RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

****

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ (FSS)

*****

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

****

ANNÉE : 2020-2021 **N° 2447**

BILAN DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DANS 03 CLINIQUES DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIERS UNIVERSITAIRE - Hubert Koutoukou MAGA DE COTONOU

THÈSE
Présentée et soutenue publiquement le 24 août 2022
pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)
Par

Guy Morel GNONLONFIN
Né le 01 juillet 1996 à Porto-Novo (République du Bénin)

Présidente du jury

Pr Bernadette VIGNIKIN YEHOUESSI

Membres du jury

Pr Francis DOSSOU

Pr Soulé ALAMOU

Pr Gaspard Dansou GBESSI

Directeur de thèse

Pr Gaspard Dansou GBESSI

Co-directeurs de thèse

MA ATTOLOU Gilles

MA LALEYE Christel Marie

Année académique 2020-2021

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYENNE U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYENNE U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYEN /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version décembre 2020)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
9.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
10.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
11.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
12.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
13.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
14.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
15.	Dr SOUNOUNOU Ignace.....	Ophtalmologie
16.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
17.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
18.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
19.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
21.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
22.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
23.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
24.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
26.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
27.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
28.	Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith S	Pédiatrie et Génétique Médicale
29.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

31. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
32. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
33. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
34. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
35. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
36. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
37. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
38. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
39. Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
40. Dr GNONLONFOUN Dieudonné	Neurologie
41. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
42. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
43. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
4.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
5.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
6.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
7.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
8.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
9.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
10.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
11.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
12.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
14.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
15.	Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
16.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne

17. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
18. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
20. Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
21. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
22. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

MAITRES ASSISTANTS

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

1. Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
3. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
4. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
6. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
7. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
8. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
9. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
10. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
11. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
12. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
13. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ADJADOHOUN Sonia B. M. Gwladys....	Radiologie
16. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
17. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
18. Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie
21. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
22. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
23. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
24. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
27. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique

MLK

28. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
29. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
30. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
31. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
32. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
33. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
34. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
35. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
36. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
40. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
41. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle	Médecine du Travail
42. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
43. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné).....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr SOSSA Jean	Urologie
6. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
7. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
8. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
9. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
10. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
11. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
12. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
13. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique
14. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie

15. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
16. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
17. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
18. Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
19. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
21. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

MAK

COLLABORATEURS

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique.-Burkina Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique (IRSP)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active

9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

34 - Mme COSSI Reine..... Méthodologie

35 – Dr MOROU Karim ..... Nutrition

36– Dr AZANDJEME Colette ..... Nutrition

39-Mme Napporn Clarisse..... Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

40 - Mr AÏHOU Mamère..... Finances Publiques

41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis ..... Psychologie générale, Psychologie du couple

42- Dr BODEA Gilbert ..... Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille

43 - Mr ZANNOU Jules..... Droit Administratif et Constitutionnel

44 - Mr KEKE Jean-Claude..... Economie

45 - Mr AVOCE Viagamou..... Economie

46- Mr EKPINSE Emile..... Rédaction administrative

47 - Mme SAGBOHAN Mireille..... Economie Familiale, Economie Sociale

48- Mr HOUEDJISSIN Benoit..... Déviance et délinquance juvénile

49 - Mme AKINHOLA Valérie..... Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne

50 - Mme IDOSSOU Valérie..... Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe

51- Mr ADJAÏ Olivier..... Politique de protection sociale de l'enfant

52 - Mr TONI Mathias..... Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées

53- Mr COMAHOUE Franck ..... Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)

54- Mme SESSOU Fidélia ..... TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia..... Socio-Anthropologie Générale

56 - Mr SOSSOU Janvier ..... Technique d'animation

57 - Mr HOUNTONDJI Albert ..... Droit du travail

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

M 25/02/21

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

DECEMBRE

Psaumes 138 ; 7-12 nous citons : « Où donc aller loin de ton souffle ? où m'enfuir loin de ta face ?

Je gravis les cieux : tu es là ; je descends chez les morts : te voici

Je prends les ailes de l'aurore et me pose au-delà des mers : même là ta main me conduit, ta main droite me saisit

J'avais dit « Les ténèbres m'écrasent ! » mais la nuit devient lumière autour de moi. Même la ténèbre pour Toi n'est pas ténèbre et la nuit comme le jour est lumière ! » fin de citation.

Seigneur DIEU**,** le Père tout-Puissant, créateur de toute chose.

A qui je dois tout,
Par qui je suis,
Avec qui je puis tout ;
En dehors de qui je ne puis être ;
Ta présence a toujours été manifeste tout au long de mes études.
Ce travail n'est que l'œuvre de tes mains. Reçois-le en action de grâce.
Mon Seigneur et mon Dieu merci pour tout

DÉDICACES

A la **Vierge Marie**

Ton intercession et ta présence ont toujours été remarquables dans chacun mes combats, mes réussites et échecs apparents. Merci pour tout, que la Sainte Trinité soit glorifiée en toi.

A mon père **Isidore GNONLONFIN**, vous êtes notre modèle de travail, de sagesse et d'humilité. Votre foi se devine à travers votre calme et votre confiance face aux situations difficiles. Avec vos épouses, vous nous avez prouvé que l'essentiel est la volonté et la détermination. Malgré la précarité de votre situation financière, vous nous avez accompagné jusqu'à la fin de nos études. Aucun sacrifice n'était de trop. Nous vous devons énormément, que notre Dieu vous accorde la grâce de bénéficier des fruits de vos efforts.

A ma mère **Elise Colombe da CRUZ,** merci pour la confiance et l'accompagnement dont vous faites preuve à notre égard. Je ne saurais imaginer votre fierté envers notre personne. Depuis qu'est né notre désir de faire des études médicales, nous avons bénéficié constamment de votre soutien et appui. Seul, notre père n'aurait pas pu y arriver. Vous aviez autant investi et sacrifié. Veuillez-vous réjouir car vous avez réussi. Que le Seigneur vous accorde la grâce de bénéficier des fruits de notre reconnaissance.

A ma seconde mère **Antoinette Sounon BONI**, je retire les mots de mes 06 ans : « Elle n'est pas ma maman ». Vous n'avez eu de cesse de nous prouver le contraire. Merci pour toutes vos marques d'affections. Que Dieu vous accorde ses bénédictions.

A **Lauréate HOUNSOU et Elvine ADJINDA**, le trio de choc, nous nous sommes souvent retrouvés dans le même groupe de garde au cours de l'internat. Tout au long de ce parcours on pouvait compter les uns sur les autres. Nos gardes étaient des moments spéciaux pour moi. Si l'internat était à reprendre c'est vous que je choirai.

REMERCIEMENTS

A mes frères et sœurs, **Nathalie, Herman, Inès-Carine, Elvice, Carmel, Mérida, Gloria, Darou et Silvère**, recevez à travers ce travail, le renouvellement de notre affection.

A **Gérard GNONLONFIN** qui es parti trop tôt, notre exemple en matière de travail et de culture de l'excellence. La fragilité de ta santé ne t'a pas empêché de réussir tes études, que Dieu t'accorde le repos éternel.

A **mes oncles et tantes**, vous ne nous avez jamais discuté votre soutien tout au long de ces études. Soyez-en remerciés.

A **Jean Pierre DOEVI, Aimé da CRUZ et nos autres cousins et cousines**, que ce travail soit pour vous une source d'inspiration.

A **da CRUZ Maxime**, vous n'avez cessé de nous rappeler l'importance du travail, surtout le travail bien fait. Nous nous rappelons de vos mots, je cite « Ayez confiance en vous et croyez en vous. Soyez sûr que par le travail, la détermination, vous pouvez changer le monde. Le monde est à vous et vous devez travailler pour son changement afin qu'on ne périsse point. Travaillons jusqu'à ce que le résultat soit au bout de nos efforts ». Merci infiniment pour vos conseils et soutient permanents.

A **Alek AGBOTON**, **Donald SODOU et Emmanuel TOFFA,** nous n'aurions pas demandé mieux pour amis et frères, merci pour votre soutien et votre présence.

A **Emilienne DJIDEME, Clara Saturnine LISSANON, Pedou Merci De Monique NDOULOU**. Auprès de chacune de vous j'ai appris ce qu'est aimé et être aimé. A chacune de vous merci d'exister.

A **René HOUNTONDJI**, notre frère et ami nous ne saurions trouver des mots pour exprimer la reconnaissance et la considération que nous portons à votre personne. Merci pour tout, Dieu père de toutes bénédictions, mieux que nous, vous le rendra.

A **Christ Elisée DOHOUNKPE, Leslie DOHOUNKPE et leurs parents**, votre présence continuelle à mes côtés, votre affection mais aussi vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Soyez-en remerciés.

Au prêtre **Prosper AÏMANDE** merci pour votre soutien, conseils et prières lors de ses moments de doute. Que l'Esprit vous comble de ses dons

Aux frères **Michel** et **Alexandre** et à la sœur **Benjamine** merci pour votre aide et conseils.

A la **Légion de Marie** des paroisses **Saint Jean-Baptiste** de Cotonou et **Saint Paul** et de la station **Notre Dame du Rosaire** de Porto-Novo, merci pour vos marques d'affections et vos prières que Dieu vous le rende en santé et en bénédictions.

A **Halil YESSOUFOU,** avant de te fréquenter j'entendais souvent nos collègues dire de toi que tu es un vrai bro. Tu es unique en ton genre, ne change pas et merci pour tout. Que Dieu t'accorde une brillante carrière le professeur.

A **Généreuse Megni BEHETON**, plus qu'une camarade ou une amie, tu es pour moi une sœur, ce parcours de combattants aurait certainement eu un goût d'inachevé si je ne t'avais pas croisé ton chemin. Merci pour ces moments passés ensemble. Merci pour m'avoir fait grandir en tant que médecin et en tant qu'homme**.** Que Dieu te bénisse et te comble de ses grâces. Nous voilà maintenant médecin, puisse l'Eternel nous accorder une brillante carrière.

A **Samiath BAKARY**, merci pour l'amie que tu es et ta disponibilité constante chaque que tu le pouvais. Que Dieu te le rende en bénédictions chère amie.

Au **professeur titulaire Gaspard Dansou GBESSI**, merci cher maître d'avoir accepté diriger ce travail. Votre sens scientifique aigu, vos enseignements de même que votre disponibilité ont aidé à concrétiser ce travail.

Au **Dr ATTOLOU Gilles**, nous étions émerveillés par votre simplicité bien en deçà de vos connaissances. Merci pour l'encadrement que vous nous aviez accordé tout au long de ce travail.

Au **Dr Christel Marie LALEYE**, merci cher aîné pour votre disponibilité de même que pour tous les enseignements reçus à vos côtés. Vous avez été une grande source d'inspiration pour ce travail. Tel un grand frère vous ne nous aviez pas refusé votre accompagnement et soutien. Vous vous êtes rendus disponible à chaque étape du travail dès que besoin. Que Dieu vous soit favorable en toute chose.

Au **Dr NATTA Habib N'tcha**, la rigueur et le travail caractérisent votre personne ; merci pour vos conseils et votre encadrement.

A **mes chers aînés**, malgré vos multiples occupations vous aviez toujours trouvé du temps à nous consacrer. Soyez-en remerciés

A **Sibelle, Éric, Emmanuella** et au reste **des membres de mon groupe d'internat**, merci pour ces moments partagés ensemble. Brillantes carrière à vous.

A **Yves-Marie, Kéryle, Kelley, Manal, Esther et Ornella** pour votre aide pour l'organisation de la soutenance, sans vous elle ne serait pas une réussite.

A **tout le personnel du CNHU-HKM et la FSS de Cotonou**, merci pour l'accueil, la disponibilité. Sincères considérations.

Merci à vous tous qui aviez contribué de près ou de loin à l'avènement de ce jour. Que Dieu vous le rende en santé et bénédictions.

A **toute la 43^{e} promotion**, brillante carrière à nous.

HOMMAGES

- **A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,**

Vous nous avez appris tout au long de ces années d'études, la précision clinique, le travail sous pression et le sens de l'urgence. Vous nous avez enseigné tout ce que nous savons.

Hommages respectueux.

- **A notre Maître et présidente du jury,**

Dr Bernadette VIGNIKIN-YEHOUESSI, cher maître, nous vous sommes reconnaissant pour les précieux enseignements reçus de vous au cours de notre formation, vos multiples qualités humaines, votre conscience professionnelle, votre rigueur pédagogique et professionnelle, et votre amour du travail bien fait, font de vous un modèle pour nous. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Recevez à travers ces hommages toute notre reconnaissance. Daigne l'Eternel vous le rendre au centuple et en santé.

Hommages respectueux.

- **A nos honorables membres du jury,**

Dr Francis DOSSOU, cher maître ; nous avons toujours été impressionnée par vos multiples qualités dont votre modestie, votre simplicité, votre humilité et votre conscience professionnelle. L'implication, la rigueur, la patience et la sagesse dont vous faites preuve à chaque instant pour nous inculquer vos connaissances font de vous un modèle. Merci pour l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de corriger ce travail. L'Eternel vous le revaudra en grâce et bénédictions

Hommages respectueux.

Dr Soulé ALAMOU, cher maître, nous vous sommes reconnaissant pour les précieux enseignements reçus de vous au cours de notre formation. Votre ouverture d'esprit, votre simplicité, votre sens de l'écoute, votre rigueur et vos nombreuses qualités scientifiques font de vous un modèle pour nous. Merci pour l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de corriger ce travail de recherche afin d'améliorer sa qualité scientifique. L'Eternel vous le revaudra en grâce et bénédictions.

Hommages respectueux

- **A notre Directeur de thèse,**

Dr Gaspard Dansou GBESSI, cher maître, votre implication à toutes les étapes de ce travail, votre disponibilité permanente et votre abnégation suscitent l'admiration. C'était un immense honneur et une réelle joie pour nous de travailler sous votre guide. Nous vous sommes reconnaissant de la confiance que vous nous avez accordée. Votre grande gentillesse, votre modestie, votre simplicité, votre amour du travail bien fait et vos nombreuses autres qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Vous êtes pour nous un père, vous resterez pour nous un modèle à imiter. Daigne le Seigneur vous comblez de Ses bénédictions

Hommages respectueux

SOMMAIRE

DÉDICACES ..... **i**

REMERCIEMENTS ..... **iii**

HOMMAGES ..... **vii**

INTRODUCTION ..... **- 1 -**

1. GÉNÉRALITÉS ..... **- 4 -**

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE ..... **- 12 -**

3. RÉSULTATS ..... **- 19 -**

4. DISCUSSION ..... **- 59 -**

CONCLUSION ..... **- 73 -**

SUGGESTIONS ..... **- 75 -**

REFERENCES ..... **- 78 -**

ANNEXES ..... **- 88 -**

Listes des abréviations

Al	Collaborateurs
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ASA	American Society of Anesthesiologie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CUCV	Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale
DES	Diplôme d'Etude Spécialisé
DPO	Douleur Post opératoire
HAS	Haute Autorité de la Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IAAS	International Association for Ambulatory Surgery
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
INMeS	Institut National Medico Sanitaire
NVPO	Nausée Vomissement Postopératoire
OCDE	Organisation de Coopération et développement Economique
ORL-CCF	Oto-rhino-laryngologie- Chirurgie Cervico- Faciale
PADSS	Post Anaesthetic Discharge Scoring System
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Liste des figures

Figure 1 : modèles organisationnels des unités de chirurgie ambulatoire..... **9**

Figure 2 : description du circuit du patient……..…….... **11**

Figure 3 : Itinéraire thérapeutique du patient dans une UCA ……..... **11**

Figure 4 : répartition des patients de l'étude en fonction des tranches d'âges et par service ……..……... **21**

Figure 5 : répartition des pathologies en ORL-CCF de la série d'étude (n = 54) **24**

Figure 6 : répartition des patients selon les diagnostics à la chirurgie viscérale (n = 93) ……..…… **25**

Figure 7 : répartition des patients en fonction du score ASA (n = 26) **29**

Figure 8 : répartition de la série en fonction des modalités anesthésiques (n = 266) ……..... **30**

Figure 9 : la répartition des modalités anesthésiques au CNHU-HKM en fonction des services…….…..... **32**

Figure 10: répartition des complications post opératoires en fonction du mode d'hospitalisation ……...…. **37**

Figure 11 : répartition des patients en fonction des séjours hospitaliers **56**

Figure 12 : répartition des différents séjours hospitaliers selon les services.. **56**

Liste des tableaux

Tableau n° I : répartition des patients de la série en fonction des tranches d'âges (en année) **20**

Tableau n° II : répartition des patients de la série en fonction du lieu de résidence **22**

Tableau n° III : répartition de la série d'étude en fonction de la durée du trajet menant du CNHU-HKKM aux lieux de résidence **22**

Tableau n° IV : répartition des patients de la série en fonction de l'ethnie..... **23**

Tableau n° V : répartitiondes patients de la série en fonction des antécédents médicaux (n = 123)..... **26**

Tableau n° VI : répartition des antécédents médicaux des patients du groupe A au CNHU-HKM (n = 76)..... **27**

Tableau n° VII : répartition des antécédents médicaux des patients du groupe B au CNHU-HKM (n = 47)..... **28**

Tableau n° VIII : répartition des patients du groupe A en fonction des modalités anesthésiques **31**

Tableau n° IX : répartition des patients du groupe B en fonction des modalités anesthésiques (n = 132)..... **31**

Tableau n° X : répartition des patients de la série d'étude selon les indications ORL-CCF (n = 54)..... **31**

Tableau n° XI : répartition des patients de la série en fonction des interventions chirurgicales à la Chirurgie viscérale **34**

Tableau n° XII : répartition des d'incidents per-opératoires de la série en fonction des services (n = 14)..... **35**

Tableau n° XIII : répartition des complications post-opératoires au CNHU-HKM (n = 72)..... **36**

Tableau n° XIV : répartition des patients du groupe A en fonction des complications post-opératoires(n = 41)…….…….... **38**

Tableau n° XV: répartition des patients du groupe B en fonction des complications post-opératoires (n = 31)…… **38**

Tableau XVI : répartition complications post opératoires en ORL-CCF..... **39**

Tableau n° XVII : répartition des complications post-opératoires des patients du groupe B à la chirurgie viscérale (n = 20)……..…... **40**

Tableau n° XVIII : répartition des complications post-opératoires des patients opérés de la chirurgie de la cataracte en ophtalmologie ……... **41**

Tableau XX : répartition des patients en fonction du délai d'apparition des complications post opératoires du groupe B en heure……... **42**

Tableau XX : répartition des complications post opératoires des patients du groupe B en fonction du délai d'apparition ……...……... **43**

Tableau n° XXI : fréquence des complications post opératoires selon les tranches d'âges……..…… **44**

Tableau XXII : répartition des complications en fonction des différentes tranches d'âges de la série…… **45**

Tableau n° XXIII : complications post opératoires associées aux antécédents de la série ……..…… **46**

Tableau n° XXIV : proportions des complications post opératoires associées aux différentes modalités anesthésiques …… **47**

Tableau n° XXV : récapitulatif des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques……..…… **48**

Tableau n° XXVI : fréquence des complications post opératoires en fonction du statut ASA…….. **49**

Tableau n° XXVII: complications post opératoires selon le statut ASA……..…. **49**

Tableau n° XXVIII : répartition des complications post opératoires en fonction des antécédents des sujets du groupe A…… **50**

Tableau n° XXIX : complications post opératoires associées aux antécédents des sujets du groupe B…… **50**

Tableau n° XXX : fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A…… **51**

Tableau n° XXXI : complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A…… **51**

Tableau n° XXXII : fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B…… **52**

Tableau n° XXXIII : complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B…… **52**

Tableau n° XXXIV : fréquence des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques dans le groupe A…… **53**

Tableau n° XXXV : complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe A…… **53**

Tableau n° XXXVI : proportions des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B…… **54**

Tableau n° XXXVII : complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B…… **54**

Tableau n° XXXVIII: seuils de significations entre la survenue de complications post opératoires et les gestes effectués dans le groupe A…… **55**

Tableau n° XXXIX : seuils de significations obtenus de l'analyse de corrélation entre les complications post opératoires et les gestes du groupe B…… **55**

INTRODUCTION

Le coût de la santé étant devenu une préoccupation, différentes approches ont été mises en œuvre, surtout celle de la réduction du séjour hospitalier. Elle s'est traduite, en chirurgie, par la pratique de la chirurgie ambulatoire **[1–3]**. Tout en permettant la maîtrise des dépenses en santé, elle a de nombreux autres avantages et n'engendre pas un surcroît de mortalité, ni de morbidité **[1–6]**. La chirurgie ambulatoire connait un développement considérable avec un taux moyen de 65% en Europe. Aux Etats-Unis, 83,5% des actes en chirurgie étaient réalisés en ambulatoire en 2004 **[1,7,8]**. Elle est le choix par défaut de plusieurs systèmes de soins **[2,3]**. La chirurgie ambulatoire est un concept qui permet le retour du patient à son domicile le jour même de sa prise en charge sans un surcroît de risque pour lui et le soignant **[3,9–11]**. La pratique de la chirurgie ambulatoire obéit à une organisation qui met le patient au centre de son opération chirurgicale **[2,3,10–12]**. Du respect de cette organisation découlent la sécurité du patient, la qualité de la prise en charge et la satisfaction du patient **[3,9,10,13–16]**. En Afrique les données suggèrent une pratique moins fréquente de la chirurgie ambulatoire **[17,18]**. La chirurgie ambulatoire devrait permettre la réduction du coût de la prise en charge pour nos patients tout en offrant à ceux-ci une meilleure expérience chirurgicale. Devant la rareté de données nationales et hospitalières sur la pratique de la chirurgie ambulatoire au Bénin et les avantages qu'offre ce mode de prise en charge nous nous sommes proposé d'évaluer la pratique de la chirurgie ambulatoire dans la clinique universitaire d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-Faciale (ORL-CCF), de celles chirurgie viscérale (CUCV) et d'ophtalmologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

L'objectif général était d'étudier le taux de chirurgie ambulatoire dans les cliniques universitaires d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-Faciale, de chirurgie viscérale et d'ophtalmologie.

