

## Organisation des services pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie

RAPPORT D'ÉVALUATION 06-24





## **Organisation des services pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie**

Rapport d'évaluation

06-2024

préparé par

**Sylvain L'Espérance, Ph. D.**  
**Brigitte Larocque, M.A.**  
**Marc Rhains, MD, M.Sc., FRCPC**

**Avec la participation de D<sup>re</sup> Marianne Boisvert Moreau, résidente R5 en Santé publique et médecine préventive, Université Laval et M<sup>me</sup> Sylvie Tapp, M.Sc., Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP)**

UETMIS, CHU de Québec-Université Laval

Septembre 2024

Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE)

<https://www.chudequebec.ca/professionnels-de-la-sante/evaluation/evaluation.aspx>

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval.

## COORDINATION

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS

M<sup>me</sup> Isabelle Jacques, adjointe au directeur – Évaluation et éthique, Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE)

## RÉVISION LINGUISTIQUE, SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

M<sup>me</sup> Nancy Roger, agente administrative, module Évaluation et éthique, DQEE

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé  
Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval  
10, rue de l'Espinay  
Québec (Québec) G1L 3L5  
Téléphone : 418 525-4444 poste 54682  
Courriel : [uetmis@chudequebec.ca](mailto:uetmis@chudequebec.ca)

### Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval.  
Organisation des services pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie –  
Rapport d'évaluation préparé par Sylvain L'Espérance, Brigitte Larocque et Marc Rhainds (UETMIS 06-24)  
Québec, 2024, XVIII- 86 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.



Reproduction en tout ou en partie et distribution non commerciale permise, en mentionnant la source :

CHU de Québec-Université Laval.  
Aucune modification autorisée. ©CHU de Québec-Université Laval, 2024

Dépôt légal :  
Bibliothèque nationale du Québec 2024  
Bibliothèque nationale du Canada 2024  
ISBN 978-2-925409-05-2 (PDF).

## MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- **M<sup>me</sup> Stéphanie Bouchard**, cheffe d'unité (par intérim), Bloc opératoire, salle de réveil, chirurgie d'un jour et clinique préopératoire, Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval (CHUL), CHU de Québec-Université Laval
- **M. Daniel Bussière**, directeur adjoint à la logistique — Volet hôtellerie, buanderie, approvisionnements et transports; CISSS de la Côte-Nord
- **M. Émile Charest**, gestionnaire du bloc opératoire, de l'inhalothérapie et des cliniques spécialisées, CISSS de la Gaspésie
- **Dr Mathieu Côté**, médecin otorhinolaryngologiste (ORL), L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), CHU de Québec-Université Laval
- **Dr Chadi Farah**, médecin ORL et Chirurgie Cervico-Faciale - ORL pédiatrique, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, Hôpital de Sept-Îles
- **Dr Philippe Lachance**, médecin – anesthésiologiste, CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Julie Maranda**, adjointe à la directrice, volet trajectoire de soins, Direction chirurgie et périopératoire, CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Jessie Pelletier**, conseillère cadre qualité et gestion des risques, Direction de la qualité, de l'évaluation, et de l'éthique (DQEE), CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Catherine Pépin**, conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés pour la clientèle jeunesse et le volet de l'étendue de la pratique infirmière, Direction des soins infirmiers, CISSS de Chaudière-Appalaches
- **Dr<sup>e</sup> Marie-Claude Savage**, médecin ORL, CISSS de la Gaspésie
- **M<sup>me</sup> Sylvie Tapp**, agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP), DQEE, CHU de Québec-Université Laval

## AUTRES COLLABORATEURS

- **Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec**
- **M<sup>me</sup> Lynda Bélanger**, psychologue, responsable du BEEPP, DQEE, CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Diane Bellefleur**, agente de liaison responsable et coordonnatrice régionale, services aux patients (SAP), Mamit Innuat
- **Dr<sup>e</sup> Marisol Carignan**, médecin ORL et chirurgienne cervico-faciale, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de Thetford Mines
- **M<sup>me</sup> Marjolaine Chaussé**, cheffe de service réception, accueil et archives Baie-Comeau et Sept-Îles, CISSS de la Côte-Nord
- **M<sup>me</sup> Vanessa Couture**, cheffe de service Planification chirurgicale et clinique préopératoire, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital-Dieu de Lévis
- **M. Yvan Dumaresq**, chef des services de l'accueil et de la centrale des rendez-vous, des archives et de la radiologie, CISSS de la Gaspésie - Réseau local de services (RLS) Côte-de-Gaspé
- **M<sup>me</sup> Cynthia Fillion**, infirmière – Chirurgie d'un jour, CISSS de la Côte-Nord, Hôpital de Sept-Îles
- **M. Patrick Gauvreau**, chef des services de l'accueil et de la centrale des rendez-vous, des archives et de la radiologie, CISSS de la Gaspésie –RLS Baie-des-Chaleurs
- **Dr Francis Gilbert**, médecin ORL et chirurgien cervico-facial, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital-Dieu de Lévis
- **M<sup>me</sup> Marie-Pier Lafrance**, coordonnatrice clinico-administrative, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital-Dieu de Lévis, secteur Alphonse-Desjardins
- **M<sup>me</sup> Marie-Ève Laroche**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique (DPVDTN), CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Sonia Leblanc**, cheffe d'unités soins spécialisées, Bloc opératoire, chirurgie d'un jour, endoscopie, planification chirurgicale et unité de retraitement des dispositifs médicaux, Hôpital de Montmagny, CISSS de Chaudière-Appalaches
- **Dr Antony Lemaire-Lambert**, médecin ORL surspécialisé en pédiatrie, service d'ORL, CHU de Québec-Université Laval, CHUL
- **M<sup>me</sup> Dominique L'Heureux**, assistante-infirmière-chef (par intérim), clinique de soins ambulatoires d'ORL, CHU de Québec-Université Laval
- **M<sup>me</sup> Marilyn Mailhot**, cheffe de service bloc opératoire, salle de réveil, planification chirurgicale, clinique préopératoire, chirurgie d'un jour, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de Thetford Mines
- **M<sup>me</sup> Marie-Hélène Marquis**, cheffe d'unité par intérim, Chirurgie-cardiologie pédiatrique 0-17 ans, CHU de Québec-Université Laval
- **Dr<sup>e</sup> Lily HP Nguyen**, médecin ORL, Hôpital de Montréal pour enfants
- **Dr<sup>e</sup> Anne-Sophie Prévost**, médecin ORL, CISSS de l'Estrie-CHUS
- **M. Marc-Antoine Rioux**, chef de service bloc opératoire - cliniques externes, CISSS de la Gaspésie, Hôpital de Maria
- **M<sup>me</sup> Sarah-Émy Roy**, cheffe par intérim des services périopératoires, secteur Beauce, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôpital de St-Georges
- **M<sup>me</sup> Julie Sim**, cheffe de service – Bloc opératoire et accès à la chirurgie, CISSS de la Côte-Nord, Hôpital Le Royer
- **Services des archives des CISSS de la Gaspésie, de la Côte-Nord et de Chaudière-Appalaches**

## **CONSULTATIONS**

- **M<sup>me</sup> Éloïse Carré**, agente de liaison autochtone, CISSS de la Côte-Nord
- **M<sup>me</sup> Connie Jacques**, présidente-directrice générale adjointe, CISSS de la Gaspésie
- **M<sup>me</sup> Andrée Paul**, agente de liaison - Dossiers autochtones, CHU de Québec-Université Laval
- **Représentants du Regroupement Mamit Innuat**
- **Représentants du Regroupement des Centres d'Amitié Autochtone du Québec**
- **M. Gino-Pierre Wapistan**, navigateur d'usagers des communautés autochtones, CHU de Québec-Université Laval

## **FINANCEMENT**

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMIS.

## AVANT-PROPOS

---

L'UETMIS du CHU de Québec-Université Laval a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

### LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS

#### Présidente :

M<sup>me</sup> Marie-Claude Michel, Programme de gestion thérapeutique des médicaments

#### Membres :

M. Mario Blais – Direction des services professionnels et des affaires médicales (DSPAM)

Dr Eric Camiré, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

M<sup>me</sup> Christine Danjou – Direction des soins infirmiers (DSI)

D<sup>re</sup> Anne Desjardins – Microbiologie-infectiologie – Programme de prévention et contrôle des infections

M<sup>me</sup> Marie-Frédérique Fournier – Chirurgie – Direction chirurgie et périopératoire

M<sup>me</sup> Fanny Gagnon-Thiboutot – Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

M<sup>me</sup> Alexandra Gaudreau-Morneau – Conseil multidisciplinaire

M<sup>me</sup> Marie-Ève Monfette – Direction des services multidisciplinaires (DSM)

M. François Pouliot – Éthique clinique – Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique (DQEE)

M<sup>me</sup> Martine Richard – Patient partenaire

M. David Simonyan – Plateforme de recherche clinique et évaluative (PRCE) – Direction de la recherche (DR)

M<sup>me</sup> Michèle Touzin – Service-conseil génie biomédical (SCGBM) – Direction des services techniques (DST)

M<sup>me</sup> Sylvie Tapp – Module qualité, partenariats et expérience patient (DQEE)

### L'ÉQUIPE DE L'UETMIS

M<sup>me</sup> Geneviève Asselin, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Martin Bussièrès, agent de planification, de programmation et de recherche

M<sup>me</sup> Sylvine Carrondo Cottin, agente de planification, de programmation et de recherche

M<sup>me</sup> Renée Drolet, agente de planification, de programmation et de recherche

M<sup>me</sup> Isabelle Jacques, adjointe au directeur – Évaluation et éthique, DQEE

M<sup>me</sup> Brigitte Larocque, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Sylvain L'Espérance, conseiller cadre en pertinence clinique

D<sup>re</sup> Alice Nourissat, médecin-conseil en ETMIS

Dr Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

M<sup>me</sup> Nancy Roger, agente administrative, module Évaluation et éthique, DQEE

Ce document présente les informations répertoriées au 12 avril 2024, selon la méthodologie de recherche documentaire développée, pour les volets concernant les recommandations des pratiques cliniques, l'efficacité de modèles d'organisation des services et l'expérience vécue par la clientèle. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec-Université Laval, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, le CHU de Québec-Université Laval, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus

responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

### **DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par les membres du groupe de travail.



## SOMMAIRE

---

L'amygdalectomie est une chirurgie fréquente, particulièrement en pédiatrie. Différentes complications postopératoires le plus souvent mineures peuvent survenir après une amygdalectomie, mais des événements rares et plus graves, tels que des saignements, peuvent compromettre les voies aériennes et même dans certains cas entraîner un décès. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) a été sollicitée afin de déterminer quelles modalités d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière devraient être privilégiées pour assurer la sécurité des adultes et des enfants après une amygdalectomie. L'évaluation a été réalisée en collaboration avec le CHU de Québec-Université Laval, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, le CISSS de la Côte-Nord et le CISSS de la Gaspésie.

L'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires après une amygdalectomie a fait l'objet de peu de recommandations de bonnes pratiques cliniques. Ces recommandations ciblent la clientèle pédiatrique et portent essentiellement sur l'enseignement aux patients et à leurs proches, la prévention, l'identification et la conduite à tenir en présence de complications postopératoires. Selon un organisme, la période de surveillance après l'amygdalectomie devrait se dérouler à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours. L'efficacité et la sécurité de l'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie ont été évaluées dans peu d'études et les résultats ne permettent pas de déterminer si un modèle est à privilégier. Cependant, des suivis téléphoniques effectués par une infirmière durant la période de convalescence pourraient contribuer à diminuer la survenue de symptômes et le nombre de consultations médicales de même qu'améliorer l'expérience patient vécue durant cette période difficile au plan émotionnel et source d'anxiété pour certains parents.

Les pratiques relatives à la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie dans les établissements de santé participant au projet et dans d'autres établissements au Québec ne sont pas uniformes et dépendent des contextes de soins et des ressources médicales disponibles sur leur territoire respectif. Les consignes pour la majorité des patients sont de demeurer à une distance de route de 30 à 60 minutes d'un hôpital avec un service de garde en oto-rhino-laryngologie ou une urgence pour une période de 6 à 10 jours. Un suivi téléphonique est réalisé dans les 24-48 heures suivant l'intervention pour près du tiers des établissements sondés. Dans les établissements participant au projet, la période de convalescence après une amygdalectomie est globalement qualifiée par les patients et les parents d'expérience positive, bien qu'elle soit une source d'anxiété pour certains. Elle est aussi associée à des coûts significatifs, les pertes en salaire constituant les principaux frais rapportés par la clientèle adulte opérée.

Considérant ces éléments, il est recommandé aux directions responsables de la chirurgie dans les établissements de santé participant aux présents travaux de privilégier une approche personnalisée et centrée sur le patient pour déterminer les modalités de surveillance visant à assurer une période de convalescence sécuritaire après une amygdalectomie. Une durée d'une dizaine de jours est suggérée pour la période de surveillance extrahospitalière. De plus, la décision quant à la proximité d'un milieu de soins et aux autres modalités de surveillance durant la convalescence devrait être partagée entre le chirurgien et le patient (ou ses proches) et reposer sur l'évaluation de divers paramètres spécifiques au contexte individuel, de soins et des ressources médicales disponibles sur le territoire.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

AAO-HNSF	<i>American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation</i>
AOS	Apnée obstructive du sommeil
BEEPP	Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
DPVDTN	Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique organisationnelle
DQEE	Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HME	Hôpital de Montréal pour enfants
L'HDQ	L'Hôtel-Dieu de Québec
MED ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
ORL	Otorhinolaryngologiste
RUISSSUL	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval
SFORL	Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

## TABLE DES MATIÈRES

---

AVANT-PROPOS.....	VII
SOMMAIRE.....	IX
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	X
TABLE DES MATIÈRES.....	XI
LISTE DES ANNEXES.....	XIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES.....	XIV
RÉSUMÉ.....	XV
1. INTRODUCTION.....	1
2. INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	2
2.1 L'amygdalectomie.....	2
2.1.1 Indications cliniques et incidence.....	2
2.1.2 Techniques et instruments chirurgicaux pour la réalisation des amygdalectomies.....	2
2.1.3 Complications postopératoires des amygdalectomies.....	3
2.2 Modalités de surveillance postamygdalectomie.....	4
2.3 Modèle logique.....	4
3. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	6
3.1 Question décisionnelle.....	6
3.2 Questions d'évaluation.....	6
4. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	7
4.1 Recherche documentaire.....	7
4.1.1 Sélection des publications et évaluation de la qualité méthodologique.....	7
4.1.2 Extraction des données.....	8
4.2 Description des pratiques actuelles au CHU de Québec et dans les CISSS de Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord et de la Gaspésie.....	9
4.2.1 Collecte de données auprès des parties prenantes.....	9
4.2.2 Données sur les amygdalectomies issues des bases de données clinico-administratives.....	9
4.2.3 Évaluation de l'expérience patient.....	9
4.3 Description des pratiques de surveillance extrahospitalière postamygdalectomie ailleurs au Québec.....	10
4.3.1 Sondage sur les pratiques des médecins ORL du Québec.....	10
4.3.2 Enquête dans d'autres centres hospitaliers universitaires du Québec.....	11
4.4 Analyse des données probantes et développement des recommandations.....	11
4.5 Révision.....	11
4.6 Modifications au plan d'évaluation.....	11
5. RÉSULTATS.....	13

5.1	Guide de pratiques cliniques et consensus d'experts .....	14
5.1.1	Recommandations pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie .....	14
5.1.2	Sommaire et appréciation des guides de pratiques et consensus d'experts .....	15
5.2	Études originales portant sur différents modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postamygdalectomie .....	16
5.2.1	Étude sur la surveillance postamygdalectomie en milieu rural .....	16
5.2.2	Études portant sur les suivis téléphoniques pour la surveillance postopératoire des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie .....	17
5.2.3	Sondages de pratiques .....	23
5.2.4	Expérience patient .....	25
5.2.5	Protocoles d'études en cours .....	27
5.2.6	Sommaire et appréciation des études sur l'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie .....	28
5.3	Description des ressources et des pratiques de surveillance postamygdalectomie aux CHU de Québec, CISSS de Chaudière-Appalaches, CISSS de la Côte-Nord et CISSS de la Gaspésie .....	29
5.4	Amygdalectomies et ressources médicales dans les 30 jours suivant l'intervention au CHU de Québec, CISSS de Chaudière-Appalaches, CISSS de la Côte-Nord et CISSS de la Gaspésie .....	35
5.4.1	Amygdalectomies réalisées et clientèles .....	35
5.4.2	Consultations médicales, réadmissions et reprises de l'hémostase .....	36
5.5	Sondage auprès des médecins ORL du Québec.....	37
5.5.1	Description des pratiques .....	37
5.5.2	Sommaire et appréciation du sondage auprès des médecins ORL du Québec .....	41
5.6	Enquête d'expérience patient .....	41
5.6.1	Description des répondants .....	41
5.6.2	Préparation à la chirurgie .....	42
5.6.3	Consignes reçues au départ de l'hôpital .....	43
5.6.4	Recours à des services de santé durant la période de convalescence .....	43
5.6.5	Impacts personnels et familiaux de la période de convalescence suivant une amygdalectomie .....	43
5.6.7	Sommaire et appréciation de l'enquête d'expérience patient .....	46
5.7	Enquête dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec.....	46
5.7.1	CIUSSS de l'Estrie-CHUS .....	47
5.7.2	Hôpital de Montréal pour Enfants du Centre universitaire de santé McGill .....	47
5.7.3	CHU Sainte-Justine .....	48
6.	DISCUSSION.....	50
6.1.1	L'efficacité et la sécurité de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie sont peu documentées .....	50
6.1.2	La surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie : des organisations de services variées .....	51
6.1.3	L'expérience des patients et familles pendant la surveillance extrahospitalière postamygdalectomie : des pistes d'amélioration possibles .....	53
7.	RECOMMANDATION .....	55
8.	CONCLUSION .....	59
	ANNEXES.....	60
	RÉFÉRENCES.....	83

## LISTE DES ANNEXES

---

ANNEXE 1. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES .....	60
ANNEXE 2. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE.....	64
ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS .....	66
ANNEXE 4. LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES ET RAISONS D'EXCLUSION .....	67
ANNEXE 5. CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE AVEC LES DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTICIPANTS DU RUISSSUL (CISSS DE LA GASPÉSIE, DE LA CÔTE-NORD, CHAUDIÈRE-APPALACHES ET CHU DE QUÉBEC).....	70
ANNEXE 6. QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DU SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT .....	72
ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE DE SONDAGE DE PRATIQUES CLINIQUES DES MÉDECINS ORL DU QUÉBEC RELATIVES À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE DES ADULTES ET ENFANTS AYANT EU UNE AMYGDALECTOMIE .....	79

## LISTE DES TABLEAUX

---

TABLEAU 1. CRITÈRES DE SÉLECTION DES DOCUMENTS.....	8
TABLEAU 2. RÉSULTATS SUR LE NOMBRE D'ENFANTS AYANT REÇU CINQ DOSES OU PLUS D'ANALGÉSIIQUES DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE DANS L'ECR DE PAQUETTE <i>ET AL.</i> (2013) .....	18
TABLEAU 3. RÉSULTATS SUR LES TAUX DE COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE CHEZ DES ENFANTS RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE PAQUETTE <i>ET AL.</i> (2013).....	19
TABLEAU 4. RÉSULTATS SUR LE NIVEAU MOYEN DE DOULEUR RESSENTIE ET LE NOMBRE MOYEN DE MÉDICAMENTS ANALGÉSIIQUES ADMINISTRÉS À DES ENFANTS DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE XIN <i>ET AL.</i> (2019) .....	20
TABLEAU 5. RÉSULTATS SUR LES TAUX DE COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE CHEZ DES ENFANTS RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE XIN <i>ET AL.</i> .....	21
TABLEAU 6. RÉSULTATS SUR LE NIVEAU MOYEN DE CONNAISSANCES, D'ANXIÉTÉ ET D'ADHÉSION AUX CONSIGNES PENDANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE AVANT ET APRÈS L'INTERVENTION RAPPORTÉE DANS L'ÉTUDE DE YU <i>ET AL.</i> (2019).....	23
TABLEAU 7. RÉSULTATS SUR LA FRÉQUENCE MOYENNE DE SAIGNEMENTS SECONDAIRES ET L'INTENSITÉ MOYENNE DE LA DOULEUR POSTAMYGDALECTOMIE RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE YU <i>ET AL.</i> (2019).....	23
TABLEAU 8. PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LES PRATIQUES DES ORL EN AUSTRALIE ET NOUVELLE-ZÉLANDE RELATIVES À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE APRÈS UNE AMYGDALECTOMIE RAPPORTÉE DANS L'ÉTUDE D'ANNING <i>ET AL.</i> (2021) .....	25
TABLEAU 9. NOMBRE D'AMYGDALECTOMIES AVEC OU SANS ADÉNOÏDECTOMIE RÉALISÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUISSSUL PARTICIPANTS DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023 SELON LA POPULATION ADULTE/ENFANT ET LA DISTANCE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	36
TABLEAU 10. DISTRIBUTION DE FRÉQUENCES DES RESSOURCES MÉDICALES CONSOMMÉES DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA CHIRURGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUISSSUL PARTICIPANTS DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023 .....	37
TABLEAU 11. DISTRIBUTION DE FRÉQUENCES DES MÉDECINS ORL AYANT RÉPONDU AU SONDAGE SUR LES PRATIQUES CLINIQUES DE SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE POSTAMYGDALECTOMIE PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE.....	38

TABLEAU 12. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE LIEU DE RÉSIDENCE POUR LA CONVALESCENCE, LA DISTANCE ET LA DURÉE À PROXIMITÉ D'UN CENTRE HOSPITALIER SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SELON LES RÉPONDANTS AU SONDRAGE (N = 33).....	39
TABLEAU 13. MODALITÉS DE SUIVI POSTOPÉRAIRE APRÈS UNE AMYGDALECTOMIE SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE RAPPORTÉE PAR LES RÉPONDANTS AU SONDRAGE .....	40
TABLEAU 14. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES OPÉRÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET PARTICIPANT À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT .....	42
TABLEAU 15. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT CONCERNANT L'IMPLICATION, LE RESPECT DES VALEURS ET L'INFORMATION REÇUE.....	43
TABLEAU 16. IMPACT FINANCIER DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE À LA SUITE D'UNE AMYGDALECTOMIE RAPPORTÉ PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT .....	44
TABLEAU 17. IMPACT DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ RESENTI PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT (N = 52).....	45
TABLEAU 18. IMPACT DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SUR LA VIE FAMILIALE DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT .....	46

## LISTE DES FIGURES

---

FIGURE 1. ANATOMIE DE LA CAVITÉ BUCCALE.....	2
FIGURE 2. MODÈLE LOGIQUE RELATIF À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE DES ADULTES ET DES ENFANTS AYANT EU UNE AMYGDALECTOMIE.....	5
FIGURE 3. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS.....	13
FIGURE 4. FRAIS RAPPORTÉS PAR LES ADULTES (N = 9) ET LES PARENTS D'ENFANTS (N = 16) AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT ET AYANT DÉFRAYÉ PLUS DE 100\$ DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE .....	45

## RÉSUMÉ

---

### INTRODUCTION

L'amygdalectomie est une intervention courante et sécuritaire, bien que des complications respiratoires, infectieuses et hémorragiques graves, mais peu fréquentes, soient possibles. Ces dernières doivent être détectées précocement et prises en charge dans les meilleurs délais possibles puisqu'elles peuvent compromettre les voies respiratoires, voire causer le décès du patient. La majorité des amygdalectomies sont réalisées en mode ambulatoire et la période de convalescence se déroule au domicile du patient qui doit pour lui-même, ou un parent dans le cas d'un enfant opéré, surveiller la survenue de symptômes ou complications postopératoires. L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) a été sollicitée par le service d'oto-rhino-laryngologie afin d'examiner les modalités d'organisation des soins et services de surveillance extrahospitalière pour assurer la sécurité des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. L'évaluation a été réalisée en collaboration avec quatre établissements membres de la table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL), le CHU de Québec, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, le CISSS de la Côte-Nord et le CISSS de la Gaspésie.

### QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelle est l'organisation des services à privilégier pour la surveillance extrahospitalière des adultes ou des enfants ayant eu une amygdalectomie dans les établissements de santé participants du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval ?

### MÉTHODOLOGIE

Une revue systématique de la littérature scientifique publiée en français ou en anglais entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 12 avril 2024 a été effectuée dans plusieurs bases de données bibliographiques et dans la littérature grise afin d'identifier les guides de pratiques, les études de synthèse et les études originales portant sur les modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants et la prise en charge des complications après une amygdalectomie ainsi que sur l'expérience vécue par la clientèle durant cette période. Les principaux indicateurs de résultats sont les complications postopératoires, les consultations à l'urgence ou en oto-rhino-laryngologie, les réadmissions, les réopérations, les décès et l'expérience vécue par les patients et leurs proches durant la période de surveillance après l'amygdalectomie. Des entretiens semi-dirigés (n = 14) ont été réalisés entre décembre 2022 et mars 2023 auprès de différentes parties prenantes des établissements du RUISSSUL participant au projet afin de décrire les activités reliées à la planification, au déroulement et à l'organisation de la surveillance extrahospitalière après l'intervention. Ces informations ont aussi été recueillies entre le 28 juillet et le 27 septembre 2023 auprès d'ORL de l'Hôpital de Montréal pour Enfants du Centre universitaire de santé McGill, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Les agents de liaison autochtone des établissements participant au projet ont été consultés pour documenter les ressources mises à la disposition des personnes issues des communautés autochtones lorsque des soins de santé doivent être obtenus à l'extérieur de leur communauté et pour la surveillance postopératoire après une amygdalectomie. Le nombre d'adultes et d'enfants ayant subi une amygdalectomie entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023 a été extrait de la base de données Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED ÉCHO) par la Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique du CHU de Québec et par les services des archives des CISSS participant au projet. Les complications postopératoires, les consultations à l'urgence ou à la clinique d'oto-rhino-laryngologie, les réadmissions, les reprises de l'hémostase et les décès dans les 30 jours suivant l'amygdalectomie ont aussi été recueillis. Un sondage a été réalisé en ligne entre le 15 mars et le 15 avril 2023 auprès des médecins ORL membres de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec dans l'objectif

de décrire les pratiques relatives à la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie et d'identifier les enjeux associés à ces pratiques. Une enquête visant à documenter l'expérience vécue par les patients et leurs proches durant la période de convalescence après une amygdalectomie a été réalisée dans les quatre établissements du RUISSSUL participant au projet en collaboration avec le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) du CHU de Québec. Entre le 24 avril et le 15 novembre 2023, 41 patients ou parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie dans l'un ou l'autre des établissements participant au sondage ont complété le questionnaire en ligne à cet effet.

## RÉSULTATS

Les données issues des différentes sources de données ont été analysées afin de répondre aux questions d'évaluation suivantes :

### **1. Quelles sont les recommandations de bonnes pratiques cliniques pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie ?**

Aucune recommandation pour la surveillance extrahospitalière spécifique à la réalisation d'amygdalectomies pour la clientèle adulte n'a été identifiée. Des directives pour encadrer la réalisation d'amygdalectomies en pédiatrie ont été émises dans deux guides de pratiques cliniques et deux consensus d'experts. Les recommandations émises dans ces guides traitent essentiellement de l'enseignement aux patients et à leurs proches, incluant des pistes pour la prévention, l'identification et la conduite à tenir en présence de complications postopératoires. Quant à l'organisation des services médicaux pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires, peu de recommandations sont disponibles. Un organisme mentionne de réaliser un appel de suivi le lendemain de la chirurgie et un autre de documenter la survenue de saignements primaires et secondaires. La durée ou le lieu de la surveillance extrahospitalière après l'amygdalectomie n'ont pas fait non plus l'objet de directive précise, à l'exception du Ministère de la Santé en Ontario qui recommande aux familles de demeurer à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours.

### **2. Quelles sont les caractéristiques des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications après une amygdalectomie ?**

Dans les études sur la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie, les modèles d'organisation des services sont en général peu décrits. Dans une étude réalisée en milieu rural en Australie, différentes mesures de mitigation des risques étaient implantées, soit la restriction des amygdalectomies aux enfants de plus de 2 ans sans comorbidité grave ou apnée obstructive du sommeil modérée ou grave, l'hospitalisation pour une nuit après la chirurgie, la présence dans l'établissement d'un chirurgien et d'un anesthésiologiste durant les premiers 24 heures après l'opération et l'obligation de demeurer à moins de 30 minutes de route d'une urgence pour une période de 2 semaines. L'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie dans les établissements de santé du RUISSSUL participant au projet est variable et dépendante des contextes de soins et des ressources médicales disponibles sur leur territoire respectif. Trois des quatre établissements recommandent aux patients ou familles de demeurer après l'amygdalectomie à moins de 60 minutes d'un hôpital avec une garde en otorhinolaryngologie pour une période de 10 à 14 jours alors que dans l'autre, le patient retourne après une hospitalisation d'une nuit pour observation à son domicile si ce dernier se trouve à plus d'une demi-heure de route de l'hôpital. Dans un des établissements de santé participants, tous les patients sont revus à la fin de la période de convalescence. Diverses mesures ont été mises en place dans un établissement pour assurer la prise en charge des complications postopératoires. Ainsi, un suivi téléphonique est systématiquement réalisé dans les 24 à 48 heures suivant l'intervention et des formations ont été développées afin d'habiliter les urgentologues et médecins généralistes de la région à prendre en charge les complications postopératoires. Les pratiques de surveillance après une amygdalectomie rapportée par les médecins ORL au Québec qui ont répondu au sondage (n = 41) ne sont pas non plus uniformes quant à la durée de la convalescence, la proximité d'un milieu de soins durant la convalescence et la réalisation de suivis téléphoniques durant cette période. Selon les résultats de l'enquête de pratiques réalisée, 70 % des ORL



préconisent néanmoins une durée de convalescence de 6 à 10 jours; 80 % demandent aux patients de rester près d'un hôpital avec un service de garde en oto-rhino-laryngologie, d'une urgence disponible 24/7 ou encore de l'hôpital où s'est déroulée l'intervention. Un suivi téléphonique dans les 24-48 heures suivant l'intervention serait réalisé par environ le quart des établissements des ORL répondants.

### **3. Quelle est l'efficacité des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires associées aux amygdalectomies chez les adultes et les enfants?**

Peu de données sont disponibles pour évaluer l'efficacité des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie et aucune étude chez des adultes n'a été identifiée. Deux études ont porté spécifiquement sur l'évaluation de suivis téléphoniques réalisés par une infirmière, généralement de quatre à cinq fois durant la période de convalescence, auprès de parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie. Les résultats indiquent une diminution de la survenue de certaines complications (nausées, vomissements, déshydratation) et des consultations médicales dans les groupes exposés à cette intervention. Les résultats d'une autre étude sur l'envoi automatisé de messages textes quotidiennement durant la période de convalescence suggèrent une meilleure adhésion des enfants aux consignes à respecter et un niveau élevé de satisfaction des familles ayant bénéficié de l'intervention. Selon les auteurs d'une quatrième étude ayant comparé des suivis effectués par des ORL soit par téléphone ou en clinique, un appel téléphonique après une amygdalectomie constitue un mode sécuritaire de suivi et satisfaisant pour les familles et les cliniciens. Par contre, l'impact de ces suivis sur la gestion de la douleur et les taux de complications postopératoires demeure incertain selon deux études. Les résultats de l'étude australienne sur l'évaluation de réaliser des amygdalectomies dans un hôpital en région rurale suggèrent que la surveillance extrahospitalière serait sécuritaire en limitant la chirurgie aux enfants âgés de plus de deux ans et en implantant différentes mesures de mitigation des risques précédemment décrites.

Parmi les limites à prendre en considération, mentionnons que les résultats sur les complications postopératoires après une amygdalectomie issue d'études plus anciennes pourraient ne pas refléter l'impact de techniques chirurgicales actuelles, comme la dissection intracapsulaire. Par ailleurs, les taux de consultations à l'urgence dans les 30 jours suivant l'amygdalectomie varient de 16 à 28 % dans les établissements de santé du RUISSSUL participant au projet. Les raisons de consultation à l'urgence suggèrent de plus que certaines complications observées sont potentiellement évitables (nausées, vomissements, douleur, fièvre). Des pistes pour l'amélioration des services, telles que l'amélioration des guides d'enseignement, ont été soulevées lors des entretiens avec les différentes parties prenantes des établissements participants. La formation des chirurgiens généraux en région et des ambulanciers pour les transferts vers les milieux hospitaliers et la prise en charge des hémorragies a notamment été proposée afin d'améliorer la sécurité de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie.

### **4. Quelle est l'expérience vécue par les adultes, les enfants et leurs familles concernant la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie ?**

Aucune étude portant sur l'expérience vécue pendant la période de surveillance extrahospitalière par des adultes ayant subi une amygdalectomie n'a été identifiée. Trois études qualitatives sur l'expérience vécue par des parents durant la période de convalescence de leur enfant après une amygdalectomie ont cependant été recensées. Les résultats de ces études suggèrent que la convalescence des enfants à la maison constitue une expérience pouvant être difficile au plan émotionnel et source de détresse pour certains parents. Les suivis téléphoniques et l'envoi de messages textes durant cette période sont appréciés des parents et pourraient contribuer à réduire l'anxiété et améliorer la confiance des parents dans leur capacité à prendre soin de leur enfant.

Au total, 52 patients opérés pour une amygdalectomie (n = 17) ou parents d'enfants opérés (n = 35) dans les établissements de santé du RUISSSUL impliqués dans le projet ont participé à l'enquête d'expérience patient. Les répondants ont rapporté qu'eux-mêmes et leurs proches avaient pu prendre part aux décisions concernant la réalisation de l'amygdalectomie et que ces décisions respectaient leurs valeurs personnelles et culturelles. L'information transmise au sujet des symptômes à

surveiller a été qualifiée de suffisamment claire par une majorité des répondants qui ont également affirmé savoir qui contacter en cas de questions ou d'inquiétudes durant la période de convalescence. La majorité des personnes ayant eu recours à un service de soins de santé pendant la période de convalescence ont mentionné que le service obtenu avait répondu à leurs besoins, bien que certaines (n = 4) ont jugé que le service reçu n'avait pas ou peu répondu à leurs besoins. La période de convalescence après une amygdalectomie a cependant été une source d'anxiété, particulièrement pour les adultes opérés. L'impact financier mesuré par le niveau de frais encourus était également plus élevé pour ces derniers, le coût médian pour les personnes ayant déboursé plus de 100 \$ s'élevant à 1 773 \$ pour les adultes opérés comparativement à 500 \$ pour les parents d'enfants opérés. Les pertes en salaire constituent les principaux frais rapportés par ces répondants.

