



**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN
HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE MEDECINE
INTERNE ET D'ONCO-HEMATOLOGIE
« Section onco-hématologie »**

**Mémoire présenté par
Docteur BENNANI BADR
Né 19/09/1990**

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME NATIONAL DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : Médecine Interne

Sous la direction de Professeur BERRADY RHIZLANE

Session 2022

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
OBJECTIFS	9
But de l'étude	10
Objectif général.....	10
Objectifs spécifiques	10
PATIENTS ET METHODES	11
A. Lieu de l'étude.....	12
B. Type et durée de l'étude	12
C. Population de l'étude	12
a. Critères d'inclusion.....	12
b. Critères d'exclusion.....	12
D. Méthodes	13
E. Etude analytique	13
RESULTATS	14
A. Etude descriptive	15
1. Données épidémiologiques	15
a. Age	15
b. Sexe et statut marital.....	16
c. Niveau d'éducation	17
d. Répartition géographique	17
e. Couverture sociale	19
2. Données cliniques et thérapeutique	20
a. Diagnostic	20
b. Gestes et traitements pris en charge	21

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC–HEMATOLOGIE

« Section onco–hématologie »

3. Temps d'attente	25
a. Heure d'arrivée	25
b. Consultation médicale	26
c. Enregistrement / facturation	26
d. Accueil infirmier	26
e. Préparation traitement	26
4. Enquête satisfaction.....	28
a. Satisfaction temps d'attente médecin	28
b. Satisfaction temps d'attente enregistrement/ facturation	29
c. Satisfaction temps d'attente pharmacie	29
d. Satisfaction programmation des cures.....	30
e. Satisfaction générale.....	30
f. Synthèse.....	31
B. Etude analytique.....	32
DISCUSSION	35
A. Facteurs non modifiables :.....	38
a. Facteurs démographiques	38
b. Données liées à la maladie	39
B. Facteurs modifiables :.....	39
a. Gestion du flux.....	39
b. Planification des cures	41
c. Temps de consultation médecin.....	43
d. Temps de préparation des traitements	44
Synthèse des données et recommandations :	45
a. Temps d'attente de la consultation médecin.....	45
b. Temps « consultation médecin »	46
c. Temps « préparation traitement »	47

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE

« Section onco-hématologie »

Limites méthodologiques.....	48
CONCLUSION	49
RESUME	51
REFERENCES.....	56

ABREVIATIONS

HDJ	: Hôpital de jour
SMIOH	: Service de Médecine Interne et Onco-Hématologie
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNOPS	: caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
LLC	: Leucémie lymphoïde chronique
LMC	: Leucémie myéloïde chronique
LAL	: leucémie aigüe lymphoblastique
SMD	: syndrome myélodysplasique ITK : Inhibiteur de la Tyrosine Kinase
IMiDs	: Immunomodulatory imide drugs BOM : Biopsie ostéo-médullaire
BGSA	: Biopsie des glandes salivaires accessoires
IV	: intra-veineux
SC	: Sous-cutané
VO	: voie orale
G-C SF	: facteurs de croissance tels que le granulocyte colony-stimulating factor

INTRODUCTION

**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC–HEMATOLOGIE**
« Section onco–hématologie »

DÉFINITION : Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels » ¹

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins. Ce qu'il faut retenir : Le bon enchaînement au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins.²

Enjeux du parcours :

- Permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours lisibles, accessibles, complets et de qualité, pour une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins ³
- Répondre à une recherche d'équité et d'égalité d'accès à la santé
- Satisfaire la demande des patients et de leur entourage en adaptant les soins et les services aux besoins de la population
- Fluidifier les prises en charge par différents leviers
- Rationaliser et améliorer l'efficience de l'ensemble de l'offre et de soins⁴

**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE**
« Section onco-hématologie »

Description du parcours patient au service « HDJ onco-hématologie »

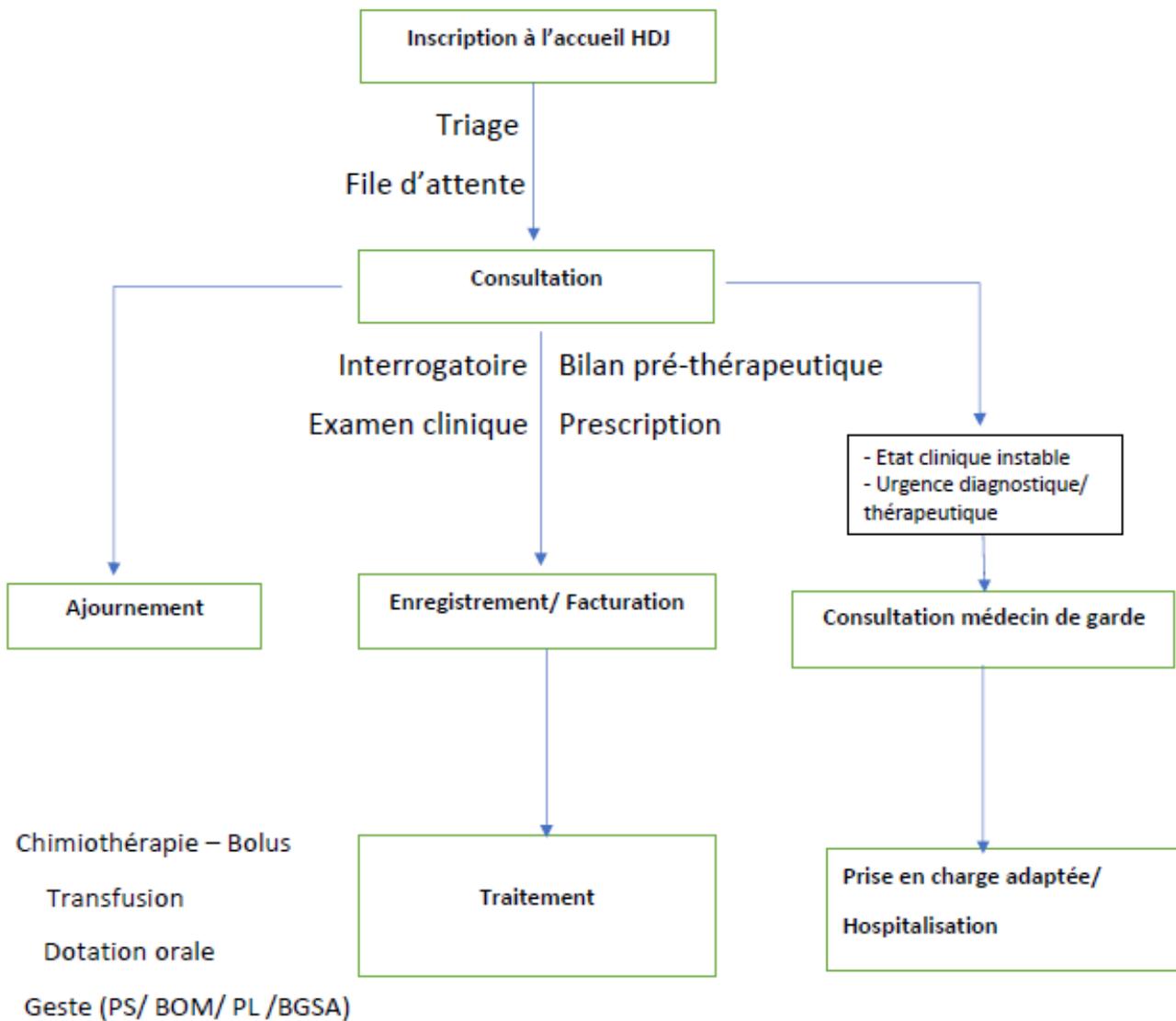


Figure 1: Circuit patient actuel des patients en HDJ

OBJECTIFS

**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC–HEMATOLOGIE**
« Section onco–hématologie »

But de l'étude

Améliorer le parcours patient en HDJ en diminuant le temps d'attente et limiter les déplacements entre différentes structures.

Objectif général

Le but de notre étude est d'identifier les difficultés rencontrées par les patients de l'HDJ et proposer des solutions à ces problèmes.

Objectifs spécifiques

- Préciser le temps d'attente moyen des patients à différents postes.
- Reconnaître les problèmes responsables de l'allongement des délais d'attente
- Déterminer le rapport : temps d'attente / satisfaction « qualité de soin ».
- Proposer des solutions plausibles pouvant améliorer le parcours-patient

PATIENTS ET METHODES

A. Lieu de l'étude

Notre étude a été menée au service de médecine interne et oncohématologie « section oncohématologie », au sein de CHUHassan II de Fès

B. Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, étalée sur 4 mois du 01er Novembre 2021 à 28 Février 2022.

C. Population de l'étude

Le nombre des cas = 50 patients recueillis aléatoirement.

Le recueil des données a été fait à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie incluant une évaluation de la satisfaction patient (annexe 1)

a. Critères d'inclusion

- Patients admis au service HDJ oncohématologie
- Age supérieur à 15 ans
- Admis pour une cure thérapeutique suite à la décision de la RCP, Transfusion chimio-adjuvante ou palliative ou geste à visée diagnostique ou thérapeutique

b. Critères d'exclusion

- Age inférieur à 15 ans
- Complément de prise en charge en hospitalier (SMIOH ou service des urgences)

D. Méthodes

Les données sont recueillies à partir des questionnaires, et saisies sur un fichier Excel, une fiche d'exploitation est établie pour chacune de nos patients (annexe 1). Ces données concernent les paramètres suivants :

- Processus patient retraçant l'heure de passage à différents postes.
- Les caractéristiques socio-démographiques : âge, le sexe, le statut marital, la provenance, le niveau d'éducation et la couverture sociale.
- Les données cliniques et thérapeutiques : diagnostic clinique, score OMS, actes pris en charge et ligne thérapeutique.
- L'évaluation de la satisfaction patients : temps d'attente à différents postes, programmation et déroulement général des cures.

E. Etude analytique

- L'analyse statistique est réalisée, en collaboration avec le Laboratoire d'Epidémiologie, Recherche Clinique et de Santé Communautaire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès. L'analyse est réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 21). Il s'agit d'une analyse descriptive et analytique univariée et multivariée à la recherche des paramètres pouvant être responsables de l'allongement du temps d'attente ainsi que les répercussions sur la qualité des soins et la satisfaction, avec une modélisation par régression logistique simple en admettant un $p \leq 5\%$. Lors de la comparaison des groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques : Test de Khi2, test de Student.

RESULTATS

A. Etude descriptive

1. Données épidémiologiques

Notre étude concerne 50 cas colligés à l'HDJ du service de médecine interne et onco-hématologie sur une période de 4 mois (Novembre 2021 à Février 2022).

a. Age

- L'âge moyen de nos patients est de 50.06 ans, avec un écart-type de 19.48 ans.
- Les âges extrêmes sont de 16 ans et 82 ans.
- La répartition de notre population d'étude selon l'âge se définit comme suit (figure 1) :