Les objectifs spécifiques se déclinaient comme suit :

- Identifier les données épidémiologiques de la chirurgie ambulatoire ;
- Exposer les modalités de la prise en charge chirurgicale ambulatoire ;
- Comparer la prise en charge ambulatoire à celle de la chirurgie classique ;
- Faire des recommandations pour une meilleure pratique de la chirurgie ambulatoire au CNHU-HKM de Cotonou.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1 Définition de concepts

❖ Chirurgie ambulatoire

La terminologie internationale de « Day surgery » a été retenue par l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), et les synonymes « Ambulatory surgery, Same-day surgery et Day-only » ont été reconnus. La notion de « day » s'entend comme la durée du travail (jour ouvrable), sans nuit d'hébergement **[3,9,10]**. Le patient est admis, opéré et libéré le même jour, la chirurgie d'un jour étant la prise en charge prévue **[2,3,10,19]**.

La chirurgie ambulatoire se différencie clairement d'autres types de chirurgies**.**

❖ Chirurgie de 23 heures ou séjour d'une nuit

Le patient traité dans un centre ou unité de chirurgie ambulatoire autonome ou hospitalier, nécessite une convalescence prolongée, y compris un séjour d'une nuit avant sa sortie le jour suivant **[2,3,20]**.

❖ Court séjour

Il correspond à une hospitalisation de 24 à 72 heures **[2,10]**.

Au-delà de la stricte définition, la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation : « l'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation » **[2,10,11]**.

1.2 Risques et bénéfices en chirurgie ambulatoire

1.2.1 Evaluation des risques

Les taux de mortalité rapportés sont nuls ou faibles selon les études **[21–24]**. La morbidité en chirurgie ambulatoire est faible **[21–24]**. Elle est dominée par les saignements de la plaie opératoire, la douleur postopératoire (DPO) et les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) **[25]**. La déprogrammation,

l'hospitalisation, la consultation médicale non programmée, la réhospitalisation non programmée, les complications post opératoires reconnues avec retard constituent l'essentiel des risques encourus en chirurgie ambulatoire **[4,5,15,26]**. La prévention et la gestion adéquate de ces risques nécessitent la mise en place de mesures techniques et organisationnelles adaptées **[26]**.

1.2.2 Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire

Les bénéfices associés à la chirurgie ambulatoire peuvent être regroupés à plusieurs niveaux.

❖ **Médical**

La réduction des infections associées aux soins : l'exposition au risque d'infections associées aux soins augmente avec la durée de l'hospitalisation. La sortie précoce du patient par la chirurgie ambulatoire réduit la durée d'exposition aux infections associées aux soins. Le risque thromboembolique est inférieur à celui de la chirurgie en hospitalisation traditionnelle **[2]**.

❖ **Social**

La prise en charge sans nuit d'hôpital, à moins d'impact sur le quotidien du patient, en particulier chez les enfants et les personnes âgées. L'organisation étant centrée sur le patient, le degré de satisfaction de ce dernier est généralement élevé **[17,18,27]**.

❖ **Economique**

Dans un contexte de maîtrise des dépenses en santé, la chirurgie ambulatoire peut être perçue comme un élément contribuant à la diminution des dépenses liées à la durée du séjour, l'utilisation des ressources hospitalières, la gestion du bloc et la durée des arrêts de travail **[3,28–30]**. Dans une étude algérienne de 2016 portant sur 312 patients Niboucha et al. **[18]** rapportaient des coûts moyens

hospitaliers par patient de 25.000 dinars algériens pour la chirurgie ambulatoire et de 100.000 dinars algériens pour la chirurgie classique, soit une différence de 75% en faveur de la chirurgie ambulatoire. Le coût des sinistres induits par la chirurgie ambulatoire est faible par rapport à celui de la chirurgie classique **[29]**.

1.3 Organisation

1.3.1 Critères d'éligibilité

L'éligibilité est basée sur l'évaluation du rapport bénéfice-risque pour le patient en tenant compte de l'acte et du degré de maturité de la structure. L'évaluation consiste à rechercher des facteurs pouvant nécessiter une hospitalisation conventionnelle. Le médecin devrait chercher quel bénéfice supplémentaire pourrait apporter au patient une hospitalisation. Ces critères sont les suivants.

- Patient acceptant cette prise en charge **[2,3,9,10,31]** ;
- Respect des indications chirurgicales validées par les sociétés savantes (voir annexe 1) **[10,31]** ;
- Statut American Society of Anesthesiologie (ASA) I, II et III stable (voir annexe 2) **[2,3,9,10,31]** ;
- Patient pouvant être raccompagné à domicile par un adulte responsable et si besoin pour au moins une nuit après la sortie **[2,3,9,10,12,31]** ;
- Accompagnant ayant compris la procédure des soins postopératoires et acceptant la responsabilité **[2,3,9,10,31]** ;
- Possibilité de contacter un centre de soins (téléphone) **[2,3,9,10,31]** ;
- La durée de transport et l'éloignement du lieu de résidence ne sont pas des critères d'exclusion, le cas échéant l'unité de prise en charge devra établir une convention avec d'autres établissements de santé pour une éventuelle prise en charge postopératoire **[2,12,31]** ;
- Le patient ne doit pas conduire (moyen de transport) après son

intervention, et il est recommandé qu'il soit accompagné par un tiers lors du trajet retour **[2,31]** ;

- Les patients atteints de pathologies psychiatriques empêchant leur collaboration avec l'équipe médicale ne peuvent pas être éligibles à la chirurgie ambulatoire **[2,10,31]** ;
- Les patients ayant une insuffisance respiratoire chronique grave et les patients ayant eu un infarctus de myocarde récent ne sont pas éligibles.

1.3.2 Les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA)

Quatre modèles d'organisation ambulatoire sont décrits.

❖ **Structures intégrées**

Les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires **[2,10,12]**.

❖ **Structures de fonctionnement autonome**

Les structures autonomes disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel **[2,10,12]**.

❖ **Structures satellites**

Les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement **[2,10,12]**.

❖ Structures indépendantes

Les structures indépendantes (free standing centers) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et sont totalement détachées d'un établissement de soins classique. Les structures indépendantes sont donc hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement **[2,10]**.

Il n'existe pas de modèle architectural fixe en chirurgie ambulatoire. Seul le modèle organisationnel différencie les centres pratiquant une chirurgie ambulatoire. La figure 1 illustre les différents modèles organisationnels en chirurgie ambulatoire.

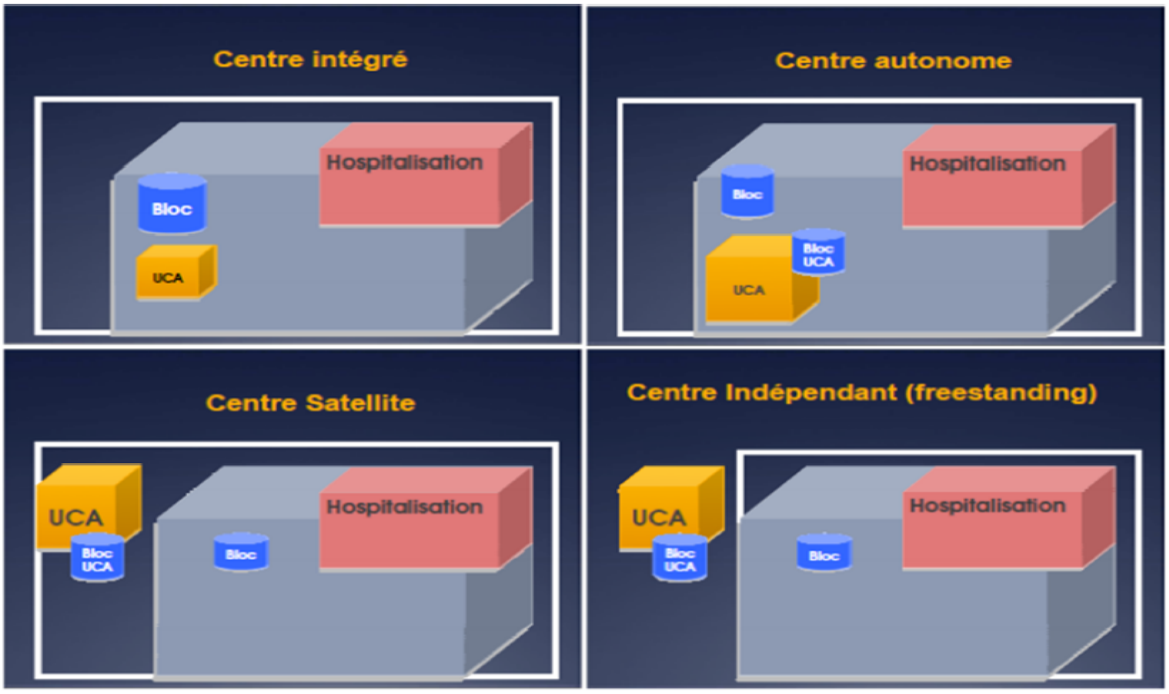


Figure 1 : modèles organisationnels des unités de chirurgie ambulatoire **[32]**.

1.3.3 Le circuit du patient

Le chemin clinique est l'ensemble des étapes, qui mènent le patient de l'intention ou de la nécessité de se faire opérer jusqu'à la réalisation de l'acte. Quatre phases principales sont identifiées en chirurgie ambulatoire.

❖ **L'évaluation préopératoire**

La décision de réaliser la chirurgie en ambulatoire est prise au cours de cette étape sur la base du triptyque patient-acte-structure. Il s'agit d'évaluer le rapport bénéfice-risque, d'anticiper les effets secondaires prévisibles et de préparer la sortie du patient **[2,10,33]**.

❖ **La phase opératoire**

Elle ne présente pas de spécificité **[2,31]**.

❖ **La phase d'autorisation de sortie**

Elle repose sur une évaluation médicale (annexes 3-6) à l'issue de laquelle un bulletin de sortie est remis par un membre du personnel médical ou paramédical de la structure **[2,3,9,10,31]**. Celui-ci précise les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire, les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins ainsi que le numéro d'urgence à joindre **[2,3,9,10,31,33]**.

❖ **Le suivi**

Il est assuré par un appel téléphonique le lendemain de l'intervention et la poursuite de la prise en charge (rendez-vous pour le pansement et contrôles post opératoires) **[2,3,9,10]**.

La figure 2 décrit le circuit du patient en chirurgie ambulatoire.

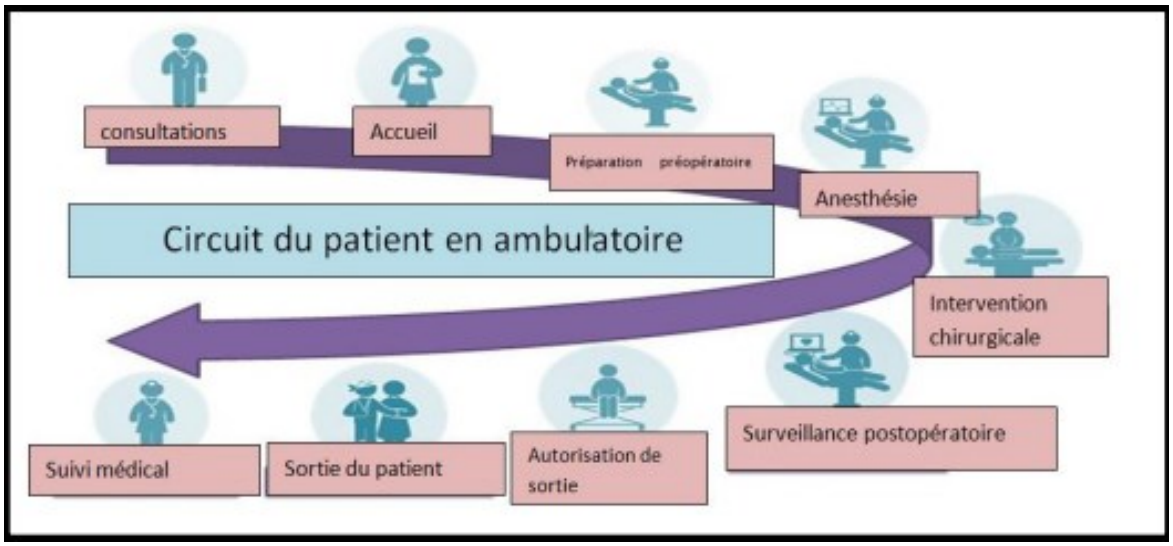


Figure 2 : description du circuit du patient **[34]**.

La figure 3 présente l'itinéraire thérapeutique du patient en chirurgie ambulatoire.

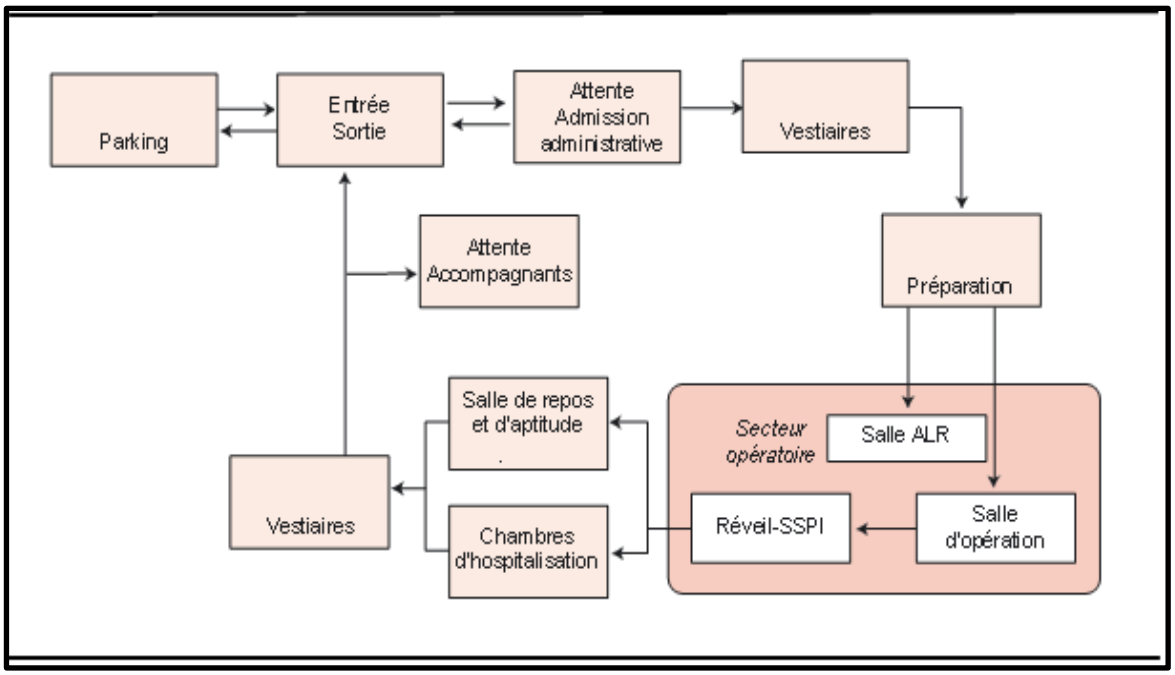


Figure 3 : itinéraire thérapeutique du patient dans une UCA **[35]**.

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE

2.1 Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée au CNHU-HKM dans les cliniques universitaires d'oto-rhino-laryngologie chirurgie cervico faciale, de chirurgie viscérale et d'ophtalmologie.

2.1.1 Présentation du CNHU-HKM de Cotonou

Créé en 1952 sous le nom « hôpital 350 lits », le CNHU est l'hôpital de référence au Bénin. Il sera rebaptisé Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA le 03 Décembre 2001. Il est au sommet de la pyramide sanitaire du Bénin. Il est un centre de soins, d'enseignement, de recherche et de formation pratique pour les agents de santé. Il comprend plusieurs services.

- Les cliniques universitaires de médecine et spécialités médicales : endocrinologie, neurologie, rhumatologie, néphrologie, hépato-gastro-entérologie, médecine interne, cardiologie, psychiatrie. Les services multidisciplinaires à savoir : la clinique universitaire d'accueil des urgences (CUAU) et le service polyvalent d'anesthésie réanimation (SPAR), clinique universitaire de pédiatrie et génétique médicale (CUPGM) ;
- Les cliniques universitaires de chirurgie et spécialités chirurgicales : clinique universitaire de traumatologie orthopédie et de chirurgie réparatrice (CUTO-CR), clinique universitaire de chirurgie viscérale (CUCV), clinique universitaire de chirurgie pédiatrique (CUCP), clinique universitaire d'urologie et d'andrologie (CUUA), ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie chirurgie cervico faciale), clinique universitaire de gynécologie-obstétrique (CUGO) ;
- Les services de consultations externes de médecine et de chirurgie
- Les services médico-techniques (hématologie, parasitologie,

bactériologie-virologie, biochimie, banque de sang, service d'imagerie, pharmacie, kinésithérapie, la morgue, service de l'hygiène hospitalière).

- Les services administratifs :

Au CNHU-HKM, notre étude s'est déroulée dans les cliniques universitaires d'oto- rhino-laryngologie chirurgie cervico faciale, de chirurgie viscérale et d'ophtalmologie.

2.1.2 Présentation de la clinique universitaire de chirurgie viscérale

La Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale a été créée le 1er juillet 1989. Les activités qui s'y déroulent sont celles de soins, de la formation théorique et pratique des étudiants de l'INMeS, des étudiants en médecine générale et des médecins en cycle de spécialisation et les activités de recherche.

❖ **Organisation sectorielle et infrastructures**

- Consultation externe ;
- Bloc opératoire ;
- Pavillon d'hospitalisation.

2.1.3 Clinique universitaire d'ORL-CCF et la clinique universitaire d'ophtalmologie

Les activités qui s'y déroulent sont celles de soins, de la formation théorique et pratique des étudiants de l'INMeS, des étudiants en médecine générale et des médecins en cycle de spécialisation et les activités de recherche.

