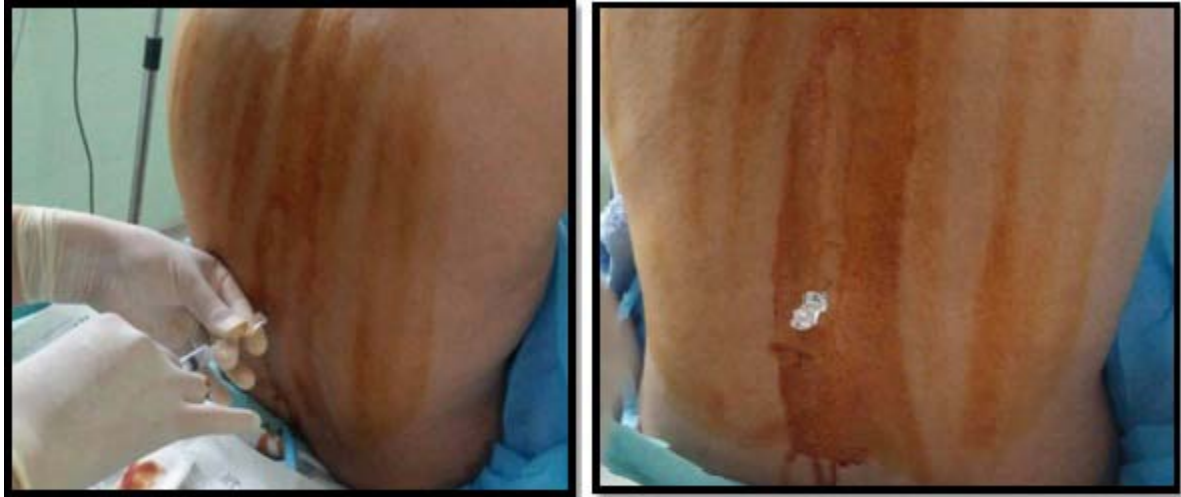
Les adjuvants utiles sont essentiellement l'adrénaline et la clonidine qui prolongent la durée d'action. Les morphiniques ont peu d'intérêt (à part en intra-articulaire) pour les blocs périphériques en ambulatoire. Ils prolongent peu la durée d'action et sont générateurs d'effets secondaires, allongeant la durée de séjours handicapants pendant plusieurs jours.

## 6. Rachianesthésie (RA) :

La rachianesthésie est l'une des techniques anesthésiques possibles pour des interventions de courte durée et permet une autonomisation des patients est également plus rapide. Elle est peu pratiquée en (CA) malgré qu'elle soit une technique facile et efficace ; permettant un taux de réussite de 90% à 99%. Deux nouveaux anesthésiques locaux de courte durée sont commercialisés en France.

En (CA), les gestes opératoires localisés en sous ombilical tels que les arthroscopies thérapeutiques et les ligaments plasties du genou, la chirurgie herniaire, cholécystectomie même des interventions celioscopiques sont parfaitement réalisables sous RA. La durée d'action de la RA, proportionnelle à la dose d'AL, entraîne pour certains un retard significatif à la sortie des patients, par comparaison à une AG.

La rachianesthésie peut prendre une place importante parmi les techniques d'anesthésie ambulatoire et certaines équipes ont montré son importance pour faciliter la récupération postopératoire. La mise à disposition de deux anesthésiques locaux de durée d'action courte (prilocaine) ou très courte (2-chloroprocaine) dans des présentations hyperbare ou isobare, qui procurent un bloc chirurgical, sans neurotoxicité, devrait faciliter le choix de l'anesthésique local en fonction de l'intervention programmée et favoriser le développement de la rachianesthésie ambulatoire.(59)



**Figure 32** : Photographie d'anesthésie en ambulatoire par rachianesthésie pour une cholécystectomie réalisée a l'hôpital HMA (anesthésie par Prof Qamouss et chirurgie par Prof : Elberni ) .

## **7. Anesthésie péridurale :**

L'anesthésie péridurale single shot est utilisée par certains. Le taux d'échecs et de céphalées sont identiques à la RA, le temps de réalisation, l'incidence des blocs incomplets et des lombalgies postopératoires sont significativement plus élevés, l'indice de satisfaction des patients plus faible. Elle retarde la sortie des opérés par rapport à l'AG et de ce fait est peu utilisée en France.

## **8. Anesthésie caudale :**

L'analgésie caudale reste utilisée en chirurgie ambulatoire chez l'enfant. Cette technique a été comparée au bloc des nerfs iléo inguinal et iléo hypogastrique, après orchidopexie ou herniorraphie dans plusieurs études sans montrer de différence significative.

## 9. Anesthésie locorégionale intraveineuse (ALRIV) :

L'ALRIV est encore utilisée pour la chirurgie du membre supérieur. Le taux de réussite dépasse 95 % et la morbidité est très faible. L'exsanguination correcte du membre est parfois difficile à obtenir, compliquant la chirurgie. Son intérêt réside dans sa facilité et sa rapidité de mise en œuvre ainsi que dans la possibilité d'une sortie très précoce.

**Tableau IX : comparaison de type d'anesthésie utilisé France et HMA (61)**

Techniques anesthésiques utilisées en chirurgie ambulatoire	En France Selon (Albaladejo) 2017	Notre étude
AG	54,1%	26%
ALR	15%	44%
AL + sédation	15,6%	13%
Al sans sédation	8,1%	11,8%
Sédation seule	3,1%	5,2%

## IX. Période post opératoire :

Le processus de récupération de l'anesthésie peut être divisé en trois étapes:

- Précoce
- Intermédiaire
- Tardive.

La récupération précoce est la période entre le réveil de l'anesthésie et la restauration des réflexes de protection et de la capacité du moteur. Jusqu'à ce point, le patient reste dans la salle de réveil, où les signes vitaux et l'oxygène la saturation est surveillée. Si nécessaire, de l'oxygène, des analgésiques et des antiémétiques peuvent être administrés. Les patients en phase de récupération moyenne restent en unités abaissées et sont soignés dans des chaises de repos. Ils sont considérés comme prêts à être libérés lorsqu'ils sont capables de marcher, boire, et uriner.

Le score «WAKE» récemment introduit comprend non seulement le score d'Aldrete modifié (annexe VII) (score maximum = 10), mais aussi critères de tolérance »pour évaluer la douleur postopératoire, les (nausées vomissement post opératoire ) NVPO, les tremblements, des démangeaisons et des symptômes orthostatiques (vertiges, hypotension)

Le score WAKE semble plus approprié pour l'évaluation et suivi rapide des patients externes.

Le patient doit pouvoir marcher sans vertiges et avoir peu de à aucune douleur, nausée, vomissement, ou saignement de site chirurgical. Quand le patient a terminé la deuxième phase de récupération, Le système de notation de décharge d'anesthésie peut être utilisé pour décider

Qu'ils soient ou non sortis de l'hôpital. (61)

## **1. Salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) :**

Le circuit au bloc opératoire du patient ambulatoire n'est pas de nature différente de celui du patient en hospitalisation traditionnelle. La réglementation applicable est celle du décret de décembre 1994, codifié en articles D. 6124-97 et suivant du CSP, qui précise l'obligation de passage en SSPI sans exception pour tous les patients ayant bénéficié d'une (AG) ou locorégionale, autrement dit d'un acte réalisé par un anesthésiste. D'un point de vue technique, il est envisageable que certains patients, qui ont eu (ALR)sans sédation et sans complication, puissent se passer de SSPI sous certaines conditions. La Sfar a ouvert cette discussion en 2011, mais sans formuler de conclusion ; ce qui l'a rapidement conduit à rappeler que le principe du passage en SSPI restait aujourd'hui obligatoire et sans exception. (63)

Compte tenu des nouveaux agents anesthésiques et des nouvelles techniques qui permettent un réveil plus rapide, certains auteurs ont suggéré qu'un patient complètement réveillé au bloc opératoire pouvait passer directement en salle de repos, sans passer par la SSPI.

La surveillance du réveil en SSPI ne présente aucune particularité en (CA).

## **2. Scores de réveil :**

Le score d'Aldrete et Kroulik ( Annexe VI ) modifié est le plus utilisé. La durée de surveillance n'est pas temps dépendante mais scores dépendante. En d'autres termes, il n'y a pas de durée minimum obligatoire pour le passage en SSPI avant que le patient regagne la salle de repos, ni pour l'aptitude à la rue.

Les réflexions actuelles sur la possibilité de court-circuiter la SSPI dans certains cas sont certes intéressantes mais ne correspondent absolument pas à des recommandations professionnelles. (16)

## **3. Surveillance en salle de repos :**

À la sortie de la SSPI, le patient va rester un moment avant de sortir dans cette salle de repos on pourra faire effectuer aux patients un ou plusieurs tests de réveil. Ces tests ont pour but de mieux apprécier le niveau de récupération après une AG ou une sédation. Ils devront être pratiqués, à la fois avant et après l'anesthésie.

