

Gynécologie ambulatoire à la une

Compte rendu de la conférence de la Canadian Association of Ambulatory Care | 21 et 22 mai 2015 | Toronto (Ontario)

L'hôpital ne représente pas l'avenir des soins de santé

NICHOLAS LEYLAND, BScA, MD, MGSS, FRCSC
PROFESSEUR ET DIRECTEUR
DÉPARTEMENT D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE
ÉCOLE DE MÉDECINE MICHAEL G. DEGROOTE
UNIVERSITÉ MCMASTER, HAMILTON (ONTARIO)

Page 1 *L'hôpital ne représente pas l'avenir des soins de santé*

Page 3 *Nouvelle culture : création d'un centre de soins gynécologiques ambulatoires*

Page 6 *Conférences à venir*

Objectifs

À la fin de la séance, les participants...

- pouvaient stimuler une discussion sur les solutions de rechange aux hôpitaux de soins de courte durée pour les interventions liées à la santé de la femme
- reconnaissaient et comprenaient les obstacles à ces solutions de rechange au sein du système de soins de santé.

Le D^r Leyland a commencé par faire observer que la prestation des soins de santé était une des activités humaines les plus complexes. « En effet, les principes qui sous-tendent l'évolution de la qualité de la prestation des soins de santé comprennent la sécurité du patient, la centralité du patient, l'opportunité, l'efficacité, l'efficacé et l'équité », a-t-il affirmé. Le D^r Leyland a aussi cité le physicien théoricien Albert Einstein : « Nous ne pouvons résoudre nos problèmes en appliquant le même raisonnement que celui qui les a engendrés. » Il a avancé que cette logique s'appliquait aussi à la recherche de solutions de rechange dans le contexte du visage changeant de la prestation des soins de santé.

De l'avis du D^r Leyland, au Canada, « L'hôpital **ne représente pas** l'avenir des soins de santé! ». Un certain nombre de facteurs sont responsables du passage des soins du milieu hospitalier au

milieu communautaire :

- Les dépenses de santé hospitalières sont en baisse et les sommes consacrées aux soins de santé privilégieront les initiatives communautaires.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent rationaliser l'efficacité et l'efficacé de leurs services et favoriser l'intégration des services à l'échelle communautaire. En effet, la réforme du financement de la santé récompense la qualité et l'efficacité.
- La prestation des meilleurs soins possibles exige une planification minutieuse : les soins donnés aux patients s'améliorent quand les services des hôpitaux de soins de courte durée sont ciblés et concordent bien avec les services de santé en milieu communautaire et à domicile.

Pour planifier la prestation future efficace et efficiente des soins de santé, on doit examiner de près l'organisation des soins communautaires et régionaux et fixer des priorités claires en ce qui concerne les points de prestation de services cliniques. Il faut aussi jeter les bases d'un plan directeur des installations visant à optimiser les soins. La prestation de soins exceptionnels est aussi cruciale. « Les praticiens doivent mettre à profit les ressources dont ils disposent pour donner aux patients les meilleurs soins possibles, assurant ainsi une intendance efficace », a ajouté le D^r Leyland.

La préparation du bulletin a été soutenue par Hologic Canada Ltd.



www.hologic.com

Le bulletin a été revu et approuvé par la Canadian Association of Ambulatory Care



Message de la présidente et chef de la direction de la Canadian Association of Ambulatory Care

Manifestement, de nombreuses interventions gynécologiques qu'on pratique actuellement en salle d'opération peuvent très bien être pratiquées en milieu de soins ambulatoires. De plus, le milieu de soins ambulatoires présente des avantages comme réduction des risques de l'anesthésie, récupération plus rapide des patientes, amélioration de la maîtrise de la douleur post-opératoire et réduction des coûts. Le grand intérêt que suscite – tant au Canada qu'à l'échelle internationale – la création de centres de soins gynécologiques ambulatoires augure bien pour la santé des femmes. Les cliniciens qui donnent des soins ambulatoires se sont sentis poussés à trouver des façons d'améliorer la performance des opérations et de réduire les coûts, tout en améliorant la qualité des soins donnés aux patientes. On attend beaucoup de nous, et nous ne décevons pas!