❖ **Organisation sectorielle et infrastructures**

- Consultation séparée ;
- Bloc opératoire commun ;
- Pavillon d'hospitalisation commun.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type et durée de l'étude

Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée analytique de janvier 2020 à décembre 2020.

2.2.2 Population d'étude

La population d'étude est constituée des dossiers de patients admis dans l'un des cliniques universitaires d'ORL-CCF, de chirurgie viscérale ou d'ophtalmologie du CNHU-HKM au cours de la période d'étude pour une intervention chirurgicale.

❖ **Critères d'inclusion**

- Dossiers médicaux en bon état et exploitables ;
- Dossiers de patients programmés chez qui furent réalisés exclusivement l'un des gestes marqueurs de l'IAAS qui suivent.

ORL-CCF : adénoïdectomie, amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie, ablation de matériel d'ostéosynthèse, avulsion dentaire ;

Chirurgie viscérale : cholécystectomie laparoscopique, chirurgie proctologique (hémorroïdectomie, fistulectomie, sphincterotomie), chirurgie des varices, chirurgie du reflux gastro-œsophagien, cure de hernie (inguinale ou inguino-scrotale, ligne blanche), nodulectomie, chirurgie du sinus pilonidal ;

Ophtalmologie : chirurgie de la cataracte.

❖ **Critères de non inclusion**

- Dossiers de patients chez qui furent réalisés un geste non inclu dans l'étude ;
- Dossiers de patients admis pour une urgence chirurgicale au bloc

opératoire.

❖ **Critère d'exclusion**

- Dossiers de patients chez qui furent réalisés simultanément de plusieurs gestes marqueurs de l'IAAS sauf le cas de l'adéno-amygdalectomie.

2.2.3 Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif des dossiers de patients répondant aux critères d'inclusion.

2.2.4 Variables

2.2.4.1 Variables dépendantes

Vu l'organisation actuelle de la plupart des services de chirurgie du CNHU-HKM de Cotonou admettant le patient la veille de l'intervention dans le but d'éviter les reports d'intervention pour retard du patient et de la prise en charge, il n'est pas réalisé de chirurgie ambulatoire selon la définition internationale. Ainsi, dans notre étude nous considérons l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire comme une admission du patient la veille ou le jour de l'intervention et sa sortie le jour même de l'intervention. Les variables sont donc les suivantes :

- patients pris en charge en chirurgie ambulatoire (groupe A) ;
- patients pris en charge en chirurgie classique (groupe B).

2.2.4.2 Variables indépendantes

❖ **Variables sociodémographiques**

- Âge ;
- Sexe ;
- Lieu de résidence.

❖ **Variables cliniques**

- Antécédents médicaux ;
- Indication ou geste chirurgical ;
- Score ASA ;
- Type d'anesthésie ;
- Complications (peropératoires, post-opératoires) ;
- Durée du séjour hospitalier.

2.2.5 Collecte des données

❖ **Sources des données**

- Registres des hospitalisations ;
- Registres de compte rendu opératoire ;
- Dossiers médicaux des patients.

❖ **Technique de collecte**

La collecte des données s'est déroulée en plusieurs temps. Nous avions consulté dans un premier temps les registres du bloc opératoire et des hospitalisations en vue d'identifier les patients puis dans un second temps nous avions consulté les dossiers médicaux des patients sélectionnés.

❖ **Outils de collecte**

La saisie des données a été faite directement sur l'application KoboCollecte avec une fiche d'enquête conçue à cet effet.

2.2.6 Traitement et analyse de données

Après la collecte, les données étaient apurées avec le logiciel Excel version 2016. L'analyse était effectuée grâce au logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et écart-type pour celles dont la distribution était symétrique et en médiane pour celles dont la distribution était asymétrique. Les variables qualitatives étaient exprimées en proportion. Le test de KHI^2 était utilisé pour l'évaluation du seuil de validité p-value < 0,05.

3. RÉSULTATS

Au total 266 patients ont été inclus dans notre étude. Nous avions obtenu 54 dossiers (20,3%) en ORL-CCF, 93 dossiers (35%) à la CUCV et 119 dossiers (44,7%) en ophtalmologie. L'étude concernait 02 groupes de patients, les patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire au regard de notre définition (Groupe A) et ceux ayant bénéficié d'une chirurgie classique (Groupe B). Les cas de la CUCV au sein du groupe A étaient de 15 (11,2%) et de 119 cas (88,2%) en ophtalmologie. Le groupe B était constitué de 54 cas (41%) du service d'ORL-CCF et de 93 cas (51%) à la CUCV.

3.1 Caractéristiques épidémiologiques

3.1.1 Répartition selon l'âge

L'âge médian de l'étude était de 47 ans avec des extrêmes de 01 et 86 ans. Au sein du groupe A, l'âge médian était de 64,5 ans avec des extrêmes de 01 et 86 ans. Dans le groupe B, l'âge médian était de 28 ans avec des extrêmes de 01 et 78 ans.

Le tableau n° I présente la répartition des patients selon les tranches d'âges.

Tableau n° I : répartition des patients de la série en fonction des tranches d'âges (en année).

	Effectifs	**Pourcentages (%)**
]0 ; 5]	30	11,2
]5 ; 10]	17	6,4
]10 ; 15]	6	2,3
]15 ; 30]	43	16,2
]30 ; 60]	80	30,1
]60 ; +∞[	90	33,8
Total	266	100

La figure 4 illustre la répartition des tranches d'âges selon les services d'ORL-CCF, de la chirurgie viscérale et d'ophtalmologie.

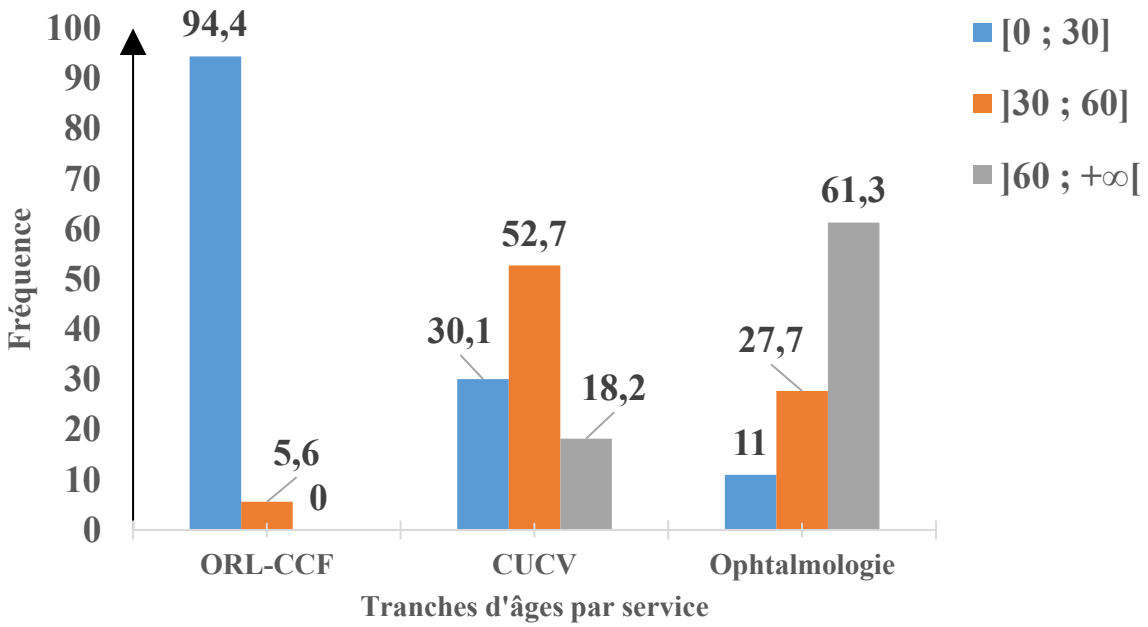


Figure 4 : répartition des patients de l'étude en fonction des tranches d'âges et par service.

La tranche d'âge prédominante variait en fonction du service.

3.1.2 Répartition des patients en fonction du sexe

Les sujets de sexe masculin représentaient 54% de l'échantillon et ceux de sexe féminin 46% avec une sex-ratio de 1,2. Dans le groupe A, 74 sujets (55,2%) étaient de sexe masculin contre 60 sujets (44,8%) de sexe féminin. Dans le groupe B, 72 sujets (54,6%) étaient de sexe masculin contre 60 (45,4%) de sexe féminin.

3.1.3 Lieu de résidence

Le tableau n° II montre la répartition des patients en fonction de la ville de résidence.

Tableau n° II : répartition des patients de la série en fonction du lieu de résidence.

	Effectifs	**%**
Cotonou	**133**	**50**
Abomey- Calavi	**76**	**28,6**
Porto-Novo	27	10,1
Ouidah	9	3,4
Autres localités	21	7,9
Total	266	100

Au-delà du simple lieu de résidence, nous avons évalué la durée du trajet entre la résidence et le lieu de soin. Le tableau n° III présente la répartition des patients de l'étude en fonction de la durée du trajet menant à l'hôpital.

Tableau n° III : répartition des patients de la série d'étude en fonction de la durée du trajet menant du CNHU-HKKM aux lieux de résidence

	Effectifs (n = 266).	**%**
[0 ; 30]	**209**	**78,6**
]30 ; 60]	41	15,4
]60 ; +∞[	16	6
Total	266	100

3.1.4 Les ethnies représentées

Le tableau n° IV présente la répartition des patients de l'étude en fonction de l'ethnie.

Tableau n° IV : répartition des patients de la série en fonction de l'ethnie.

	Effectifs (n = 266)	**%**
Fon	**89**	**33,5**
Mina	43	16,1
Nago	40	15
Goun	38	14,3
Mahi	27	10,2
Dendi	12	4,5
Bariba	08	3
Autres nationalités	09	3,4
Total	266	100

3.2 Aspects diagnostics

Les diagnostics retrouvés étaient variables d'un service à un autre. De façon générale, les plus représentés étaient la cataracte de 44,7% suivaient les pathologies amygdaliennes (l'hypertrophie amygdalienne obstructives + végétations adénoïdes et infection amygdalienne à répétition) de 15% et la cure de la hernie inguinale ou inguino-scrotale de 9%.

❖ Clinque universitaire d'ORL-CCF

La figure 5 présente la répartition des diagnostics de la série étudiée dans le service d'ORL-CCF.

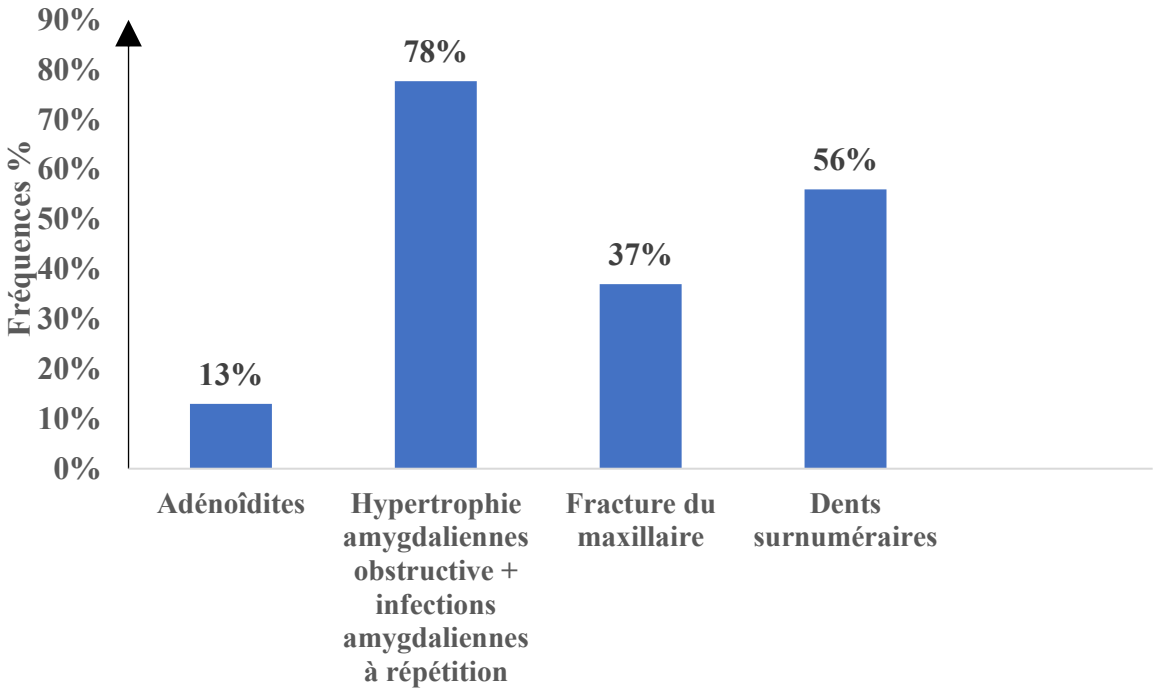


Figure 5 : répartition des pathologies ORL-CCF de la série d'étude (n = 54).

L'hypertrophie amygdalienne était le diagnostic le plus fréquent en ORL-CCF.

❖ Chirurgie viscérale

La figure 6 présente la répartition des diagnostics de la série d'étude à la chirurgie viscérale.

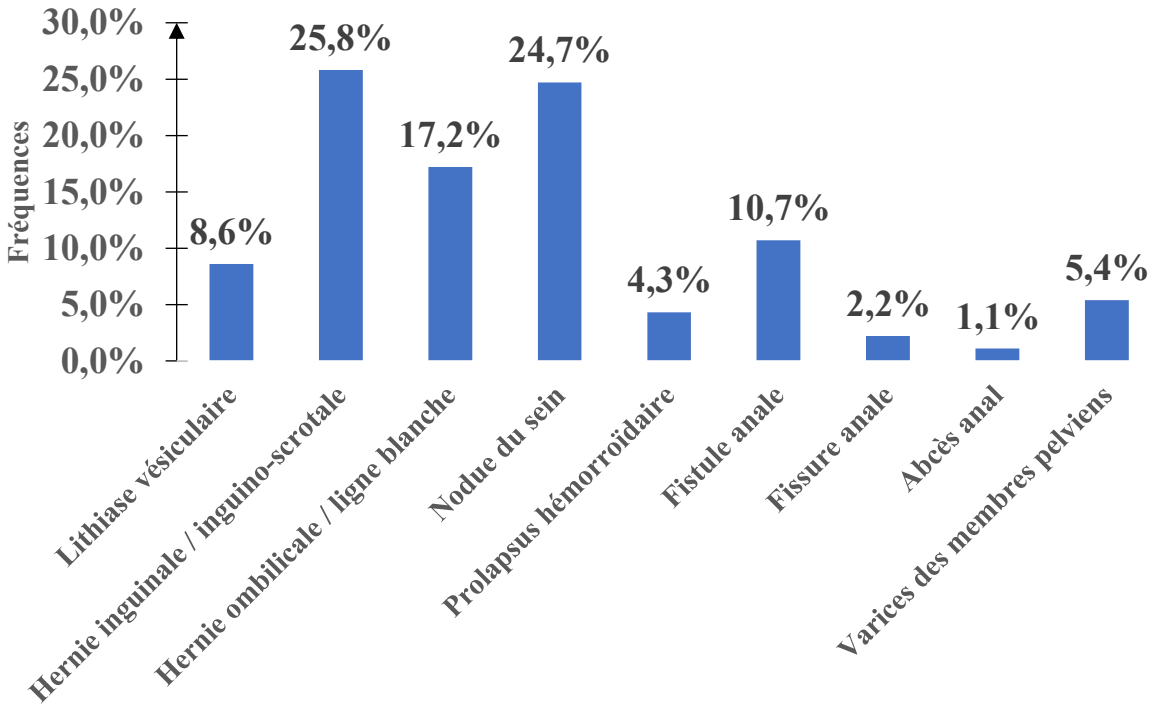


Figure 6 : répartition des patients selon les diagnostics à la chirurgie viscérale (n = 93).

La hernie inguinale ou inguino-scrotale était le diagnostic le plus fréquent à la chirurgie viscérale.

❖ Clinique universitaire d'ophtalmologie

Le seul diagnostic étudié en ophtalmologie était la cataracte chez l'adulte (n = 119).

3.3 Aspects thérapeutiques

3.3.1 Evaluation pré anesthésique

3.3.1.1 Antécédents

L'évaluation des comorbidités révèle, l'absence de comorbidités chez 62% des sujets de notre étude. Le tableau n° V récapitule les comorbidités de l'étude.

Tableau n° V : répartition des patients de la série en fonction des antécédents médicaux (n = 123).

	Effectifs (n = 123)	**%**
HTA*	**59**	**48**
Cardiopathie	2	1,6
Obésité	5	4,1
AVC**	1	0,8
Asthme	6	4,9
Atopie	9	7,4
Diabète	**15**	**12,2**
Glaucome	6	4,9
UGD***	3	2,4
IRCT****	3	2,4
Drépanocytose/ deficit en G6PD*****	8	6,5
Gonarthrose	2	1,6
Lombo-sciatique	1	0,8
Hernie discale	1	0,8
VHB******, VIH*******	2	1,6

HTA* : Hypertension artérielle, AVC** : Accident vasculaire cérébral, UGD*** : Ulcère gastrique ou duodénal, IRCT**** : Insuffisance rénale chronique terminale, G6PD***** : glucuroonyl-6-phosphate déshydrogénase, VHB****** : Virus de l'hépatite B, VIH******* : Virus de l'immunodéficience humaine.

Les patients ayant une comorbidité associée étaient de 61 (45,5%) dans le groupe A et de 40 (30,3%) dans le groupe B.

❖ Groupe A

Le tableau n° VI montre la répartition des antécédents médicaux des patients du groupe A.

Tableau n° VI : répartition des antécédents médicaux des patients du groupe A au CNHU-HKM (n = 76).

	Effectifs (n = 76)	**%**
HTA	**44**	**57,9**
Diabète	**12**	**15,8**
Glaucome	6	7,9
Asthme	5	6,6
Atopie	5	6,6
Cardiopathie	2	2,6
UGD	1	1,3
Drépanocytose	1	1,3

HTA* : Hypertension artérielle, UGD** : Ulcère gastrique ou duodénal

❖ Groupe B

Le tableau n° VII résume la répartition des antécédents médicaux recueillis auprès des patients du groupe B.

Tableau n° VII : répartition des antécédents médicaux des patients du groupe B au CNHU-HKM (n = 47).

	Effectifs (n = 47)	**%**
HTA*	**15**	**31,9**
Drépanocytose/ déficit en G6PD**	**7**	**14,9**
Obésité	5	10,6
Atopie	4	8,5
IRCT***	3	6,4
Diabète	3	6,4
UGD****	2	4,3
VHB*****/VIH******	2	4,3
Gonarthrose	2	4,3
Asthme	1	2,1
AVC*******	1	2,1
Lombo-sciatique	1	2,1
Hernie discale	1	2,1

HTA* : Hypertension artérielle, G6PD** : glucuroonyl-6-phosphate déshydrogénase, IRCT*** : Insuffisance rénale chronique terminale, UGD**** : Ulcère gastrique ou duodénal, VHB***** : Virus de l'hépatite B, VIH****** : Virus de l'immunodéficience humaine, AVC******* : Accident vasculaire cérébral.

3.3.2 Score ASA

3.3.2.1 Répartition des patients en fonction du score ASA.

❖ **Score ASA dans la série**

La figure 7 représente les différentes proportions des scores ASA dans l'étude.

