

---

## Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- ?????

**Auteur** : Bleys, Romane

**Promoteur(s)** : 9297

**Faculté** : Faculté de Médecine

**Diplôme** : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

**Année académique** : 2019-2020

**URI/URL** : <http://hdl.handle.net/2268.2/9261>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC**

**Méthode Delphi – 1<sup>er</sup> questionnaire**

**Vous êtes...**

**Fonction :**

- Chirurgien(ne) maxillo-facial
- Anesthésiste
- Infirmie(è)r(e) en salle d'opération
- Infirmie(è)r(e) en salle de réveil

**Institution :** .....

**Consignes** : Veuillez répondre à ce questionnaire de manière informatique sur Word et m'envoyer ensuite votre version complétée par mail.

**Délais** : Le questionnaire complété est à m'envoyer au plus tard le 20 décembre 2019. Un mail de rappel vous sera envoyé entre-temps.

**Ce questionnaire est strictement anonyme.**

**N'hésitez pas à venir vers moi si vous avez besoin de précisions supplémentaires pour certains points.**

**Je vous remercie encore pour votre participation !**

**Sélectionnez une des trois propositions suivantes :**

1. Tous les patients se présentent à l'hôpital de jour à 7h  Je suis d'accord  Je ne suis pas d'accord

Commentaires : .....

2. Les patients se présentent à l'hôpital de jour au minimum 2h30 avant l'intervention  Je suis d'accord  Je ne suis pas d'accord

Commentaires : .....

3. Idéalement, les patients devraient se présenter .....h..... avant l'intervention

Commentaires : .....

**Pour vous, existe-t-il des prérequis indispensables à l'extraction des dents de sagesse dans le parcours en pré opératoire ? Oui / Non**


**Si oui, lesquels ? .....**

**Veillez insérer vos remarques / commentaires concernant les différentes étapes (déroulement, timing, membre du personnel,...) de la prise en charge du patient opéré d'une extraction des dents de sagesse et hospitalisé en HDJC dans la dernière colonne prévue à cet effet.**

**Vous pouvez également ajouter/supprimer l'une ou l'autre action dans les étapes proposées en le précisant dans cette même colonne :**

**Légende :** I = Infirmière IC = Infirmière Circulante SI = Stagiaire en soins infirmiers II : Infirmière Instrumentiste  
 A = Anesthésiste AA = Assistant(e) en Anesthésie C = Chirurgien

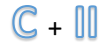
*\*Données récoltées suite à l'observation de 30 patients, âgés de 14 à 27 ans, opérés d'une extraction des 4 dents de sagesse, sous anesthésie générale, et hospitalisés en hôpital de jour chirurgical, au sein du CHC St Joseph de Liège.*

Etapes		Intervenants	Vos remarques / commentaires
Arrivée du patient au dispatching du bloc opératoire, à pieds	En moyenne 17,1 minutes avant l'heure prévue de l'intervention*	II	
Check-List accueil Installation sur le plateau opératoire à tête haute Mise en place d'un bonnet fixé avec du sparadrap Administration de gouttes anesthésiantes dans le nez	Durée moyenne de l'accueil patient : 14,3 minutes*	II	
Transfert du patient et arrivée en salle d'opération		IC	

Mise en place du monitoring et de la perfusion		IC ou A (SI ou AA)	
Check-list avant anesthésie		IC + A + C	
Induction et intubation nasale Mise en place du tamponnement		A ou AA + assistance IC ou SI	
Installation spécifique : fixation du tube nasal et des câbles		A + AA ou IC	
Préparation de la table de matériel chirurgical		III ou C	
Check-list avant chirurgie	Durée moyenne de la prise en charge en salle jusqu'au temps chirurgical : 23,74 minutes*	IC + A + C	

**Temps chirurgical**

Durée moyenne de l'opération : 19,88 minutes\*

**Matériel**

- Boîtes SJL Maxillo Extraction I + Maxillo Câble moteur
- Moteur + Trousse d'irrigation + Ecotainer 500mL NaCl 0,9%
- Aspiration

**→ CHC - Pack opératoire - Maxillofaciale****Contenu :**

Aiguille Dental 27G 13/16 (1)  
Bande adhésive 10x55cm (1)  
Blouses, Standard L (2)  
Boule de gaze 20 x 20cm RX (3)  
Canule 20Gx1,5\*, arrondi, rose (1)  
Champ d'ophtalmologie bilatéral KC100 744/635  
120x150cm (1)  
Champ de table 152x191cm, zone renforcée (1)  
Compresse, 10 x 10cm, 12plis, XR, tissée (5)  
Cupule transparente en polypropylène 120ml (1)  
Essuie-mains 35x60cm (2)  
Feuille de stérilisation 122x122cm, bleue (1)  
Gazes, Moyen, 2.5cm diam, Coton, Rayons (1)  
Housse caméra 15 x 250cm (1)  
Housse poignée Scialytique (1)  
Lame de bistouri, N°15 (2)  
Plateau, 27 x 22 x 5cm, bleue (1)  
Seringue, 20ml, concentrique, L/L (1)  
Serviette en coton bleue à forte capacité (1)  
Tubulure de raccordement 25ch 300cm F/F (1)  
Étiquettes, Set of 22, Jeu d'étiquettes (1)

**→ Matériel en individuel :**

- ✓ 3 Unidoses 15mL d'Hibidil
- ✓ Gants Protexis chirurgien
- ✓ Gants Protexis infirmière instrumentiste
- ✓ 2 tampons Merocel nasal 8cm
- ✓ 2 fils Vicryl rapide 2/0 blanc 45cm aiguille triangulaire

**Vos commentaires / remarques :**

.....

Appel du patient pour l'intervention suivante	Une fois le patient actuel installé	IC	
Préparation de la narcose et du matériel pour l'intervention suivante	Pendant l'opération du patient actuel	IC + SI	
Fin de l'intervention			
Check-list après intervention			
Sortie de la salle d'opération Transfert du patient vers le réveil	Temps moyen passé en salle d'opération : 55,62 minutes*	IC+SI+A	
Nettoyage de la salle		Personnel d'entretien	
Rangement du matériel chirurgical		III	
Préparation de la salle pour le cas suivant		IC	
Arrivée en salle de réveil		2 à 3 II au réveil	
Douleur en salle de réveil	77,78% des patients en présentent*		
Nausées et vomissements en salle de réveil	7,4% des patients en présentent*		
Appel du service de brancardage via le programme <i>Softmove</i>	Temps moyen passé au réveil : 52,85 minutes*	II	
Départ de la salle de réveil	Le brancardage arrive en moyenne 10,11 minutes après l'appel*	Service de brancardage	

Durée prévue pour une opération sur Opéra (entrée – sortie de la salle d’opération) : 45-60 minutes → Durée moyenne réelle : 55,62 minutes\*  
Ecart moyen entre temps réel et temps prévu sur Opéra de +3,38 minutes\*

Durée moyenne de la prise en charge du patient de son arrivée au dispatching à sa sortie de la salle de réveil : 2h04minutes\*

**Pour vous, existe-t-il des prérequis indispensables dans le parcours en post opératoire pour une extraction des dents de sagesse ? Oui / Non**

**Si oui, lesquels ? .....**



Protocole d'anesthésie

**Consignes de jeune :**

Tous les patients se présentent à jeun strict, depuis minuit la veille.