– Denyse Henry, IA, BHA (avec distinction), MAS

En ce qui concerne les défis que doivent relever les fournisseurs de soins, le D^r Leyland a souligné que les professionnels de la santé doivent être soucieux de la viabilité et remettre en question les croyances traditionnelles relatives à leurs rôles dans les soins de santé. Il a ajouté que les fournisseurs de soins de santé sont la clé du succès de l'évolution à venir des soins de santé. « Nous devons nous assurer que tous les travailleurs de la santé soient appréciés et respectés, et qu'ils disposent des outils dont ils ont besoin pour faire leur travail en équipe », a-t-il déclaré.

Le processus de planification pour la création d'un centre de soins ambulatoires s'appuie sur l'élaboration d'un plan de services cliniques qui tient compte des facteurs suivants :

- approche analytique rigoureuse, soit prévisions souples et cliniquement détaillées
- solide processus de consultation et de mobilisation des intervenants
- mise à profit de l'expérience et des connaissances des dirigeants régionaux des services de santé
- adoption des pratiques cliniques locales et internationales de pointe.

Les saignements utérins anormaux sont un problème courant : 20 % des femmes en âge de procréation consultent leur médecin de famille en raison de tels saignements parce qu'ils réduisent beaucoup leur qualité de vie. En fait, des données récentes de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que 25 % des 41 000 hystérectomies pratiquées chaque année au Canada font suite à un diagnostic de saignements utérins anormaux. Il y a toutefois certaines interventions moins invasives pour le traitement des saignements utérins anormaux, dont l'ablation; ces interventions écourtent le délai de récupération et permettent aux patientes de reprendre plus rapidement leurs activités courantes. Malheureusement, selon le D^r Leyland, « Les Canadiennes n'ont pas accès à beaucoup de ces interventions pour la simple raison que les hôpitaux n'ont pas les moyens de les pratiquer. » Toutefois, les interventions moins invasives permettent une réduction marquée (de jusqu'à 40 %) de la fréquence des hystérectomies¹.

La prestation d'interventions gynécologiques ambulatoires est préconisée depuis de nombreuses années. En 2002, le Conseil ontarien des services de santé pour les femmes recommandait la création, dans diverses régions de la province, de centres de soins ambulatoires particuliers pour l'exploration des saignements utérins anormaux². Le Conseil recommandait aussi le recours aux options chirurgicales peu invasives (p. ex. ablation de l'endomètre par hystéroscopie ou ablation globale de l'endomètre) – qui peuvent être effectuées sous anesthésie locale en quelques minutes dans un centre de soins ambulatoires – pour le traitement des saignements utérins anormaux. Malheureusement, selon le D^r Leyland, « Ces interventions ne sont actuellement pas de pratique courante en Ontario. »

En 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé créaient le Groupe d'experts des lignes directrices sur l'ablation de l'endomètre pour élaborer des lignes directrices

sur l'ablation de l'endomètre pratiquée en ambulatoire³. Le Groupe a recommandé la création de centres de soins ambulatoires particuliers pour l'exploration et le traitement des saignements utérins dysfonctionnels utilisant le protocole de l'ablation de l'endomètre. Il a aussi recommandé qu'on demande à la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada d'élaborer de nouvelles lignes directrices sur le traitement des saignements utérins dysfonctionnels.

En 2013, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada publiait des lignes directrices intitulées *Saignements utérins anormaux chez les femmes ménopausées*⁴. Parmi les principales recommandations sur les saignements utérins anormaux, on trouve la suivante : « Les techniques d'ablation non hystéroscopiques offrent, en matière de satisfaction de la patiente, des résultats semblables à ceux de l'ablation hystéroscopique traditionnelle, en plus de compter moins de risques de complication et de nécessiter une anesthésie moindre. »

En 2015, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada publiait des lignes directrices intitulées *Ablation de l'endomètre dans la prise en charge des saignements utérins anormaux*⁵. Ces lignes directrices contiennent diverses déclarations sommaires, dont la suivante : « L'utilisation d'anesthésiques et de blocs locaux, d'une analgésie orale et d'une sédation consciente permet la tenue d'une ablation non résectoscopique de l'endomètre au sein de milieux nécessitant des ressources moindres, y compris dans des milieux non hospitaliers réglementés. »