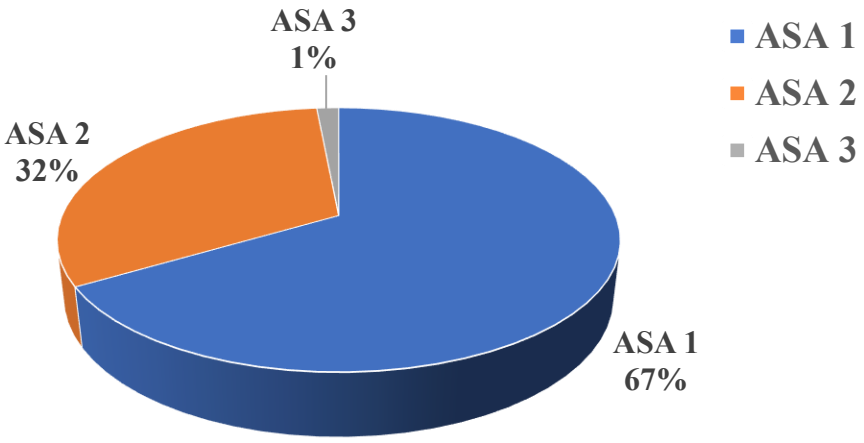


Figure 7 : répartition des patients en fonction du score ASA (n = 266).

La majorité des patients de l'étude avait un score ASA satisfaisant.

❖ **Score ASA dans les groupes A et B**

- Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie ambulatoire (groupe A), étaient de statut ASA 1 dans 57,5% des cas (n = 78) et ASA 2 dans 42,5% des cas (n = 56).
- En chirurgie classique (groupe B) 75,8% des patients (n = 95) avaient un score ASA 1 ; 21,2% (n = 36) un score ASA 2 et 03% (n= 3) un score ASA 3.

3.3.3 Modalités anesthésiques

La figure 8 illustre les différentes modalités anesthésiques de notre étude.

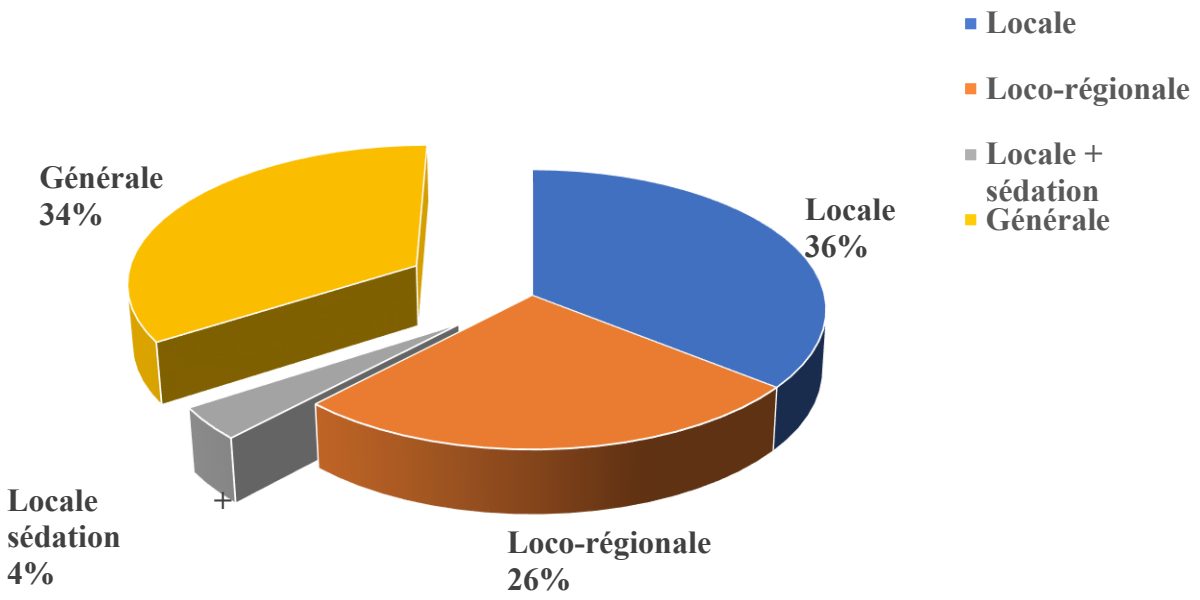


Figure 8 : répartition de la série en fonction des modalités anesthésiques (n = 266).

L'anesthésie locale était la modalité anesthésique la plus réalisée dans notre étude.

❖ Groupe A

Le tableau n° VIII présente les différentes modalités anesthésiques réalisées dans le groupe A (n = 134).

Tableau n° VIII : répartition des patients du groupe A en fonction des modalités anesthésiques.

Type d'anesthésie	Effectifs (n = 134)	%
Anesthésie locale	**94**	**70,1**
Anesthésie locale + sedation	07	5,2
Anesthésie loco-régionale	25	18,7
Anesthésie Générale	8	6

L'anesthésie locale (n = 94 ; 70,1%) était prédominante au sein du groupe A.

❖ Groupe B

Le tableau n° IX nous présente les modalités anesthésiques du groupe B.

Tableau n° IX : répartition des patients du groupe B en fonction des modalités anesthésiques (n = 132)

	Effectifs (n = 132)	%
Anesthésie locale	1	0,7
Anesthésie locale + sedation	3	2,3
Anesthésie loco-régionale	45	34,1
Anesthésie Générale	83	62,9
Total	132	100

Au sein du groupe B, l'anesthésie générale était la modalité la plus réalisée.

La figure 9 montre les répartitions des modalités anesthésiques en fonction des services (n = 226).

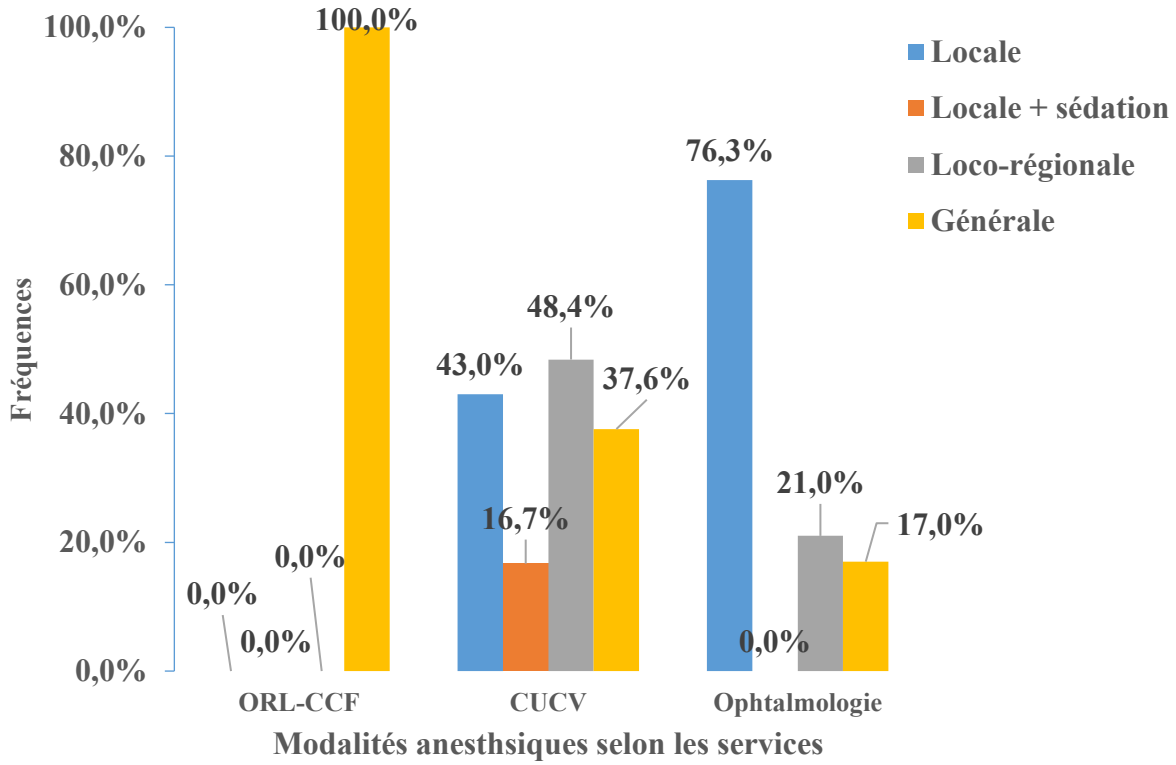


Figure 9 : la répartition des modalités anesthésiques au CNHU-HKM en fonction des services.

La répartition des modalités d'anesthésies était variable d'un service à un autre.

3.3.4 Gestes chirurgicaux

❖ Clinique universitaire d'ORL-CCF

Le tableau n° X indique la répartition des gestes en ORL-CCF (n = 54).

Tableau n° X : répartition des patients de la série d'étude selon les indications ORL-CCF.

	Effectifs (n = 54)	**%**
Adénoïdectomie	7	13
Adéno-amygdalectomie	42	77,7
Ablation de matériel d'ostéosynthèse	2	3,7
Avulsion dentaire	3	5,6
Total	54	100

Le geste le plus réalisé lors du recensement en ORL-CCF était l'adéno-amygdalectomie (n = 42 ; 77,7%).

❖ Clinique universitaire de chirurgie viscérale

Le tableau n° XI résume les gestes réalisés à la Chirurgie viscérale.

Tableau n° XI : répartition des patients de la série en fonction des interventions chirurgicales à la chirurgie viscérale.

	Effectifs	**%**
Cholécystectomie laparoscopique	8	8,6
Cure de la hernie inguinale	**24**	**25,8**
Cure de la hernie ombilicale/ ligne blanche	16	17,2
Nodulectomie/ tumorectomie	**23**	**24,7**
Hémorroïdectomie	4	4,3
Fistulectomie	10	10,7
Sphinctérotomie	2	2,2
Mise à plat d'abcès	1	1,1
Stripping veines saphènes	5	5,4
Total	93	100

Seule la nodulectomie était réalisée suivant les 02 modes d'hospitalisation, avec 15/23 cas en ambulatoire soit 65,2%.

❖ Clinique universitaire d'ophtalmologie

La chirurgie de la cataracte chez l'adulte était le seul acte opératoire étudié, elle était exclusivement réalisée en ambulatoire (n = 119 ; 100%).

3.4 Complications

3.4.1 Complication per-opératoires

Nous avions observé que 95% des interventions chirurgicales n'avaient pas présenté d'incident per opératoire. Le tableau n° XII identifie les incidents per-opératoires recueillis dans la série.

Tableau n° XII : répartition des d'incidents per-opératoires de la série en fonction des services (n = 14).

	Incidents per opératoires	**Effectifs**	**%**
ORL-CCF	Extubation accidentelle	1	7,1
	Fracture de l'angle de la mandibule	1	7,1
Ophtalmologie	Issue du vitré	10	71,5
	Rupture capsulaire	2	14,3
CUCV	Absent	0	0
	Total	14	100

3.4.2 Complications post-opératoires

La morbidité post-opératoire était absente chez 75,2% (200) des sujets.

Le tableau n° XIII présente les différentes morbidités post opératoires de l'étude.

Tableau n° XIII: répartition des complications post-opératoires au CNHU-HKM (n = 78).

	Effectifs (n = 78)	**%**
DPO	**44**	**56,4**
NVPO	1	1,3
Céphalée	2	2,6
Retard de réveil	1	1,3
Constipation	1	1,3
Rétention aiguë d'urines	1	1,3
Saignement de la plaie opératoire	1	1,3
Œdème cornéen	8	10,3
Masses cristalliniennes	6	7,8
Fibrose capsulaire	3	3,4
Hernie irienne	2	2,6
Vitré dans l'aire pupillaire	2	2,6
Décollement rétinienne	1	1,3
Hypertonie oculaire	1	1,3
Fièvre de resorption	2	2,6
Pneumonie	1	1,3
Infection du site opératoire	1	1,3

La douleur post-opératoire était la plus fréquente des morbidités de l'étude.

3.4.2.1 Complications post opératoires en fonction du type d'hospitalisation.

La figure 10 illustre la fréquence des complications post opératoires selon le mode d'hospitalisation.

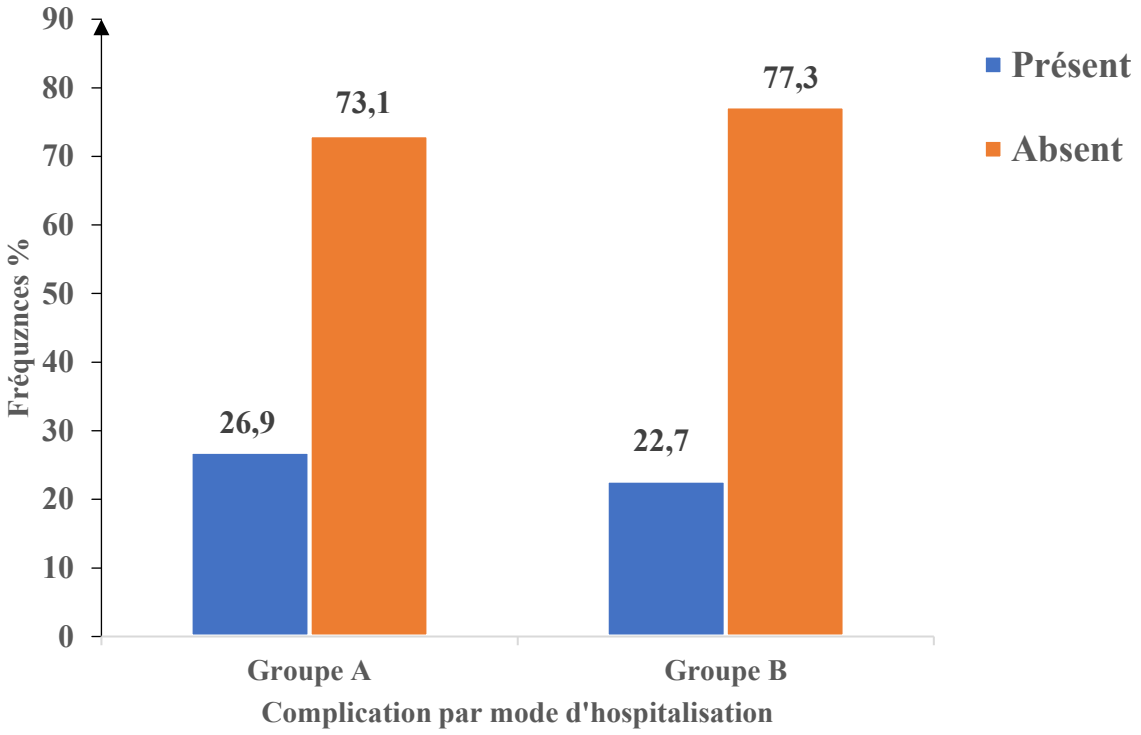


Figure 10 : répartition des complications post opératoires en fonction du mode d'hospitalisation

Les complications post opératoires étaient de 26,9% dans le groupe A et 22,7% dans le groupe B.

❖ **Groupe A**

Sur un total de 134 patients qui avaient bénéficié d'une chirurgie ambulatoire 73,1% (n = 98) avaient des suites opératoires simples.

Le tableau n° XIV montre la répartition des complications post opératoires dans le groupe A.

Tableau n° XIV : répartition des patients du groupe A en fonction des complications post-opératoires (n = 44).

	Effectifs (n = 44)	**%**
DPO	**21**	**47,7**
Céphalée	1	2,3
Masse cristallinienne	6	13,6
Œdème cornéen	8	18,2
Fibrose capsulaire	3	6,9
Hernie irienne	2	4,5
Présence de vitré dans l'aire pupillaire	2	4,5
Décollement de la rétine	1	2,3

La douleur post-opératoire était la complication post opératoire la plus fréquente.

❖ Groupe B

Sur un total de 132 gestes effectués en chirurgie classique, 22,7 % (n = 30) des patients avaient présenté des complications dans les suites opératoires. Le tableau n° XV renseigne sur les complications post opératoires survenues dans le groupe B.

Tableau n° XV: répartition des patients du groupe B en fonction des complications post-opératoires (n = 34).

	Effectifs (n = 34)	**%**
DPO	23	67,6
Autres	11	32,4

La morbidité post-opératoire était dominée par la douleur post-opératoire.

3.4.2.2 Complications en fonction des services.

❖ Service d'ORL-CCF

Le tableau n° XVI montre les complications post opératoires observées en ORL-CCF.

Tableau n° XVI : répartition des complications post opératoires en ORL-CCF.

	Effectifs (n = 10)	%
Douleurs post-opératoires	**10**	**76,9**
Céphalée	1	7,7
Retard de réveil	1	7,7
Pneumonie	1	7,7

Les complications post opératoires en ORL-CCF, étaient essentiellement dominées par la douleur.

❖ Service de la Chirurgie viscérale

Le tableau n° XVII résume les différentes complications post opératoires à la Chirurgie viscérale.

Tableau n° XVII : répartition des complications post-opératoires des patients du groupe B à la chirurgie viscérale (n = 20).

Groupe B		
	Effectifs (n = 18)	**%**
DPO	**13**	**72,0**
NVPO	1	5,6
Rétention aiguë d'urines (RAU)	1	5,6
Saignement de la plaie opératoire	1	5,6
Constipation	1	5,6
Infection du site opératoire (ISO)	1	5,6

A la chirurgie viscérale au sein du groupe B, la douleur était la principale complication post opératoire retrouvée.

Dans le groupe A, seul 01 patient avait une complication post opératoire qui était la douleur.

❖ Service d'Ophtalmologie

Le tableau n° XVIII récapitule les complications post opératoires en ophtalmologie.

Tableau n° XVIII: répartition des complications post-opératoires des patients opérés de la cataracte en ophtalmologie.

	Effectifs (n = 41)	**%**
Douleurs post-opératoires	**20**	**48,7**
Œdème cornéen	6	14,7
Masses cristalliniennes	6	14,7
Fibrose capsulaire	3	7,3
Hernie irienne	2	4,9
Vitré dans l'aire pupillaire	2	4,9
Décollement de la rétine	1	2,4
Hypertonie oculaire	1	2,4

En ophtalmologie la douleur post opératoire était la complication la plus fréquente.

3.4.2.3 Délais d'apparition des complications post opératoires.

Le suivi post opératoire des sujets du groupe A n'a pas permis de situer le délai d'apparition des complications post opératoires. Ainsi, l'étude du délai d'apparition des complications post opératoires n'était réalisée qu'avec les sujets du groupe B

Le tableau n° XIX présente les délais d'apparition des complications post opératoires dans le groupe B.

Tableau XIX : répartition des patients en fonction du délai d'apparition des complications post opératoires du groupe B en heure.

	Éffectifs	**%**	**p-value**
[0 ; 06]	03	10,3	
]06-24]	20	68,9	
]24-72]	04	13,8	**0,001**
]72 ; +∞[	02	6,9	
Total	29	100	

Plus de la moitié des complications post opératoires étaient survenues entre 06 et 24h.

Le tableau n° XX présente la répartition des complications post opératoires en fonction du délai d'apparition.

Tableau n° XX : répartition des complications post opératoires des patients du groupe B en fonction du délai d'apparition.

	]0 ;6]	]6-24]	]24-72]	]72 ; +∞[	Total	p-value
DPO	**2**	**17**	**3**	**0**	**22**	
NVPO	0	**0**	1	0	1	**0,001**
Retard réveil	1	**0**	0	0	1	
RAU	0	**1**	0	0	1	
Saignement plaie opératoire	0	**1**	0	0	1	
Constipation	0	**0**	0	1	1	
Pneumonie	0	**1**	0	0	1	
ISO	0	**0**	0	1	1	
Total	3	**20**	4	2	29	

Les complications post opératoires survenant les 24 premières heures dans la série étaient dominées par la douleur post opératoire.

3.4.2.4 Facteurs de comorbidité associés à la prise en charge.

❖ **Facteurs de morbidité de l'échantillon d'étude.**

Le tableau n° XXI indique la fréquence des complications post opératoires selon les tranches d'âges.

Tableau n° XXI : fréquence des complications post opératoires selon les tranches d'âges

	Absentes	Présentes	Total
]0 ; 15]	41 (77,4%)	12 (22,4%)	53 (100%)
]15 ; 30]	28 (70,0%)	12 (30,0%)	40 (100%)
]30 ; 60]	65 (75,6%)	21 (23,4%)	86 (100%)
]60 ; +∞[	66 (75,9%)	21 (23,1%)	87 (100%)
Total	200 (75,2%)	66 (24,8%)	266 (100%)

Les complications post opératoires étaient moins fréquentes dans la tranche d'âge]0 ; 15].

