

**Année universitaire 2020-2021**

**MEMOIRE**

**Pour L’obtention du**

**DIU Chirurgie ambulatoire**

**Réalisé par**

**Dr Ammar MAHMOUDI**

**Tuteur**

**Pr Noël HUTEN**

**Impact de la pandémie de COVID-19 sur l’activité de chirurgie ambulatoire lors du premier et second confinement dans la Région Hauts-de-France**

**Mots-clés :** pandémie COVID-19, chirurgie ambulatoire, confinement, région Hauts-de- France.

**MATERIEL ET METHODES**

 Un questionnaire a été envoyé par email, entre le 07 août 2021 et 07 septembre 2021 (deux relances à un mois d’intervalle), aux 48 cadres des unités de chirurgie ambulatoire des différents hôpitaux publics et privés de la région Hauts-de-France.

 Les adresses emails des cadres des UCA ont été récupérées directement en les contactant par téléphone (37 cas) ou auprès des secrétaires des UCA (11 cas). Le but de cette étude a été précisé aux répondants.

 Le questionnaire comprenait deux sections. La première section concernait les caractéristiques générales de différentes UCA  avec des questions portant sur le nombre de place, nombre d’intervention annuelle, pourcentage de l’activité chirurgicale ambulatoire, taux de conversion en chirurgie traditionnelle, présence ou non d’un circuit dédié patient avec « marche en avant », présence ou non d’un bloc opératoire dédié, la réalisation ou non d’interventions chirurgicales urgentes en ambulatoire, et les modalité de surveillance post-opératoire ( en chambre, salle d’attente commune, ou en box ?).

 La deuxième section concernait l’impact de la pandémie de COVID-19 sur l’activité de chirurgie ambulatoire lors du premier et du second confinement national avec des questions portant sur la fermeture de l’UCA, la durée de fermeture, le déplacement du personnel de l’UCA, l’annulation des patients, l’établissement d’une liste d’attente, la déprogrammation ou non de certaines chirurgies cancérologiques, le passage en ambulatoire de certaines interventions classiquement non prises en charge en ambulatoire, et le test de certaines innovations en chirurgie ambulatoire.

 Les questionnaires remplis ont été récupérés par email. Les résultats des questionnaires étaient présentés pour les variables quantitatives sous la forme de moyennes. Les variables nominales étaient représentées sous la forme de pourcentages en fonction des effectifs. L´analyse statistique a été réalisée à l´aide du logiciel Excel.

**RESULTATS**

 Parmi 48 cadres d’UCA sollicités, huit ont répondu au questionnaire.

1. **Répartition selon les départements :**

 La répartition des UCA selon les départements était la suivante : deux UCA dans le département de l’Aisne (02), deux UCA dans le département du Nord (59), une UCA dans le département de l’Oise (60), une UCA dans le département du Pas-de-Calais (62) et deux UCA dans le département de la Somme (80).

1. **Répartition selon le type de structure :**

 La répartition selon le type de structure était la suivante : sept UCA dans un centre hospitalier général (CHG), et une UCA dans une structure libérale.

 **3- Caractéristiques générales des différentes UCA :**

 Le nombre moyen de place par UCA était de 23 avec des extrêmes allant de 10 à 36 places.

Le nombre moyen d’intervention annuelle par UCA était de 4426 avec des extrêmes allant de 365 à 8000 interventions.

Le pourcentage de l’activité chirurgicale ambulatoire par UCA a été disponible pour sept UCA. Il était en moyenne de 61,5 % avec des extrêmes allant de 45,28 % à 84%.

Le taux (%) de conversion de chirurgie ambulatoire en chirurgie traditionnelle a été disponible pour la moitié des UCA. Il était en moyenne de 3,275 % avec des extrêmes allant de 2 à 4.

Trois UCA disposaient d’un circuit dédié patient avec « marche en avant ».

Aucune UCA ne pratiquait la chirurgie ambulatoire dans un bloc opératoire dédié.

Sept UCA réalisaient des interventions chirurgicales urgentes en ambulatoire. Parmi les interventions réalisées, on trouve essentiellement, la traumatologie (fracture des membres supérieures, les plaies traumatiques), et le drainage des abcès.

Cinq UCA disposaient d’une salle d’attente commune en pré-opératoire, et six UCA disposaient d’une salle d’attente commune en post-opératoire.

Aucune UCA ne disposaient d’un box de surveillance post-opératoire (hors SSPI) et trois UCA disposaient d’une chambre de surveillance post-opératoire.

1. **Impact de la pandémie de COVID-19 sur l’activité de chirurgie ambulatoire lors du premier confinement :**

 Lors du premier confinement,leshuit UCA ont été fermées. La fermeture a été complète dans cinq cas et partielle dans trois cas. La fermeture a été de six semaines dans trois cas, de sept semaines dans un cas et pendant toute la période de confinement dans quatre cas.