Je suis d'accord     Je ne suis pas d'accord

**Si pas d'accord, que proposez-vous ? : .....**

**Gestion de la douleur :**

Protocole existant	Protocole souhaité
<b>Analgésie préopératoire</b> ✓ Paracétamol 1g PO ✓ Ibuprofène 400mg PO	
<b>Analgésie peropératoire – En salle d'opération :</b> ✓ 2mL Solumédrol 125mg en IVD ✓ 2x1g Paracétamol en IV ✓ Anesthésique administré par le chirurgien via injection locale : Septanest special 40mg/mL	
<b>Analgésie postopératoire – En salle de réveil :</b> ✓ 1g Novalgine /100cc NaCl 0,9% en IV ✓ 100mg/2ml Tradonal + 50mg/2mL Litican /50cc NaCl 0,9% en IV ✓ 20mg/2mL Dipidolor titré dans 8mL de NaCl 0,9% en IVD ✓ Coldpack en application locale sur les joues	
<b>Analgésie postopératoire – Au domicile</b> ✓ Paracétamol 1g PO ✓ Ibuprofène 400mg PO	

**Gestion des nausées et vomissements :**

- ✓ 8mg/4mL Odansétron en IVD

Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC

### Méthode Delphi - Analyse et feedback du 1<sup>er</sup> questionnaire

Vous êtes 12 experts (chirurgien maxillo-facial, anesthésiste, infirmier(-ère) en salle d'opération) à participer à cette recherche de consensus.

Voici une mise en commun de vos réponses. Cela vous permettra de voir où votre avis se situe en comparaison avec ceux des autres experts, et de prendre connaissance des commentaires de chacun concernant l'itinéraire clinique proposé dans le premier questionnaire. Les modifications sont **surlignées**. Il est **essentiel** d'en prendre connaissance avant de répondre au 2<sup>ème</sup> questionnaire.

#### Heure d'arrivée à l'hôpital de jour :

1. Tous les patients se présentent à l'hôpital de jour à 7h → ✓ 5 sont d'accord
2. Les patients se présentent à l'hôpital de jour au minimum 2h30 avant l'intervention → ✓ 5 sont d'accord  
  
☒ 2 sont en désaccord avec ces propositions
3. Idéalement, les patients devraient se présenter ...h... avant l'intervention → 5 ont fait des propositions allant de 1h, 1h30, 2h à 3h avant l'intervention

Voici une mise en commun des prérequis...

...préopératoires proposés par 9 d'entre vous :	...postopératoires proposés par 7 d'entre vous :
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Consultation préopératoire en anesthésie</li><li><input type="checkbox"/> Explication du trajet de soin par une infirmière le jour de la consultation préopératoire en anesthésie</li><li><input type="checkbox"/> Prise en compte des antécédents, des allergies et la médication (Pas d'allergies connues aux produits anesthésiques utilisés, arrêt de certains médicaments (ex. : anticoagulants))</li><li><input type="checkbox"/> Informations sur le déroulement de l'intervention et hospitalisation (pré-, per- et post-opératoire)</li><li><input type="checkbox"/> Informations administratives</li><li><input type="checkbox"/> Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li><li><input type="checkbox"/> Être en ordre de mutuelle</li><li><input type="checkbox"/> Venir avec sa radiographie panoramique et le mot du dentiste</li><li><input type="checkbox"/> Prise d'AINS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ne pas prendre de repas chaud ni de boisson chaude le jour de l'opération</li><li><input type="checkbox"/> Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li><li><input type="checkbox"/> Pas de prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants (type Aspirine etc.)</li><li><input type="checkbox"/> Un gonflement est normal pendant les 3 jours suivants, pas normal si douleurs importantes après une semaine ou mauvais goût dans la bouche ou gonflement à nouveau</li></ul>

N.B. : Certains d'entre vous n'ont pas répondu à ces questions ou m'ont signalé une difficulté quant à sa compréhension et au type de réponse attendue.

### Mise en commun des commentaires

Etapas	Vos remarques / commentaires
Arrivée du patient au dispatching du bloc opératoire, à pieds	
Check-List accueil Installation sur le plateau opératoire à têtère Mise en place d'un bonnet fixé avec du sparadrap Administration de gouttes <b>décongestionnantes (vasoconstricteur)</b> dans le nez	Durée moyenne de l'accueil patient : <b>14,3 minutes*</b> <b>Timing jugé très long pour la plupart</b> <b>+ Perfuser le patient lors de cette étape</b>
Transfert du patient et arrivée en salle d'opération	
Mise en place du monitoring et de la perfusion	
Check-list avant anesthésie	<b>Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants</b>
Induction et intubation nasale Mise en place du tamponnement	<b>+ Noter sur le sparadrap qui tient le bonnet « T » comme tamponnement</b>
Installation spécifique : fixation du tube nasal et des câbles	<b>→ Créer une procédure uniformisée pour la fixation du tube + PHOTO</b> <b>+ Moment de vérification de la têtère (position et fixation)</b>
Préparation de la table de matériel chirurgical	<b>II ou C ou IC</b>
Check-list avant chirurgie	<b>Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants</b> Durée moyenne de la prise en charge en salle jusqu'au temps chirurgical : <b>20, 8 minutes*</b> <b>Timing mitigé : trop long pour 2, correct pour 2</b>

**Temps chirurgical** Durée moyenne de l'opération : 17,6 minutes\* C + II

### Matériel + précision du rôle

- Boîtes SJL Maxillo Extraction<sup>1</sup> + Maxillo Câble moteur
- Moteur + Trousse d'irrigation + Ecotainer 500mL NaCl 0,9% → 1 pour plusieurs
- Aspiration

#### → CHC - Pack opératoire - Maxillofaciale

##### Contenu :

- Aiguille-Dental 27G-13/16 (1)
- Bande adhésive 10x55cm (1) → Fixation des câbles
- Blouses, Standard L (2)
- Boule de gaze 20 x 20cm RX (3) → Désinfection
- Canule 20Gx1,5\*, arrondi, rose (1)
- Champ d'ophtalmologie bilatéral KC100 744/635 120x150cm (1) →
- Champ troué**
- Champ de table 152x191cm, zone renforcée (1)
- Compresse, 10 x 10cm, 12plis, XR, tissée (5)
- Cupule transparente en polypropylène 120ml (1) → Désinfection
- Essuie-mains 35x60cm (2)
- Feuille de stérilisation 122x122cm, bleue (1)
- Gazes, Moyen, 2.5cm diam, Coton, Rayons (1)
- Housse caméra 15 x 250cm (1)
- Housse poignée Scialytique (1)
- Lame de bistouri, N°15 (2)
- Plateau, 27 x 22 x 5cm, bleue (1)
- Seringue, 20ml, concentrique, L/L (1)
- Serviette en coton bleue à forte capacité (1) → Protection visage patient
- Tubulure de raccordement 25ch 300cm F/F (1)
- Étiquettes, Set of 22, Jeu d'étiquettes (1)

