

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 41

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention : Etudes spécialisées en gynécologie et obstétrique

PAR

SCHNEIDER Hervé
Né le 24/09/1987 à Saverne
Interne de spécialité

**Étude randomisée comparant une hospitalisation inférieure à 24 heures
après une hystérectomie par cœlioscopie à une hospitalisation
conventionnelle de 3 à 4 jours**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Cherif AKLADIOS

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 41

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention : Etudes spécialisées en gynécologie et obstétrique

PAR

SCHNEIDER Hervé
Né le 24/09/1987 à Saverne
Interne de spécialité

**Étude randomisée comparant une hospitalisation inférieure à 24 heures
après une hystérectomie par cœlioscopie à une hospitalisation
conventionnelle de 3 à 4 jours**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Cherif AKLADIOS

1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDÉS Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héléne Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seïamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIAL E.Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPPERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique.
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique.
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0412 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0400 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette Dr LORENZO Mathieu	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
 QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure
au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.*

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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 les crimes.*

*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 resté fidèle à mes promesses.

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

REMERCIEMENTS

Ma première pensée va à Madame le Docteur Lucie SCHWARTZ, qui avait conceptualisé et initié cette étude avec le Professeur AKLADIOS. Tout le mérite de la mise en place du protocole de l'étude lui revient. Elle me confiait « son bébé » à la fin de son internat pour que j'achève le travail, alors que seules quelques inclusions avaient pu être faites. Ceci me permettant d'organiser la poursuite de l'étude et d'en faire l'analyse, devenue mon travail de thèse.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Cherif Youssef AKLADIOS.

Travailler ensemble a toujours été plus qu'un grand plaisir, et je ne te remercierais jamais assez pour la confiance et la patience dont tu fais preuve envers moi. Merci également de m'avoir transmis un peu de ta grande expérience au cours de mon internat, j'ai toujours une pensée particulière lorsque je répète, au bloc opératoire, les gestes que tu m'as enseignés.

A Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF.

Je vous remercie très chaleureusement de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. J'ai eu la chance d'apprendre de votre justesse et de votre rigueur au cours de mon internat.

A Monsieur le Professeur Christian SAUSSINE.

J'ai beaucoup apprécié mon passage dans votre service lors de mon internat et j'ai gardé beaucoup de vos précieux enseignements. Il me tenait donc très à cœur de vous avoir dans mon jury.

A Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE.

Merci de me faire l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury, bien que j'eusse quitté le CHU de Strasbourg avant votre arrivée.

A Monsieur le Docteur François LEFEBVRE.

Je vous remercie pour les conseils et la réalisation de l'étude statistique de cette thèse.

A tous mes anciens collègues du CHU de STRASBOURG.

J'ai eu énormément de plaisir à travailler dans cet hôpital et l'internat fut riche en enseignements de grande qualité et de rencontres humaines exceptionnelles.

A ma famille.

J'ai une pensée très émue pour mon père qui m'a guidé (volontairement ou non ?!) vers ce métier que l'on a la chance unique d'exercer ensemble. J'espère être à la hauteur du grand respect que tu inspires par tes qualités professionnelles. Ce manuscrit t'est dédié.

A ma petite Maman et mes petits frères, qui ont été d'un soutien sans faille tout au long de ce parcours.

A mes grands-parents, que je tiens également à remercier pour leur soutien.

A Régine et Jacques, mes beaux-parents, pour leur relecture attentive.

Et enfin à l'amour de ma vie, Charlotte. Je n'ai pas de mots pour qualifier tout ce que je te dois. Tu es le bonheur et l'équilibre.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	19
1.	La chirurgie ambulatoire en gynécologie	19
2.	Hystérectomie et durée d'hospitalisation	23
3.	Qualité de vie postopératoire et hospitalisation courte	24
4.	Etude prospective pour une hystérectomie en hospitalisation courte	25
II.	MATERIELS ET METHODES.....	27
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion	27
2.	Randomisation	28
3.	Déroulement de l'hospitalisation	30
4.	Recueil des données	32
5.	Analyse statistique	37
III.	RESULTATS.....	39
1.	Caractéristiques de la population étudiée	39
2.	Objectif principal : le score EQ-5D-3L	41
3.	Évaluation de la douleur	44
4.	Score d'anxiété STAI forme Y-A	45
5.	Score SF-36	46
6.	Score Post-Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS)	48
7.	Événements indésirables et réhospitalisation	48
8.	Satisfaction des patientes	49
9.	Étude de coûts.....	50
IV.	DISCUSSION	52
V.	CONCLUSION	62
	ANNEXES	64
	Annexe 1 : Questionnaire Euroquol EQ-5D-3L.....	64
	Annexe 2 : Questionnaire SF-36	66
	Annexe 3 : Questionnaire STAI forme Y-A	70
	Annexe 4 : « Post Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS) »	71
	Annexe 5 : Échelle visuelle analogique (EVA) pour l'évaluation de la douleur	72
	Annexe 6 : Fiche d'information postopératoire concernant l'hystérectomie	73
	BIBLIOGRAPHIE.....	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Déroulement du recueil des questionnaires patientes

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Tableau 3 : Répartition des groupes dans les différentes dimensions en pourcentage

Tableau 4 : Résultats des scores Euroqol

Tableau 5 : Valeurs moyennes issues de l'analyse du score STAI

Tableau 6 : Moyenne du score SF-36 dans les différentes dimensions

Tableau 7 : Valeurs des postes de dépenses

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Euroqol EQ-5D Index

Figure 3 : Euroqol EQ-5D EVA-qualité de vie

Figure 4 : Evolution des valeurs médianes des EVA de la douleur

I. INTRODUCTION

1. La chirurgie ambulatoire en gynécologie

Les patientes qui bénéficient aujourd'hui d'une chirurgie gynécologique profitent des avancées conséquentes de ces dernières années dans le domaine de la chirurgie mini-invasive. Ces évolutions techniques sont à l'origine de suites opératoires plus simples, permettant une réhabilitation postopératoire précoce. C'est ainsi, qu'avec une sécurité croissante de la prise en charge, il a été possible d'améliorer la convalescence des patientes. Les suites postopératoires plus simples et la réhabilitation accélérée permettent logiquement d'envisager le raccourcissement des durées de séjour en milieu chirurgical. Cela, au bénéfice des patientes en premier lieu, mais aussi de la société d'un point de vue médico-économique.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est devenu, au vu de ces éléments, un axe fort de la stratégie nationale de santé publique depuis les années 2010. « La chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent » [1] selon les termes utilisés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), qui témoignent de l'importance de premier plan que ce type de prise en charge doit prendre. L'objectif fixé par les autorités est d'atteindre un taux national de chirurgie ambulatoire de 66,2% en 2020 [2]. Les conséquences de cette politique ont effectivement permis de faire progresser l'activité de chirurgie ambulatoire en France, à 51,9% en 2015, alors qu'elle était de 50% en 2014, avec une progression de près de 4% par an depuis 2013 [2]. Bien qu'en gynécologie la progression des prises en charges ambulatoires soit importante, avec un taux de plus de 50% depuis 2013 [3], la croissance de celle-ci pourrait être encore bien plus forte.

Le pays continue d'accuser un retard significatif dans ce domaine, et ce notamment par rapport à certains pays d'Amérique du nord et de l'OCDE (l'Organisation de Coopération et de Développement Economique). A titre d'exemple, déjà en 2004, les Etats Unis avaient un taux global de chirurgie ambulatoire de 80% [4].

La chirurgie ambulatoire est apparue en Ecosse pour la première fois en 1909 [4] et a été redéfinie lors d'une conférence de consensus en mars 2013 comme étant des « actes chirurgicaux programmés, réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivi d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention » [5].

De nombreuses vertus sont attribuées à la chirurgie ambulatoire. Pour le ministère de la solidarité et de la santé ce mode d'hospitalisation permet :

« Une amélioration notable de la prise en charge, les bénéfices de la chirurgie ambulatoire ne sont plus à démontrer en termes :

- De satisfaction du patient et de sa famille
- De qualité et de sécurité des soins chirurgicaux, par une limitation de l'exposition aux infections nosocomiales, c'est-à-dire des infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (hôpital, clinique...)
- De satisfaction des personnels, par l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail
- D'optimisation et d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie

- De réduction des coûts pour les établissements de santé et l'assurance maladie » [2].

La réalisation d'actes chirurgicaux en ambulatoire impose en conséquence l'exécution de gestes efficaces, l'utilisation de techniques mini-invasives et l'optimisation des gestes chirurgicaux, d'où la nécessité d'une certaine expertise et d'un niveau technique suffisant de la part des équipes chirurgicales.

Il en est de même concernant la stratégie anesthésique qui doit être adaptée à ce type de séjour. Le médecin anesthésiste joue un rôle majeur dans le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire. Il participe grandement à la bonne sélection des patients éligibles à ce type de chirurgie et au choix de modalités anesthésiques adaptées.

Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire exige une prise en charge rigoureuse de la douleur préopératoire, peropératoire et postopératoire, une limitation des agressions supplémentaires (sondes urinaires, drains), ainsi qu'une réhabilitation précoce avec ce que cela comporte de bénéfices : diminution du risque thrombo-embolique, d'infections nosocomiales etc. [5].

Faire de la chirurgie ambulatoire est donc bien un véritable défi pour les équipes soignantes avec comme prérequis l'utilisation de techniques efficaces et innovantes.

En plus de ces considérations médicales, il est certain que la chirurgie ambulatoire impose une organisation rigoureuse du parcours de soin. Il s'agit pour les hôpitaux d'un challenge organisationnel dont la difficulté augmente avec le taux de chirurgie ambulatoire réalisé. En effet, pour une chirurgie ambulatoire efficace, il est nécessaire de créer des unités spécifiques munies d'un personnel formé à ce type particulier de prise en charge. Ces unités, de préférence localisées à proximité du bloc opératoire, permettent un parcours du patient rapide et efficace au sein des structures. Aussi, une bonne organisation des programmes opératoires est

primordiale pour permettre un retour au domicile du patient dans des horaires acceptables. En post-hospitalier, il faut tisser le réseau qui permettra la poursuite de la prise en charge du patient, ce qui peut être complexe et doit être majoritairement prévu au préalable de l'acte chirurgical. Ainsi, en raison d'un rythme rapide de turn-over des patients et de la nécessité de respecter des protocoles de prise en charge, la chirurgie ambulatoire constitue un levier d'optimisation et d'efficience de l'organisation et des ressources des plateaux techniques de chirurgie. Cette organisation participe également à la satisfaction des équipes soignantes par l'amélioration de la qualité et des conditions de vie au travail en réduisant notamment le recours aux postes de nuit.

Sur le plan économique, la chirurgie ambulatoire est sans doute génératrice d'économies pour les établissements de santé. En effet, la pratique de l'ambulatoire permet la diminution des lits d'hospitalisation traditionnels par substitution de séjours de 1 ou 2 jours par des séjours d'une journée sans nuitée. Ceci crée une dynamique globale tendant vers une diminution de la DMS (Durée Moyenne de Séjour). Ainsi, et en dépit d'une variabilité des estimations, ce serait entre 6 milliards d'euros, selon la Haute autorité de santé et l'Agence nationale d'appui santé médico-social [2], et 5 milliards d'euros, selon la Cour des comptes [4], que la chirurgie ambulatoire serait susceptible de faire économiser à l'Assurance maladie. Ce qui constitue des sommes non négligeables au regard du contexte économique actuel.