Pendant cette période de fermeture des UCA, le personnel a été déplacé vers le service de médecine dans deux cas, le service de chirurgie dans cinq cas, le service de réanimation dans deux cas, et le service « patient Covid » dans six cas.

Les patients ont été annulés par la cadre de l’UCA dans un cas, par une infirmière dans trois cas, et par la secrétaire dans huit cas.

Le nombre moyen de patients annulés n’a été précisé que dans deux cas. Dans une UCA, il a été annulé 79 patients et dans une autre UCA, il a été annulé 1824 patients.

Le pourcentage de patients annulés par rapport au nombre de patients programmés n’a été précisé que dans deux cas. Ce pourcentage a été de 81% dans un cas et de 95 % dans l’autre cas.

Une liste d’attente des patients annulés a été établie dans six UCA.

Certaines chirurgies cancérologiques ont été déprogrammées dans une UCA, il s’agissait essentiellement de la chirurgie urologique. Par contre, les activités de chirurgie cancérologique ont été maintenues dans sept UCA. Il s’agissait essentiellement de tumorectomie pour des cancers du sein et les poses de PAC.

Le personnel de l’UCA a été conservé dans trois cas et a été mutualisé dans cinq cas.

Pendant le premier confinement, le volume de chirurgie ambulatoire avait augmenté dans un cas, et avait diminué dans sept cas.

Pendant le premier confinement, certaines interventions classiquement non prises en charge en ambulatoire ont été passées en ambulatoire dans une UCA. Il s’agissait essentiellement de chirurgie septique (abcès péri-anal, kyste pilo-nidale surinfecté). Le nombre d’intervention urgentes réalisés pendant cette période n’a pas été précisé.

Le taux moyen de conversion de chirurgie ambulatoire en chirurgie traditionnelle a été précisé dans deux cas. Il a été de 3,55 % dans un cas et de 5 % dans un autre cas.

 Des innovations ont été testées dans quatre UCA. Parmi ces innovations, on trouve des outils d’organisation prévisionnelle dans un cas (planning des ressources humaines, des cellules de programmation et des staff avec des points réguliers par rapport au nombre de salles de bloc opératoire ouvertes…), l’arrivée décalée des patients dans deux cas, la planification de la prise en charge du patient en box ou en chambre dans deux cas, une rotation importante des places dans trois cas, une moindre durée de séjour dans un cas, la réduction des délais d’attente pré et postopératoire dans un cas, une consultation par une IDE en pré-opératoire dans un cas. La télémédecine en chirurgie ambulatoire n’a pas été testé par aucune UCA.

1. **Impact de la pandémie de COVID-19 sur l’activité de chirurgie ambulatoire lors du second confinement :**

 Lors du second confinement,seulement deux UCA ont été fermées. La fermeture a été complète dans un cas et partielle dans un cas. La fermeture a été de deux semaines dans un cas et huit semaines dans l’autre cas.

Pendant cette période de fermeture des UCA, le personnel a été déplacé vers le service de chirurgie, et le service « patient Covid » dans les deux cas.

Les patients ont été annulés par une infirmière dans un cas, et par la secrétaire dans un cas.

Le nombre moyen de patients annulés n’a pas été précisé dans aucun cas.

Le pourcentage de patients annulés par rapport au nombre de patients programmés a été précisé dans un cas. Il a été de 95 %.

Une liste d’attente des patients annulés a été établie dans deux cas.

Certaines chirurgies cancérologiques ont été déprogrammées dans un cas. Le type de chirurgie n’a pas été précisé.

Le personnel de l’UCA a été conservé dans un cas et a été mutualisé dans un cas.

Pendant le second confinement, le volume de chirurgie ambulatoire avait augmenté dans un cas, et avait diminué dans quatre cas. Il a été stable dans un cas.

Pendant le second confinement, certaines interventions classiquement non prises en charge en ambulatoire sont passées en ambulatoire dans quatre cas. Il s’agit essentiellement de chirurgie traumatologique, et des appendicectomies. Le nombre d’intervention urgentes réalisés pendant cette période n’a pas été précisé.

Le taux moyen de conversion de chirurgie ambulatoire en chirurgie traditionnelle n’a pas été précisé dans aucun cas.

Pendant le second confinement, des innovations ont été testées dans cinq UCA. Parmi ces innovations, on trouve des outils d’organisation prévisionnelle dans un cas, la planification de la prise en charge du patient en box ou en chambre dans un cas, le court-circuit SSPI dans un cas, la rotation importante des places dans un cas, la « marche en avant » dans deux cas, la moindre durée de séjour dans un cas. La télémédecine en chirurgie ambulatoire a été testée dans un cas.