



HAL
open science

Évaluation de la programmation en chirurgie ambulatoire des fractures de l'extrémité distale du radius à l'Hôpital Sud de Grenoble en 2016 : une grande marge de progression accessible

Jean-Yves Delahaye

► To cite this version:

Jean-Yves Delahaye. Évaluation de la programmation en chirurgie ambulatoire des fractures de l'extrémité distale du radius à l'Hôpital Sud de Grenoble en 2016 : une grande marge de progression accessible. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01943412

HAL Id: dumas-01943412

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943412>

Submitted on 3 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2018

**ÉVALUATION DE LA PROGRAMMATION EN CHIRURGIE
AMBULATOIRE DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ DISTALE DU
RADIUS A L'HÔPITAL SUD DE GRENOBLE EN 2016: UNE GRANDE
MARGE DE PROGRESSION ACCESSIBLE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

DELAHAYE Jean-Yves

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 27/11/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. SARAGAGLIA Dominique

Membres :

M. BANIHACHEMI Jean-Jacques, directeur de thèse

M. IMBERT Patrick

M. FRANCOIS Patrice

M. PAILHE Regis

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

ÉVALUATION DE LA PROGRAMMATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ DISTALE DU RADIUS A L'HÔPITAL SUD DE GRENOBLE EN 2016: UNE GRANDE MARGE DE PROGRESSION ACCESSIBLE

RÉSUMÉ :

Introduction ;

La chirurgie ambulatoire connaît actuellement un développement majeur. L'orthopédie traumatologie est porteuse d'un important potentiel dans ce domaine. Ce mode de prise en charge est très codifié. En 2014, la haute autorité de santé (HAS) en a précisé les conditions d'éligibilité.

L'objectif de ce travail était de déterminer le potentiel de la chirurgie ambulatoire sur la cohorte de fracture de l'extrémité distale du radius (FEIR) à l'hôpital sud de Grenoble en 2016.

L'objectif secondaire était de tester l'influence de différents facteur sur le taux d'ambulatoire réalisé pour cette cohorte.

Méthode :

Le rapport de la HAS a été étudié afin de lister les critères d'éligibilité des patients. Les données portant sur ces critères ont été recueillies dans les dossiers patients opérés en 2016 pour FEIR à l'hôpital sud de Grenoble. Le statut d'éligibilité des patients était défini rétrospectivement et confronté au mode de prise en charge réalisé. Secondairement, différents facteurs ont été testés statistiquement par tests de Chi2 et FISCHER afin de définir leur effet potentiel sur la proportion de patients effectivement pris en charge sur le mode ambulatoire.

Résultats :

La série comportait 208 patients. La proportion de chirurgie ambulatoire effectivement réalisée était de 17,3 %. La proportion totale de patients éligibles sur la série atteignait 70,7%. La disponibilité en lit ne modifiait pas significativement cette proportion, ni la période scolaire, ni la distance au centre. En revanche, la tranche d'âge du patient supérieure à 70 ans modifiait significativement le taux d'ambulatoire ($p=0,024$).

Discussion

Cette étude confirme un potentiel majeur pour la prise en charge ambulatoire des FEIR. Cependant, elle concerne une petite série de patients, limitant la puissance statistique des tests. De plus l'analyse de l'éligibilité de façon rétrospective est potentiellement biaisée. Une étude complémentaire permettrait d'affiner ce chiffre et d'étendre l'analyse du potentiel à d'autres gestes d'orthopédie traumatologie. [sa longueur ne doit pas excéder 1.700 caractères, espaces compris]

MOTS CLÉS : chirurgie ambulatoire, fracture de l'extrémité distale du radius, orthopédie-traumatologie

FILIÈRE : Medecine générale

EVALUATION OF PROGRAMMING IN AMBULATORY SURGERY OF RADIUS DISTAL TERMINAL FRACTURES AT THE SOUTHERN GRENOBLE HOSPITAL IN 2016: A GREAT MARGIN OF ACCESSIBLE PROGRESSION

Introduction;

Ambulatory surgery is currently undergoing major development. Along with this highly codified mode of care, traumatology orthopedics also has great potential in this area. In 2014, the High Health Authority (HAS) specified the conditions of eligibility.