#### → Matériel en individuel :

- ✓ 3 Unidoses 15mL d'Hibidil
- ✓ Gants Protexis chirurgical
- ✓ Gants Protexis infirmière instrumentiste
- ✓ 2 tampons Meroceel nasal 8cm → En si nécessaire : laisser dans chariot ?<sup>2</sup>
- ✓ 2 fils Vicryl rapide 2/0 blanc 45cm aiguille triangulaire

#### Vos commentaires / remarques :

- ☒ Préciser le matériel nécessaire à l'intubation : pince de magyl pour chaque patient + tube naso-trachéal + KY + laryngoscope et lame + tamponnement + liquide chaud + sparadrap
- ☒ Préciser le matériel du set chirurgical<sup>1</sup> en vue de l'adapter et le diminuer
  - Boîte Extraction
  - Boîte Extraction totale (+ daviers)
- ☒ <sup>2</sup>Matériel spécifique se trouve dans le chariot dédié à la maxillo
- ☒ Disponibilité de septanest en salle

Appel du patient pour l'intervention suivante	Une fois le patient actuel installé c'est-à-dire quand le chirurgien et l'instrumentiste sont habillés et que tout est prêt pour commencer l'intervention : le câble du moteur branché ainsi que le tuyau de l'aspiration.
+ Etape supplémentaire : Réalisation des documents administratifs bloc op, des différents encodages dans opéra et du scanning du matériel utilisé en salle pour chaque patient (Online)	Réalisé par IC
Préparation de la narcose et du matériel pour l'intervention suivante	
Fin de l'intervention	+ Mise en place de 2 cotons au niveau des zones d'extraction + ! Signaler le retrait du tamponnement + ! Sangler les patients (car le réveil est parfois beaucoup plus agité vu le jeune âge des patients)
+ Etape supplémentaire : Prescriptions postopératoires	Réalisé par A ou C ?
Check-list après intervention	Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants La détailler pour la rendre plus « intelligente » donc plus efficiente ?
Sortie de la salle d'opération	
Transfert du patient vers le réveil	
Nettoyage de la salle	
Rangement du matériel chirurgical	
Préparation de la salle pour le cas suivant	par l'IC et du matériel pour l'intervention suivante par l'II
Arrivée en salle de réveil	
Douleur en salle de réveil	70% des patients en présentent → Nombre important de patients douloureux
Nausées et vomissements en salle de réveil	8% des patients en présentent → Assez rare
Appel du service de brancardage via le programme Softmove	Temps moyen passé au réveil : 55,4 minutes → Temps jugé excessivement long !
Départ de la salle de réveil	

**Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur**

Tous les patients se présentent à jeun strict, depuis minuit la veille.

- ✓ 5 sont d'accord
- ☒ 4 ne sont pas d'accord\*
- 3 n'ont pas répondu

**\*Si pas d'accord** - Voici les propositions faites par 3 participants :

- Boisson sucrée -1h
- Jeune -6h
- Le service d'anesthésie est en train de réfléchir à un protocole de jeune simplifié : Prise de liquides clairs (eau) plus rapprochée de la chirurgie. Si prévue l'après-midi, possibilité d'un petit déjeuner léger.

**Gestion de la douleur + Protocole de narcose**

<p><b>Analgésie préopératoire</b> → Pré-narcose : Arcoxia + Alprazolam</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paracétamol 1g-PO</li> <li>✓ Ibuprofène 400mg-PO</li> </ul>	
<p><b>Analgésie peropératoire – En salle d'opération :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2mL Solumédrol 125mg en IVD</li> <li>✓ 2x1g Paracétamol en IV</li> <li>✓ Anesthésique administré par le chirurgien via injection locale : Septanest special 40mg/mL</li> <li>✓ + Tradonal 1-2mg/kg (max 100mg) ou 1 ampoule de Novalgine d'emblée</li> </ul>	<p><b>+ Protocole de narcose :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propofol</li> <li>✓ Ultiva ou Sufenta</li> <li>✓ Esmeron</li> <li>✓ Aacidexam 0,2mg/kg</li> <li>✓ Taradyl 0,5mg/kg → Si pas d'Arcoxia en pré narcose</li> </ul>
<p><b>Analgésie postopératoire – En salle de réveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1g Novalgine /100cc NaCl 0,9% en IV → Peut recevoir une deuxième dose si reçu en peropératoire</li> <li>✓ 100mg/2ml Tradonal + 50mg/2mL Litican dans 50cc NaCl 0,9% en IV → Si pas reçu en peropératoire</li> <li>✓ 20mg/2mL Dipidolor titré dans 8mL de NaCl 0,9% en IVD → Prévu en Si nécessaire si douleur trop importante</li> <li>✓ Coldpack en application locale sur les joues → TOUJOURS</li> </ul>	<p><b>Gestion des nausées et vomissements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 8mg/4mL Odansétron en IVD → Prévu en Si nécessaire</li> </ul>
<p><b>Analgésie postopératoire – Au domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paracétamol 1g PO 4X/J</li> <li>✓ Ibuprofène 600mg PO 3X/J 5N</li> <li>✓ + Corsodyl – Bain de bouche 3X/jour</li> </ul>	<p><b>+ Antibiotiques à prescrire ?</b></p>

**Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC**

**Méthode Delphi – 2ème questionnaire**

**Vous êtes...**

**Fonction :**

- Chirurgien maxillo-facial
- Anesthésiste
- Infirmier(-ère) en salle d'opération

**Institution :** .....

**Consignes :** Veuillez répondre à ce questionnaire de manière informatique sur Word et m'envoyer ensuite votre version complétée par mail.

**Délais :** Le questionnaire complété est à m'envoyer au plus tard le 24 janvier 2020. Un mail de rappel vous sera envoyé entre-temps.

**Ce questionnaire est strictement anonyme.**

**N'hésitez pas à venir vers moi si vous avez besoin de précisions supplémentaires pour certains points.**

**Je vous remercie encore pour votre participation !**

**Il est impératif de prendre connaissance attentivement du Feed-back avant de répondre au questionnaire.**

Même si vous pensez peut-être que certaines étapes ne sont pas de votre ressort (dans le premier questionnaire, la partie peropératoire n'a pas été commentée par tous, de même pour le protocole d'anesthésie par exemple) votre avis à toute son importance pour mon travail ! J'ai conscience que cela demande du temps, mais lisez correctement le feed-back en entier afin de répondre le plus contentieusement possible aux questions ci-dessous.

N'hésitez pas à me faire part de vos suggestions dans le but d'optimiser et de rendre l'itinéraire clinique le plus efficient possible !

**1. Sélectionnez UNE des propositions suivantes :**

Tous les patients se présentent à l'hôpital de jour...