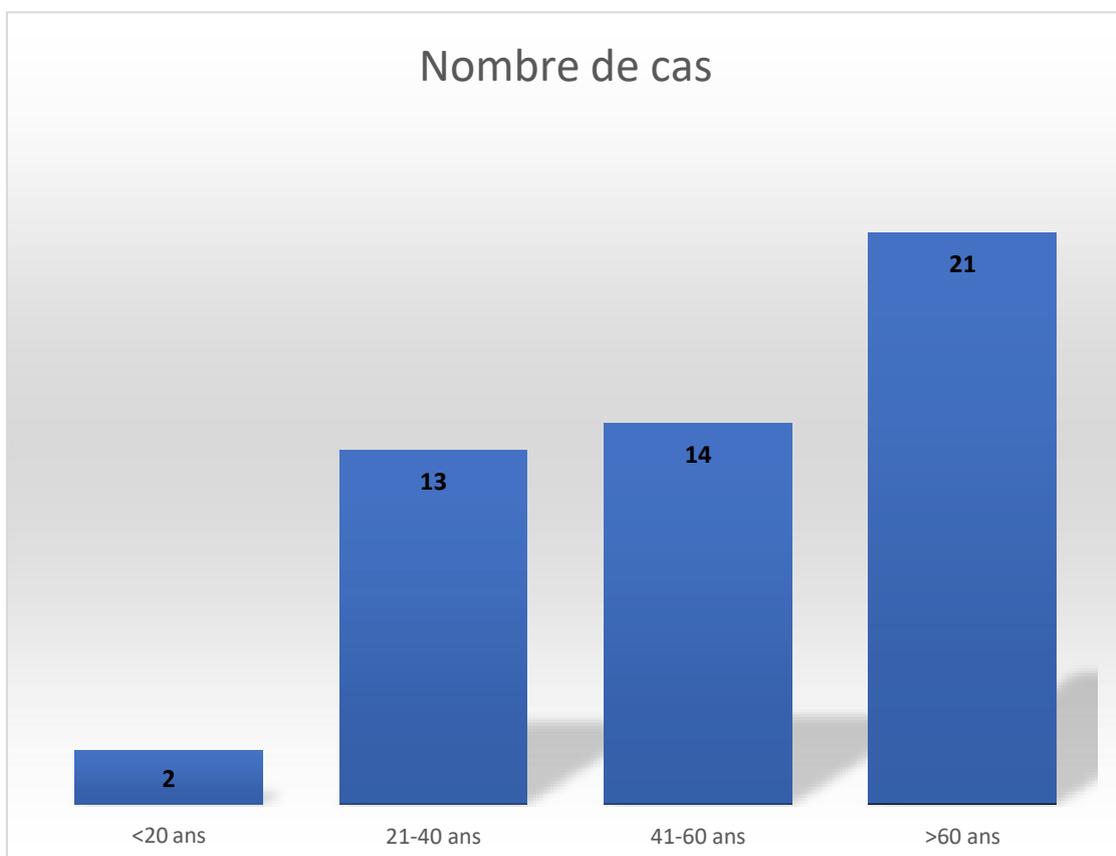


Figure 1: Répartition de la population d'étude en fonction de l'âge

b. Sexe et statut marital

- On note une prédominance masculine, avec 27 patients de sexe masculin soit 54%, et 23 patients de sexe féminin soit 46%. Le sexratio H/F est de 1.17 (figure 2).

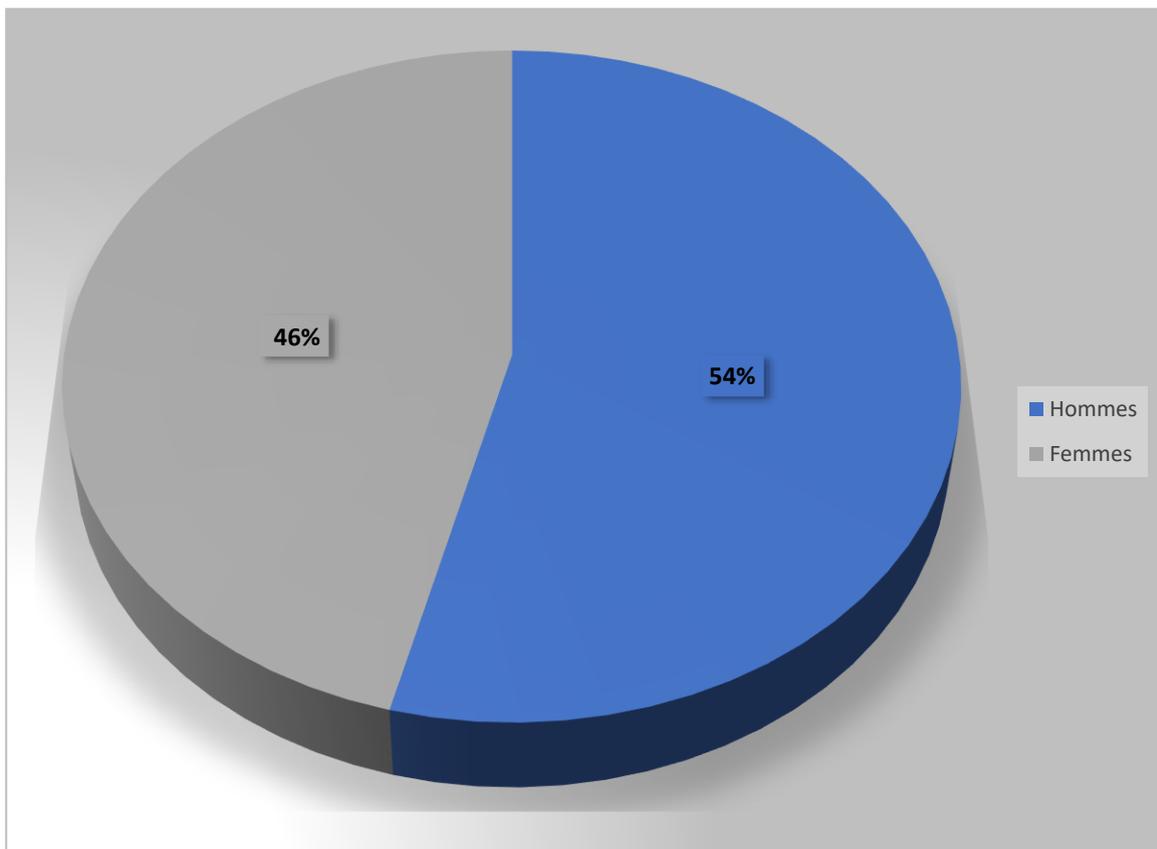


Figure 2: Répartition de la population d'étude en fonction du sexe

- La majorité de nos patients se présentent accompagnés lors de leurs consultations par leurs conjoints ou un membre de la famille, 58% entre eux sont mariés.

c. Niveau d'éducation

- Un niveau d'éducation élémentaire est nécessaire afin de réaliser les étapes d'enregistrement et de pouvoir s'orienter au sein de l'hôpital. Seul 64% de nos patients ont un niveau scolaire supérieur ou égal au primaire, 36% sont non scolarisés.

d. Répartition géographique

- Le service de médecine interne et d'onco-hématologie reçoit quotidiennement des patients provenant d'une zone démographique large comprenant de la région Fès - Meknès (Préfectures et Provinces de Fès, Meknès, Taza, Touanate, Boulemane, El Hajeb, Sefrou), la région de Béni Mellal - Khenifra (province de Khenifra) jusqu'à la région de Drâa-Tafilalet (Errachidia, Midelt, Tinghir) au sud du royaume.
- Le plus grand nombre de patients ayant consulté durant notre période d'étude vient de la ville de Fès avec un total de 16 patients ce qui représente 32% du nombre total de patients suivis, suivie de Meknès avec 8 patients pour un pourcentage de 16% du total des patients suivis, Taza avec 6 patients, Taounate avec 5 patients, Ain Taoujdate avec 3 patients, puis Khenifra, Sefrou, Immouzar Kandar, Midelt, Errachidia, Elhouceima, Guigou, Outat ElHaj, Guercif, Boulemane, Rabat et Tahla avec un patient provenant de chacune des villes. (Figure 3 - Tableau 1). Les patients de notre étude parcourent en moyenne $75.24\text{km} \pm 79.33\text{km}$ pour atteindre notre structure.

**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE**

« Section onco-hématologie »

<i>Provenance</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Fès</i>	16	32 %
<i>Meknès</i>	8	16 %
<i>Taza</i>	6	12 %
Taounate	5	10 %
Ain Taoujdate	3	6 %
Midelt	1	2 %
Errachidia	1	2 %
Elhouceima	1	2 %
Guigou	1	2 %
Outate Elhaj	1	2 %
Guercif	1	2 %
Boulemane	1	2 %
Rabat	1	2 %
Tahla	1	2 %
Immouzar Kander	1	2 %
Khenifra	1	2 %
Sefrou	1	2 %
Total	50	100%

Tableau 1: Répartition de la population d'étude en fonction de la provenance

e. Couverture sociale

Dans notre série, la majorité des patients bénéficient du système de couverture sanitaire « RAMED », avec un nombre de 46 soit 92%, suivie la tranche des mutualistes avec un total de 4 soit 8 %

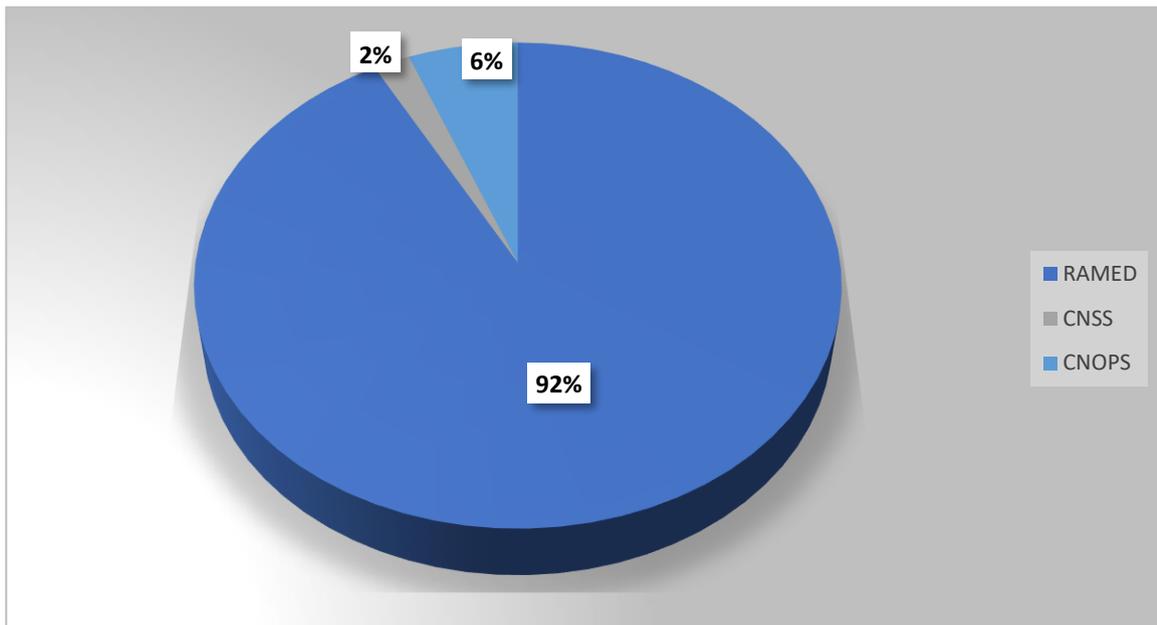


Figure 3: Répartition de la population d'étude en fonction de la couverture sociale

2. Données cliniques et thérapeutique

a. Diagnostic

- L'unité HDJ du SMIOH assure le traitement et le suivi des patients présentant des hémopathies malignes ou bénignes ne nécessitant pas une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Certains actes à visée diagnostique ou thérapeutique sont quotidiennement réalisés (ponction sternale, ponction lombaire avec administration de chimiothérapie intrathécale, biopsie ostéo-médullaire, biopsie des glandes salivaires accessoires et les saignées à visée thérapeutique).
- La majorité des patients interrogés sont suivis pour des hémopathies malignes : Vingt-quatre cas de lymphome dont 12 cas suivis pour un lymphome de Hodgkin et 7 cas de Lymphome non Hodgkinien B, onze cas de myélome multiple, quatre cas de LLC, un cas de LAL T, trois cas de LMC, deux cas de SMD, deux cas d'amylose et trois cas d'aplasie médullaire. (Figure 4).