Ainsi, la chirurgie ambulatoire est un défi technique et organisationnel de taille, cependant, on peut en espérer des bénéfices médico-économiques conséquents qui doivent constituer les moteurs de la progression de cette chirurgie. Ces considérations ne doivent néanmoins pas nous faire perdre de vue l'importance de la qualité de la prise en charge, de la sécurité et de la qualité de vie postopératoire des patients.

2. Hystérectomie et durée d'hospitalisation

En chirurgie gynécologique pelvienne, l'hystérectomie est l'intervention la plus courante avec un peu moins de 65 000 procédures réalisées en France en une année (59 822 séjours pour hystérectomies selon les données du PMSI en 2017 [8]), avec des chiffres variants entre 147 et 266 interventions par an réalisées pour 100 000 femmes selon les régions [6]. Cette intervention a la particularité de pouvoir être réalisée selon les trois voies d'abord de la chirurgie gynécologique : la laparotomie classique, la voie vaginale et enfin la voie coelioscopique également appelée laparoscopique. L'association de la voie laparoscopique et vaginale est également possible mais peu utilisée.

La première hystérectomie par voie laparoscopique, fut réalisée en 1988 par Harry Reich à Kingston, en Pennsylvanie [7]. En France, cette intervention est de plus en plus courante avec un taux progressant de 5% en 2005 à 10,1% en 2011, elle atteint 31% des hystérectomies en 2017 [8]. C'est donc une méthode d'intérêt croissant, ceci est justifié par le fait que l'hystérectomie laparoscopique présente des bénéfices en termes de suites opératoires, notamment par rapport à la laparotomie, et surtout lorsque l'hystérectomie vaginale n'est pas réalisable [9]. En effet, la voie laparoscopique a démontré qu'elle permet de diminuer les durées d'hospitalisation en comparaison avec la voie abdominale. Elle permet aussi un bénéfice en termes de reprise de l'alimentation et de l'activité normale [10]. La sécurité de ce type d'intervention est également comparable aux autres voies d'abords [11]. Au total, les complications sont équivalentes pour un gain en termes de durée d'hospitalisation et de convalescence, ce qui met en évidence tout l'intérêt de cette technique.

L'évolution de la chirurgie laparoscopique permet la réduction des durées d'hospitalisation. Mais au-delà de la technique chirurgicale, le principe de la réhabilitation postopératoire accélérée permet également un rétablissement plus rapide des patients. Ainsi, un peu plus de 40% des hystérectomies sont réalisées en ambulatoire aux États-Unis [12]. En France, actuellement moins de 1% des hystérectomies sont réalisées en ambulatoire.

3. Qualité de vie postopératoire et hospitalisation courte

Dans la littérature, les données de sécurité et de faisabilité de l'hystérectomie en ambulatoire sont certes, moyennement abondantes mais rassurantes. Il n'existe cependant quasiment aucune donnée sur la qualité de vie des patients dans les suites de ce type de chirurgie.

Ainsi, à titre d'exemple, dans une revue de la Cochrane sur la cholécystectomie laparoscopique [13], qui est une intervention couramment réalisée en chirurgie ambulatoire, il apparaît qu'il n'a pas été possible de donner une conclusion concernant l'impact de cette modalité de prise en charge sur la qualité de vie des patients. Les auteurs concluent sur la nécessité de réaliser des études prospectives et randomisées pour étudier la satisfaction des patients dans les suites d'une prise en charge en ambulatoire. Il en est de même pour de nombreuses interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire, dont l'hystérectomie laparoscopique.

De plus, il n'existe aucune étude prospective de grande dimension en France cherchant à évaluer la faisabilité d'une hystérectomie laparoscopique en hospitalisation courte ou en chirurgie ambulatoire. Ceci est sans doute lié à la difficulté que nous avons également rencontrée lors de la mise en place du protocole de cette étude. En effet, des contraintes administratives, limitant la réalisation d'une étude avec une prise en charge en ambulatoire, étaient en vigueur au moment du début de cette étude : il n'existait pas de tarification spécifique à la prise en charge en ambulatoire. L'allocation de ressources en hospitalisation publique n'incitait donc pas à raccourcir les séjours et imposait pour ce groupe homogène de séjour une borne basse d'hospitalisation de deux nuits [14]. Pour ces raisons, la réalisation d'une étude comportant sur un groupe de patientes hospitalisées en ambulatoire pour une intervention par hystérectomie laparoscopique n'était donc pas réalisable. A noter que ces bornes basses ont été retirées de la législation depuis.

4. Etude prospective pour une hystérectomie en hospitalisation courte

Compte tenu des éléments développés dans les paragraphes précédents, il apparaît primordial d'évaluer la possibilité de la réalisation d'une hystérectomie laparoscopique en chirurgie ambulatoire sur le territoire français, et ce, en prenant compte un critère important, négligé jusqu'à présent : la qualité de vie postopératoire.

C'est dans cet objectif que nous avons réalisé une étude prospective. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer l'évolution de la qualité de vie postopératoire selon la durée d'hospitalisation pour une hystérectomie laparoscopique. Ceci, en comparant un groupe de patientes en hospitalisation courte d'une journée d'hospitalisation postopératoire, à un groupe

de patientes en hospitalisation dite « conventionnelle » de 3 à 4 jours. Le protocole de cet essai prévoit également la recherche de plusieurs critères secondaires. Ces critères secondaires ont été retenus dans le but principal d'évaluer la possibilité de réaliser de cette chirurgie en ambulatoire au sens strict. Ils permettront également de mieux comprendre l'évolution de la qualité de vie à l'aide d'autres paramètres cliniques comme la douleur au cours des suites postopératoires.

L'étude intègre également un volet médico-économique, ayant pour objectif principal de mettre en valeur les postes de dépenses sur lesquels le raccourcissement des séjours a un impact et d'évaluer l'économie réalisable pour l'hôpital en diminuant les durées de séjour pour une hystérectomie laparoscopique.

Enfin, il s'agit ici d'une étude pilote, les données de cet essai ont été collectées dans l'objectif de mettre en place un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) visant à confirmer les éléments recueillis ici avec une meilleure puissance statistique. Ce PHRC de plus grande dimension aura pour objectif la réalisation des hystérectomies laparoscopiques en chirurgie ambulatoire à proprement parler, dès que cela sera possible.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude monocentrique, qui s'est déroulée sur les sites de l'hôpital de Hautepierre et du Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (CMCO) de Schiltigheim, appartenant tous deux au pôle de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) des HUS a été promotrice du projet, au titre des Projets de Recherches Internes (PRI). Les inclusions des patientes se sont déroulées entre les années 2013 et 2016. Le protocole de cette étude a été validé par le Comité de Protection des Personnes (CPP) local.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour pouvoir participer à cette étude, les patientes devaient présenter une indication à la réalisation d'une hystérectomie pour une pathologie bénigne. Il devait s'agir de femmes âgées de 35 à 70 ans, dont le volume de l'utérus était estimé inférieur à une taille correspondant à un utérus grvide de 12 semaines d'aménorrhée. Ces patientes ne devaient pas avoir d'antécédents médicaux ou chirurgicaux pouvant être à l'origine d'un allongement de l'hospitalisation. Elles devaient habiter à moins d'une heure d'une structure de soins adaptée et devaient avoir une personne accompagnante responsable et valide auprès d'elles pour les jours suivant l'intervention. Il s'agissait donc de patientes pour lesquelles une intervention en chirurgie ambulatoire était réalisable, compte tenu des antécédents et du contexte social selon les critères habituellement utilisés pour ce type de prise en charge.

Nous avons donc logiquement exclu les patientes ayant une contre-indication à la laparoscopie, ou toutes pathologies intercurrentes pouvant être responsables d'une prolongation de l'hospitalisation de plus de 24 heures. Il en était de même pour les patientes sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice. Ainsi que les patientes ne bénéficiant pas de régime de sécurité sociale.

Si la patiente était éligible à la participation à l'étude, son consentement était recueilli lors d'une consultation préopératoire ou, au plus tard, la veille de l'intervention. Ceci après une information claire, loyale et bien comprise sur le déroulement de l'étude avec la remise d'un document d'information et d'un formulaire de consentement que la patiente devait signer.

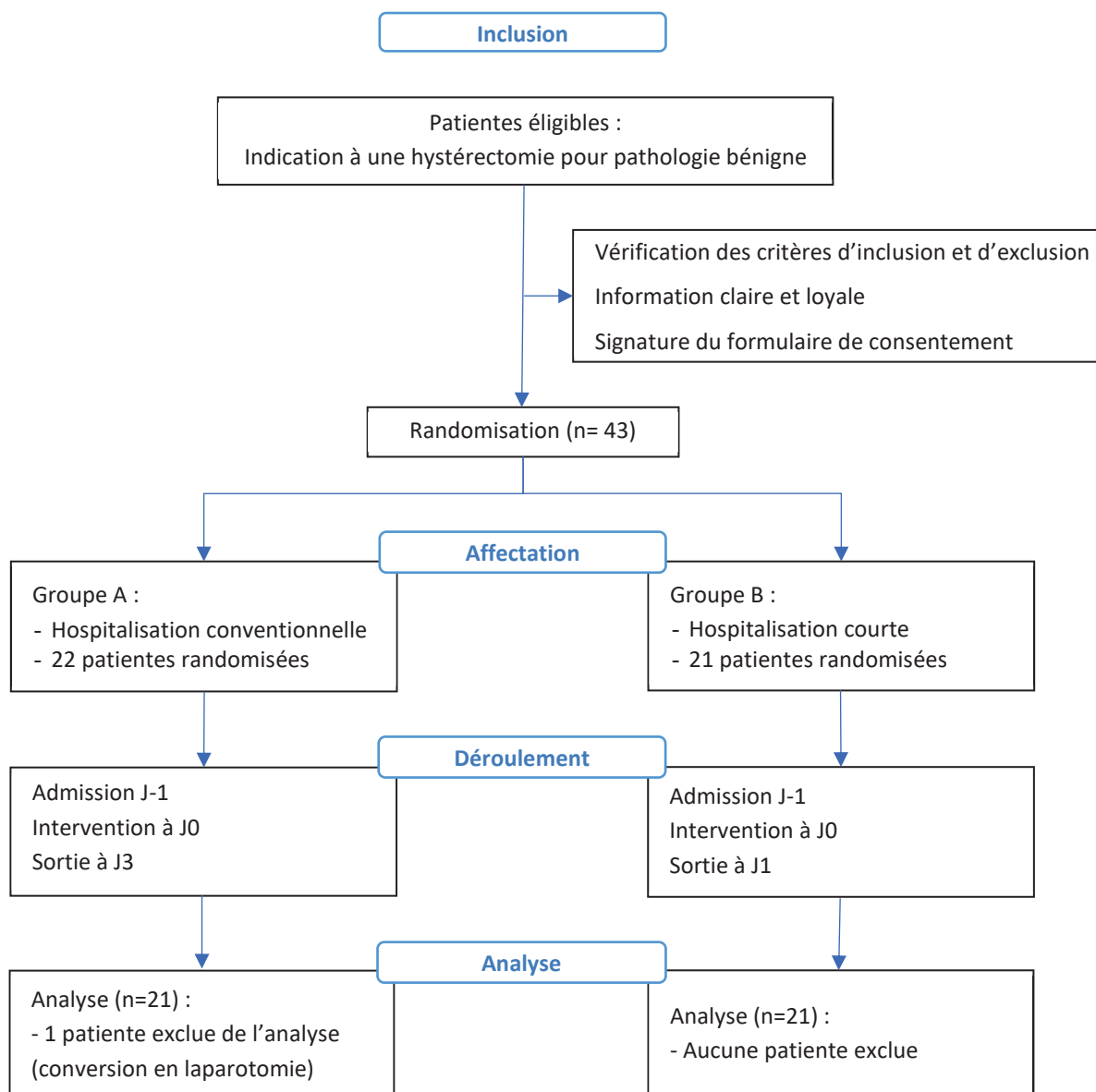
2. Randomisation

Après recueil du consentement à la participation à l'étude, nous avons procédé à la randomisation des patientes dans un des deux groupes : un groupe « A », dont la durée d'hospitalisation est dite « conventionnelle », c'est-à-dire une sortie du service de gynécologie à l'issue de 3 à 4 jours d'hospitalisation, qui était la durée de séjour habituelle dans notre pôle. Le groupe « B » comprenait les patientes pour lesquelles la durée d'hospitalisation était dite « courte », la sortie s'effectuant le lendemain de l'intervention.

