



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2020

par

M. Yacouba Koné

**LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU
CSREF DE LA COMMUNE VI**

Président du Jury

Pr Lassana KANTÉ

Membre du Jury

Dr Moustapha Issa MANGANÉ

Directeur de Thèse

Pr Adegné TOGO

Co-Directeur de Thèse

Dr Mamadou DIALLO

Année universitaire 2019- 2020



BISSIMI LÂHI RÂHÂMANE RÂHIM

**Dit « Ô seigneur inspire moi
pour que je rende grâce au
bien fait dont tu m'as comblé
ainsi qu'à mes père et mère
et pour que je fasse une
bonne œuvre que tu agrées.
Et fait que ma postériorité soit
de moralité saine. Je me
repens à toi et je suis du
nombre des soumis »**



Dédicace

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

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 ...



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 hissé vers le haut quand j'ai baissé mes bras. Cher papa, tu es un homme de cœur, je ne suis pas le seul à l'affirmer. Tu m'as entouré d'attentions, orienté dans la vie ; tu m'as chérie et protégé. 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 offerte, 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'heureux. 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 mes années d'étude, 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 reconnaissant. 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...



Dis « Ô mon seigneur, fais-leur,
à tous deux, miséricorde
comme ils m'ont élevé tout

À mon épouse Fatoumata Diarra

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 la femme 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 le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

À mes sœurs Fatoumata, Aissata, Haby, Kadidiatou, Massoura, Baro et à mes frères : Mohamed, Chaqa, Aboubacar et Cheick Kébir

Fatoumata, la prunelle de mes yeux, Haby, la douce, au cœur si grand, Kadidiatou l'aimable, Chaqa le sage Mohamed le tendre, Aboubacar le généreux et Cheick Kébir 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, je 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 porter m'ont soutenu durant mon parcours. J'espère que vous soyez fiers de votre frère 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 Bambo Maqanéra

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

À

ma nièce Ramatoulaye et mes neveux : Moussa, Adama, Abdoulaye...

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

À mon cher copain Idrissa Kamara

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 un meilleur ami, Frère et confident 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 ton frère Aboubacar Camara, qui aujourd'hui devenue le mien, 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 mon très cher. À nous ! À jamais !

À la mémoire de mon beau-frère Amadou Diarra

Tu étais mon frère 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 présent 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 Seybou Diarra; Mes beaux-frères Moustapha, Cheick Oumar et Bachaka et toutes la famille

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 AMIÉS

À Mamadou Flantié Sissoko : 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 un tel ami.

À mes chers copains d'enfance (Fassalouma, Moussa Konaté, Djeba Coulibaly, Oumar Traoré, Gaoussou Bah, Talibé Haidara et Abdoulaye Sissoko, Yalkouyé Ahamad...), merci pour les agréables moments qu'on a passés ensemble, et pour la sympathie et l'affection que vous m'avez toujours portée qu'elles demeurent éternelles, puisse DIEU vous procurer bonheur, santé et réussite.

À Yacouba Fané, 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. Cher je ne pourrai t'exprimer l'amour que je te porte que la bonté de Dieu illumine ton chemin mon cher À nous ! À jamais ! Jamais

À mes chers collègues : Seybou Traoré, Adama Bakayoko, Inza Koné, Abdoulaye Cissé, Cheick Ivan Diarra, Aboubacar Sidiki Fofana, Siriki Doumbia, Christophe Banou, Issa Sogoba, Karim Togola, Issa Doumbia, Arouna Maiga, Lassina Doumbia, Inzan Doumbia, Fanta Kalapo, Mme Mallé Assetou Samaké, Aminata Haidara, Aminata Koné, Djénèba Djimdé, Aminata Seribara, Abdramane Maiga, Mariam Koureich, Issa Diawarra, Alfousseiny Maiga, Hahamad Yalcouye, Abdoulaye Séribara, Adama Niaré, Yaya Doumbia ...

À mes chères : Fatoumata Koné, Maimouna Koné, Awa Nana Kassé, Mariam Camara, Fatoumata N'diaye, Mariam N'diaye...

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 Bamako. 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. A 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 Abdoulaye Koné et son épouse Fatoumata Dembélé

À

À toute la famille Ouattara, Kiatou, Mariam, Yama, Mohamed, à la famille Diarra (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. Diabaté, Mr Coulibaly...) et
SECONDAIRE (Pr Diarra, Togola, Sogoba, Moussa Konaté ...)*

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

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.

Remerciements

Aux spécialistes en chirurgie digestive Du CSRéf C VI :

Mon Maître Dr Diallo Mamadou, Dr Konaté Moussa, Dr Diakité Ibrahim Kalil pour m'avoir encadré.

Aux spécialistes en Gynécologie Obstétricale Du CSRéf C VI :

Dr. Samaké Alou, Dr. Keita Mamadou, Dr. Haidara Dramane, Dr. Diassana Mama, Dr. Diassana Boubacar.

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

Aux thésards du service de chirurgie générale et Gynécologie obstétricales du CSRéf C VI :

Mahamoud Camara, Ousmane M'pê Coulibaly, Alidji Diallo, Mohamed Sylla, Bablé Traoré, Mamadou Kouba, Cheickna Konaré, Mohamed Diarra, Fodé Kaba Berthé, Bréhima Doumbia, Abdoulaye Daffé, Salif Diarra, Bakary Diakité, Soumaoro Seydou, Sekou traoré, Mamadou O Bah, Abdoukarim Bakayoko Alaye Arama, Macoura Traoré, Mariam Diallo, Ami Diaouné, Djénéba Coulibaly.

Aux personnels infirmiers du CSRéf C VI :

Sidiki Doumbia, Bamody Dembélé, Cheick Hamala Sissoko, Nouh Dembélé, Abdoulaye Traoré, Naténin et équipe.

Merci d'avoir assuré les soins de mes patients.

Aux sages-femmes du CSRéf C VI

Aux personnels du bloc opératoire :

Aux personnels de la clinique Espoir :

Dr Soumaoro Mamadou, Dr Dembélé Adama, Dr Keita Adama, Dr Kokéna Oumar, Dr Samaké Karim, Dr Nanko Doumbia, Dr Hamidou Doumbia

A Mr Oumar Traoré (infirmier), Mr Bainsi Doumbia, Moussa Bagayoko, Mme Selikéné Diarra. Merci pour votre compassion.

Au secrétariat du médecin chef du CSRéf commune C VI.

Tous les étudiants de la **FMOS/FAPH**, bon courage et bonne chance

Ce travail est le vôtre.

A tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur KANTÉ Lassana

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,
- Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé,
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF).

Cher maître,

En acceptant de présider le jury de ce travail, vous nous témoignez une fois de plus l'importance que vous attachez à notre formation, nous en sommes très honorés. Votre amour pour le travail bien fait et vos qualités d'homme de science, de pédagogue chevronné ont attiré toute notre attention. Votre abord facile, votre simplicité, votre gentillesse et votre franchise, font de vous un praticien admiré et respecté.

Veillez cher Maître, recevoir ici l'expression de nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Docteur MANGANE Moustapha Issa

- Maître-assistant en Anesthésie-Réanimation à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Chef de service du bloc opératoire au CHU Gabriel Touré
- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'urgence du Mali (SARMU-Mali)
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation, d'Afrique Francophone (SARAF)

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme encadreur et membre de ce jury. Durant tout ce temps passé à vos côtés ; votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité ainsi que votre dynamisme nous ont beaucoup marqué et font de vous un exemple. C'est un réel plaisir pour nous d'être un de vos disciples.

Trouver ici, Cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et co-directeur

Docteur DIALLO Mamadou

- Chef de service de chirurgie générale du CSRéf commune VI.
- Chirurgien généraliste au CSRéf commune VI.
- Praticien Hospitalier au CSRéf commune VI.
- Médecin Chef adjoint du CSRéf commune VI.
- Chargé de recherche.
- Membre de SOCHMA

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous m'avez accepté dans votre service, m'a profondément touché. Votre souci constant du travail bien fait, votre rigueur ainsi que votre démarche scientifique dans le travail, votre courage, votre gentillesse font qu'il a été très agréable d'apprendre à vos côtés. Vos conseils et critiques précieux resteront à jamais dans nos mémoires.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur TOGO Adegné

- Professeur titulaire de chirurgie générale de la F.M.O.S.
- Chef adjoint du département de chirurgie et spécialité chirurgicale à la FMOS.
- Chef du service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.
- Spécialiste en cancérologie digestive.
- Membre du Council West Africain Collège of Surgeon (W.A.C.S).
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- Membre de l'Association des Chirurgiens de l'Afrique Francophone (A.C.A.F).
- Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé.

Cher maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger rigoureusement ce travail de manière pédagogique. Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été impressionnés par votre rigueur, votre disponibilité, votre humilité, l'étendue de vos connaissances médicales. Vos principes et votre façon de transmettre le savoir font de vous un modèle pour la génération future.

Veillez accepter, cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et de notre profonde gratitude.

