



HAL
open science

Évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale par la méthode du patient traceur

Yoni Djedou

► **To cite this version:**

Yoni Djedou. Évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale par la méthode du patient traceur . Chirurgie. 2018. dumas-01864350

HAL Id: dumas-01864350

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01864350v1>

Submitted on 29 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale par la méthode du patient traceur

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 29 mai 2018

par

DJEDOU Yoni

né le 3 avril 1994
à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: Monsieur le Docteur	P. ROCHE-POGGI
	Monsieur le Docteur	J.H. CATHERINE
	<u>Madame le Docteur</u>	<u>D. TARDIVO</u>

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale par la méthode du patient traceur

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 29 mai 2018

par

DJEDOU Yoni

né le 3 avril 1994
à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: Monsieur le Docteur	P. ROCHE-POGGI
	Monsieur le Docteur	J.H. CATHERINE
	<u>Madame le Docteur</u>	<u>D. TARDIVO</u>

ADMINISTRATION

(mise à jour mars 2018)

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGÉ DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGÉ DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGÉS DE MISSION	Professeur	F. BUKIET
	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI
PROFESSEUR ÉMÉRITE	Professeur	O. HUE

LISTE DES ENSEIGNANTS

56^{ème} SECTION : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Professeur	C. TARDIEU *	Assistant	H. AL AZAWI
Maître de Conférences	D. BANDON	Assistant	I. BLANCHET
Maître de Conférences	A. CHAFAIE	Assistant	V. MAGNAN
Maître de Conférences associé	A. CAMOIN		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maître de Conférences	J. BOHAR	Assistant	I. CAMBON
Maître de Conférences	E. ERARD	Assistant	L. LEVY
Maître de Conférences	J. GAUBERT	Assistant	R. MATTERA
Maître de Conférences	M. LE GALL *	Assistant	C. MITTLER
Maître de Conférences	C. PHILIP-ALLIEZ	Assistant	A. PATRIS-CHARRUET

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur	B. FOTI *	Assistant	J. SCIBILIA
Maître de Conférences	D. TARDIVO		

57^{ème} SECTION : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

PARODONTOLOGIE

Professeur	V. MONNET-CORTI *	Assistant	A. BOYER
		Assistant	C. DUMAS
		Assistant	V. MOLL
		Assistant	A. MOREAU

CHIRURGIE BUCCALE – PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE - ANESTHÉSIOLOGIE – RÉANIMATION

Maître de Conférences	D. BELLONI	Assistant	E. QUINQUE
Maître de Conférences	J. H. CATHERINE *		
Maître de Conférences	P. ROCHE-POGGI		
Maître de Conférences associé	F. CAMPANA		

BIOLOGIE ORALE

Maître de Conférences	P. LAURENT	Assistant	C. LE FOURNIS
-----------------------	------------	-----------	---------------

65^{ème} SECTION : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeur	I. ABOUT *	(Responsable de la Biologie orale)	
------------	------------	------------------------------------	--

58^{ème} SECTION : REHABILITATION ORALE
--

58.01 RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur	F. BUKIET *	Assistant	B. BALLESTER
Professeur	H. TASSERY	Assistant	H. DE BELENET
Maître de Conférences	G. ABOUDHARAM	Assistant	A. DEVICTOR
Maître de Conférences	C. PIGNOLY	Assistant	A. FONTES
Maître de Conférences	L. POMMEL	Assistant	M. GLIKPO
Maître de Conférences	E. TERRER	Assistant	S. MANSOUR
Maître de Conférences associé	M. GUIVARC'H	Assistant	L. MICHEL-ROLLET

PROTHÈSE

Professeur	M. RUQUET *	Assistant	N. CHAUDESAYGUES
Maître de Conférences	G. LABORDE	Assistant	M. DODDS
Maître de Conférences	M. LAURENT	Assistant	A. FERDANI
Maître de Conférences	B.E. PRECKEL	Assistant	C. MENSE
Maître de Conférences	G. STEPHAN	Assistant	C. NIBOYET
Maître de Conférences	P. TAVITIAN	Assistant	A. REPETTO
Maître de Conférences	A. TOSELLO	Assistant	A. SETTE
Maître de Conférences associé	R. LAN	Assistant	F. SILVESTRI
Maître de Conférences associé	G. MAILLE		

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTOLOGIE, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Professeur	J. DEJOU	Assistant	M. JEANY
Professeur	J. D. ORTHLIEB *		
Professeur	A. RASKIN		
Maître de Conférences	A. GIRAUDEAU		
Maître de Conférences	B. JACQUOT		
Maître de Conférences	J. P. RÉ		
Maître de Conférences associé	T. GIRAUD		

Au Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Bruno Foti,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et je vous en remercie.

J'ai su apprécier la sympathie que vous avez pu me porter tout au long de mes études et la sagesse que vous m'avez transmise.

Vous m'avez aidé, soutenu, et toujours écouté mes demandes et je ne l'oublierai jamais.

Merci d'avoir rendu mes vacances cliniques un peu moins strictes et de m'avoir transmis au fil des discussions des outils permettant de me renforcer dans ma prise en charge et mon métier.

Je vous prie de recevoir l'expression de tout mon respect et de ma profonde estime.

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Delphine Tardivo,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail et je t'en suis très reconnaissant.

Je te remercie de l'intérêt que tu as manifesté à l'élaboration de ce travail, ainsi que pour ta pédagogie, ta gentillesse, ta patience et tes conseils.

Je te remercie également pour l'affection que tu m'as portée, et pour m'avoir permis de dépasser mes limites et mes compétences dans plusieurs domaines au cours des études. Je suis fier d'avoir évolué et appris à tes côtés, d'avoir pu t'assister et être assisté par toi, lors de nombreuses chirurgies.

Je veux ici t'exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance. Je suis fier d'avoir travaillé avec toi et de soutenir cette thèse.

Aux assesseurs,

Monsieur le Docteur Philippe Roche-Poggi,

Vous m'avez fait l'honneur de faire partie de ce jury et je vous en suis très reconnaissant.

Merci encore pour votre accessibilité. Votre engagement et votre serviabilité sont des qualités qui m'inspirent un profond respect envers vous.

Veillez trouver dans ce travail toute ma sympathie et mon respect.

Aux assesseurs,

Monsieur le Docteur Jean-Hugues Catherine,

Vous m'avez fait l'honneur de siéger parmi le jury malgré certaines difficultés et engagements professionnels. Le fait que vous vous libériez aujourd'hui pour participer avec moi à ce moment important est un immense plaisir.

J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et cliniques qui illustrent votre maîtrise et votre professionnalisme. Votre disponibilité et votre pédagogie sont un exemple.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon respect et de ma considération.

ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION REÇUE PAR LE PATIENT EN CHIRURGIE ORALE PAR LA MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

INTRODUCTION	1
I. L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)	2
I.1. Qu'est-ce que l'EPP ?	2
I.2. Le patient traceur	5
I.2.1. Définition	5
I.2.2. Protocole d'une méthode de patient traceur	5
I.3. Mise en place d'un protocole de patient traceur (PT) sur la compréhension de l'information reçue par le patient sur la douleur post-opératoire, les suites opératoires autre que la douleur, les conseils post-opératoires et l'ordonnance post-opératoire en chirurgie orale	8
II. PROTOCOLE D'ÉTUDE	10
II.1. Patients inclus dans l'étude	10
II.2. Recueil des données : interviews des patients	11
II.2.1. Etape préopératoire	12
II.2.2. Admission et accueil dans le service de soins	14
II.2.3. Accueil et prise en charge pré opératoire par l'équipe soignante	14
II.2.4. Déroulement de l'acte chirurgical	15
II.2.5. Prise en charge post-opératoire immédiate	15
II.2.6. Environnement de soins	15
II.2.7. Consignes de sortie	16
II.2.8. Respect de la dignité et de la confidentialité	17
II.2.9. Processus collaboratif de l'équipe soignante	17
II.2.10. Proposition d'amélioration	18
II.3. Modalité d'analyse des données	18
II.3.1. Analyse des informations recueillies auprès des patients	18
II.3.2. Analyse des informations recueillies auprès de l'équipe médicale et paramédicale	19
III. RÉSULTATS	21
III.1. Analyse des informations recueillies auprès des patients	21
III.1.1. Etape préopératoire	21

III.1.2. Admission et accueil dans le service de soin	22
III.1.3. Accueil et prise en charge pré opératoire par l'équipe soignante	23
III.1.4. Déroulement de l'acte chirurgical	24
III.1.5. Prise en charge post-opératoire immédiate.....	25
III.1.6. Environnement de soins.....	25
III.1.7. Consignes de sortie.....	26
III.1.8. Respect de la dignité et de la confidentialité	27
III.1.9. Processus collaboratif de l'équipe soignante	28
III.1.10. Proposition d'amélioration.....	29
III.2. Analyse des informations recueillies auprès de l'équipe médicale et paramédicale .	30
IV. DISCUSSION	32
IV.1. Le protocole d'étude	32
IV.2. Résultats	33
IV.3. Propositions d'amélioration	34
III.4. Apport de l'EPP	35
III.4.1. Aux patients.....	35
III.4.2. A l'équipe soignante.....	35
III.4.3. A l'organisation du service de soins	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	I

INTRODUCTION

Certains conseils et recommandations professionnelles internationales ont été mis en place afin d'éviter l'inconfort du patient à la suite d'une chirurgie. En outre, le souci de prévenir et de gérer les douleurs et le retour de « l'expérience patient » doivent impérativement amener le praticien à insister sur la transmission de cette information, en milieu libéral comme en milieu hospitalier, cadre d'apprentissage de nombreux étudiants.

Au Pavillon Odontologie de la Timone à Marseille, une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée depuis 2013, visant l'évaluation de la conformité des pratiques professionnelles aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, relatives à la prévention et à la gestion de la douleur post-opératoire en chirurgie orale. Suite à cette approche « quantitative » nous avons estimé qu'il serait intéressant d'envisager cette même problématique avec une approche qualitative, et ce, par la mise en place d'une méthode de patient traceur. L'objectif de ce travail était d'évaluer la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale, grâce à l'analyse son expérience et son vécu, pour nous permettre d'identifier les points positifs ainsi que les points qui restent à améliorer en vue d'assurer une prise en charge systématique de qualité et sécurisée.

I. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

I.1. Qu'est-ce que l'EPP ?

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à « analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients » [1].

Son enjeu est de répondre aux exigences légitimes des patients et des professionnels de santé. L'EPP mesure ainsi ce qui est fait dans la pratique professionnelle courante, pour le comparer à la pratique décrite par les recommandations professionnelles et exigées par les autorités compétentes.

La loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance Maladie, soumet tous les professionnels de santé, libéraux comme hospitaliers, à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles [2] et ce, dans le cadre de leur obligation de formation continue (loi du 9 août 2004) selon laquelle « *l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles* » [3;4].

Le programme d'EPP s'inscrit dans un modèle proposé dans les années 60 par W. Edwards Deming. Ce modèle aussi appelé « Roue de Deming » ou « Roue de qualité » repose sur quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais *Plan, Do, Check, Act* d'où le modèle PCDA) [5].

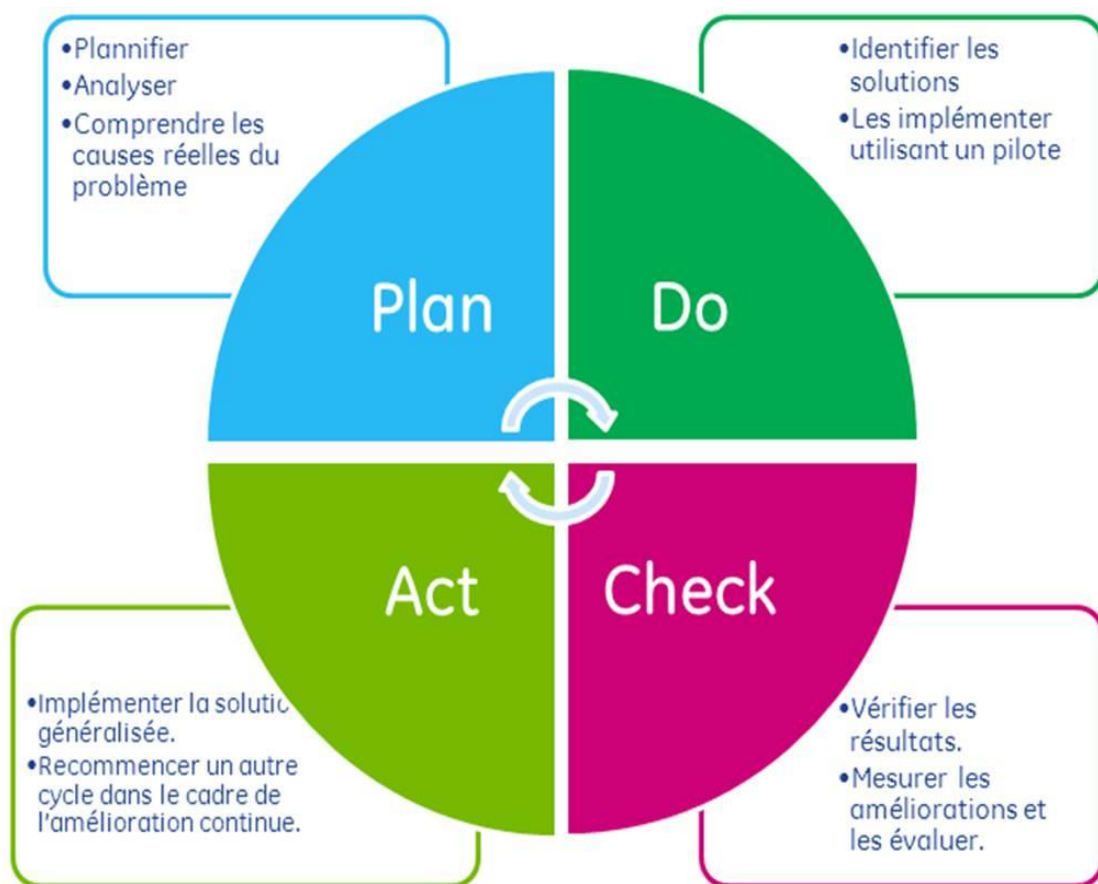


Schéma 1 : Méthode PDCA, présentation de la Roue de Deming

Il existe de nombreuses méthodes d'évaluation des pratiques (16 au total), ayant toutes pour objectif commun de comparer les pratiques constatées à celles décrites par les recommandations professionnelles. Les méthodes citées ci-dessous sont les plus utilisées actuellement au cours des évaluations des pratiques professionnelles [6].

- L'audit clinique, qui mesure les écarts entre la pratique observée lors de l'évaluation et la pratique recommandée, à partir de critères d'évaluations.
- L'apprentissage par problème (APP), qui définit un problème comme une différence entre une situation existante et une situation attendue. Cette méthode permet d'utiliser le problème lui-même comme une source de progrès, tout en étant guidé par une suite logique d'étapes.

- La revue de morbi-mortalité (RMM), qui consiste à décrire les faits et analyser des situations s'étant produites, pour comprendre et apprendre afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.
- La méthode PAQ ANAES, basée sur l'étude des processus, qui part de la description du parcours du patient, avec à chaque étape, une description des rôles de chacun. Elle permet d'écrire un chemin clinique, d'intégrer des arbres de décisions (...).
- Le patient traceur, que nous décrivons un peu plus loin.

I.2. Le patient traceur

I.2.1. Définition

La méthode du patient traceur a été développée et expérimentée en France en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays tels que les Etats-Unis. Elle constitue une nouvelle méthode de certification. Cette méthode consiste à analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de « l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval », en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. En d'autres termes, la méthode du patient traceur est une méthode d'évaluation consistant à apprécier les expériences de soins au cœur du parcours du patient lui-même [1;7].

C'est également une méthode d'amélioration de la qualité des soins [8-10], reconnue comme une méthode de développement continue [11].

Utilisable par les établissements de santé, elle est complémentaire des autres méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles telles que la revue morbi-morbidité, l'audit clinique ou encore le chemin clinique. A travers cette méthode, on place le regard des évaluateurs au cœur du métier, permettant d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge du patient. Ce regard et cette analyse de l'équipe sur ses propres pratiques renforcent la dynamique d'équipe, contribuant ainsi à la définition et la mise en œuvre d'un projet d'équipe et permettant de développer une culture partagée de la sécurité des soins.

I.2.2. Protocole d'une méthode de patient traceur

La méthode du patient traceur s'établit et respecte en dix points [1] :

- C'est une méthode d'analyse d'un parcours de soins pluri professionnel et multidisciplinaire : à travers cette méthode on va pouvoir analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement et ainsi mettre en œuvre des actions d'amélioration.
- Prenant en compte l'expérience du patient [12] et de son entourage.

- Exigeant une organisation au sein de l'établissement : étant donné que cette méthode s'inscrit dans la démarche de qualité et de gestion des risques de l'établissement, elle nécessite une organisation particulière au sein de l'établissement concerné ainsi qu'un appui méthodologique de professionnels spécifiquement formés à la démarche.
- Animée par un « animateur formé » ou binôme : l'animateur, formé à la méthode et aux méthodes d'évaluation à la responsabilité de coordonner et d'animer la rencontre avec les professionnels. Celui-ci doit favoriser un climat de confiance, afin de créer un dialogue le plus constructif possible. Cet animateur peut être intérieur ou extérieur au service, il est préférable que ce soit une personne extérieure. Lors de cette rencontre avec l'équipe, l'animateur détaille l'entretien avec le patient en évoquant chaque point. Chaque point sera discuté et commenté. En relevant certains points évoqués le plus fréquemment par les patients, on va pouvoir faire naître une politique d'action. On réévalue alors les points d'action au bout d'un certain temps pour permettre de connaître les progrès et tirer de réels bénéfices à la méthode du Patient Traceur.
- Mobilisant des équipes pluri-professionnelles/pluridisciplinaires pendant 2 à 3 heures : ce temps permet d'exposer l'interview des patients sélectionnés, d'analyser et mettre en exergue de nombreux points d'amélioration. C'est lors de cette réunion d'équipe que l'ensemble des intervenants va se rendre compte de l'importance de certains points recueillis auprès du patient.
- Reposant sur le parcours du patient, ses différentes étapes et tous les éléments du dossier qui servent de fil conducteur de la méthode. On retrace ainsi le vécu du patient tout au long de son traitement.
- Comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification V2010, référentiels spécifiques à l'équipe, etc.)[5].

- Méthode en 4 points successifs :
 - Le choix d'un patient doit correspondre à un profil préalablement défini dont on souhaite analyser la prise en charge.
 - L'information de ce patient et la recherche de son consentement pour pouvoir analyser sa prise en charge et le rencontrer lui et/ou ses proches.
 - La rencontre du patient, d'une durée d'environ 30 minutes, au cours de laquelle lui sont posées les questions relatives à la problématique étudiée, préalablement déterminées et validées par l'équipe en charge de la méthodologie de l'évaluation .
 - L'analyse de la prise en charge avec les professionnels autour du dossier du patient intégrant les résultats de l'échange avec celui-ci et permettant ainsi d'analyser les constats (c'est-à-dire points positifs et points à améliorer) et donc de prioriser les actions à mettre en œuvre. Cette analyse est réalisée à partir d'un guide d'entretien, également préalablement déterminé et validé par l'équipe en charge de la méthodologie de l'évaluation. Ce guide doit être adapté au profil du patient, et permettre de comparer la pratique réelle aux pratiques de références.

- La méthode est reconnue comme une méthode de développement professionnel continu [7], et permet de travailler en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

- Secret professionnel : cette méthode doit garantir le secret professionnel, la confraternité, étendue à tous les professionnels et la confidentialité des échanges.

I.3. Mise en place d'un protocole de patient traceur (PT) sur la compréhension de l'information reçue par le patient sur la douleur post-opératoire, les suites opératoires autre que la douleur, les conseils post-opératoires et l'ordonnance post-opératoire en chirurgie orale

La mise en place d'un protocole de PT comporte quatre étapes et s'adapte à l'organisation de l'établissement, à sa taille et à ses moyens.