The objective of this work was to determine the potential of outpatient surgery on the distal radius fracture (FEIR) cohort at the southern Grenoble Hospital in 2016. The secondary objective was to test the influence of different factors on the outpatient rate for this cohort.

Method:

The report of the HAS has been studied in order to list the criteria of eligibility of the patients. The data relating to these criteria were collected in the patient files operated in 2016 for FEIR at the Grenoble South Hospital. Patient eligibility status was defined retrospectively and compared to the type of care provided. Secondly, various factors were statistically tested by Chi2 and Fisher supprimer tests to determine their potential effects on the proportion of patients effectively managed on an outpatient basis.

Results:

The series included 208 patients. The proportion of outpatient surgery actually performed was 17.3%. The total proportion of eligible patients on the series was 70.7%. Bed availability did not significantly change this proportion, neither the school period nor the distance to the center. In contrast, the age group of the patients over 70 years significantly modified the ambulatory rate ($p= 0.024$).

Discussion

This study confirms a major potential for the outpatient management of FEIRs. However, it concerns a small series of patients, limiting the statistical power of the tests.

Moreover, the analysis of eligibility retrospectively is potentially biased. Further study would refine this figure and extend the potential analysis to other orthopedic traumatology gestures.

Introduction ;

La chirurgie ambulatoire est considérée comme une source d'économie pour le système de soin français (1) et de bénéfice pour le patient (2). Depuis plusieurs années, elle a bénéficié d'un développement intense en France. L'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) est mandatée pour suivre son évolution. Entre 2011 et 2015, le taux global national de chirurgie ambulatoire est passé de 44,9 % à 51,9 %. En Rhône-Alpes il est passé de 42,9 % à 51,7 % sur la même période (3). En 2015, concernant les ostéosynthèses à foyer ouvert d'une fracture de l'extrémité distale d'un des os de l'avant-bras (acte MCCA005) (FEIR), le taux de chirurgie ambulatoire n'a été que de 17,6 % à l'échelle nationale (3). Ce même taux est passé à 23,5 % en 2016. Cette évolution nous a suggéré un potentiel de développement majeur en ce qui concerne l'orthopédie traumatologie.

A partir de 2010, la haute autorité de santé (HAS) a commencé un travail de réflexion concernant la chirurgie ambulatoire. Ce travail a été à l'origine de plusieurs rapports en précisant les modalités. En mai 2014, elle a émis un document très complet concernant les critères de sélection et d'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire(4). Ce document a servi de référence pour ce travail de thèse.

Avec l'existence de critères d'éligibilité précisés, il est devenu possible de chiffrer le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. La problématique de ce travail a été de déterminer ce potentiel dans une indication précise d'orthopédie traumatologie.

L'objectif principal de ce travail était de préciser la proportion de patients présentant une FEIR chirurgicale à l'hôpital sud en 2016 éligibles à la chirurgie ambulatoire.

L'objectif secondaire était de tester différents critères pouvant influencer sur le taux d'ambulatoire réalisé tels que le jour de la semaine au diagnostic, l'âge et le sexe du patient, la distance au lieu de résidence du patient, la période scolaire, la disponibilité en lit du service d'orthopédie traumatologie.

La possibilité d'ajouter ces patients au programme ambulatoire du centre a été évaluée en dernière analyse.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude mono-centrique à l'hôpital sud de Grenoble, rétrospective sur l'année 2016, observationnelle et descriptive.

La première étape du travail a été d'étudier le rapport HAS sur la chirurgie ambulatoire concernant les critères de sélection et d'éligibilité des patients (4). Les critères ayant une validité scientifique confirmée dans le rapport ont été retenus.

Les critères d'inclusion pour la population initiale étaient : la prise en charge chirurgicale par ostéosynthèse à foyer ouvert d'une fracture de l'extrémité distale du radius en 2016 à l'hôpital sud de Grenoble. Il n'existait pas de facteur d'exclusion. Le critère de jugement principal était l'éligibilité à une prise en charge ambulatoire.