Liste des tableaux

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf..	17
Tableau II : Personnel du CS Réf.	20
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge	28
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession.....	29
Tableau V : Répartition des patients en fonction des localités.....	29
<i>Tableau VI : Répartition des patients en fonction des nationalités.....</i>	<i>31</i>
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du mode d'admission	31
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des différentes classes d'ASA	31
Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie	32
Tableau X : Répartition des patients en fonction du diagnostic retenu	32
Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale	33
Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la durée d'observation post-opératoire.....	34
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires.....	35
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie et des complications post opératoires.	35
Tableau XV : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie et des complications post opératoire	36
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la durée post opératoire et le type d'anesthésie.....	36
Tableau XVII : La fréquence de la chirurgie Ambulatoire selon les auteurs.....	41
Tableau XVIII : L'appendicite selon les auteurs	44

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe	28
Figure 2: Répartition des patients en fonction de la survenue des complications	34

Sigles et abréviations

AG	Anesthésie générale
AL	Anesthésie locale
ALR	Anesthésie locorégionale
ALRIV	Anesthésie locorégionale intraveineuse.
ATCDS	Antécédents
ASA	American society of anesthesiology.
DGOS	Direction generale de l'offre de santé.
ISO	Infection du site operatoire
CA	Chirurgie ambulatoire
CPO	Complication postoperatoire
CSRef VI	Centre Santé de Reference de la commune VI
CIA	Contre -indication absolue
HMA	Hôpital militaire Avicenne
HTA	Hypertension artérielle
HAS	Haute Autorité de Santé
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
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire

Table des matières

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS	XI
LISTE DES TABLEAUX	XVII
LISTE DES FIGURES.....	XVIII
SIGLES ET ABBREVIATIONS	XIX
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS.....	5
2.1. Objectif Général :.....	5
2.1.1. Objectifs spécifiques :	5
3. GENERALITES	7
3.1. Histoire de la chirurgie ambulatoire.....	7
3.2. Abécédaire de la Chirurgie Ambulatoire	8
4. METHODOLOGIE.....	15
4.1. Cadre d'étude :	15
4.2. Type et période d'étude :.....	15
4.3. Présentation de la commune VI et du CSRef :.....	15
4.4. Carte sanitaire de la commune CVI :.....	16
4.5. Ressources humaines :	17
4.6. Organisation du CSRef :	17
4.7. Les activités du service de chirurgie générale :.....	21
4.8. Une organisation spécifique nécessaire :.....	21
4.9. Consultation préopératoire	22
4.9.1. Anesthésie.....	22
4.9.2. La sortie de l'unité.....	22
4.9.3. Réadmission	Erreur ! Signet non défini.
4.9.4. Le suivi.....	22
5. ECHANTILLONNAGE :	23
5.1. La population concernée par la (CA) :.....	23
5.2. La sélection du patient préalable à la (CA)	23
5.2.1. Critères médicaux :	23
5.3. Classification D'ASA (American Society of Anesthesiologists):.....	23
5.4. Critères psychosociaux :.....	24
5.5. Les critères spécifiques à la (CA) :.....	24
5.6. La recherche du consentement	25
5.6.1. La nécessité de la recherche du consentement en (CA) :.....	25
5.6.2. La valeur du consentement en (CA) :	25
6. CRITERE D'INCLUSION :	25
7. CRITERE DE NON INCLUSION :	25
8 SUPPORT ET COLLECTE DES DONNEES.....	25
9ANALYSE ET SUPPORT DES DONNEES	26
9RESULTATS	28
8. SATISFACTION DES PATIENTS :	37
9. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	41
9.1. Méthodologie :	41
9.2. Fréquence :	41

9.3. Age : Tranche d'âge selon les auteurs	41
9.4. Sexe :.....	42
9.5. Activité professionnelle :.....	42
9.6. Mode d'admission :.....	42
9.7. Type d'anesthésie :.....	42
10. ÉTATS DES PATIENTS :	42
11. LES TYPES DE CHIRURGIE SELON LES AUTEURS :	43
12. LA HERNIE INGUINALE SELON LES AUTEURS	43
13. L'HYDROCELE SELON LES AUTEURS :	43
14. L'APPENDICITE SELON LES AUTEURS	44
15. SUITES POST-OPERATOIRES	44
15.1. Répartition des patients en fonction de la durée d'observation post-opératoire selon les auteurs	44
15.2. Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires selon les auteurs	44
.....	44
16. LA SATISFACTION DES PATIENTS :	45
CONCLUSION :.....	47
RECOMMANDATIONS :.....	49
RESUME.....	50
ABSTRACT	51
REFERENCES.....	53
ANNEXE	57
FICHE SIGNALETIQUE.....	59
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	60

INTRODUCTION

I. Introduction

La chirurgie ambulatoire est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme un geste chirurgical effectué dans la journée, sous une anesthésie de mode variable, ne nécessitant pas le maintien du patient en hébergement la nuit. Sa spécificité est un temps de prise en charge réduit au maximum à 12heures [1].

La chirurgie ambulatoire en chirurgie générale est une activité de soins considérés selon la réglementation actuelle comme une alternative à l'hospitalisation classique. Elle est réalisée en établissement de santé et elle concerne la mise en œuvre d'actes chirurgicaux et/ou d'exploitations selon les mêmes modalités que celles qui sont observées habituellement lors d'une hospitalisation complète en permettant la sortie du patient le jour même de son intervention sans risque majeur avec une diminution des coûts des soins. La chirurgie ambulatoire présente un enjeu majeur en termes de restructuration et d'amélioration de l'offre de soins en établissement de santé et de l'interface ville/ hôpital. [2]

Aux états unis :

En 2010 le taux global de pratique de la chirurgie ambulatoire est de 83% contre 70% en 2006. [3]

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, ce quel que soit le type de l'établissement. [4]

En France

Le taux global d'interventions éligibles pratiquées en mode ambulatoire est actuellement estimé aux alentours de 40% [5]. La tendance actuelle est au développement avec un taux passé de 32 % en 2007 à 37,8 % en 2014 [6]. Ce taux est variable selon les territoires de santé, les établissements publics ou privés, et selon les pathologies prises en charge. Dans le secteur privé le taux de prise en charge est de 44% contre 25% dans le secteur public [6].

Dans le Nord-Pas-de-Calais en 2010, les taux de réalisation en mode ambulatoire en fonction des pathologies sont de : 83% pour la chirurgie réparatrice des ligaments et tendons de la main ; 79% pour la chirurgie de la cataracte ; 76% pour les arthroscopies du genou sans

ligamentoplastie ; 32% en chirurgie anale ; 15% des cures de hernie inguinale et 8% des coélioscopies gynécologique [6].

En Europe du Nord et en Angleterre, les taux évoqués de prise en charge chirurgicale ambulatoire sont aux alentours de 90% [7], au Danemark de 86 % [7], en Allemagne de 61% [8].

Un objectif national supérieur à 50% des actes chirurgicaux pratiqués en ambulatoire est fixé par le Ministère de la Santé (DGOS) pour l'année 2016 [8]

En Afrique

Au Maroc

La fréquence de chirurgie ambulatoire au CHU Hassan II de Fès, service de chirurgie viscérale A était de 18% en 2010 et de 16% en 2013. [9]

Au Mali

Dans le service de Chirurgie générale du CSREF CVI plusieurs Pathologies sont opérées en ambulatoire. Le but de cette étude est d'évaluer et reclasser la fréquence de la chirurgie en Ambulatoire dans le service de la chirurgie générale au CSREF CVI.



OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectif Général :

Etudier les pathologies chirurgicales Ambulatoires dans le service de chirurgie générale au CS Réf C VI de Bamako.

2.1.1. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des pathologies opérées en chirurgie Ambulatoire.
- ❖ Décrire les données sociodémographiques de la chirurgie Ambulatoire
- ❖ Identifier les pathologies opérées en chirurgie Ambulatoire.
- ❖ Analyser les résultats post opératoires et déterminer la satisfaction des patients.

GÉNÉRALITÉS

3. Généralités

3.1. Histoire de la chirurgie ambulatoire

Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne apparaissent comme les pays précurseurs en matière de la (CA). Les premières expériences réalisées dans ces pays contribuent au commencement du développement de cette alternative à l'hospitalisation dès la fin des années 60 ; le Canada s'inspire très rapidement de ces différentes expériences.

Les premières expériences de chirurgie ambulatoire ont été tentées aux Etats-Unis dès le milieu du 19ème siècle par C.LONG et W.MORTON, respectivement en 1842 et en 1846. William MORTON a, semble-t-il, été le tout premier à avoir réussi une intervention à l'éther chez un patient souffrant d'une tumeur du cou. C'était le 16 octobre 1846 au <<Massachusetts General Hospital >> à Boston. [10]

Une expérience de grande envergure fut ensuite réalisée au début du vingtième siècle au Royaume-Uni. Un praticien écossais du nom de Nicoll retraça dans le British Medical Journal, vers 1909, la réussite vécue à l'hôpital des enfants malades de Glasgow où furent réalisées près de 7 000 interventions ambulatoires. Cependant, les connaissances embryonnaires en matière d'anesthésie et de réanimation, l'absence d'antibiotiques et d'anticoagulants découverts à partir de 1940, constituèrent un réel frein à l'expansion de cette pratique. [11] [12] [13]

La chirurgie ambulatoire apparaît comme activité organisée tout d'abord aux Etats-Unis, au début des années 60. Deux programmes officiels de chirurgie ambulatoire sont mis en place dans des centres hospitaliers de Californie en 1962 (J.B. DILLON et D.D. COHEN) et de Washington en 1966 (M.L. LEVY et C.S. COAKLEY). La fin des années 60 voit l'ouverture des deux premiers centres indépendants de chirurgie ambulatoire à Providence (Rhode Island, 1968) et à Phénix (Arizona, 1970). [14]

Cette alternative connaît un rapide essor [15] : dix centres indépendants sont dénombrés entre 1970 et 1975, 150 en 1983, 459 en 1985 [16]. En 1986, 838 centres sont répertoriés et 1700 en 1992. Parallèlement, en 1979, 2,6 millions d'interventions sont réalisées, 3 millions environ en 1980, 8,5 millions en 1986 et 11 millions en 1990.

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.

3.2. Abécédaire de la Chirurgie Ambulatoire

Fiche n° 1
Evolution des recommandations des sociétés savantes
pour la sélection des patients

Les recommandations concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient ambulatoire disponibles aujourd'hui en France ont été élaborées en septembre 1990 par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et complétées en 1996 par l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA).

Les recommandations portent sur les actes, les patients, l'anesthésie et les structures :

Les actes sont programmés, de courte durée (1h30), à faible risque (notamment-hémorragique et respiratoire), et aux suites opératoires simples (notamment la maîtrise de la douleur et du handicap),

Les patients répondent à six critères sociaux (compréhension suffisante, bonne observance des prescriptions médicales, conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation, disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui, conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure de soins adaptée à l'acte, accès rapide à un téléphone) et deux critères médicaux (âge de plus de 6 mois, comorbidités du patient / patients de stade ASA 1, 2 et 3 stabilisé),

Les actes d'anesthésie englobent le suivi depuis la consultation pré anesthésique jusqu'à la préparation à la sortie, la structure organise la prise en charge de l'anesthésie.