Le tableau n° XXII montre la répartition des complications en fonction des différentes tranches d'âges de la série.

Tableau n° XXII : répartition des complications en fonction des différentes tranches d'âges de la série

	]0 ; 15]	**]15 ; 30]**	**]30 ; 60]**	**]60 ; +∞[**	**Total**	**p-value**
DPO	9 (17,6%)	9 (17,6%)	15 (29,4%)	18 (35,4%)	51 (100%)	
NVPO	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
RAU	-	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Céphalées	1 (50,0%)	-	1 (50,0%)	-	2 (100%)	
Fièvre	-	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,4%)	3 (100%)	**0,214**
Saignement plaie opératoire	-	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Autres	1 (4,0%)	5 (20,0%)	5 (20,0%)	14 (56,0%)	25 (100%)	
Total	11 (13,1%)	16 (19,0%)	24 (28,6%)	33 (39,3%)	84 (100%)	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les complications post opératoires et les tranches d'âges de la série.

Le tableau n° XXIII identifie les complications post opératoires associées aux antécédents de la série.

Tableau n° XXIII : complications post opératoires associées aux antécédents de la série.

	HTA	Diabète	Drépanocytose/ déficit en G6PD	Atopie	Obésité	Asthme	Glaucome	IRCT	Total	p-value
DPO	10 (52,6%)	1 (5,3%)	3 (15,7%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	2 (10,5%)	-	19 (100%)	
NVPO	-	-	1 (50,0%)	-	-	-	-	1 (50,0%)	2 (100%)	
Fièvre	-	-	1 (50,0%)	-	-	-	-	1 (50,0%)	2 (100%)	**0,001**
Autres	9 (42,9%)	4 (19,0%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	-	2 (9,5%)	4 (19,0%)	-	21 (100%)	
Total	19 (43,2%)	5 (11,4%)	6 (13,6%)	2 (4,5%)	1 (2,4%)	3 (6,8%)	6 (13,6%)	2 (4,5%)	44 (100%)	

Il existe une relation statistiquement significative entre les complications post opératoires et les antécédents de la série.

Le tableau n° XXIV montre les proportions des complications post opératoires associées aux différentes modalités anesthésiques.

Tableau n° XXIV : proportions des complications post opératoires associées aux différentes modalités anesthésiques

	Absentes	**Présentes**	**Total**
Anesthésie générale	69 (75,8%)	22 (24,2%)	91 (100%)
Anesthésie loco-régionale	41 (83,7%)	8 (16,3%)	49 (100%)
Anesthésie locale	82 (70,1%)	35 (29,1%)	117 (100%)
Anesthésie locale + générale	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Total	200 (75,2%)	66 (24,8%)	266 (100%)

Le tableau n° XXV résume les complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques de la série.

Tableau n° XXV : récapitulatif des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques

	Anesthésie générale	**Anesthésie loco-régionale**	**Anesthésie locale**	**Anesthésie locale + générale**	**Total**	**p-value**
DPO	18 (41,0%)	6 (13,6%)	19 (43,2%)	1 (2,2%)	44 (100%)	
NVPO	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
RAU	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
Céphalées	1 (50,0%)	-	1 (50,0%)	-	2 (100%)	
Fièvre	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	-	3 (100%)	**0,001**
Saignement plaie opératoire	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
Autres	4 (16,0%)	1 (4,0%)	20 (80,0%)	-	25 (100%)	
Total	25 (32,2%)	11 (15,0%)	40 (51,4%)	1 (1,4%)	78 (100%)	

Il existe un lien statistiquement significatif entre les complications post opératoires et le type d'anesthésie.

Le tableau n° XXVI indique la fréquence des complications post opératoires en fonction du statut ASA.

Tableau n° XXVI : fréquence des complications post opératoires en fonction du statut ASA.

	Absentes	Présentes	Total
Score ASA 1	112 (76,2%)	35 (23,8%)	147 (100%)
Score ASA 2	85 (73,3%)	31 (26,7%)	116 (100%)
Score ASA 3	3 (100%)	-	3 (100%)
Total	200 (75,2%)	66 (24,8%)	266 (100%)

Le tableau n° XXVII récapitule les complications post opératoires selon le statut ASA.

Tableau n° XXVII : complications post opératoires selon le statut ASA.

	Score ASA 1	Score ASA 2	Total	p-value
DPO	26 (69,6%)	18 (26,1%)	44 (100%)	
NVPO	-	1 (100%)	1 (100%)	
Céphalées	2 (100%)	-	2 (100%)	
RAU	1 (100%)	-	1 (100%)	
Fièvre	2 (75,0%)	1 (25,0%)	3 (100%)	**0,53**
Saignement plaie opératoire	1 (100%)	-	1 (100%)	
Autres	8 (32,0%)	17 (68,0%)	25 (100%)	
Total	40 (60,6%)	37 (36,4%)	77 (100%)	

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre les complications post opératoires et le statut ASA.

❖ Facteurs de morbidité en fonction du mode d'hospitalisation

Le tableau n° XVIII réparti les complications post opératoires en fonction des antécédents des sujets du groupe A

Tableau n° XXVIII : répartition des complications post opératoires en fonction des antécédents des sujets du groupe A

	HTA	Diabète	Atopie	Asthme	Glaucome	Total	p-value
DPO	8 (66,7%)	-	1 (8,3%)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)	**0,010**
Autres	8 (45,0%)	3 (18,0%)	-	2 (12,0%)	4 (24,0%)	17 (100%)	
Total	16 (55,2%)	3 (10,3%)	1 (3,5%)	3 (10,3%)	6 (20,7%)	29 (100%)	

Il existe une relation statistiquement significative entre les antécédents et la survenue de complications post opératoires dans le groupe A.

Le tableau n° XXIX identifie les complications post opératoires associées aux antécédents des sujets du groupe B.

Tableau n° XXIX : complications post opératoires associées aux antécédents des sujets du groupe B.

	HTA	Diabète	Drépanocytose/ déficit en G6PD	Obésité	Total	p-value
DPO	2 (33,3%)	-	3 (50,0%)	1 (16,7%)	6 (100%)	**0.978**
Fièvre	-	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Autres	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
Total	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)	

Il n'existe pas une différence statistiquement significative entre les complications post opératoires et les antécédents des sujets du groupe B.

Le tableau n° XXX montre la fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A.

Tableau n° XXX : fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A.

	Absentes	Présentes	Total
Score ASA 1	38 (74,5%)	13 (25,5%)	51 (100%)
Score ASA 2	60 (72,3%)	23 (27,7%)	83 (100%)
Total	98 (73,1%)	36 (26,9%)	134 (100%)

Le tableau n° XXXI énumère les complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A.

Tableau n° XXXI : complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe A.

	Score ASA 1	Score ASA 2	Total	p-alue
DPO	8 (69,6%)	13 (26,1%)	21 (100%)	
Céphalées	1 (100%)	-	1 (100%)	**0,542**
Autres	5 (26,3%)	14 (73,7%)	19 (100%)	
Total	14 (34,1%)	27 (65,9%)	41 (100%)	

Il n'existe pas une relation statistiquement significative le statut ASA et la survenue de complications post opératoires dans le groupe A.

Le tableau n° XXXII identifie la fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B.

Tableau n° XXXII : fréquence des complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B.

	Absentes	Présentes	Total
Score ASA 1	23 (76,0%)	73 (24,0%)	96 (100%)
Score ASA 2	26 (80,0%)	7 (20,0%)	33 (100%)
Score ASA 3	3 (100%)	-	3 (100%)
Total	102 (77,3%)	30 (22,7%)	132 (100%)

Le tableau n° XXXIII répertorie les complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B.

Tableau n° XXXIII : complications post opératoires associées aux statuts ASA dans le groupe B.

	Score ASA 1	Score ASA 2	Total	p-value
DPO	18 (69,6%)	5 (26,1%)	23 (100%)	
NVPO	-	1 (100%)	1 (100%)	
Céphalées	1 (100%)	-	1 (100%)	
RAU	1 (100%)	-	1 (100%)	
Fièvre	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)	**0,928**
Saignement plaie opératoire	1 (100%)	-	1 (100%)	
Autres	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (100%)	
Total	25 (73,5%)	9 (26,5%)	34 (100%)	

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le statut ASA et la survenue de complications post opératoires dans le groupe B.

Le tableau n° XXXIV identifie la fréquence des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques dans le groupe A.

Tableau n° XXXIV : fréquence des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques dans le groupe A.

	Absentes	**Présentes**	**Total**
Anesthésie générale	6 (75,0%)	2 (25,0%)	8 (100%)
Anesthésie loco-régionale	4 (100%)	-	4 (100%)
Anesthésie locale	82 (71,3%)	33 (28,7%)	115 (100%)
Anesthésie locale + générale	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Total	98 (73,1%)	36 (26,9%)	134 (100%)

Le tableau n° XXXV présente les complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe A.

Tableau n° XXXV : complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe A.

	Anesthésie générale	**Anesthésie locale**	**Anesthésie locale + générale**	**Total**	**p-value**
DPO	2 (9,5%)	18 (85,7%)	1 (4,8%)	21 (100%)	
Céphalées	-	1 (100%)	-	1 (100%)	**0,935**
Autres	-	19 (100%)	-	19 (100%)	
Total	2 (4,9%)	38 (92,7%)	1 (2,4%)	41 (100%)	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les modalités anesthésiques et la survenue de complications post opératoires dans le groupe A.

Le tableau n° XXXVI montre les différentes proportions des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B.

Tableau n° XXXVI : proportions des complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B.

	Absentes	**Présentes**	**Total**
Anesthésie générale	63 (76,0%)	20 (24,0%)	83 (100%)
Anesthésie loco-régionale	36 (80,0%)	9 (20,0%)	45 (100%)
Anesthésie locale	1 (100%)	-	1 (100%)
Anesthésie locale + générale	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100%)
Total	102 (77,3%)	30 (22,7%)	132 (100%)

Le tableau n° XXXVII résume les complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B.

Tableau n° XXXVII : complications post opératoires associées aux modalités anesthésiques du groupe B.

	Anesthésie générale	**Anesthésie loco-régionale**	**Anesthésie locale + générale**	**Total**	**p-value**
DPO	16 (69,6%)	6 (26,1%)	1 (4,3%)	23 (100%)	
NVPO	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Céphalées	1 (100%)	-	-	1 (100%)	
RAU	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Fièvre	-	2 (100%)	-	2 (100%)	**0,982**
Saignement plaie opératoire	-	1 (100%)	-	1 (100%)	
Autres	3 (75,0%)	1 (25,0%)	-	4 (100%)	
Total	20 (60,6%)	12 (36,4%)	1 (3,0%)	33 (100%)	

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les modalités anesthésiques et la survenue de complications post opératoires dans le groupe B.

Le tableau n °XXXVIII identifie les différents seuils de significations entre la survenue de complications post opératoires et les gestes du groupe A.

Tableau n° XXXVIIII : seuils de significations entre la survenue de complications post opératoires et les gestes effectués dans le groupe A.

	p-value
Nodulectomie	0,373
Cataracte	0,426

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les complications post opératoires et les gestes en chirurgie ambulatoire.

Le tableau n° XXXIX présente les seuils de significations obtenus de l'analyse de corrélation entre les complications post opératoires et les gestes du groupe B.

Tableau n° XXXIX : seuils de significations obtenus de l'analyse de corrélation entre les complications post opératoires et les gestes du groupe B.

	p-value
Gestes ORL-CCF	0,784
Gestes CUCV	0,613

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre les gestes du groupe B et la survenue de complications post-opératoires,

3.5 Séjour hospitalier

La figure 11 renseigne sur la répartition des différents modes d'hospitalisation.

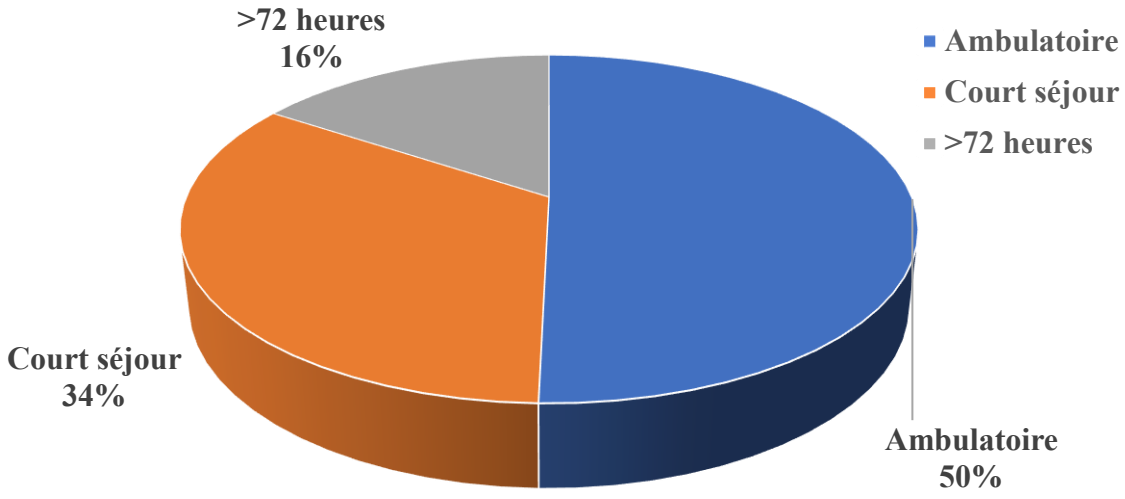


Figure 11 : répartition des différents séjours hospitaliers au CNHU-HKM.

Les séjours ambulatoires représentaient 50,4% de l'ensemble des séjours de notre étude.

La figure 12 représente les proportions des différents modes d'hospitalisations dans les services d'étude.

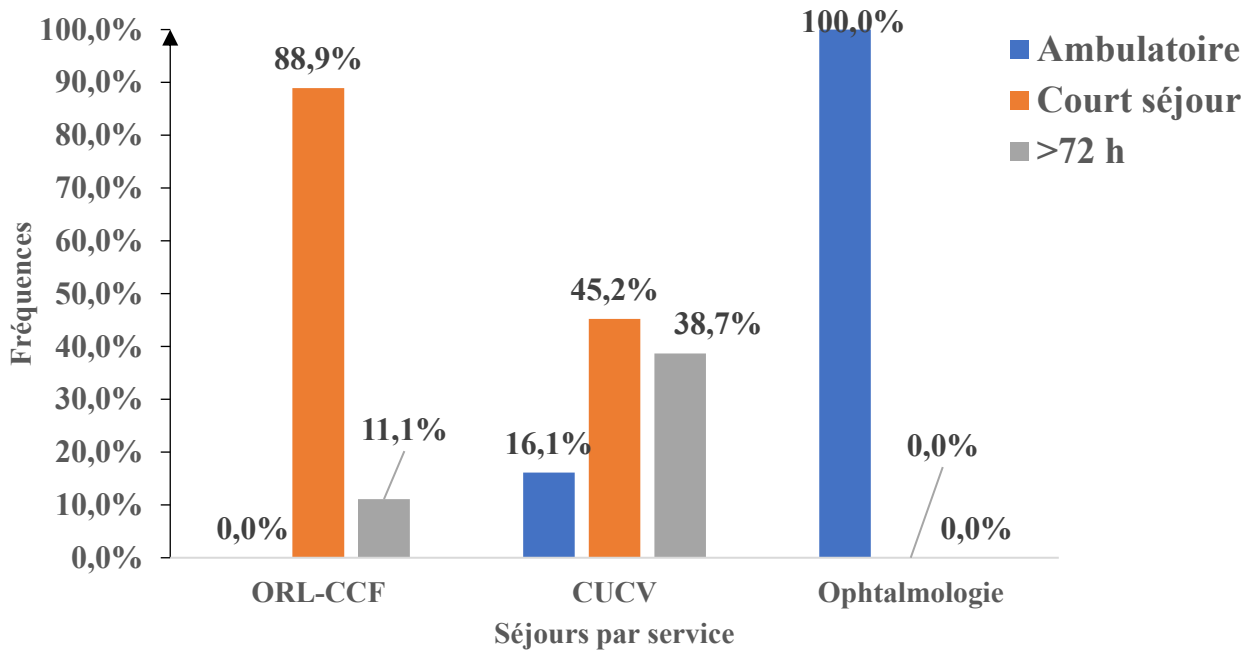


Figure 12 : répartition des différents séjours hospitaliers selon les services.

La proportion des modes d'hospitalisation est différente d'un service à l'autre,

4. DISCUSSION

La discussion des résultats s'articulera autour de deux (02) axes.

- La qualité et la validité de l'étude

- L'analyse et la comparaison des résultats avec la littérature.

4.1 Validité de l'étude et évaluation des biais

4.1.1 Validité

Sur la validité interne de l'étude, les sujets inclus dans l'étude ont rempli tous les critères d'inclusion. L'organisation de la collecte des données, telle que décrite précédemment, a été respectée.

Quant à la validité externe, le cadre restreint au CNHU-HKM de Cotonou ne permet de rendre compte de la pratique de la chirurgie ambulatoire au Bénin, peu représentative. Mais l'objectif de l'étude n'est pas de généraliser les résultats.

4.1.2 Évaluation des biais

4.1.3 Biais de sélection

Il est inhérent à l'étude qui, étant rétrospective, s'est faite sur des sources d'informations secondaires. Cela explique que, des 295 inclus enregistrés de l'étude, les dossiers de 29 (10% des inclus enregistrés) n'ont pu être exploités car non retrouvés ou inexploitables, cela est responsable d'un biais. Le mode recrutement des cas n'a pas permis d'obtenir des groupes A et B appariés (l'âge, les gestes, les services et les effectifs) à l'origine d'un autre biais et ne permettant pas d'atteindre l'objectif de comparaison des 02 groupes.

4.1.4 Biais d'information

Comme dans toute étude rétrospective, les données n'étant pas recueillies par l'enquêteur même, les biais d'informations ici, sont liés à l'utilisation de données secondaires. Cela explique non seulement l'absence parfois de données de certaines variables, mais aussi l'impossibilité de prendre en compte certaines variables sociodémographiques comme la situation matrimoniale ou le niveau d'éducation qui n'étaient pas souvent renseignées dans les dossiers.

4.2 Analyse et comparaison des résultats avec la littérature

4.2.1 Aspects épidémiologiques

4.2.1.1 Répartition selon l'âge et le sexe

❖ **Age**

L'âge médian de l'échantillon était de 47 ans sans la prédominance particulière d'une tranche d'âge. Au sein du groupe A l'âge médian était de 64,5 ans et de 28 ans en groupe B. Elmazi et al **[36]** notaient un âge moyen de 63,8 ans supérieur à celui de l'étude. Yacouba et al **[37]** retrouvaient par contre des sujets plus jeunes dans une étude prospective évaluant la chirurgie ambulatoire dans un service de chirurgie générale avec un âge médian de 36 ans et une prédominance de la tranche d'âge de 0-19 ans à 36,1%. Mraihi et al **[38]** obtenaient aussi une population jeune avec seulement 20% de sujets de plus de 60 ans dans sa série. Sahli et al **[39]** avaient eu des patients jeunes en chirurgie générale aussi bien dans le groupe ambulatoire (moyenne de 45,5 ans) que dans le groupe d'hospitalisation conventionnelle (moyenne de 47,18 ans). Le déroulement simultané de l'étude dans différents services, accueillant des tranches d'âges spécifiques expliquerait nos résultats. La majorité des études se déroulaient dans un service prenant en charge une tranche spécifique en rapport avec les pathologies les plus fréquentes **[40–46]**. La chirurgie de la cataracte était

prépondérante au sein du groupe A et essentiellement réalisée chez des personnes âgées cela expliquerait nos résultats **[36,42]**. Au sein du groupe B les gestes les plus réalisés en ORL-CCF **[45,47]** et à la CUCV **[37]** étaient majoritairement effectués sur des sujets plus jeunes.