La population initiale a été obtenue par interrogation des bases de données informatiques du CHU. Deux bases de données ont été recoupées afin d'être exhaustif. Les cas ont été recensés à partir des actes codés (ostéosynthèse à foyer ouvert d'une fracture de l'extrémité distale d'un os de l'avant bras, code MCCA005) et confirmés par les diagnostics codés (fracture de l'extrémité distale du radius).

Une extraction des données issues des dossiers patients, informatiques et papiers, opérés en 2016 pour FEIR à sud a ensuite été réalisée. Le statut d'éligibilité des patients était défini rétrospectivement sur dossier avec l'ensemble de critères retenus du rapport HAS. En cas de données manquantes au dossier rendant la définition du statut d'éligibilité impossible (statut non connu: NC), le patient était considéré comme inéligible. La proportion de patients éligibles mais pris en charge en mode conventionnel était ensuite calculé (patients notés E). Les patients

pris en charge sur le mode ambulatoire étaient notés A. L'ensemble des patients éligibles regroupait ainsi les deux précédents groupes (A+E).

Le taux de patients contre-indiqués a également été relevé, et les causes de contre indication répertoriées.

Secondairement, le taux de chirurgie ambulatoire a été comparé selon différents critères : le jour de la semaine au diagnostic, l'âge et le sexe du patient, la distance au lieu de résidence du patient, la période scolaire, la disponibilité en lit du service d'orthopédie traumatologie. La disponibilité était analysée en regard de la date du diagnostic. Un test statistique, de Student ou de Chi2 était réalisé et permettait d'envisager si le critère analysé était associé à une différence significative sur le taux de chirurgie ambulatoire.

Enfin la possibilité de prise en charge en ambulatoire des patients éligibles était envisagée en observant les disponibilités restantes au programme d'ambulatoire par période de 5 jours ouvrés suivant la date de diagnostic pour chaque patient éligible.

Résultats :

La première étape a donc été d'analyser le rapport de la HAS pour en extraire les critères d'éligibilité à l'ambulatoire pertinents dans le cadre de cette étude. Ce rapport classait les critères en plusieurs catégories. Les critères sont listés dans le tableau I avec en regard les conclusions de la HAS concernant leur validité scientifique.

Les contre-indications anesthésiques relatives regroupaient les antécédents de problèmes anesthésiques, le cou court avec une circonférence ≥ 43 cm, la mâchoire reculée, un score de Mallampati stade 3 et 4, l'ouverture limitée de la bouche. Les contre-indications absolues regroupaient les antécédents de difficulté d'intubation, l'incapacité d'ouvrir la bouche ou la difficulté de la maintenir ouverte.

Tableau I : résultat de l'analyse du rapport HAS sur les critères d'éligibilité à l'ambulatoire

CATEGORIE DE CRITERE	CRITERE	conclusion HAS	
général	balance bénéfice-risque	déterminant principal du choix d'ambulatoire	
chirurgicaux	risques chirurgicaux minimes	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	douleur post-opératoire contrôlable	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	retour rapide de la prise alimentaire	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	soins post-opératoires gérables par le patient	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	bilatéralité	pas de donnée en littérature mais validé par le groupe de travail	
anesthésiques	contre indication absolue	niveau recommandation de bonne pratique	
	contre indication relative	niveau recommandation de bonne pratique	
	Statut ASA>3 ou instable	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	syndrome d'hyperthermie maligne	peu de données et niveau de preuve peu élevé	
médicaux	syndrome d'apnée du sommeil	niveau de preuve variable mais données convergentes	
	indice de masse corporelle>40	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	diabète	niveau de preuve insuffisant pour retenir ce critère	
	Hyper tension artérielle	divergence des données, à évaluer sur la balance bénéfice-risque	
	angor	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	Infarctus du myocarde<6mois	divergence des données	
	Insuffisance cardiaque congestive	divergence des données	
	instabilité Cardiovasculaire	validé par le groupe de travail	
	exacerbation asthme/BPCO <30j	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	Autre comorbidité	niveau de preuve insuffisant pour retenir ce critère	
	trouble de compréhension	niveau de preuve insuffisant, importance de l'accompagnant	
	traitement concomitant (non retenu)	niveau de preuve insuffisant pour retenir ce critère	
	addiction	niveau de preuve insuffisant pour retenir ce critère	
	pediatrique	séparation parents enfants	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes
	geriatrique	age physiologique	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes
psycho-socio-environnementaux	refus ambulatoire	nécessaire et indiscutable	
	retour au domicile accompagné	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	accompagnant la 1ere nuit	divergence des données, dépend du couple acte patient	
	domicile adapté	niveau de preuve peu élevé mais données convergentes	
	distance du centre	divergence des données	