Les recommandations n'ont pas de caractère réglementaire et ont eu pour but de contribuer à la qualité des soins en s'assurant qu'un certain nombre de conditions sont réalisées pour une anesthésie ambulatoire en toute sécurité. Elles présentent des ouvertures, avec un élargissement possible en fonction de l'expérience acquise (durée d'intervention, caractère d'urgence, ...).

Les recommandations peuvent apparaître aujourd'hui inadaptées, voire obsolètes pour certaines d'entre elles, du fait, d'une part, des avancées conjointes de l'anesthésie-réanimation et de la chirurgie ayant conduit à la réduction de la morbidité et mortalité péri-opératoires, et d'autre part, de l'évolution des pratiques professionnelles vers un élargissement maîtrisé de la prise de risque.

Les recommandations apparaissent variables : Dans le temps par exemple en 1970, les interventions aux USA étaient sélectionnées en particulier sur la base d'une durée inférieure à 90 minutes et l'absence d'une nécessité de transfusion. Ces critères ont été abandonnés en 1990), selon les pays (par exemple, au Canada, on acceptait à l'origine une limite de 100 km entre l'habitation et la structure de soins adaptée à l'acte), selon les auteurs (par exemple, des auteurs étrangers acceptent des patients ASA 4 si leur pathologie est stabilisée), selon l'évolution des pratiques professionnelles (en France, l'enquête PNIR3 a montré que les pratiques ambulatoires en 2001 dépassaient les taux plafonds d'éligibilité à l'ambulatoire pour le canal carpien en Auvergne, Bourgogne Alsace, Lorraine, PACA, Pays de Loire et Rhône Alpes ; les premiers résultats en 2008 de la MSAP semblent de même démontrer que le nombre de demandes d'autorisation préalable à l'hospitalisation traditionnelle est très faible, en deçà des taux de contre-indication déterminés dans l'enquête PNIR)....

Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire est actuellement en travail à la SFAR, ce qui confirme la nécessité de leur évolution.

MISE EN PERSPECTIVE DES RECOMMANDATIONS SFAR/AFCA

La mise en perspective des recommandations permet d'échapper à la seule logique binaire (critères satisfaits ou non) en explorant les réponses que peut concevoir la structure.

Caractéristiques concernant les actes chirurgicaux :

Aujourd'hui, des équipes performantes prennent en charge des interventions chirurgicales de durée prolongée très supérieure à 1h30, avec un niveau d'environnement élevé et des risques plus importants. La mise en place de protocoles systématiques (anti-douleur, anti-vomissements...) en préalable de la sortie et leur pérennisation à domicile doit s'intégrer dans le processus de réhabilitation du patient à domicile. Ils doivent s'inscrire dans un décloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville avec un renforcement de la coordination avec le médecin traitant.

Caractéristiques concernant les critères médicaux et psychosociaux des patients :

Accès rapide à un téléphone. Ce critère pourrait apparaître aujourd'hui comme toujours réalisé compréhension suffisante de ce qui est proposé. Ce critère pourrait se décliner en deux sous critères : compréhension de l'intervention et compréhension du français. Autant la capacité de compréhension réduite du patient doit aboutir au refus de la procédure ambulatoire et reste donc un critère prédominant, autant la compréhension du français pourrait ne plus être une contre-indication absolue à l'ambulatoire dans la mesure où la traduction et les échanges seraient assurées par la personne accompagnante. En effet, plusieurs établissements ont des taux élevés de chirurgie ambulatoire bien qu'ils couvrent des bassins de population défavorisée et prennent en charge un nombre élevé de nationalités différentes. Bonne observance des prescriptions médicales. Ce critère conditionne le suivi post-opératoire et la réhabilitation précoce à domicile. Il pourrait, au fur et à mesure que le champ de l'ambulatoire s'élargit avec la prise en charge d'interventions chirurgicales de plus en plus complexes, devenir prédominant, conditions d'hygiène et de logement équivalentes à celles d'une hospitalisation. Plutôt que les conditions d'hygiène et de logement équivalentes, on pourrait intégrer des critères de mobilité du patient (intervention invalidante, handicaps éventuels et leur retentissement.) et d'accessibilité au logement (ascenseurs, maison sur plusieurs niveaux...), disponibilité d'un accompagnant pour raccompagner le patient et rester la nuit suivante auprès de lui. Ce critère constitue un impératif majeur, les personnes seules ne

sont pas des candidats éligibles à l'ambulatoire. Mais il n'est pas un critère figé dans la mesure où des solutions alternatives existent (accueil chez un membre de la famille, personne accompagnante financée, réseau de prise en charge...).

Conditions d'éloignement de moins d'une heure d'une structure adaptée à l'acte. Il faut rappeler qu'une structure adaptée à l'acte n'est pas obligatoirement le bloc opératoire d'origine. On pourrait envisager la mise en place de conventions ciblées systématiques avec des structures de relais, publiques ou privées. Par ailleurs, l'observation des flux ambulatoires des patients montrent dans de nombreuses régions la forte attractivité de centres ambulatoires référents, bien au-delà de l'heure de transport, ce qui rend de fait ce critère moins prégnant. Le grand âge n'est pas une contre-indication à l'ambulatoire, au contraire la personne âgée supporte mal les hospitalisations avec les risques de syndrome de glissement, de désorientation, d'apparition de complications intercurrentes... Le très jeune âge n'est pas non plus a priori une contre-indication dans la mesure où les problèmes spécifiques des enfants doivent être pris en compte dans la décision finale. L'enfant de moins de 1 an justifie une réflexion et des compétences spécifiques. Certains auteurs préconisent un âge de plus de 3 mois. Il reste à souligner que les enfants, comme les personnes âgées, sont les meilleurs candidats à l'ambulatoire, dans la mesure où les enfants sont moins anxieux et moins perturbés dans leur contexte familial habituel que dans un milieu vécu comme hostile. Critère ASA. Les patients ASA 1, 2 et 3 stabilisés sont classiquement éligibles à l'ambulatoire. D'une part, l'enquête trois jours d'anesthésie de la SFAR en 1996 avait démontré que les anesthésies pour les patients de classe 1 et 2 sont de loin les plus fréquentes (88%), d'autre part, des auteurs préconisent une extension aux patients ASA 4 dans la mesure où les problèmes médicaux seraient bien contrôlés en préopératoire.

CONCLUSION

De fait, ces critères de sélection des patients, dictés il y a 20 ans par les sociétés savantes et devenus probablement obsolètes avec le temps, alors qu'ils n'avaient eu lors de leur création que pour seule finalité de constituer des gardes fous par rapport à une dérive potentielle, ne devraient plus constituer que le moyen et non pas la finalité de la prise en charge ambulatoire.

Il est probable que l'éligibilité d'un patient à l'ambulatoire reposera plus à l'avenir sur une approche basée sur la prévisibilité et l'analyse du bénéfice/risque que sur une stricte liste d'indications ou de critères. Une évolution des recommandations de bonne pratique concernant l'anesthésie et la chirurgie du patient en ambulatoire est actuellement en travail à la SFAR.

Fiche n° 2 **Evolution du rôle du patient**

Il se pose la question de l'évolution du rôle du patient par rapport aux évolutions du rôle du professionnel et de l'organisation de la prise en charge.

Chaque opérateur ou professionnel de santé abordant la chirurgie ambulatoire s'interroge, d'abord et comme par seul réflexe, aux actes faisables en ambulatoire (cf. fiches n°20, 21 et 22). **Mais ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, mais bien le patient qui le devient.**

Ce qui implique deux évolutions majeures :

Une modification des rapports du colloque singulier entre le patient et l'opérateur avec un transfert au patient d'un certain nombre de responsabilités de l'opérateur et une transformation du patient « captif et passif » en patient « actif et responsable » dans sa prise en charge,

Une mutation d'une organisation centrée sur les seules préoccupations de l'opérateur vers une organisation où le patient devient le pivot du système.

Le nouveau rôle du patient remet en cause l'organisation qui bascule en un double mouvement : de la seule fonction productive de soins vers une fonction élargie aux services. Cette évolution du rôle du patient met à mal l'organisation historique de la structure et la notion de lits dédiés au seul service ou au seul opérateur, d'une prise en charge longitudinale mono disciplinaire centrée sur le service et le producteur des soins vers une organisation transversale pluridisciplinaire centrée sur le patient.

Cette mutation de l'organisation devrait amener les opérateurs à s'interroger en premier lieu sur les bénéfices attendus pour les patients d'une prise en charge ambulatoire, tant subjectifs (plus grande satisfaction des patients...) qu'objectifs (moindre exposition aux infections

nosocomiales...), voire les inciter à réfléchir, non pas en termes de bénéfices attendus de l'ambulatoire pour le patient, mais bien plutôt en termes de bénéfices supplémentaires qu'en tirerait le patient si on lui proposait une hospitalisation traditionnelle. **La norme de prise en charge devient donc l'ambulatoire.**

MÉTHODOLOGIE

4. Méthodologie

4.1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale du centre santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

4.2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique allant de Janvier 2018 à Juin 2019 soit 18 mois.

4.3. Présentation de la commune VI et du CSRef :

❖ Au niveau du District de Bamako :

C'est la plus grande commune et la plus peuplée de Bamako avec **94 km²** de superficie et **504738 habitants en 2011** et une densité de **5002 habitants** par km².

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'au moins un CSCOM excepté **Sokorodji** et **Dianeguella** qui ont en commun un CSCOM. **Niamakoro** et **Yirimadio** possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont : l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat.

Il existe aussi quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (février - juin) et une saison pluvieuse (juillet - septembre).