Nous avons ainsi inclus 43 patientes pour cette étude. Une patiente a été exclue en cours d'étude en raison d'une conversion de laparoscopie vers une laparotomie. Au total, 42 dossiers de patientes ont été analysés, dont la répartition est équilibrée, avec 21 patientes dans chaque groupe.

Ces données sont résumées dans le diagramme de flux ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



3. Déroulement de l'hospitalisation

Les patientes ont été admises la veille de l'intervention (instant J-1), et recevaient une visite préopératoire du médecin anesthésiste et du chirurgien gynécologue pour s'assurer de l'absence de contre-indications anesthésiques et opératoires apparues dans l'intervalle de la consultation préopératoire et du jour de l'intervention. Une dernière information sur les bénéfices et risques attendus de l'intervention était fournie à la patiente ainsi que sur le déroulement de l'hospitalisation en fonction de son groupe d'appartenance selon la randomisation effectuée. Nous rappelions également aux patientes le déroulement de l'étude, et les modalités du recueil des données. Nous nous assurons alors une dernière fois de l'accord de la patiente à cette prise en charge.

L'intervention était réalisée au cours de la matinée du premier jour de l'étude appelé « J0 ». Les hystérectomies étaient réalisées par l'équipe de praticiens hospitaliers, chefs de cliniques ou internes du pôle de gynécologie du CHU de Strasbourg. Après induction en anesthésie générale, réalisée par l'équipe d'anesthésie attachée au pôle de gynécologie, était réalisée une hystérectomie laparoscopique classique avec 4 trocarts (un trocart optique de 10mm, ombilical, mis en place après insufflation à l'aiguille de Verès ou par introduction directe, et trois trocarts opérateurs de 5mm en fosses iliaques droite et gauche et en sus-pubien).

Un manipulateur utérin était systématiquement utilisé, il s'agissait d'un manipulateur de Clermont-Ferrand ou de Tintara. Une sonde urinaire était toujours mise en place en début d'intervention.

Les interventions étaient réalisées en utilisant la pince bipolaire classique et le ciseau cœlioscopique. Ont été réalisées majoritairement des hystérectomies totales avec extraction de la pièce par voie vaginale ainsi que des hystérectomies subtotaux avec nécessité, dans ces cas, d'une extraction par morcellation de la pièce. A la fin de l'intervention, les patientes étaient transférées en salle de réveil avant leur retour au service.

L'anesthésie était induite et prolongée par l'injection intraveineuse de Propofol dans la majorité des cas, la Kétamine a également été utilisée pour certaines patientes. Un curare était systématiquement utilisé (Cisatracurium) ainsi qu'un opioïde (Sufentanil). L'antalgie peropératoire comprenait du Paracétamol, Néfopam et Kétoprofène. Les mêmes antalgiques ont été utilisés en postopératoire associant également du Tramadol. Nous effectuons également une prévention des gastrites et ulcères postopératoires par la prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons à une dose préventive de façon quotidienne et pendant une semaine après l'intervention.

La sonde urinaire était retirée soit, directement en fin d'intervention ou, au retour au service. L'antalgie était réalisée majoritairement par voie orale, le retrait de la voie veineuse s'effectuant au plus tard le lendemain matin de l'intervention. Puis, selon le groupe de la patiente, la sortie était effectuée à J1 postopératoire ou à J2 et J3 postopératoire. Les consignes postopératoires étaient données à la patiente par le médecin responsable de la sortie, s'y associaient la lettre provisoire de sortie et la feuille d'information destinée aux patientes (Annexe 7). La prescription antalgique postopératoire était expliquée et délivrée en amont de l'intervention ou le jour de la sortie.

La thromboprophylaxie par Héparines de Bas Poids Moléculaire (HBPM) à une dose préventive était systématique, réalisée selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) en vigueur, avec une durée d'un minimum de 15 jours. Selon les antécédents de la patiente et de son risque thrombo-embolique, cette durée pouvait être prolongée jusqu'à 6 semaines postopératoire. On associait systématiquement une prescription de bas anti-thrombose.

4. Recueil des données

Les données de l'étude ont été recueillies dans deux cahiers. Le premier était le « cahier patient », fourni aux patientes au début de l'étude, la veille de l'intervention. Elles étaient invitées à y remplir les tableaux des différents scores de qualité de vie, de mesure de l'anxiété et des Echelles Visuelles Analogiques (EVA). Ces données ont été recueillies à partir du jour précédent l'intervention jusqu'au 30^{ème} jour postopératoire, une à deux fois par jour à des moments précis, que nous appelons « instants ». L'instant J-1 correspondant à la veille de l'intervention, l'instant J0 au jour opératoire, l'instant J1 au premier jour postopératoire et ainsi de suite. Certains de ces instants sont accompagnés d'horaires précis. Les patientes devaient rendre ce cahier le jour de la consultation postopératoire afin de permettre la mise en forme des données pour l'étude statistique. Nous avons utilisé un second cahier nommé « dossier source » qui permettait de suivre le dossier de la patiente au cours de son parcours hospitalier. Il était complété par l'équipe soignante et comprenait quelques données concernant l'évolution de la patiente et principalement les éléments de l'étude des coûts hospitaliers.

L'objectif principal était de comprendre l'évolution de la qualité de vie des patientes de la veille de l'intervention jusqu'à J30 postopératoire selon le type d'hospitalisation. Pour cela, chaque patiente remplissait le questionnaire du score de qualité de vie Euroquol se trouvant dans le « cahier patiente » (Annexe 1). Le système Euroquol est composé de deux éléments principaux.

Le premier est un score descriptif en cinq dimensions de la vie courante (« mobilité », « autonomie de la personne », « activités courantes », « douleurs / gêne », « anxiété / dépression »), chacune décrite par trois niveaux de problème(s) (« aucun problème » ou niveau 1, « des problèmes » ou niveau 2, « des problèmes extrêmes », ou niveau 3). Le répondant doit indiquer, pour chacune des dimensions, l'état dans lequel il se trouve. Pour chacune des combinaisons à trois niveaux dans les 5 dimensions, correspond un index reflétant l'état de santé. Pour la population française, cet index se situe entre -0,594 et 1. Zéro indique un état identique à la mort, 1 un état de bonne santé.

Le second élément du score Euroquol comporte une évaluation globale de la qualité de vie (EQ-VAS) où les patientes évaluent leur état de santé sur une échelle visuelle analogique graduée de 0 à 100, où 0 est considéré comme étant le « pire état de santé imaginable » et 100 le « meilleur état de santé imaginable » par la patiente. Cette information peut être utilisée comme une mesure quantitative de l'état de santé jugée par le répondant lui-même. Le questionnaire était complété par les patientes la veille de l'intervention (J-1), à J3 postopératoire, J7 et J30 postopératoire.

Des objectifs secondaires ont également été évalués, notamment par un score de qualité de vie globale à l'aide du questionnaire SF-36 (Annexe 2). Ce questionnaire figurait également dans le « cahier patiente » et était complété par les patientes la veille de l'intervention et à J30

postopératoire. Ce questionnaire est une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale en huit dimensions. La patiente est invitée à répondre à 36 questions qui permettent de calculer pour chaque dimension un score variant de 0 à 100. A partir de ces huit dimensions, il est également possible de calculer deux scores synthétiques : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale.

La possibilité de sortie à 8 heures postopératoire a été évaluée dans le but d'estimer la quantité de patientes qui aurait pu sortir le jour même de l'intervention. Ceci a été réalisé à l'aide du questionnaire PADSS (Post-Anesthesia Discharge Scoring System), décrit par F. Chung en 1995 [15] (Annexe 4). Il s'agit du score d'aptitude à la rue couramment utilisé en chirurgie ambulatoire. Ce score comporte cinq dimensions qui sont évaluées de 0 à 2 : les signes vitaux, le niveau d'activité, les nausées et vomissements, la douleur et le saignement postopératoire. Le patient peut retourner chez lui escorté par un tiers lorsque ce score est supérieur ou égal à 9/10.

Une évaluation complémentaire de l'anxiété est réalisée également à l'aide du score STAI (State-Trait Anxiety Inventory) forme Y-A (Annexe 3). Cette évaluation a été réalisée la veille de l'intervention, à J1, J2, J3, J7, et J30.

La douleur postopératoire, par une Echelle Visuelle Analogique (EVA) et la consommation d'antalgiques, étaient également évaluée. Ces données ont été recueillies à H8 postopératoire (avec le score PADSS), puis le matin (8h) et le soir (18h) à J1, J2, J3 postopératoire, puis le matin (8h) à J4, J5, J6, J7 et J30. Les échelles EVA étaient renseignées par les patientes dans le « cahier patiente », elles y indiquaient le niveau de leurs douleurs sur les échelles prévues à cet effet (Annexe 6).

Les complications postopératoires étaient recueillies au cours de l'étude, qu'ils s'agissent d'infections du site opératoire, de complications hémorragiques, de complications thromboemboliques, ainsi que de tout autre événement indésirable. Ces événements étaient cotés à l'aide des définitions standardisées du Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) publiées par le National Institute of Health (NIH). Le CTCAE permet la cotation des événements indésirables en cinq grades :

- Grade 1 : Léger ; asymptomatique ou symptômes légers ; diagnostic à l'examen clinique uniquement ; ne nécessitant pas de traitement.
- Grade 2 : Modéré ; nécessitant un traitement minimal, local ou non-invasif ; interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- Grade 3 : Sévère ou médicalement significatif mais sans mise en jeu immédiate du pronostic vital ; indication d'hospitalisation ou de prolongation d'hospitalisation ; invalidant ; interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne.
- Grade 4 : Mise en jeu du pronostic vital ; nécessitant une prise en charge en urgence.
- Grade 5 : Décès lié à l'événement indésirable.

Un questionnaire de satisfaction était prévu en fin d'étude. Les patientes étaient amenées à définir par une note entre 0 et 10 la qualité de la prise en charge. Nous leur avons demandé si oui ou non elles recommanderaient la participation à l'étude et si oui ou non elles conseilleraient à une amie la prise en charge dont elles ont bénéficiée dans leur groupe respectif.

Tableau 1 : Déroulement du recueil des questionnaires patientes

Recueil	J-1	J0 avant l'intervention	J0 intervention + 8h	J1 8h	J1 18h	J2 8h	J2 18h	J3 8h	J3 18h	J4	J5	J6	J7	J30
Euroqol EQ-5D	1							1					1	1
SF-36	1													1
EVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
STAI Y-A	1			1		1		1					1	
PADSS score			1											
Questionnaire de satisfaction														1

(1) représente le moment où les patientes devaient remplir les questionnaires.