## **X. La sortie :**

En pratique, c'est généralement l'opérateur qui revoit le patient juste avant sa sortie, mais ce peut être aussi l'anesthésiste, chacun revoyant le patient d'autant plus attentivement que l'acte comporte un risque de complications. Pour que le patient soit jugé apte à la rue

- il faut qu'il satisfasse à des critères (*Annexe 6*) en plus de ceux qui ont permis sa sortie de SSPI. La sortie du centre ne se fera qu'après autorisation médicale.(52)

## **1. Scores d'aptitude à la rue :**

Le patient doit être parfaitement autonome pour être autorisé à quitter l'hôpital après une intervention en ambulatoire. La sortie ne peut s'envisager qu'après un séjour en salle de repos où le sujet est mis, passant du statut de « malade » (couché) à celui de « patient » (assis ou debout). Il existe des critères spécifiques à l'ambulatoire qui permettent de juger du moment de la sortie : l'absence de complications ou d'effets secondaires (douleur, NVPO, saignement, etc.), la marche, la capacité à s'habiller seule, à écrire. De nombreux critères de sortie ont été décrits mais, bien que facilement applicables, ils ne sont pas standardisés. (49)

Ceci n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui doit raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures et à laquelle ont été transmises les recommandations nécessaires. En l'absence de cette personne, le patient est nécessairement hospitalisé. Le lendemain de l'intervention, les patients doivent être systématiquement contactés par téléphone.

D'après nos résultats, 100% des patients quittent l'hôpital le jour même. 62% d'entre eux sont sortis 8 heures après.

## **2. consignes pour le patient :**

Avant le retour au domicile, le patient et/ou l'accompagnateur responsable reçoivent des consignes orales et écrites. Ces consignes sont variables selon le type de pathologie et d'anesthésie et doivent être bien comprises du patient et/ou de son entourage. Quoi qu'il en soit, il faut bien expliquer au patient que pendant les premières 24 heures, quelques complications, parfois mineures, peuvent survenir : douleurs, nausées, vomissements, vertiges, étourdissements, fatigue, myalgies, céphalées, somnolence. En principe, tout devrait rentrer dans l'ordre au bout de 24 à 48 heures, mais ces signes peuvent aussi persister plusieurs jours (41)

### **3. Le jeûne et de la reprise postopératoire des boissons :**

Il n'existe pas de spécificité concernant les règles de jeûne en (CA). En absence d'altération de la vidange gastrique, la prise de liquide clair) est permise jusqu'à 2 heures avant une anesthésie. Les solutions de préparation colique sont assimilées à des liquides clairs et répondent donc au même délai de jeûne que ces derniers. (59)

Le délai entre la dernière prise alimentaire pour les autres aliments liquides ou solides et l'anesthésie doit être de 6 heures. La prise de solution enrichie en carbohydrate est permise jusqu'à deux heures avant l'anesthésie. Des données récentes, obtenues chez des volontaires sains après un jeûne solide de 6 h, montrent que la prise de 175 ml de lait non écrémé à 20 % ou 50 % n'augmente pas le résidu gastrique mesuré 2 heures plus tard, par rapport à un groupe témoin. (60)

### **4. La problématique de l'accompagnant :**

L'accompagnant sur le trajet du retour à domicile reste une recommandation forte qui correspond aux pratiques internationales et s'appuie sur des publications soulignant le risque de laisser un patient sortir seul de l'hôpital après (CA) [66].

L'accompagnement du patient sur le trajet de retour s'entend de l'unité de (CA) jusqu'au domicile.

La possibilité de sortie sans accompagnant peut être envisagée uniquement dans le cadre d'actes mineurs réalisés sous anesthésie locale stricte et sans sédation. Dans tous les autres cas, la sortie sans accompagnant est fortement déconseillée.

Dans notre série la présence d'accompagnants a été soulignée chez 87%, les autres patients n'étaient pas accompagnés vu les actes mineurs réalisés simplement sous anesthésie locale.

Il en est autrement pour ce qui concerne l'accompagnant au domicile du patient qui reste une décision au « cas par cas » en fonction des risques associés à l'acte chirurgical, au statut médical du patient et à ses conditions de vie. La décision de retour au domicile lorsque le patient

vit seul, doit être prise de façon collégiale entre le patient et ses soignants. (31)

## **XI. complications post opératoires ou risque de ré hospitalisation :**

Les complications pouvant retarder ou empêcher la sortie sont le plus souvent banales (douleurs ou vomissements persistant malgré le traitement), dans notre série on a pas noté de complications nécessitant une ré hospitalisation, ceci peut être expliqué par la bienveillance et le choix des patients mais la littérature évoque d'autres complications pouvant être très variées et parfois plus graves, entraînant l'hospitalisation non programmée du patient. Lorsque ces complications, même banales, surviennent au domicile, elles peuvent aussi parfois nécessiter la réadmission du patient.

Une étude danoise récente de Majholm, portant sur un suivi prospectif de cohorte sur 3 ans incluant 57 709 actes, a montré que l'incidence des complications persistantes ou définitives était de 0,17 et que le taux de ré hospitalisation était de 1,21 , pour hémorragie (0,5 des cas), infection (0,44 ) ou un évènement thromboembolique (0,03 ) [67] (68).

La plupart des complications ne sont pas spécifiques de l'anesthésie, et leur gravité ressentie, est augmentée par l'anxiété et la peur de ne pas s'en sortir sans aide médicale. C'est pourquoi l'information du patient ou de son accompagnant sur tout ce qui peut se passer en postopératoire est primordial pour minimiser l'importance de beaucoup de complications mineures.

En effet aucun patient dans notre étude n'a eu de complications après sa sortie. Ceci peut être expliqué en partie par une bonne sélection des patients candidats à l'ACA.

On peut les classer en 3 types de complications : les complications en rapport avec le geste chirurgical, les complications plutôt en rapport avec les techniques et les produits anesthésiques et enfin les complications d'ordre médical.

### **1. Complications anesthésiques :**

Les complications anesthésiques ne sont pas spécifiques de l'ACA mais vont pouvoir, même lorsqu'elles sont mineures, retarder ou empêcher la sortie du patient. Elles peuvent être majeures et

non spécifiques et responsables du décès du patient (hypoventilation, arrêt cardiaque, inhalation de liquide gastrique) mais sont le plus souvent mineures : les vertiges, les étourdissements, les nausées et vomissements, les céphalées, l'agitation, les myalgies, les maux de gorge, les lombalgies, les paresthésies, la rétention d'urine, la somnolence persistante et la fatigue générale.

**1.1. La douleur post opératoire :**

La douleur postopératoire (DPO) est par définition programmée. L'analgésie postopératoire doit donc être programmée et anticipée. La DPO est extrêmement variable d'un opéré à l'autre, elle doit donc aussi être évaluée. Chez l'adulte, l'autoévaluation est privilégiée et repose sur les échelles unidimensionnelles (échelle visuelle analogique, échelle verbale simple, échelle numérique) .C'est le premier motif d'hospitalisation et d'insatisfaction des patients face à l'AA.

Les progrès en matière d'analgésie postopératoire ont permis d'envisager une analgésie personnalisée. Pour cela, la notion de vulnérabilité à la douleur et ses conséquences est apparue très nettement depuis quelques années. L'identification des patients à risque est devenue une priorité tant dans la prévention des DPO les plus sévères que dans l'amélioration du parcours des patients douloureux chroniques rebelles. Ainsi, la recherche dès la consultation d'anesthésie d'une (DPO), y compris en dehors du site opératoire, est apparue comme étant prioritaire, au même titre que la consommation préopératoire d'agents opiacés au long cours. (69)

L'analgésie fait le plus souvent appel à des antalgiques par voie systémique administrés avant le réveil, poursuivis en SSPI puis administrés ensuite per os.

Le développement considérable de la (CA) nécessite la prise en charge postopératoire de techniques d'analgésie (et d'effets secondaires) qui étaient gérés jusque-là en secteur d'hospitalisation classique. Une telle prise en charge impose le développement de réseaux de soins à domicile avec une collaboration étroite entre le patient, l'anesthésiste, le chirurgien, et l'infirmière à domicile (68)

Le suivi postopératoire est également difficile car

Certaines officines ne disposent pas de réserve. Un travail du Comité ambulatoire de la SFAR avec l'Ordre des pharmaciens et la Société française de pharmacologie clinique est en cours sur ce sujet. (70)

L'anxiété et l'absence d'informations sont deux facteurs qui majorent la (DPO). À l'inverse, il a été démontré une diminution de l'intensité de la douleur, des besoins en antalgiques et de l'anxiété chez les patients qui recevaient des instructions spécifiques et adaptées.

Dans notre série on a objecté un taux de douleur chez 39 patients selon l'EVA : 20% douleurs sévères;8% douleurs moyennes ,11%douleur minime.