- Etablir une stratégie :

Lorsque l'on décide de mettre en place une méthode de PT, il est bien entendu nécessaire de commencer par en établir la stratégie. Pour ce faire, est organisée une réunion avec l'animateur compétent afin de définir l'organisation à mettre en œuvre, les rôles et les responsabilités de chacun. Lors de cette rencontre est également précisément défini le « profil patient », c'est-à-dire le type de patients qu'il est nécessaire d'inclure dans l'étude pour pouvoir étudier le plus précisément le sujet à évaluer et améliorer. Au cours de cette rencontre sont également appréciés : les enjeux de ce sujet en termes de Santé Publique, l'existence d'une possibilité d'amélioration, la pertinence de ce type d'évaluation pour cette problématique, la motivation de l'équipe qui va participer à ce projet. Un bilan des évaluations en cours, et une analyse des résultats de celles mises en place pour évaluer éventuellement la même problématique, sous un angle différent, grâce à une méthode d'évaluation différente, sont également faits.

Il est fondamental que le projet s'inscrive dans une démarche de santé publique, et que la mise en place de la démarche d'évaluation ait la possibilité d'apporter quelque chose d'intéressant à l'organisation initiale.

Enfin, il semble important de souligner que l'étude a un certain coût pour le service. Si cela ne se quantifie pas directement en « budget », le temps passé par les professionnels médicaux et para - médicaux constitue une éventuelle perte d'argent pour le service en cas d'étude non pertinente ou non nécessaire.

La mise en place de ce premier «patient traceur » au sein du Pôle Odontologie, a donc été proposée à l'équipe de chirurgie orale.

En effet, en pratique odontologique, la chirurgie orale est une discipline qui est souvent crainte des patients. Rien de plaisant lorsqu'un patient apprend qu'on doit lui extraire une ou plusieurs dents au prochain rendez-vous, d'ailleurs beaucoup de patients annulent, où reportent le rendez-vous.

Dans cette discipline, il semblait également pertinent d'évaluer toutes les suites opératoires possibles lors de l'avulsion simple d'une dent, et apprécier si la fiche de conseils et l'ordonnance post-opératoire avaient bien été remises au patient.

Une fois tous ces critères choisis, tous les praticiens du Pôle Odontologie ont été informés de la mise en place de cette évaluation par une méthode de PT. Dans ce cadre, seuls les critères d'inclusion leur ont été précisés, afin de ne pas biaiser l'étude. En effet, le fait de donner des informations supplémentaires sur l'étude aux différents acteurs du service aurait pu modifier leur prise en charge habituelle, du patient en fonction des éléments recherchés et ainsi rendre nos résultats non significatifs.

- Planifier et accompagner la mise en œuvre des PT :

C'est le rôle du comité en charge de la qualité et de la sécurité des soins en lien avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Leur mission est d'assurer la planification des profils des PT sélectionnés, d'assurer la coordination de l'étude des PT et le suivi de la réalisation. Dans cette étude, l'animateur en charge d'assurer cette coordination était le Dr Sophie Tardieu, praticien hospitalier en Santé Publique, exerçant au sein du Service d'Evaluation Médicale-Pôle Santé Publique à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) [13].

- Réaliser le bilan et communiquer :

Comme nous l'avons évoqué précédemment le PT est une méthode d'amélioration de la qualité des soins ainsi que de la sécurité. Afin d'avoir un certain recul et surtout de permettre de démontrer l'efficacité de cette méthode, il est indispensable de réaliser un bilan annuel des PT, avec un suivi des plans d'actions. On établit donc un tableau avec la liste des patients sélectionnés, ceux réalisés, en cours et abandonnés, et la période sur laquelle ces patients ont été évalués. A partir de ce tableau on pourra donc faire ressortir les points d'amélioration qui ont été efficaces et ceux à améliorer.

- Ajuster la stratégie :

Cela consiste à intégrer dans le programme d'amélioration la qualité et la sécurité des soins (PAQSS) ainsi que les actions d'amélioration en lien avec des problématiques porteuses d'enjeux en matière de qualité et de sécurité.

On prévoit une stratégie de déploiement du PT, réajustée à partir des résultats des patients traceurs et du bilan réalisé.

II. Protocole d'étude

II.1. Patients inclus dans l'étude

Le profil choisi pour notre étude était le suivant : patients adultes, vus en consultation préopératoire, pris en charge en ambulatoire **PAR UN ETUDIANT, UN INTERNE ET UN SÉNIOR** pour une avulsion dentaire simple (1 à 3 dents) et revus en consultation post-opératoire.

L'avulsion dentaire a été retenue pour cette évaluation car c'est l'acte le plus fréquemment pratiqué dans l'unité de chirurgie orale (environ cent par semaine). L'avulsion dentaire, appelée aussi extraction dentaire, est un acte qui peut être réalisé par trois types d'intervenants au sein du Pavillon Odontologie de l'APHM à savoir : des étudiants (quatrième, cinquième et sixième années), des internes en chirurgie orale et enseignants ou « seniors » (AHU ou MCU-PH). Le choix de cet acte nous permet donc de comparer ces trois types de prise en charge.

Cette EPP fait suite et complète avec un aspect « qualitatif » l'audit clinique réalisé en 2013 et 2014 : « Conformité aux recommandations de la HAS de la prise en charge de la douleur post opératoire chez les patients adultes ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie orale en ambulatoire » [13;14].

Ont été ajoutés :

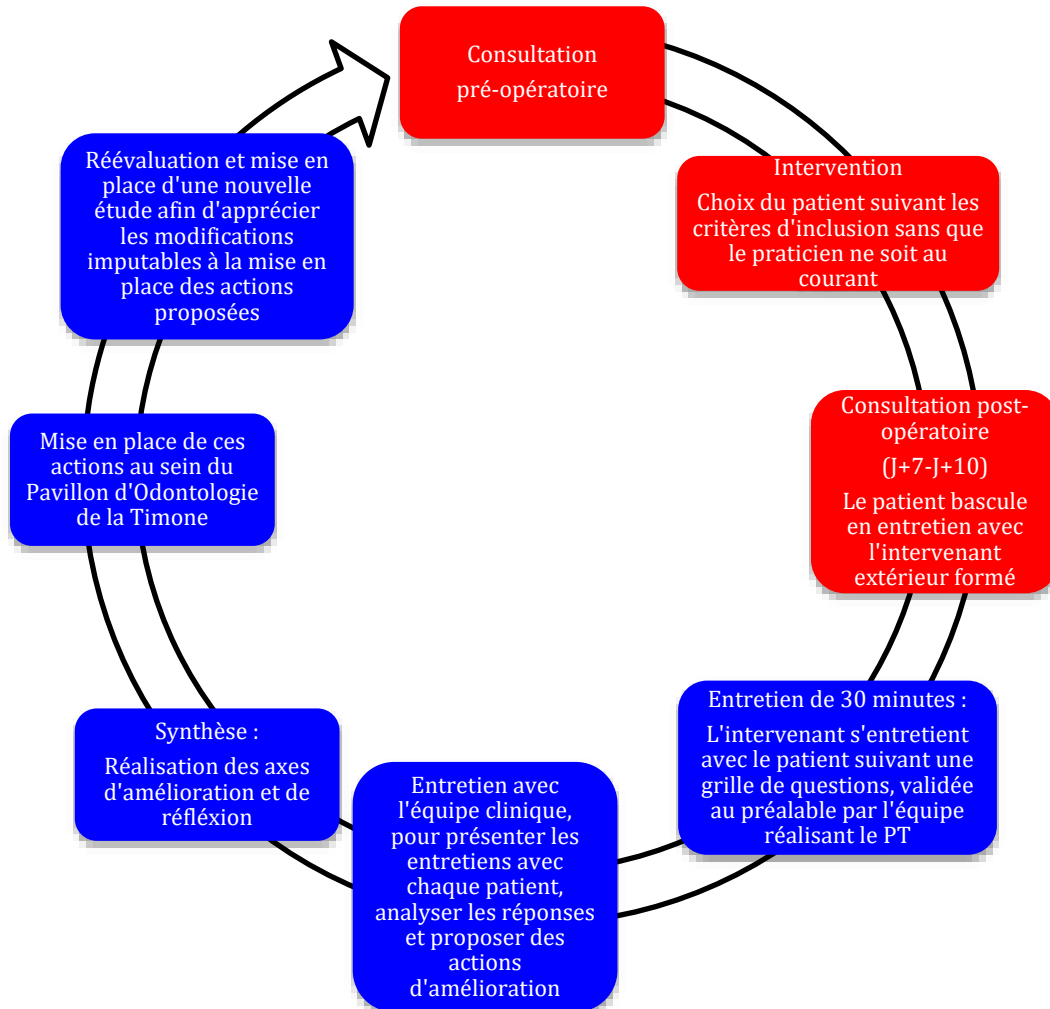
des critères d'inclusion additionnels:

- ASA 1 / « sans pathologie chronique »
- Capable de porter un jugement
- Capable de répondre aux questions

des critères d'exclusion :

- Patient acceptant de participer à l'étude mais ne se présentant pas au rendez-vous de consultation.
- Patient présentant des complications lors de l'intervention.
- Patient ayant consommé des stupéfiants, alcools ou autres drogues avant l'interview.

II.2. Recueil des données : interviews des patients



Patient pris en charge par un des trois profils (ETUDIANT, INTERNE OU SENIOR)

Patient et équipe clinique en relation avec l'intervenant spécialisé

II.2.1. Etape préopératoire

L'étape pré opératoire est la consultation pré opératoire.

Elle peut se présenter sous diverses formes :

- Patient venant en urgence pris en charge d'une manière générale par un étudiant et dont le traitement, en urgence ou non, consiste à l'avulsion d'une dent. Ce patient peut alors entrer dans les critères d'inclusion de l'étude et sera suivi soit par un étudiant soit par un interne.
- Patient se présentant pour une sémiologie (première consultation) et dont le plan de traitement prévoit une ou plusieurs avulsions dentaires. Le patient pourra alors être attribué à un étudiant ou un interne.
- Patient adressé par un confrère libéral pour avulsion dentaire (dent de sagesse le plus souvent). Le patient sera alors pris en charge par un interne ou un sénior.