Au cours de l'étude nous avons également réalisé un recueil en vue d'une évaluation des coûts. Pour cela, un tableau complet a été prévu dans le « dossier source » recensant la totalité du matériel pouvant être utilisé au cours d'un séjour pour une hystérectomie.

Ainsi, à chaque jour et à chaque étape du séjour de la patiente, au service d'hospitalisation de chirurgie gynécologique, au bloc opératoire et en soins de suites et de surveillance post-interventionnelle, était recueillie la liste complète du matériel utilisé. Nous avons également recueilli dans le même « dossier source » le temps mesuré en minutes que chaque membre du personnel passait aux soins de la patiente. Ces éléments ont été mis en place dans l'objectif d'estimer le coût réel de l'hospitalisation pour une hystérectomie et d'effectuer une comparaison des coûts entre les deux groupes de patientes en hospitalisation conventionnelle ou en hospitalisation courte.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée majoritairement par le service de méthodologie et de biostatistiques du pôle de santé publique du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg. Elle a comporté une partie descriptive et une partie inférentielle.

L'analyse statistique descriptive des variables quantitatives s'est faite en donnant pour chaque variable, les paramètres de position (moyenne, médiane, minimum, maximum, premier et troisième quartiles) ainsi que les paramètres de dispersion (variance, écart-type, étendue, écart interquartile). Le caractère gaussien des données a été testé par le test de Shapiro-Wilk et par des diagrammes quantiles-quantiles. Le descriptif des variables qualitatives s'est fait en donnant les effectifs et proportions de chaque modalité dans l'échantillon.

Les comparaisons de variables quantitatives entre groupes ont été réalisées soit, par un test de Student lorsque la variable d'intérêt était gaussienne soit, par un test non-paramétrique si elle ne l'était pas (test de Mann-Whitney-Wilcoxon).

Les comparaisons de variables quantitatives entre groupes en fonction du temps ont été réalisées par des modèles linéaires mixtes.

Toutes ces analyses ont été réalisées avec le logiciel R dans sa version 3.2.2 ainsi qu'avec tous les logiciels requis pour mener à bien les études. Certaines de ces analyses ont été réalisées sur les calculateurs en ligne issus du logiciel R, il s'agit d'un site de l'institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLESP, Université de médecine de la Sorbonne, institut INSERM).

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques des patientes ayant participé à l'étude sont résumées dans le tableau 2 ci-après. On note une bonne comparabilité des groupes sur les paramètres recherchés avec l'absence de différences significatives dans les catégories d'âge, de taille, de poids et d'IMC.

L'indication des hystérectomies était majoritairement pour des saignements anormaux (66,5% des patientes), ces patientes présentaient des ménorragies, des métrorragies ou l'association des deux symptômes. La seconde indication était les douleurs pelviennes (23,8% des patientes). Il s'agissait pour la plupart d'utérus fibromateux, d'une adénomyose ou de l'association des deux pathologies. A noter que l'une des hystérectomies (2,3%) a été réalisée en raison d'un trouble de la coagulation étant à l'origine des saignements anormaux, une autre pour un épaissement endométrial sous Tamoxifène qui s'est avéré bénin, et enfin, une a été réalisée pour changement de sexe.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques		Groupe A (%) Hosp. Conventionnelle (N = 21)	Groupe B (%) Hosp. Courte (N = 21)	Valeur de p
Population	Age (années)	47,76	46,71	0,63
	Poids (kg)	72,8	70,4	0,57
	Taille (cm)	165	163	0,42
	IMC (kg/m ²)	26,60	26,65	0,99
Antécédents	Césarienne	3	3	>0.05
	Chirurgie abdominale (hors césarienne)	11	9	>0.05
Comorbidités*	0	13	10	>0.05
	1	6	10	>0.05
	2	2	1	>0.05
Déroulement	Site de HautePierre	16	16	>0.05
	Site du CMCO	4	4	>0.05
	Durée de passage**(min)	152	153	>0.05

*index de comorbidités selon Charlson [16]

**durée de présence de la patiente en salle opératoire.

2. Objectif principal : le score EQ-5D-3L

Les scores de qualité de vie issus du système EuroquoL, donnent des résultats dont les différences des valeurs ne sont pas significatives aux différents instants postopératoires.

En effet, les index correspondant aux cinq dimensions de la vie courante montrent des valeurs comparables aux différents jours postopératoires. Les résultats sont listés dans le tableau 3 ci-dessous.

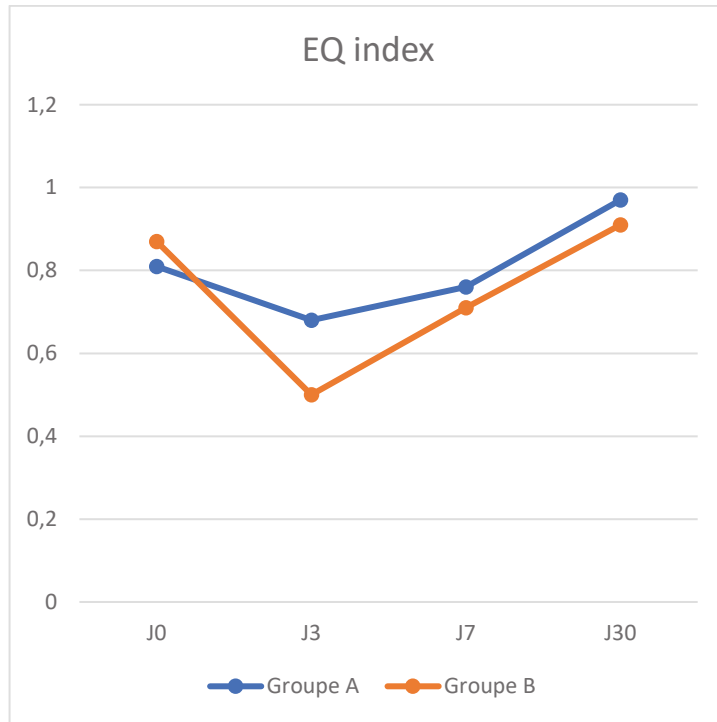
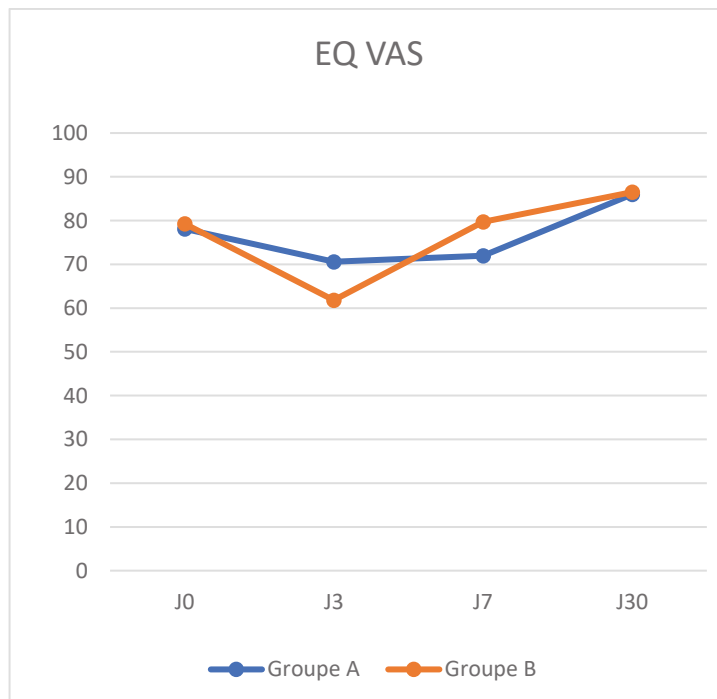
L'analyse des EVA-états de santé (EVA-VAS) ressenties par les patientes donne des moyennes comparables dont les différences ne sont pas statistiquement significatives. Ces résultats sont décrits dans les tableaux 3 et 4 ainsi que dans les figures 2 et 3 ci-dessous :

Tableau 3 : Répartition des groupes dans les différentes dimensions en pourcentage

	Temps Groupe	J-1		J3		J7		J30	
		A	B	A	B	A	B	A	B
Mobilité	Niv. 1	94,4	100	76,7	55	94,4	90	88,5	95,2
	Niv. 2	5,9	0	23,6	40	0	10	11,8	4,76
	Niv. 3	0	0	0	5	5,9	0	0	0
Autonomie	Niv. 1	94,4	95	100	60	94,4	80	100,3	100
	Niv. 2	5,9	5	0	35	5,9	20	0	0
	Niv. 3	0	0	0	5	0	0	0	0
Activité courante	Niv. 1	88,5	95	17,7	20	53,1	45	94,4	85,7
	Niv. 2	11,8	5	82,6	60	41,3	50	5,9	14,3
	Niv. 3	0	0	0	20	5,9	5	0	0
Douleur / Gêne	Niv. 1	53,1	55	11,8	15	35,4	40	53,1	61,9
	Niv. 2	41,3	40	88,5	80	59	50	41,3	38,1
	Niv. 3	5,9	5	0	5	5,9	10	5,9	0
Anxiété / Dépression	Niv. 1	70,8	65	76,7	70	82,6	75	82,6	100
	Niv. 2	17,7	35	17,7	25	11,8	25	11,8	4,76
	Niv. 3	11,8	0	5,9	5	5,9	0	5,9	0

Tableau 4 : Résultats des scores Euroquol

	Groupe A Hosp. Conventionnelle	Groupe B Hosp. Courte	Valeur de p
Valeur des index de qualité de vie :			
J0	0,812	0,867	0.43
J3	0,683	0,497	0.054
J7	0,760	0,709	0.62
J30	0.968	0.906	0.50
Moyenne des EVA : (EQ-VAS)			
J0	78,1	79,3	0,87
J3	70,6	61,8	0.21
J7	72	79,7	0.22
J30	86	86,5	0.94

Figure 2 : Euroquol EQ-5D Index**Figure 3 : Euroquol EQ-5D : EVA-qualité de vie**

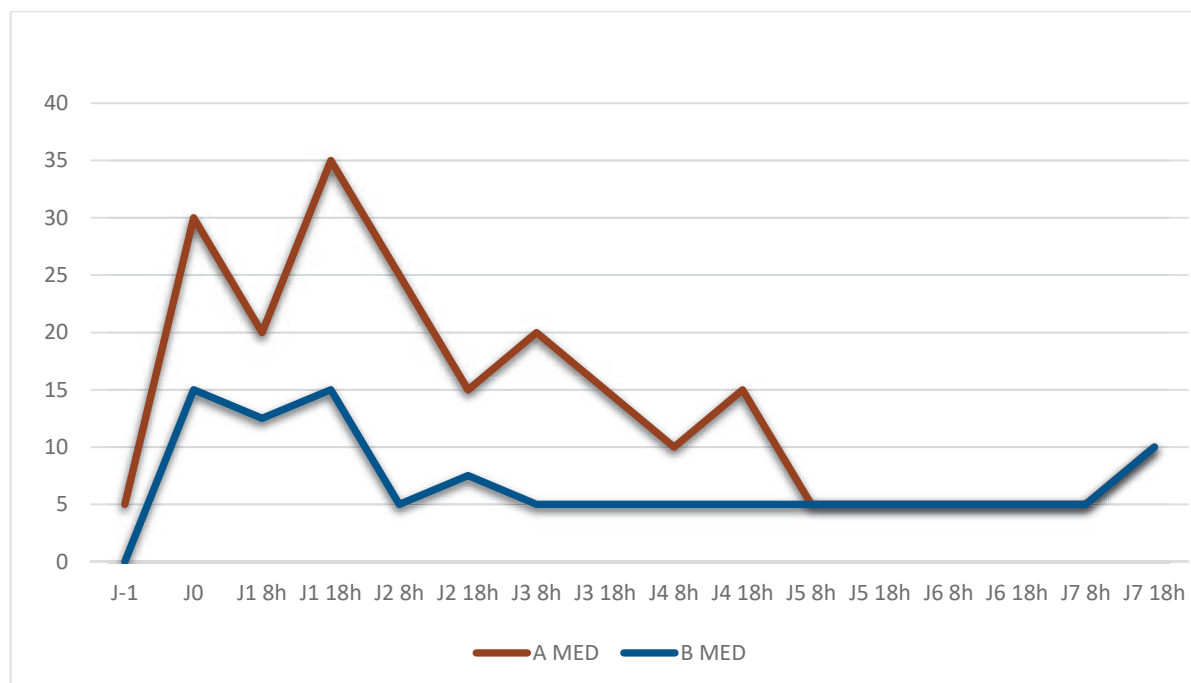
3. Évaluation de la douleur

L'analyse statistique des valeurs des Echelles Visuelles Analogiques (EVA) des douleurs met en évidence les éléments suivants :

A l'instant J1 18h et à l'instant J2 8h, les valeurs des EVA sont significativement plus basses dans le groupe B (hospitalisation courte) que dans le groupe A (hospitalisation conventionnelle). Les autres différences aux instants avant et après ces deux valeurs ne sont pas statistiquement significatives.