Toujours selon les lignes directrices de 2015, « La tenue d'une ablation endométriale dans une salle d'examen hospitalière ou dans un centre chirurgical autonome, plutôt que dans une salle d'opération, offre des avantages (milieu axé sur la patiente, établissement facilité du calendrier d'interventions et coûts moindres par cas). »⁵

Le D^r Leyland a présenté le concept « d'usine dédiée » appliqué à la prestation des soins de santé. Il s'agit d'un concept des soins qui s'organise autour d'un ensemble de ressources précis et limité et qui vise la prestation à coût faible et haut débit d'une étroite gamme de services⁶. Le D^r Leyland a observé que dans le milieu des soins de santé, « Un tel système de prestation des soins de santé réduirait les coûts, améliorerait l'accès aux soins et augmenterait la satisfaction des patients. »

Les centres de soins ambulatoires pratiquent habituellement des interventions cliniques simples, p. ex. gynécologiques et orthopédiques. Ces centres ne sont pas strictement réglementés aux États-Unis, mais le D^r Leyland a souligné qu'en Ontario, « Les normes d'exercice dans ces centres sont équivalentes, voire supérieures, à celles imposées par les règlements qui régissent les hôpitaux. » D'ajouter le D^r Leyland, « Je crois que nous devons déplacer la prestation des soins "non compliqués" des hôpitaux vers des centres où des fournisseurs peuvent donner les meilleurs soins possibles. »

« L'avenir de la prestation des soins de santé est clair, de conclure le D^r Leyland. Nous devons donner des soins qui sont toujours sûrs, efficaces, axés sur le patient, opportuns, efficaces et équitables. »

Nouvelle culture : création d'un centre de soins gynécologiques ambulatoires

JOHN A. THIEL, MD, FRCSC, ACGE
PROFESSEUR CLINICIEN
DÉPARTEMENT D'OBSTÉTRIQUE, DE
GYNÉCOLOGIE ET DES SCIENCES DE
LA REPRODUCTION
UNIVERSITÉ DE LA SASKATCHEWAN
REGINA (SASKATCHEWAN)

JANELLE THOMSON, BScInf, IA
INFIRMIÈRE CLINICIENNE ENSEIGNANTE
CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES
HÔPITAL GÉNÉRAL DE REGINA
REGINA (SASKATCHEWAN)

NICOLE MEYER, BScInf, IA
CENTRE DE SANTÉ DES FEMMES
HÔPITAL GÉNÉRAL DE REGINA
REGINA (SASKATCHEWAN)

Objectifs

À la fin de la séance, les participants...

- savaient quels types d'interventions gynécologiques pouvaient être pratiqués en milieu de soins ambulatoires
- comprenaient la stratégie et la logistique des interventions gynécologiques qui peuvent être pratiquées en milieu de soins ambulatoires
- reconnaissaient les avantages du transfert des interventions vers le milieu de soins ambulatoires.

Interventions gynécologiques pratiquées en milieu de soins ambulatoires

Le D^r Thiel a d'abord affirmé que le Centre de santé des femmes de l'Hôpital général de Regina était bien équipé et efficacement géré. « C'est vraiment un excellent milieu de travail », a-t-il dit.

« Mes tâches sont plutôt techniques au Centre de santé des femmes, car ce sont les infirmières qui y jouent le rôle déterminant, a ajouté le D^r Thiel. Sans leur compréhension des patientes et les soins qu'elles leur donnent, notre travail serait impossible. »

Le D^r Thiel a souligné qu'ont pouvait pratiquer efficacement et en toute innocuité de nombreuses interventions gynécologiques (p. ex. ablation de l'endomètre, contraception définitive, ablation de fibromes) en milieu de soins ambulatoires plutôt qu'en salle d'opération. « Chez celles de mes patientes qui subissent ces interventions, les soins sont les meilleurs possibles, le délai de récupération est aussi court que possible et les résultats à long terme sont optimaux, a affirmé le D^r Thiel. La

pratique de ces interventions en milieu de soins ambulatoires est aussi justifiée du point de vue du rapport coût-efficacité. »