La chirurgie ambulatoire est adaptée à tout âge. Il est important d'évaluer l'éligibilité de chaque patient à une prise en charge ambulatoire en tenant compte de tous les paramètres nécessaires. Soulignons qu'il est recommandé de prendre en charge en chirurgie ambulatoire les nourrissons nés à terme à partir de 06 mois et les prématurés ayant un âge post conceptionnelle de 60 semaines d'aménorrhée **[48]**. Les personnes âgées de 65 ans et plus, seraient plus susceptibles, de présenter des complications post opératoires. Il est nécessaire de tenir compte des comorbidités associées, pour une prise en charge sans risque surajouté **[35,49]**.

❖ **Sexe**

La prédominance masculine dans la série était similaire dans la littérature **[37,39,40,45]**.

4.2.1.2 Lieu de résidence

L'étude nous faisait remarquer que l'essentiel de nos patients habitait à Cotonou (50 %) ou à Abomey Calavi (28,6%). Ces deux localités sont situées à environ 30 minutes de l'hôpital. Le lieu de résidence ne représenterait donc pas une limitation pour une prise en charge ambulatoire au CNHU-HKM pour l'essentiel de notre échantillon d'étude.

4.2.1.3 Répartition selon l'ethnie

L'ethnie la plus représentée était le fon 33,5% suivie du mina 16,1%. Le CNHU-HKM est à Cotonou au sud Bénin dans le département du littoral où se concentre en majorité l'ethnie fon.

4.2.1.4 Aspects diagnostics

Les pathologies les plus fréquentes dans notre étude étaient la cataracte 44,7%, l'hypertrophie obstructive des amygdales et des végétations adénoïdes et les infections amygdaliennes à répétition 15%, la cure de hernie inguinale 09%. Les résultats s'expliqueraient par la prévalence élevée de ces affections **[50–52]** dans les services concernés.

4.2.2 Aspects thérapeutiques

4.2.2.1 Evaluation pré anesthésique

❖ **Antécédents**

La sélection du patient en chirurgie ambulatoire devrait tenir compte de l'existence de comorbidité. Tenir compte des comorbidités dans le choix des modalités thérapeutiques et des conséquences du geste sur les comorbidités existantes **[53]**. Dans la série 38% des patients présentaient au moins un antécédent. L'HTA 48% et le diabète 15 (12,2%) étaient les comorbidités les plus recueillies. Il existe une proportion légèrement plus élevée de patients ayant une comorbidité dans le groupe A (38,1%) par rapport au groupe B (30,3). Elmazi et al **[36]** notaient des proportions plus grandes avec les antécédents médicaux chez 51% et 20% d'antécédents chirurgicaux dans leur série. Diallo et al **[42]** de leur côté ont trouvé une fréquence de 30,4% d'HTA dans leur échantillon.

La prévalence de l'HTA au Bénin était de 27,9% selon Houinato et al **[54]**, celle du diabète était de 4,6% à Cotonou **[55]**, les prévalences élevées de ces maladies

dans la population expliqueraient leurs fréquences dans notre étude. Les patients du groupe A étaient en majorités des sujets du troisième âge, cela serait responsable de la proportion plus élevée de comorbidités observées par opposition aux patients du groupe B plus jeunes.

L'HTA et le diabète ne représentent pas des contre-indications absolues en chirurgie ambulatoire. La prise en charge de ces patients en chirurgie ambulatoire s'accompagne de mesures spécifiques.

❖ **Score ASA**

La plupart des patients étaient de score ASA 1 à 67% suivis des score ASA 2 à 32% et ASA 3 à 01%. Les scores ASA 1 et ASA 2 étaient respectivement retrouvés chez 57,5% et 42,5% des sujets du groupe A. Pour ce qui concerne le groupe B, 75,8% étaient de score ASA 1 ; 21,2% de score ASA 2 et 03% de score ASA 3. La littérature rapporte des proportions plus élevées de score ASA 1 de l'ordre de 90% en chirurgie ambulatoire**[32,37]**.

La forte présence de sujets du troisième âge (cataracte ++) avec des comorbidités associées expliquerait ces constats dans le groupe A, les critères d'éligibilités utilisées dans les études pourrait favorisés le recrutement de sujets de score ASA 1. La prédominance de sujets jeunes dans le groupe B expliquerait l'importance des sujets ASA 1dans ce groupe.

En chirurgie ambulatoire les scores ASA 1, ASA 2 et ASA 3 stable sont éligibles **[2,3,9,10,31,48]**.

4.2.2.2 Modalités anesthésiques

Le chalenge de l'anesthésie ambulatoire est de permettre un réveil rapide du patient à la fin de l'intervention, une réversibilité rapide de l'anesthésie, un minimum d'effets secondaires post-opératoires, une analgésie optimale avec ou sans l'utilisation d'opiacés en post opératoire. Le choix des substances et des

doses s'avère important pour permettre un retour du patient le jour de l'intervention sans un surcroît de risque **[2,3,31,35,48,49,56]**. Les recommandations actuelles n'excluent aucune modalité anesthésique **[31,35,48]**.

En 1996 la SFAR, **[57]** lors d'une étude sur la pratique de l'anesthésie retrouvait, une prédominance de l'anesthésie générale à 79% suivie de l'anesthésie locorégionale à 21%. Belkrezia et al **[58]** en 2002, obtenaient au Maroc la même tendance avec la fréquence de l'anesthésie générale estimée à 75% contre 16% d'anesthésie locorégionale. En 2019 Mraihy et al ont obtenu une prédominance de l'anesthésie locorégionale à 40% suivirent l'anesthésie locale avec ou sans sédation de 30%, l'anesthésie générale de 20% et de la sédation de 10%. De nos jours on observe un changement de l'utilisation des modalités anesthésiques vers une adoption de l'anesthésie locorégionale et de l'anesthésie locale.

Notre série a révélé l'anesthésie locale (36%) comme étant la plus représentée 36%. Elle était suivie de l'anesthésie générale (34%), l'anesthésie locorégionale (26%) et l'anesthésie locale associée à une sédation (04%). La prédominance de la chirurgie de la cataracte dans notre échantillon, geste réalisé majoritairement sous anesthésie locale dans notre série expliquerait nos résultats. L'évolution et l'adoption de nouvelles techniques d'anesthésie pourraient aussi expliquer nos observations.

Dans le groupe A l'anesthésie locale était la plus fréquente, effectuée chez 70,1% de sujets, suivie de l'anesthésie locorégionale 18,7. Belkrezia et al **[58]** notaient 83% d'anesthésie générale contre 17% d'anesthésie locorégionale. La SFAR en 1996 **[57]** notait les mêmes observations avec une prépondérance de l'anesthésie générale de 86% contre 14% d'anesthésie locorégionale. Par contre Mraihy et al **[38]** obtenaient en 2019 en chirurgie ambulatoire lors d'une étude prospective au Maroc la prédominance de l'anesthésie locorégionale 40%, suivie

de l'anesthésie locale associée ou non à une sédation 30%, l'anesthésie générale de 20% et la sédation de 10%. Il en était de même pour Sahli et al **[39]** qui notaient une proportion majoritaire (55,87%) d'anesthésie locorégionale réalisée en ambulatoire contre 28,5% d'anesthésie générale et 10% d'anesthésie au masque. Ce résultat s'explique par l'adoption des nouvelles techniques d'anesthésie permettant la réalisation d'un plus large panel d'interventions chirurgicales sans nécessité de recourir à l'anesthésie générale.

Les patients du groupe B ont bénéficié en majorité d'une anesthésie générale qui représentait 62,9%. 34,1% des patients ont reçu une anesthésie locorégionale et 2,3% une anesthésie locale avec sédation. L'anesthésie générale était la modalité utilisée pour les chirurgies de l'amygdale, laquelle était majoritairement réalisée dans le groupe B **[47,59,60]** ce qui expliquerait nos résultats.

4.2.2.3 Gestes chirurgicaux

❖ Clinique universitaire d'ORL-CCF

En ORL-CCF l'adéno-amygdalectomie 42 (77,7%) était le geste le plus fréquent, résultat similaire à celui de Sy et al ont obtenu une proportion 77% **[47]**. Les gestes sur l'amygdale étaient les plus fréquents en ORL-CCF dans d'autres séries **[47,59,61]**. Les courts séjours et les séjours de plus de 72h étaient les séjours obtenus pour ce geste, cela s'expliquerait par le maintien des habitudes, une réticence du fait des risques associés aux gestes ORL-CCF, notamment l'hémorragie **[60,62]**. Au Maroc Diane et al ont obtenu une fréquence de 95% pour l'amygdalectomie ambulatoire programmé. Dans de moindre proportion Hanss et al **[46]** et Bartier et al **[60]** retrouvaient respectivement une fréquence de l'amygdalectomie ambulatoire de 55,4% et 66,1%. L'amygdalectomie ambulatoire en Grande-Bretagne selon Skues et al **[8]** est de 56% et 41,5% en France selon l'AFCA **[63]**. Les différences observées seraient en rapport avec les critères de sélection des études et les réalités de

chaque pays. La chirurgie ambulatoire est adaptée aux gestes ORL-CCF en particulier à l'amygdalectomie **[46,64]**, il est important de mettre en place une organisation adaptée pour la prise en charge ambulatoire et de définir les critères de sélection pour ce mode d'hospitalisation **[10,31,64]**.

❖ Clinique universitaire de chirurgie viscérale

A la CUCV la cure de la hernie inguinale (25,8%) était le geste le plus réalisé, suivie de la nodulectomie 24,7%. L'hospitalisation ambulatoire était nulle pour la cure de la hernie et 65,2% pour la nodulectomie. Jacquet et al **[65]** ont réalisé 80,3% des cures de la hernie inguinale en ambulatoire. Certaines études observaient une prédominance de la cure de hernie inguinale ambulatoire dans les services de chirurgies générales **[37,39]**. En France selon l'AFCA **[63]** en 2020 elle était de 68,4% et de 75% selon Skues et al **[8]**. Dans notre contexte la cure de la hernie inguino-scrotale se réalisant souvent chez des patients porteurs de volumineuses hernies ayant évolué dans le temps avec des adhérences sacculaires nécessitant des gestes de décollement augmentant de ce fait le risque d'hématome scrotal en post opératoire d'où l'intérêt d'une surveillance prolongée.

Quant à la nodulectomie ambulatoire sa réalisation dans notre étude s'aligne avec ceux de la majorité des auteurs. Nous avons entre autre 64,5% de nodulectomie ambulatoire en Angleterre selon Skues et al **[8]** et 51,3% en France selon l'AFCA **[63]**. Nos résultats s'expliqueraient par la faible répercussion du geste sur la qualité de vie des patients.

❖ Clinique universitaire d'ophtalmologie

En Ophtalmologie seule, la chirurgie de la cataracte chez l'adulte était étudiée, elle était exclusivement réalisée en ambulatoire. Notre chiffre est nettement supérieur à la fréquence 74,6% obtenue par Elmazi et al **[36]** et similaire à ceux des pays européens **[7]**.

4.2.3 Complications

4.2.3.1 Complications per opératoires

La survenue d'incident peropératoire peut compromettre une prise en charge ambulatoire car pouvant nécessiter une surveillance prolongée.

Les complications per opératoires étaient survenues au cours de 14 procédures soit une fréquence de 05%.

En Ophtalmologie nous avions noté 10,1% (12 cas) d'incidents per opératoires, elles n'ont toutefois pas empêché la sortie des patients le jour de l'intervention. Il s'agissait de l'issu du vitré 08,4% et de la rupture capsulaire 1 ,7%. Certaines études décrivent une morbidité moins élevée pour la chirurgie de la cataracte **[44,66,67]**.

En ORL-CCF les complications recueillies étaient de 3,7% dont 01 cas d'extubation accidentelle lors d'une amygdalectomie en fin d'intervention engendrant une détresse respiratoire d'évolution favorable en réanimation et 01 cas de fracture de la mandibule au cours d'une extraction dentaire. Les incidents per opératoires étaient retrouvés dans d'autres séries **[68]**.

Le faible taux de complications per opératoires observé dans l'étude est en faveur d'une pratique ambulatoire et pourrait être associé au faible risque per opératoire des gestes étudiés et une maîtrise élevée des opérateurs.

4.2.3.2 Complications post opératoires

Les complications post-opératoires étaient survenues chez 24,8% des patients. La douleur post opératoire représentait 56,4% des complications recueillies. Naresh et al **[19]** retrouvaient une morbidité plus faible en chirurgie ambulatoire de 0,06%. Sahli et al **[39]** obtenaient des résultats similaires en retrouvant la douleur post opératoire chez 553 patients sur un total 630 patients. Par contre Yacouba et al **[37]** retrouvaient une prépondérance de céphalée chez 42,8% des

patients en post opératoire. De son côté, Bartier S. et al ne recensaient que des complications hémorragiques en post opératoire. Il n'est pas à négliger le défaut de prévention de la douleur post opératoire dans nos équipes **[69,70]**. La plupart des données de la littérature n'évaluait pas la douleur post opératoire ou ne la considèrent pas comme étant un facteur de morbidité post opératoire. Notre étude n'a pu faire la différence entre la gêne post-opératoire et la douleur post opératoire, cela pourrait justifier la part importante de la DPO dans nos résultats. Notons aussi la faible morbidité grave et l'absence de mortalité recueillies dans notre étude.

Les complications post opératoires étaient de 26,9% au sein du groupe A et de 22,7% dans le groupe B. La douleur post opératoire était la principale complication recueillie dans les 02 groupes. La fréquence des complications post-opératoires était globalement plus élevée comparée à d'autres études, particulièrement en chirurgie ambulatoire **[19,37,39,46,68,71]**. Nos résultats pourraient traduire un contrôle insuffisant de la douleur post opératoire.

4.2.3.3 Délai de survenue de complications post opératoires

Les complications post opératoire entre 06h et 24 heures étaient de 66,7%. Les complications recueillies entre 06 et 24 heures post opératoires étaient dominées par la douleur post opératoire 17 sur 20 cas. On observait 01 cas de saignement post opératoire minime, 01 cas de RAU et 01 cas de pneumonie. Nos résultats traduisent un contrôle insuffisant de la douleur et le faible risque encouru par le patient en post opératoire immédiat. En chirurgie ambulatoire la douleur est l'une des principales causes d'échec de sortie avec transfert en hospitalisation conventionnelle le soir même **[26]**. La douleur post opératoire est l'une des principales causes de réhospitalisation en chirurgie ambulatoire.

4.2.3.4 Facteurs de comorbidité

❖ **Antécédents**

On note l'existence d'une relation statistiquement significative entre les complications post opératoires et les antécédents avec un p-value = 0,001 dans l'étude et dans le groupe A (p-value= 0,010). L'existence d'une telle relation montre l'intérêt de la rigueur dans la sélection du choix des patients pouvant bénéficier d'une chirurgie ambulatoire et de la bonne gestion des comorbidités du patient à prendre en charge. L'évaluation du risque cardiovasculaire est primordiale pour certaines comorbidités **[72]**.

❖ **Score ASA**

Le score ASA évalue le statut physique du patient qui dépend en partie des antécédents du patient. Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre la survenue de complications post opératoires et le score ASA (p-value= 0,53) dans l'étude. Il en est de même dans les sous-groupes A (p-value=0,542) et B (p-value=0,928). En effet 67% des sujets étaient de statut ASA 1, 32% de statut ASA 2 et 01% de statut ASA 3 dans notre étude. Les résultats suggèrent que les statuts ASA 1, 2 et 3 ne seraient pas responsables de morbidités post opératoires. Une hospitalisation en chirurgie ambulatoire chez des sujets ayant ces statuts ASA ne serait pas responsable d'un surcroît de risque.

❖ **Modalités anesthésiques**

L'existence d'un lien statistiquement significatif entre les complications post opératoires et le type d'anesthésie p-value = 0,001, montre l'intérêt de l'adaptation de la modalité anesthésique au mode d'hospitalisation. Les complications propres à chaque type d'anesthésie et aux substances utilisées doivent être prises en compte.

❖ **Gestes**

L'absence de lien statistiquement significatif entre les complications post opératoires et les différents gestes effectués aussi bien dans le groupe A que dans le groupe B montre le faible risque post opératoire associé aux gestes étudiés. La réalisation de ceux-ci suivant un mode ambulatoire n'exposerait pas le patient à un risque sur ajouté. L'expérience du chirurgien réalisant le geste et la maturité de l'organisation ambulatoire de la structure est tout aussi importante en chirurgie ambulatoire.

4.2.4 Séjour hospitalier

4.2.4.1 Répartition des séjours

Les séjours ambulatoires de l'étude représentaient 50,4% des séjours suivis des courts séjours 34% et des séjours de plus 03 jours de 16%. Il est à préciser que la chirurgie de la cataracte (88,2%) représentait l'essentiel de l'activité ambulatoire dans la série. Des proportions inférieures à la nôtre étaient obtenues au Maroc par Mouhajir et al **[32]** de 13,92% et en Malaisie par Foo et al **[73]** de 30%. En occident des proportions plus élevées étaient observées **[7]**. La variation des chiffres serait en rapport avec le développement de la culture ambulatoire, les ressources disponibles et des mesures incitatives mises en place et surtout des services et gestes pris en compte.

4.2.4.2 Répartition séjours hospitaliers en fonction des services

❖ **ORL-CCF**

En ORL-CCF les courts séjours représentaient 88,9% et les séjours de plus de 03 jours 11,1%. Une proportion de séjour ambulatoire supérieure au notre de 7% était obtenue par Mraihy et al. **[38]**. En France elle était de 59,1% en 2018 **[74]**. La limitation de l'étude aux gestes marqueurs de l'IAAS ne prenant pas compte tous les actes opératoires réalisés pourrait expliquer nos résultats. En second

lieu, elle pourrait se justifier par la crainte de complications hémorragiques associées aux gestes ORL.

❖ Chirurgie viscérale

A la CUCV les courts séjours étaient les plus représentés de 45,2%, suivi des séjours de plus de 03 jours de 38,7%, les séjours ambulatoires représentaient 16,1% des séjours. La fréquence de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie viscérale dans l'étude est faible en comparaison à la littérature. Yacouba et al **[37]** ont obtenu une fréquence de chirurgie ambulatoire de 34,57%. Elle représentait 34,9% en France en 2018 **[74]**. L'élargissement de la chirurgie ambulatoire à d'autres gestes permettrait une amélioration de la fréquence de la chirurgie ambulatoire dans le service.

❖ Ophtalmologie

En Ophtalmologie les séjours étaient exclusivement ambulatoires pour le geste étudié (chirurgie de la cataracte chez l'adulte). Elmazi et al **[42]** ont obtenu une fréquence de chirurgie ambulatoire de 32,9%, Mraihy et al **[38]** obtenaient un taux de 42% dans sa série. Nos résultats pourraient s'expliquer par l'unique geste étudié dans notre étude.

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation centré autour du patient, sa mise en pratique nécessite une organisation qui lui est propre. Les gestes réalisés en chirurgie ambulatoire dépendent de l'organisation et de la maturité de chaque structure. Les contre-indications associées à ce mode de prise en charge sont peu nombreuses. En outre le patient encourt un faible risque avec la chirurgie ambulatoire. Dans notre contexte la pratique de la chirurgie ambulatoire est limitée à très peu de gestes : la chirurgie de la cataracte et la nodulectomie. La chirurgie ambulatoire représente 50,4% des séjours hospitaliers. La plupart des patients de l'étude habitaient aux environs du centre et répondaient aux autres critères d'éligibilité pour une prise en charge en chirurgie ambulatoire. La morbidité post opératoire des gestes étudiés était essentiellement en rapport avec la douleur. Une meilleure gestion de la douleur diminuerait la morbidité post opératoire dans notre contexte. La faible morbidité grave associée aux gestes étudiés dans l'étude est en faveur d'une prise en charge ambulatoire. La mise en place d'une organisation adaptée, la sélection adéquate des patients, la formation et une participation de tous les acteurs devraient permettre une amélioration de la situation actuelle en rapport à cette pratique. L'étude étant rétrospective est associée à de nombreux biais. Nous n'avions pas pu aborder les aspects organisationnels. Il y a un grand intérêt à mener des études plus approfondies sur le parcours ambulatoire pour mieux appréhender les risques associés aux différents gestes.