## **DISCUSSION**

L'analyse et l'appréciation des données recueillies dans le cadre de cette évaluation de même que les échanges avec les membres du groupe de travail ont mené aux constats suivants :

- 1. L'efficacité et la sécurité de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie sont peu documentées.**
- 2. La surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie : des organisations de services variées.**
- 3. L'expérience des patients et familles pendant la surveillance extrahospitalière postamygdalectomie : des pistes d'amélioration possibles.**

## **RECOMMANDATION**

Il est recommandé aux directions responsables de la chirurgie dans les établissements de santé participant aux présents travaux de privilégier une approche personnalisée et centrée sur le patient pour déterminer les modalités de surveillance visant à assurer une période de convalescence sécuritaire après une amygdalectomie.

Il apparaît raisonnable de suggérer une surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie d'une durée d'une dizaine de jours. Cependant, la prise de décision quant à la proximité d'un milieu de soins et aux autres modalités de surveillance durant la convalescence devrait reposer sur un processus de prise de décision éclairée et partagée entre le chirurgien et le patient (ou les parents d'un enfant opéré) de même que sur l'évaluation des facteurs de risque individuel de complications postopératoires, le déroulement de l'intervention et de la période postopératoire immédiate, la situation psychosociale, le niveau d'anxiété des patients et de leurs proches, le contexte de soins et des ressources médicales disponibles sur le territoire. Un outil d'aide à la décision pourrait être développé afin de documenter les risques de complications postopératoires et les modalités de surveillance extrahospitalière mises en place.

## **CONCLUSION**

Les décideurs de quatre établissements de santé du RUISSSUL ont sollicité un avis de la part de l'UETMIS du CHU de Québec sur l'organisation des services à privilégier pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. Les données issues de la littérature recueillies dans le cadre de la présente évaluation pour orienter la prise de décision sur un modèle d'organisation des services ou les mesures de mitigation des risques à mettre en place durant la période de convalescence des amygdalectomies sont limitées. Néanmoins, des suivis téléphoniques répétés durant cette période pourraient contribuer à diminuer la survenue de certaines complications et des consultations médicales. Bien que les modalités de surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie sont dépendantes des contextes de soins et des ressources médicales disponibles dans chacun des établissements de santé, des pistes d'amélioration sont proposées en misant sur une approche personnalisée et répondant aux besoins et attentes des patients et de leurs proches.

## 1. INTRODUCTION

---

L'amygdalectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer les amygdales en disséquant l'espace périamygdalien entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire [1]. Au Québec, approximativement 10 000 amygdalectomies avec ou sans adénoïdectomies sont réalisées annuellement [2]. De ce nombre, environ 80 % des interventions sont réalisées chez les enfants, notamment dans le cadre d'une chirurgie d'un jour [3].

Bien que la plupart des amygdalectomies se déroulent sans complications périopératoires, cette intervention chirurgicale n'est pas sans risque. En effet, divers événements indésirables mineurs tels que des nausées, des vomissements ou de la douleur peuvent survenir après la chirurgie. De plus, quoique plus rares, des complications plus sérieuses, notamment des hémorragies, des complications respiratoires, des infections ou de la déshydratation peuvent également survenir [4, 5]. Ces complications, notamment les hémorragies sévères, peuvent être fatales pour la personne ayant été opérée si elles ne sont pas prises en charge rapidement. Au Québec, afin d'assurer un retour à la maison sécuritaire pour les patients ayant eu une amygdalectomie, il est généralement recommandé aux patients de surveiller la présence de saignement, de fièvre, de déshydratation ou de problèmes respiratoire pendant une période de dix jours. Durant cette période, il peut également être demandé aux patients de demeurer à proximité d'un centre hospitalier capable de prendre en charge rapidement les complications postopératoires possibles.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval (ci-après CHU de Québec) a été sollicitée par un médecin du service d'oto-rhino-laryngologie afin d'examiner quelles modalités d'organisation des soins et services seraient optimales pour assurer la surveillance extrahospitalière sécuritaire des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. À la suite d'une sollicitation des membres de la table en ETMISS du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (ci-après RUISSSUL), trois établissements ont également manifesté leur intérêt à participer à cette évaluation. Il s'agit du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, du CISSS de la Côte-Nord et du CISSS de la Gaspésie.

## 2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

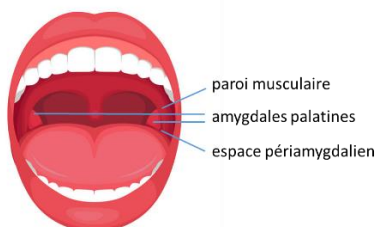
---

### 2.1 L'amygdalectomie

#### 2.1.1 Indications cliniques et incidence

L'amygdalectomie est une intervention chirurgicale qui vise à réaliser, sous anesthésie générale, une exérèse des amygdales palatines, en disséquant l'espace périamygdalien entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire (Figure 1) [6]. Selon le contexte médical, cette intervention peut être effectuée avec le retrait des végétations adénoïdes (adénoïdectomie) lorsque ces dernières gênent fortement la respiration nasale et sont associées à une otite chronique séreuse ou à une rhinopharyngite récidivante [7]. L'amygdalectomie est une des interventions chirurgicales les plus fréquentes dans le monde, notamment chez les enfants [8]. Au Québec, approximativement 10 000 amygdalectomies avec ou sans adénoïdectomies sont réalisées annuellement [3]. L'amygdalectomie est principalement effectuée en pédiatrie pour traiter les troubles obstructifs du sommeil tels que l'apnée obstructive du sommeil (AOS) causée par l'hypertrophie des amygdales et l'amygdalite chronique. Les autres indications cliniques de l'amygdalectomie incluent le traitement de l'amygdalite aiguë récidivante (angine), des abcès périamygdaliens ou encore une pathologie néoplasique, telle qu'un lymphome de l'amygdale. La pharyngite aiguë récidivante et l'amygdalite chronique sont les indications les plus courantes chez l'adulte [7]. Bien que l'amygdalectomie ne soit pas un traitement de première intention de l'AOS pour la plupart des adultes, cette approche chirurgicale est généralement combinée à une uvulopalatopharyngoplastie (chirurgie pour enlever ou remodeler des tissus dans la gorge) lorsque cette option est envisagée [9].

**FIGURE 1. ANATOMIE DE LA CAVITÉ BUCCALE**



Source : illustration libre de droits, iStock™

#### 2.1.2 Techniques et instruments chirurgicaux pour la réalisation des amygdalectomies

Les amygdalectomies peuvent être pratiquées en retirant totalement les amygdales (dissections extracapsulaires) ou en réduisant leur volume (dissections intracapsulaires ou partielles), c'est-à-dire en conservant la capsule et en épargnant l'arborescence des vaisseaux sanguins. Les dissections intracapsulaires sont cependant rarement réalisées pour la clientèle adulte [10]. L'amygdalectomie partielle était très utilisée jusque dans les années 1930, puis elle a été progressivement remplacée par l'exérèse complète en raison de la crainte d'une repousse du tissu amygdalien à partir du moignon restant, qui serait à l'origine de récurrence d'angine et de syndrome obstructif. [11] Par la suite, durant les années 1950, les amygdalectomies étaient principalement indiquées pour des infections récurrentes, ce qui a mené à une forte demande pour des hospitalisations, jusqu'à ce que la pénicilline orale soit rendue disponible pour les enfants et permette de traiter ces infections [1]. Depuis les années 1980, l'amygdalectomie partielle suscite un regain d'intérêt et est devenue la technique de référence dans certains pays européens. L'une des principales indications actuelles pour la réalisation d'une amygdalectomie, l'obstruction des voies respiratoires, n'est pas étrangère à cette modification des pratiques chirurgicales dont l'objectif est d'enlever juste assez de tissu pour dégager les voies respiratoires [1]. Par ailleurs, les dissections partielles ou intracapsulaires auraient une efficacité généralement similaire à celle associée aux dissections extracapsulaires [1]. Elles seraient de plus associées à moins de douleur et à une réduction de la consommation d'analgésiques chez les adultes [12] et à une résorption de la douleur dans un plus court délai de même qu'un risque de saignement intraopératoire moindre chez les enfants et les adultes [1]. L'impact sur les saignements postopératoires [1, 13, 14] et sur les infections [14] n'est

toutefois pas très clair. La dissection extracapsulaire demeure l'approche la plus utilisée à ce jour au Québec [3], comme aux États-Unis [15].

Deux principales catégories d'outils chirurgicaux sont utilisées pour la réalisation des amygdalectomies : des instruments froids (scalpels, ciseaux, serre-nœuds) ou d'électrochirurgie monopolaires ou bipolaires (microdébriateurs, Coblation®). Avec l'approche dite classique, les amygdales sont retranchées et le saignement est contrôlé au moyen de ligatures ou de points de suture. Un courant électrique de haute fréquence produit par les instruments d'électrochirurgie sert à couper le tissu, enlever les amygdales et contrôler le saignement. Avec les dispositifs monopolaires, le courant circule d'une électrode active à une électrode placée sur le patient, ailleurs qu'au site chirurgical, alors qu'avec les dispositifs bipolaires seuls les tissus qui se trouvent entre les pinces de l'instrument sont traversés par le courant.

### 2.1.3 Complications postopératoires des amygdalectomies

Bien que l'amygdalectomie soit généralement considérée comme une intervention chirurgicale mineure, des effets indésirables graves peuvent survenir et mener jusqu'au décès de la personne traitée s'ils ne sont pas pris en charge rapidement. Trois types de complications peuvent survenir à la suite d'une amygdalectomie : les saignements postopératoires, les complications respiratoires et les infections de la loge amygdalienne [10, 16]. Les saignements postopératoires sont considérés comme l'une des complications les plus sérieuses. Les saignements primaires (ou immédiats) surviennent habituellement dans les 24 heures suivant l'amygdalectomie. Quant aux saignements secondaires (ou tardifs), ils se produisent plus de 24 heures après l'opération, le plus souvent entre le 5<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour postopératoire, au moment du décollement de l'escarre dans la loge amygdalienne avec le processus de cicatrisation de la plaie [3]. Le taux global d'hémorragie postamygdalectomie est plus élevé chez les adultes que chez les enfants [10]. Selon la littérature scientifique, les taux de saignements postopératoires varieraient de 0,2 à 2,2 % pour les saignements primaires et de 0,1 à 3 % pour les saignements secondaires [3]. Chez l'adulte, divers facteurs ont été associés à un risque plus élevé de saignements postamygdalectomie incluant l'âge (35 ans et plus), le sexe (homme), le tabagisme, la prise périopératoire de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens et la présence d'un trouble hémostatique [17]. Les facteurs suivants chez l'enfant : âge supérieur à 11 ans, antécédent d'amygdalite récidivante, présence d'obésité, trouble de l'hémostase ou trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) augmenteraient le risque de saignement postamygdalectomie [18-20].

Les complications respiratoires sont quant à elles plus fréquentes durant la période postopératoire immédiate [10, 16]. Elles peuvent prendre différentes formes incluant un laryngospasme, un bronchospasme et un œdème pulmonaire. Le niveau de gravité est variable allant de la désaturation légère jusqu'à l'obstruction des voies respiratoires pouvant ainsi mettre en danger la vie de la personne [16]. Pour la clientèle pédiatrique, les complications respiratoires suivant une amygdalectomie surviendraient chez environ 9 % des enfants [21]. La présence de comorbidités, telles que l'AOS, l'obésité ou l'hypertrophie des amygdales figurent parmi les facteurs de risque de développer une complication respiratoire postopératoire chez les adultes et les enfants. D'autres facteurs ont également été associés à un risque accru de complications respiratoires après une amygdalectomie, et notamment chez les enfants qui présentent une AOS grave [22], un antécédent de prématurité [23], un âge inférieur à trois ans [22, 23], une obésité morbide [24], une anomalie craniofaciale [25], un désordre neuromusculaire [26], une anomalie chromosomique ou génétique [26, 27], un problème cardiovasculaire [23], une maladie respiratoire [28] ou une origine africaine [29].

Les infections de la loge amygdalienne peuvent survenir autant chez les adultes que chez les enfants. L'infection superficielle du site opératoire est commune chez les enfants et constitue généralement la principale cause de l'halitose observée durant la période postopératoire [16]. Ce type d'infection se résorbe habituellement spontanément par elle-même. Les infections bactériennes graves du site opératoire sont plus rares et requièrent une prise en charge plus agressive [10]. D'autres événements indésirables peuvent survenir à la suite d'une amygdalectomie. La douleur postopératoire, souvent jugée d'intensité modérée ou élevée par le patient, peut être unilatérale ou bilatérale, accompagnée ou non d'otalgie [5] et ressentie jusqu'à cinq jours après l'amygdalectomie. Elle affecte souvent la capacité de déglutition de la personne, menant ainsi à une déshydratation pouvant nécessiter une consultation à l'urgence voire dans certains cas une hospitalisation [16]. De plus, des taux non négligeables de visites à l'urgence jusqu'à 30 jours après la chirurgie en raison de complications postopératoires, entre 8 et 12 % chez les enfants [30] et environ 12 % chez les adultes [31] sont rapportés. Une analyse des motifs de consultation à l'urgence observés de 2016 à 2020 dans 52 hôpitaux pédiatriques tertiaires aux États-Unis indique que les amygdalectomies représentent l'intervention qui entraîne le plus grand nombre de visites postopératoires [32]. De

grandes variations des taux de consultations médicales après une amygdalectomie en pédiatrie sont toutefois observées entre les établissements de santé qui pratiquent cette intervention [33-35].

Les décès à la suite d'une amygdalectomie demeurent des événements rares. Les données à ce sujet indiquent que chez les enfants, le taux de mortalité à la suite d'une amygdalectomie serait de 0,006 à 0,008 %, soit 1 décès par 12 000 à 17 000 amygdalectomies [16, 36]. Selon une autre analyse de 504 262 amygdalectomies réalisées en pédiatrie dans 5 états américains, le taux de décès postamygdalectomie s'élevait à 7 décès pour 100 000 opérations [36]. Chez les enfants présentant des conditions de santé chroniques complexes telles que des anomalies génétiques, congénitales, hépatiques ou immunologiques ou une maladie neuromusculaire, ce taux atteignait jusqu'à 117 décès pour 100 000 opérations [36]. Au Québec, cinq enfants sont décédés à la suite de complications hémorragiques suivant une amygdalectomie depuis le début des années 2000 [1]. Ces décès ont donné lieu à des enquêtes du coroner et à diverses recommandations à implanter, soit : 1) la mise en œuvre d'un programme de surveillance par indicateurs cliniques des amygdalectomies pour l'ensemble du Québec; 2) l'élaboration d'un outil d'anamnèse et d'examen uniformisé pour documenter les différents éléments cliniques qui sous-tendent l'indication de l'amygdalectomie chez l'enfant; 3) l'allocation des ressources nécessaires et la mise en œuvre de mécanismes permettant d'améliorer l'accès à la polysomnographie; 4) l'identification de paramètres permettant une meilleure détection des patients à risque d'hémorragie grave; et 5) l'évaluation de l'amygdalectomie partielle ou d'autres techniques alternatives comme stratégies de traitement chirurgical [37-39].

## 2.2 Modalités de surveillance postamygdalectomie

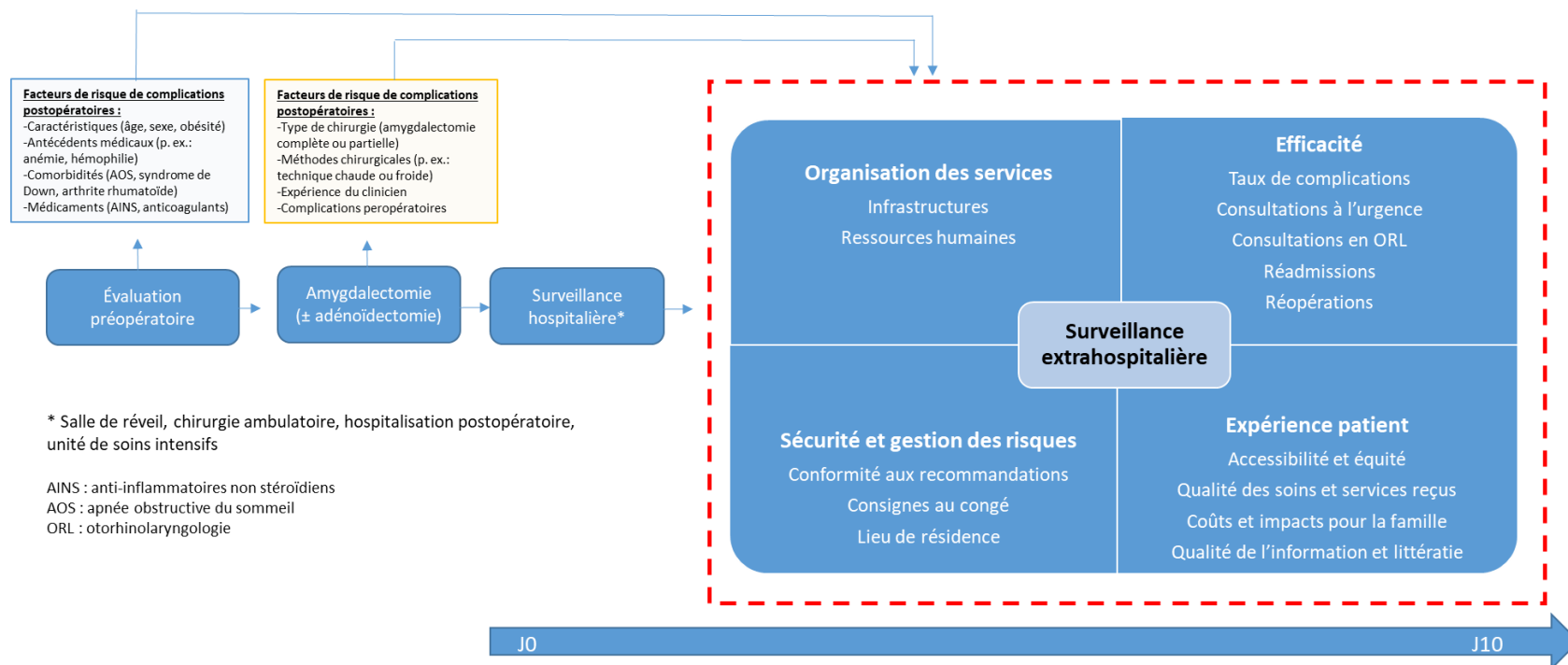
La majorité des amygdalectomies sont réalisées en mode ambulatoire. Ce type d'intervention implique une surveillance postopératoire immédiate à la salle de réveil ou dans une unité de chirurgie ambulatoire pendant quelques heures. Pour les amygdalectomies réalisées en chirurgie ambulatoire, les personnes retournent habituellement à la maison le jour même de l'opération. La présence d'AOS sévère ou d'au moins un facteur de risque de complication postopératoire significatif est une indication clinique généralement suffisante, notamment chez les enfants, pour garder sous observation le patient pendant 24 à 48 heures afin d'effectuer une surveillance postopératoire [6].

Tous les patients reçoivent des consignes au moment du départ pour le retour à domicile à la suite d'une amygdalectomie. Ces directives présentent les informations nécessaires pour faciliter la convalescence à la suite de l'opération. Les informations données incluent notamment des conseils sur l'alimentation et la gestion de la douleur postamygdalectomie et visent à renseigner la personne concernant les symptômes qu'elle pourrait ressentir pendant la période de convalescence. Les directives données indiquent également dans quelle situation il est nécessaire de consulter un médecin ou de se rendre à l'urgence la plus proche du domicile, par exemple en présence de saignements.

## 2.3 Modèle logique

Le modèle logique présenté à la figure 2 vise à schématiser à partir des informations de la littérature scientifique et du contexte local, les principaux éléments du parcours de soins et de la surveillance extrahospitalière d'un adulte ou d'un enfant ayant une amygdalectomie. Les différents facteurs de risque de complications postopératoires, incluant les facteurs individuels recherchés lors de l'évaluation préopératoire ou lié au déroulement de la chirurgie elle-même, y sont illustrés. La surveillance hospitalière lorsqu'une amygdalectomie est réalisée en chirurgie d'un jour débute dès l'arrivée du patient à la salle de réveil et se poursuit à l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital. Une hospitalisation dans une unité de soins hospitaliers ou encore dans une unité de soins intensifs est parfois nécessaire pour assurer la surveillance postopératoire. La présente évaluation porte plus spécifiquement sur la surveillance extrahospitalière, soit à la suite du congé de l'hôpital. La surveillance extrahospitalière repose sur une organisation de ressources humaines et des infrastructures mises en place pour assurer la sécurité des patients et prendre en charge, advenant le cas, les complications en temps opportun. Différents indicateurs peuvent être mesurés pour évaluer l'efficacité du modèle d'organisation de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie, tels que les consultations à l'urgence ou en oto-rhino-laryngologie et les taux de réadmissions ou de réopérations. De même, diverses consignes relatives par exemple au lieu de résidence, peuvent soutenir la sécurité et la gestion des risques après une amygdalectomie. L'expérience que font les patients de cet épisode, notamment par la qualité des soins et des services reçus, est également à prendre en considération dans l'analyse. Selon les modalités de surveillance préconisées, la durée et la distance de résidence après une amygdalectomie, des impacts et des coûts pour les patients et leurs proches sont également à considérer.

**FIGURE 2. MODÈLE LOGIQUE RELATIF À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE DES ADULTES ET DES ENFANTS AYANT EU UNE AMYGDALECTOMIE**





## 3. QUESTIONS DÉCISIONNELLES ET D'ÉVALUATION

---

### 3.1 Question décisionnelle

Quelle est l'organisation des services à privilégier pour la surveillance extrahospitalière des adultes ou des enfants ayant eu une amygdalectomie dans les établissements de santé participants du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL)<sup>1</sup> ?

### 3.2 Questions d'évaluation

1. Quelles sont les recommandations de bonnes pratiques cliniques pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie ?
2. Quelles sont les caractéristiques des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications après une amygdalectomie ?
  - telles que décrites dans la littérature
  - dans les établissements de santé participants du RUISSSUL
  - dans les autres hôpitaux universitaires du Québec
3. Quelle est l'efficacité des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires associées aux amygdalectomies chez les adultes et les enfants?
4. Quelle est l'expérience vécue par les adultes, les enfants et leurs familles concernant la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie ?
  - telle que décrite dans la littérature
  - chez les patients opérés dans les établissements de santé participants du RUISSSUL

---

<sup>1</sup> CHU de Québec-Université Laval, CISSS de la Côte-Nord, CISSS de la Gaspésie, CISSS de Chaudière-Appalaches



## 4. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

---

La démarche mise en œuvre dans le cadre de ce projet d'évaluation suit les différentes étapes décrites dans le guide méthodologique de l'UETMIS du CHU de Québec [40]. Un groupe de travail interdisciplinaire incluant les principaux acteurs concernés par la question décisionnelle (voir la liste en page iii) a été constitué. Les membres du groupe de travail ont participé à l'élaboration du plan d'évaluation<sup>2</sup>, à l'analyse des résultats, à la compréhension du contexte de l'établissement ainsi qu'à l'appréciation des constats et des recommandations. La méthodologie utilisée pour identifier et analyser les données probantes issues de la recherche documentaire et des autres sources de données est présentée ci-après.

### 4.1 Recherche documentaire

Le tableau 1 résume les critères de sélection, les limites ainsi que les indicateurs définis *a priori* et utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec les questions d'évaluation portant sur les recommandations de pratiques cliniques, les caractéristiques et l'efficacité des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications après une amygdalectomie ainsi que sur l'expérience vécue par la clientèle lors de cette période. Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir des bases de données bibliographiques *Medline (PubMed)*, *Embase*, *CINAHL*, *PsychInfo*, *Epistemonikos*, de la bibliothèque *Cochrane* et du *Centre for Reviews and Dissemination* afin d'identifier des guides de pratiques cliniques, des études de synthèse ainsi que des études originales portant sur les modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière suivant une amygdalectomie. Les stratégies de recherche utilisées pour effectuer la recherche documentaire dans les bases de données bibliographiques sont présentées à l'annexe 1. Les sites Internet d'organismes en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ainsi que ceux de diverses associations professionnelles ont été consultés afin de rechercher des documents pertinents. La liste des sites consultés est présentée à l'annexe 2. La recherche documentaire a été complétée par la consultation des bibliographies des articles pertinents pour relever d'autres références d'intérêt. Une recherche complémentaire a également été réalisée en utilisant les moteurs de recherche Google (<https://www.google.ca/?hl=fr>), *Google Scholar* (<https://scholar.google.fr>) afin d'identifier des publications en libre accès. Finalement, une recherche de protocoles d'études de synthèse en cours de réalisation a été effectuée dans la bibliothèque *Cochrane* et dans la base de données PROSPERO du *Centre for Reviews and Dissemination (The University of York, National Institute for Health Research; www.crd.york.ac.uk/prospero/)*. Les sites [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) des *U.S. National Institutes of Health* et *Current Controlled Trials Ltd. de Springer Science+Business Media (BioMed Central, www.controlled-trials.com)* ont été aussi consultés pour retracer des essais cliniques en cours. Les résultats de cette recherche sont présentés à l'annexe 3.

#### 4.1.1 Sélection des publications et évaluation de la qualité méthodologique

La sélection des études a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.L. et B.L.) selon les critères d'inclusion et d'exclusion et les limites spécifiées au tableau 1. En cas de désaccord concernant l'inclusion ou l'exclusion d'un document, une décision consensuelle a été prise à la suite d'une discussion entre les deux évaluateurs ou suivant l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.).

L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques ainsi que des guides de pratique a été réalisée à l'aide des grilles AMSTAR-2 [41] et AGREE II [42], respectivement. Les études rapportant des résultats d'enquêtes de pratiques ont été évaluées à l'aide du *Checklist for Reporting Of Survey Studies (CROSS)* [43] et les études qualitatives avec un outil adapté à ce type de devis proposé par l'*Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR)* [44]. Les autres types d'études ont été évalués à partir des grilles d'analyse adaptées par l'UETMIS et disponibles dans le guide méthodologique de l'UETMIS du CHU de Québec [40]. Les guides de pratiques cliniques ainsi que les revues systématiques dont la qualité méthodologique était insuffisante ont été exclus. La qualité méthodologique des documents a été évaluée de manière indépendante par deux évaluateurs (S.L. et B.L.). En cas de désaccord, une décision consensuelle a été prise à la suite d'une discussion entre les deux évaluateurs ou suivant l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.). La liste des publications exclues ainsi que les raisons d'exclusion sont présentées à l'annexe 4.

---

<sup>2</sup> Le plan d'évaluation est disponible sur le site du CHU de Québec : [Publications | CHU de Québec-Université Laval \(chudequebec.ca\)](http://Publications|CHU.de.Québec-Université.Laval(chudequebec.ca))

**TABLEAU 1. CRITÈRES DE SÉLECTION DES DOCUMENTS**

Critères d'inclusion	
<b>Population</b>	Adultes ou enfants ayant eu une amygdalectomie
<b>Intervention</b>	Modèle d'organisation des services <sup>3</sup> pour la surveillance extrahospitalière
<b>Comparateur</b>	Aucun ou autre modèle d'organisation
	<p><b>Recommandations de pratiques cliniques et caractéristiques des modèles d'organisation de services pour la surveillance extrahospitalière</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trajectoire de soins postopératoires</li> <li>• durée du suivi</li> <li>• délai de prise en charge par les services d'urgence</li> <li>• distance de la résidence durant la surveillance</li> <li>• ressources humaines requises (urgentologue, anesthésiologiste, chirurgien, ORL, pédiatre, infirmière)</li> <li>• infrastructures requises</li> <li>• consignes au congé</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<p><b>Efficacité des modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• complications hémorragiques primaires et secondaires</li> <li>• complications respiratoires</li> <li>• consultations à l'urgence</li> <li>• réadmissions</li> <li>• réopérations</li> <li>• consultations avec un médecin ORL</li> <li>• transferts dans un centre hospitalier tertiaire</li> <li>• décès</li> </ul> <p><b>Expérience vécue par la clientèle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consignes reçues lors du congé concernant <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la distance de la résidence, symptômes à surveiller</li> <li>○ orientation si complications</li> <li>○ impact de la surveillance extrahospitalière sur stress et organisation imposés à la famille</li> <li>○ coûts</li> </ul> </li> <li>• contribution à la prise de décision quant au lieu de surveillance</li> </ul>
<b>Types de documents recherchés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents de pratiques cliniques (guide de pratiques, normes)</li> <li>• Rapports d'ETMIS, revues systématiques avec ou sans méta-analyse</li> <li>• Essais cliniques randomisés (ECR)</li> <li>• Études observationnelles</li> <li>• Séries de cas</li> </ul>
Limites	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langue : français et anglais</li> <li>• Période : du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 12 avril 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résumés de congrès</li> <li>• Qualité méthodologique insuffisante</li> <li>• Population néonatale (28 jours et moins)</li> </ul>

<sup>3</sup> En fonction des données disponibles  
ORL : otorhinolaryngologiste

#### 4.1.2 Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par un évaluateur (S.L. ou B.L.) à l'aide d'une grille spécifique à ce projet et validée par un second évaluateur (S.L. ou B.L.). En cas de désaccord concernant l'une des variables extraites, une décision

<sup>3</sup> Un modèle d'organisation est constitué d'un ensemble d'activités coordonnées entre elles (p. ex. : l'enseignement aux patients, les suivis, l'évaluation des risques de complications, l'hospitalisation), la répartition des ressources médicales et matérielles, la coordination des tâches et des responsabilités en vue de la prestation d'un soin ou service, dans ce cas-ci la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie.

consensuelle a été prise à la suite d'une discussion entre les deux évaluateurs ou suivant l'avis d'un troisième évaluateur (M.R.).

## **4.2 Description des pratiques actuelles au CHU de Québec et dans les CISSS de Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord et de la Gaspésie**

### **4.2.1 Collecte de données auprès des parties prenantes**

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de différentes parties prenantes représentant les services ou unités du CHU de Québec, du CISSS de Chaudière-Appalaches, du CISSS de la Côte-Nord et du CISSS de la Gaspésie impliqués dans la surveillance postopératoire des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. L'objectif principal de ces entretiens était de décrire les activités reliées à la planification, au déroulement et à l'organisation de la surveillance extrahospitalière après l'intervention. Les entrevues auprès de chefs de services ou d'unités de chirurgie, médecins ORL et cadres ont été effectuées par deux évaluateurs (B.L., S.L. ou M.B-M.) entre décembre 2022 et mars 2023. Au total, 14 entrevues semi-dirigées d'une durée d'environ une heure ont été réalisées. Le canevas d'entrevue utilisé à cet effet est présenté à l'annexe 5. Une synthèse qualitative des différents éléments rapportés lors de ces entretiens a été réalisée puis validée par les personnes rencontrées.

Des entretiens semi-dirigés ont été également effectués auprès d'agentes de liaison et d'un navigateur d'utilisateurs autochtones du CHU de Québec, du CISSS de la Gaspésie et du CISSS de la Côte-Nord. L'objectif de ces entretiens était de documenter les ressources mises à la disposition des personnes issues des communautés autochtones pour se loger, se transporter et se nourrir lorsque des soins de santé doivent être obtenus à l'extérieur de leur communauté et pour la surveillance postopératoire. Une synthèse narrative de ces entrevues a été réalisée par deux évaluateurs (S.L. et B.L.). De plus, les représentants d'organismes offrant des services aux communautés autochtones de la Côte-Nord (Mamit Innuat et Centre amitié autochtone de Sept-Îles) ont été consultés lors d'une rencontre de groupe d'une durée d'une heure tenue le 17 août 2023.

### **4.2.2 Données sur les amygdalectomies issues des bases de données clinico-administratives**

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant subi une amygdalectomie durant une année financière complète (1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023) a été extrait de la base de données Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED ÉCHO, code 1. FR.89 Excision totale, amygdales et végétations adénoïdes) par la Direction de la performance, de la valorisation des données et de la transformation numérique (DPVDTN) du CHU de Québec. Dans les autres établissements participants, les données ont été extraites par les services des archives. De plus, cette base de données a été consultée afin d'extraire le nombre de complications hémorragiques, de complications postamygdalectomie autres qu'hémorragiques (p. ex. : complications respiratoires ou infectieuses), de consultations à l'urgence et du diagnostic principal au départ, de réadmissions à l'hôpital, de réopérations, de consultations à la clinique d'oto-rhino-laryngologie et de décès dans les 30 jours suivant l'amygdalectomie durant la même période. Le nombre de chirurgies effectuées chez des patients résidant à plus d'une heure d'un hôpital a été estimé à partir du territoire du Centre local de services communautaires (CLSC) où réside le patient et en se basant sur les trois premiers chiffres des codes postaux. Pour le CHU de Québec par exemple, tous les patients avec un code postal relié à un autre territoire que celui du CLSC de la Capitale Nationale, des chutes de la Chaudière et de Charlevoix Est et Ouest ont été considérés comme résidant à plus d'une heure de route de l'hôpital où ils ont été opérés.