### **1.2. NVPO :**

Les NVPO surviennent pour moitié après la 6<sup>e</sup> heure postopératoire et sont de ce fait souvent ignorés puisque survenant au domicile. Les données épidémiologiques indiquent que plus de 35 % des patients de chirurgie ambulatoire sont sujets à des NVPO après avoir quitté l'hôpital, alors que la majorité d'entre eux n'avaient pas été gênée auparavant. Leur traitement repose sur les antiémétiques, et il ne semble pas y avoir d'avantage à une administration prophylactique systématique.

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que tout comme la douleur, une exacerbation anormale des vomissements peut être le premier signe d'une complication chirurgicale. Il reste cependant encore beaucoup de chemin à parcourir pour mieux éduquer le patient à la prise en charge des complications en post opératoire et l'on doit, dans la mesure du possible, profiter du temps d'hospitalisation aussi court soit-il pour commencer son éducation. (71)

**Tableau X: comparaison des effets indésirables post opératoire en fonction de la littérature (71, 72, 73)**

<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Douleur</b>	<b>NVPO</b>
<b>Massa et al</b>	2010	50%	35%
<b>Le Marie et al (71)</b>	2011	35%	
<b>France Marie et al</b>	2012	30%	
<b>Al CHESNEL.C GILOIS (72)</b>	2012	30%	30 - 50%
<b>Beloil et al (73)</b>	2013	+25%	35%
<b>Notre étude</b>	2017_2018	39%	28%

## **2. Complications chirurgicales :**

L'énumération des complications anesthésiques, ne doit pas faire oublier que les complications chirurgicales représentent la majorité des complications majeures que l'on retrouve en ambulatoire. Il s'agit le plus souvent d'hémorragies, d'infections ou de perforation de viscères creux souvent en rapport avec une chirurgie plus importante que prévue. Elles surviennent soit en per-opératoire, soit en postopératoire immédiat, empêchant la sortie du patient mais, le plus souvent, ces complications ou les signes les faisant suspecter surviennent après la sortie du patient et justifiant une hospitalisation .(74)

## **3. Complications médicales :**

Elles sont en général non spécifiques de l'ambulatoire et concernent en particulier le patient cardiaque, l'insuffisant respiratoire ou le diabétique. Elles peuvent aussi être en rapport avec des problèmes d'interférences médicamenteuses. (45)

## **4. Autres causes de réadmission:**

Des problèmes d'ordre social peuvent aussi être responsables d'hospitalisation non programmée. En premier lieu, le patient peut refuser la sortie au moment où on la lui propose. Il peut s'agir aussi de l'absence d'accompagnant ou de l'absence de possibilité de surveillance au domicile pendant la nuit suivante. Ces hospitalisations non programmées sont parfois dues soit à l'horaire tardif de l'anesthésie, soit à une durée d'intervention mal évaluée, tout cela concourant à un réveil insuffisant au moment de la fermeture du centre.

## **XII. Organisation du suivi post opératoire à domicile :**

Organiser le suivi à domicile : un des grands enjeux du développement de l'ambulatoire est l'organisation du suivi à domicile. Comme énoncé dernièrement par le Pr R Amalberti « Les menaces sur l'ambulatoire ne sont pas dans l'acte technique mais dans ce que nous ne voyons pas à l'hôpital » [16].

### **1. Le rappel téléphonique du lendemain**

L'appel du lendemain (appel J+1) est inscrit dans tous les programmes qualité. Il permet de faire le point sur le vécu du patient de la période péri opératoire et de dépister d'éventuelles complications. Il permet de réitérer les consignes postopératoires, de s'assurer de leur suivi (par exemple suivi des douleurs postopératoires, tolérance à la nourriture, capacité de déambulation de vérifier que le patient ne présente pas d'effets indésirables devant nécessiter une ré hospitalisation » (74)

Il est réalisé au mieux par un soignant. Les questionnements des patients font souvent appel à la connaissance du geste réalisé, à la gestion des traitements antalgiques ou antiémétiques ou encore à l'état de la cicatrice et aux soins locaux. Cette prise de contact privilégiée avec le patient pourrait donner lieu à la reconnaissance d'un véritable acte infirmier.

C'est aussi souvent le moment du questionnaire de satisfaction. L'impact sur le vécu des patients est très positif mais son intérêt médical reste discuté [75].

### **2. Permanence téléphonique :**

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

### **3. Rôle du médecin traitant :**

Le médecin généraliste est un maillon indispensable de la prise en charge postopératoire du patient opéré en ambulatoire. Un compte rendu détaillé destiné au médecin traitant devrait être donné au patient à sa sortie permettant la poursuite des soins en toute connaissance de cause. Mais cette participation du médecin traitant aux soins postopératoires, n'est pas toujours désirée par les opérateurs vu qu'ils préfèrent souvent assumer seuls les suites opératoires. Pourtant l'implication du médecin généraliste reste nécessaire pour l'extension de l'ACA. (76 ;77)

## **XIII. Les moyens d'évaluation de la chirurgie ambulatoire**

### **1. Les actes marqueurs :**

L'AFCA a été la première société savante à développer un outil d'évaluation médicale commun à toutes les structures médicales : les actes marqueurs. Cet instrument de mesure a pour finalité de repérer et de « marquer » dans les pratiques ambulatoires ce qui est réellement qualifié et substitutif. Trois types d'actes (Annexe 8) et donc trois niveaux de pratiques ont été définis par l'AFCA et le relevé de l'activité selon les trois types, décrit le degré de maîtrise atteint par l'établissement en (CA).

### **2. Le rappel téléphonique du lendemain :**

Comme on l'a déjà mentionné Il fait partie intégrante du suivi postopératoire mais aussi c'est un moyen de contrôle de qualité en ACA.

### **3. La déclaration d'incident après le retour à domicile**

### **4. Les enquêtes de satisfaction**

- ✓ Il existe des enquêtes de satisfaction globale ou ciblée des patients, qui permettent d'apprécier la qualité de la prise en charge mais aussi les motifs de non-satisfaction, c'est-à-dire, de non-gestion des plaintes des patients comprenant l'attente à l'accueil, l'attente à la sortie...Ces enquêtes doivent être construites avec rigueur car elles constituent un critère.

#### **4.1. Point de vue des acteurs :**

La mise en place ainsi que le développement de la (CA) ne peuvent se faire que si l'ensemble des acteurs (patients et professionnels de santé ) adhèrent à ce mode de prise en charge .La (CA) évite la régression et les conséquences psychologique dues à l'hospitalisation .Sur une étude faite sur 200 patients opérés en ambulatoire pour des pathologies variées (hernies ,lithiase ; chirurgie de la main ;chirurgie sénologique ...)plus de 90% ont exprimé leur parfaite satisfaction et la quasi-absence de tout dérapage psychique en dehors du stress et plus de 88% ont déclaré accepter à refaire le geste opératoire en ambulatoire .(78)

#### **4.2. Point de vue des patients :**

L'hospitalisation en créant l'isolement du malade de son entourage familial et professionnel symbolise souvent la gravité de l'affection ou la difficulté de son abord thérapeutique ; et le malade commence à faire émerger de nouveau fantasme à type de craindre 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.

**Tableau XI : comparaison des résultats du niveau de satisfaction des patients (78)**

	<b>Selon Canoui-Poitrine et al (78)</b>	<b>Dans notre série</b>
<b>Information sur l'objectif du traitement</b>	89,8%	96%
<b>Information sur les effets indésirables</b>	66,3	86%
<b>L'organisation de sortie</b>	75,1	81%
<b>Le suivi médical</b>	84,5	88%
<b>La qualité de prise en charge</b>	91,3	91%

D'après les résultats de notre série la majorité des patients ont montré leur satisfaction et ils ont déclaré accepter ce mode de chirurgie dans l'avenir s'ils auraient à subir un autre geste.

#### **XIV. Responsabilité en anesthésie ambulatoire :**

En ambulatoire comme ailleurs, les règles médicales habituelles de la pratique courante s'imposent aux praticiens. Ces différentes règles se retrouvent dans le code de déontologie, dans le Code pénal, dans le Code civil et dans le Code de la santé publique.

Passer d'une hospitalisation traditionnelle à une alternative, en l'occurrence la chirurgie ambulatoire, semble primordiale actuellement puisque à l'expérience des pays étrangers, il semble illogique de développer une hospitalisation traditionnelle onéreuse et non-adaptée alors que l'économie que représente la (CA) permet de développer la prise en charge de beaucoup de patients et de faire des économies.

L'ACA reste attractive y compris pour les pays ne disposant pas d'un système de santé performant.