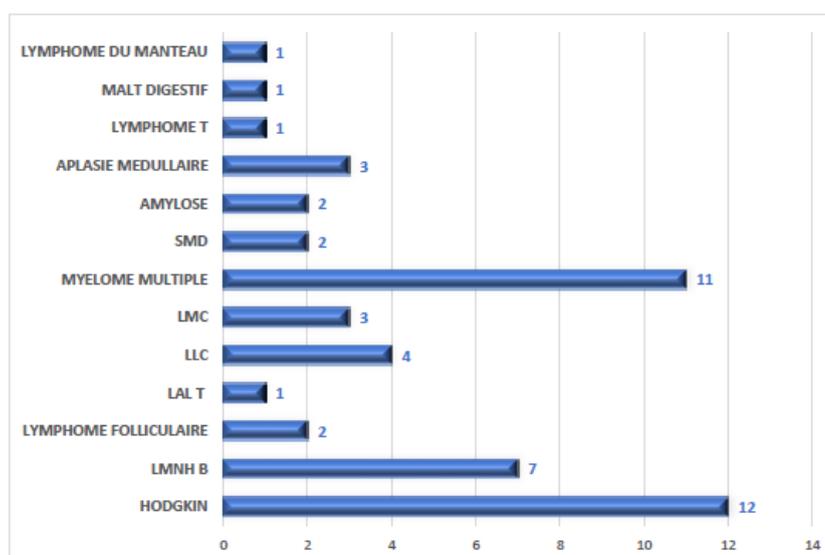


Figure 4: Répartition de la population d'étude en fonction du diagnostic

b. Gestes et traitements pris en charge

- Après enregistrement auprès du secrétariat, une évaluation systématique est réalisée chez tous les patients comprenant un interrogatoire à la recherche d'un état infectieux ainsi que les éléments de l'inter-cure, l'évaluation de l'état clinique comprenant un examen clinique complet et la vérification du bilan biologique. La prescription d'une chimiothérapie ou d'un geste à visée diagnostique ou thérapeutique est décidée suite aux données de ces éléments.
- L'évaluation de l'état générale du patient constitue la première étape de l'examen, cette dernière pouvant conditionner la décision de prescription, retarder les cures et d'impacter la qualité des soins (difficulté de déplacement à travers les structures de l'hôpital, problèmes d'escarres, douleurs chroniques...).
- L'état clinique des patients de notre étude était conservé dans la majorité des cas, seul 6% de nos patients ont un PS à 4. (Figure 5)

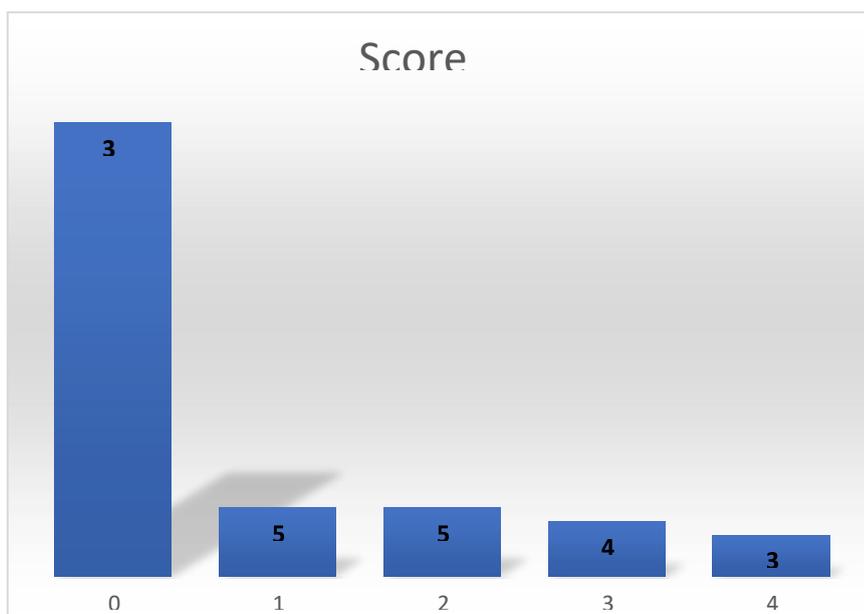


Figure 5: Répartition de la population d'étude en fonction du PS (performance status)

- La majorité des patients étaient à leur première ligne de traitement (80% des patients), dont 14% à leur premier passage en HDJ au moment du questionnaire. (Figure 6 - figure 7).
- Sur le plan thérapeutique, la prescription d'un traitement par voie intraveineuse a été préconisée chez 44% des patients justifiant une administration sur plusieurs heures voire le fractionnement de la cure en 2 jours.
- Un traitement par voie sous-cutanée a été proposé chez 20% des patients. Il s'agit principalement du Rituximab et du Bortezomib, qui grâce à leurs formes sous-cutanées ont permis un gain de temps considérable.
- Un traitement par voie orale a été proposé dans 12% des cas. Il s'agit de chimiothérapie par voie orale ainsi que les traitements par iMiDs ou ITK.
- Une transfusion à visée chimio-adjuvante ou thérapeutique a été proposée chez 10% des patients. Un bolus sous-cutané par Romiplostim a été proposé chez un patient. Un médullogramme a été réalisé dans 2 cas, une BOM dans un cas et une BGSA à la recherche d'une amylose dans un cas. (Figure 8)
- Les données concernant les éventuelles complications au cours de l'administration des traitements ont été relevées : aucun incident grave n'a été signalé, certains effets secondaires mineurs (nausées, vomissements, hypoglycémie) ont été constatés sans véritable impact sur le déroulement de la cure.

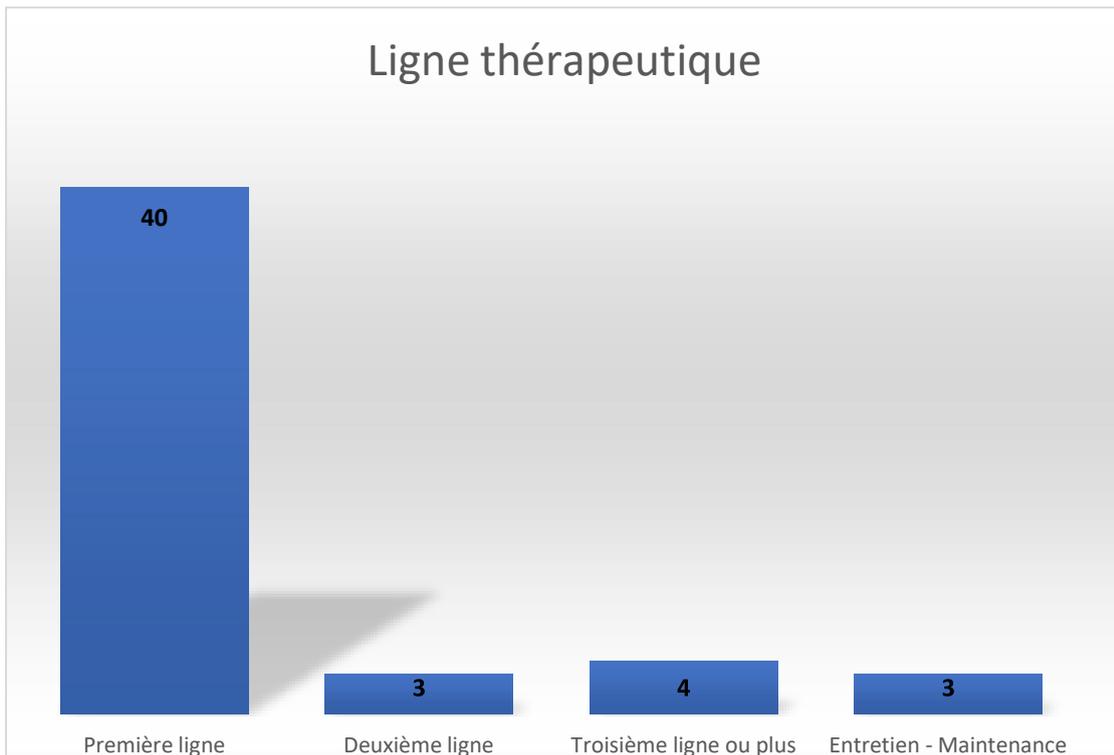


Figure 6 : Répartition de la population d'étude en fonction de la ligne thérapeutique

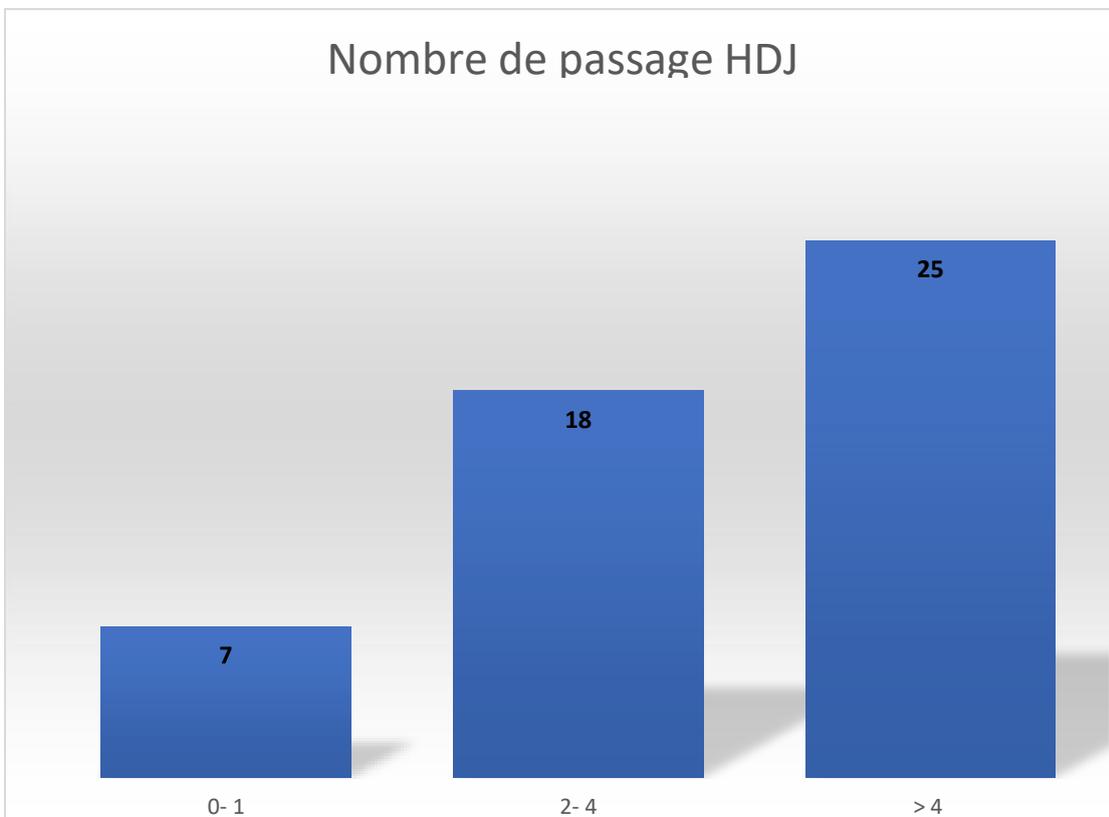


Figure 7 : Répartition de la population d'étude en fonction du nombre de passage en HDJ

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE

« Section onco-hématologie »

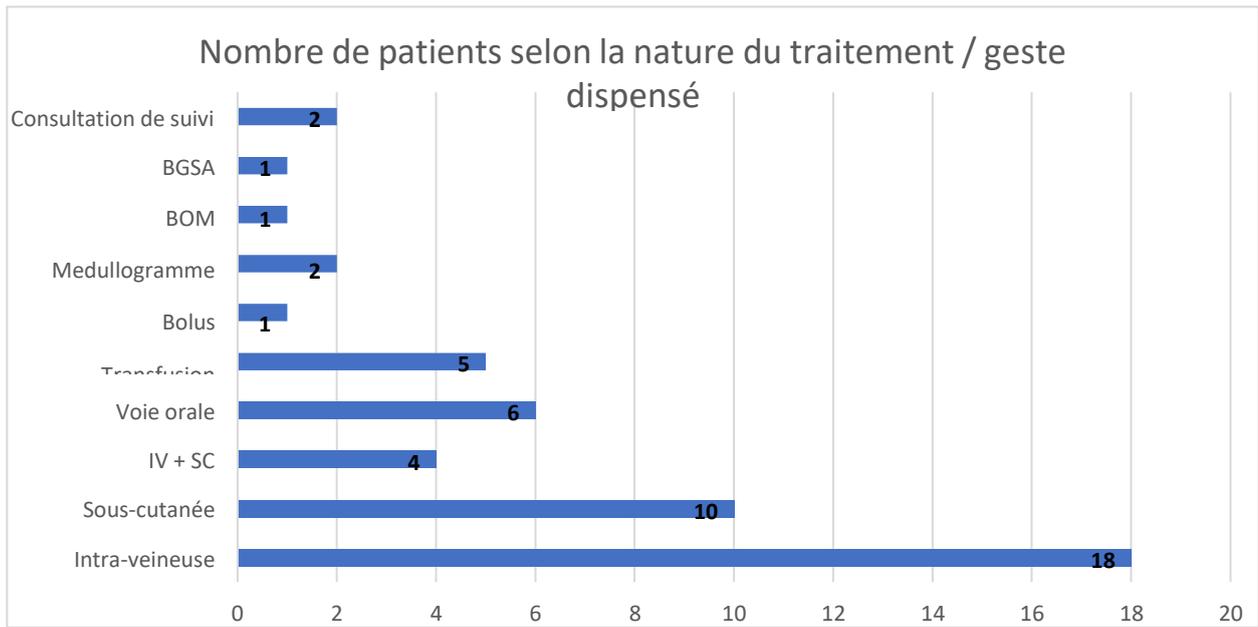


Figure 8 : Répartition de la population d'étude en fonction de la nature du traitement/geste