Une fois le patient pris en charge par un des trois types d'intervenants, la consultation préopératoire se déroule normalement en expliquant au patient l'étape chirurgicale et le protocole opératoire.

Les différents patients pris en charge par ces trois intervenants ont été questionnés sur le déroulement et sur leur ressenti concernant l'étape préopératoire.

Racontez moi votre consultation avec le chirurgien

Avez-vous été informé du rapport bénéfice/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention en ambulatoire et de ses modalités ?

A-t-on recueilli votre consentement éclairé ? (oralement ? par écrit ?)

Vous a-t-on décrit votre circuit pour votre intervention ?

Vous a-t-on informé par oral et par écrit et remis les documents suivants :

- les consignes à suivre avant l'intervention (alimentation "normale" [petit déjeuner/déjeuner], gestion de son traitement personnel [antiagrégants/anticoagulants...]),
- Les exigences liées à l'anesthésie/acte chirurgical, arrêt du tabac, etc. ;
- les suites normales de la chirurgie (gonflements des joues, gêne à la mastication, saignements, douleurs) et d'éventuels effets indésirables de l'anesthésie (absence de sensibilité pendant les 2-3 heures suivant l'intervention) :
- les symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte :
- les modalités de recours en cas d'évènements imprévus (coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, numéro de téléphone à appeler en cas de problème)
- les conditions pour le retour à domicile, la nécessité d'être accompagné par un tiers pour le retour au domicile : optionnel
- la durée de l'arrêt de travail (non obligatoire) :
- les modalités de reprise après la sortie de l'alimentation, :

II.2.2. Admission et accueil dans le service de soins

Pour tous les patients du Pavillon d'Odontologie à la Timone, le mode d'admission est le même. Il existe deux types d'entrée au sein du service: soit par prise de rendez-vous via le standard téléphonique, soit suite à une consultation aux urgences ; mais dans les deux cas, le patient devra passer obligatoirement par l'accueil afin de procéder à la création du dossier médical.

Racontez-moi votre arrivée à l'hôpital.

- Comment s'est passé l'attente?
- Avez-vous eu les réponses à toutes vos questions?

II.2.3. Accueil et prise en charge pré opératoire par l'équipe soignante

L'accueil et la prise en charge pré opératoire par l'équipe soignante peuvent être différents suivant l'opérateur. Un certain nombre de protocoles « médico-administratifs » sont à respecter avant une chirurgie (questionnaire médical, consentement éclairé et information sur les conseils post-opératoires). De plus, le premier contact avec entre le praticien et le patient est capital dans la suite des soins : il détermine la relation de confiance qui s'établit entre les deux et joue un rôle fondamental sur l'anxiété du patient.

Le personnel s'est-il présenté? D'une manière générale, savez-vous de qui il s'agit lorsqu'un professionnel vient vous voir (étudiant/interne/enseignant) ?

Quelles étaient vos questions à votre arrivée?

Avez-vous eu des réponses à toutes vos questions ?

Vous a-t-on remis le "dossier de chirurgie ambulatoire" (conseils post-op et ordonnance) Si oui, à quel moment?

Conditions d'accueil dans le service avant l'intervention (accueil, information, identification, confort, délai d'attente, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes (pour le patient)

Avez-vous été satisfait par la qualité des informations qui vous ont été transmises ? (déroulement de la journée, réponses aux questions posées par le patient, ...)

II.2.4. Déroulement de l'acte chirurgical

Il est intéressant notamment dans le cadre pédagogique et un souci didactique d'évaluer les pratiques et le déroulement de l'acte chirurgical afin de savoir, d'une part si l'enseignement et la méthode sont bien acquis, et d'autre part de repérer et comprendre les erreurs éventuelles de chacun qu'il soit étudiant, interne ou sénior. Il y a, dans beaucoup de cas, un facteur « stress », qui peut biaiser les réponses du patient. C'est la raison pour laquelle la question du stress, de la peur ou de l'anxiété n'a pas été posée car ce sont des éléments propres à chaque individu. En revanche nous avons questionné les patients sur des points permettant d'améliorer leur confort et leur prise en charge, en réduisant ce facteur personnel, relatif et difficilement contrôlable.

Vous êtes passés au bloc opératoire. Pouvez-vous me raconter votre parcours de l'entrée au bloc à votre sortie du bloc et la manière dont vous l'avez vécu?

Les conditions d'accueil au bloc opératoire (confort, confidentialité, intimité, dignité) ont été satisfaisantes
--

II.2.5. Prise en charge post-opératoire immédiate

L'évaluation de la prise en charge post-opératoire immédiate notamment de la douleur et de l'efficacité thérapeutique est indispensable car, pour un patient et une chirurgie donnés, il est impossible de prédire avec certitude le niveau de la douleur post-opératoire ressentie.

Avez-vous eu mal pendant cette intervention ?

Dans tous les cas a-t-on recherché si vous aviez mal, éventuellement plusieurs fois?
--

A-t-on évalué votre douleur au moyen d'une réglette ou d'une échelle?

Si vous avez eu un traitement pour soulager votre douleur, a-t-il été efficace?

Si non, l'avez-vous dit au médecin et a-t-on modifié votre traitement ?

II.2.6. Environnement de soins

Un environnement de soins propre, calme, respectant les mesures d'hygiène attendues sont les premières remarques que l'on fait dans un centre de soins dentaires.

En questionnant les patients sur leur environnement de soins, cela nous permet d'évaluer si les mesures d'hygiène recommandées et essentielles sont effectivement respectées, selon le patient.

Un lieu d'attente paisible et calme est souvent synonyme d'organisation efficace et d'une bonne gestion.

En se posant la question sur l'attente du service, on évalue un critère d'anxiété du patient en pré-opératoire.

Que pensez-vous des salles de soins, du ménage, de l'état de propreté?
Le service est-il calme?
Votre entourage : Où a-t-il attendu ? Est-ce que cela a répondu à votre attente ?

II.2.7. Consignes de sortie

Le document de sortie délivré au patient est destiné à favoriser la continuité des soins et le bon retour du patient à un mode de vie normal.

Les consignes de retour au domicile vous ont-elles été expliquées et/ou réexpliquées ? A votre entourage ?
Prise en charge de la douleur à domicile, gestion des nausées et vomissements éventuels
Signes ou symptômes qui doivent alerter, recours en cas d'évènements imprévus
Modalité de reprise de l'alimentation, l'activité physique Précautions éventuelles sur le site opératoire (glace)
Date de la consultation post-opératoire :
Vous a-t-on remis des documents nécessaires au suivi de votre prise en charge ? Par exemple - Les ordonnances de sortie confirmées (antalgiques, bains de bouche...) - Dispenses scolaires : - Arrêt de travail : - Bon de transport : - Les prescriptions postopératoires : ordonnances (médicaments, dispositifs, soins, ...) remises en préopératoire et/ou à la sortie : traitement de la douleur à domicile, traitement des nausées et vomissements éventuels, traitement anticoagulant si adapté, conseils post-opératoires, etc.
Vous êtes-vous sentis en sécurité pour sortir? Avez-vous des questions et ou des inquiétudes à ce sujet?

II.2.8. Respect de la dignité et de la confidentialité

La dignité est impliquée dans toute relation humaine, verbale ou non, mais dans le soin, le respect de l'autre en tant que personne, doit être une priorité. Le respect de la dignité et de la confidentialité dans les prises en charge des patients accueillis constitue donc un engagement de qualité des soins.

Comment se passe le contact avec les professionnels?
Intimité : Avez-vous eu le sentiment d'être respecté dans votre intimité ?
Dignité : Plus généralement, que pouvez-vous dire concernant le respect de votre dignité (écoute, respect, bienveillance, empathie, etc.)
Confidentialité : Comment a été prise en compte la confidentialité des informations qui vous concernent? Y a-t-il eu des moments où la confidentialité des informations vous concernant n'a pas été respectée?

II.2.9. Processus collaboratif de l'équipe soignante

Le mode de fonctionnement du pôle Odontologie de la Timone est similaire à celui d'une entreprise, une entreprise « médicale ». Cette entreprise est basée sur un principe simple mais fondamental : la communication et la collaboration de l'équipe soignante. Ce processus collaboratif permet en effet de mettre en place l'organisation générale de l'équipe, sa dynamique ainsi que l'ambiance générale de travail.

Organisation générale de l'équipe (qui m'a accueilli et parlé du service ou je suis hospitalisé ? Qui je connais et qui me connaît dans cette équipe ? Qui m'a expliqué quoi concernant mes soins ?
On m'a expliqué ce que l'on va me faire en me demandant mon avis ?
Dynamique de l'équipe, esprit de cohésion, l'ambiance du service (cordiale, ouverte, tendue, je n'ai pas vu de dispute ou de tensions dans l'équipe, je les ai vu s'entraider ... ?)
On m'a écouté quand j'ai formulé des réserves ou des interrogations sur mes soins? Qui m'a encouragé, qui m'a écouté, qui m'a expliqué ? Le discours des soignants
Confiance en l'équipe (médicale et paramédicale)

II.2.10. Proposition d'amélioration

Dans une volonté d'amélioration permanente du service de soins, un certain nombre de questions sont posées aux patients en mettant en avant principalement ses volontés.

Les idées d'amélioration des patients peuvent permettre d'améliorer des points jamais évoqués ou des problèmes inconnus et jamais « relevés » jusqu'alors et ainsi, de perfectionner la qualité de sa prise en charge globale et médicale.

Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer le confort, votre bien-être et plus généralement votre prise en charge dans l'établissement ou les services?
--

Quels sont les points forts de l'établissement? Quels sont les points faibles?
--

Avez-vous reçu ou avez-vous vu dans le service une boîte pour les questionnaires de satisfaction?

II.3. Modalité d'analyse des données

II.3.1. Analyse des informations recueillies auprès des patients

Les informations ont donc été recueillies auprès des patients par le Dr Sophie Tardieu.

L'objectif de cet entretien était de reconstituer le parcours du patient et d'en avoir son « retour d'expérience ».

Trois patients pris en charge par les différents types de praticiens ont été sélectionnés, afin de participer à l'étude, le jour de leur consultation post-opératoire.