#### **XV. Développement de l'ACA :**

Le développement de l'ambulatoire va forcément s'accompagner de l'ouverture de ce mode de prise en charge vers des chirurgies de plus en plus complexes réalisées sur des patients de plus en plus fragiles. Cependant, parallèlement, les progrès réalisés dans les

techniques chirurgicales (chirurgie mini invasive, endoscopique, robot...) et dans l'anesthésie (écho guidage pour l'anesthésie locorégionale, médicaments à élimination rapide...) permettent de réduire les risques inhérents à ce développement. Quoi qu'il en soit, les facteurs locaux, prenant en compte l'expérience des praticiens, ainsi que l'organisation du circuit patient restent des déterminants majeurs lors de la sélection des patients pour l'ambulatoire. La redéfinition des critères de sélection et de sortie sera également un enjeu majeur, avec une ouverture plus importante sur les réseaux de ville, incluant les médecins généralistes et les infirmières. La mise en place d'un processus de recueil de données adaptées, allant au-delà des premières heures postopératoires, ainsi qu'une évaluation régulière des pratiques garantiront la sécurité des patients. Enfin, l'information et l'éducation des patients seront également déterminantes en conditionnant leur adhésion à cette démarche innovante. (78)

L'évolution des techniques chirurgicales réalisées en ambulatoire ne se fera qu'au prix d'une formation spécifique des praticiens. Les centres universitaires ont ici un rôle important à jouer. Le développement de nouvelles techniques chirurgicales est également susceptible de jouer un rôle majeur dans ce développement.

La prise en charge de certains actes, dont on sait que le risque d'admission non planifié est important, nécessite une réflexion sur l'organisation de cette hospitalisation qui, si elle n'est plus exceptionnelle, devra être prévue et ne pas mettre en péril ni la sécurité des patients ni le fonctionnement des services de chirurgie.

## **XVI. Organisation de la CA a l'hôpital HMA Marrakech :**

Tout acte de chirurgie ambulatoire demande :

- un chirurgien dont le rôle est d'examiner le malade, de poser l'indication opératoire et de proposer la modalité ambulatoire ; après consentement accordé ; le malade sera renvoyé en consultation d'anesthésie réanimation. dans le cas échéant s'il refuse l'intervention il sera alloué en hospitalisation classique.
- un réanimateur qui a pour fonction admettre l'ambulatoire ; faire un examen clinique complet ; prescrire une CPA et le bilan préopératoire en fonction des ATCDS.

On y ajoute d'autres intervenants tels le bureau d'admission et de facturation, le laboratoire, la radiologie.

- ◆ La réussite de la CA dans notre pratique impose :
- ◆ la définition des gestes ambulatoires.
- ◆ La sélection des patients éligibles.
- ◆ Le passage du patient par un circuit bien organisé
- ◆ La disposition d'un bloc dédié à la chirurgie ambulatoire.
- ◆ L'établissement d'une nouvelle formule de tarification pour les gestes ambulatoires.

L'hôpital militaire Avicenne Marrakech a connu une augmentation remarquable des pourcentages de ce type de chirurgie, mais qui demeure tout de même ; inférieure aux chiffres atteints en Occident.

La tarification de la chirurgie ambulatoire a l'HMA dépend des actes médicochirurgicaux dispensés .cette tarification donne lieu a une rémunération qui peut prendre trois formes :

- 1) Forfait salle d'opération FSO
- 2) Forfait de sécurité et d'environnement FSE
- 3) Forfait d'accueil et de service FAS

Et elle dépend de :

- La durée d'intervention au bloc.
- Consommation d'outils pharmaceutiques entre autres l'anesthésie .
- Type d'intervention.

**XVII. Avantages et limites de l'étude**

à travers notre étude on note plusieurs avantages de la chirurgie ambulatoires notamment :

Les avantages économiques :

- Réduction du déficit de la sécurité sociale..
- Diminution des lits d'hospitalisation conventionnelle

Les avantages pour le patient :

- La satisfaction du patient et de sa famille
- Un délai d'hospitalisation réduit
- La qualité et la sécurité des soins par une limitation de l'exposition aux infections
- Une réduction du coût de l'hospitalisation
- des habitudes de vie conservées compte tenu du retour à domicile le jour même
- La diminution des risques de thromboses et phlébites

Par contre les limites de notre étude sont comme suit :

Malgré que la prise en charge ambulatoire soit le dénominateur commun à tous nos patients, chaque acte chirurgical ambulatoire a ses propres spécificités en fonction de chaque service. De ce fait, chaque type d'intervention ambulatoire de l'organe impacté se caractérise par différentes variations : classification ASA, type d'anesthésie, suites post opératoires et complications ainsi que la durée de convalescence ....



---

*CONCLUSION*



---

En guise de conclusion on peut dire que la pratique de l'ACA met le patient au centre de son intérêt, elle est basée sur l'efficacité, la productivité et l'efficience. Ainsi, elle peut être considérée comme étant un modèle de performance et d'adaptation du système de soins.

L'ACA développe un certain nombre d'enjeux en l'occurrence la réduction du temps nécessaire à l'intervention chirurgicale contrairement à l'hospitalisation habituelle.

Il est à mentionner que l'ACA n'est pas en concurrence avec l'HC mais elle en est complémentaire. Il ne s'agit pas de l'isoler comme un concept à part, mais de faire partager ses orientations à l'ensemble de l'offre hospitalière, pour que cette dernière en tire bénéfice.

Pour le développement de l'ACA certaines conditions doivent être respectées entre autres l'analyse de l'activité du recrutement, l'attractivité des établissements dans un bassin de population, et la disponibilité des praticiens. En somme, une participation active des acteurs de soins, une définition du cadre de la complémentarité entre les établissements, une concentration des moyens sur ceux qui disposent des atouts et des compétences dans le but d'optimiser les ressources, et de les accompagner en formalisant les volontés et les projets.

Au vu de ces expériences, on constate que la (CA) a connu un essor plus ou moins rapide dans certains pays alors qu'il reste encore une grande marge de progression au Maroc où actuellement toute structure hospitalière, notre étude en est témoin, peut facilement sur le plan structurel s'adapter à ce nouveau développement, ainsi on peut émettre quelques propositions :

- Il convient de ne pas se polariser sur la nécessité de structure indépendante pour les établissements débutants leur activité en ACA et limiter les ambitions au début, et par conséquent ne pas se concentrer d'emblée sur la chirurgie qualifiée et

substitutive mais amener progressivement les établissements à la pratique très courante.

- Les différentes expériences ont montré que l'essor de l'ACA repose avant tout sur des professionnels convaincus de l'apport de cette pratique, non seulement pour le patient mais aussi pour la collectivité, de ce fait; Il faut mettre l'accent sur la formation à tous les niveaux, dégager des moyens, afin de disposer de personnels qualifiés pour l'organisation des soins dans les établissements mais aussi reconnaître les efforts des praticiens ( « bonus » pour la pratique de l'ACA ) et favoriser une participation active des acteurs de soins dans cette organisation.
- Impliquer les médecins généralistes notamment en matière de la préparation opératoire et la gestion des complications postopératoires, ceci ne peut être possible que par une formation universitaire adaptée et des développements de compétences professionnelles continus.
- Et dans le but d'optimiser les ressources, on doit concentrer les moyens et axer l'activité des établissements pratiquants l'ACA sur les spécialités pour lesquelles ils ont des atouts et des compétences, les mêmes que pour l'hospitalisation classique : praticiens et leur disponibilité, patients et leurs profils, équipements. Aussi, adapter la capacité des établissements individuellement en tenant compte du niveau actuel d'activité, de l'offre de soins environnante afin d'avoir une meilleure couverture des besoins locaux.
- L'ACA ne doit pas être isolé comme « un concept à part entière ». Il s'agit de faire partager ses enjeux et orientations à l'ensemble de l'offre hospitalière, pour que cette dernière en tire bénéfice et restructurer les services en ayant pour objectif la mise en commun des moyens pour les patients et pathologies nécessitant la mobilisation de ressources comparables pour leur prise en charge. Le problème est de bien établir ce rapport entre le lieu d'hospitalisation et le suivi extérieur. C'est

une problématique à résoudre ; mais c'est l'avenir quelque soit le système de santé spécifique à un pays.