Les moyennes et les médianes des valeurs des EVA sont systématiquement plus élevées dans le groupe A que dans le groupe B jusqu'à l'instant J5 8h, par la suite la tendance s'inverse. Il en résulte une baisse significativement plus importante des douleurs au cours du temps dans le groupe A que dans le groupe B à partir de l'instant J0 dans l'analyse des modèles linéaires mixtes. Ces éléments sont visualisables sur la figure 4, reprenant les valeurs médianes des EVA douleurs aux différents instants du recueil.

Figure 4 : Evolution des valeurs médianes des EVA de la douleur



4. Score d'anxiété STAI forme Y-A

Bien qu'on note que les moyennes du score d'anxiété soient plus faibles dans le groupe d'hospitalisation courte, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de l'étude aux différents instants de la mesure du score. L'effet du temps sur les scores n'est également pas significatif dans les différents groupes, même si l'on note une légère diminution des moyennes à J1 postopératoire pour une amélioration en fin d'étude par rapport aux moyennes initiales.

Les moyennes des scores sont résumées dans le tableau 5 ci-après.

Tableau 5 : Valeurs moyennes issues de l'analyse du score STAI

	Groupe A Hosp. Conventiionnelle	Groupe B Hosp. Courte	Valeur de p
Instants par rapport à la chirurgie			
J-1	48,94	47,5	0,33
J1	46,39	46	0,77
J2	46,06	44,32	0,29
J3	47,28	44,9	0,15
J7	47,78	46,85	0,48
J30	50,5	48	0,12

5. Score SF-36

L'analyse du score SF-36 ne révèle pas de différence significative entre les groupes A et B dans les différentes dimensions du jour préopératoire et au 30^{ème} jour postopératoire.

Il n'existe pas d'effet du temps entre les différentes variables dans un groupe comme dans l'autre entre J-1 et J30 postopératoire. Finalement, les deux groupes ne présentent aucune différence significative dans le score SF-36 quel que soit le temps et quel que soit le groupe dans chacune des dimensions ainsi que dans les agrégats de dimensions physique et psychique.

Tableau 6 : Moyenne du score SF-36 dans les différentes dimensions

	Instant J-1			Instant J30		
	Groupe A	Groupe B	Valeur de p	Groupe A	Groupe B	Valeur de p
Fonctionnement Physique	77,35	86,32	0.29	87,22	75,83	0.56
Limitations liées aux problèmes physiques	7,35	7,9	0.94	19,44	18,75	1
Limitations liées aux problèmes émotionnels	1,95	3,51	0.63	11,11	8,33	0.79
Vitalité	59,22	59,56	0.96	64,6	57,32	0.45
Bien-être émotionnel	62,65	66,84	0.60	73,89	67,92	0.15
Fonctionnement social	66,82	80,82	0.23	80,44	64,33	0.16
Douleur physique	59,5	56,5	0.82	62,89	52,42	0.48
État général de santé perçu	62,65	68,75	0.57	80,56	77,08	0.60
Score agrégé de santé physique	51.71	55.70	0.73	47.66	52.68	0.43
Score agrégé de santé mentale	62.53	56.02	0.23	57.51	49.60	0.08

6. Score Post-Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS)

Les données du score PADSS étaient disponibles pour 26 patientes de l'étude. Au total sur ces 26 patientes, 4 ne correspondaient pas aux critères d'aptitude à la rue tels qu'ils sont définis dans le score PADSS. En conséquence, 84,68% des patientes étaient éligibles à un retour au domicile 8 heures après l'intervention.

A noter que les données étaient disponibles pour 13 patientes de chaque groupe et que toutes les patientes qui n'étaient pas éligibles à une sortie 8 heures après l'intervention étaient dans le groupe A.

7. Événements indésirables et réhospitalisation

Au cours de l'étude, trois patientes ont présenté un événement indésirable, soit un taux d'évènements indésirables de 7,2%. Il s'agissait d'une patiente dans le groupe A et deux patientes dans le groupe B, cette différence est non significative ($p=0,56$). Il s'agissait d'évènements indésirables de grade 2 selon la NIH.

Les deux patientes du groupe B ont présenté une hyperthermie avec un diagnostic d'infection vaginale traitée par antibiothérapie adaptée. Une patiente du groupe A a présenté une récurrence de douleur pelvienne à J24 de l'intervention sans étiologies retrouvées, d'évolution favorable sous traitement antalgique. Le lien direct entre ces douleurs et l'intervention chirurgicale n'a donc pas été démontré. Il n'y a pas eu de réhospitalisation consécutivement à ces événements indésirables dans aucun des groupes.

8. Satisfaction des patientes

Peu de patientes ont complété le questionnaire de satisfaction, à remplir un mois après l'intervention, que nous avons proposé en fin d'étude.

En effet, seulement 8 patientes ont donné une note pour le groupe A et 12 pour le groupe B. Le manque de puissance statistique pour cette analyse nuit donc à sa fiabilité.

Nous avons recueilli des notes sur 10 afin de définir la satisfaction de la prise en charge. La moyenne des notes est de 8.6 pour le groupe A, 7.6 pour le groupe B ($p=0.43$). Lorsque l'on demandait à ces patientes si elles recommanderaient la participation à l'étude et conseilleraient ce type de prise en charge à une amie, 1 patiente sur 8 ne recommandait pas la participation à l'étude et 1 sur 8 ne conseillait pas à une amie ce type de prise en charge pour le groupe A. Pour le groupe B, 3 patientes sur 12 ne recommandaient pas la participation à l'étude et 4 sur 12 ne conseillaient pas à une amie ce type de prise en charge. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes ($p=0.54$ pour la recommandation à la participation à l'étude, $p=0.32$ pour le conseil à une amie).

9. Étude de coûts

L'étude de coûts souffre de données manquantes, ainsi l'objectif comparatif avec analyse statistique entre les deux groupes d'hospitalisation telle qu'elle avait été prévue dans le protocole initial de l'étude n'a pu être réalisé.

Cependant, les données présentes, résumées dans le tableau 7 ci-après, permettent tout de même d'avoir une estimation des postes de dépenses où l'économie est significative contrairement à ceux où elle l'est moins, voire pas du tout. Ces éléments sont mis en corrélation avec les données obtenues par l'analyse réalisée par les services médico-économiques du CHU de Strasbourg portant sur les séjours pour hystérectomies au courant de l'année 2017.

A noter que ces données du service médico-économique sont issues de la totalité des séjours pour hystérectomie, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale et la durée de séjour.

Tableau 7 : Valeurs des postes de dépenses

Dépenses :	Economie réalisable dans les groupes :	Coûts des postes de charges en 2017. (%)
Activités médico-techniques		1616 (42.5)
Bloc opératoire	Aucune différence d'utilisation	1061 (27.9)
Anesthésie		555 (14.6)
Activités cliniques		1053 (27.2)
Personnel soignant	Temps personnel économisé à partir de	629 (16.5)
Personnel médical	l'instant J1 dans le groupe B,	241 (6.3)
Autre personnel		166 (4.4)
Charge de pharmacie : médicament, matériel médical		545 (14.4)
Consommables	Moins de consommables et spécialités	387 (10.2)
Spécialités pharmaceutiques	pharmaceutiques utilisés dans le groupe B	66 (1.7)
Laboratoires	Aucun bilan systématique réalisé dans les deux groupes : pas de frais engagés.	47 (1.2)
Dispositifs médicaux implantables	Pas de dispositifs médicaux implantables utilisés dans notre étude.	45 (1.2)
Dépenses indirectes de logistique et gestion générale		418 (11.0)
Services administratifs et système d'information	Aucune différence d'utilisation	199 (5.2)
Restauration, blanchisserie, services hôteliers	Moins de frais engagés dans le groupe B	219 (5.8)
Dépenses indirectes de logistique médicale		193 (5.1)
Stérilisation	Aucune différence d'utilisation	110 (2.9)
Pharmacie	Economies réalisées dans le groupe B à partir	58 (1.5)
Génie biomédical	de J1 postopératoire	25 (0.7)
Totaux :		
Coût moyen d'un séjour pour hystérectomie :		3808 (100)
Part totale des coûts engagés de façon équivalente dans les deux groupes :		1925 (50.6)
Part totale des coûts réductibles par une diminution de la durée de séjour :		1883 (49.4)

IV. DISCUSSION

Nous avons démontré dans cette étude qu'il est possible de raccourcir la durée des séjours pour hystérectomie laparoscopique pour des pathologies bénignes à moins de 24 heures suivant l'intervention sans altérer la qualité de vie post-opératoire des patientes. Par extension et à la faveur des données de l'étude, l'hystérectomie en ambulatoire paraît réalisable.

Il s'agit ici de la première étude prospective pilote, visant à évaluer en France un critère de qualité de vie en postopératoire ressenti par les patientes comparant une hospitalisation courte de 24 heures après l'intervention, à une hospitalisation conventionnelle.

Par définition, une étude pilote est conçue dans le but de recueillir des données préalables à la mise en place d'études de plus grande ampleur, qui seront donc orientées par les résultats de l'étude préliminaire. Notre étude est effectivement le préalable d'une seconde étude de niveau national comportant un groupe en chirurgie ambulatoire. Ceci sera possible uniquement lorsque les bornes basses des séjours pour hystérectomies, imposées par notre système de soins, ne seront plus d'actualité. Ce qui est le cas à la date de parution de cette thèse, le protocole de cette étude nationale est d'ailleurs en cours de rédaction.

La faisabilité d'une hystérectomie en hospitalisation courte ou en ambulatoire, a principalement été étudiée dans des pays d'Amérique du nord où les systèmes de santé favorisent et incitent à ce type de prises en charges. Certaines études réalisées dans ces pays démontrent la possibilité de réaliser des hystérectomies en ambulatoire. En effet, les données publiées dans la littérature montrent des taux tout à fait comparables de complications et d'évènements indésirables, ainsi que des suites postopératoires comparables sur des éléments

cliniques [17, 18, 19], y compris lorsque l'intervention a été réalisée pour des pathologies cancéreuses [20].