### **4.2.3 Évaluation de l'expérience patient**

La méthodologie pour la réalisation de ce volet a été développée par le Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat (BEEPP) du CHU de Québec. L'objectif poursuivi était de connaître l'expérience vécue par les patients ou leurs proches durant la période de surveillance des symptômes et des complications à la suite d'une amygdalectomie. Le recrutement a été réalisé auprès des adultes ou familles d'enfants ayant eu une amygdalectomie au CHU de Québec (Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)), au CISSS de Chaudière-Appalaches (Hôtel-Dieu de Lévis, Hôtel-Dieu de Montmagny, Hôpital de Thetford Mines, Hôpital de St-Georges, Centre Paul-Gilbert), au CISSS de la Gaspésie (Hôpital de Gaspé, Hôpital de Maria)

et au CISSS de la Côte-Nord (Hôpital de Sept-Îles, Hôpital Le Royer de Baie-Comeau). Avant le démarrage de la collecte de données, des rencontres ont été effectuées avec les responsables des équipes soignantes de chacun des établissements participants afin d'expliquer les objectifs de l'enquête et le mode de recrutement des participants. Un document contenant un rappel des différentes directives pour la remise des cartons d'invitation à participer à l'enquête a également été remis aux responsables. Les personnes ayant accepté de participer au sondage avaient la possibilité d'acheminer leurs réponses au questionnaire soit par Internet ou par courrier postal. Il était également demandé aux participants de répondre au questionnaire deux semaines après leur opération. Un questionnaire a été élaboré conjointement par l'équipe du BEEPP et de celle de l'UETMIS du CHU de Québec à cette fin. La version finale du questionnaire est présentée à l'annexe 6. Un carton d'invitation contenant un lien pour remplir le questionnaire en ligne a été distribué aux personnes ayant eu une amygdalectomie avant leur congé d'hospitalisation par les infirmières en chirurgie d'un jour ou sur les étages advenant une hospitalisation après la chirurgie. Le questionnaire d'évaluation était divisé en quatre sections : la préparation, les consignes reçues, les services disponibles et les impacts de cette période sur la vie personnelle et financière des patients ou des parents des enfants ayant eu l'amygdalectomie. Il comportait au total 29 questions, incluant 13 énoncés pour lesquels les répondants devaient inscrire leur niveau d'accord sur une échelle de 0 (pas du tout en accord) à 10 (tout à fait en accord). Les différents aspects sondés ont porté sur l'implication du patient et de ses proches dans les décisions concernant la surveillance postopératoire, la qualité des informations reçues au congé de l'hôpital, l'utilisation des ressources mises à leur disposition pendant la période de surveillance ainsi que son impact financier, sur le fonctionnement familial et personnel (niveau d'anxiété). Les répondants ont aussi donné une évaluation globale de leur expérience durant cette période de surveillance. L'interprétation des résultats a été faite par une catégorisation : les cotes 8, 9 et 10 représentent un avis positif; les cotes 6 et 7 un avis passable ou moyen et les cotes inférieures ou égales à 5 représentent un avis négatif.

Une taille d'échantillon représentative a été déterminée à l'aide de la formule de calcul de l'échantillonnage sur la loi des grands nombres aussi utilisée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) [45]. Selon ce calcul, en considérant un taux de réponse de 20 %, un total 1 546 cartons d'invitations devaient être distribués dans les différents hôpitaux participants afin d'obtenir un minimum de 310 réponses. Le nombre de cartons d'invitation distribués dans chacun des établissements participants a été déterminé en fonction du volume d'amygdalectomies réalisées annuellement. Le recrutement a été effectué entre le 24 avril et le 15 novembre 2023. L'extraction et la compilation des réponses au questionnaire ont été effectuées par une professionnelle du BEEPP du CHU de Québec. Pour les questions à choix multiples, des statistiques descriptives simples (médianes, étendues, écarts interquartiles) ont été calculées à l'aide du logiciel SPSS version 28. Pour les questions ouvertes, considérant le faible volume de commentaires obtenus (commentaires globaux n = 16), ils ont été transmis intégralement en faisant ressortir les thèmes principaux.

### **4.3 Description des pratiques de surveillance extrahospitalière postamygdalectomie ailleurs au Québec**

#### **4.3.1 Sondage sur les pratiques des médecins ORL du Québec**

Un sondage a été réalisé auprès des médecins ORL membres de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. L'objectif était de documenter les pratiques médicales relatives à la surveillance extrahospitalière des patients ayant eu une amygdalectomie et d'identifier les enjeux associés à ces pratiques. Un court questionnaire a été développé et révisé par trois médecins ORL membres du groupe de travail interdisciplinaire (M.C., C.F. et M-C.S.) préalablement à son envoi. Les principaux thèmes abordés étaient le risque de complications postopératoires chez les adultes et les enfants ayant eu une amygdalectomie, l'organisation de la surveillance extrahospitalière (durée et lieu de la surveillance) et les suivis postopératoires réalisés. La version finale du questionnaire est présentée à l'annexe 7. L'invitation à participer à l'enquête a été envoyée par un courriel distribué par l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. Le questionnaire autoadministré et anonyme a été complété en ligne entre le 15 mars et le 15 avril 2023. Les réponses au questionnaire ont été recueillies à l'aide de la plateforme REDCap [46]. L'extraction et l'analyse des données recueillies ont été effectuées par deux évaluateurs (S.L. et B.L.). Pour les questions à choix multiples, des statistiques descriptives simples ont été calculées à l'aide du logiciel SPSS version 28.

### **4.3.2 Enquête dans d'autres centres hospitaliers universitaires du Québec**

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées entre le 28 juillet et le 27 septembre 2023 auprès de représentants des services d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie d'un jour de l'Hôpital de Montréal pour Enfants (HME) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, du CHU Sainte-Justine et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Le canevas d'entrevue utilisé est le même que celui utilisé pour décrire les pratiques des établissements participant au projet (annexe 5). L'objectif principal de ces entrevues était de décrire les pratiques cliniques en cours dans ces établissements concernant l'organisation de la surveillance postopératoire extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. Les éléments suivants ont été documentés :

- Offre de services en chirurgie pour la réalisation des amygdalectomies;
- Mode d'organisation des périodes préopératoire, peropératoire et postopératoire immédiates de la chirurgie des amygdales;
- Mode d'organisation de la surveillance extrahospitalière;
- Enjeux éthiques, organisationnels, légaux ou de gestion de risque en lien avec la surveillance extrahospitalière;
- Suggestions pour améliorer l'organisation actuelle des services de surveillance extrahospitalière.

Une synthèse descriptive des réponses obtenues a été réalisée par un évaluateur (S.L.) et validée par une deuxième évaluatrice (B.L.). Ces synthèses ont également été validées par les différents interlocuteurs rencontrés dans le cadre de cette enquête.

## **4.4 Analyse des données probantes et développement des recommandations**

Les informations issues des différentes sources de données ont été analysées et regroupées en fonction des différents indicateurs recherchés et présentés au tableau 1. Pour chacun des volets d'évaluation abordés, des synthèses quantitatives ou qualitatives ont été effectuées. L'ensemble des données probantes (littérature, analyses contextuelles et enquêtes) ont été triangulées afin d'en dégager différents constats généraux. Ces constats ont été discutés et validés avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire et ont servi de base de réflexion pour le développement des recommandations. Les recommandations ont été élaborées de façon indépendante par l'équipe de l'UETMIS, puis discutées avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire.

## **4.5 Révision**

Le rapport a été révisé par les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir liste en page iii). Les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS l'ont également révisé et adopté lors de leur réunion du 4 juin 2024.

## **4.6 Modifications au plan d'évaluation**

Les modifications suivantes ont été apportées au plan d'évaluation présenté au groupe de travail le 13 décembre 2022 et aux membres du Conseil scientifique de l'UETMIS le 7 février 2023 :

- Extraction des données clinico-administratives de la base de données MED ÉCHO pour une année (2022-2023) au lieu de six années financières réalisée par la DPVDTN pour les hôpitaux du CHU de Québec et par les archives dans chacun des hôpitaux des CISSS participant au projet;
- Ajout d'une collecte d'information sur l'offre de services spécifiques à la communauté autochtone à partir de la consultation d'agents de liaison et navigateurs des communautés autochtones du CHU de Québec et du CISSS de la Côte-Nord et de représentants d'organismes offrant des services aux personnes vivant dans une communauté autochtone et devant se déplacer pour recevoir un soin de santé (Mamit Innuat, Centre Amitié Autochtone).

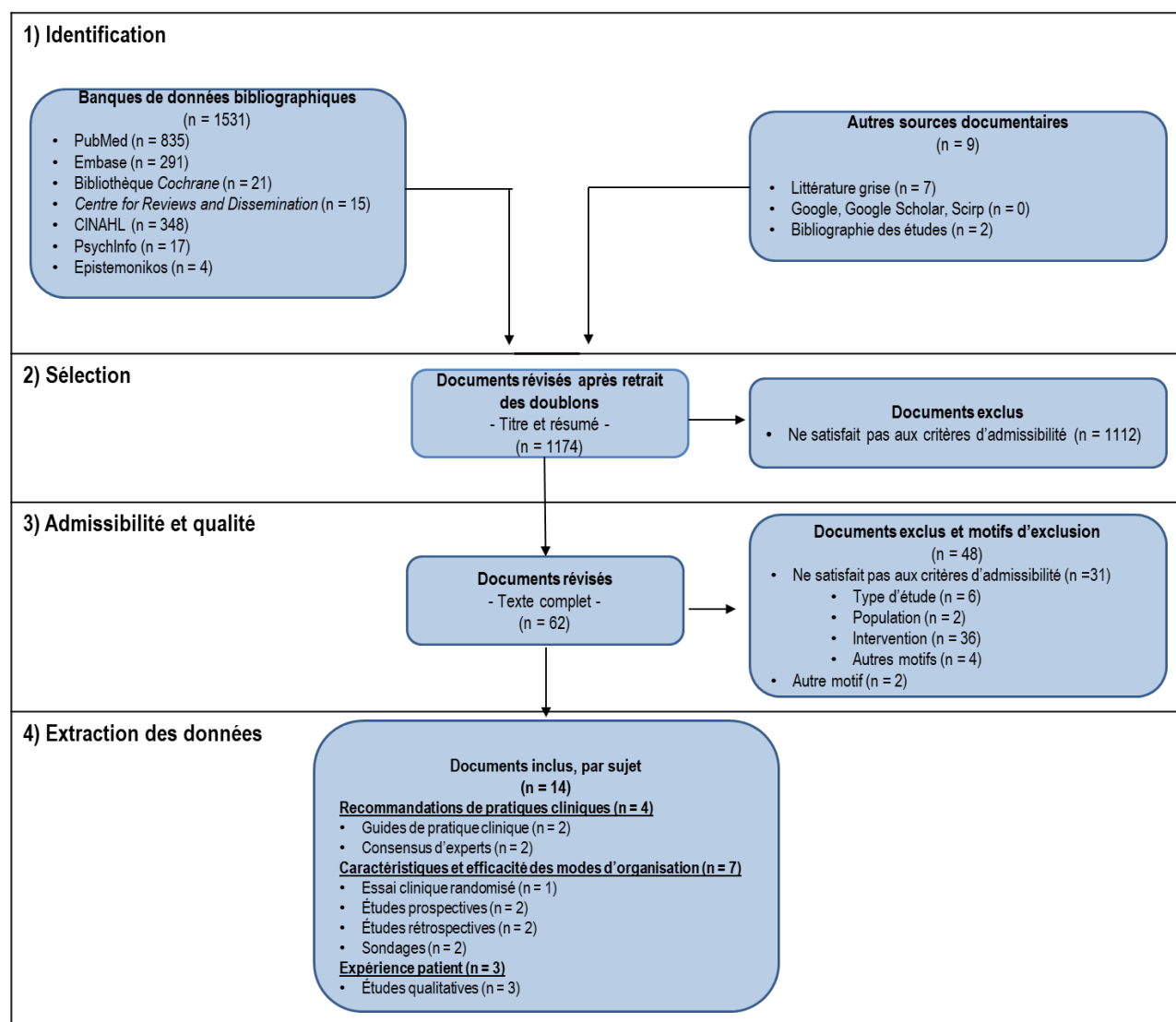
Le recueil des données MED-ÉCHO sur les amygdalectomies pour une seule année peut limiter la capacité de l'échantillon à représenter la diversité des contextes et clientèles, notamment dans les centres rapportant de petits

volumes d'interventions. Selon l'évaluation effectuée par l'équipe de l'UETMIS, les autres modifications n'ont pas introduit de biais dans l'interprétation des résultats, l'élaboration des constats et le développement des recommandations.

## 5. RÉSULTATS

La stratégie de recherche documentaire a permis de répertorier 1 174 publications différentes. Au total, 61 documents ont été sélectionnés sur la base du titre et du résumé et de ce nombre, 14 ont été inclus à la suite de l'évaluation de l'admissibilité et de la qualité méthodologique. La figure 3 présente le diagramme du processus de sélection des documents. Pour le volet des recommandations, les documents retenus incluent deux guides de pratiques cliniques [6, 47], deux consensus d'experts [3, 48]. Concernant les modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications après une amygdalectomie, un essai clinique randomisé (ECR) [49], deux études prospectives [50, 51], deux études rétrospectives [52, 53], et deux sondages sur les pratiques cliniques [54, 55] ont été inclus. Finalement, pour le volet concernant l'expérience patient, trois études qualitatives ont été retenues [41, 56, 57]. Aucune étude originale n'a été exclue sur la base de la qualité méthodologique en raison du petit nombre d'études disponibles.

FIGURE 3. DIAGRAMME DE SÉLECTION DES DOCUMENTS



Dernière recherche effectuée le 12 avril 2024



## 5.1 Guide de pratiques cliniques et consensus d'experts

### 5.1.1 Recommandations pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie

Les quatre documents retenus ont été publiés par l'*American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation* (AAO-HNSF) [6], la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou (SFORL) [47], le Ministère de la Santé ontarien [48] et par le Collège des médecins du Québec (CMQ) [3]. Ils portent sur la réalisation d'amygdalectomies en pédiatrie.

#### ***American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation, 2019***

Une mise à jour du guide de pratique de l'AAO-HNSF pour la réalisation d'amygdalectomies en pédiatrie a été publiée en 2019 [6]. L'objectif poursuivi était de fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour les soins et la prise en charge pré-, per- et postopératoire des enfants de 1 à 18 ans devant subir une amygdalectomie et d'identifier des opportunités d'amélioration de la qualité des soins et services. L'élaboration du guide repose sur une démarche par consensus d'experts, la révision et la gradation des preuves scientifiques à l'appui de chacun des énoncés développés pour guider l'amélioration des pratiques. En ce qui concerne la période postopératoire des amygdalectomies, les auteurs du guide soulignent la nécessité d'anticiper et de bien gérer la douleur après une amygdalectomie. Ils suggèrent de fournir aux patients et aux soignants des stratégies efficaces pour prévenir et traiter la douleur. Cette piste d'amélioration découle de résultats d'ECR et d'études observationnelles (niveau de preuve B et degré de confiance moyen) et de l'estimation d'une balance favorable entre les bénéfices et les risques. De plus, les auteurs du guide considèrent que l'importance du contrôle de la douleur pourrait être sous-estimée ou insuffisamment discutée avec le patient et/ou les proches. Ils suggèrent que l'enseignement prodigué par les cliniciens au patient et à ses proches soit initié avant la chirurgie et repris avant le congé le jour de l'intervention. Le moyen utilisé pour réaliser cet enseignement (discussion verbale, document écrit, ressource électronique) devrait être documenté. Ils précisent également que les cliniciens doivent assurer le suivi des patients après une amygdalectomie et noter dans le dossier médical la présence ou l'absence de saignement dans les 24 heures suivant l'intervention (hémorragie primaire) et les saignements survenant plus de 24 heures après l'intervention (hémorragie secondaire). Les cliniciens devraient également déterminer le taux de saignement postamygdalectomie primaire et secondaire observé chez leurs patients, et ce, au moins une fois par an.

#### ***Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou, 2021***

Ce guide de pratique développé par la SFORL traite des indications, du bilan préopératoire avant la réalisation d'une amygdalectomie en pédiatrie, du mode de prise en charge (ambulatoire ou avec hospitalisation) de même que de l'organisation du suivi postopératoire, immédiat, à moyen et à plus long terme et de la prise en charge des complications [47]. Selon les auteurs du guide, l'objectif de la surveillance postopératoire est de vérifier l'absence de saignement pharyngé, d'évaluer et traiter au besoin la douleur, de prévenir et traiter les vomissements et de s'assurer de la reprise alimentaire. Afin d'atteindre cet objectif, la SFORL discute des consignes à prodiguer au congé incluant l'explication du risque hémorragique et la douleur. Ainsi, des informations orales sur la douleur postamygdalectomie et les moyens de l'évaluer et de l'atténuer devraient être transmises aux parents et accompagnées d'un document écrit qui comprend une ordonnance des traitements antalgiques, les consignes à respecter lors du retour à domicile (ou équivalent) et notamment les critères de surveillance et les modalités de reprise de l'alimentation. La démarche à suivre en cas de problème, ainsi que les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence devraient également s'y retrouver. À domicile, l'enfant devrait toujours être sous la surveillance d'un adulte responsable. Un appel le lendemain de la chirurgie devrait permettre de répondre à des interrogations et de s'assurer de l'observance aux traitements. Aucune recommandation portant sur la durée ou le lieu de la surveillance extrahospitalière n'a été émise. Un suivi clinique à moyen terme (entre deux et six mois postopératoires) et un suivi à long terme (après six mois) pour tous les enfants ayant une comorbidité sont suggérés.

#### ***Ministry of Health and Long-Term Care & Provincial Council for Maternal & Child Health de l'Ontario, 2016***

Ce manuel clinique a été créé dans le cadre de l'implantation d'un modèle de financement basé sur les activités pour le remboursement des amygdalectomies en pédiatrie dans les hôpitaux ontariens [48]. Il vise à fournir aux cliniciens des



directives fondées sur des données probantes sur la prise en charge à privilégier durant toutes les étapes de la trajectoire de soins des enfants devant avoir une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie. L'objectif poursuivi par la démarche générale était aussi de réduire les variations observées entre les pratiques relatives à l'utilisation des médicaments utilisés pour le soulagement de la douleur et les taux de consultations et de réadmissions en raison d'une complication postopératoire après une amygdalectomie. Un groupe d'experts a été mis sur pied et après révision des guides de pratique et des revues systématiques portant sur les normes de soins établies pour la réalisation des amygdalectomies, différentes recommandations ont été élaborées par consensus. Selon le groupe d'experts, en plus des consignes relatives à l'administration des analgésiques et la reprise de l'alimentation, les parents devraient recevoir des informations afin de faciliter la gestion des complications postopératoires, notamment les saignements, la fièvre, les nausées et la douleur. Les coordonnées pour obtenir en tout temps, des informations et du soutien durant la période de convalescence à la maison devraient être fournis. Selon l'établissement, cela peut inclure un certain nombre de moyens, notamment un numéro à appeler à l'hôpital, au service des urgences ou auprès d'un médecin de famille. Il est de plus recommandé aux familles de rester à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours. Pour ce qui est de la prise en charge des complications postopératoires, pour les patients présentant des complications respiratoires après une amygdalectomie, une approche personnalisée est recommandée pour déterminer si une réadmission est nécessaire.

### **Collège des médecins du Québec, 2022**

Le CMQ a publié en septembre 2022 une analyse de la trajectoire de soins entourant la réalisation des amygdalectomies dans les hôpitaux du Québec [3]. Ce document s'inscrit dans le contexte des investigations du coroner réalisées à la suite du décès de cinq enfants observés depuis 2002. Il visait à réviser le continuum de soins menant à l'amygdalectomie, la prise en charge pédiatrique des saignements primaires et tardifs et à proposer des pistes pour améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués durant cette trajectoire. Pour ce faire, un groupe d'experts a été mis sur pied et leurs travaux ont conduit à l'élaboration de 16 pistes d'amélioration. L'un des éléments abordés par le groupe de travail est le rôle essentiel joué par les parents tout au long de la trajectoire de l'amygdalectomie. En ce sens, il souligne que les parents doivent recevoir au moment du départ de l'hôpital des directives claires pour la prise en charge des saignements durant la période de convalescence, obtenir des réponses à leurs questionnements et connaître les coordonnées pour joindre l'équipe médicale responsable des soins à leur enfant. Malgré la variabilité observée entre les différentes directives transmises aux parents dans les établissements de santé au moment du congé, notamment concernant qui contacter si la santé de leur enfant se détériore (clinique sans rendez-vous, urgence, Info-Santé), ces documents répondraient bien à cet objectif selon l'analyse effectuée par le CMQ.

Au chapitre de la surveillance, le groupe recommande la mise en place d'un algorithme de gestion et d'orientation postamygdalectomie pour assurer le niveau de soins requis et adapté à la condition de l'enfant. Pour la surveillance extrahospitalière, sans décrire explicitement les infrastructures ou ressources médicales précises, il rappelle que le médecin demeure responsable d'assurer le suivi postopératoire, à moins de s'assurer qu'un autre collègue puisse le faire. De plus, en raison du risque d'hémorragie, le protocole de prise en charge des saignements postopératoires, disponible dans les urgences des centres tertiaires pédiatriques, devrait être connu des médecins et accessible dans les urgences. Aucune directive quant à la durée et au lieu de résidence durant la période de convalescence n'est fournie dans ce document, à l'exception de documenter au dossier du patient si le lieu de résidence se trouve à plus de 30-60 minutes (selon le contexte), cet élément pouvant constituer un risque pour ce dernier.

### **5.1.2 Sommaire et appréciation des guides de pratiques et consensus d'experts**

Les quatre documents de synthèse identifiés ne poursuivent pas le même objectif [3, 6, 47, 48]. Les documents de l'AAO-HNSF [6] et de la SFORL [47] sont des guides de pratiques cliniques pour encadrer la réalisation d'amygdalectomies en pédiatrie alors que celui du CMQ [3] vise plutôt à analyser la trajectoire de soins des enfants qui ont une amygdalectomie dans le contexte des établissements québécois et à dégager des pistes d'amélioration des pratiques. Le guide développé pour le Ministère de la Santé ontarien avait pour objectif de fournir un cadre basé sur des données probantes et un consensus clinique pour la réalisation des amygdalectomies en pédiatrie de même que de réduire les différences observées en termes de complications postopératoires et de consultations médicales après l'intervention [48]. Ces documents traitent largement des indications de l'amygdalectomie, de l'identification des facteurs de risque de complications et des techniques

chirurgicales disponibles pour les réaliser, mais peu de la question de la surveillance extrahospitalière. Un seul groupe s'est prononcé explicitement sur la durée de la surveillance extrahospitalière et le lieu de résidence et a recommandé que les patients demeurent à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours [48].

Le guide de l'AAO-HNSF repose sur une méthodologie rigoureuse et bien décrite pour la recherche des preuves et la formulation des recommandations [6] alors que dans les autres documents, les méthodes sont peu décrites [3, 47, 48]. L'impact économique et les barrières organisationnelles associés à l'implantation des recommandations émises pour l'amélioration des pratiques entourant la réalisation des amygdalectomies n'ont pas été discutés dans les documents. De plus, les opinions et préférences des patients n'ont pas été prises explicitement en considération dans trois documents [3, 47, 48]. Enfin, les conflits d'intérêts potentiels des auteurs et le financement de deux guides ne sont pas rapportés [47, 48].

## 5.2 Études originales portant sur différents modèles d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postamygdalectomie

### 5.2.1 Étude sur la surveillance postamygdalectomie en milieu rural

#### Key et al. (2022)

Une étude rétrospective portant sur des résultats en matière de sécurité associés à la réalisation des amygdalectomies en milieu rural a été identifiée [52]. Cette étude visait à caractériser l'incidence des complications postopératoires ainsi que les soins apportés aux enfants qui ont eu une amygdalectomie dans un centre hospitalier en région rurale, au *Swan Hill District Health* (SHDH), un hôpital régional de la province de Victoria en Australie se trouvant à 200 km de l'hôpital tertiaire le plus proche. Les dossiers médicaux de tous les enfants âgés de 2 à 18 ans ayant eu une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie entre août 2014 et juin 2020 ont été analysés. Les principaux indicateurs recherchés étaient l'incidence de complications per-, péri- et postopératoires nécessitant des soins médicaux, la durée du séjour hospitalier, le taux de transfert interhospitalier, le taux de réadmission à 30 jours, le taux de réopération et les décès.

Les critères de sélection pour la réalisation d'une amygdalectomie au SHDH incluent : 1) un faible niveau de risque de complications postopératoires basé sur l'absence de comorbidités (asthme grave, maladie cardiaque congénitale, maladie neuromusculaire, anomalie craniofaciale majeure); 2) être âgé de plus de deux ans; et 3) absence de diagnostic d'AOS modérée ou grave (score de McGill inférieur ou égal à 3), telle qu'évaluée par un examen d'oxymétrie nocturne ou une polysomnographie, selon les critères de l'*American Academy of Sleep Medicine* [58]. Tous les enfants ont également été hospitalisés une nuit à la suite de leur opération. L'intervention chirurgicale a été effectuée en présence d'un anesthésiste expérimenté et possédant une certification en anesthésie pédiatrique. L'équipe chirurgicale (chirurgien et anesthésiologiste) demeurait disponible à l'intérieur de l'établissement pendant 24 heures afin de prendre en charge la survenue de complications postopératoires immédiates. Au départ de l'hôpital, il était exigé que l'enfant demeure à moins de 30 minutes d'une urgence ouverte 24 heures sur 24, et ce, pendant deux semaines. Aucune autre information concernant les méthodes de surveillance postopératoire extrahospitalière n'a été rapportée par les auteurs de cet article.

Au total, les dossiers médicaux de 204 enfants ont été analysés. Ces derniers étaient âgés de 7,4 ans en moyenne et 67 % (138/204) rapportaient un problème d'AOS ou de troubles respiratoires du sommeil. Une adénoamygdalectomie a été réalisée chez 87,7 % des enfants (179/204). Chez 90,6 % des enfants opérés, une technique chirurgicale utilisant des électrocautères a été utilisée lors de l'adénoamygdalectomie. La durée de séjour hospitalier était en moyenne d'un jour. Des complications peropératoires ou postopératoires ont été rapportées dans les dossiers de 14 enfants (6,9 %, 17 complications uniques). Les principales complications rapportées incluaient des blessures thermiques pendant la chirurgie (n = 2), des complications respiratoires (p. ex. : stridor, tachypnée, bradypnée) (n = 3), de la douleur (n = 5) et des complications hémorragiques (une hémorragie primaire et cinq hémorragies secondaires). Un enfant a dû retourner en salle d'opération en raison d'une hémorragie primaire. Pour sept de ces enfants (3,4 %), les complications postopératoires, principalement des hémorragies secondaires, sont survenues après leur congé d'hospitalisation. Un transfert interhospitalier pour une surveillance dans une unité de soins spécialisés en oto-rhino-laryngologie pédiatrique a été requis pour deux de ces enfants.

Tous les autres enfants ont été pris en charge dans une unité de soins pédiatriques standard. Aucune admission dans une unité de soins intensifs pédiatriques ou décès n'a été constatée dans les dossiers d'enfants analysés.

Selon les auteurs de cet article, les résultats de cette analyse indiquent que les stratégies de mitigation du risque de complications postamygdalectomie mises en place (évaluation des facteurs de risque, disponibilités du chirurgien et de l'anesthésiologiste pendant 24 heures après l'intervention, recommandation de rester à proximité d'une urgence pendant 14 jours suivant la chirurgie) font en sorte que la réalisation de cette intervention chirurgicale en contexte rural est sécuritaire. Les auteurs indiquent que ce modèle d'organisation pourrait être appliqué dans d'autres contextes ruraux similaires afin d'améliorer l'accès de la population aux soins de santé et de subvenir aux besoins de santé de la population.

### **5.2.2 Études portant sur les suivis téléphoniques pour la surveillance postopératoire des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie**

Trois études ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un mode d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie ont été recensées [49-51]. Deux études visaient à déterminer l'efficacité d'un suivi téléphonique durant la période de convalescence [49, 50] alors qu'une étude évaluait l'efficacité d'un programme de surveillance et de prise en charge postopératoire incluant l'envoi de messages textes [51]. Une quatrième étude sur la préférence des patients quant au type de suivi à effectuer a également été recensée [53].

#### **Paquette *et al.* (2013)**

L'ECR de Paquette *et al.* avait comme objectif de déterminer si un suivi téléphonique par une infirmière auprès de parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie permettait de diminuer l'intensité de la douleur ressentie par l'enfant, l'incidence des complications postopératoires et l'utilisation de ressources de soins de santé [49]. Les enfants présentant un déficit neurocognitif, une douleur chronique ou ayant eu durant le mois précédent l'amygdalectomie une autre intervention chirurgicale dans la région buccale n'étaient pas admissibles à l'étude. L'étude s'est déroulée entre le 14 juin et le 29 octobre 2010 au CHU Sainte-Justine de Montréal. Un suivi téléphonique était planifié aux jours 0, 1, 3, 5, et 10 après une chirurgie ambulatoire élective pour une amygdalectomie ou une adénoamygdalectomie chez les enfants âgés de 4 à 12 ans présentant un score ASA de 1 ou 2. Les parents du groupe intervention ont été assignés à un suivi postopératoire par téléphone effectué par une infirmière spécialement formée à répondre aux questions entourant la chirurgie et offrir du support et des conseils selon les besoins exprimés. Les parents d'enfants assignés au suivi standard ne recevaient pas de conseils ni de soutien particulier lors de l'appel téléphonique par une agente administrative. Le but de cet appel était de documenter les différents indicateurs évalués dans l'étude, soit l'intensité de la douleur ressentie par l'enfant, la fréquence d'administration des médicaments analgésiques, la présence de complications postopératoires (nausée, vomissements, fièvre, hémorragie secondaire, étourdissements, constipation, diminution de l'hydratation et de l'alimentation) ainsi que le recours à un service de soins de santé durant les 10 jours de convalescence.

Quel que soit le type de suivi, tous les parents ont reçu un guide d'enseignement et des conseils de la part d'une infirmière du secteur de la chirurgie ambulatoire concernant la période de convalescence au retour à la maison. Une prescription d'acétaminophène et de codéine pour la gestion de la douleur postopératoire était également remise à tous les parents avec la consigne d'administrer l'analgésie (les deux médicaments) toutes les 4 à 6 heures, incluant la nuit, jusqu'au 5<sup>ième</sup> à 7<sup>ième</sup> jour après l'opération. Par la suite, il leur était précisé de ne donner que l'acétaminophène selon la douleur exprimée par l'enfant. Un journal de bord a également été fourni afin de compiler des informations concernant l'intensité de la douleur, évaluée à l'aide d'une échelle numérique pour les enfants de plus de 8 ans et d'une série d'images représentant différents niveaux de douleur pour ceux âgés de 4 à 8 ans de même que celles relatives à l'administration des médicaments analgésiques et la survenue de complications durant la période à l'étude. Le journal de bord était acheminé à l'équipe de recherche à la fin des 10 jours de convalescence.

Au total, les familles de 45 enfants ont été incluses dans cette étude. Des suivis téléphoniques par une infirmière ont été réalisés pour 24 enfants (groupe intervention), alors qu'un suivi par une agente administrative a été effectué pour 21 enfants (groupe de comparaison). Dans la majorité des cas (76 %), les suivis des enfants ont été effectués auprès des mères. Les durées moyennes des appels par les infirmières étaient de 12 minutes au jour 1 postopératoire, 10 minutes aux jours 3 et 5 postopératoires et de 5 minutes au jour 10. Globalement, aucune différence statistiquement significative entre

les niveaux d'intensité de la douleur postamygdalectomie n'a été observée entre les deux groupes. Le tiers des parents sondés dans les deux groupes ont toutefois rapporté, verbalement ou dans leur journal de bord, que leur enfant ressentait une douleur aux jours 5 ou 6 postopératoires aussi forte que celle ressentie au jour 1. Les résultats indiquent également que dans le groupe suivi par une infirmière une plus grande proportion d'enfants a reçu cinq doses ou plus d'analgésiques aux jours 1, 3 et 5 postopératoires que dans le groupe rejoint par l'agente administrative (Tableau 2).

**TABLEAU 2. RÉSULTATS SUR LE NOMBRE D'ENFANTS AYANT REÇU CINQ DOSES OU PLUS D'ANALGÉSIFIQUES DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE DANS L'ÉCR DE PAQUETTE *ET AL.* (2013)**

Jour postopératoire	Nombre d'enfants ayant reçu 5 doses ou plus d'analgésiques n (%)	
	Intervention (n = 24)	Contrôle (n = 21)
1	20 (83)**	10 (48)**
3	17 (71)**	5 (24)**
5	12 (50)*	4 (19)*
10	2 (8)	5 (24)

\*différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) pour la comparaison entre le groupe intervention et le groupe contrôle

\*\*différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) après ajustement de Bonferroni

Concernant les complications postopératoires, les résultats de cette étude suggèrent qu'une proportion moindre d'enfants dans le groupe suivi par une infirmière ont souffert de vomissements au jour postopératoire 3 (4 % contre 29 % pour le groupe de comparaison) (Tableau 3). Cette diminution ne s'est toutefois pas avérée statistiquement significative après un ajustement pour les comparaisons multiples (Bonferroni). Aucune différence concernant la proportion d'enfants ayant eu de la fièvre ou une hémorragie postopératoire n'a été observée entre les deux groupes. Un épisode de saignement postopératoire au jour 8 n'ayant pas nécessité d'intervention médicale additionnelle a été rapporté chez deux enfants du groupe intervention. Aucune infection postopératoire n'a été rapportée. Une proportion moindre d'enfants ayant présenté des étourdissements a été rapportée au jour postopératoire 1 chez ceux suivis par une infirmière. Cependant, cette différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative après ajustement. Les résultats indiquent également qu'une plus grande proportion d'enfants suivis par une infirmière ont souffert de constipation au jour 3 (70 % contre 14 %;  $p < 0,001$ ). Un pourcentage moindre d'enfants avec une faible prise liquidienne a été observé dans le groupe suivi par l'infirmière aux jours 1 et 3 postopératoires. De plus, cinq enfants (20 %) du groupe intervention ont montré des signes de déshydratation (maux de tête, diminution de la diurèse, coloration foncée de l'urine) à certains moments durant la période de convalescence. Finalement, 26 % des parents d'enfants suivis par une infirmière et 41 % de ceux suivis par une agente administrative ont rapporté avoir consulté un professionnel de la santé durant la période de convalescence de leur enfant. Durant la période de convalescence, près du tiers (33 %) des participants ont consulté au moins à une reprise un professionnel de la santé pour un maximum de quatre visites. Dans la majorité des cas (58 %), la consultation s'est déroulée avec un médecin à l'urgence. Concernant la satisfaction envers le suivi par l'infirmière, près de la moitié (45 %) des parents ayant bénéficié de ce service ont émis des commentaires positifs notamment sur le sentiment de sécurité apporté par ces suivis.