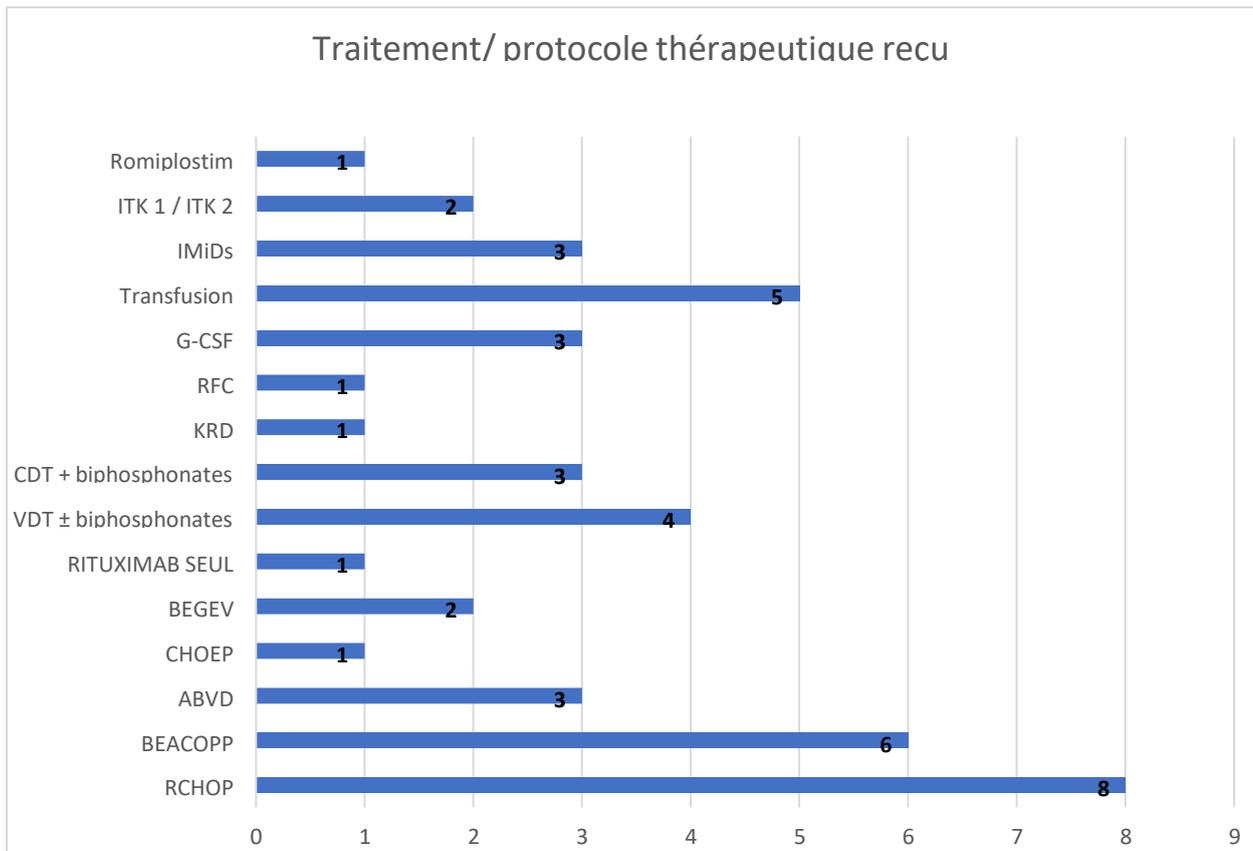


Figure 9 : Répartition de la population d'étude en fonction du traitement/protocole thérapeutique reçu

3. Temps d'attente

L'heure d'arrivée des patients, le temps d'attente à différents postes ainsi que l'heure de départ ont été relevés.

a. Heure d'arrivée

L'enregistrement auprès du secrétariat HDJ commence à 8h30 et se termine à 11h30. La file d'attente des patients dépend de l'ordre d'arrivée.

Dans notre série, l'heure d'arrivée moyenne des patients était 09h35 \pm 52 minutes [8h30 - 11h30].

La moitié de nos patients s'étaient enregistrés au secrétariat avant 09h30. (figure 10)

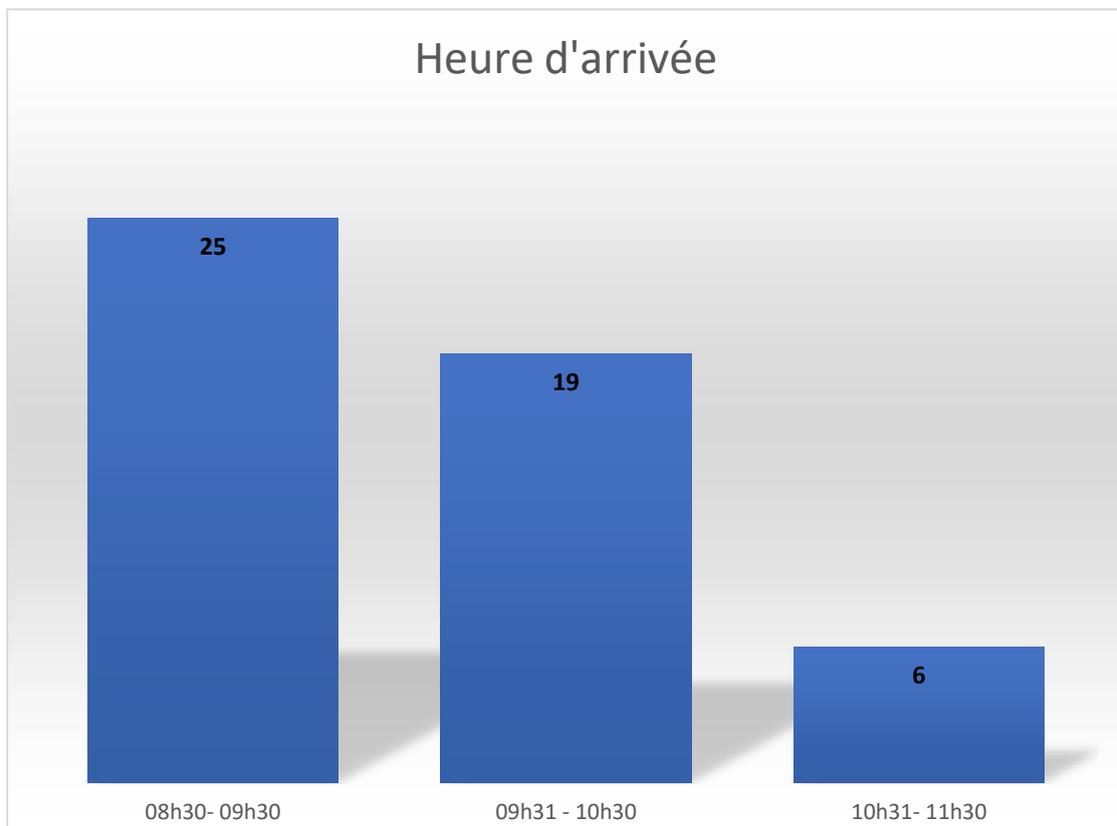


Figure 10 : Répartition de la population d'étude en fonction de l'heure d'enregistrement au secrétariat

b. Consultation médicale

- Le temps d'attente de la consultation médicale était de 57 minutes \pm 38 minutes avec des extrêmes allant de 4 minutes à 150 minutes.

La durée moyenne de la consultation médicale était de 16 \pm 12 minutes.

c. Enregistrement / facturation

- Après validation du protocole thérapeutique, l'enregistrement et la facturation est réalisé auprès de l'administration où un service est dédié aux patients suivis aux services d'oncologies. La durée moyenne d'enregistrement est de 8 \pm 4.4 minutes.

d. Accueil infirmier

- Munis des documents d'enregistrement et du protocole thérapeutique, les patients se présentent à la salle de traitement. Le temps d'attente moyen avant le début de la prémédication est de 22 \pm 12 minutes. Le traitement est ensuite commencé dès sa réception de la pharmacie.

e. Préparation traitement

- La préparation des protocoles thérapeutiques commence après la validation médicale et la régularisation de la situation administrative. Le temps d'attente moyen de réception des traitements est de 111 \pm 85 minutes comprenant les traitements administrés par voie injectable, sous-cutanée et orale. Les données concernant les produits du sang n'ont pas été comptabilisés, les patients n'étant convoqué que le lendemain de la consultation pour être transfusés.

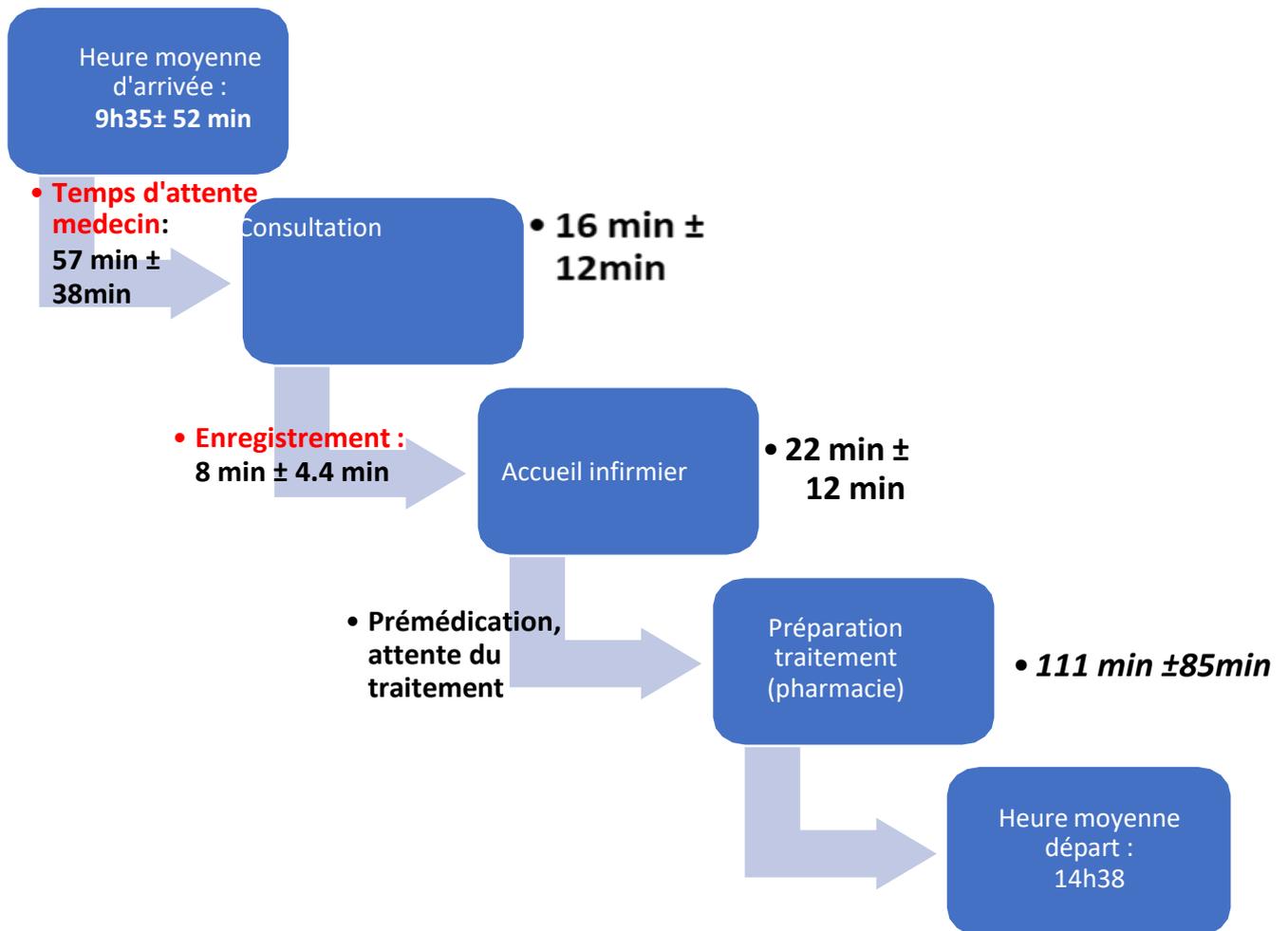


Figure 11 : Processus patient à travers les différents postes de l'HDJ

4. Enquête satisfaction

- La « satisfaction-patient » est un critère subjectif reflétant la qualité de soins, des infrastructures, la compétence du personnel en matière de « service-client » ainsi que le temps d'attente. Les données concernant la satisfaction-patient /temps d'attente ont été relevé à différents postes.