## *ANNEXES*



## Fiche d'exploitation

• Nom du service :

- ✓ Orl
- ✓ Maxillo-facial
- ✓ Urologie
- ✓ Ophtalmologie
- ✓ Viscérale
- ✓ Traumatologie

▪ **Identité :**

- Nom et prénom :
- Sexe :
  - Féminin
  - Masculin
- Numéro d'entrée :
- Lieu de résidence (distance / hôpital):
- Mutuelle :
  - Oui
  - Non
- Numéro de tel (patient et famille) :
- Date d'entrée :

▪ **Données épidémiologiques :**

- Age :
- Sexe :
  - Masculin
  - Féminin
- Niveau socio-économique :
  - Bas
  - Moyen
  - Bon

▪ **Données anamnestiques :**

- Délai de consultation
- Antécédents :
  - ❖ Médicaux
    - Oui
    - Non



▪ **Données pré opératoires :**

- Heure d'admission au service :
- Heure d'admission au bloc opératoire :
- Prémédication :
  - A 6heures :2cp de l'Atarax de 25mg
  - Oui  Non

▪ **Données peropératoires :**

- Déroulement de l'anesthésie :
- Déroulement de l'intervention :
  - ❖ Heure du début :
  - ❖ Heure de la fin de l'intervention :
  - ❖ Durée de l'intervention :
  - ❖ Jugement du chirurgien :
  - ❖ Jugement de l'anesthésiste :
  - ❖ Heure du réveil du patient :

▪ **Données post opératoires :**

- En salle de réveil :
  - ❖ Heure d'admission :
  - ❖ Constantes vitales :
- A la chambre au service :
  - ❖ Heure d'admission :
  - ❖ Constantes vitales :
  - ❖ Douleurs selon EVA :
  - ❖ Nausées :
    - Oui Non
  - ❖ Vomissement :
    - Oui Non
    - Patient quitte l'hôpital le jour même :
      - Oui  Non
    - Intervalle de temps entre anesthésie et sortie :
      - 6heures
      - 8heures
      - 12heures
    - Présence d'accompagnant :
      - Oui  Non

## Prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire

---

- Contrôle après l'acte chirurgical à j 15

Oui  Non

- Indice de satisfaction :

- Tout à fait
- Pas du tout
- Pas vraiment

- Décision de ré hospitalisation :

Oui  Non

- Décision de ré intervention :

Oui  Non

- Si oui pourquoi ?

**(ANNEXE 1)**

ASA Classification	Definition	Exemples inclus mais non limités à :
ASA 1	Un patient en bonne santé	Sain ; non tabagique ; non alcoolique ou utilisation minimale
ASA 2	Un patient avec une maladie légère sans limitations fonctionnelles importantes	Tabagique actuelle ; alcoolique ; obésité ( $30 < \text{IMC} < 40$ ) ; diabète ou HTA bien contrôlés ; maladie pulmonaire légère
ASA 3	Patient avec une ou plusieurs maladies systémiques sévères avec des limitations fonctionnelles importantes.	Diabète ou HTA mal contrôlés ; obésité morbide ( $\text{IMC} > 40$ ) ; hépatite active ; dépendance ou abus d'alcool ; stimulateur cardiaque implanté ; maladie rénale subissant une dialyse régulière ...
ASA 4	Patient souffrant d'une maladie systémique grave qui constitue une menace constante pour la sa vie .	Endoprothèses récente <3mois Ischémie cardiaque persistante Dysfonctionnement sévère d'une valve cardiaque ; réduction de la fraction d'éjection ; septicémie ....
ASA 5	Un patient moribond qui ne survivrait pas sans l'opération.	Anévrisme abdominale/thoracique rompu ; traumatisme massif ; saignement intracrânien avec effet de masse ; dysfonctionnement d'organe ....

**(Annexe 2)**

**Contre-indications formelles à l'ambulatoire**

- Patient ne désirant pas l'anesthésie ambulatoire et souhaitant être hospitalisé (ANNEXE II)
- Patient ASA 3 ou 4 non équilibré
- Patient à antécédent ou risque d'hyperthermie maligne(HTM)
- Patient présentant une obésité morbide avec des problèmes cardiaques ou respiratoires
- Patient sous IMAO non sélectif
- Patient drogué ou alcoolique
- Enfant à risques : ex-prématuré et enfant présentant une infection pulmonaire
- Patient non accompagné ou vivant seul

**(Annexe 3)**

**Recommandations remises au patient avant l'anesthésie,**  
**distribué par la SFAR.**

Avant toute anesthésie pour un acte ambulatoire, il est important de lire attentivement ces recommandations et de demander toute explication complémentaire que vous souhaiteriez avoir.

**1. Avant l'anesthésie**

Prévenez de toute modification de votre état de santé, y compris s'il s'agit d'une possibilité de grossesse, en appelant le numéro suivant...

**2. Le jour de l'anesthésie**

- Vous devez rester à jeun (ne rien boire ni manger) durant les 6 heures qui précèdent l'heure prévue de l'anesthésie.
- Vous pouvez prendre vos médicaments habituels au moment prescrit, à la condition de ne prendre qu'une seule gorgée d'eau.
- Vous ne devez pas consommer d'alcool ni fumer pendant les 12 heures précédant l'anesthésie.
- Prenez une douche ou un bain avant de vous rendre à l'hôpital. N'utilisez ni rouge à lèvres, ni vernis à ongles, de façon à ne pas gêner la surveillance de votre coloration durant l'anesthésie.
- Évitez les verres de contact.
- Prévoyez une personne qui vous accompagne, valide et responsable.
- N'apportez ni bijou, ni objet de valeur.

**3. Après l'anesthésie**

- Une hospitalisation éventuelle ne peut être exclue.
- Vous n'êtes pas autorisé(e) à repartir seul(e). Pour les enfants, la personne accompagnant ne peut être celle qui conduit la voiture. Prévoyez une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie
- Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule, n'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux et ne prenez pas de décision importante, car votre vigilance peut être abaissée sans que vous vous en rendiez compte.
- Vous pourrez boire et manger légèrement. Ne prenez pas d'alcool.
- Ne prenez que les médicaments prescrits sur l'ordonnance ci-jointe.
- En cas de problème, vous pouvez joindre l'anesthésiste en téléphonant au numéro

## **Prise en charge anesthésique du patient en hospitalisation ambulatoire**

---

suivant... Après avoir pris connaissance de ces diverses recommandations, nous vous demandons de signer cette feuille pour manifester votre accord avec la procédure proposée. Pour les mineurs, la signature des parents est indispensable.

**(Annexe 4)**

POINT fort : Critères de sélection des patients pour l'anesthésie ambulatoire

- Classe ASA (American Society of Anesthesiologists) I, II ou III stabilisé.
- Âge : pas d'enfant en dessous de six mois ; le grand âge n'est pas une contre-indication.
- L'urgence n'est pas une contre-indication (avec certaines restrictions).
- Le patient doit être accompagné le retour au domicile.
- Il doit pouvoir être surveillé par un proche la nuit suivant l'intervention.
- Il doit avoir le téléphone.
- Il doit habiter à moins d'une heure de transport du centre (ou d'une unité de soins de proximité).
- Un bon niveau de compréhension est indispensable.(34)

**(Annexe 5) :**

**Bilan préopératoire standard**

**Tableau : Bilan préopératoire en ambulatoire(41)**

- Hémoglobine ou hématocrite pour tous, ou au moins chez la femme
- ECG si plus de 40-50 ans ou problème cardiaque(17)
- Radiographie pulmonaire standard si plus de 50 à 60 ans ou si problème cardiaque ou pulmonaire datant de moins de 6 mois
- Ionogramme sanguin si diabète, HTA ou insuffisance rénale
- Groupe et RAI + hémostase si intervention hémorragique ou si anesthésie loco régionale.
- ASA 1 à moins de 40 ans :
  - Homme : rien
  - Femme : Hb □ test de grossesse

**(Annexe 6)**

Facteurs de risque d'inhalation de liquide gastrique

- Reflux gastro-œsophagien
- Obésité
- Troisième trimestre de grossesse, pré- et post-partum, phase lutéale du cycle menstruel
- Intubation difficile prévisible
- Gastroparésie (diabétique)
- Stress, anxiété, douleur
- Tabagisme, éthylisme, toxicomanie (opiacés)

**(Annexe 7) :**

Critères de sortie du centre après anesthésie ambulatoire 10 au score d'Aldrete +

- Stabilité des constantes vitales (températures, pouls, respiration), depuis au moins 1 heure
- Bonne orientation
- Peut s'asseoir, se mettre debout, marcher et s'habiller seul
- Absence de nausée ou de vomissement
- Absence de vertige ou de céphalée
- Peut boire et manger
- Urine spontanément
- Pas de douleur ou de saignements importants
- + Un accompagnateur responsable

**(ANNEXE 8)**

Score d'aptitude à la rue ou *post anesthesia discharge scoring system* (PADSS) de F. Chung. La sortie est compatible avec un score de 9 ou 10 pour le PADSS.

Constantes vitales (température, pouls, respiration) Variation < 20 % par rapport à la valeur préopératoire	
Variation comprise entre 20 et 40 %	1
Variation > 40 %	0
Activité et état mental	
Bonne orientation (3 fois de suite) et démarche assurée	2
Bonne orientation ou démarche assurée	1
Ni l'un ni l'autre	0
Douleurs, nausées et/ou vomissements	
Minimes	2
Modérés	1
Sévères	0
Saignement chirurgical	
Minime	2
Modéré	1
Sévère	0
Entrées/sorties	
A bu et uriné	2
A bu ou uriné	1
Ni l'un ni l'autre	0

Le score d'aptitude à la rue modifié ou *modified post anesthesia discharge scoring system* (PADSS) de F. Chung. La sortie est compatible avec un score de 9 ou 10.

**(ANNEXE 9)**

Recommandations de Korttila

- Les signes vitaux <sup>a</sup> doivent être stables depuis au moins 1 heure.
- Le patient doit être :

Orienté dans le temps et dans l'espace ;  
Capable de ne pas vomir des boissons <sup>b</sup> ;  
Capable d'uriner <sup>b</sup> ;  
Capable de se vêtir seul ;  
Capable de marcher seul.