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la Population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

❖ Présentation du centre de santé de référence de la commune VI :

❖ La maternité de Sogoniko, de son nom initial, a été créée en **1980** et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve niger. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (**CSRéf**) en **1999**. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin **2004**.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance ° **78-34/CMLN du 18 Août 1978** et est régie par les textes officiels suivants :

- ✓ l'ordonnance **N°78-34/CMLN du 28 Août 1978** fixant les limites et le nombre des Communes ;
- ✓ la loi **N°93-008 du 11 Février 1993** déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ;
- ✓ la loi **N°95-034 du 12 Avril 1995** portant code des collectivités territoriales.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux.

4.4. Carte sanitaire de la commune CVI :

❖ Situation sanitaire :

La commune VI compte **10 quartiers** et les cités des logements sociaux. La couverture sociosanitaire de la commune est assurée par un Centre de Santé de référence, **un service social**, **11 CSCOM**, **35 structures** sanitaires privées recensées, **1 structure** mutualiste, **2 structures par publiques**, **16 tradithérapeutes** et **32 officines de pharmacie**.

❖ Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en **2 aires Niamakoro (ASACONIA et ANIASCO)** de santé ; par contre d'autres se sont fusionnés pour former une aire de santé (**Sokorodji –Dianeguela**).

La couverture est de **100%** pour les activités du PMA dans tous les **CSComs**.

Tableau I : Chronologie de la mise en place des CSComs et leurs distances par rapport au CSRéf

Nom Aire	Date de création	Quartiers	Distance CSCom /CSRéf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Sénou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoniko	0.3
ASACOFABA	Août 1994	Faladjè	4
ASACOYIR	Septembre 1997	Yirimadjo	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji – Dianeguèla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7

4.5. Ressources humaines :

Au niveau du CSRef, il y a les différentes catégories de personnels :

- ✓ les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;
- ✓ les conventionnaires de l'INPS ;
- ✓ les contractuels du CSRef ;
- ✓ les contractuels de la Mairie.

4.6. Organisation du CSRef :

Infrastructure du service :

Le service se compose de six (06) bâtiments :

- ❖ Le premier bâtiment. Il abrite le bloc opératoire composé de :
 - ✓ deux salles d'opération ;
 - ✓ une salle de réveil ;
 - ✓ une salle de préparation pour chirurgien ;
 - ✓ une salle de consultation pré-anesthésique ;
 - ✓ une salle de stérilisation ;
 - ✓ deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.
- ❖ Le deuxième bâtiment en étage :

Au rez-de-chaussée :

- ✓ les salles d'hospitalisation pour médecine et pédiatrie ;
- ✓ la cantine.

A l'étage :

- ✓ le service d'administration comprenant : un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène, chef du personnel ;
- ✓ la salle de réunion ;
- ✓ le système d'information sanitaire (SIS) ;
- ✓ la salle de consultation pour médecin chirurgien ;
- ✓ des toilettes.

Le troisième bâtiment :

- ❖ La maternité composée de :
 - ✓ la salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et six (06) lits. On y réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour ;
 - ✓ une salle des nouveau-nés ;
 - ✓ une salle d'observation des femmes ;
 - ✓ une salle d'hospitalisation des femmes ;
 - ✓ une salle de garde pour sage- femme ;
 - ✓ une salle de garde pour Médecin ;
 - ✓ une salle de garde pour les faisant fonction d'interne ;
 - ✓ une salle de consultation gynécologique ;
 - ✓ une salle de consultation prénatale ;
 - ✓ une salle de consultation planning familial ;
 - ✓ une salle d'échographie ;
 - ✓ une salle de SAA ;
 - ✓ des toilettes.

Le quatrième bâtiment en étage :

- ❖ Au rez-de-chaussée :
 - ✓ le laboratoire d'analyses ;
 - ✓ une salle de radiologie;
 - ✓ la salle échographique.
- ❖ A l'étage :

- ✓ une salle de consultation ORL ;
- ✓ une salle de consultation Ophtalmologique ;
- ✓ une salle de consultation Odonto-stomatologique ;

Le cinquième bâtiment :

- ✓ Les salles de consultation pédiatrique.

Le sixième bâtiment :

- ✓ USAC

Le centre comprend également :

- ✓ la maison pour le gardien ;
- ✓ deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre ;
- ✓ des toilettes ;
- ✓ une morgue.

Tableau II : Personnel du CS Réf.

Qualification	Nombre
Médecins chirurgiens	3
Médecins gynécologues	5
Médecins généralistes	24
Médecin dentiste	1
Médecins pédiatres	3
Médecin dermatologue	1
Médecin cardiologue	1
Médecin endocrinologue	1
Médecin anesthésistes réanimateurs	2
Médecin rhumatologue	1
Médecin santé publique	1
Médecin ophtalmologue	1
Médecin ORL	1
Médecin santé communautaire	1
Médecin radiologue	1
Pharmacien	2
Etudiants Thésards	27
Assistants médicaux	30
Ingénieurs Sanitaires	2
Gestionnaire des ressources humaines	2
Infirmiers diplômés d'Etat	19
Techniciens supérieurs d'hygiène et assainissement	3
Sages-femmes	48
Biologiste	2
Infirmiers Santé Publique	29
Infirmières Obstétriciennes	18
Techniciens sanitaires	9
Secrétaires	9
Comptables	15
Aides-Soignants	9
Matrone	2
Personnel d'appui	34
Total	307

4.7. Les activités du service de chirurgie générale :

- ❖ Tous les matins une visite est faite aux malades hospitalisés dirigée par le chef de service
- ❖ Les consultations chirurgicales ont eu lieu 4 jours par semaine : Lundi, Mercredi, Jeudi et Vendredi.
- ❖ Le mardi est le programme opératoire pour les patients programmés.
- ❖ Les pansements se font chaque lundi et jeudi pour les malades opérés.
- ❖ Les urgences chirurgicales sont prises en charge tous les jours 24H/24.

4.8. Une organisation spécifique nécessaire :

- ❖ Les principes d'organisation :
- ❖ Le circuit du patient dans l'UCA :

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

4.9. Consultation préopératoire

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

4.9.1. Anesthésie

L'anesthésie ambulatoire est, par définition, une anesthésie générale (AG), locale (AL) ou locorégionale (ALR) (associée ou non à une sédation) qui, soit en raison de sa brièveté, soit en raison de l'agression minimale subie par le patient, ne nécessite pas une surveillance médicale de 24 heures. Quel que soit son type, elle doit garantir aux patients les mêmes conditions de sécurité qu'une anesthésie classique. Ainsi, le réveil est étroitement surveillé. Il s'effectue dans une salle de réveil équipée pendant une durée suffisante. Celle-ci est de deux à trois heures pour une anesthésie de moins de trente minutes et de quatre à six heures pour une anesthésie de plus de trente minutes ou avec intubation. [21]

4.9.2. La sortie de l'unité

La décision de sortie relève du chirurgien et du médecin anesthésiste. La sortie n'est envisageable qu'en présence d'une personne qui doit raccompagner et surveiller le patient à son domicile pendant 48 heures, après lui avoir transmis les recommandations nécessaires. En l'absence de cette personne, le patient est forcément hospitalisé. [22] Le lendemain de l'intervention, les patients sont systématiquement contactés par téléphone.

4.9.3. Contrôle

Tous les patients opérés sont réadmis cinq jours après leur intervention par un rendez-vous afin de renouveler leur pansement et remédier à leur plainte.

4.9.4. Le suivi

La durée de suivi s'étend sur un mois ; tous nos malades étaient appelés le lendemain de leur intervention chirurgicale ensuite chaque semaine pendant un mois.

5. Echantillonnage :

5.1. La population concernée par la (CA) :

La décision de réaliser un acte chirurgical dans le cadre ambulatoire doit être prise après une bonne réflexion antérieure : les critères spécifiques et la sélection du malade préalable à la chirurgie ambulatoire.

5.2. La sélection du patient préalable à la (CA)

Afin d'être opéré en termes de (CA) ; le malade doit répondre à certaines conditions : critères médicaux et critères psychosociaux.

5.2.1. Critères médicaux :

❖ L'âge du patient :

Il n'existe pas un âge limite de la pratique de la (CA) ; mais les risques sont plus importants chez les extrêmes âges, d'une part la (CA) est déconseillée chez le nourrisson de moins de 6 mois en raison des risques de mort subite inexplicée et des retards réveils prolongés comme complication d'anesthésie, d'autre part les complications post opératoires (CPO) sont plus marqué chez les sujets âgés que les sujets jeunes.

❖ Les antécédents pathologiques :

L'infarctus récent et l'insuffisance respiratoire chronique sont deux contre-indications absolues (CIA) a la réalisation d'un acte chirurgical en ambulatoire. L'hypertension artérielle (HTA) est une contre-indication relative : les patients souffrant de cette pathologie doivent bénéficier d'une surveillance stricte en post opératoires, car l'élévation des chiffres tensionnels peuvent aboutir à une hospitalisation complète.

