

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.

**CREATION D'UN ITINERAIRE CLINIQUE PAR LA
METHODE DELPHI AFIN D'OPTIMISER LA PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS OPERES D'UNE EXTRACTION
DE DENTS DE SAGESSE EN HOPITAL DE JOUR**

Mémoire présenté par **Romane BLEYS**,
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Gestion des Institutions de soins
Année académique 2019 - 2020

**CREATION D'UN ITINERAIRE CLINIQUE PAR LA
METHODE DELPHI AFIN D'OPTIMISER LA PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS OPERES D'UNE EXTRACTION
DE DENTS DE SAGESSE EN HOPITAL DE JOUR**

Mémoire présenté par **Romane BLEYS**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Gestion des Institutions de soins

Année académique 2019 – 2020

Responsable de finalité : **Pr. Pierre GILLET**

Promoteur : **Mr. Olivier OGER**

Remerciements

Tout d'abord, j'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Olivier OGER, mon promoteur, pour m'avoir accordé sa confiance dans l'élaboration de ce projet, ainsi que pour son soutien et ses recommandations.

Je tiens également à remercier tout particulièrement Madame Marie STEVENS, co-promotrice de ce travail, pour son aide précieuse, son expertise et sa disponibilité tout au long de cette année académique.

Ensuite, je remercie Mesdames Claude HALLET et Valérie ROSSIGNOL ainsi que Monsieur Roland GILLES, pour avoir accepté d'être lecteurs et membres du jury de ce mémoire.

Merci à tous les professionnels des hôpitaux repris dans cette étude qui ont permis de mener à bien cette recherche.

Enfin, je voudrais remercier ma famille et mes amis pour avoir toujours cru en mes capacités et m'avoir encouragée dans les moments plus difficiles.

Table des matières

1. Préambule	1
2. Introduction.....	2
2.1. L'hôpital de jour chirurgical	2
2.2. L'itinéraire clinique.....	4
2.3. Reengineering du processus de prise en charge constituant le parcours du patient	6
3. Matériel et méthodes	9
3.1. Type d'étude et démarche de recherche	9
3.2. Population étudiée – Caractéristiques, méthode d'échantillonnage et échantillon.....	9
3.3. Paramètres étudiés	12
3.4. Outils et organisation de la collecte des données	13
3.5. Planification de la collecte des données	20
3.6. Traitement et méthodes d'analyse.....	21
4. Résultats.....	23
4.1. Observation directe.....	23
4.2. Méthode Delphi	24
5. Discussion, perspectives et conclusion.....	27
5.1. Observation directe.....	27
5.2. Méthode Delphi	28
5.3. Conclusion.....	32
6. Références bibliographiques.....	33
7. Annexes.....	35

Liste d'abréviations

BO : Bloc Opératoire

BPR : Business Process Reengineering (réingénierie de processus commercial, en français)

CHC : Centre Hospitalier Chrétien

EPA : European Pathway Association (l'association Européenne des itinéraires, en français)

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJC : Hôpital De Jour Chirurgical

IC : Itinéraire Clinique

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Kenniscentrum (l'acronyme provient de la contraction de « Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg », centre fédéral d'expertise, en français)

KUL : Katholieke Universiteit Leuven (Université catholique de Louvain, en français)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé (ou WHO : World Health Organisation, en anglais)

SPI : Surgical Process Institute (Institut de processus de chirurgie, en français)

Résumé – Summary

Introduction et but de l'étude. - La prise en charge des patients au bloc opératoire se doit d'être de plus en plus efficiente à tous niveaux. Ce projet vise à créer un itinéraire clinique permettant une standardisation des pratiques et donc une augmentation de leur efficacité.

Matériel et méthodes. - Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées. Dans un premier temps, les différentes étapes de la prise en charge des patients hospitalisés en HDJC, pour une extraction de dents de sagesse réalisée sous anesthésie générale au bloc opératoire ont été détaillées via l'observation directe. Dans un second temps, des experts internes et externes (chirurgiens maxillo-facial, infirmières de bloc opératoire et anesthésistes) ont participé à plusieurs tours de questionnaires suivant le principe de la méthode Delphi.

Résultats. - Un consensus a été obtenu et un itinéraire clinique considéré comme standardisé a été mis au point. Une proposition d'étude portant sur son évaluation serait intéressante.

Conclusions. - Cette méthodologie est fructueuse et peut se transposer à d'autres interventions chirurgicales plus complexes.

Mots-clés : Bloc opératoire - Efficience - Itinéraire clinique - Dents de sagesse - Consensus

Introduction and purpose of the study. - Patients care in the operating room must always be more efficient at all levels. This project aims at establishing a clinical route allowing the standardisation of the practices and the improvement of their effectiveness.

Material and methodologies. - Two methods have been used for the data collection. As a first step, the different stages of the management of patients hospitalised in surgical day hospital for a wisdom teeth extraction carried out under general anaesthetic in the operating room has been detailed through direct observation. In a second phase, internal and external experts (maxillofacial surgeons, operating room nurses and anaesthetists) have answered several rows of survey following the Delphi method.

Results. - A consensus has been obtained and a clinical route considered as standardised has been established. A study proposal on its evaluation would be interesting.

Conclusions. - This methodology is successful and can be applied to other more complex surgical procedures.

Keywords : Operating room - Efficiency - Clinical route - Wisdom teeth - Consensus

1. Préambule

La prise en charge d'un patient hospitalisé fait intervenir bon nombre de participants, provenant généralement de plusieurs services différents, qu'il faut coordonner. L'itinéraire clinique est un outil qui permet de rendre cette organisation plus optimale.

Le perfectionnement des soins et l'efficience sont particulièrement recherchés dans le secteur de la santé actuel, puisque confronté à de plus en plus d'exigences. Le bloc opératoire n'y échappe pas. Chaque intervention demande un travail d'équipe qui se doit d'être efficace, fluide, précis. Chaque étape a son importance, leur enchaînement doit être parfaitement pensé afin que tout le processus soit performant.

La mise au point d'un itinéraire clinique permet une standardisation de la prise en charge du patient, et donc plus de systématisation dans les gestes de chaque intervenant, plus de sécurité, de rapidité et d'efficacité. Cette recherche va permettre de déterminer si la méthode Delphi est un procédé innovant pour la mise au point d'itinéraires cliniques.

Etant infirmière spécialisée en soins péri-opératoires, et travaillant dans le nouvel hôpital du MontLégia, ma motivation personnelle paraît assez évidente. Le bloc opératoire est un domaine des soins infirmiers où la rigueur, le travail d'équipe et l'efficacité sont particulièrement sollicités. Il est aussi, selon moi, essentiel de se sentir performant dans son travail. C'est un des intérêts de la standardisation des pratiques : elle apporte plus d'uniformité, de reproductibilité et donc de résultats. Le déménagement dans une nouvelle structure de soins est l'occasion de repenser nos méthodes de travail ainsi que notre organisation.

Mon Master en Santé publique a pour finalité spécialisée la Gestion des institutions de soins. Cette finalité permet, entre autres, de proposer des approches innovantes dans le traitement des problématiques de santé, ainsi que d'accéder à la gestion de projets au sein d'organisations actives dans le champ de la santé. Un itinéraire clinique est un exemple de gestion de processus. Il permet l'organisation et la coordination de la prise en charge d'un type précis de patient, mais est encore peu développé au bloc opératoire.

2. Introduction

Le domaine des soins de santé, constamment sollicité, fait face à de plus en plus de pressions. En plus d'une demande croissante, la qualité de l'offre de soins se doit d'être en constante amélioration malgré des ressources limitées. Par conséquent, les établissements et les prestataires de soins sont à la recherche de toujours plus d'efficacité, et ce, à tous les niveaux possibles.

C'est ce constat de départ qui a nourri la réflexion à l'origine de cette recherche : Comment améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients opérés au bloc opératoire (BO) et hospitalisés en hôpital de jour chirurgical (HDJC) ?

L'efficacité « est une mesure de la relation entre le coût des soins associé à un niveau de performance spécifique mesuré par rapport aux dimensions de la qualité ». (1) Appliquée au bloc opératoire, la recherche d'efficacité consiste donc à réaliser un maximum d'opérations en un minimum de temps et en utilisant un minimum de ressources, sans pour autant mettre de côté la sécurité et le bien-être optimal des patients. Ainsi, un des progrès majeurs en termes de prise en charge chirurgicale du patient est la création de *l'hôpital de jour chirurgical*.