Ce choix a été confirmé après information et sous réserve du consentement du patient.

Le Dr S. Tardieu a rappelé à chacun des patients interviewés les objectifs de la méthode et l'utilisation qui serait faite des informations recueillies.

Chaque entretien a été adapté à la compréhension du patient et à son état de santé général. Les questions posées, précédemment présentées, concernaient donc la perception du patient en termes de confidentialité, d'information, de bienveillance, de prise en charge de la douleur, etc. Il s'agit d'une dimension importante de la méthode du PT qui intègre le regard du patient sur le vécu de sa prise en charge [14].

Le patient suivi par l'ÉTUDIANT a été revu en consultation post-opératoire neuf jours après l'intervention.

Le patient suivi par l'INTERNE a été revu en consultation post-opératoire quinze jours après l'intervention.

Le patient suivi par le SÉNIOR a été revu en consultation post-opératoire neuf jours après l'intervention.

Une fois l'interview des différents patients réalisée, le Dr S. Tardieu a réalisé la synthèse des informations recueillies auprès des patients pour la présenter à l'équipe médicale et paramédicale.

II.3.2. Analyse des informations recueillies auprès de l'équipe médicale et paramédicale.

Il s'agissait donc d'analyser, en équipe, la prise en charge globale du patient, de son entrée dans le service jusqu'au moment de l'évaluation.

Après avoir présenté la synthèse des différents entretiens avec les patients pris en charge par les trois profils de praticiens, le Dr S. Tardieu a conduit l'analyse et la discussion de l'entretien pluri-professionnel.

Tous les professionnels du secteur d'activité ayant participé à la prise en charge du patient (unité fonctionnelle de chirurgie orale du Pavillon Odontologie), préalablement informés de la méthode, ont été invités à cette réunion pluridisciplinaire. Cette analyse a également requis la présence des enseignants en Santé Publique Orale, qui travaillent en collaboration avec le Dr S. Tardieu sur la mise en place du patient traceur et du chef de pôle du Pavillon d'Odontologie de Marseille. Y ont donc participé :

- Pr C. Tardieu : PU-PH odontologie, Chef de Pôle
- Pr B. Foti : PU-PH odontologie / Santé Publique
- Dr D. Belloni : MCU-PH odontologie / Chirurgie Orale
- Dr J.H. Catherine : MCU-PH odontologie / Chirurgie Orale
- Dr P. Laurent : MCU-PH odontologie / Chirurgie Orale
- Dr P. Roche-Poggi : MCU-PH odontologie / Chirurgie Orale
- Dr D. Tardivo : MCU-PH odontologie / Santé Publique
- Dr S. Tardieu : PH médecine /Santé Publique, animatrice
- Dr J. Garçonnet : AHU odontologie / Chirurgie Orale
- Y. Djedou : étudiant en 6^{ème} année d'odontologie

Afin de remémorer à tous les praticiens le contexte de l'étude, le Dr S. Tardieu a rappelé, en préambule, les objectifs de la méthode, le temps dédié ainsi que le cadre de référence qui a donc été celui de l'analyse de la prise en charge. Elle a également invité tous les professionnels présents à s'exprimer.

Le dossier de chaque patient, outil de traçabilité des actions effectuées, a servi de support à cette analyse, en permettant de suivre et de comprendre le parcours du patient.

La rencontre pluri-professionnelle débute par un résumé des différents dossiers patients : motif de consultation, provenance du patient, date de la première consultation dans le service, autres services hospitaliers ayant pris en charge le patient, devenir prévu du patient. Elle rappelle qu'un entretien avec le patient a eu lieu, et que le point de vue du patient permettra d'alimenter la discussion au fur et à mesure de l'analyse. Afin de structurer l'échange avec les professionnels ayant participé à la prise en charge, l'animateur reprend point par point la grille utilisée lors de l'interview avec le patient. L'utilisation de cette grille permet de comparer les pratiques réelles aux pratiques recommandées.

Le travail d'analyse est centré sur le parcours de ces patients et structuré par les étapes principales de la prise en charge :

- l'admission et l'accueil du patient dans le service et la prise en charge initiale
- le suivi du patient
- la sortie du patient

Le Dr S. Tardieu fait part des constats issus de l'échange qui a eu lieu avec les patients au fur et à mesure de l'analyse de la prise en charge.

Ce diagnostic met en exergue des points positifs de la prise en charge mais également des points qui peuvent être améliorés. Ces constats sont validés au fur et à mesure par l'équipe soignante et tracés, de façon à pouvoir aisément et pertinemment élaborer ensuite un plan d'actions. D'autres actions d'amélioration sur ces prises en charge, identifiées spontanément par l'équipe, même si elles ne concernent pas directement les patients inclus dans le protocole, pourront être retenues.

Après discussion avec toute l'équipe présente à la réunion, et échanges de leurs avis, propositions et remarques, une synthèse a été établie par le Dr TARDIEU, pour chacun des patients. Ainsi en ont découlé les propositions des actions d'amélioration.

III. Résultats

III.1. Analyse des informations recueillies auprès des patients

III.1.1. Etape préopératoire

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Racontez moi votre CS avec le chirurgien ? Avez-vous été informé du rapport bénéfice/risque chirurgical/anesthésique de l'intervention en ambulatoire et de ses modalités ?	OUI	OUI	OUI
A-t-on recueilli votre consentement éclairé ? (oralement ? par écrit ?)	Reprend le questionnaire écrit oralement, étape par étape	Reprend le questionnaire écrit oralement, étape par étape	Reprend le questionnaire écrit oralement, étape par étape
Vous a t-on décrit votre circuit pour votre intervention ?	OUI	OUI	OUI
Vous a t-on informé par oral et par écrit et remit les documents suivants : - les consignes à suivre avant l'intervention (alimentation "normale" [petit déjeuner/déjeuner], gestion de son traitement personnel [antiagrégants/anticoagulants...]),	OUI	OUI	OUI
- Les exigences liées à l'anesthésie/acte chirurgical, arrêt du tabac, etc. ;	OUI	OUI	OUI
- les suites normales de la chirurgie (gonflement des joues, gêne à la mastication, saignements, douleurs) et d'éventuels effets indésirables de l'anesthésie (absence de sensibilité pendant les 2-3 heures suivant l'intervention)	OUI	OUI	OUI
- les symptômes ou signes qui doivent donner l'alerte :	OUI	OUI	OUI

- les modalités de recours en cas d'évènements imprévus (coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins, numéro de téléphone à appeler en cas de problème)	OUI, Coordonnées personnelles de l'étudiant	OUI, Coordonnée de l'interne	OUI, Coordonnée de l'étudiant de 5 ^{ème} année (qui est le soignant du patient à la clinique, le sénior est la juste en support pour des cas complexes)
- la durée de l'arrêt de travail (non obligatoire) :	Pas d'arrêt de travail	Pas d'arrêt de travail	Pas d'arrêt de travail
- les modalités de reprise après la sortie de l'alimentation,	OUI	OUI	OUI

III.1.2. Admission et accueil dans le service de soin

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Racontez-moi votre arrivée à l'hôpital. - Comment s'est passé l'attente? Avez-vous eu les réponses à toutes vos questions?	Difficulté à localiser le centre odontologique dans l'hôpital. Accueil chaleureux par les chargées d'accueils avec des explications et renseignements précis.	Difficulté à localiser le centre odontologique dans l'hôpital. Bon accueil du point de vue administratif avec un délai d'attente correct pour l'enregistrement du dossier.	Difficulté à localiser le centre odontologique dans l'hôpital. L'attente est longue et le patient ne comprend pas pourquoi plusieurs dentistes sont à l'accueil, sans activité alors que de nombreuses urgences attendent. Il décrit une prise en charge administrative très bonne, avec un accueil chaleureux et rassurant des chargées d'accueils.

III.1.3. Accueil et prise en charge pré opératoire par l'équipe soignante

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Le personnel s'est-il présenté? D'une manière générale, savez-vous de qui il s'agit lorsqu'un professionnel vient vous voir (étudiant/interne /enseignant ? Quelles étaient vos questions à votre arrivée?	Présentation de l'étudiant et de son binôme (6 ^{ème} et 4 ^{ème} année), le patient note une ponctualité de celui-ci. Compréhension de l'organisation. <u>Questions :</u> - Comment cela va t-il se dérouler ? - Douleurs ? - Puis-je travailler normalement après ?	Amie de l'étudiante qui redirige le patient vers un Interne. Compréhension de l'organisation. <u>Questions :</u> - Comment cela va t-il se dérouler ? - Douleurs ? - Puis-je travailler normalement après ? - Nombre de dents à extraire ?	Présentation de l'étudiant de 5 ^{ème} année et du Sénior, compréhension par le patient de l'interaction étudiant/sénior. <u>Questions :</u> - Comment cela va t-il se dérouler ? - Douleurs ? - Puis-je travailler normalement après ? - Temps de l'intervention?
Avez-vous eu des réponses à toutes vos questions ?	OUI	NON, aucune réponse sur le nombre de dents à extraire.	OUI
Vous a-t-on remis le "dossier de chirurgie ambulatoire" (conseils post-op et ordonnance) Si oui, à quel moment?	OUI, lors de la consultation préopératoire.	OUI, lors de la consultation préopératoire.	OUI, lors de la consultation préopératoire.
Conditions d'accueil dans le service avant l'intervention (accueil, information, identification, confort, délai d'attente, intimité, dignité, confidentialité) ont été satisfaisantes (pour le patient)	Très bonne	1 ^{ère} consultation préopératoire annulée par le centre odontologique par téléphone et reprogrammée à 15 jours en dépit de la douleur. Long délai d'attente avant l'intervention, environ 1h, sans explication et sans contact, ce qui a augmenté l'anxiété du patient. Conditions d'accueil très bonne.	Très bonne
Avez-vous été satisfait par la qualité des informations qui vous ont été transmises ? (déroulement de la journée, réponses aux questions posées par le patient, ...)	OUI	OUI, à l'exception du nombre de dents à extraire, ce qui a provoqué de l'anxiété.	OUI