Ablation de l'endomètre

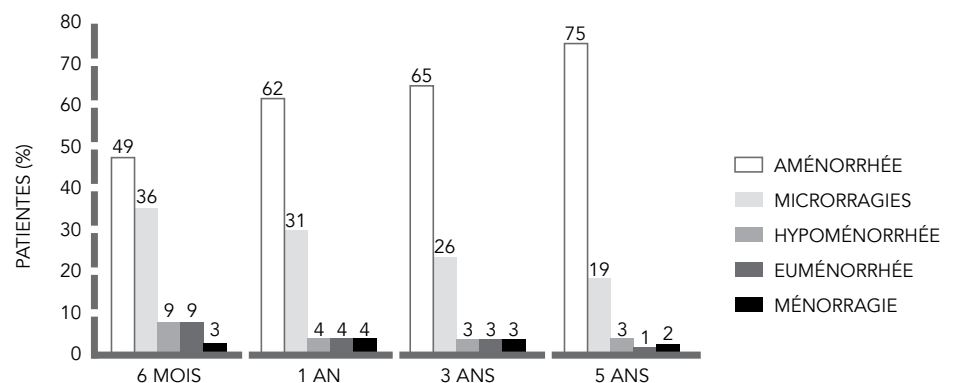
Le D^r Thiel a signalé que l'ablation globale de l'endomètre était une intervention chirurgicale visant à éliminer les règles ou à en réduire le volume; elle est plus rapide, plus sûre et plus simple que l'hystérectomie. L'ablation de l'endomètre est pratiquée par voie vaginale – sans excisions externes – et ne cause ni changements hormonaux, ni effets secondaires. Le système d'ablation de l'endomètre NovaSure® utilise l'énergie de radiofréquence pour détruire ou retirer l'endomètre; l'ablation ne prend que 90 à 120 secondes et est bien tolérée en milieu de soins ambulatoires⁷. En effet, au Centre de santé des femmes de l'Hôpital général de Regina, de six à neuf mois après l'intervention, plus de 90 % des femmes disent être satisfaites des résultats et deux tiers d'entre elles signalent ne plus avoir de règles.

Gallinat a évalué l'innocuité et l'efficacité du système d'ablation de l'endomètre NovaSure® et la durabilité des résultats cinq ans après l'intervention chez 107 femmes présentant une ménorragie grave causée par des saignements utérins dysfonctionnels⁸. Au cours de cette étude, il n'y a pas eu de complications intra- ou post-opératoires. Après cinq ans, il y avait une aménorrhée et une réduction du volume des saignements chez respectivement 75 et 98 % des femmes; une hystérectomie avait été effectuée et le traitement avait été repris chez respectivement 2,9 et 3,8 % des femmes (figure 1). L'auteur a conclu que le système NovaSure® était sûr et efficace chez ces femmes.

Contraception définitive

La méthode de contraception définitive Essure® consiste à insérer un petit ressort souple dans les trompes de Fallope au moyen d'un hystéroscope. Du tissu cicatriciel se forme sur le ressort, ce qui obstrue en permanence la trompe et empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Cette méthode est plus rapide et plus simple que la ligature des trompes. Thiel et ses collaborateurs ont démontré que le remplacement de

FIGURE 1. Suivi de 5 ans des patientes traitées au moyen du système NovaSure®⁸



la ligature des trompes en salle d'opération par l'hystérocopie pratiquée en milieu de soins ambulatoires produisait des économies de 111 \$ par cas⁹.

Ablation de fibromes

La méthode de prédilection pour l'ablation de fibromes au centre est le système MyoSure[®] d'élimination des tissus par voie hystérocopique. Le système comporte une lame stérile à usage unique qui a une grande efficacité de coupe en raison de la rotation et du mouvement de va-et-vient simultanés de la lame (soit 1,5 g/min pour les fibromes). Le D^r Thiel a fait remarquer que l'intervention était rapide : « L'ablation d'un fibrome sous-muqueux de 1,5 ou 2 cm ne prend qu'environ trois minutes ». La courte durée de l'intervention améliore le confort et l'observance de la patiente.