2.1. L'hôpital de jour chirurgical

La chirurgie est un domaine de la santé particulièrement à la recherche de performances. La chirurgie moderne est basée sur le travail du chirurgien James Nicoll, datant du début du XX^{ème} siècle. Il est le premier à avoir développé le principe d'HDJC. Il était motivé par les avantages financiers, les préoccupations liées aux taux d'infection, et le manque de lits au sein des hôpitaux. Dans ses travaux, il décrit près de 9000 procédures pédiatriques réalisées en hospitalisation de jour. Dix ans plus tard, Ralph Waters, un anesthésiste américain, a publié des résultats concernant des chirurgies d'un jour pour des interventions dentaires notamment. (2)

Plusieurs décennies s'écoulèrent sans développements significatifs. La chirurgie de jour connaît une croissance importante depuis le milieu des années nonante et s'étend à plus de patients et à des types d'opérations considérées comme plus complexes. (3) Cette évolution

serait due aux progrès chirurgicaux et au développement de produits anesthésiques de courte durée d'action. Elle est démontrée en Belgique par les résultats publiés dans un rapport du Centre fédéral d'expertise (KCE) : « le taux de cas de jour en chirurgie en Belgique est passé de 34,8% en 2000 à 47,2% en 2016 ». (4)

L'HDJC prend en charge des patients qui sont admis en chirurgie et qui en sortent au cours de la même journée. Ainsi, la chirurgie de jour présente « des avantages importants par rapport à la chirurgie pour patients hospitalisés, notamment une réduction des coûts de personnel, des temps d'attente plus courts et moins d'infections nosocomiales ». (3) Ces avantages sont répartis en trois catégories :

1. Les avantages pour le patient : l'attention est centralisée sur lui, la prise en charge est plus personnalisée, il y aurait moins de douleurs postopératoires, cela entraîne moins de stress, les formalités administratives sont plus rapides et plus simples, etc.
2. Les avantages pour l'hôpital : le turn-over de patient est plus important, il n'y a pas besoin de personnel de nuit, etc.
3. Les avantages pour le système de santé : cela permet une maîtrise des coûts tout en conservant une prise en charge de haute qualité, accessible et efficace. (5)

Selon Smith I. & *al.*, « améliorer les taux de chirurgie d'un jour est une situation gagnant-gagnant, avec des avantages cliniques et financiers ». Pour les auteurs, la chirurgie de jour devrait être gérée par une équipe multidisciplinaire spécialisée afin d'être efficace. Les auteurs soulignent que les anesthésistes y jouent un rôle de coordination très important, ainsi que de préparation du patient. (6)

Le patient pris en charge en HDJC suit donc une série d'étapes en pré-, per- et post-opératoire, qui forment un parcours de soins type. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les parcours de soins « comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales) ». (7)

Le parcours de soins ne doit cependant pas être confondu avec le trajet de soins, existant actuellement pour le suivi du patient atteint de diabète ou d'insuffisance rénale uniquement. D'après l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), « un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique. (...) [//] se base sur une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le trajet de soins commence après la signature du "contrat trajet de soins" par ces 3 parties ». (8)

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mentionne dans son rapport annuel « que l'organisation, la configuration et la délivrance des services ont un impact sur la performance du système de santé. (...) Les gouvernements devraient s'assurer que leur système de santé fournit les services de santé optimaux pour leur population. Pour parvenir à cette fin, l'accent doit être mis sur le développement de systèmes qui tracent et régulent la performance des fournisseurs de santé, spécialement la performance hospitalière, ... ». (9) De plus, l'OMS inscrit le quartier opératoire dans la dimension "efficacité" de ce modèle. A partir de 2003, l'Office régional pour l'Europe de l'OMS a donc adopté le projet "Path" ("Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals", qui se traduit en français par "Outil d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux"). Ce projet est apparu en Belgique en 2005. Un des objectifs de ce projet est notamment de fournir des processus de prise en charge du patient plus efficaces. (9)

Pour en revenir à la recherche d'efficacité, la prise en charge du patient en HDJC peut donc être optimisée en planifiant et en standardisant le parcours de soins. Cette méthode correspond à la création d'un *itinéraire clinique* (IC).

2.2. L'itinéraire clinique

Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) définit l'IC comme étant « un schéma directeur. Il permet de planifier de façon optimale les différentes étapes suivies par le patient lors de son hospitalisation. Pour chaque trajet de soins concerné, l'équipe pluridisciplinaire définit qui fait quoi, quand, où et comment. Elle va aussi déterminer si les objectifs fixés ont été atteints, ou

non, et identifier, le cas échéant, les points d'amélioration potentiels. Chaque itinéraire clinique est destiné à la fois :

- A un groupe précis de patients
- A une clinique en particulier ». (10)

Les IC « sont des plans de gestion qui affichent des objectifs pour les patients et fournissent la séquence et le timing des actions nécessaires pour atteindre ces objectifs avec une efficience optimale ». (11)

L'European Pathway Association (EPA) décrit l'IC comme étant « une méthodologie pour la prise de décision mutuelle et l'organisation des soins pour un groupe de patients bien défini pendant une période bien définie. Définir les caractéristiques des parcours de soins comprend :

- Un énoncé explicite des objectifs et des éléments clés des soins basé sur les preuves, les meilleures pratiques et les attentes du patient ;
- La facilitation de la communication, la coordination des rôles et la mise en séquence des activités de l'équipe de soins multidisciplinaire, des patients et de leurs proches ;
- La documentation, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats ; et
- L'identification des ressources appropriées ». (12)

L'objectif des IC est d'améliorer la qualité des soins via la gestion des risques, la promotion de la sécurité, tout en augmentant la satisfaction du patient et en optimisant l'utilisation des ressources. (13)

D'après Sermeus W. & *al.*, « la question la plus essentielle est le test d'efficacité des chemins cliniques. Il ressort de la littérature que les itinéraires cliniques semblent efficaces, mais pas toujours ». (14) Ces itinéraires sont donc de plus en plus sujets à diverses études et remaniements en vue de les améliorer, et d'encore augmenter les performances.

Dans le cadre de ce travail, le déménagement du CHC vers le nouvel hôpital du MontLégia représente une opportunité de renouvellement et d'amélioration. La première étape de

réflexion de ce travail a donc été la suivante : « comment optimiser la prise en charge des patients en hôpital de jour chirurgical » ? Elle mérite néanmoins d’être précisée.

Ainsi, afin d’optimiser la prise en charge des patients opérés au BO et hospitalisés en HDJC, il faut créer un itinéraire clinique et revoir la prise en charge du patient dans sa globalité. Pour revoir le parcours de soins, ce travail se base sur le principe de *reengineering de processus*, défini ci-dessous.

2.3. Reengineering du processus de prise en charge constituant le parcours du patient

La prise en charge du patient en HDJC est un processus, composé de différentes étapes succinctes (*voir annexe 1*) :

Période	Etape
Préopératoire	<ol style="list-style-type: none">1. Rendez-vous avec le chirurgien : décision opératoire2. Consultation de pré-anesthésie avec un anesthésiste3. J-1 : Appel de l’équipe de l’HDJC pour préciser l’heure de l’opération4. J-0 :<ul style="list-style-type: none">- A la maison : Préparation cutanée etc.- Arrivée du patient dans l’institution, enregistrement administratif du patient, accueil et préparation du patient dans le service5. Transfert vers le bloc opératoire
Peropératoire	<ol style="list-style-type: none">6. Accueil du patient au bloc opératoire, chirurgie et suivi en salle de réveil
Postopératoire	<ol style="list-style-type: none">7. Transfert vers le service d’HDJC8. Retour dans en chambre dans le service d’HDJC9. Retour à domicile

Un premier objectif est de rendre ce processus plus continu, via des améliorations à chaque étape du parcours de soins, qui seraient multidisciplinaires et qui concerneraient les différentes ressources disponibles, c’est-à-dire tant humaines, que matérielles, économiques, logistiques et organisationnelles.

Pour revoir le fonctionnement de ce processus, l'étude se base sur le principe de "Business Processus Reengineering" (BPR). Comme expliqué par Patwardhan A. et Patwardhan D., « du point de vue des soins de santé, le BPR est une approche de gestion qui repense les pratiques et les processus actuels dans les entreprises et leurs interactions. Il tente d'améliorer l'efficacité des processus sous-jacents en appliquant des approches fondamentales et radicales en modifiant ou en éliminant les activités d'ajout sans valeur et en réaménageant le processus, la structure et la culture ». (15)

Cinq étapes sont identifiées pour mettre en œuvre un BPR au niveau des soins de santé : définir la vision, identifier le processus, comprendre le processus existant, définir la méthodologie à utiliser, et enfin, préparer un prototype. Ces cinq étapes forment le fil conducteur de la construction de ce travail, et sont décrites dans les points à venir. (16)

Afin de rester dans les limites de faisabilité de ce mémoire, celui-ci va se concentrer sur les patients hospitalisés en HDJC, en vue d'une extraction de dents de sagesse au BO. Tout d'abord, aucun IC n'existe au CHC pour le parcours de soins de ces patients. Ensuite, cette intervention est intéressante car elle est réalisée à haute fréquence, comporte peu de risques de complications, est techniquement simple à réaliser (dans la majorité des cas) et se veut relativement rapide. Ainsi, cette chirurgie, puisque bénigne et fréquemment réalisée, constituerait un exemple intéressant pour ce travail.

En effet, selon une étude de cas réalisée par le Surgical Process Institute (SPI), « les interventions ambulatoires dans la région ORL sont caractérisées par les mêmes procédures récurrentes. Par conséquent, il est judicieux de restructurer et de normaliser de telles procédures ambulatoires. [...] La chirurgie ambulatoire dans un hôpital peut certainement être économiquement cartographiée si les coûts et la gestion du processus sont corrects. En particulier, l'amélioration des temps de traitement et donc d'une meilleure utilisation des capacités chirurgicales coûteuses, de la réduction de l'utilisation d'instruments et du traitement optimisé des consommables permet de réaliser des économies de coûts et donc une plus grande efficacité économique ». (17)

Etant infirmière au BO, la création de l'IC concernera principalement l'étape chirurgicale du parcours de soins. Néanmoins, dans un désir de cohérence et de prise en charge globale du patient, ce travail s'intéressera également aux autres étapes, mais à moindre niveau. Il est intéressant d'identifier les problèmes en amont et en aval de l'IC (la gestion de la douleur et le brancardage par exemple) car cela peut également engendrer des problèmes au niveau du bloc opératoire (retard, manque de matériel ou de personnel etc.).