III.1.4. Déroulement de l'acte chirurgical

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Vous êtes passés au bloc opératoire. Pouvez-vous me raconter votre parcours de l'entrée au bloc à votre sortie du bloc et la manière dont vous l'avez vécu ?	Pas d'intervention au bloc opératoire. Pris en charge sur un fauteuil d'omnipratique. L'intervention s'est bien déroulée, avec de bonnes explications, et rapidement.	Intervention qui se déroule dans le bloc opératoire. L'Interne informe le patient à chaque étape de l'intervention, également sur les difficultés rencontrées lors de l'avulsion. Le patient ressent alors une bienveillance de l'interne à son égard. Pendant l'intervention, malaise vagal du patient. Il y a l'intervention d'un professionnel inconnu du patient, qui ne se présente pas et qui oriente les gestes de l'interne. Le patient en conclut que c'est peut-être un Sénior ?	Intervention qui se déroule dans le bloc opératoire. Le vécu du patient durant l'intervention est positif. Le sénior informe le patient sur la présence de l'étudiant durant l'intervention. L'intervention s'est bien déroulée, avec de bonnes explications, rapidement.
Les conditions d'accueil au bloc opératoire (confort, confidentialité, intimité, dignité) ont été satisfaisantes	OUI	OUI	OUI

III.1.5. Prise en charge post-opératoire immédiate

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Avez-vous eu mal pendant cette intervention ?	NON	NON	NON
Dans tous les cas a-t-on recherché si vous aviez mal, éventuellement plusieurs fois?	OUI	OUI	OUI
A-t-on évalué votre douleur au moyen d'une réglette ou d'une échelle?	NON	NON	NON
Si vous avez eu un traitement pour soulager votre douleur, a-t-il été efficace?	OUI	NON	OUI
Si non, l'avez-vous dit au médecin et a-t-on modifié votre traitement ?	-	NON	-

III.1.6. Environnement de soins

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Que pensez-vous des salles de soins, du ménage, de l'état de propreté?	Locaux propres	Locaux très propres	Locaux propres
Le service est-il calme?	Oui malgré une activité notée comme importante	OUI	OUI
Votre entourage : Où a-t-il attendu ? Est-ce que cela a répondu à votre attente ?	Pas d'entourage qui a attendu	En salle d'attente OUI	En salle d'attente OUI

III.1.7. Consignes de sortie

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Les consignes de retour au domicile vous ont-elles été expliquées et/ou réexpliquées ? A votre entourage ?	OUI	OUI	OUI
Prise en charge de la douleur à domicile, gestion des nausées et vomissements éventuels	Pas de douleur particulière à domicile, ni vomissement.	Douleur importante lors du retour au domicile, prescription insuffisante.	Pas de douleur particulière à domicile, ni vomissement.
Signes ou symptômes qui doivent alerter, recours en cas d'évènements imprévus	-	-	-
Modalité de reprise de l'alimentation, l'activité physique Précautions éventuelles sur le site opératoire (glace)	Oui explication lors de la consultation préopératoire, revue après l'intervention. Poche de glace remise	Oui explication lors de la consultation préopératoire, revue après l'intervention. Poche de glace remise	Oui explication lors de la consultation préopératoire, revue après l'intervention. Poche de glace remise
Date de la consultation post-opératoire :	J+7	J+14	J+10
Vous a-t-on remis des documents nécessaires au suivi de votre prise en charge ? Par exemple - Les ordonnances de sortie confirmées (antalgiques, bains de bouche...) - Dispenses scolaires : - Arrêt de travail : - Bon de transport : - Les prescriptions postopératoires : ordonnances (médicaments, dispositifs, soins, ...) remises en préopératoire et/ou à la sortie : traitement de la douleur à domicile, traitement des nausées et vomissements éventuels, traitement anticoagulant si adapté, conseils post-opératoires, etc.	Remise des ordonnances préopératoire ET vérification à la sortie. Pas de dispense scolaire, ni d'arrêt de travail et de bon de transport.	Remise des ordonnances en préopératoire ET vérification à la sortie. Pas de dispense scolaire, ni d'arrêt de travail et de bon de transport.	Remise des ordonnances préopératoire ET vérification à la sortie. Pas de dispense scolaire, ni d'arrêt de travail et de bon de transport.
Vous êtes-vous sentis en sécurité pour sortir? Avez-vous des questions et ou des inquiétudes à ce sujet?	-	-	-

III.1.8. Respect de la dignité et de la confidentialité

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Comment se passe le contact avec les professionnels?	Très bien	Très bien	Très bien
Intimité: Avez-vous eu le sentiment d'être respecté dans votre intimité ?	Oui	Oui	Oui
Dignité : Plus généralement, que pouvez-vous dire concernant le respect de votre dignité (écoute, respect, bienveillance, empathie, etc)	Respect de la dignité à tous les niveaux et à tout moment	Respect de la dignité à tous les niveaux et à tout moment	Respect de la dignité à tous les niveaux et à tout moment
Confidentialité : Comment a été prise en compte la confidentialité des informations qui vous concernent? Y a-t-il eu des moments où la confidentialité des informations vous concernant n'a pas été respectée?	La confidentialité a été respectée, les questions ont été posées dans une salle unique, fermée, ou le patient été seul avec le binôme d'étudiants.	La confidentialité a été respectée, les questions ont été posées dans une salle unique, fermée, ou le patient été seul avec le binôme INTERNE/ETUDIANT.	La confidentialité a été respectée, les questions ont été posées dans une salle unique, fermée, ou le patient été seul avec le SENIOR.

III.1.9. Processus collaboratif de l'équipe soignante

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
<p>Organisation générale de l'équipe (qui m'a accueilli et parlé du service ou je suis hospitalisé ? Qui je connais et qui me connaît dans cette équipe ? Qui m'a expliqué quoi concernant mes soins ?</p>	<p>Patient accueilli par le personnel administratif, informé de l'existence du service par un ami. Non connaissance du de l'équipe administratif et soignante. Ce sont le binôme d'étudiants qui ont expliqué le diagnostic et le traitement au patient. Ce diagnostic a été validé par un Sénior.</p>	<p>Patient accueilli par le personnel administratif, informé de l'existence du service par une amie étudiante en cinquième année. Non connaissance de l'équipe administrative mais son amie fait parti de l'équipe soignante au sein du Pavillon. Explication du traitement par l'interne.</p>	<p>Patient accueilli par le personnel administratif, informé de l'existence du service grâce à l'annuaire. Non connaissance du de l'équipe administratif et soignante. C'est le SENIOR qui a expliqué le diagnostic et le traitement au patient. Ce diagnostic a été validé par un Sénior.</p>
<p>On m'a expliqué ce que l'on va me faire en me demandant mon avis ?</p>	OUI	OUI	OUI
<p>Dynamique de l'équipe, esprit de cohésion, l'ambiance du service (cordiale, ouverte, tendue, je n'ai pas vu de dispute ou de tensions dans l'équipe, je les ai vu s'entraider ... ?)</p>	<p>Bonne dynamique d'équipe et une bonne ambiance dans le service malgré une activité importante.</p>	<p>Bonne dynamique d'équipe et une bonne ambiance dans le service malgré une activité importante.</p>	<p>Bonne dynamique d'équipe et une bonne ambiance dans le service malgré une activité importante.</p>
<p>On m'a écouté quand j'ai formulé des réserves ou des interrogations sur mes soins? Qui m'a encouragé, qui m'a écouté, qui m'a expliqué ? Le discours des soignants</p>	<p>Patient écouté avec un discours très rassurant et des paroles bienveillantes du binôme d'étudiants.</p>	<p>Patient écouté, en revanche une question persiste sans réponse : le nombre de dents à extraire lors de l'intervention. Explication et écoute de l'interne et de son amie.</p>	<p>Patient écouté avec un discours très rassurant et des paroles bienveillantes du sénior.</p>
<p>Confiance en l'équipe (médicale et paramédicale)</p>	100%	85%	90%

III.1.10. Proposition d'amélioration

	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	Patient pris en charge par un INTERNE	Patient pris en charge par un SÉNIOR
Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer le confort, votre bien-être et plus généralement votre prise en charge dans l'établissement ou les services?	<ul style="list-style-type: none"> - Information sur l'existence des urgences odontologiques et du centre de soin odontologique. - Accueil téléphonique. - Suivi en post-opératoire à savoir l'appel téléphonique à J+1 de l'avulsion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication, explication. - Localisation du centre au sein de l'hôpital. - Prise en charge de la douleur. - L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire lors de la consultation post-opératoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Information sur l'existence des urgences odontologiques et du centre de soin odontologique. - Accueil téléphonique. - Suivi en post-opératoire à savoir l'appel téléphonique à J+1 de l'avulsion.
Quels sont les points forts de l'établissement? Quels sont les points faibles?	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil administratif. - Prise en charge efficace des étudiants bien encadrés. - Locaux propres et calmes. - Gestion du dossier médical. - Localisation du centre. - Existence du centre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil administratif. - Prise en charge efficace de l'interne. - Locaux propres et calmes. - Gestion du dossier médical. - Localisation du centre. - Existence du centre. - Procédures d'hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil administratif. - Prise en charge efficace des étudiants bien encadrés. - Locaux propres et calmes. - Gestion du dossier médical. - Localisation du centre. - Existence du centre.
Avez-vous reçu ou avez-vous vu dans le service une boîte pour les questionnaires de satisfaction?	NON	NON	NON

III.2. Analyse des informations recueillies auprès de l'équipe médicale et paramédicale