Au terme de cette analyse, les critères retenus pour définir le statut d'éligibilité à l'ambulatoire ont été les suivants : la balance bénéfice/risque globale, des lésions bilatérales, les contre-indications anesthésiques absolues, le statut ASA>3 ou un caractère instable, l'indice de masse corporelle (IMC)>40, la présence d'une instabilité cardio-vasculaire, une exacerbation d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) datant de moins de 1 mois, la présence d'un accompagnant pour le retour au domicile, et le refus de l'ambulatoire. Les autres critères présents au tableau I n'ont donc pas été retenus.

Les critères chirurgicaux ont été considérés comme validés à priori par la nature de l'intervention étudiée.

D'autres observations ont été retenues de ce rapport. Il concluait à l'absence de préférence pour une modalité anesthésique sur une autre. Les patients de statut ASA I, II et III stables étaient considérés éligibles à l'ambulatoire et la stabilité de l'état clinique était l'élément principal à prendre en compte. Les critères médicaux devaient être basés sur l'évaluation de chaque

patient, en tenant compte de son état général au moment de l'évaluation et de ses antécédents personnels et familiaux. Concernant le syndrome d'apnée du sommeil (SAS), le rapport concluait que les patients diagnostiqués étaient éligibles s'ils avaient des comorbidités stables, s'ils étaient capables d'utiliser la ventilation nasale par pression positive continue ou par pression positive à deux niveaux et si l'intervention chirurgicale n'était pas douloureuse et ne nécessitait pas l'utilisation d'opioïdes en postopératoire. L'IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$ était un critère d'exclusion sauf cas spécifique après évaluation de chaque patient. Les IMC $< 40 \text{ kg/m}^2$ étaient éligibles sauf en cas de comorbidité non stabilisée associée. Concernant les comorbidités cardio-vasculaires, le rapport concluait que la stabilité de l'état clinique était le critère le plus important. L'éligibilité dépendait du couple acte-patient et de l'analyse de la balance bénéfique/risque pour le patient. L'âge n'était pas un facteur d'exclusion pour la pédiatrie et la réduction de la séparation « enfant-parents » était bénéfique. Les autres critères étaient pris en compte de la même manière que chez les adultes. Les patients âgés ne devaient pas être exclus d'office. L'éligibilité des patients âgés dépendait de l'analyse du rapport bénéfique/risque pour chaque patient, de la prise en charge prévue et de l'organisation, notamment la permanence et la continuité des soins. Une évaluation de l'âge physiologique, de l'âge clinique, des antécédents et de l'environnement du patient était souhaitable. Aucune limite supérieure d'âge n'était fixée de façon arbitraire. Lors du trajet du retour à son lieu de résidence postopératoire, le patient devait être accompagné par un tiers et ne devait pas conduire de véhicule. La présence de l'accompagnant au lieu de résidence postopératoire dépendait du couple acte-patient. En pédiatrie, la présence d'un accompagnant en plus du conducteur est recommandée à la sortie, indépendamment de l'acte. Le groupe de travail concluait également que la durée du trajet et la distance d'éloignement n'étaient pas les critères les plus importants à considérer pour apprécier l'éligibilité du patient et que l'accès à un téléphone est recommandé.