a. Satisfaction temps d'attente médecin

- La majorité des patients interrogés ont qualifié le temps d'attente médecin de correct à très satisfaisant. Seul 20% des patients trouve le temps d'attente long ou trop long. (figure 11)

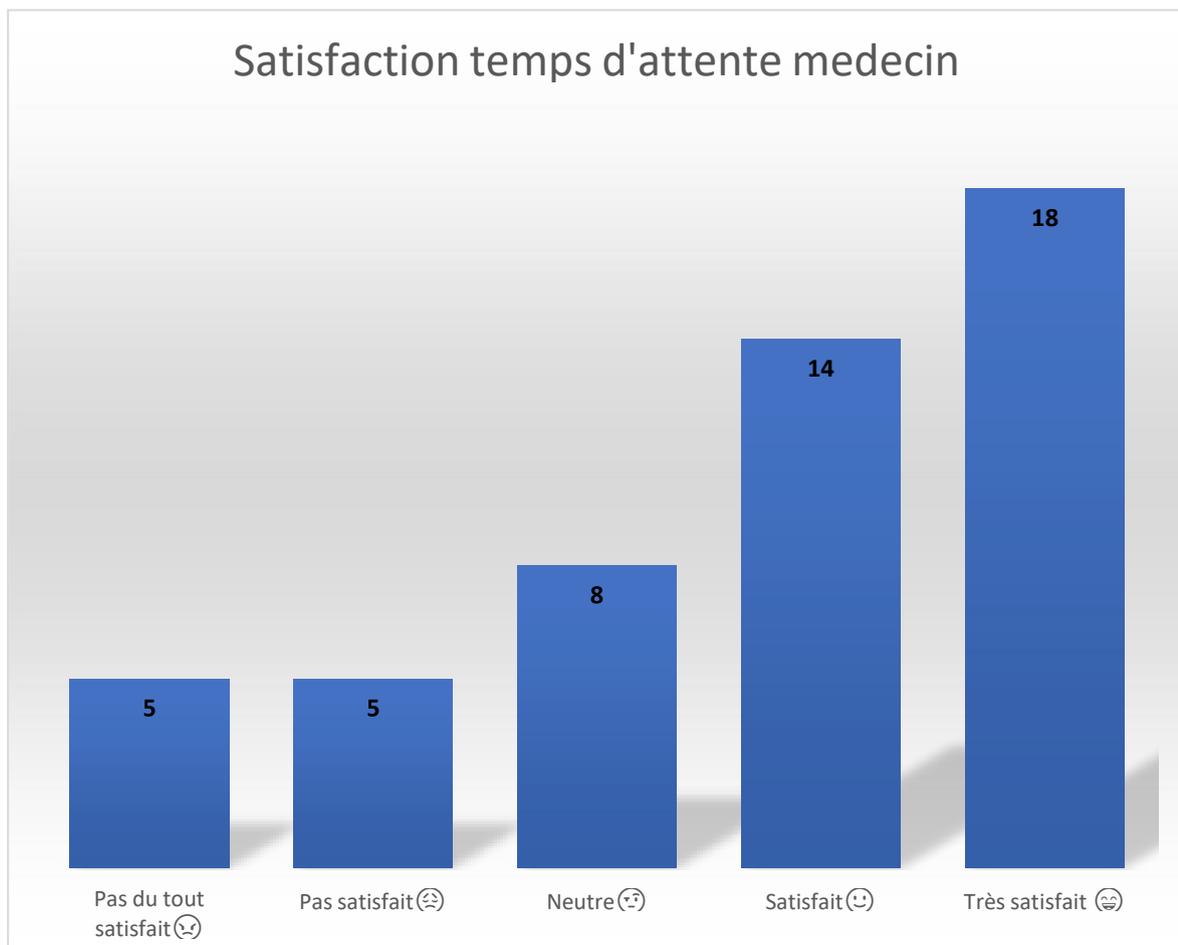


Figure 12 : Répartition de la population d'étude en fonction de la satisfaction « temps d'attente patient »

b. Satisfaction temps d'attente enregistrement / facturation

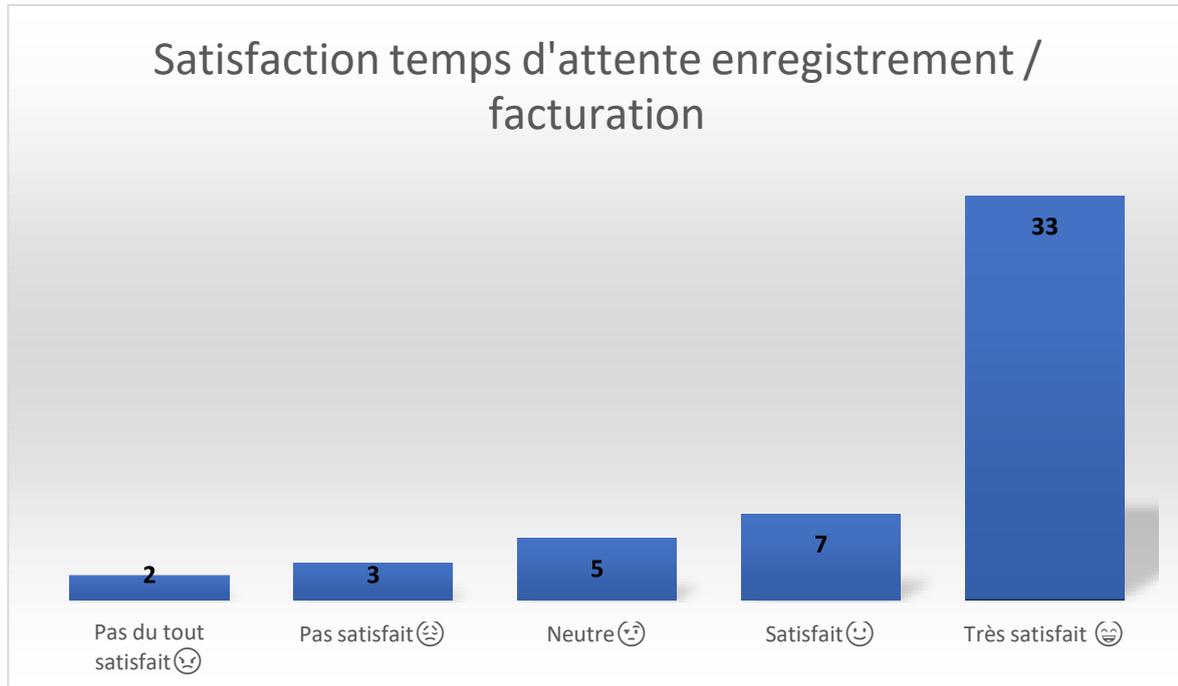


Figure 13 : Répartition de la population d'étude en fonction de la satisfaction « temps d'attente enregistrement / facturation »

c. Satisfaction temps d'attente pharmacie

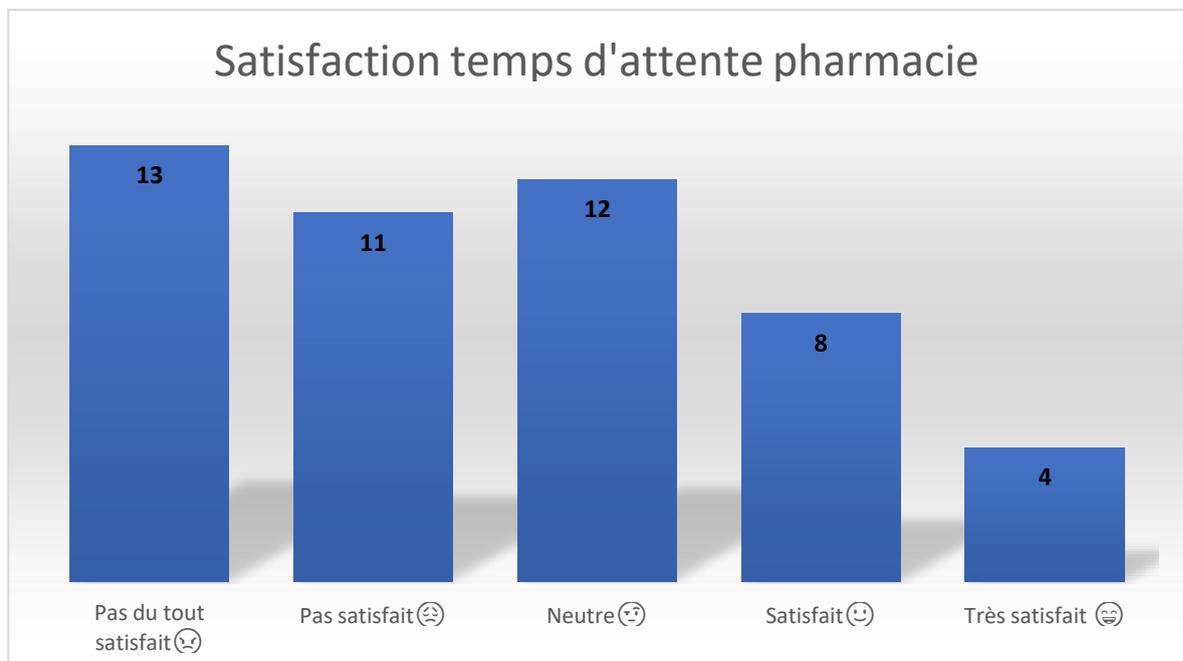


Figure 14 : Répartition de la population d'étude en fonction de la satisfaction « temps d'attente pharmacie »

d. Satisfaction programmation des cures

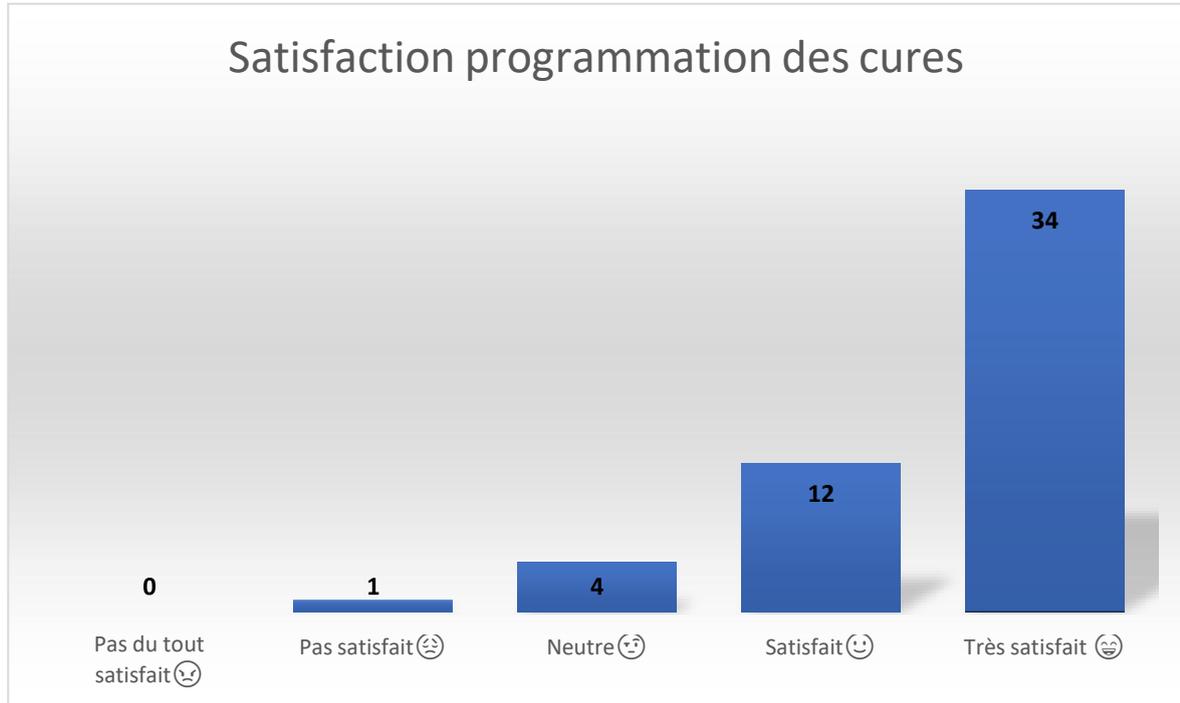


Figure 15 : Répartition de la population d'étude en fonction de la satisfaction « programmation des cures »