5.3. Classification D'ASA (American Society of Anesthesiologists):

ASA 1 : Patients n'ayant pas d'autres affections que celle nécessitant un acte chirurgical

ASA 2 : Patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale

ASA 3 : Patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale

ASA 4 : Patients en situation de risque vital imminent

ASA 5 : Patients moribonds

La chirurgie ambulatoire n'est conseillée que pour les sujets ASA 1 ; ASA 2 et type ASA 3 stabilisés. [17]

5.4. Critères psychosociaux :

❖ Le rôle du contexte psychosocial :

Les critères socio-environnementaux ont une importance particulière dans la prise en charge des patients en (CA) ; il s'agit de s'assurer que les conditions de suivi post opératoires sont favorables :

- ✓ Le patient ne doit pas se retrouver seul après sa sortie de (CA)
- ✓ Le patient doit être accompagné à son domicile par un sujet adulte ; responsable et disponible et il doit assister le malade la première nuit suivant le geste opératoire
- ✓ La distance entre le domicile et l'établissement de la sante est un critère important dont le trajet ne doit pas dépasser une heure de route.
- ✓ Le patient doit disposer du téléphone et des coordonnées du médecin qui l'a opéré selon certains auteurs, le contexte psychosocial est un critère discriminant appelé à devenir le plus important. Il s'agit de s'assurer de la sécurité et du confort du patient à son domicile. [18]

❖ La discrimination des patients :

L'habitude de la sélection des patients pose un problème au développement de la (CA) ; cette dernière ne recrute que les malades qui ne vivent pas seuls et qui disposent d'un bon niveau socioculturel Cette sélection permet donc de réduire les risques des (CPO)

5.5. Les critères spécifiques à la (CA) :

La (CA) doit être pratiquée sur des interventions dont le diagnostic et le traitement ne posent pas des complications en postopératoire ; il y'a cinq critères qui peuvent juger la réalisation ou non d'une intervention de l'unité ambulatoire :

- ❖ Le risque hémorragique doit être minime
- ❖ La durée du geste doit être courte
- ❖ Le risque algique doit être limité
- ❖ Le risque thromboembolique doit être faible

- ❖ Les fonctions vitales (respiratoire ; cardio-vasculaire ; neurologique) ne doivent pas être touchées. [19]

5.6. La recherche du consentement

5.6.1. La nécessité de la recherche du consentement en (CA) :

La réalisation d'une intervention dans le cadre de la (CA) nécessite d'avoir le consentement du malade après une information médicale de qualité ; Cette information donnée au patient doit être accessible ; autrement dit il doit être informé de tous les actes qu'il doit subir et même des complications prévisibles. L'obligation d'une systématisation de la formule du consentement par écrit.

5.6.2. La valeur du consentement en (CA) :

La réalisation d'un acte chirurgical dans le cadre de la (CA) ne peut pas être subit sans consentement du malade. La nécessité de la réitération du consentement, cette réitération est moins formelle que la première, la présence du patient dans (UCA) au jour et à la date prévus ainsi sa volonté d'être opéré est une forme de réitération du consentement initial. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne. [20]

6. Critère d'inclusion :

Tout malade opéré dans le bloc du centre de santé de référence de la CVI n'ayant pas dépassé 12 h d'hospitalisation en post-opératoire.

7. Critère de non inclusion :

Tout malade opéré dans le centre de santé de référence de la CVI ayant dépassé 12 h d'hospitalisation en post-opératoire.

8. Support et collecte des données

Les supports des données ont été :

- Dossiers médicaux ;
- Les registres de compte rendu opératoire ;
- Les comptes rendus opératoires ;
- Le registre des rapports annuels des activités du CSRef.
- Et la fiche d'enquête préétablie.

9. Analyse et support des données

Le traitement de texte et de graphiques a été effectué avec les logiciels Office 2016 de Microsoft : Word et Excel. Les données étaient saisies et analysés avec le logiciel Epi Info version 7.2 d'IBM. Différents tests (Khi ² de Pearson et Test exact de Fisher) ont été utilisés selon leur convenance pour la recherche de corrélations entre variable qualitative avec un seuil de significativité fixé à 5%.

10. Variables mesurées :

Les variables étudiées étaient :

- les caractéristiques sociodémographiques dont (l'âge, profession, le niveau d'étude).
- le mode d'admission (venue de lui-même, référé, urgence).
- les motifs de consultation
les antécédents (médical, chirurgical).
- les pathologies associées (HTA, anémie, diabète)..
- le traitement (médical et chirurgical).
- la surveillance (voie d'abord et type d'anesthésie).
- les complications (per-opératoires et post-opératoires).



RÉSULTATS

I I. Résultats

Au cours de la période d'étude qui allait de janvier 2016 à juin 2019 nous avons effectué 646 cas de chirurgie dont 216 cas de chirurgie ambulatoire (34,57%) et 2256 consultations dont 9,57% de chirurgie ambulatoire.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Age	Fréquence	Pourcentage
0 - 19 ans	78	36,11
20 – 39 ans	47	21,75
40 - 59 ans	46	21,30
> 59 ans	45	20,83
Total	216	100

La Tranche d'âge de **0 - 19** ans a représenté **36,11%** avec une moyenne de **36**ans, un minimum de **01**ans, un maximum de **85** ans et un écart-type de **25,74**

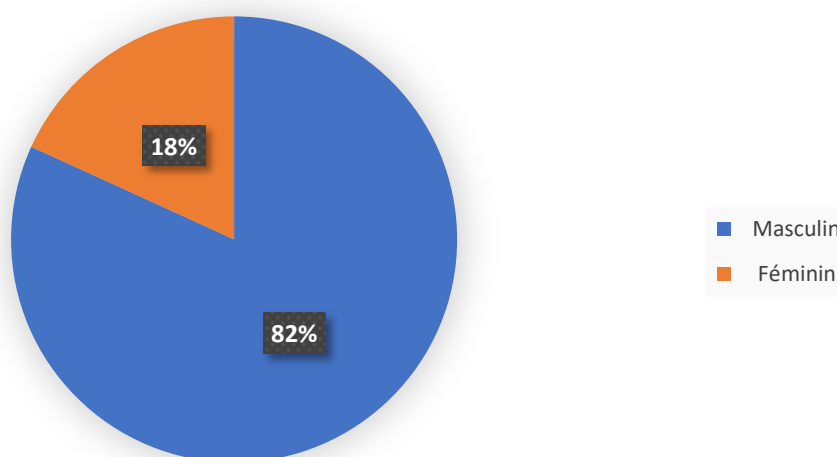


Figure 1: Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin a représenté **82%** avec un sex-ratio de 4,02.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Artisan	4	1,85
Cultivateur	33	15,28
Ouvrier	6	2,78
Etudiant/Elève	114	52,78
Ménagère	39	18,06
Autres	20	9,25
Total	216	100

La profession élève/étudiant a représenté **52,78%**.

Légendes : Enseignant : 4 Berger : 5 Aide-soignant : 1 Maçon : 2 Policier retraité : 1 Militaire : 1 Tailleur : 4 Chauffeur : 2

Tableau V : Répartition des patients en fonction des localités

Localités	Fréquence	Pourcentage
Commune VI	150	69,44
Hors de Bamako	34	15,74
Commune V	19	8,08
Commune I	4	1,85
Commune IV	4	1,85
Commune II	3	1,39
Commune III	2	0,93
Total	216	100

La commune CVI a représenté **69,44 %**

Hors de Bamako : Kalaban coro, Niamana ; Gana ;Kabala

Tableau VI : Répartition des patients en fonction des nationalités

Nationalité	Effectifs	Pourcentage
Maliennne	214	99,07
Autres	02	0,93
Total	216	100

La nationalité maliennne a représenté **99,07%**.

Les 0,93% des nationalités restantes étaient : Libanaise et congolaise.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Venus d'eux même	203	93,98
Référé	13	6,02
Total	216	100

Les non référés ont représenté **93,98%** de nos patients.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des différentes classes d'ASA

Classe d'ASA	Fréquence	Pourcentage
ASA1	202	93.52
ASA2	11	5,10
ASA3	3	1,38
Total	216	100

La classe ASA 1 a représenté **93,52%**.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie

Type d'Anesthésie	Fréquence	Pourcentage
Locale	116	53,70
Loco-régionale	41	18,98
Générale	59	27,32
Total	216	100

L'anesthésie locale a représenté **53,70%**.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage
Appendicite aiguë	24	11,11
Hernie inguinale	78	36,11
Hernie inguino-scrotale	32	14,81
Hernie de la ligne blanche	20	9,26
Hernie Ombilicale	14	6,48
Hydrocèle	29	13,43
Ectopie testiculaire	6	2,78
Autres	13	6,02
Total	216	100

La hernie inguinale a représenté en per opératoire **36,11%**.

Légende : Autres : Eventration : 3 ; Kyste du cordon : 2 ; hernie crurale : 2, Hernie de la ligne blanche + Hernie ombilicale : 1 ; Kyste du canal thyroglosse : 2 ; Hernie ombilicale étranglée :3

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale

Technique chirurgicale	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	24	11,11
Cure de la hernie	153	70,83
Cure de l'hydrocèle	29	13,43
Kystectomie	4	1,85
Orchidopexie	6	2,78
Total	216	100

La cure de la hernie a représenté **70,83%**.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction de la durée d'observation post-opératoire

Durée d'observation post-opératoire	Fréquence	Pourcentage
[0-4h [11	5,10
[4h –8h [149	68,98
[8h –12h [54	25
12h	2	0,92
Total	216	100

La durée d'observation de nos patients a été comprise entre 4 à 8 heures 68,98% des cas avec une moyenne de 4, un écart-type de 1,63, un minimum de 0 et un maximum de 13.