La seconde étape du travail a été l'analyse de la cohorte à travers cette liste de critères d'éligibilité.

La population initiale, après croisement des fichiers obtenus par requête sur le codage informatique des actes et des diagnostics, regroupait 208 patients. Les caractéristiques de la population en terme d'âge et de sexe sont résumées au tableau II.

Tableau II : caractéristiques de la population

caractéristique	effectifs par catégorie d'éligibilité/prise en charge				effectif total	âge moyen
	ambulatoire	éligible	contre indiqué	NC		
homme	9	27	15	8	59	50,3
femme	27	84	30	8	149	65,4
âge moyen	59	61,6	63,6	55,5		61,1

Concernant l'objectif principal de l'étude, la proportion totale de patients éligibles à une prise en charge ambulatoire (patients A + patients E) sur cette série s'élevait à 70,7 %. La proportion de patients effectivement pris en charge sur le mode ambulatoire (patients A) s'élevait à 17,3 %.

Tableau III : proportion de patients éligibles à l'ambulatoire sur la cohorte

	effectif	proportion
échantillon	208	
patients éligibles	147	0,707
patients opérés en ambulatoires	36	0,173
dossiers incomplets	16	0,077
patients contre indiqués	45	0,216

Les causes de contre indication ou d'inéligibilité à l'ambulatoire étaient peu nombreuses comme en atteste le tableau IV. Elles sont dominées par le défaut d'accompagnant pour le retour au domicile ou la première nuit. L'insuffisance cardiaque et l'alcoolisation sont rapportées comme cause de contre-indication bien que ne figurant pas parmi les critères

d'éligibilité retenus car elles se sont intégrées pour les patients concernés dans une balance bénéfice/risque globalement défavorable.

Tableau IV : Cause de contre indication à l'ambulatoire

cause de contre indication	effectif	fréquence
Défaut d'accompagnant	35	0,714
alcoolisation aiguë ou chronique	2	0,041
exacerbation BPCO	2	0,041
balance bénéfice/risque défavorable	18	0,367
bilatéralité	4	0,082
insuffisance cardiaque congestive	1	0,020
1cause de contre indication	29	0,592
>1cause de contre indication	16	0,327

Concernant l'objectif secondaire de cette étude, seul l'âge a eu une influence significative sur le taux de prise en charge ambulatoire entre les tranches d'âge moins de 69 ans et 70 ans ou plus (Chi2 : $p=0,024$). Les résultats concernant les autres facteurs sont portés au tableau V.

Tableau V : résultats secondaires

	Ambulatoire	Temps complet	p
cohorte, n	36	172	
sexe			
F	27	122	
H	9	50	0,62
age moyen		0	
<70ans	30	110	
>=70ans	6	62	0,024
distance du centre		0	
<30km	25	125	
>=30km	11	43	0,54
période			
scolaire	18	102	
vacance	18	70	0,3
disponibilité lit au diagnostic			
disponible	16	69	
indisponible	4	14	0,75
jour de la semaine au diagnostic			
debut semaine (L,M,M,J)	24	97	
fin de semaine (V,S,D)	12	75	0,255

En dernière analyse, l'évaluation de la possibilité d'ajouter les patients au programme d'ambulatoire a montré que seulement 4 patients éligibles n'auraient pas pu être ajoutés au programme existant pour l'ambulatoire sur cette année 2016.

Discussion :

Cette étude a donc évalué le statut d'éligibilité à la prise en charge ambulatoire des patients opérés pour FEIR à l'hôpital sud de Grenoble en 2016 de façon rétrospective sur dossier. La constatation principale est celle d'un très grand potentiel de progression avec un total de plus de 70 % de la cohorte éligible à ce mode de prise en charge.

Ce résultat est cohérent avec les données retrouvées dans la littérature (5) (6).