e. Satisfaction générale

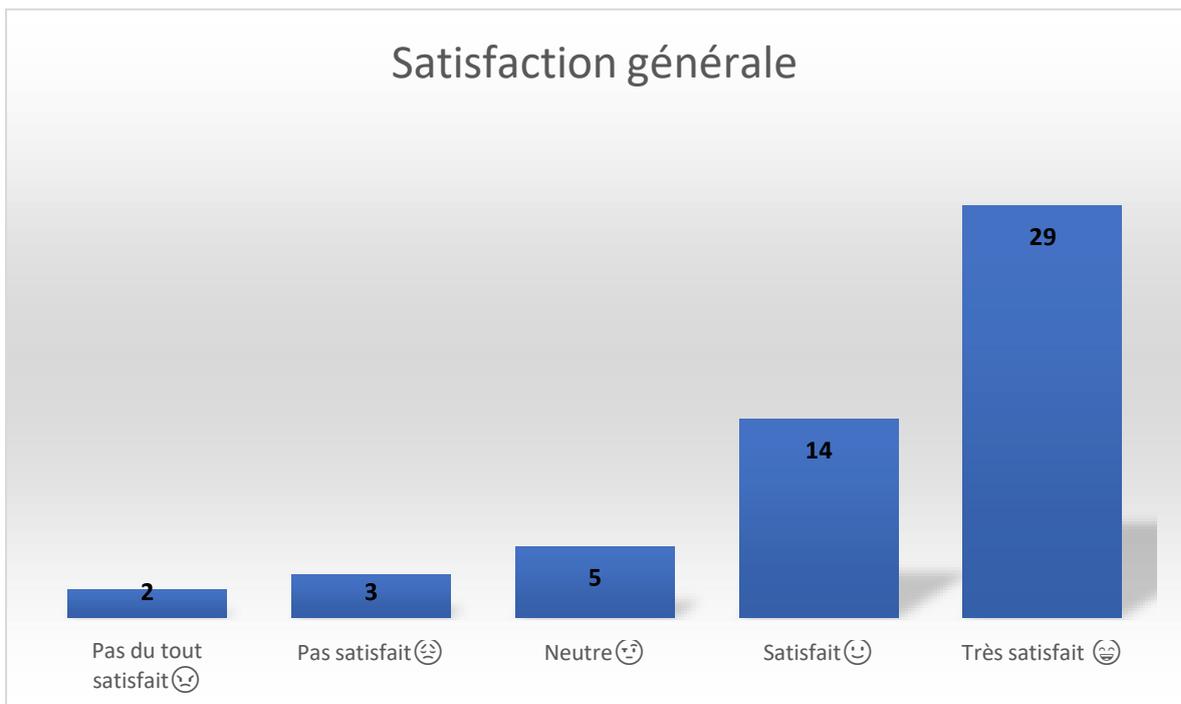


Figure 16 : Répartition de la population d'étude en fonction de la satisfaction générale

f. Synthèse

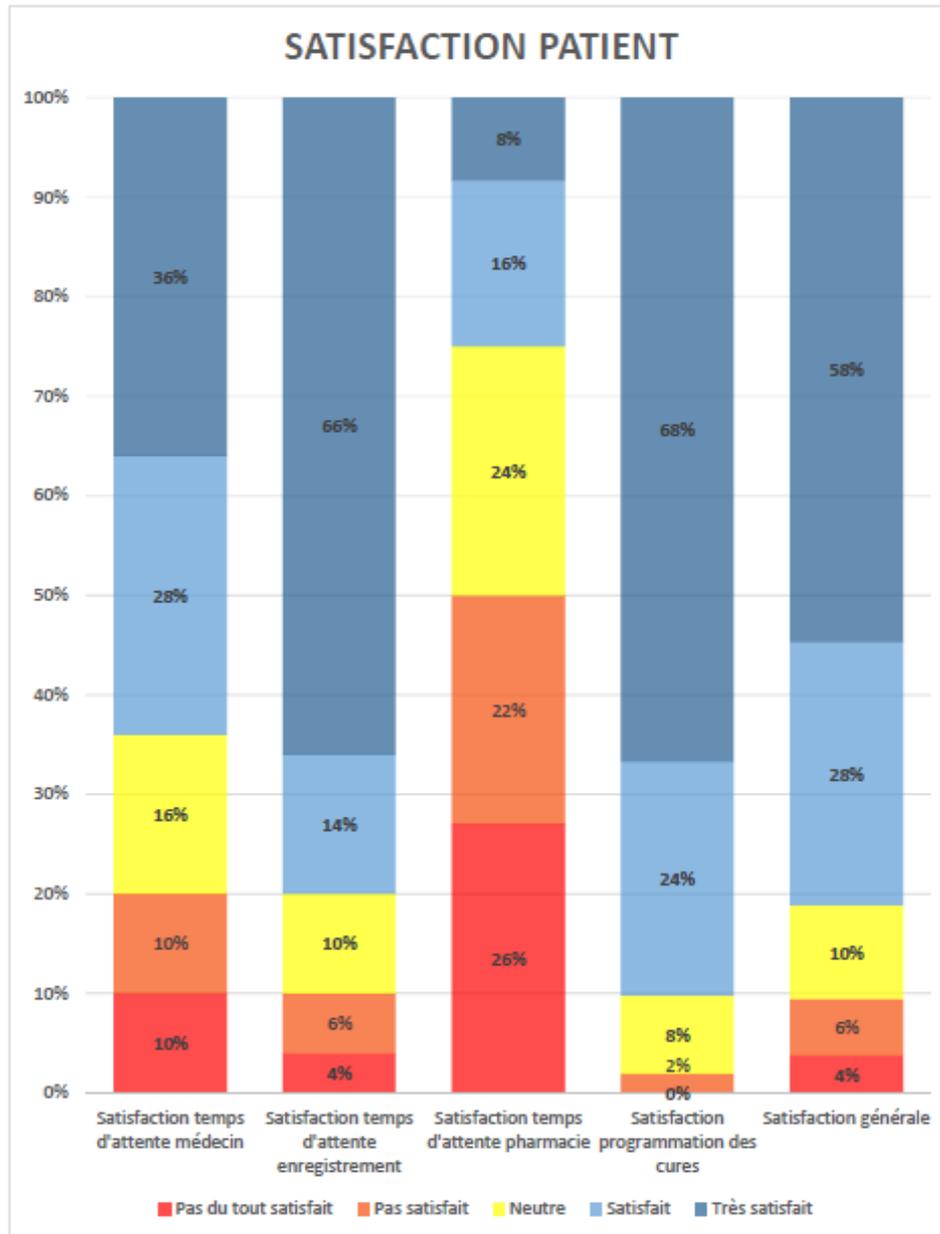


Figure 17 : Répartition de la « satisfaction-patient » par catégorie

B. Etude analytique

- Afin de mieux caractériser les patients avec un temps d'attente important (supérieur à 60 minutes) , nous les avons comparés avec les patients ayant un temps d'attente moindre (inférieur à 60 minutes), par rapport à plusieurs paramètres : la différence d'âge, la provenance, l'état générale quantifiée par le PS, le diagnostic, la nature du geste dispensé, la ligne thérapeutique et l'heure d'arrivée. Les résultats sont les suivants (Tableau 4) :
- L'heure d'arrivée des patients affecte directement le temps d'attente, plus court chez ceux arrivés avant 9h30 du matin.
- Les patients en deuxième ligne thérapeutique ont un temps d'attente plus court.
- L'étude du rapport « temps d'attente-satisfaction » ont été également étudié. Les résultats sont les suivants (tableau 5) :
 - La satisfaction « prestation médicale » était corrélée au temps d'attente ($p=0.027$).
 - La satisfaction « générale » était corrélée au temps d'attente ($p=0.048$).

**OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE**
« Section onco-hématologie »

		<i>Temps d'attente <60 minutes</i>	<i>Temps d'attente >60 minutes</i>	<i>p value</i>
<i>Heure d'arrivée</i>	Avant 9h30	20 (87 %)	5 (19 %)	<0.001
	Après 9h30	3 (13 %)	22 (81 %)	
<i>Sexe</i>	Féminin	39.1%	51.8 %	0.27
	Masculin	60.9%	48.2 %	
<i>Age ± Ecart-type</i>		51.04± 18.5	49.22 ± 20.59	0.74
<i>Niveau d'étude</i>	Non scolarisé	34.7 %	37 %	0.55
	Scolarisé	65.3 %	63 %	
<i>Couverture sociale</i>	RAMED	22 (96%)	24 (89%)	0.47
	CNSS	0	1 (4%)	
	CNOPS	1 (4%)	2 (7%)	
<i>Provenance</i>	<i>Distance moyenne (en km)</i>	62.73 ± 70.2	81.7 ± 75.47	0.14
	<i>Score OMS</i>	15 (65 %) 8 (35 %)	23 (85 %) 4 (15 %)	0.08
<i>Nature du traitement</i>	IV	11 (47.8 %)	12 (44.4 %)	0.76
	SC	6 (26 %)	4 (14.8 %)	
	VO	3 (13 %)	3 (11.1 %)	
	Transfusion	1 (4.3 %)	4 (14.8 %)	
	Geste	1 (4.3 %)	3 (11.1 %)	
	Consultation	1 (4.3 %)	1 (3.7 %)	
<i>Diagnostic</i>	Lymphome	13 (56.5%)	12 (44.4%)	0.17
	Aplasie	0 (0%)	3 (11.1%)	
	Amylose	0 (0%)	2 (7.4%)	
	LLC	1 (4.3%)	3 (11.1%)	
	LMC	2 (8.6%)	1 (3.7%)	
	Myélome multiple	7 (30.4%)	4 (14.8%)	
	SMD	0 (0%)	2 (7.4%)	
<i>Ligne thérapeutique</i>	Première	17 (73.9%)	23 (85.2 %)	0.018
	Deuxième	3 (13 %)	0 %	
	Troisième ou +	3 (13 %)	1 (3.7 %)	
	Entretien	0 %	3 (11.1 %)	
<i>Nombre de passages en HDJ</i>	0-1	2 (8.6%)	5 (18.5%)	0.58
	2-4	9 (39%)	9 (33.3%)	
	Plus de 4	12 (52.1%)	13 (48.1%)	

Tableau 4 : Comparaison des patients en fonction du temps d'attente

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE

« Section onco-hématologie »

		Temps d'attente <60minutes	Temps d'attente >60minutes	P value
<i>Satisfaction prestation médicale</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	1 (4.3 %)	4 (14.8 %)	0.027
	<i>Pas satisfait</i>	2 (8.6 %)	3 (11.1 %)	
	<i>Neutre</i>	1 (4.3 %)	7 (25.9 %)	
	<i>Satisfait</i>	6 (26 %)	8 (29.6 %)	
	<i>Très satisfait</i>	13 (56.5 %)	5 (18.5 %)	
<i>Satisfaction temps d'attente enregistrement/ facturation</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	0 (0%)	2 (7.4 %)	0.53
	<i>Pas satisfait</i>	1 (4.3%)	2 (7.4%)	
	<i>Neutre</i>	2 (8.6%)	3 (11.1%)	
	<i>Satisfait</i>	3 (12.9%)	4 (14.8%)	
	<i>Très satisfait</i>	17 (73.9%)	16 (59.2%)	
<i>Satisfaction temps d'attente pharmacie</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	4 (17.2%)	9 (33.3%)	0.77
	<i>Pas satisfait</i>	4 (17.2%)	7 (25.9%)	
	<i>Neutre</i>	4 (17.2%)	8 (29.6%)	
	<i>Satisfait</i>	7 (30.3%)	1 (3.7%)	
	<i>Très satisfait</i>	3 (12.9%)	1 (3.7%)	
<i>Satisfaction programmation des cures</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	0 (0%)	0 (0%)	0.06
	<i>Pas satisfait</i>	1 (4.3%)	0 (0%)	
	<i>Neutre</i>	0 (0%)	4 (14.8%)	
	<i>Satisfait</i>	3 (12.9%)	8 (29.6%)	
	<i>Très satisfait</i>	19 (82.6%)	15 (55.5%)	
<i>Satisfaction générale</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	0 (0%)	2 (7.4%)	0.048
	<i>Pas satisfait</i>	0 (0%)	2 (7.4%)	
	<i>Neutre</i>	2 (8.6%)	2 (7.4%)	
	<i>Satisfait</i>	4 (17.2%)	10 (37%)	
	<i>Très satisfait</i>	17 (73.9%)	11 (40.7%)	