SUGGESTIONS

❖ Aux autorités politiques et sanitaires

- La mise en place de législation encadrant la pratique de la chirurgie ambulatoire ;

- La promotion de la chirurgie ambulatoire à travers des mesures incitatives ;

- La formation continue du personnel de santé dans la prise en charge de la chirurgie ambulatoire ;

- Le renforcement du plateau technique et la mise en place des unités de chirurgie ambulatoire ;

- La numérisation des dossiers d'hospitalisation ;

- La suppression de l'hospitalisation la veille de l'acte opératoire.

❖ Au personnel médico-chirurgical

- L'élaboration et la mise en place de circuit adapté à la pratique de la chirurgie ambulatoire dans les services de chirurgie ;

- Le respect strict et rigoureux des critères de sélection en chirurgie ambulatoire ;

- La revue de l'organisation des services de chirurgie pour une meilleure pratique de la chirurgie ambulatoire ;

- La réalisation d'études pour mieux adapter la pratique de la chirurgie ambulatoire à notre contexte ;

- La réévaluation des protocoles d'analgésie pour une meilleure analgésie post opératoire ;

- L'élaboration et la mise en place de fiches d'informations sur les pathologies, les modalités de prise en charges, les risques associés à l'endroit des usagers ;

- L'élaboration et la mise en place de fiches d'information sur les rôles dupatient en chirurgie ambulatoire.

❖ Aux patients et aux parents

- Le respect des consignes du personnel médical et soignant ;
- La recherche d'une meilleure compréhension des modalités thérapeutiques.

REFERENCES

1. **Charbonnet P, Ott V, Schiffer E, Berney T, Morel P**. Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable. Rev Med Suisse. 2010;(6):1302-5.

2. **Haute Autorité de la Santé**. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » rapport socle de connaissance [En ligne]. Paris: 2012 [cité 30 juin 2021]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr

3. **British Association of Day Surgery**. Guidelines for day-case surgery. 2019. doi:10.1111/anae.14639

4. **Gentili M, Dufeu N, Lienhart A**. Complications et risques au cours de la chirurgie ambulatoire. jpractan. 2009;13(6):429-37.

5. **Slim K, Theissen A, Raucoules-Aimé M**. Risk management in ambulatory and short-stay gastrointestinal surgery. jviscsurg. 2016;153(1):55-60.

6. **Epstein N**. Perspective on morbidity and mortality of cervical surgery performed in outpatient/ same day/ ambulatory surgi center versus inpatient facilities. SNI. 2021;12(349):1-11. doi:10.25259/SNI_509_2021

7. **Brökelmann JD**. Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. AMB SURG. 2013;19(4):116-20.

8. **Skues M**. Ten Year Performance of Ambulatory Surgery in England. AMB SURG. 2018;24(1):15-9.

9. **Australian and New Zeland College of Anesthesits**. Guideline for the perioperative care of patients selected for day stay procedures [En ligne]. Melbourne: 2018 [cité 22 déc 2021].http://www.anzca.edu.au

10. **International Associated for Ambulatory Surgery**. Ambulatory Surgery Handbook [En ligne]. 2014 [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: http://www.iaas-med.com/handbook

11. **Parmentier G**. Le concept de la chirurgie ambulatoire. Bull Acad Natle Med. 2001;185(06):1027-36.

12. **Bazin G, Bomptemps G, Daver C, Guerin M, Jouffroy L, Parmentier G, et al.** Abcédaire chirurgie ambulatoire. 2009. p113.

13. **Jouffroy L**. Chirurgie ambulatoire : sécurité, qualité. Acad Natle Med. 2001;185(6):1045-55.

14. **Benouaz S, Batouche DD, Bouanani I, Benatta NF, Mekroud A, Chentouf ZM**. Reducing cancellations of pediatric ambulatory surgery at an Algerian University Teaching Hospital. AMB SURG. 2018;24(4):89-94.

15. **Askari A, Nunn R, Hajuthman W, Shehzad K, Riaz A**. Reasons for Same-day Cancellation in a Dedicated Day Surgery Hospital. AMB SURG. 2020;26(2):30-4.

16. **Scattarelli A, Forestier F, Georgescu D, Carrilho J, Gournay ED, Poteau A, et al.**, Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire et organisation du parcours de soins en chirurgie sénologique, GOFS 2020. doi: 10.1016/j.gofs.2020.02.006

17. **Hammadi R**. La chirurgie ambulatoire des hernies inguinales du garçon : Profil épidémiologique et aspects organisationnels [Thèse]. Medcine : Marrakech ; 2015.120p.

18. **Niboucha M, Gouasmia F, Belkheraz L, Djeroua K, Lamara A**. Approche médico-économique de la chirurgie herniaire en ambulatoire. Jam. 2016;24(2):77-9.

19. **Naresh Row T**. Review of Day Surgery cases at a One Day Surgery Centre. AMB SURG. 2018;24(3):74-6.

20. **International Associated for Amulatory Surgery**. AMBULATORY (DAY) SURGERY Suggested international terminology and definitions [En ligne]. Paris: IAAS; 2003 [cité 18 fév 2022]. Disponible sur: www.chirugie-ambulatoire.org

21. **Majholm B, Engbaek J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik A M, et al.** Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2012;56(3):323-31.

22. **Natof H E**. Complications associated with ambulatory surgery. JAMA. 1980;244(10):1116-8.

23. **Warner M A, Shields S E, Chute C G**. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA. 1993;270(12):1437-41.

24. **Engbaek J, Bartholdy J, Hjortso N C**. Return hospital visits and morbidity within 60 day safter day surgery: a retrospective study of 18,736 day surgical procedures. Acta Anaesthesiol Scand. 2006;50(8):911-9.

25. **Cao X, White PF, Ma H**. Mise à jour sur la prise en charge des nausées et vomissements post-opératoires. J. Anesth. 2017;31:617-26.

26. **Theissen A, Slim K, Deleuze A, Beaussier M**. Gestion des risques en chirurgie ambulatoire. J. Chir. Visc. 2019;156:39-48.

27. **Nagda S, Patel S, Churchill R, Park J, Lovallo J**. Patient Satisfaction in Outpatient Total Shoulder Arthroplasty. AMB SURG. 2020;26(1):10-3.

28. **Uppal H**. Economic Advantages of Performing Orthopaedic Surgical Procedures in Ambulatory Surgical Centers Over Hospital Out-Patient Settings. AMB SURG. 2019;25(1):20-5.

29. **Theissen A, Fuz F, Catineau J, Sultan W, Beaussier M, Carles M, et al.** Epidémiologie du risque médico-légal lié à la pratique de la chirurgie ambulatoire en France : données SHAM. Annfr Anesth Reanim 2014 ;33(3):158-62.

30. **Mortuaire D, Theis D, Fackeure R, Chevalier D, Gengler I**. Evaluation de l'impact médico-économique de la chirurgie ambulatoire en rhinologie. 2018;135(1):13-8.

31. **Société française d'anesthésie et de réanimation**. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. annfar. 2010;(29):67-72. doi:10.1016/j.annfar.2009.12.008

32. **Mouhajir H**. La chirurgie ambulatoire au Maroc : état des lieux et perspectives (revue de littérature) [Thèse]. Médecine. Rabat ; 2018. 188p.

33. **Haute Autorité de Santé.** Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Paris, [En ligne]. 2014 [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr

34. **Marin J, Mengual C, Perraux J**. Organisation et innovation en chirurgie ambulatoire, rôle du service biomédical [Mémoire en ligne] Compiègne: Université de Technologie Compiègne. 2015 [cité le 22 nov 2021]. Disponible sur: http://www.utc.fr/tsibh/public/3abih/16/pi/groupe1/HTML/index.html

35. **Massa H, Hubert S, Carles M, Raucoules-Aimé M**. Anesthésie du patient ambulatoire, M. Carles, M. Raucoules-Aimé. Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Anesthésie -Réanimation. 36-635-A-10, 2010, 19p.

36. **Elmazi K**. Evaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en ophtalmologie : expérience du service d'ophtalmologie de l'hôpital militaire Avicennede Marrakech [Thèse]. Médecine : Marrakech ; 2018. 119p.

37. **Yacouba K**. La chirurgie ambulatoire dans le service de chirurgie générale du csref de la commune VI [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2020. 60p.

38. **Mraihy A**. L'anesthésie ambulatoire à l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès. Peut-on faire mieux ? [Thèse]. Médecine : Maroc ; 2019. 126p.

39. **Sahli A, Bafdel O, Benazza A, Ouaheb A, Halimi K, Lamara A**. Évaluation de la chirurgie générale en ambulatoire chez l'adulte au CHU de Batna. Med Sci. 2019;6(1) :31-5.

40. **Tamou Sambo B, Hodonou M, Allodé S**. Bilan des activités de chirurgie viscérale dans un hôpital de zone au Bénin : Aspects épidémiologique, diagnostic et résultats de trois ans (2013 à 2015). WWJMRD. 2018;4(2) :108-10.

41. **Amougou B, Ayongeta D, Cisse D, Ngandeu MJ, Engbang JP, Djoufang R, et al.** Les Hernies Inguinales de l'Adulte à l'Hôpital Central de Niete : Aspects Épidémiologiques et Anatomocliniques. HealthSci. 2021;22(7):107-11.

42. **Diallo JW, Nonfounikoun M, Ahnoux-Zabsonne A, Yameogo C, Dolo M, Sanou J, et al.** Résultats fonctionnels de la chirurgie de la cataracte par phacoalternative avec implantation en chambre postérieure : à propos de 300 cas à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Pan Afr Med J. 2015;20(230) ; 1-10.

43. **Assoumou PA, Mba A, Dohvonou AV, EbanaMvogo S, KapingaBulanda F, Mekyna S, et al.** La Phacoalternative manuelle sans suture dans la chirurgie de Masse de la cataracte de l'adulte à Libreville. HealthSci. 2018;19(4);23-6.

44. **Sidibe Y**. Morbidité en hospitalisation ORL : analyse de 6 mois d'activités au CHU Gabriel Touré. [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2012. 142p.

45. **Barhmi L, Mahdoufi R, Tazi N, Abada R, Roubal M, Mahtar M**. Amygdalectomie indications et accidents (à propos de 500 cas). Ann Fr Orl. 2014;131(4):122-3.

46. **Hanss J, Nowak C, Penon C, Bobin S**. Amygdalectomie ambulatoire chez l'enfant : notre expérience sur sept ans. An Fr Orl. 2011;128(6):283-9.

47. **Sy A, Palou EJR, Fofana M, Ndiaye M, Diandy Y, Ndiaye C, et al.** L'amygdalectomie et l'Adénoïdectomie à l'Hôpital pour enfants de Diamniadio au Sénégal : une Évaluation de 3 Ans. HealthSci. 2016;17(2):50-4.

48. **Conseil National de Chirurgie de l'Enfant, Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française**. Chirurgie ambulatoire de l'enfant de moins de 18ans : recommandations CNCE/ ADARPEF. CNCE, ADAREPEF. 2008;17(6):45p.

49. **Mézière A, Paillaud E, Plaud B**. Anesthésie de la personne âgée. Presse med. 2013;42(2):197-201.

50. **Haute Autorité de la Santé**. Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18ans). [En ligne]. 2012 [cité 03 mars 2022]. Disponible sur:www.has-sante.fr

51. **Mehinto DK, Diatéma S, Bagnan OK, Padonou N**. Expérience béninoise sur la prise en charge des hernies de l'aine chez l'adulte en milieu hospitalo-universitaire. AJOL. 2010. doi:10.4314/racs.v4i9.69959

52. **Organisation Mondiale de la Santé A**. Initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable. 2020. https://apps.who.int

53. **Okocha O, Gerlach RM, Seitzer BJ**. Preoperative ambulatory for anesthésia. Anclin. 2019;(37):195-213. doi:10.1016/j.anclin.2019.01.014

54. **Houinato DS, Gbary AR, Houehanou YC, Djrolo F, Amoussou M, Segnon-Agueh J, et al.** Prevalence of hypertension and associated risk factors in Benin. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2012;60:95-102.

55. **Djrolo F, Houinato DS, Gbrary A, Akoha R, Sègnon J**. Prévalence du diabète sucré dans la population adulte à Cotonou, Bénin. MmM. 2012;6(2):167-9.

56. **Michelet D**. L'organisation de l'activité ambulatoire en pédiatrie. Anesth Reanim. 2018. doi:10.1016/j.anrea.2018.03.004

57. **Société française d'anesthésie et de réanimation**. La pratique de l'anesthésie en France en 1996. Ann Fr Anesth Réanim. 1998;17:1299-391.

58. **Belkrezia R, Kabbaj S, Ismaïli H, Maazouzi W**. Enquête sur la pratique de l'anesthésie au Maroc. 2002;21:20-6.

59. **Thiam NF, Barry MW, Mbaye A, Diandy Y, Eriga LIV, Ndiaye M**. Indications, techniques et complications de l'amygdalectomie et de l'adénoïdectomie : bilan de 10ans à l'hôpital militaire de Ouakam. Journal Africain de Chirurgie. 2018;5(1):20-6.

60. **Bartier S, Gharzouli I, Kiblut N, Cloutier L, Salvan D**. Amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte : évolution des pratiques après ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec bloc opératoire dédié. Aforl. 2018;135(5):295-300. doi:10.1016/j.aforl.2017.11.008.

61. **KHAOUA L**. L'amygdalectomie chez l'enfant : à propos de 908 cas. [Thèse]. Médecine : Monastir; 2015. 75p.

62. **SANOGO M**. Amygdalectomie ambulatoire dans le service ORL – CCF du CSRéf Commune IV : à propos de 71 cas. [Thèse]. Médecine : Bamako; 2020. 100p.

63. **Association Française de Chirurgie Ambulatoire**. Evolution des taux de chirurgie ambulatoire de 2020: pas de croissance en période COVID. [En ligne]. 2020. Disponible sur: https://www.chirurgie-ambulatoire.org.

64. **François M**. l'amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant. Aorl. 2008;125(5):282-6.

65. **Jacquet E, Giordan J, Fabre JM, Puche P, Domergue J, Navarro F, et al.** Évaluation de la prise en charge des hernies inguinales en chirurgie ambulatoire. anchir. 2004;129:138-43.

66. **Sowagnon TYC, Kouassi FX, Kone S, Soumahoro M, Konan EC, Konan A, et al.** Etude comparative de l'extraction extracapsulaire (EEC) manuelle versus chirurgie de la cataracte à petite incision (CCPI) manuelle : expérience du centre ophtalmologique protestant méthodiste bartimée de Dabou (copmbd). Revue SOAO. 2014;(2):33/7.

67. **Diallo JW, Meda N, Boni S, Ahnoux-Zabsinnre A, Yameogo C, Dolo M, et al.** Complications de la chirurgie de la cataracte par petite incision avec implantation en chambre postérieure: à propos de 300 cas. Revue SOAO. 2015;(1):21-7.

68. **Diranei K, Rafiqi L, Rouadii S, Abadai R, Essaadii M, Mahtari M, et al.** Amygdalectomie en ambulatoire. Rev Mar ORL. 2014;1(2):16-9.

69. **Lokossou T, Ouro-Banqna Maman AF, Mehinto DK, Mensah E, Assouto P, Chobli M**. Attitude et connaissance des praticiens face à la douleur postopératoire dans les centres hospitaliers départementaux du Bénin. Doul et analg. 2007;(2):91-5.

70. **Adjien K.C, Hounkpatin H, Accrombessi D, Houannou O, Gnonlonfoun D.D, Houinato DS**. Évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur chez les patients en milieu hospitalier à Cotonou. j.neurol. 2019;175(1):S142. doi :10.1016/j.neurol.2019.01.373

71. **Kabré YB, Traoré ISS, Kaboré FAR, Ki B, Traoré AI, Ouédraogo I, et al.** Anesthésie pour la chirurgie pédiatrique ambulatoire en Afrique sub-saharienne: une étude pilote au Burkina Faso. ANE. 2017;124(2):623-5.

72. **Barbre F, Bourdalle-Badie C, Cros AM, Sztark F**. Quels patients en ambulatoire ? In : L'opéré ambulatoire. Paris : JEPU ; 2008. 147-52.

73. **Foo CY**. Day surgery in a developing country - the Malaysian experience. AMB SURG. 2014;20(3):44-7.

74. **Association Française de Chirurgie Ambulatoire**. Taux de chirurgie ambulatoire de 2018 : le ralentissement persistant interroge toujours sur l'objectif de 70% en 2022. AFCA [En ligne]. 2019 [cité 20 jan 2022]. Disponible sur: https://www.chirurgie-ambulatoire.org

ANNEXES

Annexes 1 : gestes marqueurs IAAS.

Spécialités	Gestes	
Ophtalmologie	Cataracte	Chirurgie du strabisme
Oto-rhino-laryngologie	Aérateurs trans tympaniques	Amygdalectomie
	Rhino septoplastie	
Stomatologie	Extractions dentaires	
Gynécologie	Ligatures des trompes	Curetage utérin en dehors de la grossesse
	Interruption volontaire de grossesse	Hystérectomie
	Mastectomie partielle	Tumorectomie du sein
Orthopédie	Arthroscopie du genou	Chirurgie du ménisque
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse	Chirurgie de l'hallus valgus
	Chirurgie de la maladie de Dupuytren	Canal carpien
		Hygroma
	Chirurgie de la herniediscale	Ligamentoplastie du genou
	Ligamentoplastie du genou	
Générale et digestive	Cholécystectomie laparoscopique	Sinus pilonidal
	Hémorroïdectomie	Hernie de l'aine
	Cure de reflux gastro œsophagien	
Urologie-andrologie	Circoncision	Résection trans urétrale de la prostate
	Orchidopexie	Vasectomie
Vasculaire	Chirurgie des varices	
Esthétique	Mastoplastie de réduction	Dermolipomectomie abdominale

Annexe 2 : score ASA

Score	Descriptions
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 function 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.

Annexe 3 : recommandations de Korttila

Les signes vitaux doivent être stables depuis au moins 01 heure.

Le patient doit être

- orienté dans le temps et dans l'espace ;
- capable de ne pas vomir des boissons ;
- capable d'uriner ;
- capable de se vêtir seul ;

Le patient ne doit pas avoir :

- de nausées ou de vomissements :
- de douleur importante :
- 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.

Des instructions écrites doivent être fournies au patient concernant la période post opératoire, 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 4 : Score Aldrete

	Score
Motricité	0: Immobile 1: Bouge 2 membres 2: Bouge 4 membres
Respiration	0: Apnée 1: Ventilation superficielle, dyspnée 2: Ventilation profonde, toux efficace
Variation de la PAS (par rapport à la pression pré-anesthésique)	0: PA ± 50% 1: PA ± 20-50% 2: PA ± 20%
Conscience	0: aréactif 1: réactif à la demande 2: reveille
Coloration	0: cyanosé 1 pâle, griaâtre 2: normale
Saturation en o_2	0: $SpO_2 <$ 90% malgré l'apport d'oxygène. 1 : $SpO_2 >$ 90% grâce à l'apport d'oxygène 2 : $SpO_2 >$ 92 % à l'air ambiant.

La validation de la sortie de la SSPI nécessite un score égal à 12.

Annexe 5 : Score modifié PADSS de Chung (Modified Post Anaesthetic Discharge Scoring System). Score d'aptitude à la rue.