Ce travail suit un *raisonnement inductif*. Le point de départ est le parcours du patient opéré d'une extraction de dents de sagesse en HDJC au sein du BO du CHC St Joseph, qui sera observé directement sur le terrain pour être décrit en détail (*partir du spécifique*), afin de l'améliorer et le standardiser via la méthode Delphi et l'adapter en vue du MontLégia, ou toute autre institution (*pour aller vers le général, et plus précisément le reproductible*).

Le résultat attendu au terme de ce travail est de mettre au point un IC, cohérent et réaliste, qui standardise la prise en charge des patients opérés des dents de sagesse au bloc opératoire et hospitalisés en HDJC, et en améliore ainsi l'efficacité.

L'objectif secondaire est de proposer divers moyens permettant de se rapprocher le plus possible de ce nouvel IC au MontLégia.

L'hypothèse principale est que la méthode Delphi permette d'obtenir un consensus afin de créer un IC considéré comme standard.

L'hypothèse secondaire est que la mise en place d'un IC pour la prise en charge des patients au BO, et donc la standardisation des pratiques, améliore l'efficacité de ce parcours de soins.

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude et démarche de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative. Le design de l'étude est une recherche de consensus.

L'étude va se dérouler en trois phases :

1. Observation directe
2. Méthode Delphi
3. Conclusions et propositions pour le BO de MontLégia

3.2. Population étudiée – Caractéristiques, méthode d'échantillonnage et échantillon

3.2.1. Observation directe

Le point de départ de ce travail est de décrire en détails les différentes étapes de la prise en charge des patients opérés d'une extraction des dents de sagesse au sein du BO du CHC St Joseph et hospitalisés en HDJC.

Ce sont donc les faits et actions qui se déroulent autour du patient qui sont observés, et non les patients à proprement parler. Afin de conserver une certaine homogénéité dans les pratiques, les interventions observées ont été réalisées par le même chirurgien. Les dates d'observation se sont donc basées sur son programme et ses plages opératoires.

Il faut également préciser la population se rapportant à ce type d'interventions, afin d'obtenir un échantillon qui en soit représentatif. Les patients qui ont été observés ont été sélectionnés selon certains **critères** :

➔ D'inclusion :

- Patients en hôpital de jour chirurgical
- Discipline maxillo-faciale : extraction de dents de sagesse
- Opération réalisée sous anesthésie générale

➔ **D'exclusion :**

- Enfants dont le poids est inférieur à 35 kg, pour qui la prise en charge est alors considérée comme pédiatrique¹ (*car cette dernière est très différente de celle des adultes, au niveau de l'anesthésie notamment*)
 - Opération réalisée sous anesthésie locale
- Population cible : les personnes hospitalisées en HDJC
- Population accessible : population cible qui sera présente les jours de collecte des données

Echantillonnage :

- Echantillon réalisé selon la méthode non-probabiliste de commodité : il s'agit des patients correspondants aux critères d'inclusion, et dont l'opération est programmée lors des journées d'observation définies.
- Taille de l'échantillon : autant de cas que nécessaire ont été observés jusqu'à saturation de la collecte des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que celle-ci n'apporte plus aucune information nouvelle.

Au total les opérations de 27 patients ont pu être observées au terme des huit jours d'observation directe programmés.

3.2.2. Méthode Delphi

Le choix des experts qui ont participé à la méthode de consensus s'est fait en fonction de leur connaissance du problème, et de ses différents aspects.

Les experts sont à la fois internes et externes au CHC :

- Internes : les chirurgiens spécialisés en chirurgie maxillo-faciale, les anesthésistes et l'équipe infirmière travaillant en collaboration au sein du BO du CHC St Joseph. Ils sont

¹ Le critère de la prise en charge pédiatrique est l'âge : la pédiatrie concerne les enfants âgés de moins de 15 ans. Cependant, concernant les produits pour la narcose, l'anesthésie n'est considérée comme pédiatrique que pour un poids inférieur à 35 kilos.

les acteurs principaux de l'IC à concevoir, ce sont eux qui travaillent autour du patient et qui sont observés lors de la première étape de l'étude.

- Externes : des professionnels travaillant dans d'autres disciplines ou institutions participeront également. Il est important d'avoir des points de vue extérieurs à celui de l'équipe. Il serait intéressant d'avoir également la participation de professionnels ayant déjà mis en place des IC.

Il y a eu plusieurs phases dans la démarche de recrutement. Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin de contacter un maximum de personnes, tout en respectant certaines limites de politesse et d'éthique.

Tout d'abord, un mail décrivant les étapes de cette recherche, les objectifs de la méthode Delphi et mes attentes envers les potentiels participants, a été envoyé via la messagerie interne du CHC aux anesthésistes, aux infirmières du bloc opératoire de St Joseph et aux différents chirurgiens maxillo-facial. A défaut de réponses pour certains, une relance téléphonique a été effectuée.

Des recherches concernant les experts externes au CHC ont été menées. Toujours par mail, des chirurgiens maxillo-faciaux de deux autres hôpitaux de la région Liégeoise, ainsi que de l'Université catholique de Louvain (KUL) qui bénéficie d'une solide réputation internationale pour l'excellence de sa recherche interdisciplinaire, ont été contactés.

Des réponses positives de la part des deux chirurgiens liégeois ont été obtenues. Un chirurgien de la KUL m'a redirigée vers une chercheuse de son équipe, qui m'a finalement dit ne pas correspondre au profil d'expert recherché.

Au départ, voici comment se présentait le panel d'experts :

- 3 chirurgiens maxillo-facial du CHC
- 5 infirmiers et infirmières du BO de St Joseph
- 6 anesthésistes du CHC
- 3 chirurgiens maxillo-facial d'autres hôpitaux liégeois

Toutefois, la participation de ce panel a souffert de l'engagement à long terme qu'implique une telle méthode d'étude. En effet, sur les 17 experts m'ayant donné confirmation, 12 d'entre eux ont participé au début la méthode Delphi. Et finalement, il n'y avait plus que 7 participants au terme de l'étude.

3.3. Paramètres étudiés

L'objet de l'étude est la création d'un IC, et donc la standardisation des différentes étapes qui le composent. Ce travail consiste en l'évaluation des pratiques et en une recherche de leur standardisation, dont le principe même est selon la HAS « de suivre à long terme la qualité, quelle que soit la méthode de mesure entreprise ». (18)

Il existe deux principaux types de résultats :

1. Ceux se rapportant aux professionnels de santé, et qui reflètent donc les procédures de soins :
 - Adhésion aux recommandations ou à la "meilleure pratique" donc à l'Evidence-based, ;
 - Indicateurs d'utilisation de ressources
2. Ceux se rapportant aux patients, et qui reflètent les résultats des soins :
 - Mortalité et morbidité
 - Qualité de vie
 - Résultats de substitution
 - Indicateurs d'utilisation de ressources

Comme l'objectif est d'évaluer des pratiques réelles, la HAS explique qu'il est plus pertinent, et plus simple, d'évaluer les procédures de soins plutôt que les résultats.

Pour en revenir à la recherche de l'efficacité de la prise en charge du patient via la mise en place d'un IC, les indicateurs d'utilisation des ressources sont donc les plus appropriés.

Voici des exemples de paramètres qui ont été observés :

- Durée de l'opération,
- Durée de séjour en salle de réveil,
- Nombre de personnes présentes lors de la prise en charge,
- Matériel nécessaire à la réalisation de l'intervention, ...

3.4. Outils et organisation de la collecte des données

Pour réaliser la collecte des données, deux méthodes de production des connaissances en santé publique ont été utilisées : l'observation directe et la méthode Delphi.

3.4.1. Observation directe

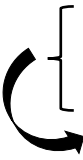
La première phase de collecte des données consiste en la description des différentes étapes de la prise en charge des patients opérés d'une extraction de dents de sagesse au BO et hospitalisés en HDJC au CHC St Joseph.

Plusieurs journées d'observation d'interventions d'extraction de dents de sagesse ont été réalisées, afin de détailler le parcours du patient. Les dates de ces journées ont été déterminées en fonction des plages opératoires du chirurgien, durant les mois d'octobre et de novembre.

L'outil utilisé est un fichier Excel sous forme de grille d'observation à compléter tout au long de chaque intervention, reprenant différents paramètres : étapes, intervenants, timings, etc. La grille d'observation obtenue au terme de toutes les journées d'observation est très volumineuse, c'est pourquoi un extrait seulement est disponible en **annexe 2**. Cette grille constitue l'ébauche de départ de l'IC, qui est la base nécessaire pour la réalisation de la deuxième partie de l'étude.