Sur le plan de la sécurité, des éléments rassurants ont été mis en évidence dans ces essais, avec notamment des réadmissions significativement moindres dans les groupes de patientes dont l'hospitalisation était courte [21, 22]. Les études françaises se résument à des études de petite dimension, somme toute assez peu nombreuses, et présentant une variabilité dans leurs modes de prise en charge. En effet, elles comportaient des durées de séjour différentes. Ceci avec, par exemple, une modalité de chirurgie ambulatoire stricto-sensu, ou, comme pour notre étude, avec des sorties dans les 24 heures suivant l'intervention chirurgicale [23, 24].

Il convient également bien noter que, les systèmes de santé sont très différents dans les pays cités ci-dessus. Les contraintes financières et l'organisation des parcours de soins ont plus ou moins d'impact sur les décisions médicales selon les pays, notamment sur les questions de durée de séjour. Cela tend à rendre la comparaison parfois délicate entre deux études issues de pays différents surtout dans le cadre d'études médico-économiques portant sur les durées de séjour après chirurgie. Ceci est en faveur de la production d'études aux dimensions suffisantes et de niveau national pour évaluer l'impact médical et économique des prises en charge postopératoires dans les conditions de notre système de santé.

Enfin, bien qu'il fût absolument incontournable de démontrer la sûreté de ce type de prise en charge, peu d'études prospectives se sont intéressées à la satisfaction des patientes à ce type de séjour et à l'évolution de leur qualité de vie aux différents instants après une chirurgie pour hystérectomie et ce, notamment dans notre pays. Or, on ne peut proposer une prise en charge,

aussi sécurisante soit elle, sans avoir vérifié que la qualité de vie ressentie par les patientes n'est pas altérée par un retour précoce au domicile.

Ainsi, dans cette étude, les résultats du critère principal d'évaluation, montrent l'absence de différence entre les groupes en termes de qualité de vie postopératoire. La particularité de ce questionnaire Euroqol, et ce qui en fait son intérêt dans cette étude, est la prise en compte des spécificités des patients de chaque pays dans le calcul des index de qualité de vie.

Il est intéressant de remarquer une diminution des moyennes des index de qualité de vie à l'instant J3, qui est numériquement plus importante dans le groupe d'hospitalisation courte, mais qui n'est pas significative dans cette étude. Lorsque l'on regarde les domaines des cinq dimensions du score cette baisse est visible dans les domaines de « l'autonomie de la personne » (le soin de soi) et de la « mobilité », ce qui est pour le moins paradoxal dans un groupe où le retour au domicile est précoce et pour qui la mobilité devrait théoriquement être meilleure qu'à l'hôpital. Cependant cela semble assez logique si l'on considère qu'à la maison les patientes se sentiront plus entravées que celles restées à l'hôpital dans le même état de santé. En ce qui concerne la marche à pied, il est fort probable que les patientes se déplacent plus au domicile par nécessité, elles se sentiront donc plus limitées que les patientes hospitalisées qui n'auront pas besoin de se mobiliser autant. Il en est de même pour le fait de s'habiller et de faire sa toilette à l'hôpital où le milieu est plus adapté en termes d'équipements (lit médicalisé, siège de douche etc.) mais aussi par l'aide du personnel soignant. Ces remarques expliquent donc probablement cette baisse ressentie de qualité de vie. Il faut noter que dans les dimensions « activité courante » « douleurs » et « anxiété » il n'y a pas de différences particulières entre les deux groupes.

Nous remarquons ces éléments bien qu'ils ne soient pas significatifs car cette baisse temporaire de la qualité de vie au cours des jours proches de l'intervention avait déjà été mise en évidence auparavant, notamment dans l'essai de Kisic-Trope J. [25]. Cet essai réalisé en Norvège, publié dans l'American Journal, évaluait la satisfaction des patientes après une hystérectomie subtotale par laparoscopie entre un groupe de patientes en ambulatoire et un autre qui n'en bénéficiait pas. Dans cet essai, la qualité de vie était également évaluée par un score Euroqol et une baisse significative était mise en évidence à J2 et J4 postopératoire dans le groupe de patientes en ambulatoire.

Ceci n'a pas été retrouvé dans un essai récent réalisé au Danemark [26], mais ce dernier ne comportait des données qu'aux instants J1 et J7 postopératoires, et précise qu'une baisse temporaire de la satisfaction des patientes entre J1 et J7 postopératoires ne peut être exclue, comme l'avait montré Kisic-Trope J. dans son étude. Les éléments statistiques ne paraissaient toutefois pas aller dans le sens d'une baisse de qualité de vie selon les auteurs de cette dernière étude.

Au total, ce point potentiellement négatif de la baisse de la qualité de vie dans les premiers jours postopératoires doit faire l'objet d'études de plus grandes dimensions pour être vérifié. Il apparaît ainsi incontournable de réaliser une étude de grande puissance évaluant de façon précise et détaillée la qualité de vie focalisée sur l'évolution au cours des tous premiers jours postopératoires. Il semble être, au contraire, assez bien démontré qu'à distance de ces quelques premiers jours postopératoires, il n'existe pas de différence en termes de qualité de vie, ni dans notre essai, ni dans les autres études citées précédemment. Ceci est également le cas du second score de qualité de vie (score SF-36) que nous avons étudié dans nos groupes, qui ne montre pas de différence de la qualité de vie entre l'instant J-1 et l'instant J30.

En dehors des scores de qualité de vie, les résultats des scores secondaires tendent plus clairement à montrer un intérêt au raccourcissement des durées d'hospitalisation. Ceci par l'amélioration des suites postopératoires sur des éléments cliniques, comme la douleur et l'anxiété. En effet, l'analyse des échelles visuelles numériques des douleurs aux différents instants après la chirurgie, est en faveur d'un retour précoce au domicile des patientes. D'après nos résultats, les patientes présentent des douleurs significativement plus intenses dans le groupe « hospitalisation conventionnelle » et ce à deux reprises : à 18h à J1 et à 8h à J2. Par la suite, il apparaît que les douleurs baissent de façon significativement plus rapide dans le groupe d'hospitalisation conventionnelle (groupe A) que dans le groupe d'hospitalisation courte (groupe B). Cette baisse rapide est sans doute consécutive au fait que la douleur était à un niveau plus élevé dans le groupe A dans les suites immédiates de l'intervention, alors que dans le groupe B le niveau de douleurs était significativement plus bas.

Ce constat sur les douleurs peut paraître paradoxal par le fait qu'au cours d'un séjour hospitalier, la présence constante de personnels de santé et la disponibilité des thérapeutiques pourraient conduire à une meilleure prise en charge de la douleur. Il n'était pas prévu dans le protocole de mesurer la prise d'antalgiques à domicile et de la comparer au traitement hospitalier. Cependant, le recueil de l'étude médico-économique montre l'utilisation à l'hôpital de thérapeutiques équivalentes à celles prescrites au domicile avec très majoritairement l'utilisation de Paracétamol associée à un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il faut noter que certaines patientes ont bénéficié d'instillation péritonéale et d'injection sous aponévrotique de Ropivacaine, mais ceci ne peut expliquer la différence entre les deux groupes. En effet, le nombre de patientes ayant reçu un tel traitement est équivalent dans les deux groupes (3 dans le groupe A et 4 dans le groupe B). De plus, il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude démontrant le bénéfice d'une telle injection dans le cadre des laparoscopies gynécologiques à plus de 24

heures de l'intervention, le bénéfice n'ayant été démontré que dans les premières heures suivant l'intervention [27]. Ainsi les prescriptions d'antalgiques sont relativement standardisées et équivalentes que ce soient celles administrées lors du traitement hospitalier ou celles prescrites à la sortie. Les explications à ce phénomène sont sans doute multiples. On peut penser que les patientes gèrent mieux leur traitement au domicile, le prenant au moment où la douleur se majore, peut-être de façon plus efficace que dans un service hospitalier où il faut souvent demander un antalgique à une tierce personne. On peut aussi penser que le ressenti de la douleur est sans doute moindre chez soi que dans l'environnement hospitalier.

Il était à craindre que les patientes présentent une anxiété plus importante au domicile en l'absence d'un entourage de professionnels de santé dans les suites immédiates postopératoires. Cependant, en s'appuyant sur l'analyse des scores STAI Y-A, on note qu'il n'y a pas de différence entre les groupes dans les scores d'anxiété. Au contraire, bien que la différence ne soit pas significative et qu'il s'agisse d'un critère secondaire, la tendance des scores va plutôt à l'inverse, vers une moindre anxiété mesurée dans le groupe des patientes en hospitalisation courte. Il en va de même quand on observe l'évolution de la dimension « anxiété / dépression » du score Euroqol dans les deux groupes où l'on note une anxiété peu présente et stable au cours de la convalescence voire en légère amélioration.

Pourtant, lorsque l'on se réfère à la littérature, la majorité des auteurs concluent que l'anxiété des patientes pourrait être plus importante lors d'un retour précoce au domicile, ceci pourrait notamment expliquer la baisse temporaire de qualité de vie apparaissant dans l'étude de Kisic-Trope J. Mais, ce ne semble pas être le cas dans notre série. Ceci est certainement lié aux résultats des échelles de la douleur, en effet, il semble exister dans les suites postopératoires un lien entre les douleurs ressenties par les patients et leur état d'anxiété. De fait, l'augmentation

des douleurs aggrave le niveau d'anxiété des patients ; alors qu'au contraire, un meilleur contrôle des douleurs permet une moindre anxiété des patients, ceci ayant pour conséquence d'amoindrir encore le ressenti des douleurs [28, 29]. Au total, la réduction de la durée des séjours ne paraît pas avoir d'impact négatif sur l'état d'anxiété des patientes surtout lorsque la douleur est bien contrôlée.

Les douleurs et l'anxiété des patientes ne paraissent donc pas un obstacle au retour précoce de celles-ci au domicile. La sécurité postopératoire paraît également conservée, comme cela avait été démontré dans d'autres études comme nous l'avions expliqué plus haut. Par ailleurs nous avons un taux d'effets indésirables très faible dans notre étude. Bien que ceci puisse être une conséquence du faible effectif de l'étude, on constate toutefois que les taux d'effets indésirables restent comparables à ceux que l'on retrouve dans la littérature [30].

Nous avons recueilli un questionnaire de satisfaction en fin d'étude, un mois après l'intervention. Malgré que peu de patientes nous aient laissé un commentaire ou une note, on peut constater qu'il existe de grandes variations dans les opinions, certaines patientes se sentant mieux au domicile, d'autres trouvant le séjour hospitalier trop court. Le point intéressant est que, bien que les patientes pensent que le séjour soit trop court, elles décrivent des scores de qualité de vie et de douleurs dans la moyenne de ceux de leur groupe. Ceci aurait tendance à démontrer que les scores de qualité de vie et de tout autre score clinique ne sont pas suffisants pour établir l'adhésion des patientes à une prise en charge chirurgicale. Finalement, il s'agit de rechercher l'assentiment des patientes à ce type de prise en charge, qui ne peut se résumer uniquement à la qualité de vie postopératoire, tant l'adhésion d'un patient à un protocole de soins est complexe et multifactorielle [31].

En effet, ceci implique de nombreux facteurs socioculturels notamment liés à l'entourage de la patiente. C'est en tout cas ce qui ressort des quelques remarques de patientes, certaines souffrant du manque d'entourage au retour au domicile et d'autres qui, au contraire, étaient rassurées d'être auprès de leur famille au cours de la période de convalescence. Il existe donc probablement un impact important des conditions de vie au domicile et de la qualité de l'entourage sur le ressenti des suites postopératoires et ceci mérite sans doute d'être mesuré.