**TABLEAU 3. RÉSULTATS SUR LES TAUX DE COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE CHEZ DES ENFANTS RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE PAQUETTE *ET AL.* (2013)**

Jour postopératoire	Nombre par groupe	Vomissements n (%)	Étourdissements n (%)	Constipation n (%)	Faible prise liquidienne n (%)
1	I : 24	3 (12)	3 (12)	3 (12)	10 (42)
	C : 21	6 (29)	9 (43)*	1 (5)	7 (81)**
3	I : 23	1 (4)	2 (9)	16 (70)	8 (35)
	C : 21	6 (29)*	1 (5)	3 (14)**	15 (71)**
5	I : 23	1 (4)	1 (4)	4 (17)	5 (22)
	C : 19	0 (0)	3 (16)	4 (21)	8 (42)
10	I : 22	0 (0)	0 (0)	1 (5)	1 (5)
	C : 17	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6)

C : contrôle; I : intervention

\*différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) pour la comparaison entre le groupe intervention et le groupe contrôle

\*\*différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) après ajustement de Bonferroni

À la lumière de ces résultats, les auteurs ont conclu que malgré l'absence d'effet statistiquement significatif sur l'intensité de la douleur, le suivi postopératoire effectué par une infirmière peut aider à améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire de l'enfant et la prévention des complications postamygdalectomie. Cette intervention, toujours selon les auteurs, serait simple, sécuritaire et appréciée des parents.

#### **Xin *et al.* (2019)**

L'étude prospective comparative de Xin *et al.* visait à examiner l'efficacité d'un suivi téléphonique effectué par une infirmière pendant la période de convalescence des enfants ayant eu une amygdalectomie dans un hôpital en Chine [50]. Tous les enfants âgés de 4 à 12 ans ayant eu une amygdalectomie entre le 1<sup>er</sup> juin 2016 et le 30 mai 2017 en raison d'amygdalites récurrentes ont été inclus. L'amygdalite récurrente était définie selon les critères proposés<sup>4</sup> par Paradise *et al.* en 1984 [59]. Aucun enfant n'avait d'antécédents de maladie cardiaque, pulmonaire ou hématologique ou ne souffrait de divers syndromes génétiques pouvant augmenter le risque de complications chirurgicales ou postopératoires. L'indicateur principal de cette étude était l'intensité de la douleur ressentie par l'enfant, mesurée à l'aide d'images de visages permettant de grader la douleur de 0 (aucune douleur) à 5 (douleur sévère). Les indicateurs secondaires incluaient la fréquence d'administration des médicaments analgésiques, les complications postopératoires (fièvre, nausée, vomissement, hémorragie secondaire, constipation, hydratation et alimentation diminuée) ainsi que les ressources de soins de santé utilisées pendant la période de convalescence. Les hémorragies secondaires ont été définies comme toute situation où du sang a été observé sur les draps ou l'oreiller de l'enfant, lors d'expectorations ou d'écoulements nasaux après une toux ou un éternuement ou lors d'un saignement franc de la cavité buccale ou nasale.

Les enfants ont été recrutés de façon consécutive par une infirmière de recherche et répartis en deux groupes. Dans le groupe intervention, une infirmière de recherche a contacté les parents de l'enfant opéré par téléphone aux jours 1, 3, 7, 14 suivant l'amygdalectomie afin de leur fournir du support et des conseils. Lors de ces appels, l'infirmière évaluait l'état général de l'enfant et proposait des solutions selon les problématiques rapportées par les parents. La durée moyenne des appels de suivi effectués par l'infirmière était d'environ neuf minutes. Dans le groupe contrôle, les enfants devaient se présenter à l'hôpital pour un suivi avec le chirurgien aux mêmes jours postopératoires que dans le groupe intervention. Durant les visites de contrôle, l'état général de l'enfant, la douleur ressentie et la présence de complications postopératoires ont été évalués. Quel que soit le groupe dans lequel l'enfant avait été assigné, tous les parents ont reçu les mêmes informations et conseils concernant le déroulement de la période de convalescence suivant l'amygdalectomie. Une prescription d'acétaminophène et de codéine était également remise aux parents afin de gérer la douleur de leur enfant. Les deux médicaments analgésiques devaient être pris aux 4 à 6 heures jusqu'aux jours 5 à 7 suivant la chirurgie. Par la suite, seul l'acétaminophène

<sup>4</sup> Sept infections de la gorge ou plus durant l'année précédente ou cinq infections de la gorge ou plus par année dans les deux dernières années ou 3 infections de la gorge ou plus par année dans les trois dernières années.

était permis en présence de douleur. Un journal de bord a aussi été remis aux parents pour consigner pendant 14 jours l'intensité de la douleur ressentie par leur enfant, la médication administrée, les complications et les services de santé consultés. Ce journal devait être retourné à l'infirmière de recherche par la poste à la fin de la période de convalescence.

Au total, 771 familles ont été recrutées. De ce nombre, 670, soit 87 %, ont complété l'étude. L'âge moyen des enfants recrutés dans le groupe intervention et contrôle était respectivement de 8 et 9 ans au moment de l'amygdalectomie et le nombre moyen d'infections à la gorge était de 7,3 et 7,6 par année, respectivement. Le groupe intervention était composé de 341 familles suivies par une infirmière au téléphone (groupe intervention) alors que le groupe de comparaison comptait 329 familles suivies à l'hôpital. Aucune différence significative entre les caractéristiques des enfants inclus dans chacun des groupes à l'étude n'a été observée. Les principaux résultats concernant l'intensité de la douleur et la prise de médicaments analgésiques sont présentés au tableau 4. Les résultats rapportés aux jours postopératoires 1 et 3 suggèrent une diminution statistiquement significative du niveau moyen d'intensité de la douleur dans le groupe intervention comparativement aux enfants du groupe avec un suivi à l'hôpital. Les auteurs ont également observé pour les mêmes périodes postopératoires une augmentation du nombre moyen de prises de médicaments analgésiques dans le groupe intervention. Aucune différence statistiquement significative n'est observée aux jours 7 et 14 entre les deux groupes.

**TABLEAU 4. RÉSULTATS SUR LE NIVEAU MOYEN DE DOULEUR RESSENTIE ET LE NOMBRE MOYEN DE MÉDICAMENTS ANALGÉSIFIQUES ADMINISTRÉS À DES ENFANTS DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE XIN *ET AL.* (2019)**

Jour postopératoire	Intensité <sup>1</sup> moyenne de la douleur ± ET		Nombre moyen de doses de médicaments analgésiques administrés ± ET	
	Intervention (n = 341)	Contrôle (n = 329)	Intervention (n = 341)	Contrôle (n = 329)
1	4,2 ± 1,2*	4,7 ± 1,1	5,2 ± 2,2*	3,7 ± 1,6
3	2,7 ± 1,1*	3,5 ± 1,2	4,7 ± 1,8*	2,5 ± 1,1
7	1,7 ± 0,5	2,1 ± 0,6	2,7 ± 0,5	1,5 ± 0,6
14	0,5 ± 0,1	0,6 ± 0,2	0,2 ± 0,1	NR

ET : écart type, NR : non rapporté

\*différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ )

<sup>1</sup> Intensité de 0 (aucune douleur) à 5 (douleur sévère)

Les différentes complications observées durant la période de convalescence des enfants sont présentées au tableau 5. Des saignements entre les jours 1 et 8 ont été rapportés chez trois enfants (0,7 %) du groupe intervention et six enfants (1,8 %) du groupe contrôle. Tous ces saignements se sont résorbés spontanément sans aucune intervention supplémentaire. En ce qui a trait aux autres complications postopératoires mesurées, aucune différence significative quant au nombre d'enfants présentant de la fièvre et des nausées n'a été observée. Une proportion plus élevée d'enfants (7,6 %) du groupe intervention ont eu des vomissements au premier jour postopératoire comparativement aux enfants du groupe contrôle (3,7 %). Une proportion moindre de constipation aux jours postopératoires 1 et 3 a également été observée chez les enfants du groupe suivis par une infirmière comparativement aux enfants du groupe contrôle (jour 1 : 6,4 % vs 9,7 %, jour 3 : 3,7 % vs 6,3 %). Finalement, une proportion moins élevée d'enfants avec une faible prise liquidienne a été rapportée aux jours postopératoires 1 et 3 chez les enfants du groupe intervention comparativement à ceux du groupe contrôle (jour 1 : 7,3 % vs 11,5 %; jour 3 : 4,8% vs 7,8 %). Concernant le taux d'utilisation des ressources, les auteurs ont observé qu'une plus faible proportion d'enfants du groupe intervention avait dû consulter un service de santé pendant la période de convalescence comparativement aux enfants du groupe contrôle (12 % vs 26 %;  $p = 0,022$ ).



**TABLEAU 5. RÉSULTATS SUR LES TAUX DE COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE CHEZ DES ENFANTS RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE XIN ET AL.**

	Enfants ayant une complication postopératoire (%)‡					Faible prise liquidienne
	Saignements	Fièvre	Nausée	Vomissements	Constipation	
<b>Jour postopératoire 1</b>						
Intervention	1 (0,2)	60 (17,5)	35 (10,2)	26 (7,6)	22 (6,4)	25 (7,3)
Contrôle	0 (0)	58 (17,6)	30 (8,7)	12 (3,7)*	32 (9,7)*	38 (11,5)*
<b>Jour postopératoire 3</b>						
Intervention	0 (0)	45 (13,1)	25 (7,3)	15 (4,1)	13 (3,7)	18 (4,8)
Contrôle	2 (0,6)*	43 (13,4)	22 (6,4)	11 (3,4)	21 (6,3)*	21 (6,3)
<b>Jour postopératoire 7</b>						
Intervention	2 (0,5)	11 (3,2)	9 (2,1)	6 (1,4)	9 (2,1)	11 (3,2)
Contrôle	4 (1,2)*	8 (2,5)	6 (1,4)	5 (1,5)	7 (2,0)	13 (3,9)
<b>Jour postopératoire 14</b>						
Intervention	0 (0)	3 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Contrôle	0 (0)	3 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

‡ Les pourcentages sont calculés sur le nombre de réponses complétées à chacune des journées et pour chaque indicateur

\*différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ )

Les auteurs ont conclu que les suivis téléphoniques par une infirmière lors de la période de convalescence des enfants ayant eu une amygdalectomie sont une méthode de prise en charge sécuritaire et que les résultats observés suggèrent que cette intervention serait coût efficace.

#### **Anderson et al. 2017**

Une étude sur la préférence des parents quant à la réalisation d'un suivi postamygdalectomie en clinique médicale ou par téléphone a été publiée en 2017 [53]. Cette étude prospective s'est déroulée auprès de parents d'enfants de 3 à 18 ans opérés pour une amygdalectomie ou une adénoamygdalectomie dans un centre pédiatrique tertiaire aux États-Unis. Les critères pour exclure les enfants de l'étude étaient une AOS grave, mesurée par un indice apnée hypopnée (IAH) supérieur à un, des complications postopératoires, une anomalie chromosomique ou la réalisation d'interventions chirurgicales concomitantes à l'amygdalectomie. Au total, 127 parents ont participé au sondage. Le groupe expérimental était composé de 73 parents pour qui le suivi postopératoire de leur enfant a été réalisé par téléphone, par un des trois chirurgiens de l'établissement qui privilégiaient ce mode de surveillance. De quatre à six semaines après la chirurgie, ils ont également été sollicités pour répondre par téléphone à un questionnaire administré par une infirmière de triage de la clinique d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique portant sur la période de récupération, le niveau de satisfaction et la préférence pour le mode de réalisation du suivi postopératoire et les jours d'absence du travail ou de l'école pour leur enfant en raison du suivi. Le groupe de comparaison était constitué de 51 parents d'enfants dont le suivi postopératoire a été réalisé en clinique par l'un des dix ORL de l'établissement qui préféraient cette approche. Un questionnaire autoadministré portant sur les mêmes éléments que ceux évalués dans le questionnaire administré par téléphone a été complété à la fin de la visite. Le questionnaire, peu importe le mode d'administration, était d'une durée d'environ cinq minutes.

Les enfants suivis par téléphone étaient âgés en moyenne de 5,9 ans (écart-type (ET) : 2,4) et ceux revus en clinique de 6,6 ans (ET : 2,9) ( $p = 0,21$ ). Le suivi après la chirurgie a été réalisé à un temps médian similaire soit de 37 jours (étendue de 19 à 112) dans le groupe avec un suivi téléphonique et de 38 jours (étendue de 14 à 109) dans le groupe avec suivi en clinique. Bien que la différence soit près du seuil de signification statistique ( $p = 0,07$ ), une proportion plus élevée d'enfants dans le groupe avec un suivi téléphonique avait toujours des symptômes lors de l'appel (16,4 %) comparativement à ceux revus en clinique (6,0 %). Dans le groupe avec un suivi téléphonique, 89,7 % des parents se sont dits satisfaits ou très satisfaits alors que dans le groupe de comparaison, ce taux s'élevait à 97,1 %. Cependant, près de la moitié (49,0 %) des parents qui se sont rendus à la clinique pour le suivi postopératoire aurait préféré un suivi téléphonique alors que 5,5 % des parents du groupe avec un suivi téléphonique auraient préféré une visite en clinique ( $p < 0,001$ ). Dans le groupe de parents qui se sont déplacés pour le suivi en clinique, 42,9 % ont dû s'absenter du travail et 61,4 % des enfants se sont absentes de l'école. Les auteurs ont conclu qu'un appel téléphonique après une amygdalectomie constituait un mode de suivi sécuritaire, coût efficace et satisfaisant à la fois pour les familles et pour les cliniciens.

### **Yu et al. (2019)**

L'étude de Yu *et al.* avait comme objectif d'investiguer l'impact d'un programme d'enseignement via l'envoi automatisé de messages textes sur la prise en charge de la période de convalescence postamygdalectomie. Le programme visait à accroître les connaissances des parents et l'adhésion de l'enfant aux différentes consignes afin de diminuer le niveau d'anxiété face aux soins postopératoires à prodiguer, la fréquence des saignements ainsi que l'intensité de la douleur [51]. L'étude s'est déroulée entre avril et août 2017 dans un hôpital de Corée du Sud. Des enfants âgés de 3 à 7 ans, ayant été hospitalisés trois jours à la suite d'une amygdalectomie par électrocautérisation, capables de communiquer normalement et dont les parents étaient aptes à recevoir des messages textes sur leur téléphone intelligent ont été inclus dans cette étude. Quel que soit le groupe dans lequel l'enfant était assigné, tous les participants à l'étude recevaient, avant le congé de l'hôpital, un enseignement de base concernant le déroulement de la période de convalescence de l'enfant. Dans le groupe intervention, les parents recevaient des informations sous forme de présentation PowerPoint envoyée par message texte concernant l'alimentation, la prise en charge des saignements et de la douleur ainsi que sur certaines précautions à prendre. Par la suite, une fois de retour à la maison, un message texte quotidien pendant une période de sept jours leur était envoyé dans lequel un rappel des différents éléments du programme d'enseignement était fait. Ces rappels étaient sous la forme d'images et d'explications brèves. Les parents pouvaient également poser des questions à une infirmière par message texte. Dans le groupe contrôle, les parents des enfants devaient noter dans un journal de bord les saignements et l'intensité de la douleur de leur enfant tous les jours, et ce, pendant sept jours. Au septième jour, un questionnaire évaluant les connaissances des parents, leur niveau d'anxiété et l'adhésion de l'enfant aux différentes consignes données pour la période de convalescence devait être rempli et remis au personnel soignant lors d'une consultation à la clinique ambulatoire.

Au total, 52 enfants et leurs familles ont pris part à l'étude (27 dans le groupe intervention et 25 dans le groupe contrôle). Aucune différence quant aux caractéristiques démographiques des participants ainsi qu'au niveau de connaissances et d'anxiété des parents avant l'intervention n'a été observée entre les deux groupes. Les principaux résultats de cette étude sont présentés aux tableaux 6 et 7. Comparativement aux parents inclus dans le groupe contrôle, ceux ayant reçu les rappels par messages textes semblent démontrer une plus grande amélioration de leurs connaissances des actions à poser pendant la période de convalescence postamygdalectomie ( $p < 0,001$ ) (Tableau 6). Dans le groupe intervention, le niveau d'anxiété a diminué alors qu'il a augmenté dans le groupe contrôle. Une meilleure adhésion des enfants aux consignes à respecter durant la convalescence a également été constatée chez les familles ayant reçu les messages textes comparativement à celles n'en ayant pas reçu (score de 35,3 sur 39 dans le groupe intervention versus 32,7 sur 39 dans le groupe contrôle;  $p = 0,001$ ). Quelques cas de saignements ont été rapportés dans les deux groupes à l'étude aux jours 5 et 6 après le congé d'hospitalisation. Cependant, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été rapportée ( $p = 0,371$ ) (Tableau 7). Quant à l'intensité moyenne de la douleur, aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes n'a été constatée par les auteurs, et ce, quel que soit le moment d'évaluation ( $p = 0,874$ ) (Tableau 7). Parmi les parents assignés au groupe intervention, 10 (37 %) ont interagi avec une infirmière à la suite de la réception d'un message texte. Ces interactions concernaient principalement des questionnements sur la diète et les activités permises, la douleur, la sensation de corps étranger et les bains. Finalement, les auteurs ont évalué à l'aide d'un questionnaire le niveau de satisfaction des familles ayant bénéficié de l'intervention (réception de messages textes). De façon générale, les familles étaient très satisfaites du programme. Elles ont mentionné avoir apprécié la réception quotidienne d'informations leur permettant d'augmenter leur vigilance par rapport à la condition de leur enfant ainsi que leur compétence concernant la prise en charge de la convalescence de leur enfant. Elles ont mentionné également avoir apprécié la possibilité d'interagir avec une infirmière par messages textes. Concernant les aspects à améliorer, les parents ont mentionné qu'ils auraient souhaité recevoir plus d'informations concernant les types d'aliments permis après la chirurgie.



**TABLEAU 6. RÉSULTATS SUR LE NIVEAU MOYEN DE CONNAISSANCES, D'ANXIÉTÉ ET D'ADHÉSION AUX CONSIGNES PENDANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE POSTAMYGDALECTOMIE AVANT ET APRÈS L'INTERVENTION RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE YU ET AL. (2019)**

	Moments d'évaluation	Intervention (n = 27) Moyenne ± écart-type	Contrôle (n = 25) Moyenne ± écart-type	Valeur p
Niveau de connaissance des parents (questionnaire <sup>1</sup> )	Avant	14,3 ± 2,1	14,3 ± 2,3	
	Après	17,9 ± 1,3	15,6 ± 2,1	
	Différence	3,6 ± 2,0	1,3 ± 1,5	< 0,001
Anxiété (questionnaire K-STAI <sup>2</sup> )	Avant	39,7 ± 10,3	36,1 ± 11,6	
	Après	34,6 ± 9,2	38,6 ± 13,3	
	Différence	-5,1 ± 8,6	2,6 ± 10,1	0,029
Adhésion aux consignes (questionnaire <sup>3</sup> )	Après	35,3 ± 2,4	32,7 ± 3,3	0,001

K-STAI : *Korean State-Trait Anxiety Inventory*

1 : Questionnaire modifié de Yang *et al.* [60] comprenant 19 questions de type vrai ou faux concernant les actions à prendre pour les soins postopératoires à donner à la maison. Le score maximum possible est de 19 points. Plus le score est élevé, plus les connaissances des parents sont élevées.

2 : Traduction coréenne du questionnaire *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [61] comprenant 40 items mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points. Les scores obtenus à ce questionnaire varient de 20 à 80 points. Plus le score est élevé, plus le niveau d'anxiété est élevé.

3 : Questionnaire modifié de Cho *et al.* (2001) [62] comprenant 13 items mesurés à l'aide d'une échelle à 3 points. Les scores obtenus à ce questionnaire varient de 13 à 39 points. Plus le score est élevé, plus l'adhésion de l'enfant aux consignes données pour la période de convalescence est élevée.

**TABLEAU 7. RÉSULTATS SUR LA FRÉQUENCE MOYENNE DE SAIGNEMENTS SECONDAIRES ET L'INTENSITÉ MOYENNE DE LA DOULEUR POSTAMYGDALECTOMIE RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE DE YU ET AL. (2019)**

Jours suivant le congé	Fréquence des saignements <sup>1</sup>		Intensité de la douleur <sup>2</sup>	
	Intervention (n = 27) Moyenne ± écart-type	Contrôle (n = 25) Moyenne ± écart-type	Intervention (n = 27) Moyenne ± écart-type	Contrôle (n = 25) Moyenne ± écart-type
1	0 ± 0	0,04 ± 0,2	1,63 ± 1,04	1,72 ± 1,28
2	0,04 ± 1,9	0 ± 0	1,48 ± 1,31	1,76 ± 1,23
3	0 ± 0	0 ± 0	1,55 ± 1,12	1,80 ± 1,32
4	0 ± 0	0 ± 0	1,78 ± 1,42	1,64 ± 1,32
5	0,04 ± 1,9	0,08 ± 0,28	1,85 ± 1,61	1,56 ± 1,39
6	0,04 ± 1,9	0,08 ± 0,28	1,74 ± 1,58	1,80 ± 1,55
7	0 ± 0	0,04 ± 0,2	1,15 ± 1,35	1,20 ± 1,35
Global (sur 7 jours)	0,11 ± 0,32	0,24 ± 0,66	1,60 ± 0,94	1,64 ± 0,96

1 : Fréquence des saignements autorapportée par les parents. Un score de 0 était attribué en l'absence de saignement alors qu'un score de 1 était donné en présence de saignement. Plus le score est élevé, plus la fréquence de saignement est élevée.

2 : L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide de l'outil *Face Pain Scale* [63] présentant une série de cinq figures représentant divers degrés de douleur chez l'enfant. Un score de zéro (0) est attribué à l'image représentant aucune douleur (figure souriante) alors qu'un score de cinq (5) est attribué à la figure représentant la plus grande douleur possible (figure en pleurs).

À la lumière des différents résultats observés, les auteurs de cette étude ont conclu que l'envoi par messages textes de rappels des consignes concernant la période de convalescence postamygdalectomie constituait une stratégie utile et efficace pour augmenter les connaissances des parents sur la façon de prendre soin de leur enfant, diminuer leur niveau d'anxiété et pour favoriser l'adhésion des enfants face aux différentes consignes de soins postopératoires à respecter à la maison.

### 5.2.3 Sondages de pratiques

#### Anning *et al.* (2021)

Les résultats d'un sondage mené auprès de chirurgiens ORL pratiquant en Australie et en Nouvelle-Zélande ont été publiés en 2021 [54]. Le but de ce sondage était de déterminer si la proximité des services d'oto-rhino-laryngologie influence la

prise en charge per- et postopératoire des patients ayant subi une amygdalectomie. Les auteurs précisent que les chirurgiens ORL de ces régions doivent prodiguer des soins spécialisés sur une vaste étendue géographique en tenant compte d'une grande disparité du nombre d'ORL pratiquant en milieu rural comparativement à ceux en région métropolitaine qui représentent 85 % de l'ensemble des ORL. Le moment optimal pour obtenir un congé de l'hôpital et du retour à la maison après une amygdalectomie ne feraient pas consensus. De plus, aucune ligne directrice concernant la distance de route maximale recommandée entre le domicile du patient et l'hôpital où a été réalisée l'amygdalectomie ou d'une urgence ne serait pas disponible dans ces régions. L'impact de la distance et de la distribution géographique des services en oto-rhino-laryngologie sur l'efficacité et l'innocuité des amygdalectomies serait, selon les auteurs, peu connu également.

Dans le cadre de ce sondage, les pratiques relatives à la prise en charge per- et postopératoire après une amygdalectomie ont été documentées à l'aide d'un questionnaire acheminé aux membres d'une association professionnelle en oto-rhino-laryngologie. Des réponses ont été obtenues de 162 (33,1 %) des 490 chirurgiens ORL pratiquant en Australie et de 32 (24,4 %) des 131 chirurgiens ORL en Nouvelle-Zélande. Le lieu principal de pratique des répondants australiens était une grande ville pour 77,8 %, une ville de taille moyenne en région pour 17,5 % et une petite ville en milieu rural pour 4,9 %. Ces proportions s'élevaient respectivement à 43,8 %, 46,9 % et 9,4 % chez les répondants de la Nouvelle-Zélande. L'électrocautérisation avec un dispositif monopolaire était la technique chirurgicale la plus fréquemment privilégiée, soit par 41,3 % des répondants australiens alors qu'il s'agissait de l'utilisation d'un dispositif froid pour 40,5 % des répondants de la Nouvelle-Zélande. La dissection intracapsulaire était privilégiée par 21,3 % des répondants australiens et par 15,5 % de ceux de Nouvelle-Zélande. Près des deux tiers (67,9 %) des répondants australiens et des trois quarts (78,1 %) des répondants néo-zélandais avaient plus de 10 ans de pratique.

Les résultats de ce sondage suggèrent que les pratiques des chirurgiens ORL relatives à la distance de résidence et à la durée de la surveillance extrahospitalière recommandées après une amygdalectomie divergent entre les deux pays. Ainsi, 62 (38,3 %) des 162 répondants australiens comparativement à 24 (75,0 %) des 32 répondants néo-zélandais réalisent des amygdalectomies chez des patients vivant à plus d'une heure de l'hôpital si un retour à la maison était planifié la journée de l'intervention. Les chirurgiens australiens sont plus enclins à conseiller à leurs patients de rester près d'un centre offrant des services d'oto-rhino-laryngologie pour une période de 10 à 14 jours que leurs collègues néo-zélandais (52,6 % comparativement à 9,4 %). Pour les répondants néo-zélandais, l'exigence la plus fréquente (46,9 % comparativement à 33,1 %) est de demeurer à proximité d'une urgence ayant une capacité de prise en charge des complications postopératoires et de réanimation, et ce, pour la même période. La distance avec un service d'oto-rhino-laryngologie jugée la plus acceptable pour la surveillance extrahospitalière après l'amygdalectomie est d'une heure ou moins, tant pour les chirurgiens en Nouvelle-Zélande (50,0 %) qu'en Australie (36,9 %), bien qu'une gamme de réponses ait été notée. Ainsi, 35,7 % des répondants néo-zélandais et 25,6 % des répondants australiens considèrent qu'une distance de moins de 30 minutes serait acceptable. La majorité des chirurgiens ont rapporté ne pas modifier leur technique opératoire (85,0 % des chirurgiens australiens et 90,1 % des chirurgiens néo-zélandais) en fonction du lieu de surveillance extrahospitalière. En ce qui concerne les pratiques relatives à l'obtention du congé de l'hôpital, 21,5 % des ORL australiens ont rapporté libérer les patients le jour de l'intervention alors que 78,5 % le font le lendemain. En comparaison, 38,5 % des répondants de Nouvelle-Zélande les libèrent le jour de la chirurgie et 61,5 % le jour postopératoire 1. Cette pratique serait la même pour la clientèle adulte et pédiatrique pour la majorité des répondants (90,6 % et 90,0 % des chirurgiens néo-zélandais et australiens, respectivement) et pour les patients résidants à plus d'une heure de route (77,9 % des chirurgiens australiens et 62,5 % des chirurgiens néo-zélandais). Parmi ceux qui modifient leur pratique, 19,9 % des ORL en Australie et 34,4 % en Nouvelle-Zélande gardent ces patients jusqu'au lendemain de la chirurgie (jour postopératoire 1).

Les résultats sur les pratiques en fonction du lieu de résidence durant la période de surveillance extrahospitalière selon la taille de la ville où pratiquent les répondants au sondage des ORL sont présentés au tableau 8. Selon ces analyses incluant peu de répondants par sous-groupe, les pratiques des chirurgiens ORL varient également en fonction de la taille de la ville où ils pratiquent. Les répondants australiens dans les villes de petite taille offrent plus fréquemment de réaliser des amygdalectomies chez des patients domiciliés à plus d'une heure de route et qui envisagent de retourner à la maison la journée même de l'intervention (62,5 %) comparativement à ceux qui pratiquent en contexte de ville de grande (35,5 %) ou de moyenne (39,3 %) tailles. Les répondants néo-zélandais qui pratiquent dans une grande ville offrent moins fréquemment (64,3 %) que ceux qui pratiquent dans une ville de taille moyenne (86,7 %) la possibilité aux patients d'un retour à la maison la journée même de la chirurgie s'ils demeurent à plus d'une heure de l'hôpital.

**TABLEAU 8. PRINCIPAUX RÉSULTATS SUR LES PRATIQUES DES ORL EN AUSTRALIE ET NOUVELLE-ZÉLANDE RELATIVES À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE APRÈS UNE AMYGDALECTOMIE RAPPORTÉS DANS L'ÉTUDE D'ANNING *ET AL.* (2021)**

Taille de la ville du lieu de pratique	Répondants en Australie (n = 162)			Répondants en Nouvelle-Zélande (n = 32)		
	Grande (n = 126)	Moyenne (n = 28)	Petite (n = 8)	Grande (n = 14)	Moyenne (n = 15)	Petite (n = 3)
<b>Amygdalectomie réalisée chez des patients vivant à plus d'une heure de l'hôpital et planifiant un retour immédiat à la maison</b>						
Oui (%)	35,5	39,3	62,5	64,3	86,7	66,7
<b>Amygdalectomie réalisée pour des patients à plus d'une heure de route de l'hôpital si patients hébergés</b>						
Près de services d'ORL pour 10 à 14 jours (%)	49,2	57,1	37,5	14,3	6,7	33,3
À proximité d'une urgence pour 10 à 14 jours (%)	31,7	32,1	25,0	50,0	46,7	0
Sans l'une ou l'autre de ces conditions (%)	11,1	3,6	25,0	28,6	46,7	66,7

ORL : otorhinolaryngologie

Les auteurs de l'étude ont conclu que les ORL australiens et néo-zélandais des grandes villes avaient une pratique plus conservatrice que leurs collègues en région, ce qui pourrait s'expliquer parce que ces derniers pourraient être plus à l'aise en situation où l'accès aux soins spécialisés est réduit ou encore auraient une plus grande expérience dans la gestion des urgences médicales dans un tel contexte.

### **Moroco *et al.* (2023)**

Cette enquête a été réalisée auprès des chefs de départements d'oto-rhino-laryngologie de 70 hôpitaux pédiatriques tertiaires américains et canadiens [55]. L'objectif poursuivi était de décrire les pratiques périopératoires et, pour y répondre, deux questionnaires ont été développés et distribués en ligne, un en juillet et août 2002 et un second spécifiquement sur l'administration de narcotiques pour le contrôle de la douleur en novembre 2022. Au total, 32 des personnes contactées (46 %) ont participé à l'enquête. En moyenne, les établissements des répondants comptaient 284 lits et réalisaient annuellement 1 495 amygdalectomies. En ce qui a trait aux mesures postopératoires de surveillance, le temps d'observation moyen après la chirurgie était de 2,3 heures avec une étendue de 1 à 4 heures. Un peu plus de la moitié des répondants (15; 5 %) ont indiqué qu'un suivi téléphonique était réalisé après l'amygdalectomie pour plus de 50 % des enfants opérés, 30 % qu'une visite en clinique était effectuée et 38 % qu'un suivi était réalisé au besoin. Le moment de cette intervention n'est pas précisé. Les auteurs ont conclu que la diversité des pratiques observées tout au long de la trajectoire de soins constituait une opportunité d'uniformiser et d'améliorer les approches pour la réalisation des amygdalectomies en pédiatrie.

## **5.2.4 Expérience patient**

### **Purcell *et al.* (2018)**

Cette étude qualitative publiée en 2018 visait à décrire l'expérience de parents dans la prise en charge des complications postopératoires de leur enfant après une amygdalectomie [41]. Les interventions se sont déroulées en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier pédiatrique d'Halifax. Les parents ont été sollicités pour participer au moment d'une consultation pour une complication postopératoire, par le biais d'affiches disposées à la clinique d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique ou encore via l'envoi d'une lettre. L'échantillon est constitué de 12 parents d'enfants ayant eu une adénoamygdalectomie (n = 11) ou une amygdalectomie seule (n = 1). Les enfants étaient âgés de 3 à 6 ans (moyenne de 4,8 ans) au moment de la chirurgie. Les complications observées ayant mené à une consultation incluaient des saignements (n = 4), une infection respiratoire (n = 3), une déshydratation avec une gestion déficiente de la douleur (n = 2), des vomissements (n = 2) et de la fièvre (n = 1). Elles sont survenues 3,75 jours en moyenne après la chirurgie. Huit (66,7 %) de ces événements ont nécessité une hospitalisation. Des entrevues semi-dirigées d'une durée

moyenne de 60 minutes ont été réalisées avec l'un des deux parents (10 mères et 2 pères) dans les six mois suivant l'amygdalectomie par deux chercheurs qui n'avaient aucun lien antérieur avec les familles. Les verbatim des entretiens avec les parents ont été retranscrits et une analyse par thème a été réalisée à l'aide du logiciel *N Vivo*. La catégorisation par thèmes a été revue pour un échantillon de trois entretiens par le chercheur principal de l'étude qui a effectué les entretiens afin de minimiser l'influence possible du codeur. Elle a été raffinée et approuvée par les trois autres auteurs de l'étude.