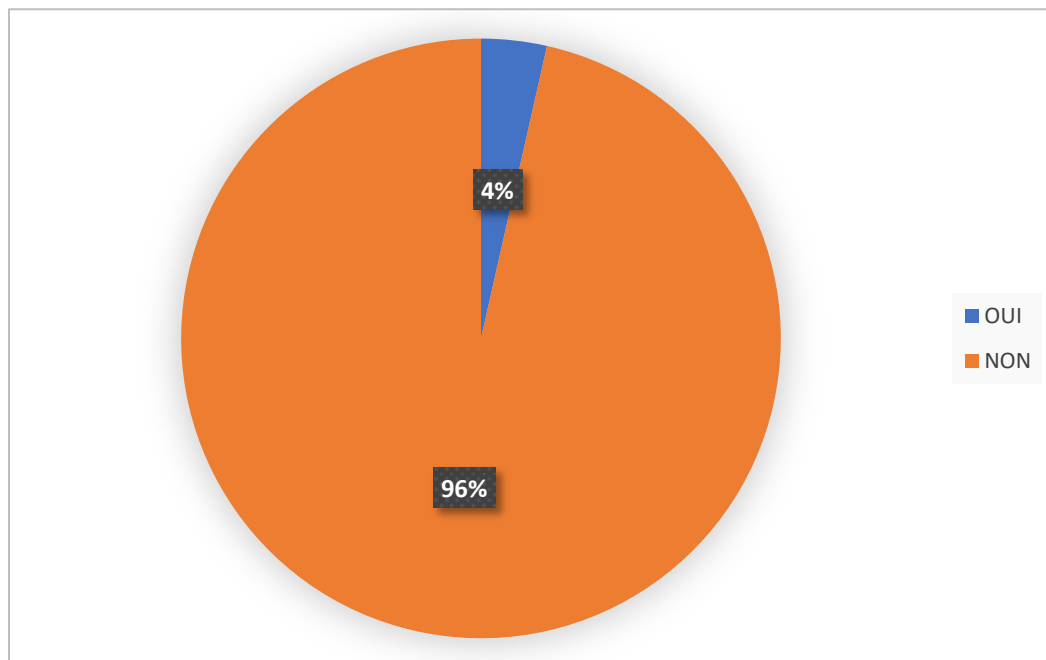


Figure 2: Répartition des patients en fonction de la survenue des complications

Les 4% des cas ont présenté une complication post opératoire

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires

Type de complications post opératoire	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	1	14,29
Céphalée	3	42,86
Vomissements	1	14,28
Rétention aigue d'urine	1	14,28
ISO	1	14,29
Total	7	100

La céphalée a représenté **42,86%**

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie et des complications post opératoires

Type anesthésie	Sans complications	Complications post opératoires				Total
		Céphalée	Douleur	RAU	Vomissements	
1	58	0	0	0	1	59
2	36	3	0	1	1	41
3	115	0	1	0	0	116
Total	209	3	1	1	2	216

P= 0,001

Legende : 1AG ; 2ALR ; 3AL

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie et des complications post opératoire

Type de chirurgie	Complications post opératoires		
	Sans complications	Iso	Douleur
Apendicite	19	1	0
Autres	26	0	0
Ectopie Testiculaire	6	0	1
Hnie lignée blanche	20	0	0
Hernie Inguinal	77	0	1
Hernie Inguino-scrotal	32	0	0
Hydrocèle	29	0	0
Total	209	1	1

P= 0,09

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la durée post opératoire et le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Durée post opératoire		
	ALR	AL	AG
]0-4]	0	114	50
]4-8]	0	2	9
]8-12]	41	0	0
]12	0	0	0
Total	41	116	59

P=4,00

I2. Satisfaction des patients :

Sur l'information donnée par le chirurgien : Les patients exprimaient avoir reçu une information claire sur le déroulement opératoire et les risques encourus. La consultation préopératoire était perçue comme rapide, efficace, apaisante et rassurante : « Bon alors c'est ça, et ça, il sort son petit schéma je coupe là, je découpe là, je remets là, si je vois ça je fais ça... Et puis voilà ça va très vite et puis c'est très rassurant aussi, parce que... ça fait professionnel il ne découvre rien, elle ne prend pas une demi-heure pour réfléchir à comment il va faire. »

Sur l'information donnée par l'anesthésiste : Des patients étaient satisfaits de la prise en charge et des informations reçues lors de la consultation d'anesthésie notamment concernant le déroulement de l'anesthésie et des risques possibles : « L'anesthésiste, alors le premier super, très bien, prise en charge vraiment complète : physique, psychologique et tout »

Sur l'information par les Ibodes : Au faite c'est ma premièrement fois d'attendre cette manière de prise en charge, la manière dont le chirurgien m'a expliqué ça semble très intéressant.

Sur l'information par les Techniciens de Surface : Nous trouvons aussi que c'est intéressant car ça abrège notre job à une seule journée.

Interview des patients :

07/03/20 Patient 1 : homme, 17ans, Hernie inguinoscrotale, anesthésie locale

Comment s'est passée votre rencontre avec les différents intervenants de l'équipe de chirurgie ambulatoire ?

P1 : Ça s'est très bien passé, ils étaient bien, ils étaient très bien. Je suis satisfait.

07/03/20 Patient 2 : Femme, 15 ans, appendicite, anesthésie locorégionale.

Comment s'est passée votre rencontre avec les différents intervenants de l'équipe, avec le chirurgien, l'anesthésiste ?

P2 : Tout ça s'est très bien passé, et l'anesthésiste euh... J'ai passé en premier avec l'anesthésiste ça s'est très bien passé, tout le monde était sympa, il voyait que j'avais un peu peur mais il m'expliquait que c'était pas du tout grave et il me mettait en confiance donc du

coup au bout d'un moment j'avais presque plus peur, je suis ravi d'adhérer dans cette pratique.

07/03/20 Patient 3 : Homme, 20 ans, Hernie inguinale, anesthésie locale.

Comment s'est passée votre rencontre avec les différents intervenants de l'équipe, de chirurgie ?

P3 : Je trouve que c'est super pratique, dès que tu m'as expliqué, j'ai vite compris. Et puis ils sont super agréables. Enfin je trouve que c'est super pratique pour nous qui avons peur de l'hôpital.

07/03/20 Patient 4 : Femme, 45ans, Hernie Ombilicale, anesthésie locale

Et vous en pensez quoi de ça, de rentrer le matin et de sortir le soir ?

P4 : Ah bah c'est bien moi je trouve que c'est bien parce que quand on n'est pas malade je ne vois pas pourquoi on devrait rester une nuit de plus quoi, ce n'est pas la peine, à moins qu'il y ait un souci, mais autrement... Moi je trouve que c'est bien comme ça de pouvoir rentrer le matin et ressortir le soir. Ça permet de pouvoir faire des trucs que justement quand on travaille ce n'est pas toujours évident de fermer deux trois jours euh....

07/03/20 Patient 5 : Homme, 32ans, Kyste du Cordon, anesthésie locale.

Comment s'est passée votre rencontre avec les médecins... avec les intervenants de l'équipe du CSREF, avec le chirurgien, l'anesthésiste ? Quelles informations avez-vous échangées ? Comment ça s'est passé ?

P5 : Il nous reçoit avant. Parce que c'est avec lui qu'on prend des rendez-vous pour aller hein, c'est lui qui nous dit qu'il faut qu'on se fasse opérer et tout ça, donc on a déjà l'habitude avec le... le médecin qui nous opérera quoi. Je suis content de rentrer le même jour.

07/03/20 Patient 6 : homme, 22 ans, Hernie inguinoscrotale, anesthésie locale

Est-ce que vous auriez préféré rester plus longtemps au CSREF ?

P6 : Ah non. Non (rires). On était pressé de partir, c'est parce que à chaque fois qu'elle prenait la tension j'avais dix et elle avait même gardé mon...en cas où euh... Et après quand je me suis levée ça ne m'a pas tourné et puis quand j'ai posé ma jambe je pensais que j'allais avoir mal, vu...mais en fin de compte non, on n'a pas mal quand on pose la jambe par terre. Donc c'est là qu'elle nous a quand même laissés sortir. Ah non je ne voulais pas rester. C'est juste bien (rires).

07/03/20 Patient 7 : homme, 45 ans, Hernie de la ligne blanche, anesthésie locale

Au terme de cette expérience de la chirurgie ambulatoire, qu'est-ce que vous en pensez de se faire opérer comme ça : on rentre et puis on sort ?

P7 : Moi il me semble qu'ils ont tort de pas le faire. Parce que ma grand-mère, elle est décédée, elle était aveugle hein, mais soi-disant, soi-disant après il se met une peau, fin brève j'ai eu peur. Alors moi je dis, je conseillerais... (rires)

07/03/20 Patient 8 : homme, 30 ans, Hernie inguinal, anesthésie locale

Connaissez-vous donc la... la prise en charge euh, comme vous avez eu, chirurgie, avant cette opération-là, connaissez-vous ce type de chirurgie en ambulatoire comme ça ?

P8 : Non. Pour ma part non. Pour mon mari, il l'a fait oui, lui oui, l'intervention que je vous ai dit tout à l'heure donc euh, au niveau donc du kyste mais moi non c'était la première fois.

D'accord. Et quelle est votre impression sur ce mode de prise en charge ?

P8 : Pour moi c'est bien.

Pourquoi c'est bien ? En quoi c'est bien ?

P8 : Parce que en fait, ça ne nous semble pas trop long. On n'a pas vraiment le séjour à l'hôpital euh... On peut rentrer, donc c'est que... on a le ressenti qu'on va bien quoi. Bon évidemment quelques fois on aime bien de se laisser euh... un peu dorloter euh... à l'hôpital mais euh... mais quand on sait que c'est une intervention euh, que ce n'est pas une maladie grave ou une intervention au niveau d'un organe important, qu'on peut rentrer chez soi, c'est... c'est préférable.

07/03/20 Patient 9 : homme, 48 ans, Kyste du cordon, anesthésie locale

Quelle est votre impression sur ce type de prise en charge ? Donc c'est rapide ça c'est bien...

P9 : Oui rapide. Je suppose que c'est plus économique aussi. Même si moi je ne vois pas vraiment la différence parce que... parce qu'il y a l'assurance qui prend en charge une grosse partie mais euh... moi je vois surtout du gain de temps pour moi.

D'accord. Et plus économique que... ?

P9 : Bah par rapport à des frais sur trois jours ou deux, trois jours sur un jour.

07/03/20 Patient 10 : Femme, 20 ans, Kyste du thyroglosse, anesthésie générale.

Et avez-vous rencontré des difficultés quand vous êtes rentrée chez vous ?

P10 : Bah moi je trouve que c'est bien. Y'a rien à dire hein tout est parfait.

Difficultés

Durant notre étude les patients non instruits étaient difficiles à convaincre pour adopter cette prise en charge (CA).



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

13. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

13.1. Méthodologie :

L'avantage de notre méthodologie est qu'elle était prospective permettant le recueil des informations à travers l'interrogatoire des malades, les registres du bloc opératoire, les registres consignant les comptes rendus opératoires et les fiches d'enquêtes individuelles.

Cependant nous avons rencontré certaines difficultés à savoir :

Le retard de consultation des malades.

L'insuffisance de suivi à moyen et long terme postopératoire due au non-respect des rendez-vous postopératoires par les patients.