3.4.2. Méthode Delphi

Pour mettre au point un IC, la méthode Delphi a été utilisée. Voici les différentes étapes de cette méthode (19) (20) :

- 
1. Formulation du problème, c'est-à-dire la définition précise de l'objet de l'étude
 2. Sélection des experts
- Ces deux points ont été développés précédemment.*
3. Elaboration du premier questionnaire
 4. Validation du questionnaire

La formulation du questionnaire doit être testée par la partie de l'équipe de recherche qui ne l'aura pas rédigé.
 5. Distribution du premier questionnaire aux experts par courrier électronique

Deux rappels seront envoyés par courrier électronique aux experts en cas de non-réponse à 7 puis à 15 jours. Les experts n'ayant pas répondu dans un délai de 20 jours seront exclus des tours suivants.
 6. Analyse des réponses du premier tour
 7. Création d'un Feedback (synthèse) afin d'expliquer la réflexion entre chaque questionnaire proposé

Les résultats statistiques et les commentaires anonymes seront communiqués aux experts. Ceci leur permettra de revoir leur point de vue personnel, tout en ayant pris connaissance de l'avis du reste du groupe.
 8. Elaboration, test et distribution du second questionnaire
 9. Analyse des réponses du second tour
 - ➔ Il y aura autant de tours que nécessaire pour l'obtention du consensus

S'il y a des désaccords, ou des propositions incompatibles avec la réalité de terrain, l'étape concernée sera soit resoumise au vote au prochain tour, soit l'équipe de recherche statuera, puis expliquera et justifiera son choix dans le feedback.
 10. Conclusions de l'analyse, obtention d'un consensus

Il faut que les experts jugent le parcours de soins obtenu au travers de l'évolution des différents questionnaires comme "standard".

11. Communication des informations obtenues

Les participants recevront au terme de l'étude un rapport qui présente les conclusions du travail et l'IC élaboré au terme de leurs réflexions.

Ci-après, la mise en œuvre de cette approche théorique sur le terrain va être détaillée, ainsi que la réflexion et les démarches entreprises entre chaque étape du processus.

Trois tours de questionnaires ont été nécessaires pour arriver à un consensus entre les experts et proposer un IC standardisé.

Les différents questionnaires et feedbacks, ainsi que l'IC créé et proposé, sont disponibles en **annexes 3 à 9**.

1. Elaboration du premier questionnaire

À la suite de la première phase d'observation directe, le but principal du premier questionnaire était de présenter les différentes étapes du parcours de soins du patient opéré des dents de sagesse en HDJC. Elles ont été détaillées (principe de l'étape, timing, participants, matériel...) puis reprises sous forme d'un tableau que les experts pourront commenter. Des questions supplémentaires ont été introduites afin d'approfondir la précision de la prise en charge en amont et en aval de la salle d'opération : QCM concernant l'heure d'arrivée du patient à l'HDJC, prérequis pré- et post-opératoires, et protocole d'anesthésie.

Tous les questionnaires ont été réalisés via le programme Word, ainsi les participants ont pu modifier la version reçue, et ensuite envoyer en réponse leur version modifiée avec leurs commentaires.

2. Validation du premier questionnaire

La formulation des différents questionnaires ainsi que des feedbacks a été soumise et validée par un membre de l'équipe de recherche qui est responsable des IC au sein du CHC. Il est important de préciser que cette dernière n'a pas participé à leur rédaction. Des modifications et améliorations ont été apportées si nécessaire suivant ses conseils.

3. Distribution du premier questionnaire aux experts

Les différents questionnaires et feedbacks ont été envoyés aux différents experts par courrier électronique. Les explications et délais de réponse étaient précisés à la fois dans le mail et au début des questionnaires. Deux rappels par courrier électronique ont été envoyés aux experts en cas de non-réponse après 7 puis 15 jours.

Le premier questionnaire a été envoyé le 5 décembre 2019. Le délai de réponse étant de 15 jours, les réponses des experts étaient attendues pour le 20 décembre 2019. Soucieuse de conserver un large panel d'experts, une relance téléphonique a tout de même été effectuée auprès des experts n'ayant pas répondu au terme du délai de réponse proposé. La collecte des premiers questionnaires a donc été retardée, ce qui a impacté la suite du planning initialement prévu.

L'anonymat des participants a été assuré tout au long de la méthode : les mails ont été envoyés de manière individuelle, et il n'y a eu aucune citation nominative lors des feedbacks.

4. Analyse des réponses du premier tour

Une analyse plus détaillée de chaque questionnaire est disponible dans la partie 5 « Résultats » de ce travail.

12 experts sur les 17 de départ ont fait parvenir leurs réponses. Les 5 retardataires ne participeront donc pas du tout à l'étude.

Plusieurs documents ont été créés pour procéder à la mise en commun des premiers questionnaires :

- Ajout des commentaires des étapes supplémentaires et modifications proposées par les participants dans le tableau de départ (tableau présentant les différentes étapes du parcours de soins du patient opérés des dents de sagesse en HDJC)
- Création d'un tableau à deux colonnes, pour lister les suggestions de prérequis pré- et post-opératoires.

- Réalisation d'un classeur Excel permettant de comptabiliser les moyennes des résultats obtenus pour les questions avec propositions de réponses sous forme de QCM ou de « Je suis d'accord/Je ne suis pas d'accord ».
- Recensement des différents commentaires concernant le protocole d'anesthésie.

Ensuite, ces trois documents ont été regroupés en un seul, afin d'avoir une vue d'ensemble des critiques, avis et propositions de chacun des experts sur l'ensemble de l'IC de départ.

5. Création d'un feedback

Il s'agit d'une synthèse expliquant la réflexion et l'évolution entre chaque questionnaire proposé. Les experts peuvent ainsi prendre connaissance des résultats statistiques et des commentaires anonymes des autres participants. Ceci leur permettra de réévaluer leur point de vue personnel, et de le situer vis-à-vis du reste du groupe.

Le premier feedback est créé à partir du document synthétique d'analyse des premiers questionnaires avec mise en évidence (par un surlignage jaune) des résultats obtenus.

6. Elaboration du second questionnaire

Il s'agit d'une version plus étoffée du premier questionnaire. Il a pour objectifs :

- De préciser davantage l'heure d'arrivée du patient à l'hôpital de jour ;
- Via le tableau reprenant les prérequis pré- et post-opératoires, de donner du sens à la question qui n'avait pas été comprise par tous lors du premier tour, ainsi que de la compléter et l'affiner si nécessaire ;
- Concernant les différentes étapes de la prise en charge, d'encore les compléter si nécessaire, et d'approuver ou non les modifications apportées suite au premier tour ;
- D'arriver à un consensus concernant le jeûne du patient ;
- D'approuver ou non les modifications apportées suite au premier tour au protocole d'anesthésie, et de le préciser davantage.

7. Validation du deuxième questionnaire

Voir point 2 « Validation du premier questionnaire ».

8. Distribution du second questionnaire

Le deuxième questionnaire a été envoyé le 10 janvier 2020. Le délai de réponse étant de 15 jours, les réponses des experts étaient attendues pour le 24 janvier 2020.

9. Analyse des réponses du deuxième tour

10 experts sur les 12 précédents ont répondu. Les 2 retardataires sont donc exclus de la suite de l'étude.

Pour les questions concernant l'heure d'arrivée du patient à l'hôpital de jour ainsi que son jeûne, une majorité a été obtenue.

Le tableau reprenant les prérequis pré- et post-opératoires a été majoritairement validé, et certains points ont été précisés.

Les différentes étapes de la prise en charge ont été approuvées, et davantage précisées. L'IC proposé après modifications dans le feedback du deuxième questionnaire convient désormais à la quasi-totalité des experts.

Le protocole d'anesthésie se précise progressivement, mais prête toujours à discussion.

10. Elaboration du troisième questionnaire

Au vu de la perte de plusieurs participants à chaque tour, le troisième questionnaire était plus court et concis afin d'éviter de décourager d'autres participants.

Son objectif est de préciser les points les plus importants ou ceux qui sont sujets à discussion, et d'aller un peu plus loin dans la réflexion :

- Satisfaction vis-à-vis de toutes les étapes de l'IC et dernières améliorations à proposer

- 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...)
- Proposition de mise au point d'une check-list plus spécifique aux différentes disciplines, voire intervention ; déterminer quels en sont l'intérêt et la faisabilité ?

11. Validation du troisième questionnaire

Voir point 2 « Validation du premier questionnaire ».

12. Distribution du troisième questionnaire

Le troisième questionnaire a été envoyé le 12 février 2020. Le délai de réponse étant de 15 jours, les réponses des experts étaient attendues pour le 29 février 2020.

13. Analyse des réponses du troisième tour

7 experts sur les 10 précédents ont fait parvenir leurs réponses. Les 3 retardataires sont donc exclus de la suite de l'étude.

Quelques détails ont été apportés à l'IC, les participants sont en accord avec ce qui a été créé, on peut donc le considérer comme standardisé auprès des experts.

Un tableau « Pour/Contre » concernant la check-list spécialisée par discipline a été créé, avec le nombre de votes et les commentaires des participants.