Trois thèmes principaux ont émergé de l'analyse des verbatim : la difficulté de prendre la décision de venir consulter à l'hôpital après la chirurgie, les difficultés émotionnelles malgré une information adéquate et par le fait que certains parents s'attribuaient la responsabilité des complications observées durant la période de convalescence. Parmi les 12 parents, 9 ont contacté la clinique d'oto-rhino-laryngologie ou un résident durant la période de convalescence de leur enfant. Les conseils reçus étaient soit de se rendre à l'urgence ou de ne pas consulter en raison d'une situation jugée normale. Certains parents ont trouvé difficile de concilier l'avis du médecin de ne pas consulter avec leur perception des symptômes de leur enfant. Pour les parents d'enfants qui ont eu des saignements, la décision de consulter était facile à prendre, en raison des informations claires reçues pour la prise en charge de ce type de complications. Par contre, pour les autres types de complications, comme la douleur, les vomissements, la déshydratation ou la fièvre, la décision était plus difficile à prendre pour les parents. Pour le second thème, bien que les besoins d'information aient été en général satisfaits, plusieurs parents ont mentionné qu'ils auraient aimé recevoir des informations et des conseils sur la façon d'évaluer et soigner la déshydratation, la fièvre et les vomissements. Certains parents se sentaient peu préparés à faire face à certaines complications alors que d'autres se disaient aptes à les prendre en charge. En général, quel que soit l'évènement inattendu observé, la difficulté ressentie en constatant les complications subies par leur enfant était plutôt d'ordre émotionnel. En lien avec le troisième thème, plusieurs parents ont rapporté avoir éprouvé de fortes émotions, par exemple de la culpabilité et des regrets, s'attribuant la responsabilité des complications survenues durant la convalescence de leur enfant. Néanmoins, aucun parent n'a remis en question rétrospectivement l'amygdalectomie.

Pour les auteurs, les cliniciens devraient reconnaître que la période de récupération après une amygdalectomie peut être stressante pour les parents de jeunes enfants. Il serait selon eux pertinent d'identifier les parents qui pourraient avoir besoin d'une aide additionnelle afin de diminuer l'incertitude et la détresse liées à la prise de décision quant à la nécessité de consulter ou non en cas de complications. Parmi les limites de l'étude soulevées par les auteurs, mentionnons un biais de sélection possible, les parents ayant tous consulté pour une complication pouvant ne pas représenter tous les contextes, le petit nombre de parents sondés et leur homogénéité en termes d'ethnicité, de sexe et de statut socio-économique de même qu'un biais de rappel possible compte tenu des six mois écoulés entre les entretiens et l'intervention chirurgicale. De plus, des complications plus graves que celles observées dans l'étude, menant par exemple à une hospitalisation plus longue, pourraient entraîner des niveaux de détresse plus élevés.

### **Lima *et al.* (2023)**

L'objectif de cette étude qualitative était de décrire l'expérience vécue par les parents pendant la période de rétablissement à la maison de leur enfant ayant subi une adénoamygdalectomie non urgente [56]. Le recrutement a été réalisé à l'HME du CUSM en 2018 et des parents de 317 enfants opérés ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon était constitué à 46 % de parents d'enfants âgés de moins de 4 ans. Les parents recevaient, selon leur préférence, par message texte ou par téléphone aux jours 3, 6, 9 et 12 après l'amygdalectomie des informations concernant le déroulement de la période de convalescence. Ils transmettaient également le niveau de douleur ressentie par leur enfant et la prise de médication à l'aide d'un journal de bord. En cas de mention d'un refus de l'enfant de s'alimenter, un message automatisé soulignant l'importance d'un apport oral minimal de 125 ml de liquides toutes les deux heures était envoyé. À la fin des deux semaines de convalescence, les parents ont été invités à transmettre par écrit les facteurs les ayant aidés à prendre soin de leur enfant et à émettre des commentaires relatifs à cette expérience. Au total, des commentaires ont été reçus de la part de 144 (45,4 %) parents. Les verbatim dénominalisés ont été codés et analysés en s'appuyant sur la théorie ancrée (*grounded theory*) afin de faire émerger les problèmes rencontrés, les stratégies déployées par les parents durant la période de convalescence de leur enfant, de même que les barrières et facilitateurs perçus. Un processus itératif de validation de l'analyse a été mené durant le déroulement de l'étude. Pendant la période de convalescence, 63 (19,9 %) familles ont consulté à l'hôpital et de ce nombre, 29 (46,0 %) enfants ont été réadmis. La principale raison de consultation était la déshydratation, les difficultés à boire ou la douleur.

L'analyse des commentaires a permis de classer les stratégies déployées par les parents dans trois catégories : 1) la gestion des problèmes physiques et des besoins émotionnels des enfants (bien-être, sommeil, hydratation, nutrition); 2) les symptômes problématiques ressentis par les enfants (douleur, fièvre, mauvaise haleine, changement de voix); et 3) les comportements problématiques rencontrés (troubles du sommeil, terreurs nocturnes, refus). Certains parents se sont dits mal préparés face à la gravité et à la durée de la douleur ressentie par leur enfant et avaient peu de stratégies pour gérer ces situations notamment durant la nuit. L'utilisation d'une échelle de douleur, les contacts avec l'équipe de recherche et le journal de bord ont été identifiés comme des facteurs facilitant les soins aux enfants durant la période de rétablissement. Le manque d'uniformité des messages reçus constituait par ailleurs la principale barrière rapportée. Les auteurs de l'étude ont conclu que le contenu de l'enseignement aux parents devrait être standardisé et que l'élaboration d'un soutien à domicile semblait justifiée.

### **Farias *et al.* (2020)**

L'étude qualitative menée par Farias *et al.* visait à évaluer la faisabilité et la convivialité d'un système d'envoi automatisé de messages textes aux parents d'enfants devant avoir une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie [57]. Le recrutement des parents s'est déroulé au *Izaak Walton Killam Health Centre* d'Halifax entre janvier et mai 2018. L'intervention était constituée au total de 13 messages, soit un message distribué aux jours 14, 3 et 1 avant la chirurgie, 2 messages le jour de la chirurgie et 8 messages aux jours 1 à 7 après la chirurgie. Chacun des messages proposait divers contenus pour soutenir les parents à différentes étapes de l'épisode de soins incluant la préparation à la chirurgie, l'alimentation, les symptômes et les complications postopératoires à surveiller et la façon de les prendre en charge. Les contenus ont été élaborés à partir des recommandations identifiées en ligne et d'un processus Delphi réunissant différents experts médicaux. Des entretiens semi-structurés ont été menés dans les deux semaines suivant l'envoi du dernier message auprès de sept mères, soit jusqu'à l'obtention de la saturation des données selon les auteurs. Les entrevues d'une durée d'environ 30 minutes ont été enregistrées, retranscrites et une analyse thématique de contenu a été réalisée par une personne puis validée par une seconde. La codification en thèmes a aussi été révisée par les membres de l'équipe de recherche dans le but de minimiser les biais liés à l'observateur. Trois grands thèmes se dégagent des analyses : 1) l'implantation du service et le sentiment de sécurité; 2) l'effet du service sur la confiance; et 3) la performance et l'évaluation de l'utilité et de l'aspect pratique du service. Pour le premier thème, la réponse au service a été largement favorable et les participantes ont indiqué apprécier davantage ce format que la consultation de documents imprimés. Aucun souci relatif à la confidentialité ou au contenu des messages n'a été soulevé. En lien avec le second thème, les participants ont rapporté que les messages textes les ont aidés à se préparer aux différentes étapes à venir, ont facilité la prise en charge de leur enfant et amélioré leurs connaissances. La préparation à la chirurgie et les soins à donner après l'amygdalectomie ont été qualifiés d'expériences stressantes qui ont pu être atténuées avec la réception des messages textes. Les mères ont considéré les messages textes utiles et cinq d'entre elles ont affirmé qu'ils avaient permis d'améliorer la prise en charge de leur enfant. Enfin, quant à l'appréciation générale du service, le contenu a été jugé adéquat et aucune barrière liée à la littératie n'a été soulevée. La fréquence d'envoi des messages a été estimée suffisante bien que certaines mères auraient préféré un message quotidien ou aux 2 jours. Les auteurs ont conclu que l'envoi d'informations utiles par messages textes à intervalles réguliers et appropriés permettait de soutenir les parents, d'éviter les erreurs liées à l'oubli des consignes, de réduire l'anxiété et pouvait se traduire par une meilleure confiance en leur capacité à prendre soin de leur enfant.

### **5.2.5 Protocoles d'études en cours**

Un protocole pour la réalisation d'un ECR visant à évaluer l'efficacité d'une application électronique permettant de fournir du soutien aux familles durant la période périopératoire d'une intervention pédiatrique en oto-rhino-laryngologie a été répertorié dans le cadre de la recherche documentaire [64]. L'étude doit se dérouler dans un hôpital spécialisé en pédiatrie et santé des femmes en Italie réalisant en moyenne 450 amygdalectomies avec ou sans adénoïdectomies par année. Au total, le recrutement prévu est de 108 participants, la moitié de ceux-ci seront assignés à l'intervention et l'autre moitié à l'enseignement standard dispensé oralement et à l'aide de documents écrits. La population visée est constituée des adultes responsables des soins aux enfants âgés de 2 à 10 ans devant avoir une amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie. Les indicateurs d'efficacité retenus sont le niveau d'anxiété des parents le jour de la chirurgie et environ sept jours après, le respect des consignes préopératoires, le niveau de détresse de l'enfant de même que les effets sur la santé associés à l'utilisation de l'application. La fin de l'étude était prévue pour décembre 2023.



## 5.2.6 Sommaire et appréciation des études sur l'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie

Aucune étude comparant l'impact de modèles d'organisation pour la surveillance extrahospitalière sur l'efficacité et l'innocuité de la prise en charge des patients après une amygdalectomie n'a été recensée dans le cadre du présent rapport. Néanmoins, des études portant sur certaines modalités de surveillance extrahospitalière ont été retenues. Les données probantes identifiées dans le cadre de la présente évaluation reposent sur l'analyse d'un ECR [49], de deux études prospectives [50, 51] et d'une étude rétrospective [52]. À l'exception d'une étude [46], tous les documents retenus visaient à évaluer l'efficacité de différentes interventions tels que des appels téléphoniques ou des messages textes pendant la période de convalescence pour améliorer la sécurité de la surveillance [49-51, 57]. Dans l'ensemble, les résultats de ces études suggèrent que l'utilisation de ces modalités de surveillance est associée à une meilleure gestion de la douleur postamygdalectomie, à une diminution de la consommation des ressources de santé (p. ex. : visite à l'urgence, consultation postopératoire en oto-rhino-laryngologie) et à un sentiment de sécurité amélioré durant la période de convalescence, tel qu'exprimé par les familles d'enfants opérés. De plus, bien que les parents sondés dans une étude aient affirmé avoir été satisfaits du suivi reçu quel que soit le mode de surveillance extrahospitalière, les résultats indiquent que ces derniers auraient une préférence pour un suivi téléphonique plutôt qu'en clinique [53]. Toutefois, peu d'information est disponible dans les études analysées concernant l'impact de ces modalités de surveillance extrahospitalière sur le taux de saignements postamygdalectomie. De plus, il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet entre les modalités de surveillance postopératoire déployées, telles que le suivi par téléphone ou l'envoi de messages textes, sur la survenue de saignements postamygdalectomie. Selon les résultats de l'une des études recensées, la réalisation d'amygdalectomies en région rurale pourrait être sécuritaire en sélectionnant bien la clientèle (enfants sans comorbidités et ayant un faible de risque de complication postopératoire) et par la mise en place de certaines mesures de mitigation des risques de complications postamygdalectomie [46]. Ces mesures incluaient notamment la présence d'un anesthésiologiste expérimenté et certifié en anesthésie pédiatrique, une équipe chirurgicale disponible dans l'établissement jusqu'à 24 heures après l'intervention, une hospitalisation les premiers 24 heures après la chirurgie et la consigne de rester à moins de 30 minutes d'une urgence ouverte 24 heures sur 24 durant les deux premières semaines suivant la chirurgie.

Les résultats de deux sondages concernant les pratiques cliniques de surveillance postamygdalectomie des médecins ORL ont également été inclus dans le cadre de la présente recherche documentaire [54, 55]. Le but de l'une de ces enquêtes était de déterminer si la proximité des services d'oto-rhino-laryngologie en Australie et en Nouvelle-Zélande influençait la prise en charge per- et postopératoire des personnes ayant eu une amygdalectomie. De façon générale, les résultats de cette enquête suggèrent que la distance entre l'hôpital et le lieu de résidence et la durée de la surveillance extrahospitalière recommandées après une amygdalectomie divergent entre les chirurgiens ORL des deux pays et ne semblent pas standardisées dans chacun des pays. Par exemple, une tendance à demander à la clientèle de demeurer à moins d'une heure d'un centre hospitalier offrant des services d'oto-rhino-laryngologie pendant une période de 10 à 14 jours après une amygdalectomie est plus prévalente chez les médecins ORL australiens que chez leurs homologues néo-zélandais. Les résultats de l'autre sondage indiquent qu'un suivi téléphonique était réalisé pour environ la moitié des enfants dans des centres pédiatriques tertiaires aux États-Unis ou au Canada [55]. Ces sondages ne portaient pas sur le lien entre les pratiques de surveillance extrahospitalière et des indicateurs de performance ou de sécurité, comme les taux de consultations ou de complications postopératoires. Deux études qualitatives ont porté sur l'expérience patient après une amygdalectomie [41, 56]. Les résultats de ces études suggèrent que la prise en charge des enfants à la maison après l'intervention constitue une expérience pouvant être difficile émotionnellement pour les parents de jeunes enfants, certains se sentant mal outillés pour prendre en charge les symptômes et complications postopératoires. Dans une de ces études, les parents ont indiqué que l'utilisation d'une échelle de douleur, d'un journal de bord et des échanges par messages textes ou téléphoniques avec l'équipe de recherche avaient constitué des formes de soutien utiles durant la convalescence de leur enfant à la maison [56].

Au point de vue méthodologique, la qualité des études recensées est variable. Les études portant sur l'efficacité et la sécurité de certaines modalités de surveillance extrahospitalière [49-52, 57] sont plutôt de qualité méthodologique modérée selon les différentes grilles d'analyse utilisées. Les objectifs, contextes d'analyse, indicateurs d'intérêt et méthodes de mesure sont rapportés et pertinents pour le sujet de ce rapport d'évaluation. Aussi, les caractéristiques des populations étudiées dans ces études sont généralement bien décrites. Pour ce qui a trait à l'enquête de pratiques chez les médecins ORL publiée par Anning *et al.* [54], cette étude a été jugée de qualité méthodologique modérée en s'appuyant sur les critères de la grille

d'évaluation CROSS qui portent sur la description de l'objectif, la question de recherche, le mode d'administration du questionnaire, le taux de réponse, les caractéristiques des répondants et l'appréciation critique des résultats présentés. Cependant, l'étude présente un faible taux de réponse, soit entre 25 et 33 % des chirurgiens ORL d'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Les analyses selon la taille des villes où pratiquent les ORL combinent peu de répondants en particulier en région rurale (trois en Nouvelle-Zélande et huit en Australie) ce qui limite également la représentativité et la généralisation des résultats. Le sondage mené par Anderson *et al.* [41] sur la préférence des parents quant au type de suivi postopératoire (téléphonique ou en clinique) a plutôt été jugé de faible qualité méthodologique, 50 % des critères d'analyse de la grille CROSS étant absents. Finalement, concernant l'expérience patient, deux études ont été identifiées [41, 56]. Ces études sont de qualité méthodologique satisfaisante en raison de la description du contexte de l'étude, des objectifs poursuivis et de la méthode de constitution de l'échantillon ainsi que de la procédure de vérification pour s'assurer de la crédibilité des interprétations. Un biais de rappel est possible cependant dans l'étude de Purcell *et al.* puisque les entretiens ont été menés jusqu'à 6 mois après l'intervention chirurgicale [41]. De plus, le petit nombre de parents questionnés et l'atteinte de la saturation des données estimée par un seul évaluateur limitent la généralisation des résultats observés à l'ensemble des enfants ayant eu une complication à la suite d'une amygdalectomie. Par ailleurs, il est possible que les études plus anciennes ne reflètent pas l'impact des techniques chirurgicales actuelles, telles que la dissection intracapsulaire, sur le suivi postopératoire après une amygdalectomie. Les études réalisées en Asie ne reflètent peut-être pas non plus le contexte socio-culturel des parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie dans notre système de soins nord-américain [50, 51].

### **5.3 Description des ressources et des pratiques de surveillance postamygdalectomie aux CHU de Québec, CISSS de Chaudière-Appalaches, CISSS de la Côte-Nord et CISSS de la Gaspésie**

#### **CHU de Québec**

Au sein du CHU de Québec, les entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de deux médecins ORL, d'une assistante infirmière-chef de la clinique ambulatoire d'oto-rhino-laryngologie, de la cheffe de service de la chirurgie d'un jour et de la clinique préopératoire, d'une agente de liaison et d'un navigateur pour les communautés autochtones.

L'établissement offre des soins spécialisés et surspécialisés à la clientèle de la région de la Capitale-Nationale et également à celle des régions couvertes par le RUISSSUL, soit un total de plus de 2 000 000 de personnes. Pour la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale, le CHU dessert 766 579 citoyens résidants sur un territoire de 18 643 km<sup>2</sup> (densité de population de 41 personnes par kilomètre carré), dont la grande majorité réside dans une zone urbaine. Au total, 22 médecins ORL pratiquent des amygdalectomies chez les adultes et les enfants. Certains médecins ORL du CHU de Québec pratiquent des amygdalectomies aux Îles-de-la-Madeleine. L'établissement reçoit également de la clientèle provenant de la Basse-Côte-Nord, de l'Est du Québec et du Nouveau-Brunswick.

Les amygdalectomies sont effectuées dans quatre des cinq hôpitaux du CHU de Québec, soit au CHUL, à l'HSS, à l'HDQ et à l'HEJ. Lors de l'évaluation préopératoire avec le médecin ORL, des informations concernant le déroulement de l'opération ainsi que la période de convalescence sont données aux patients et aux proches. Durant cette discussion, le médecin ORL aborde généralement les risques et les bénéfices de l'intervention ainsi que l'importance de demeurer près d'un centre hospitalier durant la période de convalescence. Ces mêmes informations sont répétées lors de l'évaluation par l'infirmière de la clinique préopératoire. La clientèle pédiatrique est habituellement opérée au CHUL, alors que la clientèle adulte est majoritairement opérée à l'HSS. Des amygdalectomies extracapsulaires sont la plupart du temps réalisées bien que la technique intracapsulaire soit effectuée chez certains patients sélectionnés. Les amygdalectomies sont généralement réalisées en chirurgie d'un jour chez les adultes et les enfants sans apnée du sommeil, tandis qu'une hospitalisation postopératoire d'une durée de 24 à 48 heures est préconisée pour les adultes et les enfants avec apnée. Les adultes pris en charge en mode ambulatoire demeurent sous surveillance environ trois heures à l'unité de chirurgie ambulatoire avant de recevoir leur congé. Les critères pour l'obtention du congé incluent le soulagement de la douleur, le contrôle des nausées et des vomissements, l'absence de saignement actif, le fait de s'être levé une première fois et d'avoir une bonne hydratation. Ces mêmes critères de congé sont appliqués pour la clientèle pédiatrique hospitalisée sur une unité de soins à la suite de leur amygdalectomie.

Avant le départ des patients et de leurs proches, une infirmière de pratique spécialisée (IPS) rappelle les directives de sécurité à respecter pendant la convalescence et remet un guide d'enseignement contenant divers conseils et recommandations sur la reprise de l'alimentation, la gestion de la douleur, l'effort physique ainsi que les complications à surveiller. Des guides d'enseignement distincts pour la clientèle adulte ou âgée de plus de 14 ans et pour la clientèle pédiatrique de 14 ans et moins sont distribués. Les guides d'enseignement indiquent également dans quelle situation il est requis de consulter, soit en présence de certains symptômes (p. ex. : douleur qui perdure pendant plus de sept jours ou augmente, frissons ou fièvre (température prise par la bouche supérieure à 38,5°C) ou de sang rouge clair dans un crachat ou un vomissement. Les coordonnées téléphoniques du centre de jour sont fournies aux patients et à leurs familles ou proches. Ce centre est ouvert tous les jours en semaine de 8h à 16h. Les infirmières du centre répondent aux questions et conseillent les patients ou leurs familles sur les soins à prodiguer et peuvent planifier des rendez-vous de consultation avec un médecin ORL lorsque pertinents. En dehors des heures d'ouverture (soir, nuit, fin de semaine), la personne est invitée à consulter à l'urgence la plus proche en cas de complication. Un bref suivi téléphonique est effectué par une infirmière du centre de jour dans les 24 à 48 heures suivant l'opération. Toutefois, cet appel ne serait pas systématique, selon certains répondants.

Une période de convalescence de dix jours est habituellement recommandée par les ORL du CHU de Québec aux personnes ayant eu une amygdalectomie. Durant cette période, les adultes et les enfants sont invités à demeurer à moins de 30 à 60 minutes de route d'un centre hospitalier ayant un médecin ORL de garde afin de pouvoir prendre en charge rapidement la survenue d'une complication postamygdalectomie. La majorité de la clientèle ayant eu une amygdalectomie au CHU de Québec demeure à leur domicile durant leur période de convalescence étant donné leur proximité avec un hôpital du CHU de Québec. Pour les personnes vivant à plus d'une heure de l'établissement, la majorité serait hébergée par un membre de leur famille ou des amis. Selon les intervenants consultés, peu de personnes seraient contraintes de résider dans un hôtel de la région durant leur période de convalescence afin de respecter la consigne de proximité durant cette période. Pour ceux se retrouvant dans cette situation, par exemple une personne résidant à l'extérieur de la région métropolitaine de Québec, il peut y avoir un certain dédommagement par le centre hospitalier de leur région pour de l'hébergement et des repas en fonction des dispositions de la Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux du Ministère de la Santé et des services sociaux [65]. Certaines familles pourraient également avoir accès à l'hébergement du Manoir Ronald McDonald pendant leur séjour. Une chambre aux caractéristiques plus sécurisantes au plan culturel et dédiée aux personnes issues d'une communauté autochtone de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale est également disponible. Localisé à la nouvelle hôtellerie près du Centre intégré de cancérologie du CHU de Québec, cet hébergement inspiré des Premières Nations et Inuits du Québec est un espace plus grand et aménagé pour permettre l'accueil des familles pendant le séjour de soins. Une agente de liaison autochtone, un navigateur autochtone et un service d'interprétariat sont aussi disponibles pour cette clientèle afin de faciliter leur séjour. Par ailleurs, divers organismes communautaires autochtones de la région de la Capitale-Nationale (p. ex. : Regroupement Mamit Innuat, Centre multiservices Mamuk, Centre d'Amitié Autochtone de Québec) offrent divers services tels que de l'aide pour le transport, l'hébergement et l'alimentation des personnes issues des communautés autochtones devant recevoir des soins à l'extérieur de leur communauté. Aucun corridor de services n'est établi avec la médecine de première ligne ou les services de santé de proximité (p. ex. : pharmacies communautaires) pour la réalisation de certaines activités de surveillance durant la période de convalescence.

Différents enjeux organisationnels ont été soulevés par les répondants, tels que le manque d'harmonisation des pratiques relatives à la surveillance extrahospitalière entre les hôpitaux et les ORL du CHU de Québec. En effet, en l'absence de protocole ou de lignes directrices officiels, les consignes données aux patients relèveraient surtout de la tolérance au risque du médecin traitant. Un enjeu d'équité a aussi été souligné, en lien avec la difficulté vécue par les patients de certaines régions moins bien desservies par les services d'un ORL, d'accéder aux soins en temps opportun en cas de complication postopératoire. Des intervenants rencontrés ont indiqué que les agents de liaison ou les navigateurs pourraient être davantage interpellés afin d'accompagner les personnes issues des communautés autochtones durant l'épisode de soins. Les personnes rencontrées suggèrent également que les explications concernant les consignes de sécurité à respecter durant la période de convalescence puissent être accompagnées d'images dans les situations où la personne opérée ou les parents d'un enfant seraient moins à l'aise avec la langue française ou anglaise.



## CISSS de Chaudière-Appalaches

Les entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de deux médecins ORL et d'une conseillère cadre en soins infirmiers du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches est responsable de veiller au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population résidant dans la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches [66]. Il offre des services à une population de 444 072 personnes réparties dans 136 municipalités sur un territoire de 15 074 km<sup>2</sup>, incluant les villes de Lévis, Saint-Georges, Sainte-Marie, Montmagny et Thetford Mines. Avec une densité moyenne de population de 29,5 personnes par kilomètre carré, le CISSS dessert une clientèle pouvant vivre autant dans une zone urbaine que dans une zone rurale. Certains patients opérés peuvent également provenir de régions sociosanitaires limitrophes (p. ex. : Bas-St-Laurent, Estrie, Centre-du-Québec). Bien que près d'une centaine d'installations soient régies par le CISSS, les interventions de santé spécialisées, telles que les amygdalectomies, sont effectuées dans quatre hôpitaux soit, l'Hôtel-Dieu de Lévis, l'Hôtel-Dieu de Montmagny, l'Hôpital de Thetford Mines et l'Hôpital de St-Georges. Des amygdalectomies sont aussi effectuées au Centre multiservices de santé et de services sociaux Paul-Gilbert (anciennement l'Hôpital de Charny).

Au total, 11 médecins ORL pratiquent des amygdalectomies chez les adultes et les enfants. Lors de l'évaluation préopératoire avec le médecin ORL, des informations concernant le déroulement de l'opération ainsi que sur la période de convalescence sont données aux patients. Durant cette discussion, les risques et bénéfices de l'intervention chirurgicale ainsi que l'importance de demeurer près d'un centre hospitalier durant la période de convalescence sont discutés avec le patient ou sa famille. Ces mêmes informations sont généralement répétées lors de l'évaluation par l'infirmière de la clinique préopératoire.

La majorité des amygdalectomies réalisées au CISSS de Chaudière-Appalaches sont effectuées en chirurgie d'un jour. Une approche chirurgicale extracapsulaire chez l'adulte et intracapsulaire chez les enfants est privilégiée. L'approche intracapsulaire par la technique de Coblation® a été introduite en décembre 2022. La technique chirurgicale est habituellement déterminée par le médecin ORL, bien que la décision d'hospitaliser ou non puisse être prise en concertation avec le pneumologue, le pédiatre ou le médecin traitant du patient. De manière générale, si la personne présente une comorbidité d'AOS ou est âgée de moins d'un an, une hospitalisation est recommandée pour une période de 24 heures après l'intervention chirurgicale. Toutefois, les pratiques cliniques relatives à l'hospitalisation postamygdalectomie présentent certaines variations entre les hôpitaux du CISSS. Par exemple, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, il est demandé aux personnes sans AOS ayant eu une amygdalectomie de demeurer près de l'hôpital pour une nuit si ces dernières demeurent à plus d'une heure de l'hôpital. Dans ces situations, les personnes opérées et leurs proches sont habituellement hébergés chez de la famille ou à l'hôtel. Une demande d'hébergement peut également être adressée à la maison Dessercom de Lévis si la personne opérée ne possède aucune famille ou proche résidant près de l'Hôtel-Dieu de Lévis. À l'hôpital de Thetford Mines, les enfants de moins de 3 ans ou ceux qui résident loin de l'hôpital sont hospitalisés. Dans tous les sites, les personnes présentant des comorbidités importantes, par exemple une malformation craniofaciale, sont dirigées vers un centre tertiaire pour la réalisation de leur amygdalectomie. Pour les personnes prises en charge en chirurgie d'un jour, une surveillance d'une durée de deux à quatre heures après la chirurgie est effectuée avant l'obtention du congé. Pour recevoir leur congé, les personnes opérées doivent avoir eu une miction, avoir un bon contrôle de la douleur, ne pas avoir de désaturation et de saignement et présenter un bon état clinique général. Un protocole infirmier visant à encadrer les soins, la surveillance et le suivi entourant l'amygdalectomie et l'adénoamygdalectomie chez l'enfant (protocole P INF 15-02) a été développé en 2015. Ce protocole est disponible au Centre Paul-Gilbert et semble actuellement peu connu dans les autres hôpitaux du CISSS. Cependant, selon les différents répondants rencontrés, les pratiques actuelles suivent les recommandations de l'INESSS [1] et de l'AAOHNS [6] en la matière.

Avant le départ des patients, une infirmière rappelle les consignes de sécurité à respecter pendant la convalescence. Une période de convalescence de 10 à 14 jours est recommandée suivant l'amygdalectomie durant laquelle la personne opérée doit demeurer à moins de 60 minutes de route d'un hôpital du CISSS ayant un médecin ORL de garde. Pour la très grande majorité de la clientèle, un hôpital du CISSS est rapidement accessible de leur domicile. Pour la clientèle pédiatrique, un guide d'enseignement concernant les soins généraux à donner à la maison, le soulagement de la douleur et de l'inconfort, la reprise des activités, la reprise de l'alimentation et l'hydratation est transmis aux parents. Des conseils concernant les raisons motivant une consultation ainsi que les ressources disponibles sont également donnés dans ce guide d'enseignement. Il est expliqué aux parents qu'en tout temps, si l'état de santé de l'enfant inquiète ou si le parent a des

questionnements, il est possible d'appeler Info-Santé (811) ou une infirmière du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital ayant prodigué les soins en semaine entre 8h et 16h. On recommande également aux parents de se présenter à l'urgence la plus près de la maison en cas de complications. Des protocoles de prise en charge des saignements postamygdalectomie sont disponibles dans les urgences des hôpitaux du CISSS. Un suivi téléphonique est habituellement effectué par une infirmière dans les 24-48h après la chirurgie. Toutefois, selon les intervenants sondés, ce suivi n'est pas systématique pour toute la clientèle opérée ni effectué dans tous les hôpitaux. Aucun corridor de services n'est établi avec la médecine de première ligne ou les services de santé de proximité (p. ex. : pharmacies communautaires) pour la réalisation de certaines activités de surveillance durant la période de convalescence. La personne opérée est généralement revue par le médecin ORL un à quatre mois après la chirurgie.

Les intervenants consultés indiquent ne pas percevoir d'enjeux légaux, éthiques ou de gestion des risques et mentionnent que le filet de sécurité actuellement mis en place au CISSS de Chaudière-Appalaches leur semble adéquat pour assurer la sécurité de la clientèle ayant eu une amygdalectomie. Toutefois, certains aspects relatifs aux pratiques de surveillance ont été soulevés incluant l'absence d'outils cliniques harmonisés et régionalisés ou encore des lacunes dans la communication entre les établissements. Parmi les autres enjeux soulevés figurent l'absence de transfert ou de partage des dossiers-patients, la notification du congé du patient et le retour à la maison ou encore l'absence de guide d'enseignement pour la convalescence postamygdalectomie chez l'adulte. Différentes pistes d'amélioration ont été proposées par les répondants sondés, soit la présentation de vidéos pour faire l'enseignement aux patients, la prise en charge des cas plus compliqués dans les hôpitaux du CISSS plutôt que dans un centre tertiaire et la systématisation des appels de suivi durant la période de convalescence.

### **CISSS de la Gaspésie**

Dans le cadre des présents travaux d'évaluation, les entrevues semi-dirigées ont été menées auprès d'un médecin ORL et d'un chef de service du bloc opératoire et de la présidente-directrice générale adjointe.

La mission du CISSS de la Gaspésie est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de sa clientèle en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité [67]. Le CISSS dessert une population de 92 403 personnes dont plus de 80 % sont d'âge adulte (20 ans et plus) [68]. La population est répartie dans 54 municipalités, les villes les plus peuplées étant Gaspé, Chandler et St-Anne des Monts. Environ 5 % de la population desservie par le CISSS est d'origine autochtone (nation Micmac)<sup>5</sup>, parmi lesquelles 2 850 personnes résideraient dans leur communauté d'affiliation, Gesgapegiag et Listiguj selon les statistiques les plus récentes sur le sujet [69, 70]. La superficie du territoire couvert par le CISSS de la Gaspésie est d'environ 20 386 km<sup>2</sup>, avec une densité de population d'environ 4,5 personnes par kilomètre carré. La majorité de la clientèle desservie par le CISSS demeure dans une zone qualifiée de rurale.

Les amygdalectomies sont effectuées dans deux centres hospitaliers du CISSS de la Gaspésie, soit l'Hôpital de Gaspé et l'Hôpital de Maria. Les deux hôpitaux sont à plus de trois heures de route l'un de l'autre. Un médecin ORL travaille dans chacun de ces établissements et effectue des amygdalectomies tant chez les adultes que chez les enfants. Peu de personnes sont transférées dans un centre tertiaire pour subir une amygdalectomie, ce peut être le cas seulement si elle doit être effectuée en concomitance avec une autre intervention chirurgicale ou une intervention de pneumopédiatrie.

Au sein de ce CISSS, les interventions sont planifiées durant les périodes où les ORL sont disponibles pour assurer la surveillance et la prise en charge des complications postopératoires. Aucune amygdalectomie n'est programmée dans les semaines avant la période de vacances des médecins ORL. Ces opérations sont réalisées depuis peu de temps en utilisant une approche intracapsulaire chez les enfants ou à l'aide d'instruments bipolaires chez les adultes. Lors de l'évaluation préopératoire avec le médecin ORL, des informations concernant le déroulement de l'opération et sur la période de convalescence sont données aux patients. Durant cette discussion, les risques et bénéfices de l'intervention chirurgicale ainsi que le déroulement de la période de convalescence sont discutés avec ces derniers. Ces mêmes informations sont

---

<sup>5</sup> Trois communautés Micmacs sont présentes sur le territoire du CISSS de la Gaspésie, soit les communautés Gesgapegiag, Gespeg et Listiguj.

généralement répétées lors de l'évaluation par l'infirmière de la clinique préopératoire. La majorité des amygdalectomies effectuées par les médecins ORL sont réalisées en chirurgie d'un jour. Les patients qui y sont opérés séjournent environ cinq à six heures à l'unité de chirurgie ambulatoire. Des conseils pour le congé leur sont donnés oralement ou par écrit par l'infirmière et le médecin ORL. Les amygdalectomies sont réalisées parmi les premiers cas du matin pour permettre une plus longue période d'observation intrahospitalière au courant de la journée. Les patients demeurant à plus de 30 minutes de route de l'hôpital ou présentant des facteurs de risque de complications postopératoires (p. ex. : AOS, risque de saignement) sont gardés à l'hôpital pour une nuit d'observation. Pour des raisons de distance et de difficulté d'accès à un logement ou un hôtel, il n'est pas demandé à la clientèle de demeurer près d'un centre hospitalier pendant la période de convalescence. La sécurité des personnes repose plutôt sur un modèle de « plan sécuritaire » ou de « réseau efficace » au sein duquel les professionnels de la santé concernés sont formés pour intervenir en cas d'hémorragie postopératoire. Ce plan repose sur la qualification des médecins de famille et urgentologues de la région, au sein des quatre hôpitaux et des CLSC de la région et de la facilité de communication avec les médecins ORL du CISSS.