Notre étude a été réalisée selon les contraintes de bornes basses de nuitées dans le cadre des séjours pour hystérectomie et n'a en conséquence pas pu être réalisée réellement en ambulatoire. C'est pourquoi nous avons effectué des tests permettant d'estimer le nombre de patientes qui aurait pu bénéficier d'un retour au domicile le jour même de la chirurgie. C'est notamment l'objectif du calcul du score PADSS huit heures après la chirurgie. Dans plus de 86% des cas, les patientes présentaient les facteurs cliniques nécessaires pour permettre un retour au domicile huit heures après l'intervention. Cela correspond aux taux décrits dans la littérature, notamment dans une étude américaine, où le taux d'hospitalisation est de 12.8%, ce qui indique que 87.2% des patientes ont pu sortir le jour même de l'intervention [32].

La partie médico-économique de cette étude pilote est grevée par un manque de données n'ayant pas permis d'obtenir une étude statistique fiable. Cependant, cette étude devant poser les jalons d'essais de plus grandes envergures, la question médico-économique doit être au moins estimée. L'aide des services administratifs a permis de réaliser une estimation certes imprécise, car réalisée sur l'ensemble des séjours pour hystérectomie, mais comportant tout de même un intérêt notable. En effet, la connaissance des postes de charges sur lesquels des économies ne sont pas réalisées par la réduction des durées de séjour, par exemple, sur les frais

de bloc opératoire et d'anesthésie, permettent de se concentrer sur les postes où une économie est substantielle. Il apparaît que les économies sont, majoritairement et logiquement, réalisées sur les coûts engagés dans le service d'hospitalisation. Ainsi, sont économisés du temps de personnels, des frais d'hôtellerie, de blanchisserie, de pharmacie etc. Ceci abaissant le coût global de façon non négligeable. Ces frais seront d'autant plus réduits que la patiente sera hospitalisée en ambulatoire à proprement parler, c'est-à-dire, sans le coût de la nuitée précédant et suivant l'intervention chirurgicale.

Il existe cependant un plafonnement des économies réalisables dans le sens où certains éléments ne peuvent être modifiés par la durée de séjour. Nous avons ainsi estimé que 50% des frais engagés ne sont pas modifiables et il est certain que dans les 50% restants, une part ne sera pas non plus compressible. Il est très probable qu'une sortie le jour même de la chirurgie permettra une réduction plus importante sur les 50% de frais restants que le séjour court de 24 heures après l'intervention tel que nous avons été contraints de le réaliser dans notre étude.

Au moment de l'étude, le tarif d'un séjour pour hystérectomie versé à l'hôpital était de 2 856,76 € (tarification T2A du groupe homogène de malade « hystérectomie niveau 1 » de 2017), avec un coût total calculé dans notre service de 3 808 € par séjour (tableau 6), nous perdions donc en moyenne 1 000 € par séjour avec les modalités d'hospitalisation classiques. Il paraît possible, avec une prise en charge en ambulatoire et pour des hystérectomies bénignes, de se rapprocher de ces 2 900 €, et ainsi permettre un équilibre financier pour ces indications.

Ces éléments restent des estimations, l'étude de coût souffrant d'un manque de données importantes. En effet, les personnels devaient tout au long de l'étude noter le temps passé auprès de la patiente et de façon très précise le matériel utilisé. Cette méthode certes exhaustive de recueil des données est en pratique compliquée à mettre en œuvre. D'une part, les différents

personnels pour des raisons pratiques n'ont pas toujours pu remplir le cahier de données.

D'autre part, la méthode de recueil n'était sans doute pas la plus simple d'utilisation.

V. CONCLUSION

Cette étude pilote prospective sur la qualité de vie des patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie par laparoscopie montre, non seulement qu'il est possible de réaliser sur le plan pratique une hystérectomie laparoscopique en hospitalisation courte, mais également de la réaliser au cours d'une hospitalisation de chirurgie ambulatoire. Elle démontre également que celle-ci peut se réaliser sans impact délétère particulier sur la qualité de vie ultérieure des patientes. En effet, les scores de qualité de vie ne présentent pas de différences statistiquement significatives. Et au contraire, les patientes présentent moins de douleurs dans les suites d'une hospitalisation courte, ceci de façon significative au premier jour postopératoire et au deuxième jour postopératoire. Les scores d'anxiété ne diffèrent également pas d'un groupe d'hospitalisation à l'autre. Les scores permettent d'identifier que 86% des patientes de cette étude auraient pu quitter l'hôpital 6 heures après l'intervention chirurgicale.

Il existe cependant un doute sur une baisse de qualité de vie transitoire au 3^e jour postopératoire. Cet élément nécessite des investigations complémentaires.

L'impact médico-économique de la réduction de l'hospitalisation est significatif sur un grand nombre de postes de dépenses. Mais cet impact est limité par des dépenses non réductibles des coûts de fonctionnement du bloc opératoire et de la salle de réveil qui représentent quasiment 50% des postes de dépenses au cours d'un séjour pour la réalisation d'une hystérectomie.

Ainsi, il est donc possible d'envisager de réduire, en chirurgie de routine, la durée d'hospitalisation de nos patientes éligibles, ayant bénéficiées d'une hystérectomie par laparoscopie pour une pathologie bénigne. Nous pouvons envisager de réaliser une étude de grande dimension avec un groupe où l'hospitalisation serait réalisée en ambulatoire à proprement parler.

VU

Strasbourg, le 29 19.....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Jacques BALDAUF

VU et approuvé

Strasbourg, le 29 JAN. 2020.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EUROQUOL EQ-5D-3L

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes

(exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

MEILLEUR ÉTAT DE

SANTÉ IMAGINABLE

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

PIRE ETAT DE

SANTE IMAGINABLE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise __

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __
 A peu près comme il y a un an __ Un peu moins bonne qu'il y a un an __
 Pire qu'il y a un an __

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE STAI FORME Y-A

Inventaire d'auto-évaluation de l'anxiété état-trait STAI Forme Y-A

(Spielberger CD, 1983. Traduction française de Schweitzer MB et Paulhan I, 1990. D'après
Guelfi JD, 1958)

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Non	Plutôt non	Plutôt Oui	Oui
1. Je me sens calme.....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	1	2	3	4
3. Je me sens tendu(e), crispé(e).	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e).	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.....	1	2	3	4
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	1	2	3	4
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.....	1	2	3	4
8. Je me sens content(e).	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e).	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.....	1	2	3	4
11. Je sens que j'ai confiance en moi.....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	1	2	3	4
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e).....	1	2	3	4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).	1	2	3	4
16. Je suis satisfait(e).	1	2	3	4
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	1	2	3	4
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	1	2	3	4
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	1	2	3	4
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.	1	2	3	4

ANNEXE 4 : « POST ANESTHESIA DISCHARGE SCORING SYSTEM (PADSS) »

« DIRECTIVES DU POST ANESTHETIC DISCHARGE SCORING SYSTEM »

SIGNES VITAUX

Les signes vitaux doivent être stables et en rapport avec l'âge et l'état préopératoire

- Valeurs de TA et pouls dans les 20% de l'état préopératoire 2
- Valeurs de TA et pouls dans les 20%-40% de l'état préopératoire 1
 - Valeurs de TA et pouls >40% de l'état préopératoire 0

NIVEAU D'ACTIVITE

Le patient doit être capable de déambuler comme en préopératoire

- Démarche stable, pas de sensation de vertige, ou conforme à l'état préopératoire 2
- A besoin d'aide pour se déplacer 1
- Incapable de se déplacer 0

NAUSEES ET VOMISSEMENTS

Le patient ne doit pas présenter des nausées ou vomissements plus que minimes avant la sortie

- Minimales : traitées efficacement par un traitement oral 2
- Modérées : traitées efficacement par un traitement par voie IM 1
- Sévères : persistent malgré un traitement répété 0

LA DOULEUR

Le patient ne doit ressentir qu'une douleur minime voire nulle avant sa sortie Le niveau de douleur ressentie par le patient doit être acceptable à ses yeux La douleur doit pouvoir être contrôlée par des antalgiques par voie orale La localisation, la durée, le type de douleur doit être en rapport avec l'inconfort postopératoire prévu

- Douleur acceptable

oui 2
non 1

SAIGNEMENT OPERATOIRE

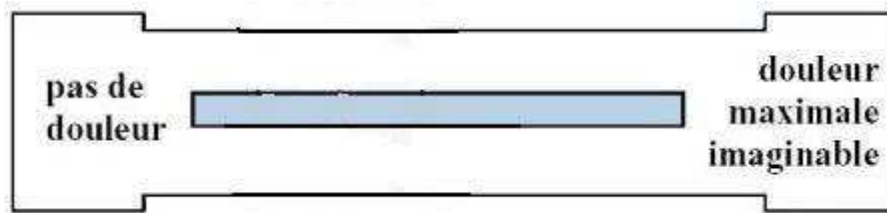
Le saignement postopératoire doit être en rapport avec la spoliation sanguine attendue pour ce type d'intervention

- Minimale : ne nécessite pas le changement du pansement 2
- Modérée : le pansement doit être changé jusqu'à deux fois 1
- Sévère : le pansement doit être changé trois fois ou plus 0

Score maximum = 10, les patients ayant un score ≥ 9 peuvent rentrer à leur domicile

ANNEXE 5 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) POUR L'EVALUATION DE LA DOULEUR

Les patientes étaient amenées à placer un curseur sur l'échelle EVA ci-dessous, les résultats étaient mesurés par la suite et ramenés à une échelle de 0 à 100, où 0 correspond à l'absence de douleurs, le curseur le plus à gauche possible et 100 était la douleur maximale imaginable, soit le curseur le plus à droite possible.



ANNEXE 6 : FICHE D'INFORMATION POSTOPERATOIRE CONCERNANT L'HYSTERECTOMIE

Madame,

Vous avez bénéficié d'une hystérectomie et vous avez pu sortir de l'hôpital le lendemain de cette intervention : cette fiche est destinée à vous aider si vous présentez des difficultés à votre retour à domicile.

Si cette information n'est pas suffisante, vous pouvez joindre un médecin dans le service, en appelant le 03 88, et en demandant....

1. La température

Vous devez surveiller votre température matin et soir pendant 3 jours : celle-ci ne doit pas dépasser 38°C, il convient de nous prévenir en cas de fièvre au-dessus de 38°C.

2. La douleur

Vous devez prendre des antalgiques de façon systématique pendant au moins 8 jours. Ils sont de 2 types :

- Paracétamol : 1 gramme toutes 6 heures soit 4 grammes par jour pendant 8 jours minimum.
- Bi-profenid : 1 comprimé matin et soir à prendre au milieu du repas, pendant 5 jours. (sauf indication contraire)

Vous allez être confrontée à deux types de douleurs :

- Dans les épaules : elle correspond à l'évacuation des gaz de la coelioscopie
- Dans le ventre : elle correspond au geste chirurgical en lui-même.
- Ces deux types de douleur se traitent de la même façon avec les mêmes antalgiques.

Que faire en cas de douleur entre les prises d'antalgiques ?

- Avancer l'heure de prise du paracétamol en respectant un délai de 4 heures minimum
- Vous reposer

3. Alimentation et boisson

Vous avez pu boire et manger dès le soir de l'intervention : il convient de boire suffisamment, c'est à dire au moins 1,5 litre par jour. Vous pouvez vous alimenter normalement (Evitez tout de même les plats indigestes pendant 8 jours)

Que faire en cas de nausées ou vomissements ?