14. Conclusions de l'analyse, obtention d'un consensus

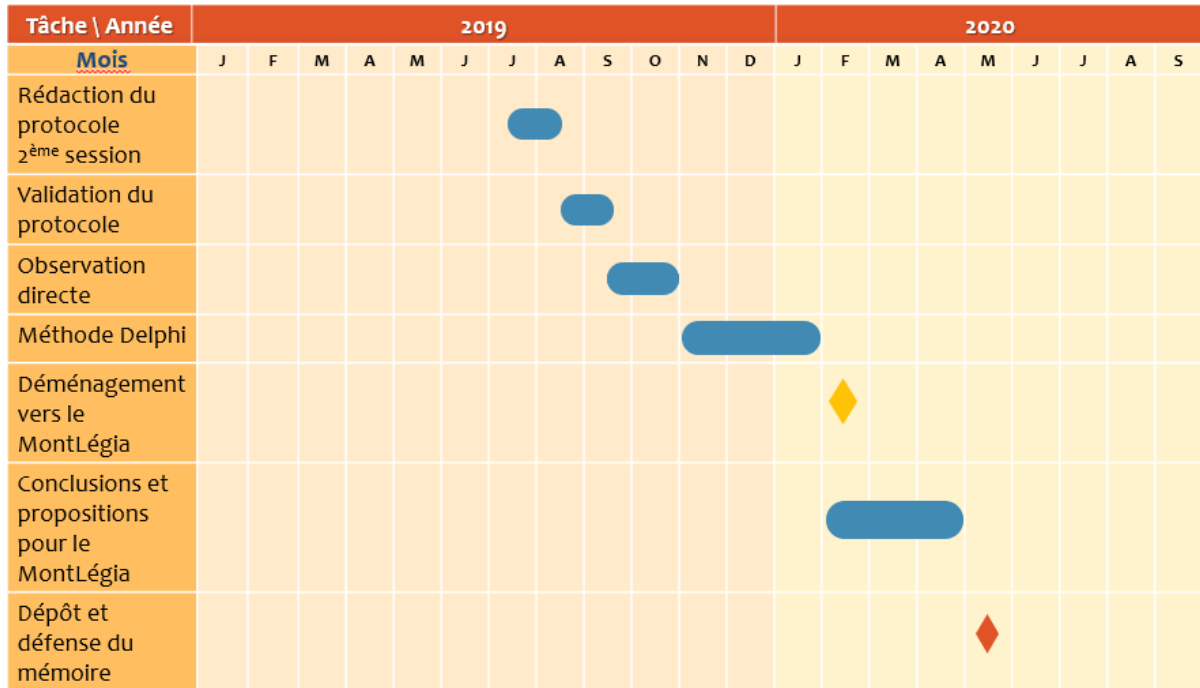
Un consensus a été obtenu pour l'IC en tant que tel. Il est en revanche difficile d'obtenir un accord parfait concernant le protocole d'anesthésie, ainsi que l'utilisation de la check-list. Ceci est développé dans le point 6 « Discussion ».

15. Communication des informations obtenues

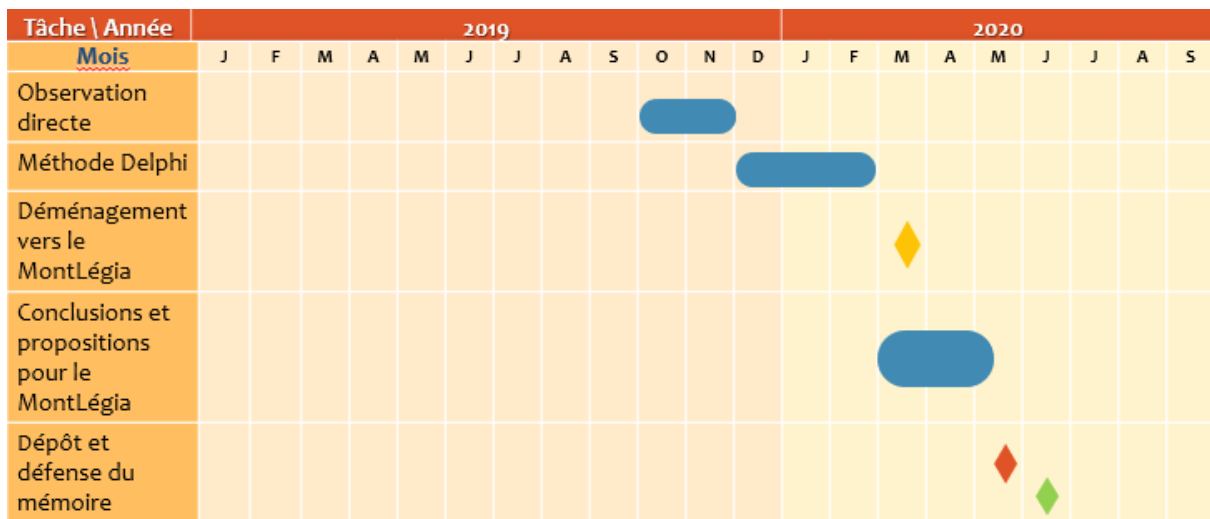
Les participants ont reçu, au terme de l'étude, l'IC élaboré grâce à leur implication dans ce processus de réflexion.

3.5. Planification de la collecte des données

Le diagramme de Gantt ci-dessous présente une approximation du temps qui devait être théoriquement consacré pour chaque étape de l'étude. Il avait été établi lors de l'élaboration du protocole de ce mémoire.



En comparaison, voici le diagramme de Gantt en temps réel :



On peut voir que le déménagement vers MontLégia a été postposé d'environ un mois. Le décalage des timings initialement prévus de la méthode sera discuté dans la partie 6. « Discussion » du travail.

3.6. Traitement et méthodes d'analyse

Les données de l'observation directe ont été mises en commun dans un tableau via le logiciel Excel. Il s'agit d'un tableau répertoriant en détail toutes les étapes de la prise en charge du patient opéré des dents de sagesse, dès son arrivée au BO.

La moyenne de la durée sera calculée pour chaque étape significative (temps écoulé entre l'appel du patient en HDJC et la prise charge, durée de l'induction, durée de l'opération, temps passé au réveil, ...).

D'autres données ont été comptabilisées, par exemple :

- Le nombre de personnes présentes
- La douleur en salle de réveil
- Les traitements administrés

Les données obtenues via les questionnaires de la méthode Delphi ont été encodées de différentes manières : tableau via le programme Excel, tableau à double colonne comparatif et document Word.

Selon le centre de recherches Spiral de l'Université de Liège, « l'objectif de ces questionnaires successifs est de diminuer l'espace interquartile tout en précisant la médiane ». (21)

Théoriquement donc, l'objectif du premier questionnaire est de déterminer la médiane et l'intervalle interquartile². Le deuxième questionnaire permet quant à lui de réduire l'intervalle interquartile en demandant une justification de la part des avis situés aux extrêmes. La succession de questionnaires permet de diminuer la dispersion des opinions.

² Ces termes représentent la distribution des réponses des participants. La médiane est la valeur centrale d'une série statistique dont les valeurs observées ont été rangées dans l'ordre croissant, et la valeur qui partage la population étudiée en deux sous-ensembles de même effectif. Les quartiles sont les trois valeurs de la variable qui partagent l'effectif, rangé par ordre croissant, en quatre sous ensemble égaux. L'intervalle interquartile est la différence entre Q3 et Q1 : c'est un indice de dispersion. Plus il est petit, plus les valeurs centrales de la série se concentrent autour de la médiane.

Selon Bourrée F. & *al.*, « le retour d'informations aux participants comprend les opinions consensuelles médianes et la dispersion des opinions autour de cette médiane, cette dispersion pouvant être interprétée à l'aide des justifications et commentaires recueillis auprès des experts ». (19)

Au vu du nombre réduit de participants à la méthode Delphi, calculer les médianes et espaces interquartiles n'était pas significatif en termes de résultats. De plus, cela n'aurait pas été évoquant pour eux.

Enfin, plusieurs biais sont identifiables lors de différentes étapes de cette étude et sont pris en compte pour la généralisation des résultats de celle-ci :

- Durant l'observation directe : les participants risquent de modifier leurs pratiques et leurs attitudes en sachant qu'ils sont observés. Ce biais peut être réduit en observant un nombre important d'interventions.
➔ 27 interventions ont été observées.
- Lors de la méthode Delphi : selon les critères de sélection des experts à respecter, il y a un risque de biais car l'interrogation portera d'une part sur les membres d'une même équipe. Ce biais est réduit en intégrant des experts externes à l'équipe. Néanmoins, le recrutement d'experts externes a présenté plus de difficultés.
➔ Trois chirurgiens d'hôpitaux différents ont donné leur accord au départ de l'étude. Il y a également un risque d'abandon des participants, mais ce biais est contrôlé car l'échantillon d'experts est assez large et fourni. En effet, après la confirmation de la part de 17 experts, il n'en restait plus que 7 au terme de l'étude.

4. Résultats

4.1. Observation directe

Cette étape de la recherche a permis dans un premier temps d'énumérer en détails les différentes étapes de la prise en charge du patient :

- 1) Date, âge du patient, nombre de dents de sagesse à extraire
- 2) Heure à laquelle l'infirmière prépare la salle (matériel, narcose, ...)
- 3) Heure de début de l'intervention prévue sur Opéra³
- 4) Durée (minutes) de l'intervention prévue sur Opéra
- 5) Heure d'arrivée du patient à l'accueil du BO
- 6) Présence (Oui/Non) d'une infirmière à l'accueil du BO
- 7) Heure d'installation du patient sur le plateau opératoire
- 8) Heure de réalisation de la check-list préopératoire, etc.

Dans un second temps, elle a rendu possible la récolte de données telles que les timings, les différents intervenants etc. correspondant à ces différentes étapes.

Voici un compte-rendu des données les plus importantes récoltées et ensuite calculées, suite à l'observation de 27 interventions et donc patients :

- Moyenne d'âge des patients : 17,93 ans
- Heure prévue sur Opéra = Heure d'arrivée en salle → Décalage de +13,37 minutes en moyenne
- Moyenne de la durée de la prise en charge du patient entre son entrée en salle d'opération et le début de l'intervention : 23,74 minutes
- Durée prévue sur Opéra = Entrée en salle d'opération – Sortie de salle d'opération :
 - 45 minutes (14 interventions sur 27) : durée réelle moyenne de 48,07 minutes
 - 60 minutes (13 interventions sur 27) : durée réelle moyenne de 63,69 minutes

³ Opéra est un logiciel informatique de gestion du bloc opératoire (programmation, planification, monitoring opératoire, ...)