Les personnes opérées au CISSS reçoivent habituellement leur congé d'hospitalisation après environ 5 heures de surveillance postopératoire lorsqu'elles ont un bon contrôle de la douleur, une absence de nausées et de saignements et la capacité de boire. Les personnes ayant une comorbidité d'AOS sont hospitalisées une nuit avant d'être libérées. Avant de recevoir leur congé, un document écrit sur les consignes à respecter est remis et un rappel des directives pour le bon déroulement de la convalescence à la maison est effectué par le médecin ou l'infirmière. En cas de questionnements ou de complications, les personnes opérées sont invitées à téléphoner au centre de jour. Lorsque pertinent, le personnel du centre de jour peut conseiller aux patients de se rendre immédiatement à l'urgence la plus proche ou encore planifier une consultation avec un médecin ORL. Après leur sortie de l'hôpital, les patients sont contactés par l'infirmière du centre de jour dans les 24 à 48 heures suivant leur opération pour un bref suivi téléphonique. Le patient est revu par l'ORL quatre mois suivant son opération pour le suivi de sa condition. À l'hôpital de Maria, différentes approches ont été développées pour répondre aux besoins des clientèles autochtones, sans être spécifiques au contexte des amygdalectomies. Par exemple, les membres du personnel qui sont d'origine autochtone, parlent l'anglais ou une langue autochtone portent sur une base volontaire un signe distinctif (collier) permettant aux usagers de les identifier. Une salle multiconfessionnelle est aussi disponible pour les pratiques spirituelles des diverses communautés autochtones.

Différents enjeux organisationnels et éthiques ont été soulevés lors des entrevues réalisées avec les répondants du CISSS de la Gaspésie. L'importance de considérer une allocation pertinente des ressources a été soulevée par un répondant. En effet, puisque les ressources humaines et financières sont limitées, ces dernières devraient être priorisées pour d'autres services que de l'hébergement pour les patients ayant eu une amygdalectomie en raison du faible niveau de risque d'hémorragie et de l'absence de lignes directrices claires à cet effet. Les directives devraient non seulement prendre en considération les dépenses financières imposées aux patients et aux familles, mais également celles du système de santé dans sa globalité. Pour un des répondants, les consignes concernant la proximité du centre hospitalier émises dans les établissements de santé québécois pour la période de convalescence seraient liées au niveau de tolérance au risque du médecin. Pour s'assurer de la sécurité des patients pendant la période postopératoire, certaines pistes d'amélioration ont été proposées par un des répondants, notamment la formation des chirurgiens généraux de la région pour la prise en charge des hémorragies en l'absence des ORL et des ambulanciers pour la prise en charge des hémorragies pendant les transferts vers les milieux hospitaliers. Une lacune dans la communication entre les établissements a également été soulevée quant au transfert d'informations aux hôpitaux de la région lorsqu'une personne a été opérée à l'extérieur du territoire de la Gaspésie et qu'elle revient à son domicile pour réaliser sa période de convalescence.

### **CISSS de la Côte-Nord**

La mission du CISSS de la Côte-Nord est de planifier, coordonner, organiser et offrir à la population qu'elle dessert l'ensemble des services sociaux et de santé dont elle a besoin [71]. Le CISSS couvre un territoire d'une superficie de 272 290 km<sup>2</sup>, soit près de 20 % de la superficie du territoire québécois, s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes de Fermont et de Schefferville [71]. La population desservie, soit 90 523 personnes [71], est répartie dans six municipalités régionales de comté. La moitié de la population habite dans les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles. L'autre moitié est répartie dans une quarantaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par une route [71]. La densité de la population sur le territoire est de 0,33 personne par kilomètre carré. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue

maternelle [71]. Les diverses communautés autochtones constituent environ 15 % de la population de cette région. La Côte-Nord compte ainsi 10 communautés innues (Essipit, Betsiamites, Uashat, Maliotenam, Mingan, Nutashkuan, Romaine, Pakuashipi, Matimekosh, Lac-John) et une communauté naskapie (Kawawachikamach) [70]. Cette dernière communauté est desservie par le CLSC Naskapi, un établissement autonome ne faisant pas partie du CISSS de la Côte-Nord [71]. Près de 70 % des personnes autochtones vivant dans la région de la Côte-Nord habitent au sein de leur communauté d'affiliation [69].

Pour la réalisation de ce rapport d'évaluation, une entrevue semi-dirigée a été menée auprès d'un médecin ORL et d'une agente de liaison autochtone accompagnée de représentants d'organismes offrant des services aux membres des communautés autochtones de la région. La couverture en oto-rhino-laryngologie du CISSS est divisée en deux zones, soit la portion est de la région (entre Rivière-Pentecôte jusqu'à la Basse-Côte-Nord en couvrant aussi Schefferville et les villages alentour) et la portion ouest de la région (entre Tadoussac et Baie-Trinité). Les amygdalectomies sont effectuées dans deux centres hospitaliers du CISSS de la Côte-Nord, soit l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau et l'Hôpital de Sept-Îles. Un médecin ORL travaille dans chacun de ces établissements et chacun d'eux effectue des amygdalectomies tant chez les adultes que chez les enfants. Durant certaines périodes de l'année, un médecin ORL du CHU de Québec vient aider l'équipe d'oto-rhino-laryngologie du CISSS en offrant des services spécialisés à Havre-Saint-Pierre et dans d'autres municipalités de la Basse-Côte-Nord. En dehors de ces périodes, la clientèle provenant de ces municipalités est prise en charge par l'Hôpital de Sept-Îles.

Avant la chirurgie, le médecin ORL discute des risques et des bénéfices de l'intervention ainsi que du déroulement de la période de convalescence. Selon le médecin interrogé, il est très important que la personne opérée demeure à moins d'une heure d'un hôpital du CISSS (Baie-Comeau ou Sept-Îles) pendant une période de 10 jours après la chirurgie. Si la personne opérée ne peut respecter cette condition, le médecin ne recommandera pas la réalisation de l'amygdalectomie pour des raisons de sécurité. Selon le répondant, la communauté autochtone de la région pourrait bénéficier d'un dédommagement de leur communauté (Conseil de bandes) pour le transport et l'hébergement pour ce séjour. Des organismes communautaires œuvrant auprès des communautés autochtones (p. ex. : Regroupement Mamit Innuat, Centre d'Amitié Autochtone de Sept-Îles et de Baie-Comeau) peuvent aider les personnes issues des communautés autochtones et leurs proches à se déplacer, se loger et se nourrir durant leur épisode de soins. Aucune offre d'hébergement conçue spécifiquement pour les personnes issues des communautés autochtones de la région n'est toutefois disponible à proximité des hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau. Un service d'interprétariat en langue autochtone (Innue, Naskapie ou autre) ainsi qu'une équipe d'accompagnateurs en sécurisation culturelle et d'agents de liaisons autochtones sont présents, tant à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau qu'à l'Hôpital de Sept-Îles, pour accompagner les personnes issues des communautés autochtones durant leurs soins. Les frais de transport seraient également couverts par le CISSS pour la communauté non autochtone résidant en région plus éloignée. Le déroulement de la période postopératoire est discuté avec le patient pendant la consultation avec l'ORL, notamment le lieu et la durée de la surveillance après la chirurgie. Ces mêmes informations sont généralement répétées lors de l'évaluation par l'infirmière de la clinique préopératoire. La majorité des amygdalectomies effectuées au CISSS de la Côte-Nord sont réalisées en chirurgie d'un jour. La technique chirurgicale employée varie en fonction de l'indication clinique. Pour la population pédiatrique, la réalisation d'amygdalectomie par une technique intracapsulaire (Coblation®) est privilégiée.

À la suite de l'amygdalectomie, les personnes opérées séjournent à l'Unité de chirurgie d'un jour pendant environ quatre heures avant de recevoir leur congé. Dépendamment de leur condition médicale (p. ex. : enfants de 3 ans et moins, usagers avec AOS, enfants de 12 ans et moins qui habitent à plus d'une heure d'un centre hospitalier, présence de comorbidités, obésité, troubles comportementaux), certaines personnes peuvent être hospitalisées pendant 24 heures à la suite de l'opération. Les critères suivants sont utilisés pour autoriser le départ de la personne après la chirurgie : signes vitaux (tension artérielle, pouls, température) dans les limites de la normale ou proches des valeurs préopératoires, bon état respiratoire, marche sans aide, saturation en oxygène supérieure à 90 % à l'air ambiant, nausées et vomissements minimes, niveau de douleur acceptable pour le patient, absence de saignement, bon état de conscience, reprise de la miction et de l'hydratation. Avant de recevoir leur congé, un rappel des directives pour le bon déroulement de la convalescence à la maison est effectué soit par le médecin ou par l'infirmière. Un guide d'enseignement est remis à la personne ou à sa famille au moment du départ. Ce guide contient des directives pour le déroulement de la période de convalescence postamygdalectomie incluant la reprise des activités, l'alimentation, les symptômes à surveiller ainsi que les consignes de sécurité à respecter pendant la période de convalescence à la maison. Les personnes sont invitées à téléphoner en semaine

au centre de jour en cas de complication ou de questionnement sur leur état de santé ou celui de leur enfant. Les personnes sont également invitées à contacter Info-Santé (811) pour toutes questions ou inquiétudes par rapport à leur santé. Selon la gravité de la complication, une visite à l'urgence peut être recommandée par les infirmières du centre de jour. Dans les situations moins urgentes, une consultation avec le médecin ORL peut être également organisée. En présence de complications en dehors des heures de travail de jour (soir et nuit) et la fin de semaine, les personnes opérées sont invitées à se présenter à l'urgence. Pour toutes les amygdalectomies, un appel de suivi est effectué par une infirmière du centre de jour dans les 24 à 48 heures suivant l'opération. À l'Hôpital de Sept-Îles, les personnes ayant eu une amygdalectomie sont revues par le médecin ORL de 10 à 15 jours après l'opération, selon que le domicile de la personne est ou non à plus d'une heure de l'hôpital. Cette consultation permet au médecin d'évaluer la condition du patient et de le libérer de sa période de surveillance rapprochée. Aucun corridor de services n'est établi avec la médecine de première ligne ou les services de santé de proximité (p. ex. : pharmacies communautaires) pour la réalisation de certaines activités de surveillance durant la période de convalescence. La personne opérée est généralement revue par le médecin ORL 1 à 4 mois après la chirurgie.

Différents enjeux liés aux pratiques de surveillance postopératoire ont été soulevés par le médecin ORL rencontré. Entre autres, l'obligation de transférer le patient au CHU de Québec si ce dernier développe une complication postopératoire pendant l'absence d'un médecin ORL. Toutefois, afin d'éviter que cette situation se produise, aucune amygdalectomie n'est programmée si les médecins ORL ne sont pas présents dans leur hôpital respectif pendant les 10 à 15 jours suivant l'opération. Des enjeux de communications entre les hôpitaux réalisant les opérations, les centres de santé dans les communautés autochtones et les organismes communautaires ont également été soulevés par les répondants. Pour faciliter la prestation de services, il a été suggéré que des canaux de communication efficaces pour le transfert d'information clinique entre les différents paliers de soins soient mis en place. Il a été suggéré par les répondants autochtones de développer une offre d'hébergements à proximité des centres hospitaliers pouvant prodiguer des soins infirmiers de base par exemple par des préposés aux bénéficiaires parlant une langue autochtone. Cette recommandation aurait pour objectif de rendre le séjour postopératoire plus sécuritaire et culturellement plus sécurisant pour les personnes issues des communautés autochtones de la région. Finalement, l'utilisation de guides d'enseignements accompagnés d'images a été suggérée afin de s'assurer que les consignes de sécurité à respecter pour la période de convalescence soient bien comprises par les personnes opérées moins à l'aise avec la langue française ou anglaise.

#### **5.4 Amygdalectomies et ressources médicales dans les 30 jours suivant l'intervention au CHU de Québec, CISSS de Chaudière-Appalaches, CISSS de la Côte-Nord et CISSS de la Gaspésie**

Les données clinico-administratives concernant la réalisation des amygdalectomies et l'utilisation des ressources médicales dans les 30 jours suivants l'intervention au cours d'une année financière (1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023) ont été transmises par les archives de trois établissements participant au projet et par la DPVDTN pour le CHU de Québec.

##### **5.4.1 Amygdalectomies réalisées et clientèles**

**Au CHU de Québec**, un total de 887 amygdalectomies avec ou sans adénoïdectomie ont été réalisées durant la dernière année financière (Tableau 9). La grande majorité de ces interventions chirurgicales ont été effectuées au CHUL (n = 609; 69 %) et dans une moindre mesure à l'HSS (n = 210; 24 %). Plus du deux tiers des personnes opérées étaient des enfants (n = 602; 68 %). Sur l'ensemble de ces personnes, 18,2 % vivaient à plus d'une heure du CHU de Québec.

**Au CISSS de Chaudière-Appalaches**, 318 amygdalectomies ont été effectuées au cours de la dernière année financière, 94 (30 %) à l'Hotel-Dieu de Lévis, 76 (24 %) à l'Hôtel-Dieu de Montmagny, 36 (11 %) à l'Hôpital de Thetford Mines, 26 (8 %) à l'Hôpital de St-Georges et 86 (27 %) au Centre Paul-Gilbert situé à Lévis. La majorité des interventions ont été réalisées chez des enfants à l'Hotel-Dieu de Lévis (n = 81) et à l'Hôtel-Dieu de Montmagny (n = 56), soit dans des proportions de 85 et 74 % respectivement. Aux hôpitaux de Thetford Mines (n = 18) et de St-Georges (n = 13), la moitié des interventions ont été réalisées chez des enfants. Au Centre Paul-Gilbert, 70 des 76 (92 %) amygdalectomies ont plutôt été effectuées auprès d'adultes. Dans l'ensemble des hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches, 91 % des patients (n = 289) vivaient à moins d'une heure de route de l'hôpital où ils ont été opérés. Cette proportion est toutefois un peu plus faible pour ceux opérés à Montmagny (81 %; n = 62) et à Thetford Mines (86 %; n = 31).



**Au CISSS de la Côte-Nord**, 84 amygdalectomies ont été réalisées durant la dernière année financière (51 à l'Hôpital de Sept-Îles et 33 à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau). De ce nombre, 57 % (48 sur 84) ont été effectuées chez des enfants et 43 % (36 sur 84) chez des adultes. Moins de 20 % des personnes opérées (n = 14; 17 %) demeuraient à plus d'une heure de route de l'un des deux hôpitaux.

**Au CISSS de la Gaspésie**, 72 amygdalectomies ont été effectuées entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023 (39 à l'Hôpital de Gaspé et 33 à l'Hôpital de Maria). Soixante pour cent (60 %; n = 43) de ces opérations ont été réalisées chez la clientèle pédiatrique. Sur l'ensemble des personnes opérées, 22 % (n = 16) résidaient à plus d'une heure du Centre hospitalier.

**TABLEAU 9. NOMBRE D'AMYGDALECTOMIES AVEC OU SANS ADÉNOÏDECTOMIE RÉALISÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUISSUL PARTICIPANTS DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023 SELON LA POPULATION ADULTE/ENFANT ET LA DISTANCE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ÉTABLISSEMENT**

	CHU de Québec <sup>1</sup>	CISSS Chaudière-Appalaches <sup>2</sup>	CISSS Côte Nord <sup>3</sup>	CISSS Gaspésie <sup>4</sup>
<b>Amygdalectomies (total)</b>	<b>887</b>	<b>318</b>	<b>84</b>	<b>72</b>
Enfants, n (%)	602 (68)	184 (58)	48 (57)	43 (60)
Adultes, n (%)	285 (32)	134 (42)	36 (43)	29 (40)
<b>Distance en heure entre le lieu de résidence et le centre hospitalier où a été réalisée l'amygdalectomie<sup>5</sup></b>				
Moins d'une heure, n (%)	723 (81,5)	288 (91)	70 (83)	56 (78)
Plus d'une heure, n (%)	161 (18,2)	30 (9)	14 (17)	16 (22)
..Non défini, n (%)	3 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux; J : jour; n : nombre, RUISSUL : Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval

<sup>1</sup> Données provenant du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) et de L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ)

<sup>2</sup> Données provenant du l'Hôtel-Dieu de Lévis, de l'Hôtel-Dieu de Montmagny, de l'Hôpital de Thetford Mines, de l'Hôpital St-George et du Centre Paul-Gilbert

<sup>3</sup> Données provenant de l'Hôpital Le Royer (Baie-Comeau) et de l'Hôpital de Sept-Îles

<sup>4</sup> Données provenant de l'Hôpital de Gaspé et de l'Hôpital de Maria

<sup>5</sup> Estimée à partir de la distance entre le territoire du centre local de services communautaires (CLSC) où réside le patient et celui de l'établissement

#### 5.4.2 Consultations médicales, réadmissions et reprises de l'hémostase

Les données sur les consultations à l'urgence ou en clinique d'oto-rhino-laryngologie, les réadmissions et les reprises de l'hémostase dans les 30 jours suivant l'amygdalectomie sont présentées au tableau 10.

**Au CHU de Québec**, les taux de consultation à l'urgence et à la clinique d'oto-rhino-laryngologie dans les 30 jours suivant la chirurgie s'établissent à 16 % (141 personnes : 75 enfants et 66 adultes) et 18 % (159 personnes : 93 enfants et 66 adultes), respectivement. Dix pour cent (10 %) des personnes opérées, soit 45 enfants et 39 adultes, ont été hospitalisées durant cette période. Une reprise d'hémostase a été effectuée chez 32 des 42 personnes qui ont consulté pour un saignement (76 %). Les principales autres raisons de consultation à l'urgence étaient une infection ou la douleur (46 cas), une amygdalite aiguë, laryngite aiguë ou un mal de gorge (13 cas), la déshydratation (4 cas), des nausées ou vomissements (3 cas), diverses autres raisons (n = 19). Quatorze personnes (10 %) ont quitté l'urgence avant d'avoir consulté un médecin. Aucun décès n'a été constaté durant la période à l'étude.

**Au CISSS de Chaudière-Appalaches**, 18 % (56 personnes : 24 enfants et 32 adultes) des patients ont consulté à l'urgence dans les 30 jours suivant l'intervention et ce taux est plus élevé au Centre Paul-Gilbert (39 %) (30 personnes : 6 enfants et 24 adultes). Aucune réadmission n'a été effectuée pour les patients opérés à Thetford Mines et un enfant opéré à Montmagny a été réadmis. Le taux de réadmission après une amygdalectomie s'élève à 12 % (8 enfants et 3 adultes) à l'Hôtel-Dieu de Lévis, à 15 % (2 enfants et 2 adultes) à l'hôpital de St-Georges et à 42 % (5 enfants et 17 adultes) au Centre Paul-Gilbert. Dans l'ensemble des hôpitaux de l'établissement, 24 (8 %) patients ont consulté en clinique d'oto-rhino-laryngologie dans les 30 jours suivants l'intervention. De même, 28 adultes ou enfants (8,8 %) ont consulté à l'urgence pour un saignement, dont 19 ayant requis une reprise de l'hémostase (67,9 %). La distribution des cas de saignements était la

suivante : 9 à l'Hôtel-Dieu de Lévis, 2 à l'Hôpital de St-Georges et 17 au Centre Paul-Gilbert. Aucun décès n'a été observé pendant la période. Les autres raisons de consultation rapportées dans l'ensemble des hôpitaux incluent : la douleur (12 cas), la fièvre (3 cas), la déshydratation (3 cas), les vomissements (3 cas), l'œdème (1 cas), la cellulite avec douleur (2 cas), l'infection (2 cas) et une complication majeure non spécifiée (1 cas).

**Au CISSS de la Côte-Nord**, parmi l'ensemble des personnes opérées, 23 (27 %) ont respectivement consulté à l'urgence dans les 30 jours suivants leur opération, soit 7 enfants et 16 adultes. Durant la même période, 63 % (53 personnes : 38 enfants et 11 adultes) ont consulté à la clinique d'oto-rhino-laryngologie. Il est toutefois à noter qu'une consultation avec un médecin ORL est systématiquement planifiée 10 à 15 jours après l'opération à l'Hôpital de Sept-Îles, tel que précisé à la section 5.3.1 du présent rapport. Six personnes (7 %) ont été hospitalisées dans les 30 jours suivant leur amygdalectomie. Une reprise d'hémostase a été effectuée chez quatre des six personnes qui ont consulté pour un saignement dans les 30 jours suivant l'opération. Les autres raisons de consultation pour une complication majeure sont une surinfection (2 cas), une pneumonie (2 cas), une odynophagie (1 cas), une pharyngite à streptocoque (1 cas), une glossite réactionnelle (1 cas), une névralgie (1 cas), une douleur importante (1 cas), de la fièvre (1 cas) ou des convulsions (1 cas). Six autres consultations ont été réalisées pour des complications mineures. Aucun décès en raison d'une amygdalectomie n'a été rapporté.

**Au CISSS de la Gaspésie**, le nombre de personnes ayant consulté à l'urgence et à la clinique d'oto-rhino-laryngologie dans les 30 jours suivant l'intervention est de 15 (21 %) et 39 (54 %), respectivement. Quatre personnes (6 %) ont été hospitalisées dans les 30 jours suivant leur amygdalectomie. Les complications majeures ayant mené à une consultation dans les 30 jours suivant la chirurgie incluaient deux épisodes hémorragiques chez deux adultes ainsi qu'une surinfection postopératoire chez un adulte. Une reprise d'hémostase a été nécessaire pour un de ces cas. Aucun décès n'a été constaté durant la période à l'étude.

**TABLEAU 10. DISTRIBUTION DE FRÉQUENCES DES RESSOURCES MÉDICALES CONSOMMÉES DANS LES 30 JOURS SUIVANT LA CHIRURGIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DU RUISSUL PARTICIPANTS DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2022 AU 31 MARS 2023**

	CHU de Québec <sup>1</sup>	CISSS Chaudière-Appalaches <sup>2</sup>	CISSS Côte Nord <sup>3</sup>	CISSS Gaspésie <sup>4</sup>
<b>Amygdalectomies (total)</b>	<b>887</b>	<b>318</b>	<b>84</b>	<b>72</b>
<b>Type de ressources médicales consommées dans les 30 jours suivant la chirurgie</b>				
Consultation à l'urgence, n (%)	141 (15,9)	55 (17,3)	23 (27,4)	15 (20,8)
Réadmission, n (%)	84 (9,4)	39 (12,3)	6 (7,1)	4 (5,6)
Consultation clinique ORL, n (%)	159 (17,9)	24 (7,5)	53 (63,1)	39 (54,2)
Reprise de l'hémostase, n (%)	32 (3,6)	19 (6,0)	4 (4,8)	1 (1,4)

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux, n : nombre, ORL : otorhinolaryngologie, RUISSUL : Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval

<sup>1</sup> Données provenant du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), de l'HJ et de L'HDQ

<sup>2</sup> Données provenant de l'Hôtel-Dieu de Lévis, de l'Hôtel-Dieu de Montmagny, de l'Hôpital de Thetford Mines, de l'Hôpital St-George et du Centre Paul-Gilbert

<sup>3</sup> Données provenant de l'Hôpital Le Royer (Baie-Comeau) et de l'Hôpital de Sept-Îles

<sup>4</sup> Données provenant de l'Hôpital de Gaspé et de l'Hôpital de Maria

Il est à noter que les données clinico-administratives ont été recueillies manuellement par des archivistes médicales des trois CISSS participant au projet et extraites de la banque MED ÉCHO par la DPVDTN au CHU de Québec. De plus, les consultations réalisées dans un autre établissement que celui où a été réalisée l'amygdalectomie ne sont pas comptabilisées.

## 5.5 Sondage auprès des médecins ORL du Québec

### 5.5.1 Description des pratiques

Au total, 41 (16 %) médecins membres de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec ont répondu au sondage visant à décrire les pratiques relatives à la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants



ayant eu une amygdalectomie. Les répondants proviennent de 13 régions sociosanitaires (Tableau 11). La majorité a plus de 10 ans d'expérience en pratique clinique (n = 25; 61 %). Plus de la moitié des répondants ont une pratique mixte auprès de la clientèle adulte et pédiatrique (n = 22; 54 %) alors que 13 (31,7 %) et 6 (14,6 %) des ORL ont rapporté voir en consultation exclusivement des enfants ou des adultes, respectivement.

**TABLEAU 11. DISTRIBUTION DE FRÉQUENCES DES MÉDECINS ORL AYANT RÉPONDU AU SONDAGE SUR LES PRATIQUES CLINIQUES DE SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE POSTAMYGDALECTOMIE PAR RÉGION SOCIOSANITAIRE**

Régions sociosanitaires du Québec	n répondants (%)
01-Bas-Saint-Laurent	1 (2,4)
02-Saguenay-Lac-Saint-Jean	3 (7,3)
03-Capitale-Nationale	4 (9,8)
04-Mauricie et Centre-du-Québec	3 (7,3)
05-Estrie	2 (4,9)
06-Montréal	8 (19,5)
07-Outaouais	1 (2,4)
08-Abitibi-Témiscamingue	0 (0)
09-Côte-Nord	0 (0)
10-Nord-du-Québec	0 (0)
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3 (7,3)
12-Chaudière-Appalaches	1 (2,4)
13-Laval	1 (2,4)
14-Lanaudière	4 (9,8)
15-Laurentides	2 (4,9)
16-Montérégie	8 (19,5)
17-Nunavik	0 (0)
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James	0 (0)
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>

### Techniques chirurgicales

La dissection extracapsulaire est la principale technique chirurgicale utilisée pour réaliser les amygdalectomies chez les adultes, selon 23 des 28 (89,3 %) répondants traitant cette clientèle et par 21 des 35 (62,9 %) traitant des enfants. La dissection intracapsulaire chez les enfants est utilisée par 10 des 35 (28,6 %) répondants qui ont recours à cette technique. Par ailleurs, un seul répondant a mentionné utiliser la dissection intracapsulaire chez les adultes. Selon l'opinion de deux répondants, la technique intracapsulaire pourrait constituer une méthode à considérer pour certaines clientèles et potentiellement diminuer le risque de complications postopératoires graves. Toutefois, selon un répondant, davantage d'études devraient être effectuées avant de conclure à l'avantage de cette technique par rapport aux autres techniques chirurgicales disponibles.

### Perception du risque lié à la réalisation d'une amygdalectomie

La très grande majorité des répondants (90,2 %) ont rapporté avoir observé en carrière dix complications postopératoires majeures ou moins suivant une amygdalectomie. Le risque de complications majeures suivant une amygdalectomie chez la clientèle sans indication clinique d'hospitalisation est qualifié de très faible ou faible, et ce, tant pour les adultes (selon 92,6 % des répondants) que les enfants (92,5 % des répondants). Près de trois répondants sur quatre ont néanmoins affirmé avoir un niveau de préoccupation modérée (19 sur 41; 46,3 %) ou élevée (11 sur 41; 26,8 %) face à la survenue de complications postopératoires majeures suivant une amygdalectomie. Pour 26 répondants (63,4 %) au sondage, les amygdalectomies réalisées chez les enfants sont plus préoccupantes que celles effectuées chez les adultes. Les raisons données à cette

distinction sont : une plus petite réserve sanguine (n = 4), un risque plus élevé de saignement (n = 2), de complications respiratoires (n = 2), de déshydratation (n = 1) et de décès (n = 2) chez les enfants. De plus, un répondant a affirmé être moins inquiet pour les adultes, puisque ces derniers seraient plus attentifs aux saignements postopératoires et aptes à se mobiliser plus rapidement que les enfants (n = 1). L'impossibilité depuis la pandémie de COVID-19 d'hospitaliser un enfant à la suite d'une amygdalectomie est également rapportée par un autre répondant comme un élément contribuant à une plus grande préoccupation pour les enfants. Pour un des répondants, l'introduction de la dissection intracapsulaire a eu pour effet de diminuer son niveau de préoccupation envers la survenue potentielle d'évènement indésirable chez les enfants. Selon un répondant, le risque hémorragique chez les adultes est plus inquiétant en raison des adhérences inhérentes aux infections récurrentes qui sont plus fréquentes chez cette clientèle.

#### Pratiques cliniques relatives à la surveillance postopératoire durant la période de convalescence

Sur l'ensemble des répondants au sondage, 80,5 % (n = 33) ont indiqué donner des consignes spécifiques à leur clientèle à la suite d'une chirurgie des amygdales quant à la proximité du lieu de résidence d'un établissement de santé et à la durée de la période pendant laquelle ils doivent demeurer près de ce service (Tableau 12). Plus de la moitié de ces répondants (18 sur 33; 54,5 %) recommandent à leurs patients de demeurer près d'un centre hospitalier ayant un service de garde avec des médecins ORL pendant la période de convalescence après une amygdalectomie. Pour les autres répondants, neuf (27,3 %) recommandent de demeurer près d'un centre hospitalier ayant une urgence ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et six (18,2 %) près du centre hospitalier où ils ont été opérés. Concernant la distance recommandée du lieu de résidence, 60,6 % (20 sur 33) recommandent de demeurer à moins de 30 à 60 minutes d'un centre hospitalier pendant la période de convalescence. Toutefois, des variations sont observées quant à la durée de la période où le patient doit demeurer à proximité d'un centre hospitalier (Tableau 12). En effet, la durée de la période recommandée est supérieure à 10 jours pour un peu plus d'un répondant sur cinq (21,1 %), de 10 jours pour 45,5 % (15 sur 33) des répondants et pendant moins de 10 jours pour un répondant sur trois (33,3 %). Ces résultats ne varient pas en fonction de la région sociosanitaire dans laquelle le répondant pratique (milieu urbain versus rural) ni des années de pratiques. Pour plus de la moitié des répondants (54,5 %), ces recommandations s'appliquent autant pour les adultes que pour les enfants. Des particularités ont toutefois été rapportées par certains répondants. En effet, un répondant a indiqué qu'il demandait à sa clientèle de demeurer obligatoirement près de l'hôpital pour les 24 premières heures suivant la chirurgie et, en absence d'endroit où être hébergé, le patient est hospitalisé. Un autre ORL a indiqué ne pas recommander systématiquement de demeurer près d'un hôpital, puisqu'il est toujours accessible pour sa clientèle opérée et peut effectuer un suivi en cas de besoin. Finalement, un médecin ORL a indiqué ne pas donner de consignes relatives au lieu de résidence durant la période de convalescence puisque la majorité de sa clientèle vit dans la région de Montréal, donc toujours à proximité d'un hôpital.

**TABLEAU 12. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE LIEU DE RÉSIDENCE POUR LA CONVALESCENCE, LA DISTANCE ET LA DURÉE À PROXIMITÉ D'UN CENTRE HOSPITALIER SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SELON LES RÉPONDANTS AU SONDRAGE (N = 33)**

Recommandations	Fréquence (n = 33)
<b>Lieu de résidence</b>	
Près du centre hospitalier où ils ont été opérés, n (%)	6 (18,2)
Près d'un centre hospitalier avec garde en ORL, n (%)	18 (54,5)
Près d'une urgence ouverte 24/7, n (%)	9 (27,3)
<b>Distance en temps à proximité d'un centre hospitalier</b>	
< 30 minutes, n (%)	12 (36,4)
30 – 60 minutes; n (%)	20 (60,6)
Plus de 60 à 90 minutes, n (%)	1 (3,0)
<b>Durée de la période à proximité d'un centre hospitalier</b>	
0 – 5 jours, n (%)	3 (9,1)
6 – 9 jours, n (%)	8 (24,2)
10 jours, n (%)	15 (45,5)
> 10 jours, n (%)	7 (21,1)

ORL : oto-rhino-laryngologie

Pour environ 75 % (31) des répondants, la décision de recommander ou non aux patients de demeurer près d'un centre hospitalier durant la période de convalescence d'une amygdalectomie est influencée par la formation générale reçue et/ou leur expérience professionnelle. D'autres répondants ont affirmé se référer aux recommandations d'organismes professionnels en oto-rhino-laryngologie (n = 8 ; 24 %) ou un consensus d'experts (n = 1; 3%) pour appuyer leur pratique.

Concernant le suivi de la clientèle durant la période de convalescence postamygdalectomie, 30 répondants (73 %) ont mentionné qu'ils n'effectuaient aucun suivi téléphonique durant cette période, et ce, quelle que soit la consigne donnée de demeurer ou non à proximité d'un centre hospitalier durant la convalescence (Tableau 13). Le suivi systématique des patients en période postopératoire immédiate est rapporté par 9 répondants (27 %) qui effectuent un appel téléphonique dans un délai de 24 heures (n = 7), 24 à 48 heures (n = 2), 48 heures (n = 1) ou 72 heures (n = 1). Pour la majorité des répondants (36; 88 %); un suivi avec un médecin ORL est planifié dans les semaines suivant l'amygdalectomie soit dans un délai de moins d'un mois (n = 5), entre 1 et 2 mois (n = 19), entre 3 et 4 mois (n = 7) ou plus de 4 mois (n = 4) après la chirurgie. Un répondant a également mentionné effectuer un suivi dix jours après une amygdalectomie si des complications peropératoires sont survenues. Un suivi le lendemain du congé est rapporté par un autre répondant lorsque le patient a été hospitalisé. Pour la grande majorité des répondants (35; 85 %), le suivi postopératoire d'une amygdalectomie ne varie pas selon le type de clientèle, adulte ou pédiatrique, ou encore le lieu de résidence recommandé durant la période de convalescence. Un seul répondant a mentionné effectuer un suivi une semaine après la chirurgie pour la clientèle adulte et un mois pour les enfants.