		Actions d'améliorations évoquées	Réponses de l'équipe
Informations recueillies auprès de l'équipe médicale et paramédicale	Patient pris en charge par un ÉTUDIANT	<ul style="list-style-type: none"> • Réorganisation de l'accueil téléphonique du centre. • Informer et communiquer sur l'existence du service d'urgences odontologiques. • Mettre en place l'appel systématique à J+1 de l'avulsion. 	<p>➔ Réalisée au moment du patient traceur avec un recrutement administratif et une amélioration de la prise de rendez-vous.</p> <p>➔ Mise en place d'un message téléphonique sur le répondeur du service orientant vers les urgences odontologiques, ainsi que des informations sur le site de l'APHM.</p> <p>Décision de poursuivre la communication grand public sur l'existence des urgences odontologiques.</p> <p>➔ Organiser en interne cet appel (Qui ? Quand ?), la traçabilité de l'appel dans le dossier patient, les critères à évaluer lors de l'appel, le jour de l'appel (J+1 ou J+3).</p>
	Patient pris en charge par un INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la signalétique du centre d'odontologie au sein du site Timone et sur le site internet APHM consulté par les patients. • En salle d'attente, dans la mesure du possible, établir un contact avec le patient, notamment si l'attente est longue et s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à venir. • Transmettre dans la mesure du possible une information précise au patient concernant le type d'intervention et notamment le nombre de dents à extraire. 	<p>➔ Réalisée au moment du patient traceur.</p> <p>➔ Processus collaboratif établie en principe lors de la première consultation, mais essayer d'être le plus ponctuel possible afin de ne pas engendrer un stress supplémentaire au patient.</p> <p>➔ Transmettre le plan de traitement initial avec la possibilité de réévaluation permettant de limiter l'anxiété du patient.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Informer les patients pris en charge par des étudiants/internes, lors de la consultation pré-opératoire, de la présence systématique d'un sénior dans le centre, en cas de difficultés. • Optimiser la prescription antalgique post-opératoire dans le cas d'avulsion plus complexes (4 dents). • Systématiser les messages d'éducation à l'hygiène dentaire lors de la consultation post-opératoire. 	<p>→ A expliquer lors de la consultation pré-opératoire et à rajouter dans la notice d'information et dans le consentement.</p> <p>→ Vérification de la molécule utilisée, de l'association entre les médicaments, de la durée du traitement. Mettre en place systématique une prescription anticipée lors de la consultation pré-opératoire avec réévaluation lors de l'intervention en fonction du contexte.</p> <p>→ Remise des documents écrits.</p>
	<p>Patient pris en charge par un SÉNIOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et communiquer sur l'existence du service d'urgences odontologiques. • Améliorer la signalétique du centre d'odontologie au sein du site Timone et sur le site internet APHM consulté par les patients. • Mettre en place l'appel systématique à J+1 de l'avulsion. 	<p>→ Mise en place d'un message téléphonique sur le répondeur du service orientant vers les urgences odontologiques, ainsi que des informations sur le site de l'APHM. Décision de poursuivre la communication grand public sur l'existence des urgences odontologiques.</p> <p>→ Réalisée au moment du patient traceur.</p> <p>→ Organiser en interne cet appel (Qui ? Quand ?), la traçabilité de l'appel dans le dossier patient, les critères à évaluer lors de l'appel, le jour de l'appel (J+1 ou J+3).</p>

IV. Discussion

IV.1. Le protocole d'étude

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la méthode du patient traceur est une méthode d'évaluation consistant à apprécier les expériences de soins au cœur du parcours du patient lui-même. La précédente étude « quantitative » au sein du Pavillon Odontologie de la Timone a été réalisée en 2013 et 2014 sur la « conformité aux recommandations de la HAS de la prise en charge de la douleur post opératoire chez les patients adultes ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie orale en ambulatoire ». En réalisant cette nouvelle étude, nous faisons suite et souhaitons apporter un éclairage « qualitatif » à l'audit clinique réalisé auparavant.

Cette étude porte sur un patient adulte, vu en consultation préopératoire, pris en charge par un étudiant, un interne et un sénior en ambulatoire pour une avulsion dentaire simple (1 à 3 dents) et revu en consultation post-opératoire.

En prenant en compte l'expérience patient et en analysant chacune des prises en charges individuellement, cela permet au Pôle Odontologie de s'inscrire dans une démarche de qualité, d'amélioration et de pédagogie. Contrairement à la plupart des services hospitaliers, au sein du Pavillon d'Odontologie, les soins sont prodigués principalement par des étudiants en odontologie de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années. Hormis les séniors, les internes et étudiants sont en apprentissage, il est donc intéressant de se pencher sur leur façon de prendre en charge des patients afin d'apprécier la qualité de leurs enseignements et de leur future pratique. A la différence des questionnaires de satisfaction que nous remettons à la fin des soins au patient, ces différentes rencontres ont permis une analyse plus approfondie du parcours du patient.

La grille d'entretien patient, réalisée par l'équipe en charge du patient traceur (Dr D. Tardivo, Dr J.H. Catherine, Dr S. Tardieu et Yoni Djedou), a permis de travailler spécifiquement sur la problématique choisie. Le temps d'entretien des différents patients a oscillé entre 25 et 45 minutes. Le temps d'interview annoncé au moment du recueil du consentement du patient était : 30 minutes. Le respect de ce temps d'interview était important afin de garder la concentration du patient et son objectivité tout au long de l'entretien.

Grâce à ce même questionnaire posé aux trois types de patients et une fois la synthèse de chacun réalisée, la réunion des équipes médicales et paramédicales a eu lieu. Cette réunion a

permis de soulever tous les points abordés avec les patients, de cibler les points d'amélioration qui ont pu ressortir des différentes « synthèses » de l'entretien patient. Ainsi, nous avons pu espérer améliorer d'une part, la qualité de prise en charge d'un patient en chirurgie et d'autre part, renforcer les programmes et les méthodes d'apprentissage des futurs chirurgiens-dentistes.

Donc, à l'aide de ces trois patients, vus en consultation pré - opératoire pour une avulsion simple en ambulatoire réalisée par un étudiant, un interne ou un sénior, différentes actions d'amélioration à mettre en place au sein du service ont pu être définies.

IV.2. Résultats

L'évaluation des pratiques professionnelles par la méthode du patient traceur s'est poursuivie par l'organisation d'une réunion avec l'équipe médicale et paramédicale. La rencontre avec l'équipe a constitué l'une des difficultés majeures de la méthodologie car l'organisation de cette réunion a pu se révéler complexe. En effet, il a fallu réunir un certain nombre de professionnels de santé du service durant leur temps de travail, sans entraver le fonctionnement normal du service.

Selon la méthode proposée par la HAS, l'évaluation en équipe du parcours du patient doit durer entre 2 heures et 2 heures 30. La réunion avec les membres de l'unité de chirurgie orale et ceux de l'unité de santé publique qui pouvaient être présents a duré 1h30. Ce temps a permis d'analyser la prise en charge de chaque patient et de rédiger une synthèse immédiate basée sur la définition, collégiale, des actions d'amélioration prioritaires à mettre en œuvre. Tous les participants ont eu ainsi la possibilité de s'exprimer librement, ce qui constitue une des forces de cette méthode.

Au cours de cette réunion, les professionnels ont ensuite dégagé des points forts et des points sur lesquels le parcours du patient a connu des difficultés.

Puis, suite à cette synthèse des constats et à cette analyse, la dernière étape de cette réunion a été consacrée à élaborer, de façon collégiale, des propositions d'actions d'amélioration. Dans ce contexte, les actions d'amélioration proposées ne découlent donc pas d'obligations ou de procédures mises en place par une hiérarchie mais sont le fruit d'une réflexion collective. Réfléchir sur des actions simples, concrètes et proches de la réalité du service, donne ainsi tout son sens à la démarche de qualité.

IV.3. Propositions d'amélioration

Suite à cet entretien d'équipe et à la rédaction de la synthèse par l'animateur, les propositions d'améliorations ont été formalisées :

- Informer et communiquer sur l'existence du service d'urgences odontologiques.
- Mettre en place l'appel systématique à J+1 de l'avulsion.
- Améliorer la signalétique du centre d'odontologie au sein du site Timone et sur le site internet APHM consulté par les patients.
- Optimiser la prescription antalgique post-opératoire dans le cas d'avulsion plus complexes (4 dents).
- Informer les patients pris en charge par des étudiants et des internes, de la présence systématique d'un sénior dans le centre, en cas de difficulté lors de la prise en charge.
- Transmettre, dans la mesure du possible, une information précise au patient concernant le type d'intervention et notamment le nombre de dents à extraire.

Concernant les trois premiers points d'amélioration proposés, la réunion d'équipe nous a appris que le premier et troisième points étaient en cours d'amélioration au moment du patient traceur.

En revanche, l'appel systématique à J+1 de l'avulsion est resté un point sensible qu'il semble important de soulever. En effet, lors de l'audit clinique réalisé depuis 2013, l'absence de l'appel systématique à J+1 de l'avulsion avait déjà été relevée. Le Pavillon odontologie avait alors mis en place une « vacation d'appel », vacation destinée à appeler les patients opérés la veille. À chaque début de vacation, lors de l'émargement des étudiants, un sénior désignait un étudiant pour rappeler tous les patients opérés la veille en chirurgie orale et leur demander comment se déroulaient les suites post-opératoires et si la médication prescrite était efficace. Ce point soulevé a été donc intéressant et nous a permis de nous pencher sur cette action d'amélioration déjà évoquée. Une sensibilisation plus importante des étudiants, passant soit par un appel autonome le lendemain de leur intervention soit par une systématisation de la « vacation d'appel » au sein du service, sera donc peut-être nécessaire.

Bien qu'issues d'une réflexion collective, les actions d'amélioration proposées par l'équipe ou par l'animateur ont pu toutefois s'avérer, en tout ou partie, en décalage avec les possibilités du Pavillon. Ainsi, « Améliorer la signalétique du centre d'odontologie au sein du site Timone et sur le site internet APHM consulté par les patients » a été une action d'amélioration proposée, dont la validation et l'exécution ne dépendent pas directement du Pavillon mais de la direction de l'APHM. En effet, un budget global annuel est déterminé pour le fonctionnement de tous les pôles. Si l'amélioration de la signalétique n'a pas été prévue dans ce budget, malheureusement, rien ne pourra changer. L'information sera donc remontée au sein des bureaux de l'APHM mais le Pôle Odontologie ne pourra garantir un effet immédiat de celle-ci.

III.4. Apport de l'EPP

III.4.1. Aux patients

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche d'amélioration quotidienne de la qualité des soins et de la prise en charge du patient. Le choix du patient traceur pour cette étude constitue une originalité par rapport aux autres EPP déjà plus connues et expérimentées mais son choix nous paraissait pertinent par rapport à la thématique sur laquelle nous souhaitons travailler. En effet, le patient traceur prend en compte l'expérience du patient et son vécu sur sa prise en charge.