- La moyenne globale est de 45,62 minutes, et il y a un léger décalage de +3,38 minutes en moyenne entre la durée prévue et la durée réelle
- Moyenne de la durée de l'intervention : 19,88 minutes
- Moyenne de la durée de la prise en charge du patient entre la fin de l'intervention et sa sortie de salle d'opération : 12 minutes
- Moyenne du temps passé au réveil : 52,85 minutes
- Pourcentage du nombre de patient présentant des douleurs au réveil : $21/27 = 77,78\%$
- Pourcentage du nombre de patient présentant des nausées/vomissements au réveil : $2/27 = 7,4\%$
- Moyenne de temps d'attente entre l'appel du brancardage et la sortie du patient de la salle de réveil : 10,11 minutes

Toutes les données récoltées via l'observation directe ont été répertoriées sous forme de tableau, qui fait partie du premier questionnaire de la méthode Delphi.

4.2. Méthode Delphi

Malgré des moyens et une période de temps limités pour réaliser cette étude, ainsi qu'un nombre de participants diminuant un peu plus au fur et à mesure des questionnaires, des résultats significatifs ont été obtenus.

Les résultats obtenus à l'issue du premier questionnaire sont assez larges. Plusieurs documents ont été mis au point pour procéder à leur mise en commun (détails dans le feedback disponible en **annexe 4**) :

- Les étapes supplémentaires et modifications proposées ont été ajoutées au tableau de départ présentant les différentes étapes du parcours de soins du patient opéré des dents de sagesse en HDJC, le rendant ainsi plus complet et plus précis. Les commentaires des participants se rejoignent pour soulever certains points :
 - Le patient devrait être perfusé à l'accueil avant d'entrer en salle d'opération
 - Les différentes check-lists sont indispensables, mais rarement réellement réalisées, ou ne sont pas faites en présence de tous les intervenants requis

- La fixation du tube et l'installation des câbles pourraient faire l'objet d'une procédure uniformisée
- Les tampons Merocel® (pansements nasaux absorbants) ne doivent pas être prévus d'emblée dans la picklist⁴ de l'intervention
- Le nombre de patients douloureux est très élevé
- Le temps que le patient passe au réveil est très élevé
- Les suggestions de prérequis pré- et post-opératoires de chacun ont été listées dans un tableau à deux colonnes. Cette question semble ne pas avoir été comprise par tous, un quart des participants n'y ayant pas répondu. Néanmoins, les suggestions obtenues sont très nombreuses et diversifiées, le rendu est déjà assez complet.
- Un classeur Excel a permis de comptabiliser les moyennes aux réponses des différentes propositions de réponses sous forme de QCM ou de « Je suis d'accord/Je ne suis pas d'accord » :
 - Heure d'arrivée à l'hôpital de jour : aucune majorité n'apparaît
 - Patient à jeun strict depuis la veille : aucune majorité n'apparaît
- Les différents commentaires recensés concernant le protocole d'anesthésie ne proviennent presque exclusivement que de la part des anesthésistes. Ce protocole doit être amélioré car il suscite beaucoup de désaccords, et les experts mettent en évidence une accumulation et une surutilisation de divers anti-inflammatoires.

Les résultats recueillis grâce au deuxième questionnaire apportent davantage de précision (voir feedback disponible en **annexe 6**) :

- Concernant l'heure d'arrivée du patient à l'hôpital de jour, une majorité a été obtenue : il devrait idéalement se présenter 2h avant l'intervention.
- Le tableau reprenant les prérequis pré- et post-opératoires a été majoritairement validé, et certains points ont été précisés.
- Les différentes étapes de la prise en charge ont été approuvées, et davantage détaillées. L'IC proposé, suite aux modifications présentées dans le feedback du

⁴ Une picklist est la liste recensant tout le matériel nécessaire pour réaliser l'intervention. Elle est spécifique à la procédure réalisée ainsi qu'au chirurgien.

deuxième questionnaire, convient désormais à la quasi-totalité des experts. Les problèmes mis en évidence dans le premier questionnaire ont été discutés :

- Perfuser le patient à l'accueil avant d'entrer en salle d'opération n'est pas forcément réalisable sur le terrain : l'infirmière présente à l'accueil est seule pour plusieurs patients à préparer en même temps.
 - Les différentes check-lists sont à réaliser obligatoirement avec tous les intervenants. La création de check-lists plus spécifiques par discipline a été émise, et sera proposée dans le troisième questionnaire.
 - La création d'une procédure uniformisée pour la fixation du tube et l'installation des câbles pourrait être envisagée, mais n'est pas réalisable dans le cadre de ce travail car il n'y a plus assez de chirurgiens parmi les experts que pour la considérer comme objective et standardisée.
 - Le matériel indispensable à l'intervention est plus ciblé, le superflu a été retiré, et le matériel qui n'est pas utilisé systématiquement est indiqué en "si nécessaire" et se trouve dans le rack de spécialité.
- Une majorité des experts souhaiterait que le patient soit à jeun depuis la veille à minuit.
 - Le protocole d'anesthésie se précise progressivement, mais prête toujours à discussion.

À la suite du troisième et dernier questionnaire, quelques détails ont été apportés à l'IC, les participants sont en accord avec ce qui a été créé, on peut donc le considérer comme standardisé auprès des experts.

- Un tableau reprenant les opinions « Pour » ou « Contre » la check-list spécialisée par discipline avait été soumis, avec le nombre de votes et les commentaires des participants. Aucune majorité ne ressort clairement.
- Il y a encore des désaccords concernant le protocole d'anesthésie, il est difficilement standardisable.

Au terme de ces trois questionnaires, un consensus a donc été obtenu, et un itinéraire clinique standardisé a été mis au point (**annexe 9**).

5. Discussion, perspectives et conclusion

Les résultats obtenus vont maintenant être mis en relation avec la littérature existante. Une analyse des biais éventuels qui peuvent en perturber l'interprétation ou en limiter la généralisation va être réalisée, et ainsi qu'une autocritique quant à la méthodologie utilisée.

5.1. Observation directe

Le seul biais envisagé lors de l'observation directe était que les personnes présentes lors de l'intervention (anesthésiste, infirmière, chirurgien, ...) risquaient de modifier leurs attitudes et pratiques en sachant qu'ils étaient observés. En expliquant systématiquement l'objectif de ce travail et le but de l'observation directe, qui n'était pas de les surveiller ou de les juger, il a été considérablement réduit.

Du point de vue méthodologique, cette méthode a été beaucoup plus chronophage que prévu. Le patient était suivi de son arrivée au bloc opératoire jusqu'à sa sortie du réveil, ce qui représente environ deux heures. L'observation ne pouvait donc se faire que pour un patient sur deux prévus au programme opératoire. Sur une journée d'observation, seulement trois ou quatre résultats étaient obtenus. Cela a donc demandé beaucoup d'investissement en termes de nombre de journées d'observation, ce qui n'était pas toujours facile à combiner avec mon travail et mes cours. Il aurait fallu commencer plus tôt cette étape, ou pourquoi pas l'organiser différemment, comme par exemple déléguer l'observation de l'autre moitié du programme opératoire à une deuxième personne.

Le fait d'être seule a empêché la récolte certaines données. Il était impossible par exemple de calculer le temps écoulé entre l'appel du patient suivant et son arrivée à l'accueil du BO, alors que cela représente une donnée intéressante. L'heure d'arrivée du patient au BO est approximative. Etant soit en salle, soit au réveil au même moment, ces renseignements étaient pris auprès de l'infirmière présente à l'accueil. Néanmoins, le patient étant appelé suffisamment tôt, il n'était attendu que dans de rares cas, lorsqu'il y avait des annulations, des problèmes de jeûne etc.

Concernant la collecte de données, la prise de recul et un regard critique ont permis de déceler certaines erreurs commises. De peur de rater une information importante, des valeurs inutiles ont été encodées. Par exemple, l'heure à laquelle le chirurgien et l'infirmière instrumentiste se brossent, ou l'heure précise de l'extubation présentent finalement peu d'intérêt. Le calcul des moyennes n'a pas été anticipé, il aurait dû être calculé au fur et à mesure des interventions (la durée de l'opération, le temps passé au réveil, ...) car cela a pris énormément de temps une fois la collecte terminée et par conséquent assez volumineuse.

5.2. Méthode Delphi

En termes de création de contenu, d'analyse et de résultats, la méthode Delphi se construit et évolue de manière progressive. Personnellement et à l'échelle réduite de ce mémoire, cela n'a pas été ressenti comme complexe. Ce qui a représenté le plus de difficulté était d'obtenir la participation d'experts, et surtout de la conserver tout au long de la méthode. Il faut les solliciter régulièrement car les délais ne sont pas respectés, tout en ayant des limites en termes d'insistance et de politesse. L'allongement des échéances a entraîné un certain retard dans le calendrier initialement prévu.