**TABLEAU 13. MODALITÉS DE SUIVI POSTOPÉRATOIRE APRÈS UNE AMYGDALECTOMIE SELON LE LIEU DE RÉSIDENCE RAPPORTÉE PAR LES RÉPONDANTS AU SONDAGE**

Suivi téléphonique par l'établissement	Consigne liée au lieu de résidence	
	OUI (n = 33)	NON (n = 8)
Oui, n (%)	9 (27,3)	2 (25,0)
Non, n (%)	24 (72,7)	6 (75,0)
<b>Consultation de suivi avec un médecin ORL</b>		
Oui, n (%)	29 (87,9)	7 (87,5)
Non, n (%)	4 (12,1)	1 (12,5)
<b>Variation du suivi en fonction de la clientèle (adultes vs enfants)</b>		
Oui, n (%)	3 (9,1)	1 (12,5)
Non, n (%)	29 (87,9)	6 (75,0)
Données manquantes, n (%)	1 (3,0)	1 (12,5)

ORL : otorhinolaryngologiste

#### Aspects organisationnels et de gestion des risques de complications après une amygdalectomie

De façon globale, 88 % (36 sur 41) des répondants au sondage de pratique ont mentionné que les ressources et les services disponibles dans leur établissement étaient suffisants pour assurer la sécurité des patients durant leur convalescence à la suite d'une amygdalectomie. Trois répondants ont toutefois affirmé que le suivi téléphonique par une infirmière devrait être amélioré. Un répondant a également indiqué que l'enseignement et le respect des protocoles relatifs aux complications postamygdalectomie lors du triage à l'urgence devraient être améliorés. Bien que la majorité des répondants (30 sur 41; 73 %) ait mentionné ne pas percevoir d'enjeux particuliers aux niveaux légal, économique, organisationnel ou éthique, dix répondants ont soulevé certaines préoccupations relativement à l'accessibilité aux soins en temps opportun en présence de complications postopératoires (n = 4), aux coûts pour les patients et le personnel (n = 4) et à la possibilité de minimiser les risques de complications postamygdalectomie à l'urgence (n = 1). Pour un autre répondant, les décès observés au Québec à la suite d'une amygdalectomie ont créé un climat de pratique défensive. Un répondant a soulevé un enjeu relié à la prise en charge des complications postamygdalectomie, certains médecins ORL refuseraient parfois d'évaluer des patients qu'ils n'ont pas eux-mêmes opérés. Un autre répondant a indiqué que la réalité des patients et de leurs familles qui vivent en région doit être prise en considération afin de définir la meilleure méthode de surveillance postopératoire. Par exemple, selon ce médecin, il n'est pas simple de passer 10 jours loin de chez soi, sans travailler et en délaissant le reste de la famille sans compter les coûts directs et indirects pour les familles. L'enseignement au patient est également un élément à considérer selon un répondant. Pour certaines clientèles, les conseils et les précautions particulières mis en place pourraient créer de l'insécurité face à la survenue possible de complications postopératoires. Les conseils donnés aux patients, au

même titre que la surveillance de l'alimentation et la gestion de l'analgésie postopératoire, font partie des facteurs importants à considérer dans la gestion du risque de complications. Finalement, un répondant a indiqué la nécessité d'établir un protocole provincial pour la surveillance postopératoire des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie.

### **5.5.2 Sommaire et appréciation du sondage auprès des médecins ORL du Québec**

L'amygdalectomie est perçue comme une intervention à faible risque de complications postopératoires majeures pour la clientèle sans indication d'hospitalisation par les médecins ORL du Québec qui ont participé au sondage. Toutefois, ces derniers semblent tout de même préoccupés face à la survenue de complications postopératoires, spécialement chez la clientèle pédiatrique en raison de leur plus petite réserve sanguine, du risque plus élevé de saignements, de complications respiratoires et de décès. Les résultats de l'enquête montrent que la majorité des cliniciens sondés (80,5 %) donnent des consignes spécifiques à leur clientèle pour la période de convalescence quant à la proximité du lieu de résidence d'une ressource de soins de santé ainsi que la durée de la surveillance. Des variations sont toutefois observées d'un répondant à l'autre relativement au type de ressources de soins de santé recommandé, à la distance maximale du lieu de résidence de cette ressource ainsi qu'à la durée de la période pendant laquelle le patient doit rester à proximité de cette ressource. Les résultats de cette enquête suggèrent également qu'un suivi postopératoire par l'entremise d'appels téléphoniques par une infirmière est offert dans peu d'établissements et lorsque disponible, ce service est effectué dans les 72 premières heures suivant l'opération. Néanmoins, le sondage a révélé que la majorité des répondants réalisent un suivi postopératoire des clientèles ayant eu une amygdalectomie avec un délai qui varie de 1 à 4 mois après la chirurgie. Finalement, les médecins ORL ayant répondu à ce sondage ont indiqué percevoir peu d'enjeux organisationnels, éthiques, de gestion des risques ou économiques en lien avec la surveillance postopératoire d'une amygdalectomie, mais certains ont souligné que l'obligation de demeurer à proximité d'un centre hospitalier pendant cette période pouvait avoir des impacts financiers et sociaux pour certains patients. Une certaine prudence est toutefois de mise dans l'interprétation et la généralisation des résultats de ce sondage de pratique en raison notamment du faible taux de participation, soit 16 % des 258 médecins ORL membres de l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. Bien que les répondants proviennent de différentes régions sociosanitaires au Québec, il n'est pas possible de déterminer si ces derniers sont représentatifs de l'ensemble des ORL sur le territoire. Le petit nombre de répondants par région sociosanitaire ne permet pas non plus d'évaluer si la pratique clinique des médecins ORL pratiquant en région éloignée diffère de celles de leurs collègues pratiquant en milieu urbain.

## **5.6 Enquête d'expérience patient**

### **5.6.1 Description des répondants**

L'expérience vécue par les patients ou leurs proches durant la période de surveillance des symptômes et des complications à la suite d'une amygdalectomie a été sondée prospectivement dans tous les établissements de santé participant à ce projet d'évaluation. Entre le 24 avril et le 15 novembre 2023, 1 546 cartons d'invitation à participer à l'enquête ont été envoyés dans les différentes installations des établissements de santé participants pour être distribués à la clientèle visée. Au total, 52 questionnaires ont été complétés par les patients opérés pour une amygdalectomie (n = 17) ou par les parents d'enfants opérés (n = 35). Les principales caractéristiques des personnes opérées sont présentées au tableau 14. Près de la moitié de celles-ci ont été opérées au CISSS de Chaudière-Appalaches (n = 25; 48 %), près du tiers au CHU de Québec (n = 17; 33 %), et, dans une proportion plus faible, au CISSS de la Côte-Nord (n = 9; 17 %) ou au CISSS de la Gaspésie (n = 1; 2 %). Les adultes ou enfants opérés pour les amygdales pour lesquels l'enquête d'expérience patient a été complétée étaient âgés de 2 à 66 ans et la plus grande proportion avait entre 2 et 17 ans (67 %). Tous les répondants, à l'exception de l'un d'entre eux, avaient le français comme principale langue parlée à la maison et 69 % demeuraient à moins de 30 minutes en voiture de l'hôpital où l'opération avait eu lieu. La période de convalescence s'est déroulée à domicile pour 49 (94 %) des 52 répondants.

**TABLEAU 14. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES OPÉRÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET PARTICIPANT À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT**

	<b>n = 52</b>
<b>Âge en année de la personne opérée</b>	
Médiane (étendue)	6 (2 à 66)
<b>Groupe d'âge, n (%)</b>	
Moins de 2 ans	2 (4)
2 à 17 ans	35 (67)
18 ans et plus	15 (29)
<b>Langue principale à la maison, n (%)</b>	
Français	51 (98)
Anglais	1 (2)
<b>Distance du lieu de résidence par rapport au centre hospitalier ayant réalisé l'amygdalectomie (durée du trajet en voiture), n (%)</b>	
Moins de 30 minutes	36 (69)
31 à 60 minutes	12 (23)
Plus de 60 minutes	4 (8)
<b>Lieu de résidence durant la période de convalescence</b>	
À la maison	49 (94)
Chez un membre de la famille	2 (4)
À l'hôpital	1 (2)

### 5.6.2 Préparation à la chirurgie

Dans l'ensemble, les répondants ayant participé à l'enquête ont estimé qu'ils avaient pu prendre part aux décisions concernant la réalisation de l'amygdalectomie, 90 % ayant donné un avis positif ( $\geq 8$  sur l'échelle 0 à 10) (Tableau 15). En ce qui concerne l'implication des proches, 80 % ont donné un avis positif. Tous les répondants ont indiqué un avis positif quant au respect de leurs valeurs personnelles et culturelles.

Une forte proportion de répondants a rapporté qu'ils avaient obtenu toute l'information dont ils avaient besoin concernant l'amygdalectomie (92 % d'avis positif) et que le personnel médical avait répondu à toutes leurs questions (96 % d'avis positif).

Certains répondants (n = 10, 19 %) auraient aimé toutefois recevoir plus d'information sur le déroulement de la période de convalescence après l'amygdalectomie (activités permises, alimentation recommandée, douleur, renouvellement de la médication, effets indésirables normaux). Parmi ceux-ci, trois ont mentionné qu'ils auraient aimé recevoir l'ensemble de ces informations avant la chirurgie. Quatre répondants auraient voulu recevoir plus d'information sur le déroulement de l'amygdalectomie et de la période de réveil avant le jour de la chirurgie. Un répondant a d'ailleurs mentionné que le feuillet explicatif qu'il avait reçu n'était pas à jour et ne contenait pas d'information sur la technique chirurgicale qui serait utilisée pour l'intervention de son enfant. Finalement, trois répondants ont mentionné qu'ils auraient aimé avoir plus de temps avec le médecin ORL (n = 1) ou avoir la possibilité de contacter l'équipe d'ORL (n = 2) pour poser leurs questions avant la chirurgie.

**TABLEAU 15. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT CONCERNANT L'IMPLICATION, LE RESPECT DES VALEURS ET L'INFORMATION REÇUE**

Aspects évalués	Questions	n	Scores médians <sup>1</sup> (étendue)
Implication de la personne et/ou de ses proches	Avez-vous été consulté(e) autant que vous le souhaitiez lorsqu'il y avait des décisions à prendre concernant l'amygdalectomie?	52	10 (1 à 10) score ≥ 8: 90,4 %
	Est-ce que les proches de la personne qui a eu la chirurgie ont pu s'impliquer dans les décisions à prendre autant que vous le souhaitiez?	52	10 (0 à 10) score ≥ 8: 80,8 %
Respect des valeurs personnelles et culturelles	A-t-on respecté vos valeurs personnelles et culturelles?	51	10 (8 à 10) score ≥ 8: 100 %
Information / communication	Avez-vous reçu l'information dont vous aviez besoin concernant l'amygdalectomie?	52	10 (5 à 10) score ≥ 8: 92,3 %
	Le personnel médical a-t-il répondu à toutes vos questions?	51	10 (7 à 10) score ≥ 8: 96,1 %

<sup>1</sup> Questions évaluées à l'aide d'une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait d'accord)

### 5.6.3 Consignes reçues au départ de l'hôpital

Globalement, 92 % des répondants ont jugé que l'information transmise concernant les symptômes à surveiller était suffisamment claire (cote ≥ 8), 85 % des répondants savaient qui contacter en cas de questions ou d'inquiétudes concernant leur santé ou celle de leur enfant durant la période de convalescence suivant l'amygdalectomie. Trois personnes auraient toutefois aimé que les informations transmises concernant l'alimentation durant la période de convalescence (n = 1), les effets indésirables liés à l'anesthésie (n = 1) et les coordonnées des personnes à rejoindre en cas de problème ou d'inquiétude (n = 1) soient plus claires. De plus, 88 % ont répondu avoir reçu de l'aide pour trouver les ressources dont elles avaient besoin, une aide financière, une aide au transport ainsi qu'un pamphlet explicatif ayant été nommés.

### 5.6.4 Recours à des services de santé durant la période de convalescence

Treize répondants ont rapporté avoir eu recours à au moins un service de santé durant la période de convalescence suivant l'amygdalectomie. Les services utilisés par ces répondants constituaient une consultation à l'urgence (n = 5), une consultation téléphonique (n = 7) ou un appel au 811 (n = 1). À égale proportion, 71 % des personnes ayant eu recours à un service de soins de santé ont mentionné que le service utilisé avait répondu à leurs besoins et qu'ils étaient satisfaits envers les services utilisés (cote ≥ 8 / 10). Certains répondants ont souligné la bonne qualité du service obtenu et le professionnalisme du personnel de la santé ayant fourni le service demandé (n = 3). Quatre personnes ont toutefois jugé que le service reçu n'avait pas ou peu répondu à leur besoin, trois ayant attribué une cote de 0 / 10 à cette question et un ayant attribué une cote de 6 / 10).

### 5.6.5 Impacts personnels et familiaux de la période de convalescence suivant une amygdalectomie

Près de la moitié (n = 25; 48 %) des répondants ont reçu la consigne de demeurer près d'un hôpital durant la période de convalescence suivant l'amygdalectomie pour une durée variant d'une journée à 30 jours (médiane de 10 jours, moyenne de 11 jours).

### **Impact financier**

L'impact financier de la période de convalescence suivant l'amygdalectomie, tel que rapporté par les différents répondants, est présenté au tableau 16.

**TABLEAU 16. IMPACT FINANCIER DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE À LA SUITE D'UNE AMYGDALECTOMIE RAPPORTÉE PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT**

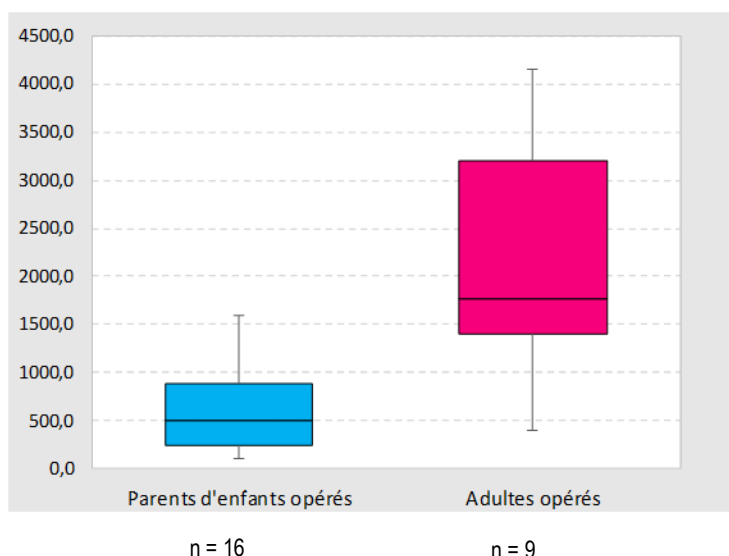
<b>Impact financier</b>	<b>Adultes opérés (n = 15)</b>	<b>Parents d'enfants opérés (n = 37)</b>	<b>Total (n = 52)</b>
<b>Frais totaux rapportés, n (%)</b>			
<i>Aucuns frais (0\$)</i>	5 (33)	9 (24)	14 (27)
<i>1 à 100\$</i>	4 (27)	9 (24)	13 (25)
<i>101 à 500\$</i>	1 (7)	10 (27)	11 (21)
<i>501 à 1 000\$</i>	0 (0)	4 (11)	4 (8)
<i>1 001 à 1 500\$</i>	1 (7)	4 (11)	5 (10)
<i>1 501 à 2 000\$</i>	2 (13)	1 (3)	3 (6)
<i>2 001\$ et plus</i>	2 (13)	0 (0)	2 (4)
<b>Niveau de frais perçu<sup>1</sup></b>			
<b>Médiane (écart interquartile)</b>			
Total des répondants	2 (0 – 6,25)	1 (0 – 4)	1 (0 – 4,25)
≤ 100\$ de frais	0 (0 – 2)	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)
>100\$ de frais	8 (6,25 – 9,75)	4 (1 – 5)	4 (1 – 7)

<sup>1</sup>évalué à l'aide d'une échelle de 0 à 10, où 10 correspond à très dispendieux et 0 correspond à pas du tout dispendieux

Dans l'ensemble, plus de la moitié des répondants (52 %) ont rapporté n'avoir eu aucuns frais ou des frais minimes (100\$ ou moins) durant la période de convalescence suivant la chirurgie. Chez les répondants ayant rapporté avoir encouru des dépenses supérieures à 100\$ pendant la période de convalescence (n = 25), les frais s'élevaient à environ 1 000\$ en moyenne. Ces frais sont principalement attribuables à des pertes en salaire durant la période de convalescence. Selon les données financières extraites de l'enquête, l'impact financier de la période de convalescence suivant l'amygdalectomie chez les répondants ayant rapporté des frais supérieurs à 100\$ a été plus important chez les adultes opérés (médiane = 1 773\$) que chez les parents d'enfants opérés (médiane = 500\$) (Figure 3). Pour l'ensemble des répondants, la période de convalescence suivant l'amygdalectomie a été jugée comme étant peu dispendieuse (cote médiane de 1 / 10). Toutefois, chez les répondants ayant dû déboursier plus de 100\$ (n = 25), la période de convalescence suivant l'opération a été jugée beaucoup plus dispendieuse par les adultes opérés (cote médiane de 8 / 10) que par les parents d'enfants opérés (cote médiane de 4 / 10).



**FIGURE 4. FRAIS RAPPORTÉS PAR LES ADULTES (N = 9) ET LES PARENTS D'ENFANTS (N = 16) AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT ET AYANT DÉFRAYÉ PLUS DE 100\$ DURANT LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE**



### **Impacts sur l'anxiété**

L'impact de la période de convalescence suivant l'amygdalectomie sur le niveau d'anxiété perçu, tel que rapporté par les différents répondants est présenté au tableau 17. Selon les répondants, la période de convalescence suivant l'amygdalectomie a représenté une certaine source d'anxiété (score médian = 4 /10) tant pour les adultes opérés que pour les parents d'enfants opérés. Cependant, en dichotomisant selon ces groupes de répondants, on observe que la période de convalescence a été une source significative d'anxiété (cote  $\geq 8 / 10$ ) pour 20 % des adultes ayant eu une amygdalectomie comparativement aux parents d'enfants opérés (8 %). Certains des répondants adultes opérés ont expliqué ce niveau d'anxiété par des difficultés à gérer la douleur (n = 1) ainsi que par de l'incertitude financière liée à la convalescence (n = 2).

**TABLEAU 17. IMPACT DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ RESENTI PAR LES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT (N = 52)**

Niveau d'anxiété	Adultes (n = 15)	Parents d'enfants (n = 37)	Total (n = 52)
Médiane (étendue)	4 (3 à 10)	4 (0 à 10)	4 (0 à 10)
Catégories de scores, n (%)			
0 à 5	9 (60)	26 (70)	35 (67)
6 à 7	3 (20)	8 (22)	11 (21)
8 à 10	3 (20)	3 (8)	6 (12)

### **Impact sur la vie familiale**

L'impact de la période de convalescence a eu un impact modéré (score médian de 5 sur 10) sur la vie familiale des répondants (Tableau 18). Parmi l'ensemble des répondants, 21 (40 %) ont indiqué que la période de convalescence avait eu un impact moyen ou majeur (score  $\geq 6/10$ ) sur la vie familiale.

**TABLEAU 18. IMPACT DE LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE SUIVANT UNE AMYGDALECTOMIE SUR LA VIE FAMILIALE DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE D'EXPÉRIENCE PATIENT**

Impact sur la vie familiale	Adultes (n = 15)	Parents d'enfants (n = 37)	Total (n = 52)
Médiane (étendue)	5 (0 à 10)	5 (0 à 10)	5 (0 à 10)
Catégories de scores, n (%)			
0 à 5	8 (53)	23 (62)	31 (60)
6 à 7	4 (27)	9 (24)	13 (25)
8 à 10	3 (20)	5 (14)	8 (15)

Selon les commentaires émis par certains répondants, la période de la convalescence a été décrite comme une période difficile pour les frères et sœurs (n = 2) et a entraîné une limitation des activités et des contacts (n = 1). Deux répondants ont également mentionné que leur enfant avait eu un sommeil agité et des périodes de cauchemars durant la convalescence suivant l'amygdalectomie. Un de ces répondants a d'ailleurs ajouté que les cauchemars répétés de son enfant lui ont causé des pertes de sommeil et qu'une certaine crainte s'était développée chez ce dernier à la suite de la chirurgie. Parmi les autres commentaires émis par les répondants, notons la mention de la difficulté à concilier le travail et les responsabilités familiales durant cette période (n = 1) et le besoin de soutien de la part d'un membre de la famille pour le fonctionnement familial (n = 2).

### 5.6.7 Sommaire et appréciation de l'enquête d'expérience patient

Les répondants à l'enquête d'expérience patient ont rapporté qu'eux et leurs proches avaient suffisamment participé aux différentes décisions à prendre concernant la réalisation de l'amygdalectomie et que ces décisions respectaient leurs valeurs personnelles et culturelles. Les patients ou les parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie. Ils savaient qui contacter en cas de questions ou d'inquiétudes concernant leur santé ou celle de leur enfant durant la période de convalescence suivant l'amygdalectomie. La majorité des personnes ayant eu recours à un service de soins de santé ont mentionné que le service utilisé avait répondu à leurs besoins. Quatre personnes ont toutefois jugé que le service reçu n'avait pas ou peu répondu à leur besoin.

Plus de la moitié des répondants (52 %) ont rapporté n'avoir eu aucuns frais durant la période de convalescence suivant la chirurgie. Chez ceux ayant estimé avoir encouru des frais supérieurs à 100\$ (n = 25), des dépenses de 1 000 \$ en moyenne, principalement causées par des pertes de salaire, ont été rapportées. La période de convalescence suivant l'amygdalectomie a représenté une source significative d'anxiété (score  $\geq 6/10$ ) pour le tiers des répondants (33 %). Près de la moitié des répondants ont indiqué que la période de convalescence avait eu un impact significatif (score  $\geq 6/10$ ) sur la vie familiale (40 %).

Certaines limites doivent être prises en considération dans l'interprétation de ces résultats. Les taux de réponses à l'enquête d'expérience patient étant peu élevés, il n'a pas été possible de brosser un portrait spécifique pour chacun des établissements participants. De plus, trois répondants seulement n'ont pas passé la période de convalescence à leur domicile. L'expérience patient décrite correspond donc essentiellement à celles des patients et familles qui sont retournés à leur domicile après l'intervention. De plus, le français était la langue parlée à la maison par 51 des 52 répondants, ce qui laisse supposer un échantillon largement homogène et ne reflétant pas la diversité socioculturelle des clientèles.

## 5.7 Enquête dans les autres centres hospitaliers universitaires du Québec

Une collecte d'informations portant sur l'organisation des services pour la surveillance des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie auprès de trois centres hospitaliers du Québec soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), l'Hôpital de Montréal pour enfant du Centre universitaire de santé McGill (HME-CUSM) a été réalisée. La collecte d'information s'est déroulée entre le 28 juillet et le 27 septembre 2023 auprès d'un ou une médecin ORL pratiquant en pédiatrie dans chacun des trois centres. Les données issues des différentes entrevues réalisées sont présentées ci-dessous.

### 5.7.1 CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, huit médecins ORL effectuent des amygdalectomies chez les adultes et les enfants. Un médecin effectue également des consultations occasionnelles en Gaspésie. En consultation préopératoire, des explications générales concernant la chirurgie à venir ainsi que le déroulement du suivi postopératoire sont données au patient et aux parents des enfants devant avoir une amygdalectomie. Les amygdalectomies sont réalisées majoritairement en chirurgie d'un jour. Depuis un an, les ORL utilisent une approche par dissection intracapsulaire pour effectuer les amygdalectomies chez les enfants. Pour les adultes, des dissections extracapsulaires sont majoritairement réalisées. À la salle de réveil, les patients sont surveillés durant une période d'environ quatre heures. Le patient reçoit généralement son congé s'il n'y a pas de saignement postopératoire et qu'il est stable, capable de s'hydrater et d'uriner. Une hospitalisation pour une durée moyenne de 24 heures est toutefois possible chez certains enfants. Une admission à l'étage est notamment prévue pour les enfants présentant une AOS de stade McGill 3 ou 4 sans comorbidité, une AOS de stade McGill 1 ou 2 chez ceux âgés de moins de trois ans ou une AOS de stade McGill 1 ou 2 chez ceux âgés de plus de trois ans avec des comorbidités significatives. Enfin, il est à noter qu'une hospitalisation est recommandée pour tout patient dont le domicile est à plus de 60 minutes d'un hôpital de la région offrant une couverture en oto-rhino-laryngologie.

L'enseignement concernant les consignes de sécurité à respecter pendant la période de convalescence est effectué juste avant le retour à la maison par le médecin ORL et l'équipe infirmière de la chirurgie d'un jour ou de l'étage. Il est recommandé à la clientèle de réserver une période de deux semaines pour la convalescence postamygdalectomie durant laquelle il est conseillé de ne pas faire d'activités physiques. Pour les enfants, un retrait de l'école ou de la garderie est conseillé pour les sept jours suivant l'opération. Un feuillet explicatif est remis à la clientèle opérée avant leur départ. Ce feuillet d'enseignement est présentement en cours de révision. Dans ce document, on y indique notamment de consulter rapidement à l'urgence la plus proche si un saignement par la bouche est constaté ou si aucune hydratation n'a été possible depuis plus de deux repas. En présence de tout autres types de complications, il est conseillé de contacter la clinique d'oto-rhino-laryngologie de jour. Dans ces situations, la clinique de jour notifiera le médecin ORL qui pourra rappeler le patient au besoin. Des protocoles de prise en charge des saignements postamygdalectomie sont disponibles dans toutes les urgences du territoire couvert par le CIUSSS. En raison du nombre limité de personnels, aucun suivi téléphonique n'est réalisé durant la période de convalescence auprès de la clientèle opérée. Toutefois, un suivi postopératoire en personne ou par téléphone est effectué deux mois après l'amygdalectomie. L'hôpital où a été effectuée l'amygdalectomie est avisé lorsqu'une complication postopératoire est prise en charge par un autre établissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS que celui où la personne a été opérée.

Bien qu'aucun enjeu particulier de nature légale ou de gestion des risques n'ait été identifié par la médecin ORL interviewée, l'absence de suivi postopératoire dans les premiers jours après la chirurgie et de standardisation des consignes de sécurité données à la clientèle ont été soulevées par la répondante. Une meilleure connaissance du protocole de prise en charge des saignements postamygdalectomie devrait également être visée dans les centres hospitaliers sans couverture en oto-rhino-laryngologie et dans les urgences des hôpitaux en périphérie de la région.

### 5.7.2 Hôpital de Montréal pour Enfants du Centre universitaire de santé McGill

À l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) du CUSM, neuf médecins ORL effectuent des amygdalectomies chez des enfants qui habitent principalement dans la grande région métropolitaine de Montréal (Montréal, Laval, Longueuil, couronnes Nord et Sud de Montréal). L'établissement reçoit également des enfants provenant du Grand-Nord québécois. Un médecin ORL se déplace également dans la région du Grand-Nord du Québec pour effectuer des amygdalectomies et des myringotomies chez des enfants des communautés de cette région.

Avant la réalisation de l'amygdalectomie, un questionnaire préopératoire est rempli par les parents ou l'enfant afin d'identifier la présence de certains facteurs de risque de complications qui pourraient influencer la chirurgie et le type de surveillance à effectuer. Ce questionnaire est complété en présentiel lors de la rencontre à la clinique préopératoire ou par téléphone. Lors de cette rencontre, le déroulement de la période de convalescence postopératoire est abordé. La grande majorité des amygdalectomies effectuées à l'HME se font en chirurgie d'un jour par une approche de dissection intracapsulaire ou de microdébridation. Selon la présence ou non de facteurs de risque, les dissections amygdaliennes effectuées par les chirurgiens peuvent être complètes ou partielles. À la suite de l'intervention chirurgicale, l'enfant est surveillé à la salle de

réveil pour une période de deux heures. En absence de vomissements et de saignement postopératoire, le congé est donné lorsqu'un bon niveau d'hydratation est atteint et que l'enfant a uriné. Une hospitalisation d'une durée de 24 heures est requise pour certains enfants, notamment en raison des conditions suivantes : 1) âgés de moins de trois ans, 2) âgés de plus de trois ans avec une AOS de grade 3 à l'échelle de McGill, 3) des complications respiratoires périopératoires, ou 4) vivant à plus d'une heure de voiture de l'HME. Avant le retour à la maison, un enseignement concernant les différents symptômes à surveiller pendant la période de convalescence et les consignes à respecter est donné par l'équipe infirmière. Un feuillet explicatif sur ce sujet est également remis aux patients ou parents avant leur départ. Spécifiquement, il est conseillé à la clientèle de surveiller les saignements par la bouche, la déshydratation et les signes d'infection (p. ex. : fièvre persistante) pendant une dizaine de jours. En présence de saignements par la bouche, il est fortement conseillé de se rendre à l'urgence. Un protocole de prise en charge des saignements postamygdalectomie y est disponible et connu de tous les intervenants. Il est également possible pour les parents des enfants opérés d'entrer en contact avec le résident ORL de garde ou avec la clinique d'oto-rhino-laryngologie pour tous questionnements concernant l'état de santé de leur enfant pendant sa convalescence, le numéro de téléphone de ces contacts leur étant fourni. Aucun suivi téléphonique durant la période de convalescence extrahospitalière n'est actuellement offert à la clientèle opérée à l'HME. Pour les personnes opérées à l'HME ayant dû se déplacer en avion (p. ex. : enfants résidant dans le Nord du Québec), il est recommandé de demeurer près de l'hôpital pour une période de 10 jours. Dans ce contexte, les personnes issues d'une communauté crie ou innue du Nord du Québec ont la possibilité de demeurer dans une résidence gérée par le *Cree Patient Services* (Wiichihiitwin Montreal) ou le *Northern Quebec Module* (Centre Ullivik).

Selon l'opinion de l'interlocutrice rencontrée dans le cadre de cette enquête, aucun enjeu particulier de nature légale ou de gestion des risques ne serait associé à l'organisation de la surveillance postopératoire des enfants ayant eu une amygdalectomie à l'HME. Différentes pistes d'amélioration du service, entre autres un suivi téléphonique pendant la période de convalescence, une meilleure communication entre l'HME et les CIUSSS et CISSS des régions où vivent les patients, ont été proposées. Aussi, afin d'améliorer l'enseignement postopératoire, une équipe de l'HME travaille actuellement sur le développement d'un site Internet dédié aux soins postamygdalectomie. Cet outil d'enseignement aux patients et aux parents devrait être disponible d'ici un an.

### 5.7.3 CHU Sainte-Justine

Au CHU Sainte-Justine, neuf médecins ORL réalisent des amygdalectomies principalement chez les enfants demeurant dans la grande région métropolitaine de Montréal. Des interventions peuvent également être effectuées chez les enfants présentant des cas complexes qui ne peuvent pas être opérés dans leur région. Deux types d'approche chirurgicale sont utilisées au CHU Sainte-Justine pour réaliser les amygdalectomies soit une dissection intracapsulaire partielle ou extracapsulaire complète. Bien que les indications cliniques relatives à l'une ou l'autre des approches chirurgicales ne soient pas bien définies dans cet établissement le répondant, les dissections intracapsulaires ne sont généralement pas utilisées chez les très jeunes enfants (moins d'un an) et pour ceux présentant un risque d'apnée du sommeil résiduel. Pour les enfants de plus de quatre ans, les préférences des parents sont considérées dans le choix de l'approche chirurgicale utilisée.

Le déroulement de la chirurgie et de la période postopératoire est discuté avant l'intervention avec les patients et les parents d'enfants devant avoir une amygdalectomie lors de la consultation en oto-rhino-laryngologie. Ces informations sont réitérées la journée même par une infirmière de la clinique préopératoire et des pamphlets explicatifs sont également remis aux patients. La majorité des amygdalectomies sont réalisées en mode ambulatoire. Cependant, les enfants de moins de trois ans avec une comorbidité majeure ou à risque de complications postopératoires respiratoires ou hémorragiques sont hospitalisés pour une nuit, et ce, pour 90 % des cas. Une hospitalisation pendant une période de 48 à 72 heures est également possible pour environ 5 % des cas. La décision concernant l'hospitalisation ou la réalisation de la chirurgie en mode ambulatoire est prise conjointement par l'anesthésiologiste et le médecin ORL. Après l'intervention, les enfants demeurent en chirurgie ambulatoire pour environ trois heures. Les critères pour l'obtention du congé sont la stabilité clinique, la prise de nourriture et de liquide par la bouche, le contrôle de la douleur de même que l'absence de saignement et désaturation. Les consignes de surveillance sont données de nouveau avant le congé par une infirmière. La prise d'analgésiques aux trois heures durant une période de sept jours est recommandée de même que la consommation d'aliments mous et froids pour une période de dix jours. Il est également précisé aux parents de surveiller la température, la

douleur, les refus d'alimentation ou d'hydratation et la détérioration de l'état général de l'enfant. En présence de saignement significatif, soit un saignement par la bouche ou le nez d'une durée de 1 à 2 minutes, la consigne est de se rendre à l'urgence. Pour toutes autres complications ou questions, le centre de jour peut être contacté, entre 8h00 et 17h00. Il n'y a généralement pas de consigne particulière donnée quant au lieu du déroulement de la période de surveillance des symptômes et des complications postopératoires qui est d'une durée de 10 jours. En effet, selon le répondant, la majorité des enfants opérés au CHU Ste-Justine sont en bonne santé et demeurent à moins de 60 minutes de route d'un centre hospitalier. Pour les cas complexes, il est demandé aux patients de demeurer près du CHU Ste-Justine durant cette période de surveillance. Une offre d'hébergement au Manoir Ronald McDonald est également possible dans certain cas. Il n'y a pas de suivi téléphonique systématique auprès des familles pendant la période de convalescence. Les médecins ORL revoient leurs patients un à quatre mois après la chirurgie.

Selon le répondant, la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie n'est pas associée à des enjeux particuliers. Des pistes d'amélioration des pratiques ont néanmoins été suggérées, soit la vérification des taux personnels de saignements par chacun des ORL, telle que recommandée par des organismes professionnels. Une ligne téléphonique pour répondre aux parents devrait être disponible dans tous les centres de même qu'un accès facile à un service d'oto-rhino-laryngologie.

## 6. DISCUSSION

---

Le CHU de Québec et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord, de la Gaspésie et de Chaudière-Appalaches souhaitaient déterminer quelles modalités de surveillance devraient être privilégiées pour assurer la sécurité des adultes et des enfants après une amygdalectomie. Une démarche d'évaluation incluant la réalisation d'une revue systématique de la littérature, le recueil de données clinico-administratives et des entrevues avec des personnes clés des établissements impliqués dans la démarche et des autres CHU du Québec, un sondage sur les pratiques des ORL du Québec et une enquête d'expérience patient ont été menés dans l'objectif de répondre à cette interrogation. L'analyse et l'appréciation des informations issues de ces différentes sources de même que les échanges avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire ont mené aux constats suivants.