« Le Centre de santé des femmes est un fantastique milieu de travail, a dit le D^r Thiel. Quand les patientes reviennent au centre, elles mentionnent invariablement leur expérience positive passée. Je ne peux trop insister sur l'importance de l'influence des infirmières sur les patientes et des soins qu'elles prodiguent aux patientes. Elles font toute la différence et facilitent beaucoup le travail des médecins. » En conclusion, le D^r Thiel a dit espérer que davantage d'interventions gynécologiques soient pratiquées en milieu de soins ambulatoires plutôt qu'en salle d'opération, afin d'améliorer la prestation des soins gynécologiques au Canada.

Expérience clinique au centre de soins gynécologiques ambulatoires

M^{mes} Meyer et Thomson ont d'abord fait remarquer que le Centre de santé des femmes de l'Hôpital général de Regina existe depuis 1992 et offre des services d'interruption de la grossesse, d'hystérocopie et de coloscopie. Dès le départ, le centre s'est fixé comme objectif de ne pas dépendre de l'anesthésie; en effet, on y effectuait l'hyperstéréoscopie avec beaucoup de succès sous une sédation intraveineuse (i.v.) modérée administrée par

une infirmière. Au cours des dix années suivantes, on a raffiné la sédation i.v. administrée par une infirmière, ce qui a permis au Centre de santé des femmes de réaliser son plein potentiel. Le centre pratique maintenant l'ablation de l'endomètre par le système NovaSure[®], le traitement par ballonnet par le système Thermachoice[®], l'élimination des tissus par le système Myosure[®] et l'insertion du dispositif Essure[®] dans les trompes de Fallope.

Depuis 2012, d'autres interventions sont pratiquées au Centre de santé des femmes plutôt que dans la salle d'opération de l'hôpital, dont les injections de point de déclenchement et les interventions par bandelette vaginale sans tension. Cette expansion des services a contribué à réduire le délai d'attente pour les chirurgies gynécologiques dans la Région sanitaire Regina Qu'Appelle : il est maintenant d'en moyenne trois mois.

Une journée de soins cliniques typique

M^{mes} Meyer et Thomson ont parlé des interventions et pratiques typiques au cours d'une journée ordinaire de soins cliniques au Centre de santé des femmes de l'Hôpital général de Regina. On fixe soigneusement l'horaire des journées de soins cliniques et on évalue les patientes pour déterminer si les interventions électives sont justifiées, puis les rendez-vous sont pris par l'entremise des gynécologues des patientes. On dresse la liste de patientes – et des interventions qu'elles doivent subir – une semaine à l'avance afin de s'assurer que l'équipement nécessaire soit disponible. On ne traite que les patientes des catégories I ou II de la classification de l'état physique de l'American Society of Anesthesiologists, ainsi que celles de la catégorie III dont l'état est bien maîtrisé et qui ont peu de troubles concomitants¹⁰.

« La sécurité des patientes est toujours la principale préoccupation, ont fait remarquer les conférencières. Les interventions sont pratiquées sous une sédation i.v. modérée administrée par une infirmière, donc il est important qu'il n'y ait pas de contre-indications manifestes à la sédation. De plus, comme nous sommes sélectifs, il est rare que nous obtenions

FIGURE 2. Le Centre de santé des femmes de l'Hôpital général de Regina est bien équipé : l'équipement nécessaire aux interventions (à gauche) et à la récupération (à droite) est ultramoderne.



de mauvais résultats ou que nous nous retrouvions dans une situation où un sauvetage soit nécessaire. »

Le centre est ouvert cinq jours par semaine de 8 h à 16 h 30. On peut y traiter de dix à douze patientes par jour et les patientes y passent en moyenne entre 2,5 et 4 heures. La première intervention commence à 8 h 30 et la dernière se termine vers 15 h 30.

Il faut moins de personnel au centre que dans la salle d'opération de l'hôpital. En effet, pour les interventions gynécologiques, il faut trois médecins, cinq infirmières et deux employés de soutien dans la salle d'opération, mais un médecin, trois infirmières et un employé de soutien au centre de soins ambulatoires. De plus, la patiente est plus à l'aise au centre que dans la salle d'opération : l'infirmière qui a vu à son admission peut être présente au cours de l'intervention et le médecin offre des soins plus personnalisés tout au long de l'intervention.