Eléments d'évaluation	Score	Signes cliniques
Constantes vitals (température, pouls, respiration)	2	Variation < 20 % par rapport à la valeur préopératoire
	1	Variation comprise entre 20 et 40 %
	0	Variation > 40 %
Déambulation	2	Déambulation assurée, sans vertige
	1	Déambulation avec aide
	0	Déambulation non assurée/vertige
Nausées et/ou vomissements	2	Minimes
	1	Modérées
	0	Sévère
Douleurs	2	Minimes
	1	Modérés
	0	Sévères
Saignement chirurgical	2	Minimes
	1	Modérés
	0	Sévères

Les patients sont évalués une heure après l'intervention, puis toutes les trente minutes. La sortie est compatible avec un score de 9 ou 10.

Annexe 6 : Adaptation pédiatrique du score de PADSS (score Ped-PADSS)

	Score	Signes cliniques
Signes vitaux : FC et pression artérielle en accord avec l'âge	2	Variation < 20 % par rapport au niveau préopératoire
	1	Variation comprise entre 20 et 40 %
	0	Variation > 40 %
Niveau d'activité : Marche ou activité	2	Démarche stable, sans étourdissement (activité normale)
	1	Marche avec aide (ou activité réduite)
	0	Marche impossible (hypotonie)
Nausées et/ou Vomissements	2	Minimes
	1	Modérées
	0	Sévères (malgré un traitement)

La validation de la sortie nécessite un score supérieur ou égal à 9.

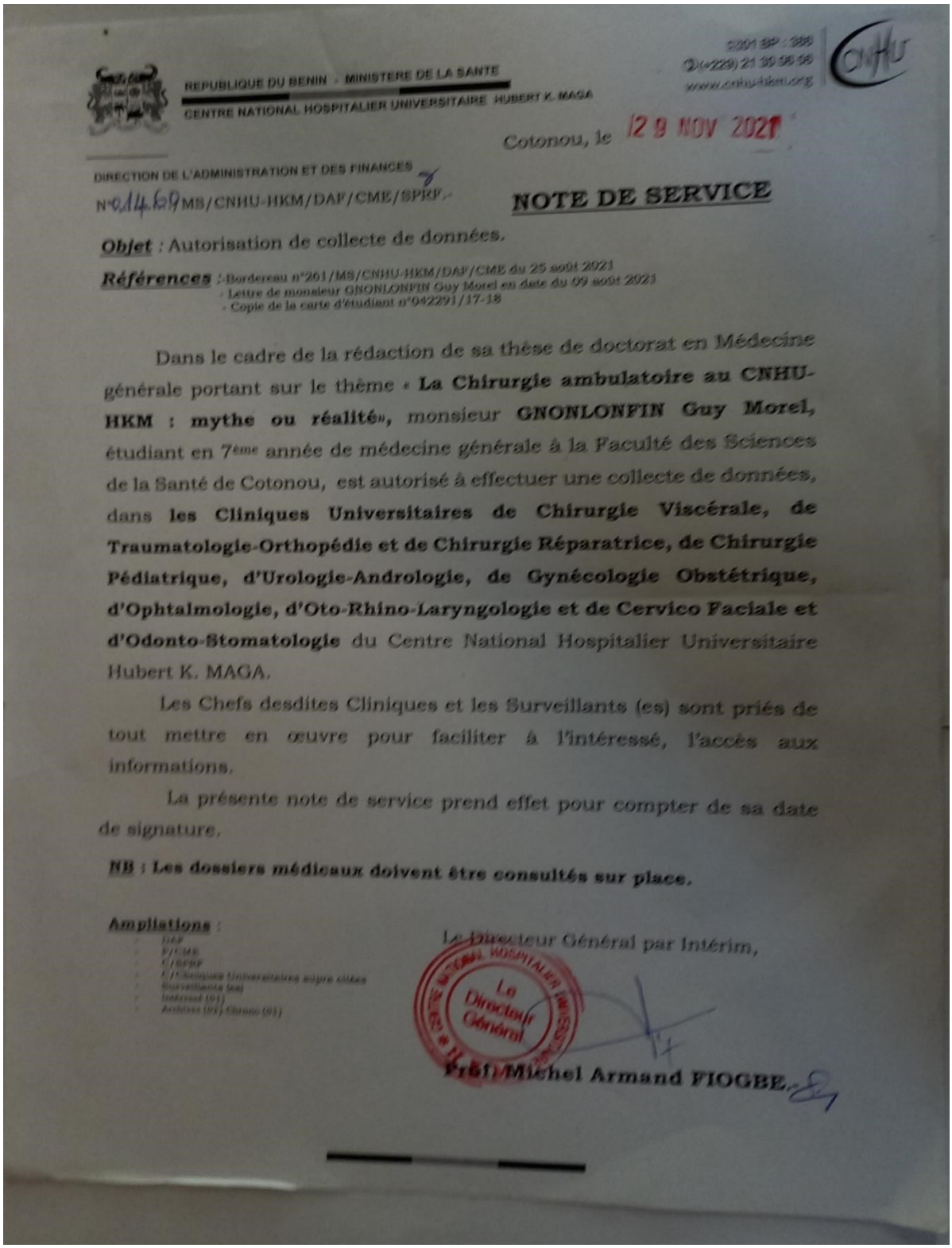
Annexe 7 fiche d'enquête

<table>
<tr><td colspan="4">1 Identification</td></tr>
<tr><td>1.2 Services</td><td>Chirurgie viscérale /__/</td><td>Ophtalmologie /__/</td><td>ORL-CCF /__/</td></tr>
<tr><td colspan="2">1.3 Numéro de la fiche:</td><td colspan="2">1.4 Numéro du dossier:</td></tr>
<tr><td colspan="4">1.5 Date de la collette yyyy-mm-dd:</td></tr>
<tr><td colspan="4">2 Caractéristiques socio-démographiques</td></tr>
<tr><td>2.1 Âge:</td><td colspan="3">2.2 Sexe: F M</td></tr>
<tr><td>2.3 Ethnie</td><td colspan="3">Fon: /__/ Dendi /__/ Mina /__/ Mahi /__/
Nago: /__/ Goun /__/ Bariba /__/ Autre /__/
Non préciser /__/</td></tr>
<tr><td>2.4
Situation matrimoniale</td><td colspan="3">Célibataire /__/ Marié(e) /__/ Veuf(ve) /__/
Divorcé(e) /__/ Non préciser /__/</td></tr>
<tr><td>2.5 Adresse ou ville</td><td colspan="3">Cotonou /__/ Abomey calavi /__/ Porto-novo /__/
Ouidah /__/ Sème Kpodji /__/ Bohicon /__/
Autre /__/

2.6 Préciser si autre adresse (ville) /__/</td></tr>
<tr><td colspan="4">3 Antécédents</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3.1
Antécédents médicaux</td><td colspan="3">HTA /__/ Diabète /__/ Asthme /__/ BPCO /__/
IDM /__/ SCA /__/ Obésité /__/ SAOS /__/
Hyperthermie maligne /__/ drépanocytose/__/ IRCT /__/ Autres /__/ Absent /__/</td></tr>
<tr><td colspan="3">3.2 Préciser si autre antécédent:</td></tr>
<tr><td colspan="4">4 Aspects thérapeutiques</td></tr>
<tr><td>4.1 Scores ASA</td><td colspan="3">1 patient n'ayant pas d'autres affections que celle nécessitant un acte chirurgical
2 patient souffrant d'une perturbation modérée d'une grande fonction vitale
3 patient souffrant d'une perturbation grave d'une grande fonction vitale
4 patient en situation de risque vital imminent
5 patient moribund</td></tr>
<tr><td>4.2
Type d'anesthésie</td><td colspan="3">Locale /__/ Loco-régionale /__/ Générale /__/
Locale + générale /__/</td></tr>
</table>

4.3. Indications	4.3.a Indications chirurgie viscérale
	4.3.b Indications Ophtalmologie
	4.3.c Indications ORL-CCF
	4.4.a Complication peropératoire : Non /__/ Oui /__/
	4.5.b Préciser si oui Hémorragie /__/ Hyperthermie maligne /__/ Décès /__/ Autre à préciser /__/
	4.5.c Préciser si autre /__/
5 Gestes	
5.1. Ophtalmologie	chirurgie du cristallin /__/
5.2. ORL-CCF	Adénoïdectomie /__/ Réduction fracture du nez /__/ Adéno-amygdalectomie/ amygdalectomie /__/ Avulsion dentaire /__/ Ablation de matériel d'ostéosynthèse /__/
5.3.a Chirurgie viscérale	Accès vasculaire /__/ Chirurgie des varices /__/ Chirurgie anale /__/ Cholécystectomie /__/ Chirurgie des hernies de la ligne blanche/ ombilic /__/ Chirurgie de la hernie inguinale /__/ Chirurgie du sein (tumorectomie /nodulectomie /__/
6. Complications post opératoires	
6.1 Préciser complications post opératoires	Douleur post opératoire /__/ Nausée et ou vomissements /__/ Vertiges /__/ Saignement de la plaie opératoire /__/ Rétention aiguë d'urines /__/ Fièvre /__/ Céphalées /__/Autres /__/ Absent /__/
6.2 Préciser si autres	
6.3 Intervalle post opératoire du survenu des complications postopératoires (heure) <06 /__/ [06-24[/__/ [24-72] /__/ >72 /__/	
7 Séjour hospitalier	
7.1 Date et heure à l'admission:	
7.2 Date et heure de sortie:	
7.3 Durée d''hospitalisation <06h /__/ [06-12 [/__/ [12-24 [/__/ [24-72] /__/ >72 /__/	

Annexe 8 : autorisation de collecte



REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA

Cotonou, le 29 NOV 2021

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION ET DES FINANCES
N°0146/9/MS/CNHU-HKM/DAF/CME/SPRF

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte de données.

Références :-Bordereau n°261/MS/CNHU-HKM/DAF/CME du 25 août 2021
- Lettre de monsieur GNONLONFIN Guy Morel en date du 09 août 2021
- Copie de la carte d'étudiant n°042291/17-18

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat en Médecine générale portant sur le thème « **La Chirurgie ambulatoire au CNHU-HKM : mythe ou réalité**», monsieur **GNONLONFIN Guy Morel,** étudiant en 7ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données, dans **les Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale, de Traumatologie-Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice, de Chirurgie Pédiatrique, d'Urologie-Andrologie, de Gynécologie Obstétrique, d'Ophtalmologie, d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Cervico Faciale et d'Odonto-Stomatologie** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA.

Les Chefs desdites Cliniques et les Surveillants (es) sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux informations.

La présente note de service prend effet pour compter de sa date de signature.

NB : **Les dossiers médicaux doivent être consultés sur place.**

Ampliations :
- DAF
- F/CME
- C/SPRF
- C/C Cliniques Universitaires supra citées
- Surveillants (es)
- Intéressé (01)
- Archives (01) Classeur (01)

Le Directeur Général par Intérim,

Le Directeur Général

Prof. Michel Armand FIOGBE

Table des matières

DÉDICACES ..... **i**
REMERCIEMENTS ..... **iii**
HOMMAGES ..... **vii**
INTRODUCTION ..... **- 1 -**
1. GÉNÉRALITÉS ..... **- 4 -**

1.1 Définition de concepts ..... **- 5 -**
1.2 Risques et bénéfices en chirurgie ambulatoire ..... **- 5 -**

1.2.1 Evaluation des risques ..... - 5 -
1.2.2 Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire ..... - 6 -

1.3 Organisation ..... **- 7 -**

1.3.1 Critères d'éligibilité ..... - 7 -
1.3.2 Les Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA) ..... - 8 -
1.3.3 Le circuit du patient ..... - 10 -

2. CADRE ET MÉTHODE D'ÉTUDE ..... **- 12 -**

2.1 Cadre d'étude ..... **- 13 -**

2.1.1 Présentation du CNHU-HKM de Cotonou ..... - 13 -
2.1.2 Présentation de l'Unité de Chirurgie Viscérale ..... - 14 -
2.1.3 Cliniques universitaires d'ORL-CCF et d'Ophtalmologie ..... - 14 -

2.2 Méthode d'étude ..... **- 15 -**

2.2.1 Type et durée de l'étude ..... - 15 -
2.2.2 Population d'étude ..... - 15 -
2.2.3 Echantillonnage ..... - 16 -
2.2.4 Variables ..... - 16 -
2.2.5 Collecte des données ..... - 17 -
2.2.6 Traitement et analyse de données ..... - 18 -

3. RÉSULTATS ..... **- 19 -**

3.1 Caractéristiques épidémiologiques ..... **- 20 -**

3.1.1 Répartition selon l'âge ..... - 20 -
3.1.2 Répartition des patients en fonction du sexe ..... - 21 -
3.1.3 Lieu de résidence..... - 22 -
3.1.4 Les ethnies représentées..... - 23 -

3.2 Aspects diagnostics ..... - 23 -
3.3 Aspects thérapeutiques ..... - 26 -

3.3.1 Evaluation pré anesthésique..... - 26 -
3.3.2 Score ASA..... - 29 -
3.3.3 Modalités anesthésiques..... - 30 -
3.3.4 Gestes chirurgicaux..... - 33 -

3.4 Complications..... - 35 -

3.4.1 Complication per-opératoires..... - 35 -
3.4.2 Complications post-opératoires..... - 36 -

3.5 Séjour hospitalier..... - 57 -

4. DISCUSSION..... - 59 -

4.1 Validité de l'étude et évaluation des biais ..... - 60 -

4.1.1 Validité..... - 60 -
4.1.2 Évaluation des biais ..... - 60 -
4.1.3 Biais de sélection..... - 60 -
4.1.4 Biais d'information ..... - 61 -

4.2 Analyse et comparaison des résultats avec la littérature..... - 61 -

4.2.1 Aspects épidémiologiques..... - 61 -
4.2.2 Aspects thérapeutiques..... - 63 -
4.2.3 Complications ..... - 68 -
4.2.4 Séjour hospitalier ..... - 71 -

CONCLUSION..... - 73 -
SUGGESTIONS ..... - 75 -
REFERENCES ..... - 78 -
ANNEXES..... - 88 -

RESUME

Introduction : la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation permettant le retour du patient le même jour après avoir subi une intervention chirurgicale. Plusieurs avantages lui sont associées, mais elle n'est pas dénuée de risque.

Buts : Etudier les variables épidémiologiques de la chirurgie ambulatoire, comparer la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique, étudier la morbidité associée à la chirurgie ambulatoire.

Méthodes d'étude : il s'agit d'une étude transversale rétrospective concernant 266 patients répartis dans les cliniques universitaires d'ORL-CCF, CUCV et le service d'Ophtalmologie du CNHU-HKM, le recrutement des patients était faite sur la base des gestes prédéfinis. Les patients étaient répartis 02 groupes A et B.

Résultats : l'âge médian était de 47 ans. On note une prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,2. Environ 70% des patients habitaient à moins de 30 minutes du centre. Les comorbidités étaient retrouvées chez 32% des sujets dont 48% était hypertendus et 12,2% diabétiques. L'anesthésie locale (70 ,1%) était la plus fréquente en groupe A, en groupe B c'était l'anesthésie générale (62,9%). La morbidité post-opératoire était de 24% avec une prépondérance de la douleur post-opératoire à 58%, nous avions une faible morbidité grave. La pratique de la chirurgie ambulatoire dans notre étude était de 50,4% et limitée à la chirurgie de la cataracte (100%) et la nodulectomie (64,21%).

Conclusion : la chirurgie ambulatoire est une bonne alternative pour la réduction du coût de la prise en charge de nos patients. La morbidité post opératoire associée aux gestes étudiés est représentée par la douleur post opératoire. La chirurgie ambulatoire est limitée à peu de gestes. Un meilleur contrôle des morbidités post opératoires associé au respect de l'organisation en chirurgie ambulatoire permettrait une meilleure pratique sans risque pour les acteurs impliqués.

Abstract

Introduction: Ambulatory surgery is an organizational concept allo wing same day return of the patient after having under gone a surgical intervention. Several advantages are associated with it, but it is not without risk.

Aims: To study the demographic variables of ambulatory surgery, compare ambulatory surgery to conventional surgery, assess morbidity associated with ambulatory surgery.

Study methods: This is a retrospective cross-sectional study of 266 patients in the oto-rhyno-laryngologie, visceral surgery and Ophthalmology departments of the CNHU-HKM, the selection of the patients was made on the basis predefined procedures. Patients were divided into 02 groups A and B.

Results: The median age was 47 years. There was a male predominance with a sex ratio of 1.2. Approximately 70% of the patients lived within 30 minutes from the center. Comorbidities were found in 32% of the subjects, of whom 48% were hypertensive and 12.2% diabetic. Local anaesthesia (70.1%) was most frequent in group A, in group B it was general anesthesia (62.9%). The postoperative morbidity was 24% with a preponderance of postoperative pain (58%), the patients had no serious morbidity. The practice of outpatient surgery in our study was 50.4% and limited to cataract surgery (100%) and nodulectomy (64.21%).

Conclusion: Ambulatory surgery is a good alternative for reducing the cost of cost of care for our patients. The postoperative morbidity associated to the procedures studied was postoperative pain.

RESUME

Introduction : la chirurgie ambulatoire est un concept d'organisation permettant le retour du patient le même jour après avoir subi une intervention chirurgicale. Plusieurs avantages lui sont associées, mais elle n'est pas dénuée de risque.

Buts : Etudier les variables épidémiologiques de la chirurgie ambulatoire, comparer la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique, étudier la morbidité associée à la chirurgie ambulatoire.

Méthodes d'étude : il s'agit d'une étude transversale rétrospective concernant 266 patients répartis dans les cliniques universitaires d'ORL-CCF, CUCV et le service d'Ophtalmologie du CNHU-HKM, le recrutement des patients était faite sur la base des gestes prédéfinis. Les patients étaient répartis 02 groupes A et B.

Résultats : l'âge médian était de 47 ans. On note une prédominance masculine avec une sex-ratio de 1,2. Environ 70% des patients habitaient à moins de 30 minutes du centre. Les comorbidités étaient retrouvées chez 32% des sujets dont 48% était hypertendus et 12,2% diabétiques. L'anesthésie locale (70 ,1%) était la plus fréquente en groupe A, en groupe B c'était l'anesthésie générale (62,9%). La morbidité post-opératoire était de 24% avec une prépondérance de la douleur post-opératoire à 58%, nous avions une faible morbidité grave. La pratique de la chirurgie ambulatoire dans notre étude était de 50,4% et limitée à la chirurgie de la cataracte (100%) et la nodulectomie (64,21%).

Conclusion : la chirurgie ambulatoire est une bonne alternative pour la réduction du coût de la prise en charge de nos patients. La morbidité post opératoire associée aux gestes étudiés est représentée par la douleur post opératoire. La chirurgie ambulatoire est limitée à peu de gestes. Un meilleur contrôle des morbidités post opératoires associé au respect de l'organisation en chirurgie ambulatoire permettrait une meilleure pratique sans risque pour les acteurs impliqués.

Abstract

Introduction: Ambulatory surgery is an organizational concept allo wing same day return of the patient after having under gone a surgical intervention. Several advantages are associated with it, but it is not without risk.

Aims: To study the demographic variables of ambulatory surgery, compare ambulatory surgery to conventional surgery, assess morbidity associated with ambulatory surgery.

Study methods: This is a retrospective cross-sectional study of 266 patients in the ototrhynolaryngologie, visceral surgery and Ophthalmology departments of the CNHU-HKM, the selection of the patients was made on the basis predefined procedures. Patients were divided into 02 groups A and B.

Results: The median age was 47 years. There was a male predominance with a sex ratio of 1.2. Approximately 70% of the patients lived within 30 minutes from the center. Comorbidities were found in 32% of the subjects, of whom 48% were hypertensive and 12.2% diabetic. Local anaesthesia (70.1%) was most frequent in group A, in group B it was general anesthesia (62.9%). The postoperative morbidity was 24% with a preponderance of postoperative pain (58%), the patients had no serious morbidity. The practice of outpatient surgery in our study was 50.4% and limited to cataract surgery (100%) and nodulectomy (64.21%).

Conclusion: Ambulatory surgery is a good alternative for reducing the cost of cost of care for our patients. The postoperative morbidity associated to the procedures studied was postoperative pain.

Mots clé : chirurgie ambulatoire, day surgery, CNHU-HKM.