- à 7h
- 1h avant l'intervention
- 1h30 avant l'intervention
- 2h avant l'intervention
- 2h30 avant l'intervention
- 3h avant l'intervention

**2. En fonction de la liste de propositions de prérequis indispensables à l'extraction des dents de sagesse dans le parcours du patient, cochez celles qui, selon vous, sont indispensables. Vous pouvez également en ajouter :**

Préopératoire	Postopératoire
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Consultation préopératoire en anesthésie</li><li><input type="checkbox"/> Explication du trajet de soin par une infirmière le jour de la consultation préopératoire en anesthésie</li><li><input type="checkbox"/> Prise en compte des antécédents, des allergies et la médication (Pas d'allergies connues aux produits anesthésiques utilisés, arrêt de certains médicaments (ex. : anticoagulants))</li><li><input type="checkbox"/> Informations sur le déroulement de l'intervention et hospitalisation (pré-, per- et post-opératoire)</li><li><input type="checkbox"/> Informations administratives</li><li><input type="checkbox"/> Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li><li><input type="checkbox"/> Être en ordre de mutuelle</li><li><input type="checkbox"/> Venir avec sa radiographie panoramique et le mot du dentiste</li><li><input type="checkbox"/> Prise d'AINS</li><li><input type="checkbox"/> Autres ?.....</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ne pas prendre de repas chaud ni de boisson chaude le jour de l'opération</li><li><input type="checkbox"/> Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li><li><input type="checkbox"/> Pas de prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants (type Aspirine etc.)</li><li><input type="checkbox"/> Un gonflement est normal pendant les 3 jours suivants, pas normal si douleurs importantes après une semaine ou mauvais goût dans la bouche ou gonflement à nouveau</li><li><input type="checkbox"/> Autres ?....</li></ul>



**3. Indiquez dans la colonne adéquate (X) si vous êtes en accord avec les modifications apportées au tableau reprenant les étapes du trajet du patient.**

**Si vous n'êtes pas d'accord, commentez :**

Etapas	Modifications	D'accord	Pas d'accord + Commentaire
Arrivée du patient au dispatching du bloc opératoire, à pieds			
Check-List accueil Installation sur le plateau opératoire à têtère Mise en place d'un bonnet fixé avec du sparadrap Administration de gouttes <b>décongestionnantes (vasoconstricteur)</b> dans le nez	+ Perfuser le patient lors de cette étape		
Transfert du patient et arrivée en salle d'opération			
Mise en place du monitoring et de la perfusion			
Check-list avant anesthésie	Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants		
Induction et intubation nasale Mise en place du tamponnement	+ Préciser le matériel nécessaire à l'intubation : pince de magyl pour chaque patient + tube naso-trachéal + KY + laryngoscope et lame + tamponnement + liquide chaud + sparadrap  + Noter sur le sparadrap qui tient le bonnet « T » comme tamponnement		
Installation spécifique : fixation du tube nasal et des câbles	→ Créer une procédure uniformisée pour la fixation du tube + PHOTO + Moment de vérification de la têtère (position et fixation)		
Préparation de la table de matériel chirurgical	III ou C ou IC		
Check-list avant chirurgie	Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants		

**Temps chirurgical**

## Matériel

→ Boîtes SJL Maxillo **Extraction\*** + Maxillo Câble moteur

→ Moteur + Trousse d'irrigation + **Ecotainer 500mL NaCl 0,9% → 1 pour plusieurs**

→ Aspiration

### → CHC - Pack opératoire - Maxillofaciale

#### Contenu :

**Aiguille Dental 27G 13/16 (1)**

Bande adhésive 10x55cm (1)

Blouses, Standard L (2)

Boule de gaze 20 x 20cm RX (3)

Canule 20Gx1,5\*, arrondi, rose (1)

Champ d'ophtalmologie bilatéral KC100 744/635 120x150cm (1)

Champ de table 152x191cm, zone renforcée (1)

Compresse, 10 x 10cm, 12plis, XR, tissée (5)

Cupule transparente en polypropylène 120ml (1)

Essuie-mains 35x60cm (2)

**Feuille de stérilisation 122x122cm, bleue (1)**

Gazes, Moyen, 2.5cm diam, Coton, Rayons (1)

Housse caméra 15 x 250cm (1)

Housse poignée Scialytique (1)

Lame de bistouri, N°15 (2)

**Plateau, 27 x 22 x 5cm, bleue (1)**

Seringue, 20ml, concentrique, L/L (1)

Serviette en coton bleue à forte capacité (1)

Tubulure de raccordement 25ch 300cm F/F (1)

**Étiquettes, Set of 22, Jeu d'étiquettes (1)**

→ Matériel en individuel :

✓ 3 Unidoses 15mL d'Hibidil

✓ Gants Protexis chirurgien

✓ Gants Protexis infirmière instrumentiste

✓ 2 fils Vicryl rapide 2/0 blanc 45cm aiguille triangulaire

\*Préciser le matériel du set chirurgical en vue de l'adapter et le diminuer

- Boîte Extraction

- Boîte Extraction totale (+ daviers)

Matériel spécifique se trouve dans le chariot dédié à la maxillo

→ Dont les tampons Merocel et le Septanest

**4. Êtes-vous d'accord avec les modifications apportées ?** Oui / Non

**Si Non, commentez :**

.....

Étapes

Modifications

D'accord

Pas d'accord  
+ Commentaire

Appel du patient pour l'intervention suivante, une fois le patient actuel installé	C'est-à-dire quand le chirurgien et l'instrumentiste sont habillés et que tout est prêt pour commencer l'intervention : le câble du moteur branché ainsi que le tuyau de l'aspiration.		
+ Etape supplémentaire : Réalisation des documents administratifs, des encodages (Opéra) et du scanning du matériel utilisé en salle pour chaque patient (Online)	Réalisé par l'infirmière circulante		
Préparation de la narcose et du matériel pour l'intervention suivante			
Fin de l'intervention	+ Mise en place de 2 cotons au niveau des zones d'extraction + ! Signaler le retrait du tamponnement + ! Sangler les patients (car le réveil est parfois beaucoup plus agité vu le jeune âge des patients)		
+ Etape supplémentaire : Prescriptions postopératoires	Réalisées par l'anesthésiste ou le chirurgien ?		
Check-list après intervention	Indispensable, mais rarement réellement effectuée mais cochée dans le programme sans l'avoir effectuée, ou alors n'est pas toujours réalisée avec tous les intervenants La détailler pour la rendre plus « intelligente » donc plus efficiente ?		
Sortie de la salle d'opération - Transfert du patient vers le réveil			
Nettoyage de la salle			
Rangement du matériel chirurgical			
Préparation de la salle pour le cas suivant	par l'IC et du matériel pour l'intervention suivante par l'II		
Arrivée en salle de réveil			
Douleur en salle de réveil	70% des patients en présentent		
Nausées et vomissements en salle de réveil	8% des patients en présentent		
Appel du service de brancardage via le programme <i>Softmove</i>	Temps moyen passé au réveil : 55,4 minutes		
Départ de la salle de réveil			

Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur

**5. Cochez UNE proposition : Tous les patients se présentent à jeun strict, depuis minuit la veille**

- D'accord  
 Pas d'accord → Utilisation du protocole de jeune simplifié qui sera mis au point par l'équipe d'anesthésie