De nombreuses patientes ont indiqué s'être senties plus à l'aise et moins intimidées au centre que dans la salle d'opération. Comme le montre la figure 2, la pièce où on pratique l'intervention et la salle de réveil sont stériles, mais confortables. « Nous sommes fières de notre milieu pluridisciplinaire! Les infirmières et les médecins travaillent côte à côte. Nos patientes aiment bien rencontrer les infirmières et les médecins et bavarder avec eux avant l'intervention, ce qui est réconfortant pour elles », ont affirmé les conférencières.

L'équipe de soins infirmiers

Trois infirmières sont présentes au centre les journées de soins cliniques. Au début de la journée, chaque infirmière organise son espace de travail, puis les trois infirmières voient aux admissions jusqu'au moment de la première intervention. Une fois toutes les interventions terminées, l'infirmière de liaison apporte son aide dans la salle de réveil. Les conférencières ont souligné que leur centre était un modèle exemplaire de travail d'équipe.

L'infirmière de la salle de réveil n'est jamais responsable de plus de cinq patientes à la fois, mais il est rare que plus de deux à quatre patientes s'y trouvent en même temps. Selon les normes du centre, les patientes sont observées pendant une heure après une sédation i.v. modérée, ce qui veut dire qu'elles passent environ 45 minutes dans la salle de réveil. En général, les patientes reçoivent leur congé environ une heure après l'intervention. Les complications sont rares, mais en cas de douleur non maîtrisée ou de nausées et vomissements extrêmes, les patientes demeurent plus longtemps au centre. Pour décider de donner son congé à la patiente, on utilise le système PADSS (Post-Anesthetic Discharge Scoring System) adapté, qui tient compte de la douleur, des nausées, des saignements et de l'ambulation, de même que l'évaluation de l'infirmière¹¹.

L'infirmière en service externe prépare la pièce et rassemble l'équipement nécessaire. Elle effectue les tâches qui n'exigent pas le respect d'une technique aseptique et voit à ce que les échantillons destinés au service de pathologie soient correctement prélevés et étiquetés. Elle peut aussi au besoin appuyer l'infirmière de liaison et les patientes.

L'infirmière de liaison administre une sédation i.v. modérée, soit, selon le protocole du centre, 1 µg/kg de fentanyl et 1 à 3 mg de midazolam (ainsi qu'un AINS pré-opératoire ou de l'oxyde nitreux au besoin). Son unique responsabilité est de surveiller et de soutenir la patiente pendant toute la durée de l'intervention.

On utilise l'échelle de sédation de Ramsay (RSS) pour s'assurer que la sédation soit de niveau RSS 2 (la patiente est coopérative, orientée et calme) ou RSS 3 (la patiente répond aux ordres seulement)¹². C'est donc dire que les patientes sont en général éveillées ou faciles à réveiller. Le centre suit les lignes directrices de la Société canadienne des anesthésiologistes¹³, et utilise une association d'anesthésie verbale et locale. « Les principaux éléments de cette approche sont la

TABLEAU 1. Avantages d'un centre de soins gynécologiques ambulatoires

Avantages pour la patiente	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur accès aux soins • Approche décontractée et axée sur la patiente des soins chirurgicaux et post-opératoires • Interventions moins invasives • Récupération et retour au fonctionnement normal plus rapides
Avantages pour l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition d'expérience dans des domaines particuliers • Moins de pressions au travail • Objectifs bien définis • Bonnes relations de travail avec les médecins, ce qui favorise la compréhension et un bon moral pour tous • Dévouement envers le bien-être des femmes
Avantages pour le médecin	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions toutes pratiquées à temps et roulement rapide des patientes • Bonne gestion du volume de travail quotidien : cinq interventions exigeant une sédation modérée et une exigeant une analgésie par voie orale • Total de 2 à 2,5 heures pour pratiquer six interventions
Avantages pour le système de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Prestation d'excellents services • Réduction des délais d'attente pour les interventions • Efficience et rentabilité • Soins spécialisés de grande qualité

distracted, l'encouragement et l'établissement d'un rapport qui favorise l'entretien d'une conversation, ont fait remarquer les conférencières. Nous établissons avec nos patientes une relation thérapeutique et de confiance ».