- Le patient ne doit pas avoir :

De nausées ou de vomissements ;

De douleur importante ;

Pas de saignement.

La sortie doit être autorisée à la fois par l'anesthésiste ayant pratiqué l'anesthésie et par le médecin ayant pratiqué l'intervention <sup>c</sup>.

Des instructions écrites doivent être fournies au patient concernant la période postopératoire, ainsi que les coordonnées précises des personnes à joindre en cas de nécessité.

Un adulte responsable doit raccompagner le patient à domicile et rester avec lui.

**(ANNEXE 10)**

**Tableau VI: Avantages et inconvénients de l'anesthésie locorégionale chez le patient ambulatoire(d'après Ecoffey )**

<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
- Elimination des inconvénients de l'anesthésie générale : sédation résiduelle moindre, nausées et vomissements moins fréquents	- Délai d'installation interférant avec le déroulement du programme opératoire
	- Régression lente du bloc pour certains blocs
- Autonomie plus rapide	- Céphalées, rétention d'urine, hypotension Artérielle orthostatique pour les anesthésies rachidiennes
- Alimentation orale précoce	
- Analgésie post opératoire efficace (en particulier chez le petit enfant)	- Échecs techniques

**(Annexe 11)**

**Les Actes marqueurs en ACA**

Niveau 1 : actes toujours réalisables en ambulatoire (sauf conditions indépendantes de l'acte) avec un impératif organisationnel et de sécurité relativement faible (exemple : la chirurgie du phimosis).

Niveau 2 : actes réalisables régulièrement en ambulatoire mais nécessitant une bonne organisation, un bon entraînement, une maîtrise pluridisciplinaire nécessaire à un bon niveau de sécurité et une bonne prise en charge (exemple : chirurgie de la cataracte)

Niveau 3 : actes de pointe réalisables en ambulatoire uniquement sous conditions d'une bonne prise en charge par une équipe d'excellence et pour un nombre limité de patients (exemple : la cholécystectomie).



**RÉSUMÉS**

## Résumé :

Parmi les conséquences de la politique de maîtrise des dépenses hospitalières, la réduction des durées de séjour à l'hôpital grâce à l'émergence de la chirurgie ambulatoire. Le but était d'améliorer la qualité des soins et d'assurer toutes les conditions du confort du patient.

La chirurgie ambulatoire offre au patient la possibilité de revenir à son domicile, celui d'un proche ou un hôtel, le jour même de son anesthésie avec le même degré de sécurité que s'il était resté à l'hôpital.

Nous avons réalisé une étude analytique descriptive des dossiers des malades opérés à froid aux services (Orl, Ophtalmologie, Traumatologie, Viscérale, Urologie, Stomatologie et Maxillo-facial). Cette étude a concerné tous les patients qui ont bénéficié d'une chirurgie ambulatoire sur une durée de 11 mois.

Notre travail a été motivé par la volonté de faire un état des lieux de la pratique de la chirurgie ambulatoire en identifiant et analysant l'anesthésie ambulatoire, en vue de sa terminologie, sa particularité, ses complications, ses incidents, son organisation ainsi que sa technique. C'est une étude basée sur l'exploitation des données sur une période de 11 mois allant du mois de Juillet 2017 jusqu'au mois de Mai 2018 et qui a concerné une population cible faite des chirurgiens pratiquant ce type de chirurgie, ainsi que 100 patients : candidats pour une chirurgie ambulatoire dans les différents services de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

À travers notre questionnaire on note que le taux de la chirurgie ambulatoire représente 39% de l'ensemble des actes opératoires réalisés dans des blocs opératoires non spécifiques intégrés à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech : un pourcentage assez important dans la mesure où il ne représente que l'ensemble des interventions incluses dans l'étude pendant une durée limitée de 11 mois.

D'après notre étude, on doit plus considérer l'ambulatoire comme destiné à la « petite » chirurgie vu la liste mentionnée. La majorité des interventions pratiquées sont dans la spécialité de Maxillo-faciale avec un pourcentage de 39% et le service d'ophtalmologie avec un pourcentage de 37%. Elle concerne tout âge avec une légère prédominance du sujet jeune. Son applicabilité ne se cantonne pas seulement à des actes aux limites strictement définies, mais aussi à des patients dont les caractéristiques médicales, sociales et personnelles, sont adaptées à cette pratique : malades ne présentant pas de pathologie associée importante, structure familiale adaptée et résidence à une distance limitée de l'hôpital.

La chirurgie ambulatoire est une démarche innovatrice qui ne peut souffrir d'une défaillance de qualité, il s'agit d'une nouvelle tarification adoptée à ce mode de pratique. Cette chirurgie nécessite bien entendu plusieurs intervenants (administration, professionnels de santé et patients) avec la mise en place d'un circuit de chirurgie ambulatoire (consultation pré-anesthésique ; bilans, bureau d'admission et de facturation, services hospitaliers et bloc opératoire dont leur contribution dans notre champ d'étude sera le synonyme d'une nouvelle culture de gestion des dépenses en matière de santé.

Ce travail a permis d'entamer le débat et de repérer la faisabilité de la chirurgie ambulatoire tout en dissimulant le besoin continu et la parfaite recevabilité de notre infrastructure à un tel procédé.

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

## **Abstract**

Among the consequences of the hospital expenses of policy control <sup>2</sup>, the reduction of hospital stays thanks to the emergence of outpatient surgery. The goal is to improve the quality of care and ensure all the conditions of patient comfort.

Outpatient surgery offers the patient the opportunity to return to his or her home, those who are near or in a hotel, the same day of anaesthesia with the same degree of safety as if he or she had been in the hospital.

We carried out a descriptive analytical study of the patients files cold-operated cases (Otorhinolaryngology, Ophthalmology, traumatology, Visceral, Urology, and Maxillofacial) .This study concerned all patients who underwent ambulatory surgery over a period of time of 11 months.

Our work was motivated by the desire to make an inventory of the practice of ambulatory surgery by identifying and analyzing ambulatory anaesthesia, with a view to its terminology, its particularity, its complications, its incidents, its organization and its technical. This is a study based on the exploitation of data over 11 months period from July 2017 to May 2018 and which concerned a target population made of surgeons practicing this type of surgery, as well as 100 patients: candidates for an outpatient surgery in the different departments of the military hospital Avicenna of Marrakech.

Through our survey , we notice that the rate of outpatient surgery accounts for 39% of all operating procedures carried out in non-specific operating blocks integrated into the military hospital Avicenna Marrakesh and a significant percentage to the extent that it represents than all the interventions included in the study for a limited period of 11 months.

According to our study, we should no longer consider the ambulatory as intended for "small" surgery because of the list mentioned. The majority of procedures performed are in the maxillofacial specialty with a percentage of 37,15% and the ophthalmology service with a percentage of nearly 36%. It concerns any age with a slight predominance of the young subject.

Its applicability is not confined to only to acts with strictly defined limits, but also to patients whose medical, social and personal characteristics are adapted to this practice: patients with no significant associated pathology adapted family structure and residence at a limited distance from the hospital.

Outpatient surgery is an innovative approach that can not suffer from a quality failure, it is a new pricing adopted in this mode of practice. This surgery obviously requires several interveners (administration, health professionals and patients) with the setting up of an ambulatory surgery journey; pre-anaesthetic consultation, sheets, admission and billing office, hospital services and operating block of which their contribution to our field of study will be synonymous with a new culture of managing health expenditures.

This work allowed to begin the debate and to identify the feasibility of ambulatory surgery while concealing the continuous need and the perfect admissibility of our infrastructure to such a process.

The officialization of outpatient surgery in the Moroccan sector will be synonymous with the innovation of a new management culture of hospitals, a culture which centralizes the patient at the centre of all its trips.

## ملخص

من بين الآثار المترتبة على سياسة ضبط نفقات المستشفى هو الحد من الإقامة فيه، بفضل ظهور الجراحة النهارية، الهدف هو تحسين جودة الرعاية وضمان جميع ظروف راحة المريض.

تقدم جراحة اليوم الواحد . إمكانية عودة المريض إلى منزله أو إلى الفندق في نفس يوم التخدير، بنفس قدر الأمان كما لو أنه بقي بالمستشفى.

أجرينا دراسة تحليلية وصفية للمرضى الغير مستعجلين المستفيدين من الجراحة النهارية في الأقسام التالية (قسم جراحة طب الأنف والحنجرة، جراحة طب العيون، جراحة طب العظام، الجراحة العامة، المسالك البولية، جراحة طب الوجه والفكين) هذه الدراسة تهم جميع المرضى الذين خضعوا لجراحة اليوم الواحد على مدى فترة 11 شهرا.