**Tableau 5 : Comparaison de la « satisfaction-patient » en fonction du temps
d'attente**

DISCUSSION

- L'amélioration de la qualité de soin pour toutes les activités et dans les différentes structures de prise en charge est un des axes soulignés par le « plan national de prévention et de contrôle du cancer 2020- 2029 ». L'objectif est d'assurer l'accessibilité aux soins de cancers et garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge. ⁵
- Notre étude rentre dans le cadre l'attention particulière portée à l'amélioration de l'accès au soin, de la qualité des prestations et de la « satisfaction patient ».
- Le processus à l'étude correspond au parcours patient complet dans l'hôpital de jour. Un patient arrivant à l'hôpital de jour peut venir seulement pour une consultation avec son médecin traitant dans le cadre de surveillance du bilan après une chimiothérapie, pour une consultation suivie d'un traitement ou encore pour un traitement seules si son traitement a été validé par le médecin auparavant.
- Suite à la collecte de données, nous avons pu mesurer les temps d'attente aux différentes étapes du processus. L'analyse des causes fondamentales de ces délais ainsi que la proposition de solutions concrètes seront détaillées à travers ce chapitre.

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE

« Section onco-hématologie »

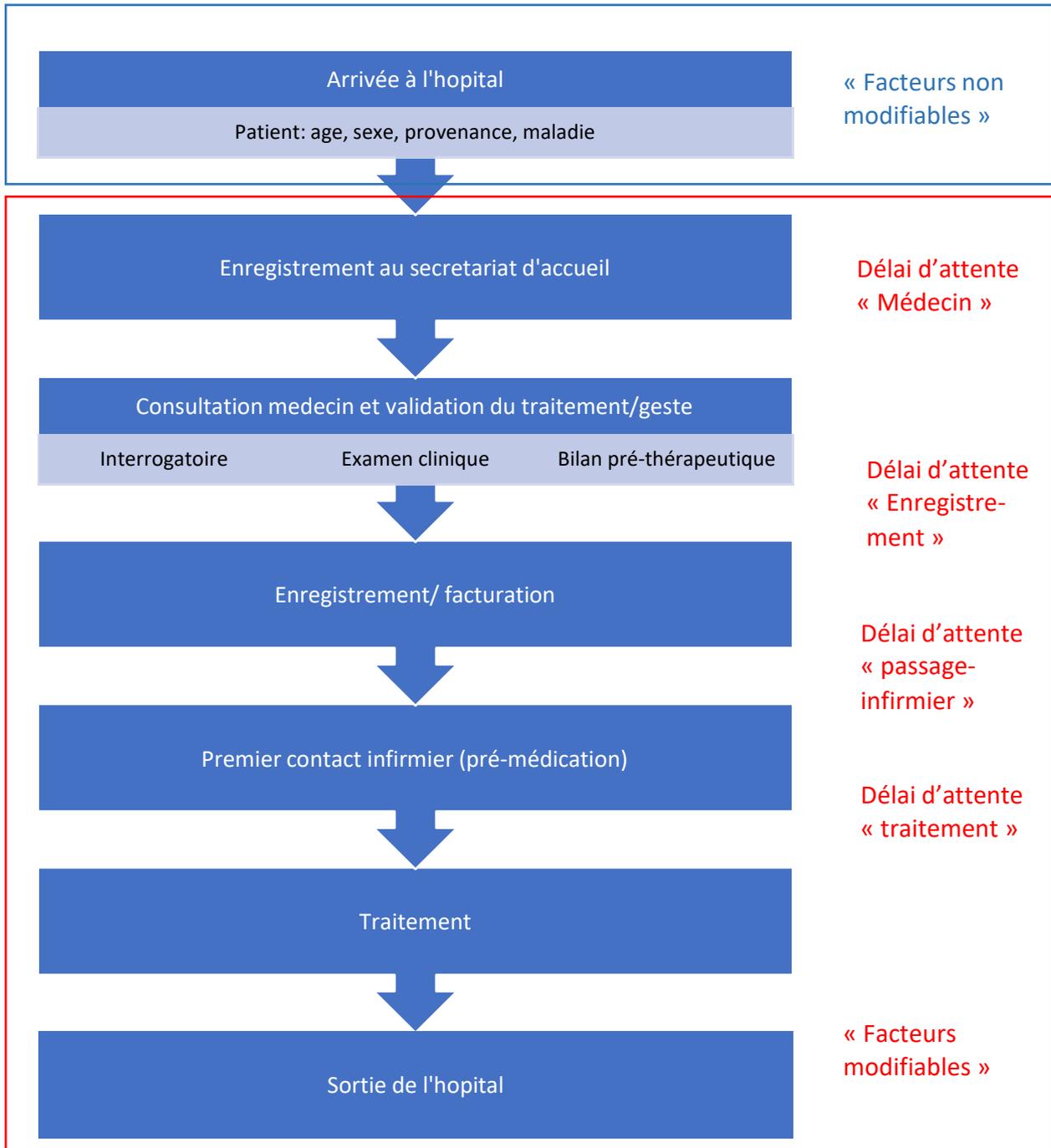


Figure 18 : Etapes du circuit

A. Facteurs non modifiables :

a. Facteurs démographiques

Les facteurs démographiques et géographiques sont bien connus en oncologie solide. En effet, plus un patient est éloigné d'un centre de prise en charge et plus il est âgé, plus la qualité des soins a tendance à diminuer⁶⁻⁷. Dans notre travail, le temps d'attente n'est pas directement influencé par l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la couverture sociale et la distance. Néanmoins, il existe une interaction entre ce dernier paramètre (la distance) et le temps d'attente sans pour autant être significatif (p=0.14).

Nos résultats ont été comparé avec diverses études similaires à travers le monde (tableau 6).

	N=	Age moyen (ans)	Sex-ratio H/F	Distance moyenne (km)
<i>Etude Kényane⁸</i>	286	42	0.58	
<i>Etude Ethiopienne⁹</i>	100	33.6	0.5	
<i>Etude Française¹⁰</i>	367	54	1.4	
<i>Etude Américaine¹¹</i>	292	60	1.33	107
<i>Etude Américaine¹²</i>	29	67	0.93	
<i>Notre série</i>	50	50	1.17	75

Tableau 6 : Comparaison des données épidémiologiques entre les études

b. Données liées à la maladie

- Le service « Hôpital de jour » section onco-hématologie du service de Médecine-Interne et Onco-Hématologie assure le suivi et le traitement des patients suivi pour diverses hémopathies bénigne ou malignes.
- Les résultats de notre étude confirment que les données liées à la maladie n'impactent pas le temps d'attente. En effet, on ne note pas de différence significative de temps d'attente en rapport avec l'état générale du patient évalué par le score OMS, le diagnostic, la nature du traitement proposé et le nombre de passage préalables en HDJ.
- Le passage à une deuxième ligne thérapeutique ou plus était paradoxalement corrélé à un temps d'attente plus court. Ce résultat pourrait être expliqué par l'âge plus jeune de ces patients (42.2 ans versus 50 ans)

B. Facteurs modifiables :

- L'analyse des causes fondamentales de l'allongement des délais d'attente à différents postes a été menée tout au long de l'étude et a permis d'identifier quatre problématiques principales : Gestion du flux, planification des cures, temps de consultation médecin et la préparation des traitements

a. Gestion du flux

- Un des principaux postes d'attente se situe avant la consultation. Le temps d'attente moyen précédent la consultation médicale était de 57 minutes \pm 38 minutes avec des extrêmes allant de 4 minutes à 150 minutes. Le temps d'attente était étroitement lié à l'heure d'arrivée, justifiant des délais d'attente plus long chez les patients arrivés après 9h30 du matin ($p < 0.001$).

OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT EN HOSPITALISATION DE JOUR AU SERVICE DE
MEDECINE INTERNE ET ONC-HEMATOLOGIE

« Section onco-hématologie »

- Les principales raisons évoquées de l’allongement du temps d’attente à ce niveau sont : la variabilité de l’heure d’arrivée des patients en l’absence de programmation de rendez-vous horaires, la flexibilité des rendez-vous selon l’état clinique du patient, l’arrivée groupée des patients vers 10 heure du matin, la variabilité du flux d’une journée à une autre, la nécessité de gestion de certaines situations cliniques urgentes en dehors du poste de consultation.
- Néanmoins, le délai d’attente de consultation était comparable à ceux de différentes études similaires.

	N=	Temps d’attente consultation (minutes)
Etude Française ¹⁰ Etude	367	31
Vietnamienne ¹³ Etude	298	50.4
Nigérienne ¹⁴ Etude	96	83
Irlandaise ¹⁵ Etude	500	60
Américaine ¹² Etude	29	47
Saoudienne ¹⁶	406	38
Notre série	50	57

Tableau 7 : Comparaison du délai d’attente de consultation entre les études

b. Planification des cures

- La planification des cures/gestes en HDJ prend en considération l'urgence thérapeutique ou diagnostique, le délai protocolaire entre les cures et les contraintes organisationnelles (jours fériés, personnel soignant, disponibilité traitement...). Il s'en résulte plusieurs problèmes :
 - Un temps d'attente long pour des traitements ou gestes ne nécessitant que quelques minutes (temps d'attente supérieur à 60 minutes chez 40% des traitements sous-cutanés, 50% des prescriptions des chimiothérapies par voie orale, 75% des gestes)
 - La nécessité de passage en 2 jours de chimiothérapies nécessitant plusieurs heures de passage en cas d'enregistrement tardif.
 - Problème d'organisation des espaces et attribution des fauteuils en jours de forte affluence.
 - L'accueil sans rendez-vous de patients présentant d'éventuelles complications (infection, hémorragie, anémie...) allonge la file d'attente d'autant qu'ils nécessitent souvent une prise en charge rapide et prioritaire.
 - La nécessité de passer par la consultation, enregistrement et validation des chimiothérapies à chaque passage y compris pour les protocoles se déroulant sur plusieurs jours.
- L'identification des problèmes liés à la planification nous mène à proposer les solutions suivantes :
 - Changer les règles et les méthodes de prise de rendez-vous : déterminer l'heure de rendez-vous en fonction de la durée de traitement et privilégier en consultation les patients ayant un

traitement le même jour pour réduire la charge de travail. Le logiciel de gestion déjà mis en place à l'Hôpital De Jour permet d'inclure ces éléments dans la prise de rendez-vous. Les traitements par voie orale ou sous-cutanée ainsi que les transfusions et gestes peuvent être également programmés en fin de matinée vu la durée brève qui leur sont consacrée.