13.2. Fréquence :

Tableau XVII : La fréquence de la chirurgie Ambulatoire selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Pourcentage	Test statistique
Mme Soukaina B [17] Maroc	100	39	0,0011
Mme Aarab S [9] Maroc	270	16	0,001
Franck A [18] France	147	86	5 ,15
Notre étude	216	34,57	

Au cours de notre étude, la chirurgie Ambulatoire a représenté 34,57 % de l'ensemble des activités du service de chirurgie générale du C.S.Ref de la commune VI de Bamako.

Des taux supérieurs ont été retrouvés dans les études de FRANCK A [23] qui a eu 86%. Cette différence pourrait s'expliquer par une maîtrise de la chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis car elle a été adoptée dans ce pays il y a très longtemps.

13.3. Age : Tranche d'âge selon les auteurs

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée a été de 0 à 19 ans avec

Un taux de 36,11 %. Ce résultat est supérieur à celui de Mme SOUKAINA B [24] au Maroc qui a trouvé dans sa série la tranche d'âge de moins de 15ans avec 15%. Cette différence pourrait être due à la taille de notre échantillon.

13.4. Sexe :

Nos résultats ne diffèrent pas des autres de la littérature en ce qui concerne la nette prédominance masculine 80,09%. [25]

13.5. Activité professionnelle :

Dans notre étude, les élèves/étudiants, et les ménagères ont été majoritaires soit respectivement 52,78 % et 18,06. Les élèves/étudiants adhéraient facilement à notre protocole de chirurgie ambulatoire. Cette situation n'a aucune valeur scientifique car la chirurgie ambulatoire n'est pas liée à une activité professionnelle définie.

13.6. Mode d'admission :

La plupart de nos patients soit 93,98 % étaient venus d'eux même. Cela peut se justifier par le fait que la population est informée de l'existence d'une unité de chirurgie dans le Centre de Santé de Référence (CSRef) de la commune VI de Bamako.

13.7. Type d'anesthésie :

L'anesthésie locale était la plus effectuée avec **53,7%** dans notre étude. Ce résultat est différent de celui de Mme Soukaina B chez qui l'anesthésie locorégionale a été effectuée chez **42%** des patients. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que **50%** de ces patients provenaient des services : d'urologie, d'orthopédie et de chirurgie viscérale.

14. États des patients :

Score ASA :

Permettant d'évaluer l'état clinique du patient avant l'intervention, le score ASA est un indicateur utile pour la prise en charge du patient selon la littérature [26]. Dans notre série on remarque que les sujets concernés par la chirurgie ambulatoire sont principalement des ASA I soit 93,52%. Ce résultat est différent de celui de Soukaina B qui avait retrouvé 76% (P=0,005). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que durant notre étude nous avons eu plus de sujets jeunes. La chirurgie ambulatoire 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.

15. Les types de Chirurgie selon les auteurs :

Tous nos patients ont bénéficié de la chirurgie classique. Les hernies inguinales étaient prédominantes avec **50,9%** suivies d'hydrocèles avec **13,3%**. Ce résultat est différent de celui de Mlle Géraldine G [27] dont tous ses patients ont été opérés par la coelioscopie. Cela est dû à un manque de plateau de technique si nos services étaient dotés des matériels endoscopiques, cela pourrait augmenter notre taux de chirurgie ambulatoire.

16. La Hernie Inguinale selon les auteurs

Tableau XVI: La Hernie Inguinale selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	Test statistique
Mme AARAB S Maroc [9]	183	47	0,81
Notre étude	78	36,11	

Dans notre série d'étude la hernie inguinale a représenté la majorité soit **36,11%** de nos pathologies. Cette fréquence est inférieure à celle observée par la série de Mme AARAB S. Il existe une différence statistiquement significative avec un (**P=0,81**). Il y'a eu aussi une prise de conscience de cet aspect souvent méconnu et qui constitue un tournant dans l'évaluation du coût de l'hospitalisation. Malgré la nette évolution de la cure de la hernie en ambulatoire dans notre pratique, elle reste en retard par rapport aux pays Magrébins.

17. L'hydrocèle selon les auteurs :

Dans notre Etude l'hydrocèle a représenté 29 cas soit **13,43%** de nos patients. Cette fréquence est statistiquement supérieure à celle d'Ed Dejoug A avec (**P=1,34**). Cette différence peut être liée aussi à la taille de l'échantillon.

18. L'appendicite selon les auteurs

Tableau XVIII : L'appendicite selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Pourcentage	Test statistique
Mlle Géraldine G	33	84	6,48
Notre étude	24	11,11	

Dans notre pratique l'appendicite a représenté 24 cas soit 11,11% de nos patients. Cette fréquence est inférieure à celle observé dans la série de Mlle Géraldine G [27]. Il y a une différence statistiquement significative avec un ($P=6,48$). La différence peut être due à sa série d'étude qui est uniquement centrée sur une seule pathologie.

19. Suites post-opératoires

19.1. Répartition des patients en fonction de la durée d'observation post-opératoire selon les auteurs

La durée d'observation de la plupart de nos patients était comprise entre 4 à 8 heures soient 68,98% des cas. Nous avons eu 112 patients prisent sous ALR ayant fait un temps entre 0 et 4 heures. 50 patients sous AG avec un temps entre 0 et 4 heures. 41 patients sous ALR avec un temps entre 8 et 12 heures. Ce taux est différent de celui de Soukaina B qui avait retrouvé 62% des patients dans un temps supérieur à 8 heures. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients ont été pris pour anesthésie locale.

19.2. Répartition des patients en fonction des différentes complications post opératoires selon les auteurs

Durant notre étude 42,86% des complications post opératoires étaient des céphalées. Ce taux est supérieur à celui de Soukaina B chez qui 18% des patients avaient des céphalées. Cette différence pourrait s'expliquer par la technique anesthésique.

20. La satisfaction des patients :

Par rapport à la satisfaction des patients nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire de 10 patients sur 216 donc un pourcentage de 4,63%. Pendant notre étude on a remarqué que presque tous les patients ont été satisfaits du geste opératoire et ils ont déclaré accepter ce mode de chirurgie dans l'avenir s'ils auraient à subir un autre geste. Notre étude est comparable à celui de Mme Soukaina B chez qui presque tous les patients étaient satisfaits. La qualité de la satisfaction était basée sur la qualité de prise charge ; l'information sur l'organisation de l'intervention ; l'état psychologique et les intervenants (Ibodes, Techniciens de surfaces). Parmi les dix patients interviewés un patient soit (**10%**) a été opéré sous ALR. Un patient soit (**10%**) a été opéré sous AG ; Huit patients soit (**80%**) a été opéré sous AL. Quatre-vingt (**80%**) des patients interviewés étaient satisfaits de quatre qualités **10%** des deux qualités à savoir l'état psychologique et les intervenants. 10% des trois qualités la qualité de prise en charge ; les intervenants et l'état psychologique.



CONCLUSION

Conclusion :

Notre étude nous a permis de voir les avantages de la chirurgie ambulatoire comme une courte durée d'hospitalisation et une réduction de la période de convalescence.

Elle réduit les infections nosocomiales, un temps de surveillance réduit pour le personnel soignant

Ce travail a permis de démontrer la faisabilité et l'importance de la chirurgie ambulatoire dans notre service. L'officialisation de la chirurgie ambulatoire dans le secteur sanitaire malien sera synonyme de l'innovation d'une nouvelle culture de gestion des établissements hospitaliers. Une culture qui centralise les patients au centre de tous ses circuits.

RECOMMANDATIONS

Recommandations :

❖ Aux autorités politiques et sanitaires

- La formation continue du personnel de santé dans la prise en charge de la chirurgie Ambulatoire.
- La construction d'une unité de chirurgie Ambulatoire au CSRéf CVI.
- L'adaptation de notre bloc opératoire à la norme internationale.

❖ Au personnel médico-chirurgical

- Le respect strict et rigoureux des critères de chirurgie Ambulatoire.
- Une meilleure application des techniques chirurgicales.
- Une bonne préparation des malades avant l'intervention en Chirurgie Ambulatoire.
- La revue de la chirurgie Ambulatoire dans les services de chirurgies.

❖ Aux patients et aux parents

- La régulation du nombre d'accompagnant.
- Le respect strict des mesures hygiéno-diététique

Résumé

Introduction : La chirurgie ambulatoire (CA) est une chirurgie sans hospitalisation de nuit pour des patients sélectionnés, le diagnostic clinique et paraclinique est variable et spécifique pour chaque pathologie, le traitement étiologique était chirurgical, avec un pronostic meilleur pour l'ensemble de nos patients.

Objectif : Etudier les pathologies chirurgicales ambulatoires au CS Réf C VI de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des pathologies opérées en chirurgie Ambulatoire.
- ❖ Décrire les données sociodémographiques de la chirurgie Ambulatoire
- ❖ Identifier les pathologies opérées en chirurgie Ambulatoire.
- ❖ Analyser les résultats post opératoires et déterminer la satisfaction des patients

Méthodes : Etude prospective conduite au sein du service de la Chirurgie Générale au centre de santé de référence CVI du district de Bamako sur une période de 18 mois (de janvier 2018 au juin 2019). Nous avons recueillis 216 dossiers pour lesquels nous avons étudié les données épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats : l'âge moyen dans notre étude était de 34 avec des extrêmes de 1an et 18 ans. Une prédominance masculine (sex-ratio 4). Les élèves et étudiants étaient la plus représentée avec une prédominance de la classe ASAI. La pathologie la plus dominante était les hernies inguinales avec 36,11%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 Heures, un écart type de 1,63, un minimum de 0 et un maximum de 13H. Des complications post-opératoires ont représenté 4%. Les patients non référés ont représenté 93,98%. L'AL a représenté 53,70% et l'AG 27,32%. Nous avons retrouvé une relation entre les complications et le type d'anesthésie avec $P=0,001$. Quarante-vingt (80%) des patients interviewé étaient satisfaits de quatre qualités 10% des deux qualités à savoir l'état psychologique et les intervenants (Ibodes, Techniciens de surfaces).. 10% des trois qualités la qualité de prise en charge ; les intervenants et l'état psychologique

Conclusion : la (CA) est une alternative à l'hospitalisation complète sur une durée de séjour inférieure ou égale à 12heures, dans un établissement de santé, aux bénéfices des patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Mots clés : Chirurgie ambulatoire, CSRef commune VI, Bamako.