Cette étude concerne une indication précise, sur un seul centre et une seule année. Elle n'étudie donc qu'une petite série de patients avec des effectifs faibles, limitant la puissance statistique des tests. Cependant nous pouvons comparer ce résultat à celui obtenu par l'agence technique pour l'information hospitalière (ATIH) qui mesure chaque année le taux d'ambulatoire dans ce codage précis (MCCA005 : ostéosynthèse à foyer ouvert d'une fracture d'un des os de l'avant-bras). Le taux effectif de prise en charge ambulatoire est inférieur à celui obtenu au plan national sur l'année 2016 (23,5%) mais très similaire à celui de 2015 (17,6%) (3). A notre connaissance, il n'existe pas d'évaluation à plus grande échelle du potentiel de développement de ce mode de prise en charge en orthopédie traumatologie ni à plus forte raison dans cette indication.

L'analyse du rapport HAS concernant les critères d'éligibilité à l'ambulatoire nous a permis d'en extraire les critères pertinents pour cette indication précise. Le choix de considérer les critères chirurgicaux comme validés à priori pour ce geste a été dicté par le fait que cette chirurgie n'expose pas à des complications majeures mettant en jeu un pronostic vital, ne nécessite en général qu'un traitement antalgique de palier 2, et ne concerne pas la filière

digestive. Le rapport d'analyse de la HAS sur les modalités de prise en charge ambulatoire précise bien la plupart des critères d'éligibilité. Cependant certains sont laissés à la discrétion des opérateurs, compliquant la définition du statut d'éligibilité de façon rétrospective sur dossier. Afin de limiter au maximum les biais, les dossiers où il existait un doute étaient analysés en profondeur et si le doute persistait, les patients étaient considérés de statut non connu (NC). Ceci pouvant amener à une sous-estimation de la proportion de patients réellement éligibles. Le critère sur lequel il existait un doute était le plus souvent celui de l'accompagnant. Dans le cadre d'une analyse rétrospective l'analyse de ce critère reste sujet à des biais. Pour limiter ce biais, au moindre doute les patients étaient classés contre-indiqués ou non connu. La première cause de contre indication au mode ambulatoire est l'absence d'accompagnant pour le retour au domicile et la première nuit. Près de 71,4 % des patients ont été contre-indiqués sur ce critère. Aucune donnée de littérature n'a été trouvée pour confronter ce résultat. Le choix des classes d'âge utilisées pour le critère secondaire peut prêter à débat. Le taux d'ambulatoire a également été testé pour deux autres valeurs de cut-off (50ans et 60ans) et ne montrait pas de différence significative. Bien que le rapport HAS exclue clairement l'âge comme critère d'inéligibilité, il rappelle qu'il faut prendre en compte l'âge physiologique des patients. La différence significative des taux d'ambulatoire entre les patients de moins de 70ans et de 70 ans ou plus pourrait s'expliquer par l'évaluation de cet âge physiologique. Il a été choisi d'analyser les périodes de vacance scolaire toutes zones confondues et toutes saisons confondues. Ce choix a été motivé par le fait qu'il existe traditionnellement une affluence touristique plus importante en Rhône-Alpes avec des activités sportives à risque sur les périodes de vacances. Nos résultats ne montrent pas de différence significative sur le taux d'ambulatoire entre les périodes scolaires ou de vacances. Cette absence de différence mériterait d'être confirmée en étudiant précisément les périodes de vacances hivernales avec la pratique des sports de glisse.

Le taux de chirurgie ambulatoire n'était pas significativement modifié selon la disponibilité en lit au moment du diagnostic. Il est à noter que cette analyse ne portait que sur les places disponibles en hospitalisation conventionnelle sur l'hôpital sud pour les secteur de chirurgie orthopédique. Ce résultat non significatif est à relativiser car l'analyse n'a pu être réalisée que sur les derniers mois de l'année. En effet, la donnée de disponibilité des lits n'a été informatisée qu'à partir de juillet 2016.