Lors du déroulement de la méthode, un nouveau biais non anticipé s'est présenté : l'effet de lassitude des répondants lié à la longueur des questionnaires. Les deux premiers questionnaires étaient longs à lire (au moins 5 pages) et demandaient un certain investissement en termes de réflexion. Des participants ne répondaient que brièvement par "Ok", voire pas du tout à certaines parties des questionnaires, rendant les réponses peu fiables et le contenu moins intéressant. Il y avait également des parties des questionnaires qui étaient éludées par les experts, probablement jugées comme trop spécifiques, alors que la perspective de chacun est constructive : la partie concernant le temps chirurgical était commentée principalement par les chirurgiens et infirmières instrumentistes, tandis que le protocole d'anesthésie était essentiellement complété par les anesthésistes.

Le résultat attendu au terme de ce travail est finalement atteint : il s'agissait de mettre au point un IC, cohérent et réaliste, qui standardise la prise en charge des patients opérés des dents de sagesse au BO et hospitalisés en HDJC.

L'hypothèse principale était que la méthode Delphi permette d'obtenir un consensus afin de créer un IC considéré comme standard. Elle s'est montrée probante.

L'hypothèse secondaire était que la mise en place d'un IC pour la prise en charge des patients au BO, et donc la standardisation des pratiques, améliore l'efficacité de ce parcours de soins.

Afin de valider cette hypothèse secondaire, il faudrait mettre l'IC en place sur le terrain, dans le but de le tester et de mesurer les améliorations apportées. Cela serait possible dans le cadre d'un travail de plus grande échelle dépassant les limites de faisabilité de ce mémoire, notamment au niveau temporel. Néanmoins, d'un point de vue théorique, la standardisation du processus rend plus efficaces la plupart des aspects de la prise en charge :

- Ressources humaines et organisationnelles : les rôles de chaque intervenant et les étapes lors desquelles ils interviennent sont clairement établis et définis. Le personnel est ainsi "drillé" et par conséquent plus performant.
- Logistique : le matériel nécessaire a été révisé, limitant la surconsommation et le gaspillage de matériel, et donc les coûts que cela engendre. Cela représente également un gain de temps quant à la préparation des case carts⁵, qui seraient donc systématiquement les mêmes d'un chirurgien à l'autre pour une même intervention.
- Economique : le personnel et le matériel sont limités, on peut imaginer un gain de temps sur la durée globale de la prise en charge, permettant d'effectuer plus d'interventions par jour qu'auparavant. Cela permet de limiter les coûts liés au séjour du patient.
- Le bien-être et la sécurité du patient sont toujours respectés

L'objectif secondaire était de proposer divers moyens permettant de se rapprocher le plus possible de ce nouvel IC au MontLégia. Comment mettre cet IC en place dans la réalité du terrain ? Une fois que le processus de soins a été révisé pour en assurer la standardisation ainsi que l'optimisation, il doit ensuite être « formalisé dans un protocole. Les rôles et les activités de chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire (...) y sont décrits et planifiés

⁵ Un case cart est un chariot dans lequel est rangé tout le matériel nécessaire à la réalisation d'une opération, que la logistique prépare la veille grâce aux picklists.

(« Qui fait quoi, quand et où ? »). Ce protocole fait référence aux procédures (« Comment ? ») (...). L'évaluation continue des résultats sera assurée par un relevé d'indicateurs de structure, de processus et de résultats ». (22)

Les plages opératoires ont été retravaillées en vue de la fusion de trois blocs opératoires en un au sein de MontLégia. Pour la chirurgie maxillo-faciale, la plage se situe de 8h à 16h. S'il s'avère que la mise en place d'un IC entraîne un réel gain de temps, on pourrait envisager d'augmenter le nombre d'interventions de huit à dix par jour, ce qui amènerait à une durée de 48 minutes pour la prise en charge péri-opératoire de chaque patient, contre 55 minutes en moyenne actuellement. Cette différence de sept minutes seulement paraît tout à fait raisonnable, et envisageable dans la réalité du terrain. Il serait intéressant qu'un travail à part entière soit désormais réalisé et consacré au test et à l'évaluation de la mise en place de cet itinéraire clinique.

L'intérêt principal de cette étude, est que ce processus est reproductible et applicable à d'autres types d'interventions. Dans le cadre de ce mémoire, l'opération d'extraction des dents de sagesse a été préférée car il s'agit d'une intervention courte et réalisée en nombre chaque semaine, au vu des limites en moyens et surtout en temps de cette étude. Toute chirurgie élective est par définition considérée comme reproductible et est donc standardisable.

Le CHC a déjà mis au point plus de trente itinéraires cliniques, entre autre pour les interventions de prothèse totale de genou et de hanche ainsi que leur réhabilitation améliorée après chirurgie (appelée plus communément RAAC), la varicectomie en HDJC, la chirurgie bariatrique, la colectomie gauche, ainsi que pour les interruptions volontaires et médicales de grossesse. (10) Ces itinéraires cliniques établissent le chemin directeur de la prise en charge du patient, mais la nouveauté apportée par ce travail est que l'approche s'attarde davantage sur la phase chirurgicale à proprement parler, plus spécifique et centrale du processus.

Ce mémoire est axé principalement sur la prise en charge du patient au BO. Pour que l'entièreté du processus soit plus efficiente, il reste du travail en amont et en aval du BO, notamment à l'HDJC. Cette étude a permis également de soulever d'autres freins à cette

optimisation, sortant du cadre de ce travail mais qui représentent de réelles perspectives de recherche en santé publique : la check-list et la gestion de la douleur.

La check-list se développe de plus en plus, et fait même l'objet d'un critère d'accréditation. Or, elle n'est pas toujours utilisée en réalité. Serait-elle jugée comme rébarbative sur le terrain ? Faudrait-il la spécialiser davantage, ou même l'utiliser sous une autre forme ? Il faut se questionner par rapport à la valeur ajoutée de cette check-list. Peu de littérature existe à ce sujet, un avis d'experts a donc été sollicité pour appuyer cette réflexion. Madame Nowak S. et Docteur Van Erck J. (23) ont participé à l'élaboration et au déploiement d'une check-list générale au sein du CHC. Son utilisation n'est pas limitée au bloc opératoire. Elle est également réalisée en cardiologie, en endoscopie, en obstétrique, ainsi qu'à la clinique de la douleur. Néanmoins, certains points généraux ne sont pas pertinents dans ces différentes disciplines : « On constate, et cela s'est vérifié par nos propres observations, que des check-lists qui ne collent pas à la réalité perdent leur crédibilité et les intervenants ne les remplissent pas ». (23) Ils ont donc créé des check-lists plus spécifiques aux différents domaines cités précédemment. Leur choix est argumenté par les recommandations de la HAS, dont la politique est notamment : « Adaptez la check-list pour mieux l'adopter ». (24) L'application des différentes check-lists existantes actuellement représente déjà une charge de travail conséquente, notamment pour le personnel de l'hôpital de jour. Néanmoins, les deux experts ont conscience que la check-list est un outil vivant, qui doit s'adapter continuellement. Ils reçoivent une demande assez importante de la part du bloc opératoire du CHC pour la mise au point de check-list propres à certaines interventions chirurgicales de courte durée, pour l'extraction des dents de sagesse notamment, mais aussi pour les circoncisions et les cataractes. D'après eux, une check-list adaptée à chaque type d'intervention a son intérêt, mais l'inconvénient reste la multiplication du nombre de check-lists. Ils sont d'avis qu'une étude à ce sujet mérite de voir le jour.

La gestion de la douleur est essentielle lors de la prise en charge chirurgicale d'un patient, car elle s'avère extrêmement chronophage, au réveil principalement. Il y a donc un net intérêt à la standardisation d'un protocole d'anesthésie ciblé sur la gestion de la douleur péri-opératoire. La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est un programme qui « s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble

des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie ». (25) Le contrôle de la douleur en fait partie. Il serait intéressant d'étudier l'impact de chaque molécule antalgique sur la douleur ressentie par le patient et l'intérêt de leur cumul sur l'effet antalgique afin d'établir un protocole précis, qui s'intègre à l'IC puisque complémentaires.

5.3. Conclusion

Le but de ce mémoire était de créer un itinéraire clinique afin d'optimiser la prise en charge des patients opérés d'une extraction des dents de sagesse au BO et hospitalisés en HDJC. En observant les pratiques actuelles puis en faisant appel à l'avis d'experts via la méthode Delphi, un consensus a été obtenu et un itinéraire clinique a été conçu. Le concept d'IC n'est pas nouveau, mais ce travail propose une méthodologie innovante pour leur mise au point, et une approche centrée davantage sur le bloc opératoire.

Néanmoins, la prise de recul a montré que cette procédure nécessite des améliorations, et a soulevé d'autres problématiques de santé publique qui méritent d'être approfondies.

Pour faire suite à ce travail, une prochaine étude pourrait porter sur l'évaluation de la mise en place de l'IC au sein du nouveau bloc opératoire de MontLégia, ou encore sur la création d'un IC pour une chirurgie plus lourde et complexe que celle de l'extraction des dents de sagesse.

Il est enfin important de rappeler qu'à côté des avantages évidents de la standardisation, il ne faut pas négliger l'aspect humain qui est essentiel dans notre métier. Nous ne devons pas remplacer toutes les décisions par des check-lists ni travailler uniquement par automatismes. Il faut conserver notre réflexivité, notre empathie et notre respect lors de la prise en charge du patient.