**6. Indiquez dans la colonne adéquate (X) si vous êtes en accord avec le protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur proposé ci-dessous.**

**Si vous n'êtes pas d'accord, commentez :**

	D'accord	Pas d'accord + Commentaire
<b>Pré-narcose :</b> Arcoxia + Alprazolam		
<b>Analgésie peropératoire – En salle d'opération :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2mL Solumédrol 125mg en IVD</li> <li>✓ 2x1g Paracétamol en IV</li> <li>✓ Anesthésique administré par le chirurgien via injection locale : Septanest special 40mg/mL</li> <li>✓ Tradonal 1-2mg/kg (max 100mg) <u>ou</u> 1 ampoule de Novalgine</li> </ul>		
<b>Protocole de narcose peropératoire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propofol</li> <li>✓ Ultiva <u>ou</u> Sufenta</li> <li>✓ Esmeron</li> <li>✓ Aacidexam 0,2mg/kg</li> <li>✓ Taradyl 0,5mg/kg → Si pas d'Arcoxia en pré-narcose</li> </ul>		
<b>Analgésie postopératoire – En salle de réveil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1g Novalgine /100cc NaCl 0,9% en IV → Peut recevoir une deuxième dose si déjà reçu en peropératoire</li> <li>✓ 100mg/2ml Tradonal + 50mg/2mL Litican dans 50cc NaCl 0,9% en IV → Si pas reçu en peropératoire</li> <li>✓ 20mg/2mL Dipidolor titré dans 8mL de NaCl 0,9% en IVD → Prévu en Si nécessaire si douleur trop importante</li> <li>✓ Coldpack en application locale sur les joues</li> </ul>		
<b>Analgésie postopératoire – Au domicile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paracétamol 1g PO 4X/J</li> <li>✓ Ibuprofène 600mg PO 3X/J SN</li> <li>+ Corsodyl – Bain de bouche 3X/jour</li> </ul>		
<b>Gestion des nausées et vomissements :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 8mg/4mL Odansétron en IVD → Prévu en Si nécessaire</li> </ul>		
<b>+ Antibiotiques à prescrire?</b>		

Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC

## Méthode Delphi - Analyse et feedback du 2<sup>ème</sup> questionnaire

Vous êtes 10 experts (chirurgien maxillo-facial, anesthésiste, infirmier(-ère) en salle d'opération – Perte de 2 experts n'ayant pas répondu au 2<sup>ème</sup> questionnaire) à participer à cette recherche de consensus.

Voici une mise en commun de vos réponses. Cela vous permettra de voir où votre avis se situe en comparaison avec ceux des autres experts, et de prendre connaissance des commentaires de chacun concernant l'itinéraire clinique proposé dans le premier questionnaire. Les modifications sont **surlignées**. Il est **essentiel** d'en prendre connaissance avant de répondre au 3<sup>ème</sup> questionnaire, afin de suivre l'évolution de l'itinéraire clinique.

Tous les patients se présentent à l'hôpital de jour...


→ Cet horaire sera à valider par l'HDJ

1h avant l'intervention	1 vote
<b>2h avant l'intervention</b>	<b>5 votes</b>
2h30 avant l'intervention	2 votes
3h avant l'intervention	2 votes

Prérequis indispensables à l'extraction des dents de sagesse dans le parcours du patient en ...

Préopératoire	Postopératoire
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Consultation préopératoire en anesthésie <b>dont</b> la prise en compte des antécédents, des allergies et la médication (Pas d'allergies connues aux produits anesthésiques utilisés, arrêt de certains médicaments (ex. : anticoagulants))</li><li>✓ Explication du trajet de soin par une infirmière le jour de la consultation préopératoire en anesthésie</li><li>✓ Informations sur le déroulement de l'intervention et hospitalisation (pré-, per- et post-opératoire)</li><li>✓ Informations administratives</li><li>✓ Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li><li>✓ Être en ordre de mutuelle</li><li>✓ Venir avec sa radiographie panoramique et le mot du dentiste</li><li>✓ Prise d'AINS – En informer l'anesthésiste afin d'éviter le surdosage</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ne pas prendre de repas chaud ni de boisson chaude le jour de l'opération</li><li>✓ Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li><li>✓ Pas de prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants (type Aspirine etc.) <b>SAUF si il s'agit d'un traitement pour une pathologie spécifique – Notion d'intervention mineure à prendre en compte ici</b></li><li>✓ Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li><li>✓ Un gonflement est normal pendant les 3 jours suivants, pas normal si douleurs importantes après une semaine ou mauvais goût dans la bouche ou gonflement à nouveau</li><li>✓ Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li><li>✓ <b>Suivre la prescription médicale postopératoire - Consignes au cas par cas</b></li></ul>

**Les étapes du trajet du patient :**

Étapes	Modifications
Arrivée du patient à l'accueil patient du bloc opératoire, à pieds	
Check-List accueil Installation sur le plateau opératoire à têtère Mise en place d'un bonnet fixé avec du sparadrap Administration de gouttes décongestionnantes (vasoconstricteur) dans le nez	+ Perfuser le patient lors de cette étape → Dès que possible, lorsque le timing le permet et si le patient n'est pas trop jeune (désir d'induction inhalatrice)  + Sangler le patient, qui peut le rester tout au long de la prise en charge puisque décubitus dorsal et aucun changement de position
Transfert du patient et arrivée en salle d'opération	
Mise en place du monitoring et de la perfusion	
Check-list avant anesthésie	A effectuer <u>obligatoirement</u> avec tous les intervenants
Induction et intubation nasale → Matériel nécessaire à l'intubation : pince de magyl pour + tube naso-trachéal + KY + laryngoscope et lame + tamponnement + liquide chaud + sparadrap  Mise en place du tamponnement + Noter sur le sparadrap qui tient le bonnet « T » comme tamponnement	
Installation spécifique : fixation du tube nasal et des câbles	→ Proposer une procédure uniformisée pour la fixation du tube accompagnée d'une photo + Moment de vérification de la têtère (position et fixation) par le chirurgien (car c'est lui qui va travailler au niveau de la tête) ainsi que de la mise en place des câbles qui respecte le souhait de l'anesthésiste
Préparation de la table de matériel chirurgical	 principalement (ou C ou IC si besoin)
Check-list avant chirurgie	A effectuer <u>obligatoirement</u> avec tous les intervenants

### Temps chirurgical

- Boîtes SJL Maxillo Extraction + Maxillo Câble moteur
- Moteur + Trousse d'irrigation + 1L NaCl 0,9% (suffit pour plusieurs patients)
- Aspiration
- CHC Pack opératoire Maxillofaciale – Contenu :