Il n'existait pas de différence significative sur le taux d'ambulatoire par rapport à la distance au centre entre les patients résidents à plus ou moins de 30 km de l'hôpital sud. Cette distance au centre, était déterminée le plus souvent par rapport au lieu de résidence principale, mais parfois au lieu de résidence secondaire ou de vacances. Le choix de prendre 30 km est arbitraire et ne reflète pas nécessairement le paramètre vraiment important qui est celui de la durée pour atteindre le centre de soin qui peut largement varier indépendamment de la distance en région montagnaise. Il faut rappeler que d'après le rapport HAS, le critère de distance à une structure de soin n'est pas le critère le plus important à prendre en compte parmi les facteurs environnementaux.

Cette étude montre donc un potentiel de 70 % d'ambulatoire dans cette indication d'ostéosynthèse à foyer ouvert d'une fracture d'un des os de l'avant-bras.

On peut considérer ce résultat comme potentiellement sous évalué, du fait de la proportion de données manquantes amenant à considérer de nombreux patients comme inéligibles. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat très local même s'il est cohérent avec les données de la littérature sur le potentiel global de l'ambulatoire (5) (6). Ce potentiel peut s'expliquer par la spécificité du recrutement de l'hôpital sud. En effet, en cas de pathologie médicale associée à prendre en charge, les patients sont plutôt orientés vers l'hôpital nord. Il s'agit d'une lésion dont la prise en charge chirurgicale ne présente que peu de risque de complication favorisant une bonne balance

bénéfice/risque et permettant de classer pratiquement tous les patients comme éligibles sur la base des critères chirurgicaux.

La différence entre le taux effectif de prise en charge ambulatoire et le potentiel peut s'expliquer par le fait que la filière ne soit encore qu'au stade de mise en place. Il semblerait que dans certains centres, le mode ambulatoire soit le mode de prise en charge par défaut dans cette indication et que l'hospitalisation à temps complet ne soit employée qu'en cas de contre indication.

Étant donné le potentiel et considérant que cela apporterait un bénéfice pour la structure et les patients, la programmation par défaut en ambulatoire dans cette indication serait un sujet à explorer.

Enfin, nous avons analysé les résultats également à travers le filtre des places restantes au programme de chirurgie ambulatoire programmée. En analysant par période glissante de 5 jours ouvrés, très peu de patients éligibles n'auraient pas eu de place. Toutefois en cas de basculement de l'ambulatoire vers la prise en charge par défaut dans cette indication, il conviendrait de réévaluer les besoins structurels selon les différents gestes réalisés en ambulatoire.

Conclusion :

Cette étude confirme un potentiel majeur de la chirurgie ambulatoire dans la prise en charge des fractures de l'extrémité distale du radius à l'hôpital sud de Grenoble, avec plus de 70 % des patients éligibles sur la cohorte étudiée. En 2016, le taux d'ambulatoire dans cette indication à l'hôpital sud de Grenoble était encore nettement sous le taux national.

L'analyse initiale du rapport HAS concernant les critères d'éligibilité pour ce mode de prise en charge constitue une base intéressante pour une standardisation de l'évaluation des patients.

Les différents facteurs initialement suspectés de modifier le taux d'ambulatoire n'ont pas eu d'influence significative dans cette étude, à l'exception de l'âge des patients.

Toutefois cette étude reste étroite en terme d'effectif et de champ d'évaluation. Il existe probablement un important potentiel dans de nombreuses autres indications d'orthopédie-traumatologie. Des études complémentaires pourraient préciser cela.

THÈSE SOUTENUE PAR : DELAHAYE Jean-Yves

TITRE :

ÉVALUATION DE LA PROGRAMMATION EN CHIRURGIE AMBULATOIRE DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ DISTALE DU RADIUS A L'HÔPITAL SUD DE GRENOBLE EN 2016 : UNE GRANDE MARGE DE PROGRESSION ACCESSIBLE.

CONCLUSION :

Cette étude confirme un potentiel majeur de la chirurgie ambulatoire dans la prise en charge des fractures de l'extrémité distale du radius à l'hôpital sud de Grenoble, avec plus de 70 % des patients éligibles sur la cohorte étudiée. En 2016, le taux d'ambulatoire dans cette indication à l'hôpital sud de Grenoble était encore nettement sous le taux national.