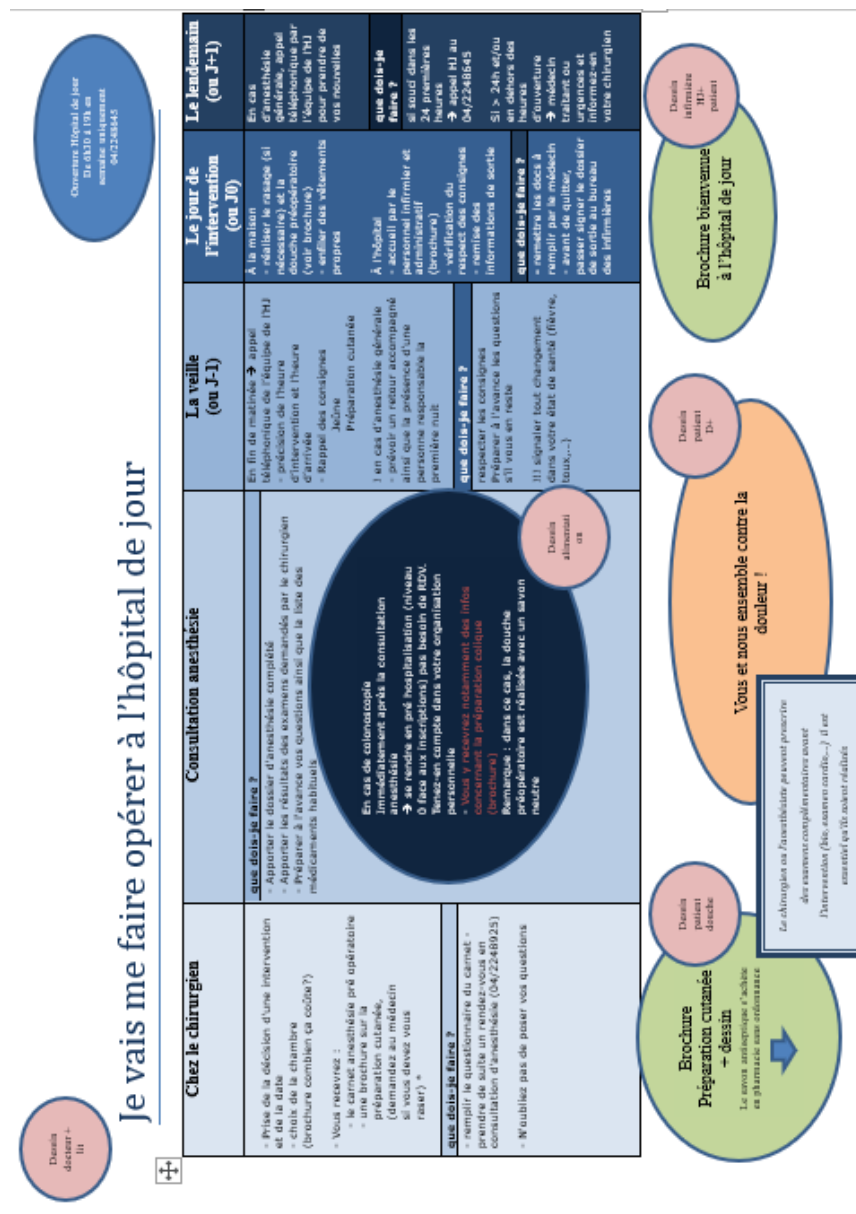
6. Références bibliographiques

1. Ryan A, Tompkins C. Efficiency and Value in Healthcare: Linking Cost and Quality Measures. THE NATIONAL QUALITY FORUM; 2014 Nov p. 6.
2. Quemby DJ, Stocker ME. Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2014 Dec;14(6):256–61.
3. Barnett G. Developing an effective day surgery service. 2016;31:5.
4. Devos C. Performance of the Belgian health system – report 2019 – Supplement: rejected indicators. 2019;14.
5. Staniszewski A, Jarrett P. Chapter 1 : The development of ambulatory surgery and future challenges. In: Day surgery: development and practice. London: International Association for Ambulatory Surgery; 2006.
6. Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. Anaesthesia. 2006 Dec;61(12):1191–9.
7. HAS. Parcours de soins. Question / Réponses. Haute Autorité de Santé; 2012 May p. 1.
8. Trajets de soins - INAMI [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/trajets-de-soins.aspx#.XURd0HtS_IU
9. Bonvoisin F, HENSOTTE J-C, BURTON É, GODICHAL M, GUISET A-L, HUT F, et al. Le projet Path de l’OMS. Recommandation d’indicateurs pour la gestion de quartier opératoire. Gest Hosp. 2007 Apr;1–3.
10. Itinéraires cliniques [Internet]. CHC. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://chc.be/Services/Itineraires-cliniques>
11. Every Nathan R., Hochman Judith, Becker Richard, Kopecky Steve, Cannon Christopher P. Critical Pathways. Circulation. 2000 Feb 1;101(4):461–5.
12. Vanhaecht K. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. [Leuven]: Katholieke Universiteit Leuven; 2007.
13. Schrijvers G, van Hoorn A, Huiskes N. The care pathway: concepts and theories: an introduction. Int J Integr Care [Internet]. 2012 Sep 18 [cited 2020 May 1];12(Special Edition Integrated Care Pathways). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602959/>
14. Sermeus W, Giebens Y, Vanhaecht K, Witte K, Haspeslagh M, Vleugels A. LE RÉSEAU ITINÉRAIRES CLINIQUES EN FLANDRE ET AUX PAYS-BAS. 2020 May 2;

15. Patwardhan A, Patwardhan D. Business process re-engineering--saviour or just another fad? One UK health care perspective. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(3):289–96.
16. Khodambashi S. Business Process Re-engineering Application in Healthcare in a Relation to Health Information Systems. *Procedia Technol.* 2013 Jan 1;9:949–57.
17. Surgical Process Institute [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://sp-institute.com/>
18. HAS. GUIDE MÉTHODOLOGIQUE Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques.
19. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2008 Dec;56(6):415–23.
20. Slocum-Bradley N, Fondation Roi Baudouin. Méthodes participatives un guide pour l'utilisateur [Internet]. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2006 [cited 2020 May 2]. Available from: http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1600_MethodesParticipatives.pdf
21. La méthode Delphi | Spiral [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/>
22. Erpicum M, Bassleer B, Defraigne O, Gillet P, Larbuisson R, Maclot E. Du processus aux soins intégrés : expérience de gestion de projet bottom-up. :7.
23. Nowak S, Van Erck J. Appel téléphonique. 2020.
24. Les autres check-lists. [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1029818/fr/les-autres-check-lists
25. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 May 20]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

7. Annexes

Annexe 1 : Trajet du patient en hôpital de jour, créé par Marie Stevens, responsable des IC du CHC



Annexe 2 : Extrait de la grille d'observation

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Date	Âge (années Service	AG	Nombre de t	Salle	Préparation	Heure prévu	Durée prévu	Arrivée du p	Présence d'u	Installation t	Check-list ac	Transfert acc	Arrivée en Si	Nombre d'in	Monit	
2	10-10-19	27 HJ	Oui	4	6	7h	7h30	45	7h15	Oui	7h18	7h23	7h29	7h30	IC + Stagiaire	7h33	
3	10-10-19	15 HJ	Oui	4	6	/	9h15	45	8h45	Oui	9h07	8h50	9h42	9h45	IC + stagiaire	9h47	
4	10-10-19	24 HJ	Oui	4	6	/	11h	45	11h16	Oui	11h22	11h15	11h36	11h38	IC + Stagiaire	11h41	
5	24-10-19	14 HJ	Oui	4	6	7h16	7h30	60	7h10	Non	7h22	7h19	7h23	7h24	IC + Stagiaire	7h31	
6	24-10-19	16 HJ	Oui	4	6	/	12h30	45	12h14	Oui	12h18	12h16	12h22	12h24	IC	12h26	
7	24-10-19	15 HJ	Oui	4	6	/	15h	45	14h45	Oui	15h05	15h06	15h07	15h11	IC + Stagiaire	15h15	
8	30-10-10	17 HJ	Oui	4	6	7h04	7h30	45	7h18	Oui	7h19	7h21	7h22	7h23	IC + stagiaire	7h26	
9	30-10-10	16 HJ	Oui	4	6	/	9h	45	8h50	Oui	8h55	8h52	9h07	9h08	IC + Stagiaire	9h11	
10	30-10-10	16 HJ	Oui	4	6	/	10h30	45	10h35	Oui	10h40	10h42	10h52	10h53	IC + Stagiaire	10h56	
11	30-10-10	17 HJ	Oui	4	6	/	12h	45	12h15	Oui	12h19	12h17	12h28	12h30	IC + Stagiaire	12h32	
12	07-11-19	15 HJ	Oui	4	6	7h10	7h30	60	7h20	Oui	7h29	7h30	7h32	7h33	IC + Stagiaire	7h35	
13	07-11-19	22 HJ	Oui	4	6	/	9h30	60	9h21	Oui	9h28	9h29	9h50	9h51	IC + Stagiaire	9h54	
14	07-11-19	22 HJ	Oui	4	6	/	12h	45	11h10	Oui	11h15	11h17	11h29	11h30	IC + Stagiaire	11h32	

Annexe 3 : Premier questionnaire

Annexe 4 : Feedback du premier questionnaire

Annexe 5 : Deuxième questionnaire

Annexe 6 : Feedback du deuxième questionnaire

Annexe 7 : Troisième questionnaire

Annexe 8 : Feedback du troisième questionnaire

Annexe 9 : Itinéraire clinique proposé

Voir document complémentaire