A l'aide des réponses apportées et analysées du patient, l'équipe a eu l'opportunité de prendre en compte les attentes du patient pour définir les améliorations à effectuer. En effet, le ressenti du patient délivre une certaine prise de conscience et donne une vision nouvelle aux professionnels de santé sur la prise en charge « réelle », vécue par le patient pour leur permettre de réfléchir objectivement aux possibilités d'amélioration de la qualité de leurs pratiques professionnelles.

III.4.2. A l'équipe soignante

En choisissant la méthode du patient traceur en tant qu'EPP, les professionnels de santé tirent une certaine autonomie quant à l'amélioration de la qualité de prise en charge de leurs patients. Ces échanges entre l'animateur et le patient puis entre l'animateur et l'équipe soignante intègrent une démarche participative qui tend vers la réflexion et la prise d'initiatives.

Cette démarche suppose en effet le fait de s'interroger, se questionner, réfléchir, ce qui entraîne une discussion, une reconnaissance d'autrui ainsi que la volonté d'accepter différents avis.

Pour un professionnel de santé, l'absence d'interrogation est une perte de sens qui ne permet pas la réflexion et la prise de recul.

La démarche du patient traceur est donc intéressante au sein d'un établissement de santé puisqu'elle crée un espace de dialogue qui tend à résoudre des difficultés relationnelles et des questionnements complexes.

III.4.3. A l'organisation du service de soins

Le patient traceur est propice aux échanges interprofessionnels, entre soignants, mais également entre professionnels soignants et non soignants. Ces échanges permettent donc d'accroître la cohérence des pratiques au sein d'un établissement, d'un service ou d'un pôle. En favorisant cette cohérence interprofessionnelle, on pourrait arriver à terme, à une meilleure cohésion globale des différentes équipes, ce qui entraînerait une qualité de travail supérieure pour le personnel soignant et non soignant. De plus, en impliquant chaque professionnel du Pôle dans la progression et de la modification de l'activité, il est possible de créer une forme d'envie et de motivation chez toutes ces personnes, soignantes ou non soignantes.

Aujourd'hui une cohésion globale apporte une meilleure organisation et donne l'opportunité de faire émerger des solutions premières quant aux problèmes d'organisation et de prise en charge.

Cette volonté de créer une « intelligence collective » [1] est bénéfique, qu'il s'agisse des équipes, du patient ou encore des responsables et du chef de pôle.

Dans cette « intelligence collective », toute forme d'autoritarisme est écartée et cette méthode interprofessionnelle fait donc naître un espace d'échange qui a pour objectif d'interroger et de comprendre les besoins du patient mais aussi de l'équipe.

Afin de parvenir à cette cohésion globale, le chef de pôle doit lui aussi concilier travail et échange pour permettre l'amélioration du dialogue entre les professionnels de santé et avec les patients, qui finalement entraînera une prise en charge satisfaisante pour tous.

En sortant du contexte médical « pur », on s'adapte donc à une nouvelle forme de management, l'holocratie. L'holocratie, qui provient d'une association de mots grecs « *holos* » et « *kratos* », est un système de gestion qui s'appuie sur des principes innovants et opérationnels pour permettre de faire émerger le potentiel collectif de l'organisation et la capacité d'innovation [16].

CONCLUSION

La méthode du patient traceur développée et expérimentée en France suite à l'expérience d'autres pays tels que les Etats Unis, a été appliquée au sein de différents pôles hospitaliers depuis quelques années. Aujourd'hui, cette méthode a été utilisée au sein du Pavillon d'Odontologie de la Timone afin d'évaluer la prise en charge par un étudiant, un interne et un sénior, d'un patient adulte vue en consultation pré opératoire pour une avulsion dentaire simple (1 à 3 dents).

Malgré le précédent audit clinique réalisé en 2013 sur le même sujet, l'intérêt d'expérimenter cette méthode, mettant le patient lui-même au cœur de l'évaluation, nous a semblé constituer une approche complémentaire nécessaire et intéressante. Plusieurs actions d'amélioration ont émergé de cette analyse. L'amélioration de l'information, de la communication et de la signalétique du Pavillon, mises en évidence lors de la réunion d'équipe, avaient déjà été soulignées et mentionnées au chef de pôle au moment de l'étude de patient traceur. L'appel du patient le lendemain de sa chirurgie avait quant à lui déjà été évoqué à la suite du précédent audit clinique réalisé.

Il a donc été enrichissant pour le service et l'équipe de compléter la première analyse « quantitative » par cette étude « qualitative », qui a permis de faire ressortir de nouvelles perspectives d'améliorations et d'en remettre en évidence une, anciennement évoquée.

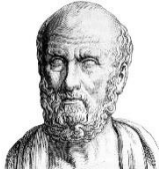
Grâce à la mise en perspective et en parallèle des résultats de ces deux types d'évaluation, la mise en place de mesures permettant une organisation la plus pertinente, durable et efficiente possible, pourra être envisagée, et permettra de « systématiser » la meilleure prise en charge possible de nos patients.

A la suite de ces changements organisationnels, il sera intéressant d'effectuer une nouvelle étude sur le même sujet, en prenant les mêmes critères d'inclusion afin d'apprécier si la mise en place des actions d'amélioration proposées dans le cadre de ce travail a effectivement permis d'améliorer concrètement la qualité de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale, au sein du Pavillon odontologie de la Timone.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. HAS, Saint-Denis, 2014, 58p.
- 2- LAUDE A, MATHIEU B, TABUTEAU D. Droit de la Santé. 2^{ème} édition mise à jour. Paris : Presses Universitaires de France, 2007, p50-51. (Collection Thémis Droit).
- 3- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris, Anaes, 2003.
- 4- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins. Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS, 2009 Juin.
- 5- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Audit Clinique Ciblé. Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. Paris, HAS 2004.
- 6- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Méthodes et outils des démarches qualités pour établissements de santé. Guide méthodologique. Paris, Anaes, 2000.
- 7- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. 2014 Mai.
- 8- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Applied tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources, 2007.
- 9- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources, 2008.
- 10- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. More mock tracers. Oakbrook Terrace : Joint Commission Ressources, 2011.
- 11- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Version expérimentale. HAS, Saint-Denis, 2013, 56p.
- 12- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Expérience patient dans l'Infarctus du myocarde. Programme Pilote « Infarctus du myocarde » des 1ers signes à 1 an de suivi ambulatoire. Saint-Denis, HAS, 2012

- 13- BERTIN A. Gestion de la Douleur Postopératoire en Chirurgie Orale, Audit Clinique au sein du Pavillon Odontologie de Marseille. Thèse de Chirurgie Dentaire. Université Aix-Marseille.2013, 46p.
- 14- GARCIA M. Gestion de la Douleur Postopératoire en Chirurgie Orale, Suit de l'Audit Clinique au sein du Pavillon Odontologie de Marseille. Thèse de Chirurgie Dentaire. Université Aix-Marseille.2014, 38p.
- 15- COMPAQ-HPST. Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales. Paris : COMPAQ-HPST, 2011.
- 16- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Une démarche d'amélioration de qualité. Registres, observatoires, base de données et évaluation des pratiques professionnelles. HAS, Saint-Denis, 2018, 4p.
- 17- BILLA Y. Holocratie : une nouvelle forme de management ? Disponible sur internet : <http://www.esresponsable.org/article371.html> (consulté le 16/04/18).
- 18- MURPHY-KNOLL L. Nurses and the Joint Commission tracer methodology. J Nurs Car Qual 2006, 5-7.
- 19- TREBBLE TM, HANSI N, HYDES T, SMITH MA, BRAKER M. Process mapping the patient journey : an introduction. BMJ 2010, 341p.
- 20- TARDIEU S. Le Patient Traceur. Méthode d'amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins. Formation au méthodes d'EPP, Marseille, APHM, 2015.
- 21- TRACERS : They're not just for accreditation surveys. ED Manag 2005, 88-9.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DJEDOU Yoni – Évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale par la méthode du patient traceur

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2018

Rubrique de classement : Santé Publique

Résumé :

La prise en charge d'un patient en chirurgie orale au sein du Pavillon d'Odontologie est différente selon les intervenants. L'intérêt de ce travail est de réaliser une approche « qualitative » de l'évaluation de la compréhension de l'information reçue par le patient en chirurgie orale, mettant au centre de l'étude le vécu du patient, pour identifier les points positifs ainsi que les points qui restent à améliorer en vue d'assurer une prise en charge systématique sécurisée de qualité.

Pour cette étude, le profil choisi était : patients adultes, vus en consultation pré-opératoire, pris en charge en ambulatoire par un étudiant, un interne et un sénior pour une avulsion dentaire simple (1 à 3 dents) et revus en consultation post-opératoire. Après avoir sélectionné et écouté les patients inclus dans l'étude lors d'une interview, une réunion entre les différentes équipes impliquées a permis de mettre en évidence des actions d'amélioration à mettre en place afin de répondre aux objectifs de notre étude.

Mots clés :

Évaluation des pratiques professionnelles

Patient traceur

Avulsion simple

Expérience patient

Actions d'amélioration

DJEDOU Yoni - Evaluation of the understanding of the information received by the patient in oral surgery by the tracer patient method

Abstract:

The management of a patient in oral surgery at the Pavillon Odontologie is different according to the speakers. The interest of this work is to realize a "qualitative" approach to the evaluation of the comprehension of the information received by the patient in oral surgery, putting the patient's experience at the center of the study, to identify the positive points, as well as the points that still need to be improved in order to ensure quality and secure systematic care.

For this study, the profile chosen was: adult patients, seen in preoperative consultation, taken in outpatient by a student, an intern and a senior for a simple dental avulsion (1-3 teeth) and reviewed in postoperative consultation. After having selected and listened to the patients included in the study during an interview, a meeting between the various teams involved made it possible to highlight the improvement actions to be implemented to meet the objectives of our study.

MeSH:

Assessment of professional practices

Tracer patient

Simple avulsion

Patient experience

Improvement actions

Adresse de l'auteur :

5 Bd Bocage

13013 MARSEILLE