إن الدافع وراء بحثنا هو القيام بجدد لممارسة جراحة اليوم من خلال تحديد و تحليل مميزات التخدير المتعلق بهذا النوع من الجراحة، لتعريفها و ذكر خصوصيتها، مضاعفاتها، مشاكلها، وتنظيم تقنياتها. هذه الدراسة مبنية على استغلال البيانات خلال فترة 11 شهراً، تمتد من يوليو 2017 إلى مايو 2018 والتي تتعلق بالجراحين الذين يزاولون هذا النوع من الجراحة والخاصة ب 100 مريض مرشحين للجراحة الخارجية في أقسام مختلفة من المستشفى العسكري ابن سينا بمراكش.

من خلال دراستنا نلاحظ أن معدل جراحة العيادات الخارجية 39% من جميع العمليات الجراحية التي أجريت في غرف العمليات الغير محددة لها بالمستشفى العسكري بمراكش ، نسبة مرتفعة بقدر ما يتمثل من جميع التدخلات المدرجة في الدراسة لفترة محدودة من 11 شهرا.

وفقا لدراستنا، يجب أن لا نعتبر الجراحة النهارية كجراحة مخصصة للعمليات "الصغيرة" نظرا لما ورد في القائمة أعلاه. غالبية العمليات الجراحية النهارية تتمثل في قسم جراحة طب الوجه والفكين بنسبة 37%، وقسم جراحة طب العيون بنسبة 36% تقريبا . وتخص جميع الفئات العمرية ، خاصة فئة الشباب وتطبيقها لا يقتصر فقط على عمليات محددة بل يخص أيضا المرضى الذين تتكيف خصائصهم الطبية والاجتماعية والشخصية مع هذه الممارسة: انتقاء المرضى المقيمين على مسافة محدودة من المستشفى .

جراحة المرضى الخارجيين هي نهج مبتكر لا ينقص الجودة، بل هو سعر جديد معتمد في هذا النمط من الممارسة. بالطبع هذه الجراحة تتطلب العديد من الشروط من ضمنها: تعاون بين الإدارة، الأطباء : (التخدير، الجراحين) والمرضى مع تحديد مختلف المراحل لهذا النمط من الجراحة (التحاليل والفحوصات ومكتب القبول والفواتير، والمصالح الإستشفائية وغرفة العمليات التي ستكون مساهمتهم في مجال دراستنا مرادفة لثقافة جديدة لإدارة النفقات الصحية.

سمح هذا العمل لبدء النقاش وتحديد جدوى الجراحة النهارية مع أخذ بعين الاعتبار الحاجة المستمرة والقبول التام لبنيتنا التحتية لمثل هذه العملية.

سيكون إضفاء الطابع الرسمي على جراحة المرضى الخارجيين في القطاع المغربي مرادفاً للابتكار في ثقافة إدارة جديدة للمستشفيات ، وهي ثقافة تضع مركزية المريض في مركز جميع حلقاته.



# *BIBLIOGRAPHIE*



1. **Hinkelbein, Jochen, Andreas Hohn, and Harald Genzwürker.**  
"Airway management for anaesthesia in the ambulatory setting." *Current Opinion in Anesthesiology* 28.6 (2015): 642–647.
2. **de Santé, Haute Autorité.**  
"La sécurité des patients. " *Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique* (2012).
3. **DUHAMEL, M. Gilles.**  
"LE SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE AMERICAIN Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire." *Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)*
4. **James Nicoll**  
The surgery of infancy; *British Medical Journal* 1901
5. **Belkrezia, R., et al.**  
"Enquête sur la pratique de l'anesthésie au Maroc." *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Vol. 21. No. 1. Elsevier Masson, 2002.
6. **SMG Marketing Group.**  
Ambulatory Surgery Centers: a positive trend in health care.
7. **Gaucher, S., et al.**  
"Chirurgie ambulatoire: résultats obtenus après la restructuration d'un service hospitalier public de chirurgie générale." *Journal de Chirurgie Viscérale* 150.3 (2013): 230–234.
8. **de Santé, Haute Autorité.**  
"PROLIA. Inscription Sécurité Sociale et Collectivités [http://www. has-sante. fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/prolia\\_14122011\\_avis\\_ct10890. pdf.](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/prolia_14122011_avis_ct10890.pdf)" (2016).
9. **Franck, L., et al.**  
"Étude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence." *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Vol. 32. No. 6. Elsevier Masson, 2013.
10. **Rencontres, H. A. S.**  
"Enjeux organisationnels de la chirurgie ambulatoire." *Centre des congrès, Lyon* (2011).

11. **Uziel, A.**  
"La chirurgie ambulatoire en otologie." *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale* 134.4 (2017): 244-246.
12. **De Lathouwer, C., and J. P. Poullier.**  
"How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends?." *Ambulatory surgery* 8.4 (2000): 191-210.
13. **Belkrezia, R., et al.**  
"Enquête sur la pratique de l'anesthésie au Maroc." *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Vol. 21. No. 1. Elsevier Masson, 2002.
14. **Jacquet, E., et al.**  
"Évaluation de la prise en charge des hernies inguinales en chirurgie ambulatoire." *Annales de chirurgie*. Vol. 129. No. 3. Elsevier Masson, 2004
15. **Johanet, Hubert, Corinne Vons, and Marc Beaussier.**  
*Chirurgie ambulatoire générale et digestive: Rapport présenté au 119e Congrès français de chirurgie*. Arnette-John Libbey Eurotext, 2018.
16. **BEAUSSIER, M., F. MARCHAND-MAILLET, and N. DUFEU.**  
"NOUVEAUTES ORGANISATIONNELLES DE L'AMBULATOIRE."
17. **Abécédaire chirurgie ambulatoire :**  
réglementation - organisation-pratique. Janvier 2009.
18. **Kumar, C., et al.**  
"Day case and short stay surgery: 2." *Anaesthesia* 66 (2014): 417-434.
19. **Dadure, C., C. Sola, and M. Maniora.**  
"Prise en charge ambulatoire de l'enfant." (2014).
20. **Dadure C, Séguret F, Macq C, Marie A, Capdevila X.**  
Les actes d'anesthésie réalisée chez les enfants en France en 2010 : Enquête permanente exhaustive à partir des bases nationales. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012 : R482 (abstract)
21. **Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la Sfar.**  
"Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant."  
" *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Vol. 27. No. 12. Elsevier Masson, 2008.

22. **White, Paul F., et al.**  
"Perioperative care for the older outpatient undergoing ambulatory surgery." *Anesthesia & Analgesia* 114.6 (2012): 1190–1215.
23. **Société française d'anesthésie et de réanimation.**  
Recommandations formalisées d'experts. Gestion périopératoire des traitements chroniques et des dispositifs médicaux; 2009 ([Accès au site le 08/01/2014])
24. **Cuisinier, Adrien, and Pierre Albaladejo.**  
"Comment appréhender les comorbidités et leurs traitements dans le cadre de la chirurgie ambulatoire?." *La Presse Médicale* 43.3 (2014): 283–290.
25. **Bert, T., et al.**  
"Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France." *Rapport IGAS et IGF* (2014).
26. **Babre, F., et al.**  
"Quels patients en ambulatoire?." *Actes des Journées d'Enseignement Post-Universitaire d'Anesthésie et de Réanimation, Paris, mars*(2008).
27. **Bryson, Gregory L., et al.**  
"Patient selection in ambulatory anesthesia—an evidence-based review: part II." *Canadian Journal of Anesthesia* 51.8 (2004): 782.
28. **Société française d'anesthésie réanimation, Société française de cardiologie.**  
Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge du coronarien qui doit être opéré en chirurgie non cardiaque; 2011 ([Accès au site le 08/01/2014])<http://www.sfar.org/>
29. **Molliex, Serge, et al.**  
"Examens préinterventionnels systématiques." *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Vol. 31. No. 9. Elsevier Masson, 2012.
30. **Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation, Office français de prévention du tabagisme.**  
Conférence d'experts sur le tabagisme péri- opératoire; 2005 ([Accès au site le 08/01/2014])
31. **Pierre, Sébastien, et al.**  
"Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période périopératoire." *Anesth Reanim* 2.5 (2016): 368–376.