- Améliorer les activités administratives : enregistrement unique à l'arrivée, service de facturation à la validation des protocoles avec accès à distance au services (site internet dédié)
- Anticiper : préparation des dossiers et coordination des venues la veille, anticiper la validation des traitements dès que possible, dans le but de passer à une organisation d'anticipation dans un deuxième temps (validation quasi-instantanée le jour de la venue).
- Anticiper la survenue de complications : prescription conditionnelle, préciser les indications de consultation en urgence.

c. Temps de consultation médecin

- L'hôpital de jour d'onco-hématologie reçoit moyennement une trentaine de patients par jour. Le temps de consultation se doit d'être consacré à la cure en cours (complications de l'inter-cure, bilan pré- thérapeutique, état clinique actuel, préparation et validation du protocole thérapeutique). Cependant, la méconnaissance du patient de certains éléments se rapportant à la maladie peuvent prolonger le temps de consultation et allonger les délais d'attente.
- Nous avons comparé le temps moyen de consultation en hôpital de jours avec diverses études internationales :

	N=	Temps consultation (minutes)
<i>Etude Française¹⁰</i>	36	20
<i>Etude</i>	7	
<i>Vietnamienne¹³</i>	29	9.3
<i>Etude</i>	8	
<i>Nigérienne¹⁴</i>	96	7.1
<i>Etude Kenyenne⁸</i>	28	13.1
<i>Etude</i>	6	
<i>Saoudienne¹⁶</i>	40	8
<i>Notre série</i>	6	
	50	16 ± 12

Tableau 8 : Comparaison du temps de consultation entre les études

d. Temps de préparation des traitements

- Nous avons comparé le délai moyen de réception des traitements :

	N=	Temps attente traitement (minutes)
<i>Etude Américaine¹²</i>	29	83
<i>Etude Saoudienne¹</i>	406	90-120
<i>⁶Notre série</i>	50	111 ± 86

Tableau 8 : Comparaison du temps attente traitement entre les études

Synthèse des données et recommandations :

A la lumière des données de notre étude, nous avons repéré les principaux postes d'attente responsable de l'allongement du « séjour patient » en HDJ :

- Temps d'attente de la consultation médecin
- Temps « consultation médecin »
- Temps « préparation traitement »

Nous recommandons l'application des mesures suivantes :

a. Temps d'attente de la consultation médecin

- Planification horaire des cures en fonction des traitements permettant une meilleure gestion des flux.
- Optimisation des temps de présence de patients à l'aide d'un circuit court pour les traitements par voie sous cutanée, transfusions et gestes.
- Programmation des consultations selon la durée des cures ; nous proposons le schéma suivant :
 - 08h30 – 10h : Traitements par voie IV
 - 10h30 – 11h30 : Traitements par voie cutanée, transfusions programmées
 - 12h – 12h30 : Traitements par VO
 - 13h–13h30 : Gestes à visée diagnostique outhérapeutique.

b. Temps « consultation médecin »

La consultation médicale en HDJ comprend les temps suivants :

- Temps « d'information » : Maladie, traitement envisagé, déroulement des cures, effets secondaires éventuelles, recueil d'éléments de l'inter-cure.
- Temps « examen » : Prise de constantes, examen clinique complet.
- Temps « prescription informatisée ».
- Temps « papiers administratifs ».

L'optimisation des différents temps de consultation impliquerait les mesures suivantes :

- Programmation d'une consultation d'annonce comprenant un créneau d'éducation thérapeutique. La programmation d'une consultation complémentaire (diététique, psychiatrie ou autre) devrait être prise en amont de la première consultation HDJ.
- Instauration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS). (Annexe 2)
- Amélioration de l'accueil des patients en assignant un aide-soignant à la prise des constantes avant la consultation.
- Anticipation des venues à travers une activité de coordination visant à préparer la venue du patient au service un à deux jours avant son rdv.
- Anticipation des besoins et des traitements en vue de diminuer le temps « prescription médicale » : pré-validation des protocoles, disponibilité des traitements.
- Anticiper la survenue de complications : prescription conditionnelle (annexe 3), indications de consultation en urgence.

- Simplification de l'enregistrement des patients en adoptant une démarche 100% informatisée (zéro papier) à travers le logiciel dédié.

c. Temps « préparation traitement »

- Le passage à une prescription informatisée à travers un logiciel dédié (actuellement en cours d'expérimentation) devrait améliorer considérablement le temps d'attente à ce niveau.

Limites méthodologiques

Cette étude présente quelques limites méthodologiques :

- La première concerne le biais de sélection. En effet, l'échantillon de l'étude a été sélectionné de manière aléatoire au cours de la période de l'étude. Certains patients dont la cure a été ajournée ou ayant refusé le questionnaire n'ont pas été comptabilisés.
- La taille limitée de l'échantillon (50 patients) imposée par les contraintes de l'étude (nécessité d'un accompagnement des patients à tous les postes).
- Durée limitée de l'étude (4 mois) d'où l'impossibilité de mettre en œuvre les recommandations sur le terrain.

Perspectives: On aurait souhaité la réalisation d'une étude à plus large échelle en essayant d'implanter les recommandations et suivre les résultats. Ceci contribuerait à l'élaboration de nouveaux standards de suivi de nos patients en assurant les meilleurs standards de qualité.

CONCLUSION

- L'attente est souvent la meilleure mesure de la qualité de l'offre des soins, particulièrement dans un contexte de plus en plus complexe comme celui de la santé. Les hôpitaux de jour sont particulièrement concernés, puisqu'ils doivent traiter des patients dans un délai court, parfois plusieurs fois par semaine.
- Notre objectif était de préciser le temps d'attente à différents postes, d'identifier les éventuelles causes, de quantifier le retentissement des délais sur la « satisfaction-patient » et enfin de proposer d'éventuelles solutions.
- Au vu des résultats, le temps d'attente de la consultation et la préparation des traitements au niveau de la pharmacie sont les principaux postes d'attente.
- Malgré les délais d'attente parfois longs, la satisfaction générale reste bonne, avec une note moyenne de 4.28/5.

RESUME

Introduction : Le « parcours-patient » peut être défini comme « Le bon enchaînement au bon moment de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. Les délais d'attente à différents postes au niveau de l'Hôpital De Jour est un bon indicateur de la qualité de soin au sein de cette structure. L'objectif de notre travail est de préciser le temps d'attente à différents postes, identifier les causes des délais d'attente, son retentissement sur la

« satisfaction patient » et proposer des recommandations au vu des résultats.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique s'étalant sur une période de 4 mois de Novembre 2021 à Février 2022, colligeant un groupe de patients âgés de plus de 15 ans et admis en HDJ onco-hématologie pour prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

Résultats : Cinquante patients sont recensés dans notre étude. L'âge moyen est de 50.06ans \pm 19.48 avec des extrêmes allant de 16 à 82 ans. Le sex-ratio H/F est de 1.17. La majorité de nos patients était en bon état général au moment de la consultation (66% des patients étaient PS=0). La moitié des patients suivis présentaient des lymphomes (50%), suivi des patients suivis pour myélome multiple dans 22% des cas. Quarante-six patient pour cent des malades ont été admis pour administration d'un traitement par voie injectable, 20% par voie sous-cutanée, 12% par voie orale, 10% pour transfusion, 8% pour geste à visée diagnostique outhérapeutique et 4% pour consultation dans le cadre de suivi post- chimiothérapie. Les délais moyens d'attente étaient de de 57 minutes \pm

38 minutes pour la consultation médicale, 8 \pm 4.4 minutes pour l'enregistrement, 22 \pm 12 minutes pour le début de la prémédication et de 111 \pm 85

minutes pour la préparation des traitements. La satisfaction correspondant chaque temps d'attente a été recueilli sur questionnaire, avec un taux de « satisfaction générale » moyen de 4.28/5. L'étude analytique nous a permis de prouver une relation d'association entre le temps d'attente et l'heure d'arrivée matinale avant 9h30 ($p < 0.001$), la ligne thérapeutique du traitement ($p = 0.018$) et son retentissement sur la satisfaction générale ($p = 0.048$).

Conclusion : L'attente est souvent la meilleure mesure de la qualité de l'offre de soins, particulièrement dans un contexte de plus en plus complexe comme celui de la santé. Les hôpitaux de jour sont particulièrement concernés, puisqu'ils doivent traiter des patients dans un délai court, parfois plusieurs fois par semaine. Au vu de nos résultats, le temps d'attente de la consultation et la préparation des traitements au niveau de la pharmacie sont les principaux postes d'attente. Malgré les délais d'attente parfois longs, la satisfaction générale reste bonne.

Fiche d'exploitation (annexe 1)

Fiche numéro

Numéro téléphone:

Date

- Processus patient :

Heure d'arrivée en HDJ

Heure consultation médecin

Heure enregistrement

Heure retour au service

Premier passage infirmier

Heure réception du traitement (pharmacie)

Heure du début de traitement.....

Départ de l'HDJ

1- Age :

2- Sexe

▪ Femme

▪ Homme

3- Statut marital

▪ Célibataire

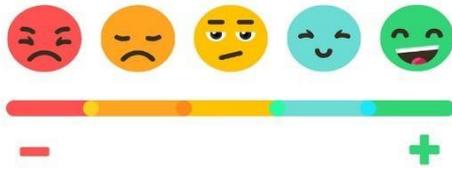
▪ Marié (e)

▪ Divorcé(e) / Veuf (ve)

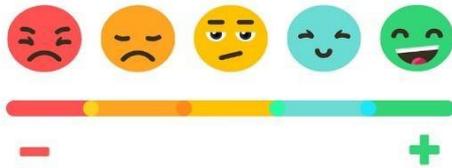
4- Provenance :

I. Questionnaire satisfaction

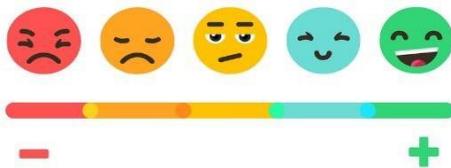
1- Attendez-vous beaucoup pour consulter votre médecin ?



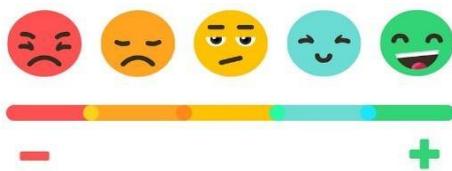
2- Attendez-vous beaucoup pour vous enregistrer ?



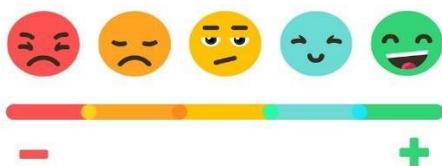
3- Attendez-vous beaucoup pour recevoir votre traitement/ geste ?



4- Etes-vous satisfait de la programmation de vos cures (retard
rdv / horaires) ?



5- Etes-vous satisfait du déroulement général de vos cures ?



REFERENCES

- [1] Certification des établissements de santé – Fiche pédagogique – Parcours patients intra et extra hospitalier – HAS – novembre 2020
- [2] Plan Cancer 2003 – 2007 – Présentation – L’Institut National du Cancer – Institut National Du Cancer[cited 2017 Jan 21]
- [3] Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs Panorama d’expériences étrangères et principaux enseignements, HAS 2021
- [4] Rochaix L. , Mesure de l’équité en santé Fondements éthiques et implications, 2009
- [5] Plan national du cancer de prévention et de contrôle 2020 – 2029
- [6] Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, et al: Inégalités sociales de mortalité par cancer en France: état des lieux et évolution temporelle. Bull Epidémiologique Hebd 33:289, 2008
- [7] Dejardin O, Bouvier AM, Faivre J, et al: Access to care, socioeconomic deprivation and colon cancer survival. Aliment Pharmacol Ther 27:940-949, 2008
- [8] Wafula R., Factors associated with patient waiting time at medical outpatient clinic : a case study of university of Nairobi health service, 2016
- [9] Meberate A., Reducing outpatient waiting time from patient registration until to see physician inteklehaimanot generalhospital by tigist birhanu 213.55.95.56, 2019
- [10] Mathieu Puyade. Parcours de soins des patients atteints d'hémopathies malignes en Poitou- Charentes [En ligne]. Thèse Epidémiologie – Santé publique. Poitiers : Université de Poitiers, 2017

- [11] Abou-Jawde RM, Baz R, Walker E, Choueiri TK, Karam MA, Reed J, Faiman B, Hussein M. The role of race, socioeconomic status, and distance traveled on the outcome of African-American patients. *Haematologica*. 2007; 91:1410-1413.
- [12] Nhung, Pham Thi My, "Assessment of Patient Waiting Consultation Time in an Primary Healthcare Clinic -- The Outpatient Department of Cho Ray Hospital" (2019). Master's Theses. 102
- [13] Tran, T. D., Nguyen, U. V., Minh Nong, V., & Tran, B. X. (2017). Patient waiting time in the outpatient clinic at a central surgical hospital of Vietnam: Implications for resource allocation. *F1000Research*, 6, 454.
- [14] Oche MO, Adamu H. Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in North Western Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* 2013;3:588-92
- [15] McCarthy, K., McGee, H. M., & O'Boyle, C. A. (2000). Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality. *Psychology, Health & Medicine*, 5(3), 287-293
- [16] Al-Harajin S., The association between waiting time and patient satisfaction in outpatient clinics: Findings from a tertiary care hospital in Saudi Arabia, *Journal of Family and Community Medicine* - Volume 26, Issue 1, January-April 2019