Aiguille Dental 27G 13/16 (1)  
Bande adhésive 10x55cm (1)  
Blouses, Standard L (2)  
Boule de gaze 20 x 20cm RX (3)  
Canule 20Gx1,5\*, arrondi, rose (1)  
Champ d'ophtalmologie bilatéral KC100 744/635 120x150cm (1)  
Champ de table 152x191cm, zone renforcée (1)  
Compresse, 10 x 10cm, 12plis, XR, tissée (5)  
Cupule transparente en polypropylène 120ml (1)  
Essuie-mains 35x60cm (2)  
Gazes, Moyen, 2.5cm diam, Coton, Rayons (1)  
Housse caméra 15 x 250cm (1)  
Housse poignée Scialytique (1)  
Lame de bistouri, N°15 (2)  
Seringue, 20ml, concentrique, L/L (1)  
Serviette en coton bleue à forte capacité (1)  
Tubulure de raccordement 25ch 300cm F/F (1)

### → Matériel en individuel :

- ✓ 3 Unidoses 15mL d'Hibidil
- ✓ Gants Protexis chirurgien
- ✓ Gants Protexis infirmière instrumentiste
- ✓ 1 ou 2 fils Vicryl rapide 2/0 ou 3/0 blanc 45cm aiguille triangulaire

→ Matériel spécifique : Il se trouve dans le chariot dédié à la maxillo → On y retrouve les tampons Merocel et le Septanest\*

\* Le Septanest est à faire tremper dans un bassin réniforme avec de la chlorexidine afin de « stériliser » les ampoules

Etapas	Modifications
Appel du patient pour l'intervention suivante, une fois le patient actuel installé	C'est-à-dire quand le chirurgien et l'instrumentiste sont habillés et que tout est prêt pour commencer l'intervention : le câble du moteur branché ainsi que le tuyau de l'aspiration. <b>SAUF si intervention plus compliquée – Toujours attendre la validation du chirurgien</b>
Réalisation des documents administratifs, des encodages (Opéra) et du scanning du matériel utilisé en salle pour chaque patient (Online) par l'infirmière circulante	
Préparation de la narcose et du matériel pour l'intervention suivante	
Fin de l'intervention Mise en place de 2 cotons au niveau des zones d'extraction ! Signaler le retrait du tamponnement <b>! Vérifier que le patient est bien sanglé</b>	
<b>Prescriptions postopératoires</b>	A l'HDJ → Anesthésiste. Antalgiques à domicile + papiers de sortie → Chirurgien
Check-list après intervention	A effectuer <u>obligatoirement</u> avec tous les intervenants
Sortie de la salle d'opération - Transfert du patient vers le réveil	
Nettoyage de la salle	
Rangement du matériel chirurgical	
Préparation de la salle pour le cas suivant par l'IC et du matériel pour l'intervention suivante par l'Il	
Arrivée en salle de réveil	
Douleur en salle de réveil	
Nausées et vomissements en salle de réveil	
Appel du service de brancardage via le programme <i>Softmove</i>	
Départ de la salle de réveil	



## Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur

Tous les patients se présentent à jeun strict, depuis minuit la veille

- D'accord – 5 votes
- Pas d'accord → Utilisation du protocole de jeune simplifié qui sera mis au point par l'équipe d'anesthésie – 2 votes

**Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur :**

<p><b>Pré-narcose</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Arcoxia <b>si pas de prise d'autre AINS en préopératoire</b></li><li>✓ Alprazolam <b>si patient stressé, donc en si nécessaire</b></li></ul>
<p><b>Analésie peropératoire – En salle d'opération :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solumédrol <b>2mg/kg avec maximum 125mg</b> en IVD</li><li>✓ Paracétamol <b>15 à 20mg/kg</b> en IV</li><li>✓ Anesthésique administré par le chirurgien via injection locale : Septanest special 40mg/mL</li><li>✓ Tradonal 1-2mg/kg (max 100mg – <b>A éviter car risque important de nausées</b>) <b>ou</b> 1 ampoule de Novalgine <b>ou corticoïdes (type Dexaméthasone 8 mg)</b></li></ul>
<p><b>Protocole de narcose peropératoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Propofol</li><li>✓ Ultiva <b>ou</b> Sufenta <b>ou Rapifen</b></li><li>✓ <b>(Esmeron)</b></li><li>✓ Aacidexam 0,2mg/kg → <b>Si pas de solumédrol</b></li><li>✓ Taradyl 0,5mg/kg → <b>Si pas d'Arcoxia ou de Solumédrol en pré-narcose</b></li></ul>
<p><b>Analésie postopératoire – En salle de réveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>1g Novalgine /100cc NaCl 0,9% en IV → Peut recevoir une deuxième dose si déjà reçu en peropératoire – A éviter car effets secondaires graves ?</b></li><li>✓ 100mg/2ml Tradonal + 50mg/2ml Litican dans 50cc NaCl 0,9% en IV → <b>Si pas reçu en peropératoire</b></li><li>✓ 20mg/2ml Dipidolor titré dans 8mL de NaCl 0,9% en IVD → <b>Prévu en Si nécessaire si douleur trop importante</b></li><li>✓ Coldpack en application locale sur les joues</li></ul>
<p><b>Analésie postopératoire – Au domicile</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Paracétamol 1g PO 4X/J</li><li>✓ Ibuprofène 600mg PO 3X/J SN</li><li>✓ <b>Novalgine PO si Paracétamol et Ibuprofène insuffisants ?</b></li></ul> <p>+ Corsodyl – Bain de bouche 3X/jour</p>
<p><b>Gestion des nausées et vomissements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Odansétron <b>0,1mg/kg (maximum 4mg)</b> en IVD → <b>Prévu en Si nécessaire</b></li></ul>
<p><b>Antibiotiques</b></p> <p><b>Prescription uniquement à la demande du chirurgien, si cela s'avère nécessaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Abcès</b></li><li>✓ <b>Infection</b></li></ul>

**Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC**

**Méthode Delphi – 3ème questionnaire**

**Vous êtes...**

**Fonction :**

- Chirurgien maxillo-facial
- Anesthésiste
- Infirmier(-ère) en salle d'opération

**Institution :** .....

**Consignes :** Veuillez répondre à ce questionnaire de manière informatique sur Word et m'envoyer ensuite votre version complétée par mail.

**Délais :** Le questionnaire complété est à m'envoyer au plus tard le vendredi 29 février 2020.  
Un mail de rappel vous sera envoyé entre-temps.

**Ce questionnaire est strictement anonyme.**

**N'hésitez pas à venir vers moi si vous avez besoin de précisions supplémentaires pour certains points.**

**Je vous remercie encore pour votre participation !**

**Il est impératif de prendre connaissance attentivement du Feed-back avant de répondre au questionnaire.**

L'itinéraire clinique proposé après modifications dans le Feedback du 2<sup>ème</sup> questionnaire convient désormais à la quasi-totalité des experts.

- 1. Il y a-t-il encore une étape qui ne vous satisfait pas ? Si oui, pourquoi ? Avez des améliorations supplémentaires à proposer ?**

.....

Afin de rendre l'itinéraire encore plus efficace,

- 2. Avez-vous des propositions permettant d'optimiser d'avantage le trajet de soins (Au niveau des ressources, du personnel, du coût, du matériel, du bien-être du patient...)**

.....

- 3. Pensez-vous que la mise au point d'une check-list plus spécifique aux différentes disciplines, voire intervention, serait intéressant et efficace ? Ainsi qu'envisageable sur le terrain ?**

.....

## Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC

### Méthode Delphi - Analyse et feedback du 3ème questionnaire

Vous êtes 7 experts (chirurgiens maxillo-facial, anesthésistes, infirmier(-ère)s en salle d'opération – Perte de 2 experts n'ayant pas répondu au 2<sup>ème</sup> questionnaire, puis perte de 3 experts supplémentaires n'ayant pas répondu au 3ème questionnaire) à participer à cette recherche de consensus.

Voici une mise en commun de vos réponses. Cela vous permettra de voir où votre avis se situe en comparaison avec ceux des autres experts, et de prendre connaissance des commentaires de chacun concernant les précisions demandées dans le 3<sup>ème</sup> questionnaire, à-propos l'itinéraire clinique construit et amélioré au fur et à mesure des 2 premiers questionnaires.

#### 1. Il y a-t'il encore une étape qui ne vous satisfait pas ? Si oui, pourquoi ? Avez des améliorations supplémentaires à proposer ?

Les améliorations complémentaires apportées à l'IC sont **surlignées en jaune** dans le document proposé en annexe.

**Afin de rendre l'itinéraire encore plus efficace,**

#### 2. Avez-vous des propositions permettant d'optimiser d'avantage le trajet de soins (Au niveau des ressources, du personnel, du coût, du matériel, du bien-être du patient...)?

1. Mise au point d'une check-list spécifique
2. D'une façon générale, il s'agit de patients jeunes (adolescents) et particulièrement stressés, donc avoir cela régulièrement en tête lorsqu'on les prend en charge
3. Le faire en anesthésie locale

#### 3. Pensez-vous que la mise au point d'une check-list plus spécifique aux différentes disciplines, voire intervention, serait intéressant et efficace ? Ainsi qu'envisageable sur le terrain ?

Oui : 3 votes	Non : 4 votes
<p>→ « Une check list spécifique le rendra adapté et donc plus pertinent. C'est une étape qui devra nécessairement arriver, au risque si le ce n'est pas le cas de banaliser un environnement structurant. Il serait intéressant aussi de stadifier les interventions afin de créer des sous-groupes et d'être plus performant. Puisque la volonté de notre système médical est de tout standardiser, pour les interventions aussi fréquentes, il faudra envisager une classification de la dysharmonie afin de rendre les protocoles mis en place plus spécifiques donc utilisables au quotidien. »</p> <p>→ « Le fait que la check-list soit uniformisée la rend rébarbative et donc inutilisée a l'heure actuelle. Une check liste courte, adaptée à la discipline est probablement nécessaire pour qu'elle soit réutilisée... »</p> <p>→ « La check-list actuelle n'est vraiment pas adaptée à l'intervention des dents de sagesse. Par exemple le retrait du tamponnement n'est pas mentionné alors que cela est vital ! »</p>	<p>→ « Multiplication du nombre d'outils de check-list, il est intéressant de garder une base identique pour les interventions pour anesthésie générale, ou locorégionale »</p> <p>→ « Trop contraignant ! Il faut uniformiser. Check-list = mise en sécurité. Cela doit être la même pour toutes interventions »</p>

## Création d'un itinéraire clinique – Prise en charge des patients opérés d'une extraction de DDS et hospitalisés en HDJC

**Tous les patients se présentent à l'hôpital de jour 2h avant l'intervention**

→ Cet horaire sera à valider par l'HDJ – Dynamique organisationnelle globale à respecter...

→ Préciser au patient que tout retard sur son arrivée à l'hôpital sera à risque d'annulation de l'intervention sans justificatif.

**Prérequis indispensables à l'extraction des dents de sagesse dans le parcours du patient en ...**

Préopératoire	Postopératoire
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultation préopératoire en anesthésie dont la prise en compte des antécédents, des allergies et la médication (Pas d'allergies connues aux produits anesthésiques utilisés, arrêt de certains médicaments (ex. : anticoagulants))</li> <li>✓ Explication du trajet de soin par une infirmière le jour de la consultation préopératoire en anesthésie</li> <li>✓ Informations sur le déroulement de l'intervention et hospitalisation (pré-, per- et post-opératoire)</li> <li>✓ Informations administratives</li> <li>✓ Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li> <li>✓ Être en ordre de mutuelle</li> <li>✓ Venir avec sa radiographie panoramique et le mot du dentiste</li> <li>✓ Prise d'AINS – En informer l'anesthésiste afin d'éviter le surdosage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ne pas prendre de repas chaud ni de boisson chaude le jour de l'opération</li> <li>✓ Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li> <li>✓ Pas de prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants (type Aspirine etc.) SAUF si il s'agit d'un traitement pour une pathologie spécifique – Notion d'intervention mineure à prendre en compte ici</li> <li>✓ Nourriture molle les 2-3 jours suivants</li> <li>✓ Un gonflement est normal pendant les 3 jours suivants, pas normal si douleurs importantes après une semaine ou mauvais goût dans la bouche ou gonflement à nouveau</li> <li>✓ Hygiène globale et bucco-dentaire (brossage des dents et bain de bouche)</li> <li>✓ Suivre la prescription médicale postopératoire - Consignes au cas par cas</li> </ul>

**Légende :** I = Infirmière IC = Infirmière Circulante SI = Stagiaire en soins infirmiers  
 III : Infirmière Instrumentiste A = Anesthésiste AA = Assistant(e) en Anesthésie C = Chirurgien

### Les étapes du trajet du patient :

Etapes	Intervenants	Commentaires
Arrivée du patient à l'accueil patient du bloc opératoire, à pieds	I	
<b>Check-List accueil</b> Installation sur le plateau opératoire à têtère Mise en place d'un bonnet fixé avec du sparadrap Administration de gouttes décongestionnantes (vasoconstricteur) dans le nez Perfuser le patient lors de cette étape → Dès que possible, lorsque le timing le permet et si le patient n'est pas trop jeune (désir d'induction inhalatrice) Sangler le patient	I ou IC	Conserver une check-list généralisée ou en créer de plus spécifiques ?
Transfert du patient et arrivée en salle d'opération	IC	
Mise en place du monitoring et de la perfusion	IC ou A (SI ou AA)	
<b>Check-list avant anesthésie</b>	IC + A + C	
Induction et intubation nasale → Matériel nécessaire à l'intubation : pince de magyl pour + tube naso-trachéal + KY + laryngoscope et lame + tamponnement + liquide chaud + sparadrap Mise en place du tamponnement + Noter sur le sparadrap qui tient le bonnet « T » comme tamponnement	A ou AA + aide IC ou SI	
Installation spécifique : fixation du tube nasal et des câbles → Moment de vérification de la têtère (position et fixation) par le chirurgien (car c'est lui qui va travailler au niveau de la tête) ainsi que de la mise en place des câbles qui respecte le souhait de l'anesthésiste	A + C	→ Proposer une procédure uniformisée pour la fixation du tube accompagnée d'une photo
Préparation de la table de matériel chirurgical	III principalement (ou C ou IC si besoin)	
<b>Check-list avant chirurgie</b>	IC + A + C	