32. **Chung, Frances, et al.**  
"STOP Questionnaire A Tool to screen patients for obstructive sleep apnea." *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists* 108.5 (2008): 812–821.
33. **Joshi, Girish P., et al.**  
"Society for Ambulatory Anesthesia consensus statement on preoperative selection of adult patients with obstructive sleep apnea scheduled for ambulatory surgery." *Anesthesia & Analgesia* 115.5 (2012): 1060–1068.
34. **Bonhomme, F., et al.**  
"Déficits rares de la coagulation et gestes invasifs." *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol. 32. No. 3. Elsevier Masson, 2013.
35. **Beaussier, Marc, et al.**  
"Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017?" *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 21.2 (2017): 85–89.
36. **CASTIEL, DIDIER.**  
"Le développement de la chirurgie ambulatoire et ses conséquences sur la qualité de la prise en charge."
37. **Gentili, Marc, Nicolas Dufeu, and André Lienhart.**  
"Complications et risques au cours de la chirurgie ambulatoire." *Le Praticien en anesthésie réanimation* 13.6 (2009): 429–437.
38. **Ansell, G. L., and J. E. Montgomery.**  
"Outcome of ASA III patients undergoing day case surgery." *British Journal of Anaesthesia* 92.1 (2004): 71–74.
39. **Merchant, Richard, et al.**  
"Guidelines to the practice of anesthesia-revised edition 2016." *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 63.1 (2016): 86–112.
40. **Bontemps, Gilles.**  
"LE VIRAGE AMBULATOIRE EN FRANCE: PRATIQUES, OUTILS ET RECOMMANDATIONS." *Chirurgie ambulatoire générale et digestive: Rapport présenté au 119e Congrès français de chirurgie* (2018): 12.
41. **Arrantxa Mahieu,**  
Nadine Raffy–Pihan La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives

42. **Billy, T. R. O. Y.**  
pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire: portée et limites d'une démarche par les indicateurs."
43. **Douhéret, Edouard.**  
"La chirurgie ambulatoire au CHIC: projet stratégique et stratégie de projet."
44. **Bert, T., et al.**  
"Perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France." *Rapport IGAS et IGF* (2014)
45. **Langloys, J.**  
"Anesthésie du patient ambulatoire." *Encycl Méd Chir, Anesthésie-Réanimation, . pdf. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés* (2000).
46. **GaucherS, BoutronI, Marchand-MailletF, et al.**  
Assessmentof a standardized pre-operative telephone checklist designedto avoidlatecancellationofambulatorysurgery:TheAMBUPROG MulticenterRandomizedControlledTrial.PloSOne2016;11(2)
47. **Sukhani, Radha, Jordan Lurie, and Reena Jabamoni.**  
"Propofol for ambulatory gynecologic laparoscopy: does omission of nitrous oxide alter postoperative emetic sequelae and recovery?." *Anesthesia and analgesia* 78.5 (1994): 831–835.
48. **Bouaziz H, Aubrun F, Belbachir AA, Cuvillon P, Eisenberg E et al.**  
Locoregional anaesthesia and echography. Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011; 30: e33–5. Erratum in: *Ann Fr Anesth Reanim.* 2012;31:741.
49. **Massa, H., et al.**  
"Anesthésie du patient ambulatoire." *EMC Anesthésie-Réanimation. Paris: Elsevier Masson SAS* (2010): 36–635.
50. **Smith, A. F., and A. J. Pittaway.**  
"Premedication for anxiety in adult day surgery." *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (2000): CD002192–CD002192.
51. **Walker, Kevin J., Andrew F. Smith, and A. J. Pittaway.**  
"Premedication for anxiety in adult day surgery." *Cochrane database of systematic reviews* 7.4 (2003).

52. **Sztark, François, and Charles Bourdallé-Badie.**  
"Comment mettre en place un centre de chirurgie ambulatoire?." *Le Praticien en anesthésie réanimation* 12.6 (2008): 457–461.
53. **Marik, Paul E.**  
"Propofol: therapeutic indications and side-effects." *Current pharmaceutical design* 10.29 (2004): 3639–3649.
54. **Evans, Gregory RD, Thomas Scholz, and Keith Brandt.**  
"Outpatient Surgery." *Plastic and reconstructive surgery* 136.1 (2015): 89e–95e.
55. **McGoldrick, Kathryn E.**  
"Comparison of Recovery Profile After Ambulatory Anesthesia With Propofol, Isoflurane, Sevoflurane, and Desflurane: A Systematic Review." *Survey of Anesthesiology* 49.1 (2005): 1.
56. **Gupta, Anil, et al.**  
"Comparison of recovery profile after ambulatory anesthesia with propofol, isoflurane, sevoflurane and desflurane: a systematic review." *Anesthesia & Analgesia* 98.3 (2004): 632–641.
57. **Smith, Ian.**  
"Nitrous oxide in ambulatory anaesthesia: does it have a place in day surgical anaesthesia or is it just a threat for personnel and the global environment?." *Current Opinion in Anesthesiology* 19.6 (2006): 592–596.
58. **Jakobsson, J. "Desflurane:**  
A clinical update of a third-generation inhaled anaesthetic." *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56.4 (2012): 420–432.
59. **Zetlaoui, Paul J.**  
"Nouveaux anesthésiques locaux pour la rachianesthésie ambulatoire (podcast)." *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 18.2 (2014): 137–142.
60. **Albaladejo, Pierre, et al.**  
"The structure, organisation and perioperative management of ambulatory surgery and anaesthesia in France: methodology of the SFAR-OPERA study." *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 36.5 (2017): 307–312.
61. **Hinkelbein J, Hohn A, Genzwürker H.**  
*Airway management for anaesthesia in the ambulatory setting. Curr Opin Anaesthesiol* 2015; 28: 642–7.

62. **Bontemps, G., C. Daver, and C. Ecoffey.**  
"Décret d'anesthésie de 1994, chirurgie ambulatoire et responsabilité médicale: nécessaires réflexions sur l'inévitable conciliation entre réglementation et recommandations." *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Vol. 33. No. 12. Elsevier Masson, 2014.
63. **Theissen, Alexandre, et al.**  
"La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur en chirurgie ambulatoire." *Anesthésie & Réanimation* 2.6 (2016): 381–390.
64. **Johnson, David A., et al.**  
"Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer." *Gastrointestinal endoscopy* 80.4 (2014): 543–562.
65. **Larsen, Birgit, et al.**  
"Black or white coffee before anaesthesia?: A randomised crossover trial." *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 33.6 (2016): 457–462
66. **Chung, Frances, and Nicole Assmann.**  
"Car accidents after ambulatory surgery in patients without an escort." *Anesthesia & Analgesia* 106.3 (2008): 817–820.
67. **Majholm, Birgitte, et al.**  
"Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures." *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56.3 (2012): 323–331.
68. **Fox, Justin P., et al.**  
"Hospital-based, acute care after ambulatory surgery center discharge." *Surgery* 155.5 (2014): 743–753.
69. **Aubrun, F., and M. Dziadzko.**  
"Aspects actuels de la prise en charge de la douleur postopératoire." *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie* 16.1 (2017): 040–043.
70. **BEAUSSIER, Marc, ALBI-FELDZER, Aline, BLOC, Sébastien, et al.**  
Recommandations formalisées d'experts concernant la chirurgie ambulatoire, quels changements de 2009 à 2017?. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2017, vol. 21, no 2, p. 85–89.

71. **France, Marie-Noëlle, Sophie Vanderheyden, and Patricia Lavand'homme.**  
"Comment améliorer la prise en charge de la douleur à domicile dans le suivi de chirurgies de court séjour." *Le Praticien en anesthésie réanimation* 16.3 (2012): 183-189
72. **CHESNEL, AL, et al.**  
"Douleurs, nausées et vomissements postopératoires et ambulatoires." (2012)
73. **BELOEIL, Hélène, and Docteur Sébastien PIERRE.**  
"DOULEUR ET NAUSEES VOMISSEMENTS EN AMBULATOIRE: QUOI DE NEUF ?
74. **Hwa, Kimberly, and Sherry M. Wren.**  
"Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery: results of a pilot program." *JAMA surgery* 148.9 (2013): 823-827.
75. **Crocker, J. Benjamin, Jonathan T. Crocker, and Jeffrey L. Greenwald.**  
"Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review." *The American journal of medicine* 125.9 (2012): 915-921.
76. **Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC.** Acute  
postopera- tive pain management at home after ambu- latory surgery: a French pilot survey of  
general practitioners' views. *Anesth Analg* 2002;95:1258-62.
77. **Dobson G, Chong M, Chow L, Flexman A, Kurrek M, Laflamme C, Lagacee A, Stacey S, Thiessen B.**  
Guidelines to the practice of anesthesia – revised edition 2017
78. **Canoui-Poitrine, Florence, H. Logerot, and Marie Frank-Soltysiak.**  
"Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire." *Pratiques et organisation des soins* 39.4 (2008): 323-330.
79. **Beaussier, Marc, and Nicolas Dufeu.**  
"Développement De l'ambulatoire: vers De nouveaux risques ?"

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 123

سنة 2018

## دور التخدير للمريض في العيادات الخارجية (الجراحة النهارية)

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 14 / 05 / 2018

من طرف

**السيدة. سكيبة ابني**

المزودة في 17/09/1990 بمراكش

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

الجراحة النهارية - التخدير للجراحة النهارية- العيادات الخارجية

### اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيد

السيد

السيد

د. التويتي

أستاذ مبرز في جراحة المسالك البولية

ي. قاموس

أستاذ مبرز في طب الانعاش والتخدير

م. ع. أبو شادي

أستاذ مبرز في جراحة وتقويم الوجه والفكين

خ. كولالي إدريسي

أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل

ر. البرني

أستاذ مبرز في الجراحة العامة