Il s'agit d'un retard à la mise en route du transit. Ceci peut arriver : il faut alléger votre alimentation mais bien veiller à vous hydrater. En cas de persistance de ces symptômes, après 24heures, il faut nous contacter.

4. Fatigue et mobilité

Votre activité va être réduite pendant 8 à 15 jours de façon tout à fait normale et vous allez vous sentir fatiguée. Il ne faut pas que cela vous inquiète, il faut vous reposer.

5. Soins de cicatrice

Les points de suture ont été laissés « à l'air » à votre sortie. Il faut vous laver normalement, éviter les bains, la douche est autorisée, et veiller à bien sécher les points de suture. L'infirmière qui viendra les enlever à votre domicile vérifiera la bonne cicatrisation.

6. Saignements par le vagin

Vous pouvez avoir quelques saignements de sang rouge et/ou de sang marron, par le vagin, dans les 5 jours qui suivent votre retour à domicile. Un nouvel épisode de saignement peut avoir lieu 8 à 10 jours après l'opération ; il ne doit pas être plus abondant non plus. En cas contraire, il faut nous prévenir.

Consignes à respecter :

- Ne pas utiliser de tampon
- Ne pas prendre de bain
- Ne pas avoir de rapports sexuels jusqu'à la consultation postopératoire

7. Reprise du transit

Suite à un régime sans résidu, vous pouvez ne pas avoir de selles pendant plusieurs jours. Il ne faut pas vous en inquiéter si vous ne ressentez pas de gêne digestive.

N'oubliez pas de rapporter vos questionnaires de qualité de vie à la consultation postopératoire

Une consultation postopératoire est à réaliser 4 à 6 semaines après l'intervention. Merci d'apporter vos questionnaires bien remplis ce jour là.

Les signes devant vous faire appeler au numéro (03...) ou consulter au service d'urgence gynécologique :

- la présence de douleurs ou crampes abdominales non soulagées par la prise d'antalgiques
- La présence d'une sensibilité de l'abdomen sur votre ventre, en marchant et touchant.
- Une rougeur au niveau du mollet et une douleur qui augmente à la marche
- Fièvre > ou égale à 38
- La présence de saignements rouge abondants (si vous changez de bande hygiénique plus d'une fois par heure)
- Des brûlures à la miction
- Un aspect rouge ou un écoulement des cicatrices

BIBLIOGRAPHIE

¹ Haute Autorité de Santé - *Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire*. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1346147/fr/elements-d-appreciation-en-vue-de-la-prise-en-charge-d-un-patient-en-chirurgie-ambulatoire.

² La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. *INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientation stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020*. 25 septembre 2015, http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf.

³ *Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, novembre 2016, https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf.

⁴ Cour des comptes. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013, la chirurgie ambulatoire*. www.ccomptes.fr.

⁵ Massa, H., et al. « Anesthésie du patient ambulatoire ». *EMC - Anesthésie-Réanimation*, vol. 7, n° 1, janvier 2010, p. 1-18. *Crossref*, doi :10.1016/S0246-0289(09)50730-X.

⁶ Le Bail, M. (DGOS), et Z. (Irdes) Or. *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales Edition 2016*. novembre 2016, www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf.

⁷ Sutton, C. « Hysterectomy: A Historical Perspective ». *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 11, n° 1, mars 1997, p. 1-22.

⁸ *Contenu des bases PMSI MCO 2017 | Publication ATIH*. <https://www.atih.sante.fr/contenu-des-bases-pmsi-mco-2017>.

⁹ Aarts, Johanna WM, et al. « Surgical Approach to Hysterectomy for Benign Gynaecological Disease ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par Cochrane Gynaecology and Fertility Group, août 2015. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1002/14651858.CD003677.pub5.

¹⁰ Møller, Charlotte, et al. « Fast Track Hysterectomy ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 98, n° 1, septembre 2001, p. 18-22. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/S0301-2115(01)00342-6.

¹¹ Gauthier, T., et al. « Hystérectomie pour pathologie bénigne : choix de la voie d'abord, technique de suture vaginale et morcellement : recommandations ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 44, n° 10, décembre 2015, p. 1168-82. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.jgyn.2015.09.032.

¹² Morgan, Daniel M., et al. « Nationwide Trends in the Utilization of and Payments for Hysterectomy in the United States Among Commercially Insured Women »: *Obstetrical & Gynecological Survey*, vol. 73, n° 8, août 2018, p. 454-55. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1097/OGX.0000000000000576.

¹³ Vaughan, Jessica, et al. « Day-Surgery versus Overnight Stay Surgery for Laparoscopic Cholecystectomy ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par Cochrane Hepato-Biliary Group, juillet 2013. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1002/14651858.CD006798.pub4.

¹⁴ Calvé, H., et al. *Hystérectomie vaginale et one day surgery*. La Lettre du Gynécologue - n° 326, novembre 2007, <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/13694.pdf>.

¹⁵ Chung, F., et al. « A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery ». *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. 7, n° 6, septembre 1995, p. 500-06.

¹⁶ Charlson, Mary E., et al. « A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation ». *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n° 5, janvier 1987, p. 373-83. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8.

¹⁷ Perron-Burdick, Misa, et al. « Same-Day Discharge After Laparoscopic Hysterectomy »: *Obstetrics & Gynecology*, vol. 117, n° 5, mai 2011, p. 1136-41. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1097/AOG.0b013e318215dd4e.

¹⁸ Maheux-Lacroix, Sarah, et al. « Feasibility and Safety of Outpatient Total Laparoscopic Hysterectomy ». *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 19, n° 1, 2015, p. e2014.00251. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.4293/JSLs.2014.00251.

¹⁹ Khavanin, Nima, et al. « Comparison of Perioperative Outcomes in Outpatient and Inpatient Laparoscopic Hysterectomy ». *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 20, n° 5, septembre 2013, p. 604-10. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.jmig.2013.03.007.

²⁰ Philp, Lauren, et al. « Feasibility and Safety of Same-Day Discharge after Laparoscopic Radical Hysterectomy for Cervix Cancer ». *Gynecologic Oncology*, vol. 147, n° 3, décembre 2017, p. 572-76. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.ygyno.2017.09.026.

²¹ Schiavone, Maria B., et al. « Feasibility and Economic Impact of Same-Day Discharge for Women Who Undergo Laparoscopic Hysterectomy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 207, n° 5, novembre 2012, p. 382.e1-382.e9. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.ajog.2012.09.014.

²² Laberge, Philippe & Lemyre, Madeleine & Maheux-Lacroix, Sarah. (2013). Hystérectomie totale par cœlioscopie en ambulatoire : Tendance bien fondée ou risque inutile?. *Pelvimag*. 17-20.

²³ De Lapasse, Constance, et al. « Total Laparoscopic Hysterectomy and Early Discharge: Satisfaction and Feasibility Study ». *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 15, n° 1, janvier 2008, p. 20-25. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.jmig.2007.08.608.

²⁴ Bruneau, L., et al. « Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie laparoscopique : évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 44, n° 9, novembre 2015, p. 870-76. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.jgyn.2015.02.003.

²⁵ Kisić-Trope, Jelena, et al. « A Randomized Trial of Day-Case vs Inpatient Laparoscopic Supracervical Hysterectomy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 204, n° 4, avril 2011, p. 307.e1-307.e8. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.ajog.2010.11.014.

²⁶ Christiansen, Ulla J., et al. « Outpatient vs Inpatient Total Laparoscopic Hysterectomy: A Randomized Controlled Trial ». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, juillet 2019, p. aogs.13670. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1111/aogs.13670.

²⁷ Marks, Jennifer L., et al. « Systematic Review and Metaanalysis of Intraperitoneal Instillation of Local Anesthetics for Reduction of Pain After Gynecologic Laparoscopy ». *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, vol. 19, n° 5, septembre 2012, p. 545-53. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.jmig.2012.04.002.

²⁸ Jafra, Anudeep, et Sukanya Mitra. « Pain Relief after Ambulatory Surgery: Progress over the Last Decade ». *Saudi Journal of Anaesthesia*, vol. 12, n° 4, décembre 2018, p. 618-25. *PubMed*, doi:10.4103/sja.SJA_232_18.

²⁹ Carr, Eloise C. J., et al. « Patient Experiences of Anxiety, Depression and Acute Pain after Surgery: A Longitudinal Perspective ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, n° 5, juillet 2005, p. 521-30. *PubMed*, doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.014.

³⁰ Jennings, Ashley J., et al. « Predictors of 30-Day Readmission and Impact of Same-Day Discharge in Laparoscopic Hysterectomy ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 213, n° 3, septembre 2015, p. 344.e1-344.e7. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/j.ajog.2015.05.014.

³¹ Lamouroux, A., et al. « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? » *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 22, n° 1, février 2005, p. 31-34. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/S0761-8425(05)85433-6.

³² Summitt, Robert L., et al. « Outpatient Hysterectomy: Determinants of Discharge and Rehospitalization in 133 Patients ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 171, n° 6, décembre 1994, p. 1480-87. *DOI.org (Crossref)*, doi:10.1016/0002-9378(94)90391-3.

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : SCHWEIDERPrénom : Hervé

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A SAVERNE, le 20/08/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :Objectif :

Il s'agit d'une thèse présentant les résultats d'une étude pilote réalisée au titre des projets de recherches internes. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer la qualité de vie postopératoire après une hystérectomie coelioscopique, comparant un groupe d'hospitalisation de 3 à 4 jours à une hospitalisation courte de 24 heures postopératoire. L'étude pilote est construite pour mettre en place un projet d'étude de grande envergure dans l'objectif de réaliser des hystérectomies en ambulatoire.

Matériels et méthodes :

Cette étude pilote est prospective et randomisée. Les patientes devaient bénéficier d'une hystérectomie par laparoscopie pour une pathologie bénigne, et ne devaient pas présenter une autre pathologie responsable d'une prolongation de l'hospitalisation. L'objectif principal est la mesure du score de qualité de vie EUROQUOL EQ 5D 3L. Les objectifs secondaires sont, la mesure de scores d'anxiété (STAI Y-A), de la douleur (EVA), un score permettant d'envisager une sortie 6 heures après l'intervention (PADSS) et la réalisation d'une étude d'impact médico-économique de la réduction de la durée de séjour.

Résultats :

Les scores de qualité de vie ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes dans les jours suivant l'intervention. L'analyse des douleurs a montré une baisse significative de ces dernières dans les suites postopératoires au cours d'une hospitalisation de moins de 24 heures. Il n'y avait pas plus d'anxiété dans le groupe d'hospitalisation courte. 86% des patientes ayant participé à l'étude présentaient des éléments cliniques permettant une sortie d'hospitalisation 6 heures après l'intervention.

L'étude médico-économique montre que l'hospitalisation courte permet des économies notamment sur certains postes de dépenses spécifiques.

Conclusion :

La réduction des durées de séjour pour une hystérectomie coelioscopique à moins de 24 heures est réalisable sans altérer la qualité de vie des patientes et au bénéfice de douleurs postopératoires moins intenses.

Rubrique de classement : gynécologie et obstétrique

Mots-clés : chirurgie gynécologique, hystérectomie coelioscopique, hospitalisation courte, qualité de vie.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Jacques BALDAUF

Asseseurs : Monsieur le Professeur Cherif AKALDIOS, Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE

Monsieur le Professeur Christian SAUSSINE

Adresse de l'auteur : 16 rue des vignes, 67700 SAVERNE