**Temps chirurgical**

Intervenants : C + III

- Boîtes SJL Maxillo Extraction + Maxillo Câble moteur
- Moteur + Trousse d'irrigation + 1L NaCl 0,9% (suffit pour plusieurs patients)
- Aspiration
- CHC Pack opératoire Maxillofaciale – Contenu :

Aiguille Dental 27G 13/16 (1)  
Bande adhésive 10x55cm (1)  
Blouses, Standard L (2)  
Boule de gaze 20 x 20cm RX (3)  
Canule 20Gx1,5\*, arrondi, rose (1)  
Champ d'ophtalmologie bilatéral KC100 744/635 120x150cm (1)  
Champ de table 152x191cm, zone renforcée (1)  
Compresse, 10 x 10cm, 12plis, XR, tissée (5)  
Cupule transparente en polypropylène 120ml (1)  
Essuie-mains 35x60cm (2)  
Gazes, Moyen, 2.5cm diam, Coton, Rayons (1)  
Housse caméra 15 x 250cm (1)  
Housse poignée Scialytique (1)  
Lame de bistouri, N°15 (2)  
Seringue, 20ml, concentrique, L/L (1)  
Serviette en coton bleue à forte capacité (1)  
Tubulure de raccordement 25ch 300cm F/F (1)

→ Matériel en individuel :

- ✓ 3 Unidoses 15mL d'Hibidil **OU isobétadine dermique diluée dans LP**
- ✓ Gants Protexis chirurgical
- ✓ Gants Protexis infirmière instrumentiste
- ✓ 1 ou 2 fils Vicryl rapide 2/0 ou 3/0 blanc 45cm aiguille triangulaire

→ Matériel spécifique : Il se trouve dans le chariot dédié à la maxillo → On y retrouve les tampons Merocel et le Septanest\*

\* Le Septanest est à faire tremper dans un bassin réniforme avec de la chlorexidine afin de « stériliser » les ampoules

Etapas

Intervenants

Appel du patient pour l'intervention suivante, une fois le patient actuel installé <i>C'est-à-dire quand le chirurgien et l'instrumentiste sont habillés et que tout est prêt pour commencer l'intervention : le câble du moteur branché ainsi que le tuyau de l'aspiration.</i> <i>SAUF si intervention plus compliquée – Toujours attendre la validation du chirurgien</i>	IC
Réalisation des documents administratifs, des encodages (Opéra) et du scanning du matériel utilisé en salle pour chaque patient (Orline)	IC
Préparation de la narcose et du matériel pour l'intervention suivante	IC + SI
Fin de l'intervention Mise en place de 2 cotons au niveau des zones d'extraction ! Signaler le retrait du tamponnement ! Vérifier que le patient est bien sanglé	C ou III III IC + SI
Prescriptions postopératoires : → A l'HDJ : Anesthésiste. → Antalgiques à domicile + papiers de sortie : Chirurgien	A C
<b>Check-list après intervention</b>	IC + A + C
Sortie de la salle d'opération - Transfert du patient vers le réveil	IC + SI + A ou AA
Nettoyage de la salle	Personnel d'entretien
Rangement du matériel chirurgical	III
Préparation de la salle pour le cas suivant par l'IC et du matériel pour l'intervention suivante	III
Arrivée en salle de réveil	2 à 3 I en salle de réveil
Douleur en salle de réveil	Gestion par I
Nausées et vomissements en salle de réveil	Gestion par I
Appel du service de brancardage via le programme <i>Softmove</i>	I
Départ de la salle de réveil	Personnel de brancardage



## Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur

Tous les patients se présentent à jeun strict, depuis minuit la veille

→ Sauf si utilisation du protocole de jeune simplifié qui sera mis au point par l'équipe d'anesthésie :  
Pas de petit déjeuner si intervention avant 14h00 et petit déjeuner léger si intervention après 14h.  
Eau autorisée jusque 2h avant admission pour tous.

### Protocole d'anesthésie et de gestion de la douleur :

#### **A l'HDJC : Pré-narcose**

- ✓ Arcoxia **si pas de prise d'autre AINS en préopératoire au domicile<sup>1</sup>**
- ✓ Alprazolam si patient stressé

#### **En salle d'opération :**

##### **- Analgésie peropératoire**

- ✓ Solumédrol 2mg/kg avec maximum 125mg en IVD<sup>2</sup>
- ✓ Paracétamol 15 à 20mg/kg en IV
- ✓ Anesthésique administré par le chirurgien via injection locale : Septanest special 40mg/mL
- ✓ Tradonal 1-2mg/kg (max 100mg – ! Risque important de nausées) ou 1 ampoule de Novalgine

##### **- Protocole de narcose peropératoire :**

- ✓ Propofol
- ✓ Ultiva ou Sufenta ou Rapifen
- ✓ (Esmeron)
- ✓ <sup>2</sup>Aacidexam 0,2mg/kg → **Si pas de Solumédrol**
- ✓ <sup>1</sup>Taradyl 0,5mg/kg → **Si pas d'Arcoxia ou autre AINS en pré-narcose**

#### **En salle de réveil : Analgésie postopératoire**

- ✓ 1g Novalgine /100cc NaCl 0,9% en IV → **Peut recevoir une deuxième dose si déjà reçu en peropératoire**
- ✓ 100mg/2ml Tradonal + 50mg/2mL Litican dans 50cc NaCl 0,9% en IV → **Si pas reçu en peropératoire**
- ✓ 20mg/2mL Dipidolor titré dans 8mL de NaCl 0,9% en IVD → **Prévu en Si nécessaire si douleur trop importante**
- ✓ Coldpack en application locale sur les joues

#### **Au domicile : Analgésie postopératoire**

- ✓ Paracétamol 1g PO 4X/J
- ✓ Ibuprofène 600mg PO 3X/J SN
- ✓ Novalgine PO → **si Paracétamol et Ibuprofène insuffisants**
- + Corsodyl – Bain de bouche 3X/jour

#### **Gestion des nausées et vomissements :**

- ✓ Odansétron 0,1mg/kg (maximum 4mg) en IVD → **Prévu en Si nécessaire**

#### **Antibiotiques**

Prescription uniquement à la demande du chirurgien, si cela s'avère nécessaire :

- ✓ Abcès
- ✓ Infection

### **Nécessité d'uniformiser d'avantage certains points du protocole d'anesthésie :**

→ <sup>1</sup>La prescription d'AINS en préopératoire - 3 possibilités :

1. Par le chirurgien via ordonnance donnée lors de sa consultation, le patient doit alors le prendre lui-même avant l'opération
2. Un arcoxia donné par infirmière en HDJ avec pré-narcose si nécessaire
3. Taradyl IV en peropératoire donné par anesthésiste.

*Autre but de l'optimisation : rendre le patient le plus autonome possible dans sa prise en charge ; Faut-il déterminer une manière de prescrire ou bien rester « patient-dépendant » mais insister sur la traçabilité de la prise d'AINS afin de l'administrer adéquatement?*

→ Les corticoïdes peropératoires : ne pas associer aacidexam (=dexaméthasone) et solumédrol. Il faut choisir un des deux .