L'analyse initiale du rapport HAS concernant les critères d'éligibilité pour ce mode de prise en charge constitue une base intéressante pour une standardisation de l'évaluation des patients.

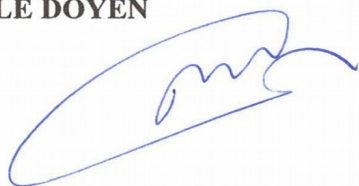
Les différents facteurs initialement suspectés de modifier le taux d'ambulatoire n'ont pas eu d'influence significative dans cette étude, à l'exception de l'âge des patients.

Toutefois cette étude reste étroite en terme d'effectif et de champ d'évaluation. Il existe probablement un important potentiel dans de nombreuses autres indications d'orthopédie-traumatologie. Des études complémentaires pourraient préciser cela.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN

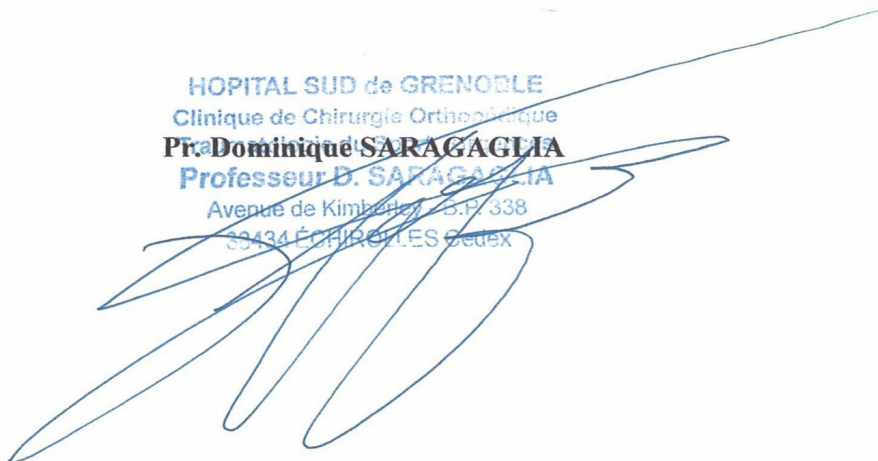


Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

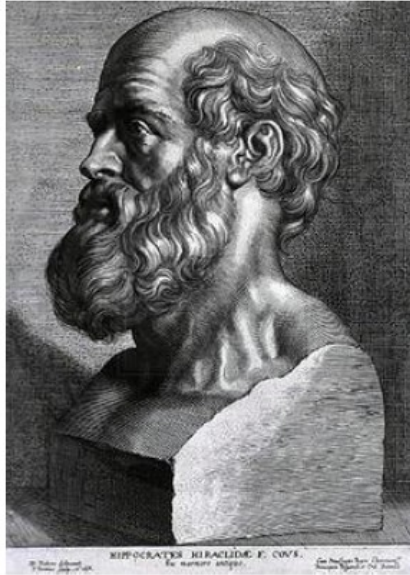
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

HOPITAL SUD de GRENOBLE
Clinique de Chirurgie Orthopédique
Pr. Dominique SARAGAGLIA
Professeur D. SARAGAGLIA
Avenue de Kimberley, B.P. 338
38434 ÉCHIROLLES Cedex



Bibliographie :

1. Huguier M, Milhaud G, Denoix de Saint Marc R. Economic relevance of outpatient surgery. BULLETIN DE L ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE. 2015;199(2-3):371–379.
2. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M. Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire, Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary outpatient surgery unit. Pratiques et Organisation des Soins. 2008;39(4):323-30.
3. Indicateurs par spécialité | Stats ATIH [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire-spec>
4. HAS: elements d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient [Internet]. [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf
5. Bert T, Hausswalt P, Weill M, D'Autume C, Dupays S, Perlberg J. PERSPECTIVES DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE. [Internet]. [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgieambulatoire_rapport.pdf
6. Busson O. Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire: l'exemple des cures de hernies inguinales ou crurales. Paris: CREDES; 2000.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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