Abstract

Introduction: Ambulatory surgery (AC) is surgery without overnight hospitalization for selected patients, the clinical and paraclinical diagnosis is variable and specific for each pathology, the etiological treatment was surgical, with a better prognosis for all of our patients.

Objective: To study outpatient surgical pathologies at the CS Ref C VI in Bamako.

Specific objectives:

Determine the frequency of pathologies operated on in outpatient surgery.

Describe the socio-demographic data of outpatient surgery

Identifying the pathologies operated on in Ambulatory surgery.

Analyze post-operative results and determine patient satisfaction

Methods: Prospective study carried out in the General Surgery department at the CVI reference health center in the Bamako district over a period of 18 months (from January 2018 to June 2019). We collected 216 files so that we could study the epidemiological, therapeutic and evolutionary data.

Results: The mean age in our study was 34 with extremes of 1 year and 18 years. Male predominance (sex ratio 4). Pupils and students were the most represented with a predominance of the ASAI class. The most dominant pathology was inguinal hernias with 36.11%. The average length of hospitalization was 4 hours, a standard deviation of 1.63, a minimum of 0 and a maximum of 13 hours. Postoperative complications accounted for 4%. The unreferenced patients represented 93.98%. The LA represented 53.70% and the GA 27.32%. We found a relationship between the complications and the type of anesthesia with $P = 0.001$. . Eighty (80%) of the patients interviewed were satisfied with four qualities 10% of the two qualities, namely the psychological state and the interveners (Ibodes, surface technicians) . 10% of the three qualities the quality of care; workers and psychological state

Conclusion: (CA) is an alternative to full hospitalization over a length of stay of 12 hours or less, in a health establishment, for the benefit of patients whose state of health corresponds to these modes of care.

Keywords: Outpatient surgery, CSRef commune VI, Bamako

RÉFÉRENCES

Références

1. HAS-ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Rapport d'orientation. Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger. Etat des lieux et perspectives. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/rapport_dorientation_tarification_de_la_chirurgie_ambulatoire_en_france_et_a_letranger.pdf Juin 2013
2. G. Cuvelier ; G. Legrand ; T. Le Guilchet et al. Chirurgie ambulatoire en urologie argumentaire ; progrès en urologie (2013) 23, 1 -61
3. Journal de Chirurgie Viscérale (2013) chirurgie Ambulatoire ; résultats obtenus après la restructuration d'un service hospitalier public de chirurgie générale.
4. De Lathouwer C, Pouiller JP. How much ambulatory surgery in the world in 1997 and trends ? Ambulatory Surgery 2000 ; 8 : 1 91-21 0
5. HAS-ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Soc le de connaissances. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf Avril 2012
6. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire
7. HAS-ANAP. Recommandations organisationnelles. Pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre. Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire. Mars 2013.
8. Inspection générale des finances. Inspection générale des affaires sociales. Proposition pour améliorer la maîtrise de l'ONDAM. Rapport de Juin 2012.
9. Mme AARAB S thèse la chirurgie ambulatoire au service de chirurgie viscérale A au CHU Hassan II FES. Thèse N° 086/14.
10. LIENHART A., DU GRES B. « Recommandations de la Société française d'anesthésie et de réanimation sur l'anesthésie du patient ambulatoire », Anesthésie du patient ambulatoire, Editions Arnette, J.E.P.U, 1991
11. LANGLOYS J. Anesthésie ambulatoire, Editions Arnette, 1992, pages 5-6.

12. BATAILLE N., FLEURETTE F., MAUREL F. et CHARVET-PROTAT S. La chirurgie ambulatoire, A.N.D.E.M, Avril 1997
13. BONHOMME C. « Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir », Revue Hospitalière de France (1) 6-9, Janvier/Février 1993
14. SCHUTYSER K. « Les alternatives à l'hospitalisation en Europe » Gestions Hospitalières, n° 334, pages 227-232, Mars 1994.
15. LANGLOYS J. Anesthésie ambulatoire, Editions Arnette, 1992, pages 5-6.
16. BONHOMME C. « Chirurgie ambulatoire à l'hôpital : une marginale en quête d'avenir », Revue Hospitalière de France (1) 6-9, Janvier/Février 1993
17. Sébastien MASSIP. ANALYSE DU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE : DE L'ORIENTATION STRATEGIQUE AUX MODALITE DE MISE EN ŒUVRE ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001
18. FELLMANN A. « La chirurgie ambulatoire, clé du futur », Professions Santé & Plateau Technique n° 10, Août-Septembre 1996
19. Sébastien MASSIP. ANALYSE DU DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE AU CHU DE TOULOUSE : DE L'ORIENTATION STRATEGIQUE AUX MODALITE DE MISE EN ŒUVRE ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001
- 20r Guy Bazin, Dr Gilles Bontemps et al, Abécédaire Chirurgie ambulatoire, Edition Janvier 2009.
21. STARKMAN M., VENUTOLO F. « Problèmes posés par la création d'une unité indépendante de chirurgie ambulatoire », Cahiers d'anesthésiologie n°5, 1993.
22. IAAS. International Association for Ambulatory Surgery. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions ; 2003.
23. GILBERT A. « Chirurgie ambulatoire - Hospitalisation de jour, quelle stratégie, quel avenir ? »...
- 24 J.Lerut,O.Ciccarelli.P.Astarci. La chirurgie ambulatoire. Louvain Med.N°119, 0 pages 452-457.2000.

- 25.** Soukaina Bni «La prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire »Thèse N 123 /18
- 26.** Franck, L., et al. "Étude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence." *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol. 32. No. 6. Elsevier Masson, 2013.
- 27.** Mlle Géraldine G « Evaluation de la faisabilité en ambulatoire des appendicectomies pour appendicites aiguës simples chez les enfants de 6 à 17 ans » 2017.

ANNEXES

Annexe

1. N°FICHE :.....N°DOSSIER :.....

2. Nom et Prénom :...../.....

3. Profession :/ ____ /

1. Fonctionnaire 2. Artisan 3. Cultivateur 4. Ouvrier 5. Etudiant/Elève 6. Autres

4. Age (ans) :/ ____ / Sexe :/ ____ / 1. Masculin 2. Féminin

5. Ethnie :/ ____ / 1. Bambara 2. Peulh 3. Sonrhäï 4. Dogon 5. Soniké 6. Malinké 7. Autres

6. Nationalité :/ ____ / 1. Malienne 2. Autres

7. Résidence :/ ____ / 1. Commune I 2. Commune II 3. Commune III 4. Commune IV

5. Commune V 6. Commune VI 7. Hors Bamako

8. Mode d'admission :/ ____ / 1. Référé 2. Venu de lui-même

9. Moyen de référence :/ ____ / 1. Ambulance 2. Taxi 3. Voiture personnelle 4. Autres

10. Durée du patient dans le service

Heure d'entrée dans le service :

Heure d'entrée au bloc :

Durée d'intervention :

Heure de sortie du bloc :

Heure de sortie du service

11. Classification D'ASA (American Society of Anesthesiologists) :

ASA 1 : patients n'ayant pas d'autres affections que celle nécessitant un acte chirurgical \ \

1. OUI \ \ 2. NON

ASA 2 : patients souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale \ \

1. OUI \ \ 2. NON

ASA 3 : patients souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale. \ \ 1. OUI

\ \ 2. NON

ASA 4 : patients en situation de risque vital imminent. \ \ 1. OUI \ \ 2. NON ASA 5 :

patients moribonds. \ \ 1. OUI \ \ 2. NON

Fiche d'enquête

La chirurgie ambulatoire n'est conseillée que pour les sujets ASA 1 ; ASA 2 et type ASA 3 stabilisés. [12]

II- DIAGNOSTIC : 1-Diagnostic pré opératoire : /___/ 1. Appendicite 2. Hernie inguinal 3. Hernie Inguino-scrotal 4. Ectopie testiculaire 5. Hydrocèle 6. Hernie de la lignée blanche 7. Autres 2-Diagnostic per opératoire : /___/ 1. Appendicite 2. Hernie inguinal 3. Hernie inguino-scrotal 4. Ectopie testiculaire 5. Hydrocèle 6. Hernie de la lignée Blanche 7. Autres

IV- TRAITEMENT :

A-Médical : /___/ 1. Oui 2. Non

1-Traitement préopératoire :

-Nature :..... -Durée :...../././.....

2-Traitement per opératoire :

-Nature : /___/ 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

3-Traitement post-opératoire :

-Nature : /___/ 1. Antalgiques 2. Antibiotiques 3. Réhydratation

B- Chirurgical : /___/ 1. Oui 2. Non

-Technique :

-Type d'anesthésie : /___/ 1. AG 2. Loco-Regionale 3. Locale

C- Suivi et Complications : /___/ 1. Oui 2. Non

1-Complications per opératoire : /___/ 1. Oui 2. Non

-Type de complications per opératoire : /___/ 1. Hémorragie 2. Décès 3. Autres :.....

2-Complications post-opératoires : /___/ 1. Oui /___/ 2. Non

--Type de complications post-opératoire: /___/ 1. Céphalée /___/ 2. Douleur /___/ 3. Vomissement /___/ 4. Rétention aigue d'urine /___/ 5. Autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Koné

Prénom : Yacouba

Titre de thèse : Chirurgie Ambulatoire en chirurgie générale au centre de santé de référence de la commune VI du District Bamako.

Secteur d'intérêts : Chirurgie générale- Ambulatoire-Urgences chirurgicales.

Pays : Mali.

Ville de soutenance : Bamako.

Année de soutenance : 2020.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai jamais à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma bouche taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !!!!!