Les conférencières ont présenté les avantages du centre de soins gynécologiques ambulatoires pour les patientes, les infirmières, les médecins et le système de soins de santé (tableau 1), et fait la remarque suivante : « Offrir aux patientes ce type de soutien est un travail difficile, mais fait ressortir nos meilleures capacités professionnelles! »

Conclusions

Voici les conclusions du Dr Thiel et de M^{mes} Thomson et Meyer.

- Le transfert des interventions gynécologiques vers un centre de soins ambulatoires est sans danger, rentable et produit des résultats cliniques optimaux.
- Un centre de soins ambulatoires est un milieu de travail de qualité pour tous les employés.
- Ce type de centre permet aussi d'augmenter le volume de travail sans mettre les patientes en danger.

Références

1. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, et al. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11:CD000329.
2. Stewart D, Evans M, Henderson G, et al. *Vers une pratique idéale relative à l'usage de l'hystérectomie.* Toronto (ON) : Conseil ontarien des services de santé pour les femmes; 2002.
3. Qualité des services de santé Ontario. Thermal balloon endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2004;4:1–89.
4. Singh S, Best C, Dunn S, et al; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Saignements utérins anormaux chez les femmes préménopausées. *JOGC.* 2013;35:473–479.
5. Laberge P, Leyland N, Murji A, et al; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Ablation de l'endomètre dans la prise en charge des saignements utérins anormaux. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:377–379.
6. Herzlinger RE, Ghorawat A, Krishnan M, et al. *Hub and Spoke, Healthcare Global, and Additional Focused Factory Models for Cancer Care.* Boston, MA: Harvard Business School; 2002. Cas 313–030.
7. Site Web de Hologic Inc. *NovaSure® Endometrial Ablation.* Adresse : <http://www.hologic.com/products/intervention-and-treatment/gynecologic-surgery/novasure-endometrial-ablation>. Consultation : 13 septembre 2015.
8. Gallinat A. An impedance-controlled system for endometrial ablation: five-year follow-up of 107 patients. *J Reprod Med.* 2007;52:467–472.
9. Thiel JA, Carson GD. Cost-effectiveness analysis comparing the Essure tubal sterilization procedure and laparoscopic tubal sterilization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30:581–585.
10. Site Web de l'American Society of Anesthesiologists. *ASA Physical Status Classification System.* Adresse : <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. Consultation : 13 septembre 2015.
11. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth.* 1995;7:500–506.
12. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, et al. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J.* 1974;2:656–659.
13. Merchant R, Chartrand D, Dain S, et al. Guide d'exercice de l'anesthésie – Édition révisée 2015. *Can J Anesth.* 2015;62:54–79

Marquez votre calendrier!

Symposium canadien sur la chirurgie gynécologique minimalement invasive

Quand : samedi 16 avril et dimanche 17 avril 2016

Où : Collège Victoria
Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Pour plus de renseignements :
egan@mtsinai.on.ca

Inscrivez-vous dès maintenant!

Conférence de 2016 de la Canadian Association of Ambulatory Care

Quand : 12 et 13 mai 2016

Où : Hôtel Westin Prince, Toronto (Ontario)

Thème : L'expérience des patients des soins ambulatoires :
recherche de l'excellence

Pour plus de renseignements :
www.canadianambulatorycare.com/2016-conference1.html

Le bulletin *Gynécologie ambulatoire à la une* : *compte rendu de la conférence de la Canadian Association of Ambulatory Care* porte sur les séances tenues au cours de la conférence de 2015 de la Canadian Association of Ambulatory Care. Les opinions exprimées dans le présent bulletin sont celles des conférenciers et ne reflètent pas nécessairement celles de Hologic Canada Ltd. Le bulletin peut présenter des données sur des gestes ou traitements médicaux qui sont à l'étude et/ou qui ne sont pas approuvés au Canada; l'éditeur cherche à présenter des recherches et/ou études cliniques à des fins éducatives. L'éditeur ne cautionne ni explicitement ni implicitement des produits et gestes ou traitements médicaux non approuvés. Par conséquent, tout traitement dont il est question dans le bulletin doit être utilisé conformément aux directives actuellement approuvées au Canada. L'éditeur n'assume aucune responsabilité pour les erreurs et omissions dans le bulletin. © Hologic Canada Ltd., 2015.