### 6.1.1 L'efficacité et la sécurité de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie sont peu documentées

L'amygdalectomie est l'une des interventions chirurgicales la plus pratiquée en pédiatrie, le plus fréquemment pour traiter l'AOS [7]. Elle est également réalisée chez la clientèle adulte pour le traitement des pharyngites aiguës récidivantes, l'amygdalite chronique et parfois l'AOS [7]. Les complications postopératoires potentielles de l'amygdalectomie peuvent être de nature respiratoire, infectieuse ou encore hémorragique [10, 16]. L'hémorragie primaire, qui est habituellement attribuée à un défaut d'hémostase lors de la chirurgie, est considérée comme la complication la plus sérieuse, car à risque d'écoulement dans les voies aériennes pouvant induire un laryngospasme [10]. Une hémorragie secondaire peut également survenir au moment de la chute d'escarre lorsque la plaie se cicatrise, généralement entre 5 et 14 jours après l'intervention [3]. Par exemple, au CHU de Québec, 98 % des consultations en raison d'un saignement postopératoire sont survenues dans les 10 jours suivant l'amygdalectomie, selon les données clinico-administratives pour l'année financière 2022-2023. Les saignements postopératoires graves sont rares, mais doivent être pris en charge rapidement puisqu'ils peuvent provoquer le décès du patient. Différentes mesures ont été mises en place dans les établissements où ils se réalisent des amygdalectomies afin de diminuer les risques de complications postopératoires, notamment l'identification avant l'intervention des facteurs de risque de complications. Pour la majorité des adultes et des enfants sans facteur de risque de complication, l'amygdalectomie est réalisée en chirurgie d'un jour et la période de convalescence se déroule à domicile. Des directives sont transmises aux patients et aux parents de jeunes enfants ayant eu une amygdalectomie afin de prévenir les complications postopératoires et de leur fournir des consignes pour prendre en charge la survenue d'événements indésirables durant la période de convalescence. Cet enseignement aux patients et aux proches est implanté dans tous les établissements participant à la présente évaluation et porte sur la reprise de l'alimentation, la gestion de la douleur, la conduite à tenir en cas de complications et les circonstances devant mener à une consultation médicale, notamment en présence de saignements. Différents outils sont également développés pour soutenir les parents des enfants ayant eu une amygdalectomie durant la période de surveillance extrahospitalière.

Quelques études sur l'impact de suivis téléphoniques réalisés par une infirmière quatre ou cinq fois [49, 50, 56] ou chaque jour [57] durant la période de convalescence suivant une amygdalectomie ont été identifiées dans le cadre de ce projet d'évaluation. Les résultats indiquent que ces interventions sont appréciées des parents [49, 50] et suggèrent qu'elles pourraient diminuer la survenue de certains symptômes et les consultations à l'urgence [49, 50]. Par contre, l'impact de ces mesures sur la gestion de la douleur et les taux de complications postopératoires demeure incertain [49, 50]. Une seule étude a porté spécifiquement sur l'évaluation d'un mode d'organisation des services pour la surveillance des complications postopératoires après une amygdalectomie [52]. Dans cette étude ne disposant peut-être pas d'une taille d'échantillon suffisante pour évaluer la survenue d'événements rares comme les hémorragies, différentes mesures de mitigation des risques étaient mises en place afin d'assurer la sécurité des amygdalectomies réalisées chez des enfants dans un hôpital en milieu rural. Ces mesures consistaient à restreindre les amygdalectomies aux enfants âgés de plus de deux ans, à les hospitaliser pour une nuit après la chirurgie, à assurer la présence dans l'établissement d'un chirurgien et d'un anesthésiologiste durant les 24 premières heures après l'opération et à recommander aux familles de demeurer pour une période de 2 semaines à moins de 30 minutes de route d'une urgence ouverte 24 heures sur 24. L'analyse rétrospective des dossiers des enfants opérés dans cet établissement n'indique pas des taux de complications postopératoires, de réopérations, de transferts interhospitaliers, d'admissions aux soins intensifs et de décès plus élevés que ceux qui sont



rapportés dans la littérature. Il est cependant difficile de déterminer dans quelle proportion chacune des mesures contribue à la sécurité de ce mode d'organisation.

Les modes d'organisation des services de santé sont généralement évalués à l'aide d'indicateurs de performance comme les taux de consultations ou de réadmissions suivant une intervention. En pédiatrie, l'amygdalectomie représente la principale raison de réadmission non planifiée [35, 72]. De plus, de larges variations entre les taux de consultations et de réadmissions après une amygdalectomie sont observées dans plusieurs pays [73-75]. Des taux de consultations à l'urgence ou en oto-rhino-laryngologie et de réadmissions variables ont aussi été observés dans les établissements participants à ce projet, bien que les différences soient possiblement liées à des définitions différentes de ces indicateurs. De plus, des consultations de suivi durant la période de convalescence sont planifiées dans un établissement, mais pas dans les autres, ce qui limite également la comparaison. Par ailleurs, la survenue de certaines complications, telles que la déshydratation et la douleur qui constituent des raisons fréquentes de consultation [49, 50], pourraient être évitées de même que le recours à un service de soins de santé à la suite d'une amygdalectomie. Ces résultats suggèrent également que l'enseignement donné avant le retour au domicile des patients et le soutien pendant la période de convalescence pourraient être améliorés.

En résumé, peu de données probantes sont disponibles pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des modèles d'organisation, ou certaines de leurs caractéristiques, de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie. Néanmoins, un suivi plus serré, par exemple par des appels téléphoniques réalisés par une infirmière et répétés durant la période de convalescence, pourrait améliorer la détection précoce des symptômes et réduire certaines complications postopératoires après une amygdalectomie.

### **6.1.2 La surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie : des organisations de services variées**

Des directives pour encadrer la réalisation d'amygdalectomies en pédiatrie ont été émises dans deux guides de pratiques cliniques [6, 47] et deux consensus d'experts [3, 48] identifiés dans le cadre de la recherche documentaire. Ces guides généraux ont porté sur les indications pour les amygdalectomies et les modalités de traitement et abordent brièvement la question de la surveillance extrahospitalière. Les recommandations pour la surveillance traitent essentiellement de l'enseignement aux patients et à leurs proches, incluant des pistes pour la prévention, l'identification et la conduite à tenir en présence de complications postopératoires. Peu de recommandations relatives à l'organisation des services médicaux pour assurer la surveillance extrahospitalière et la prise en charge des complications postopératoires sont disponibles, si ce n'est de réaliser un appel de suivi le lendemain de la chirurgie selon un organisme [42] ou de documenter la survenue de saignements primaires et secondaires pour un autre [6]. La durée ou le lieu de la surveillance extrahospitalière après l'amygdalectomie n'a fait l'objet que d'une recommandation émise par le Ministère de la Santé en Ontario [48]. Selon ce dernier, la période de surveillance après l'amygdalectomie devrait se dérouler à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours. La révision de la trajectoire de soins produite par le Collège des médecins du Québec (CMQ) a été réalisée à la suite des recommandations du coroner suivant le décès, depuis 2002, de cinq enfants après une amygdalectomie. Le CMQ souligne que le risque de complications postopératoires majeures après une amygdalectomie, notamment de mortalité, est rarissime et largement tributaire de conditions pédiatriques chroniques préexistantes. Selon une étude américaine récente, le taux de mortalité après une amygdalectomie serait globalement de 7 décès pour 100 000 amygdalectomies, alors qu'il s'élèverait à 117 décès pour 100 000 en présence d'anomalies congénitales [36]. Conséquemment, les pistes d'amélioration de la sécurité de l'intervention proposées par le CMQ concernent principalement l'identification avant la chirurgie des facteurs de risque de complications postopératoires de chaque enfant, les techniques chirurgicales à privilégier et les conditions nécessitant une hospitalisation pour assurer la surveillance de certains enfants immédiatement après l'amygdalectomie. Aucune directive organisationnelle, outre l'accessibilité à un protocole de prise en charge des saignements postamygdalectomie dans les urgences, n'est proposée. Le CMQ ne se prononce pas non plus spécifiquement sur la durée ou le lieu de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie. Aucune recommandation pour la surveillance extrahospitalière spécifique à la réalisation d'amygdalectomies pour la clientèle adulte n'a été identifiée. Il est par ailleurs difficile d'isoler un élément spécifique de la trajectoire de soins pour assurer la sécurité de la réalisation des amygdalectomies, de faire abstraction par exemple des facteurs de risque de complications postopératoires individuels identifiés lors de l'évaluation préopératoire dans la planification de la période de surveillance après la chirurgie.

Sans établir un lien direct de cause à effet, il n'est pas si surprenant de constater des différences dans les modalités de surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie compte tenu d'une part, du peu de lignes directrices précises



d'organismes ou de sociétés savantes à ce sujet et d'autre part, de la paucité des données probantes quant à l'impact du modèle d'organisation des services sur la survenue de complications postopératoires. Ainsi, les médecins ORL québécois qui ont répondu à l'enquête réalisée dans le cadre de la présente évaluation ont rapporté des pratiques diversifiées pour assurer la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie. Un peu plus de la moitié des répondants ont mentionné recommander aux patients de demeurer près d'un centre hospitalier avec un service en oto-rhino-laryngologie durant la période de convalescence alors que d'autres recommandent plutôt de rester près de l'hôpital où ils ont été opérés (18 %) ou d'une urgence accessible en tout temps (27 %). Quant à la distance de route recommandée entre le lieu de convalescence et un centre hospitalier, elle est généralement de 30 à 60 minutes pour 61 % des répondants, mais de moins de 30 minutes pour 36 % d'entre eux. La surveillance extrahospitalière des enfants opérés dans les autres établissements de santé universitaires du Québec sondés (Sainte-Justine, HME et CIUSSS de l'Estrie-CHUS) est également réalisée suivant des modalités un peu différentes d'un endroit à l'autre. Les enfants qui habitent à plus d'une heure de route de l'hôpital où ils ont été opérés sont hospitalisés durant 24 heures dans deux établissements, alors que dans un autre, pour les cas complexes, il est demandé de demeurer près de l'établissement durant la période de surveillance. Dans les établissements qui ont participé à la démarche d'évaluation, les pratiques relatives au lieu de résidence sont également variables, parfois à l'intérieur de l'établissement lui-même. Trois des quatre établissements recommandent aux patients ou familles de demeurer à moins de 60 minutes d'un hôpital avec une garde en oto-rhino-laryngologie pour une période de convalescence après l'amygdalectomie de 10 à 14 jours, alors que dans un autre, le patient retourne à son domicile après une hospitalisation d'une nuit pour observation si son celui-ci se trouve à plus d'une demi-heure de route de l'hôpital. Dans cet établissement, différentes mesures de mitigation des risques ont par ailleurs été mises en place. Par exemple, un suivi téléphonique est systématiquement réalisé dans les 24 à 48 heures suivant l'intervention et des formations ont été développées afin d'habiliter les urgentologues et médecins généralistes de la région à prendre en charge les complications postopératoires.

En plus du peu de directives précises, d'autres facteurs peuvent expliquer la diversité des approches privilégiées pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie. Le niveau de risque perçu pourrait, par exemple, influencer la prise de décision relativement au choix du lieu de résidence après une amygdalectomie. Selon le sondage réalisé, les ORL du Québec partagent tout de même une vision commune d'un niveau très faible ou faible de risque de complications majeures suivant une amygdalectomie chez les adultes et les enfants sans indication nécessitant une hospitalisation. De plus, ils considèrent que leur établissement dispose de ressources permettant d'assurer la sécurité des patients durant la période de convalescence postamygdalectomie. Selon l'enquête de pratiques réalisée en Australie et en Nouvelle-Zélande, les ORL qui travaillent en région rurale adopteraient des pratiques moins conservatrices pour la période de convalescence après l'amygdalectomie et seraient plus enclins à permettre le retour immédiat au domicile pour les patients à plus d'une heure de route de l'hôpital [54]. Cette approche pourrait, selon notre interprétation, s'expliquer par l'expérience de prise en charge des complications lorsque l'accès aux soins spécialisés est réduit. On ne peut non plus faire abstraction des éléments du contexte général dans lequel s'inscrivent les pratiques cliniques des établissements de santé. Ainsi, les établissements impliqués dans la présente démarche d'évaluation divergent en ce qui a trait aux territoires desservis, aux ressources disponibles en oto-rhino-laryngologie et à la densité de la population sur leur territoire. Dans les centres urbains, les points de services sont distribués sur un plus petit territoire et la condition de demeurer près d'un service d'oto-rhino-laryngologie est plus facile à respecter pour une plus grande proportion des patients que dans les régions qui doivent desservir une population dispersée sur un grand territoire avec un accès plus difficile à des services médicaux spécialisés. Le volume d'amygdalectomies réalisées peut également moduler certaines activités réalisées dans le cadre de la surveillance extrahospitalière. Un suivi téléphonique de 24 à 48 heures après l'intervention chirurgicale est ainsi effectué systématiquement uniquement dans les centres avec un plus faible volume d'interventions. Dans un contexte de ressources professionnelles limitées, cette mesure apparaît plus difficilement réalisable dans les centres avec un grand volume d'interventions et semble peu répandue dans la province, moins du tiers des ORL qui ont participé au sondage ayant rapporté cette pratique. Dans les études recensées, les suivis téléphoniques étaient par ailleurs appréciés des parents et des effets sur les symptômes et les consultations à l'urgence ont été observés lorsque ces suivis étaient répétés durant la période de la convalescence et réalisés par une infirmière pouvant répondre aux questions des parents [49, 50].

En somme, peu de directives concernant le lieu de résidence durant la période de convalescence après une amygdalectomie sont disponibles et les pratiques des médecins ORL à cet effet varient en fonction des ressources médicales disponibles et du contexte général dans lequel celles-ci sont déployées.

### 6.1.3 L'expérience des patients et familles pendant la surveillance extrahospitalière postamygdalectomie : des pistes d'amélioration possibles

Aucune étude portant sur l'expérience vécue pendant la période de surveillance extrahospitalière par des adultes ayant subi une amygdalectomie n'a été identifiée. La recherche documentaire a cependant permis de repérer trois études qualitatives sur l'expérience vécue par des parents durant la période de convalescence de leur enfant après une amygdalectomie [41, 56, 57]. Les résultats de ces études suggèrent que la convalescence des enfants à la maison après l'amygdalectomie constitue une expérience pouvant être qualifiée de difficile au plan émotionnel et source de détresse pour certains parents se sentant mal outillés pour prendre en charge les symptômes et complications postopératoires. La décision relative à la nécessité de consulter lorsque des complications surviennent a été décrite comme une expérience particulièrement stressante pour les parents [41]. Dans une de ces études, l'utilisation d'une échelle de douleur, les contacts avec l'équipe de recherche et le journal de bord complété par les parents ont été identifiés comme des outils facilitant les soins aux enfants durant la période de rétablissement [56]. Le manque d'uniformité des messages reçus a toutefois été mentionné comme une barrière à la prise en charge des symptômes et complications postopératoires après l'amygdalectomie de leur enfant. Les résultats des études ayant porté sur l'évaluation de différents moyens de soutenir les parents durant la période de convalescence à domicile après l'amygdalectomie indiquent que les suivis téléphoniques et l'envoi de messages textes répétés durant cette période sont appréciés de ces derniers [49, 57] et peuvent même contribuer à réduire l'anxiété et améliorer la confiance des parents dans leur capacité à prendre soin de leur enfant [57]. Les résultats d'une enquête récente indiquent qu'un suivi téléphonique durant la période de convalescence serait réalisé dans la moitié des hôpitaux pédiatriques tertiaires américains et canadiens [55]. Selon le sondage réalisé auprès des ORL du Québec, un suivi téléphonique pendant la période de convalescence est réalisé par le quart des établissements. Un suivi téléphonique dans les 24 heures suivant l'amygdalectomie est effectué dans deux des établissements qui ont participé au projet d'évaluation.

La période de convalescence après une amygdalectomie dans l'un ou l'autre des établissements de santé participant au projet a globalement été qualifiée d'expérience positive par les répondants à l'enquête d'expérience patient réalisée. La majorité a estimé qu'eux et leurs proches avaient suffisamment participé aux différentes décisions à prendre concernant la réalisation de l'amygdalectomie. Il est reconnu que la participation du patient aux décisions qui le concernent en matière de santé l'amène à mieux prendre en charge sa maladie, à respecter les consignes, à utiliser judicieusement les ressources du système de santé et à accroître sa satisfaction [76-78]. Les répondants au sondage d'expérience patient ont aussi mentionné que les décisions cliniques prises respectaient leurs valeurs personnelles et culturelles. Cependant, un doute persiste à savoir si les expériences vécues et rapportées par les patients sont représentatives de la diversité culturelle puisque l'échantillon était plutôt homogène, un seul patient ayant rapporté l'anglais comme langue principale parlée à la maison. Les entrevues avec les agents de liaison et navigateurs autochtones ont néanmoins permis de dégager certaines pistes pour améliorer la transmission des consignes de sécurité à respecter durant la période de convalescence pour les personnes moins à l'aise avec la langue française ou anglaise, par exemple par l'utilisation d'images décrivant les symptômes à surveiller. Pour les patients issus des communautés autochtones en région éloignée, des lieux d'hébergement à proximité des centres hospitaliers pouvant prodiguer des soins infirmiers de base par exemple par des préposés aux bénéficiaires parlant une langue autochtone ont aussi été suggérés. Ces services pourraient rendre la période de convalescence plus sécuritaire et globalement l'épisode de soins et de suivi culturellement plus sécurisant pour les personnes issues de ces communautés.

Les résultats de l'enquête sur l'expérience patient indiquent également que la période de convalescence après une amygdalectomie a été une source significative d'anxiété particulièrement pour les adultes opérés. L'impact financier semble aussi avoir été plus élevé pour ces derniers, le coût médian pour les personnes ayant déboursé plus de 100\$ de frais s'élevant à 1 773\$ comparativement à 500\$ pour les parents d'enfants opérés. Les pertes en salaire constituent les principaux frais rapportés par ces répondants. Certaines pistes d'amélioration de la qualité des soins et services qui sont offerts avant et durant cette période de convalescence ont également émergé de cette enquête. Bien que la majorité des répondants ont rapporté avoir obtenu des consignes claires et que le personnel médical avait répondu à leurs interrogations, certains auraient aimé recevoir plus d'information, en particulier sur le déroulement de la période de convalescence après l'amygdalectomie. Les sujets ciblés dans les commentaires émis par certains répondants concernaient par exemple les activités permises, l'alimentation, la prise en charge de la douleur ou encore les effets indésirables possibles. Pour les patients qui ont eu besoin pendant la convalescence d'avoir recours à des conseils ou des services médicaux, l'aide a été

reçue sous forme de consultations téléphoniques, de consultations à l'urgence ou d'appels au 811. Toutefois, pour certains patients, le service obtenu n'a pas totalement répondu à leurs attentes. Tel que mentionné dans les résultats, la majorité des répondants sont demeurés à leur domicile durant la période de convalescence. Ainsi, les données recueillies dans le cadre de l'enquête d'expérience patient n'ont pas permis d'évaluer l'impact du lieu de domicile sur l'expérience vécue par les patients et des familles durant cette période.

Globalement, les données suggèrent que l'expérience des patients et des familles pendant la période de surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie est vécue de manière positive, mais peut s'avérer difficile pour certains. Différentes mesures pourraient toutefois permettre d'améliorer le déroulement de la période de convalescence et le renforcement des capacités des patients (*empowerment*) face à leur santé. L'accès à des informations claires avant la chirurgie, des consignes précises pour guider la prise en charge des complications postopératoires concernant la surveillance extrahospitalière, de même qu'un suivi et un soutien plus rapprochés pour certains par le biais de différentes technologies d'information (téléphone, message texte, téléconsultation, etc.) constituent des aspects de cette expérience qui pourraient être bonifiés dans une approche de personnalisation des soins.

## 7. RECOMMANDATION

---

Considérant que :

- Environ 80 % des amygdalectomies en pédiatrie sont réalisées dans le cadre d'une chirurgie d'un jour;
- L'amygdalectomie est une intervention sécuritaire, bien que des complications respiratoires, infectieuses et hémorragiques graves soient possibles, mais peu fréquentes;
- Les saignements postopératoires graves après une amygdalectomie peuvent causer le décès du patient, d'où l'importance de les détecter précocement et d'une prise en charge dans les meilleurs délais possibles;
- Certains organismes (n = 4) ont recommandé les pratiques suivantes pour la prise en charge postopératoire des enfants ayant eu une amygdalectomie :
  - Enseignement aux patients et aux proches pour la gestion de la douleur et la prise en charge des complications postopératoires (n = 4);
  - Transmission des coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence ou pour obtenir au besoin des informations (n = 3);
  - Réalisation d'un appel de suivi le lendemain de la chirurgie (n = 1);
  - Déroulement de la période de convalescence à moins d'une heure de route d'un établissement de soins aigus pendant une période de 14 jours (n = 1);
- Peu de données sont disponibles sur les modèles d'organisation de services pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie et elles ne permettent pas de déterminer si un modèle est à privilégier;
- Les résultats des études disponibles (n = 5) sur la surveillance extrahospitalière des enfants ayant eu une amygdalectomie suggèrent que :
  - Des suivis téléphoniques par une infirmière, répétés durant la période de convalescence, pourraient permettre de diminuer la survenue de symptômes ou de certaines complications de même que les consultations à l'urgence (n = 2);
  - Des mesures de mitigation des risques de complications après une amygdalectomie pourraient permettre d'assurer la sécurité de cette intervention chirurgicale, lorsque réalisée en milieu rural selon une étude (n = 1);
- Selon les résultats d'enquêtes de pratiques publiées et de celle menée dans les CHU au Québec, les modalités de surveillance extrahospitalière en pédiatrie après une amygdalectomie ne sont pas uniformes;
- Selon les résultats de l'enquête sur les pratiques de surveillance après une amygdalectomie menée auprès des médecins ORL du Québec :
  - 70 % des répondants préconisent une durée de convalescence de 6 à 10 jours;
  - 80 % des répondants demandent aux patients de rester près d'un hôpital avec un service de garde en oto-rhino-laryngologie, d'une urgence disponible 24/7 ou encore de l'hôpital où s'est déroulée l'intervention;
  - 61 % des répondants recommandent de demeurer à une distance de route de 30 à 60 minutes de ces services;
  - 27 % des établissements auxquels sont rattachés les répondants réalisent un suivi téléphonique dans les 24-48 heures suivant l'intervention;

- Les ressources médicales et les contextes de soins dans les établissements de santé du RUISSSUL ayant participé à la présente évaluation sont diversifiés :
  - Moins de 100 à près de 900 amygdalectomies sont réalisées annuellement;
  - Le nombre de médecins ORL qui pratiquent des amygdalectomies varie de 1 à 22;
  - Les clientèles desservies par les établissements de santé participants sont réparties sur des territoires qui couvrent de 15 000 à 240 000 km<sup>2</sup>;
  - Les densités de population varient de moins d'un habitant à 41 par km<sup>2</sup>;
  - La population desservie inclut jusqu'à 15 % de patients issus de nations autochtones dans certains établissements et peu dans d'autres;
  - Deux établissements offrent des services à une clientèle provenant d'une autre région sociosanitaire dans deux établissements;
  
- Différentes mesures de mitigation des risques de complications après une amygdalectomie sont en place dans certains des établissements de santé participant au projet (n = 4) :
  - Hospitalisation pour les 24 premières heures suivant la chirurgie pour les personnes demeurant à plus d'une heure de route de l'hôpital où s'est déroulée l'intervention (n = 1);
  - Qualification des médecins de famille et urgentologues des hôpitaux et CLSC de la région (n = 1);
  - Suivis téléphoniques systématiques durant la période de convalescence (n = 1);
  - Demeurer près d'un hôpital avec ORL de garde (n = 2) ou d'un hôpital de la région (n = 1) pendant 10 à 14 jours;
  
- Plusieurs facteurs semblent moduler l'organisation des services et les pratiques de surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie incluant, entre autres :
  - Les caractéristiques individuelles des patients (facteurs de risque de complications, situation psychosociale);
  - Le déroulement de l'intervention et de la récupération immédiate après la chirurgie;
  - La disponibilité et l'accessibilité des ressources médicales sur le territoire desservi pour la prise en charge des complications;
  
- Les données clinico-administratives de 2022-2023 des centres hospitaliers des établissements participant au projet indiquent que :
  - 78 à 91 % des patients opérés pour les amygdales demeuraient à moins d'une heure de route du centre hospitalier où a été réalisée leur intervention chirurgicale;
  - Les taux de consultations à l'urgence dans les 30 jours suivant l'amygdalectomie varient de 16 à 28 %;
  - Les raisons de consultation à l'urgence suggèrent que certaines complications observées sont potentiellement évitables (nausées, vomissements, douleur, fièvre);
  
- Des enjeux liés à l'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière suivant une amygdalectomie ont été soulevés par des répondants des établissements de santé participants :
  - Accessibilité à des services en oto-rhino-laryngologie en région en cas de complication;
  - Coûts directs pour les patients;
  - Absence de recommandation pour l'ensemble des établissements du Québec;
  - Lacunes dans la communication entre les établissements de santé;

- Des pistes pour l'amélioration de l'enseignement aux patients et la prise en charge des complications postopératoires ont été soulevées lors des entrevues avec les différentes parties prenantes des établissements participants;
- Selon les résultats de deux études, la période de convalescence suivant une amygdalectomie constitue une expérience qualifiée par certaines personnes de difficile au plan émotionnel, notamment pour les parents qui se sentent mal outillés pour prendre en charge les symptômes et complications postopératoires de leur enfant;
- Les données de trois études indiquent que les suivis téléphoniques et l'envoi de messages textes pendant la période de convalescence sont appréciés des parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie;
- Selon les données de l'enquête d'expérience patient réalisée dans les établissements participants, la période de surveillance extrahospitalière après l'amygdalectomie :
  - représente une source d'anxiété;
  - entraîne des coûts significatifs, particulièrement pour la clientèle adulte opérée, les pertes en salaire constituant les principaux frais rapportés;
  - n'a pas totalement répondu aux attentes de certains patients ou proches qui ont obtenu des services durant la période de convalescence;

**Il est recommandé aux directions responsables de la chirurgie dans les établissements de santé participant aux présents travaux de privilégier une approche personnalisée et centrée sur le patient pour déterminer les modalités de surveillance visant à assurer une période de convalescence sécuritaire après une amygdalectomie.**

En s'appuyant sur les pratiques recensées et les avis émis par les membres du groupe de travail, il apparaît raisonnable de suggérer une surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie d'une durée d'une dizaine de jours. Cependant, la prise de décision quant à la proximité d'un milieu de soins et aux autres modalités de surveillance durant la convalescence devrait reposer sur un processus de prise de décision éclairée et partagée entre le chirurgien et le patient (ou les parents d'un enfant opéré) de même que sur l'évaluation des facteurs de risque individuels de complications postopératoires, le déroulement de l'intervention et de la période postopératoire immédiate, la situation psychosociale, le niveau d'anxiété des patients et de leurs proches de même que du contexte de soins et des ressources médicales disponibles sur le territoire. . Un outil d'aide à la décision commun aux établissements participants au projet pourrait être développé à partir de ces critères afin de documenter la présence de ces conditions pouvant représenter un risque de complications postamygdalectomie et les modalités de surveillance extrahospitalière (lieu de résidence, suivis téléphoniques, etc.).

De plus, l'UETMIS suggère de réviser les mesures de mitigation des risques en place en s'inspirant des initiatives développées dans les établissements participants ou décrites dans la littérature. Par exemple, ceci pourrait inclure :

- Évaluation de la pertinence de réaliser la surveillance extrahospitalière à proximité d'un milieu de soins d'urgence avec des médecins formés pour prendre en charge médicalement et chirurgicalement les complications hémorragiques après une amygdalectomie;
- Formation des services de 1<sup>ère</sup> ligne (urgentologues, médecins de famille) et des chirurgiens généraux de la région pour la prise en charge des complications hémorragiques postamygdalectomie;
- Mise en place d'un protocole de prise en charge des saignements postopératoires connu et accessible dans les urgences;
- Accès facile à une ressource pouvant répondre aux questionnements des patients et parents;
- Suivis téléphoniques répétés durant la période de convalescence pour certaines clientèles plus à risque de complications (comorbidités significatives telles que syndrome de Down, malformations cranio-faciales, maladie neuromusculaire, obésité, enfants de moins de 2 ou 3 ans, AOS grave, type de chirurgie ou adultes de plus de 35 ans, prenant des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens ou ayant un trouble hémostatique);
- Envoi automatisé de messages textes pour rappeler les consignes de surveillance et prodiguer des conseils;
- Standardisation de l'enseignement aux patients au sein des installations d'un même établissement;

- Adaptation de l'enseignement pour certaines clientèles, en fonction du niveau de littératie en santé;
- Amélioration de l'offre d'hébergement à proximité des centres hospitaliers pour les personnes devant rester près de l'hôpital durant la période de convalescence;
- Mise en place de mesures permettant d'assurer une sécurisation culturelle pour les patients issus d'une communauté autochtone.



## 8. CONCLUSION

---

L'objectif de la présente évaluation était d'apporter un éclairage aux décideurs au sujet de l'organisation des services à privilégier pour la surveillance extrahospitalière des adultes et des enfants ayant eu une amygdalectomie. Quatre établissements du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL), le CHU de Québec-Université Laval, le CISSS de la Côte-Nord, le CISSS de la Gaspésie et le CISSS de Chaudière-Appalaches ont collaboré à la réalisation de ce projet d'évaluation. L'ablation chirurgicale des amygdales est une intervention courante, notamment pour traiter l'apnée obstructive du sommeil chez les enfants. Elle est également réalisée chez la clientèle adulte pour diverses indications telles que la pharyngite aiguë récidivante ou l'amygdalite chronique. Différentes complications postopératoires le plus souvent mineures comme la douleur, les nausées et vomissements ou la déshydratation peuvent survenir après une amygdalectomie. Des complications plus graves, telles que des saignements per et postopératoires sont rares, mais doivent être détectés dans les meilleurs délais puisqu'ils peuvent compromettre les voies aériennes et même dans certains cas mener au décès. La majorité des amygdalectomies sont réalisées en mode ambulatoire et la période de surveillance associée à la convalescence se déroule généralement à domicile.

Les données issues de la littérature recueillies dans le cadre de la présente évaluation sont limitées pour orienter la prise de décision à savoir si un modèle d'organisation des services pour la surveillance extrahospitalière ou quelles mesures de mitigation des risques devraient être implantées dans les établissements de santé où se réalisent des amygdalectomies devraient être mises en place. Néanmoins, des suivis téléphoniques répétés, réalisés durant la période de convalescence par une infirmière semblent permettre de diminuer la survenue de certaines complications et les consultations à l'urgence. Ils constituent également une mesure appréciée des parents d'enfants ayant eu une amygdalectomie et pourraient contribuer à améliorer l'expérience vécue durant la période de convalescence après une amygdalectomie. De plus, l'accès à une ressource qualifiée et facilement rejoignable pour répondre aux inquiétudes et questionnements des patients et de leurs proches constitue une avenue qui pourrait permettre d'améliorer la qualité de la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie.

Les modalités en place pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie dans les établissements de santé participants du RUISSSUL et ceux ayant participé à l'enquête sont variables et dépendantes des contextes de soins et des ressources médicales disponibles sur leur territoire. De plus, différentes mesures de mitigation des risques de complications sont implantées dans ces milieux dans l'objectif d'assurer la sécurité des patients durant la période de convalescence. Il est cependant difficile d'isoler l'impact de ces pratiques sur le risque de complications postopératoires car il repose sur un ensemble de facteurs qui doivent être considérés tout au long de la trajectoire de soins. Néanmoins, la démarche a permis d'identifier des pistes qui pourraient contribuer à l'amélioration de la prestation de soins de santé et la surveillance pendant la période de convalescence après une amygdalectomie tout en répondant aux besoins et attentes des patients et de leurs proches. L'emphase sur une approche personnalisée visant à assurer une période de convalescence sécuritaire après une amygdalectomie est recommandée aux établissements de santé participants, incluant la révision des mesures de mitigation implantées dans chacun de ces établissements.

## ANNEXES

### ANNEXE 1. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE DANS LES BASES DE DONNÉES BIBLIOGRAPHIQUES

#### Medline (PubMed)

ligne	Stratégies
#1	"Tonsillectomy"[Mesh] OR "Tonsillectom*" OR "Adenotonsillectom*" OR "Adeno-tonsillectom*" OR "Adeno/tonsillectom*" OR "Adeno-tonsillar surger*" OR "Tonsillotom*"
#2	"Postoperative Period"[Mesh] OR "Postoperative Care"[Mesh] OR "postoperative" OR "post-operative" OR "Aftercare"[Mesh] OR "after care" OR "after treatment*" OR "after-treatment" OR "Follow-up care" OR "home" OR "outpatients"[Mesh] OR "outpatient*"
#3	"Aftercare/organization and administration"[Mesh] OR "Health Care Facilities, Manpower, and Services"[Mesh] OR "Emergency Medical Services/organization and administration"[Mesh] OR "Postoperative Care/organization and administration"[Mesh] OR "organization*" OR "organisation*"
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	"patient experience*" OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "patient education*" OR "Health Literacy"[Mesh] OR "health literac*" OR "literacy" OR "Family Leave"[Mesh] OR "Decision Making, Shared"[Mesh] OR "Shared Decision Making" OR "family budget" OR "family finance" OR "Family/organization and administration"[Mesh]
#6	#1 AND #5
#7	#4 OR #6
#8	#7 AND ((2010/1/1:3000/12/12[pdat]) AND (english[Filter] OR french[Filter]))

- 829 documents répertoriés, dernière recherche effectuée le 12 avril 2024

#### Embase (Ovid)

ligne	Stratégies
#1	exp tonsillectomy/
#2	("Tonsillectom*" OR "Adenotonsillectom*" OR "Adeno-tonsillectom*" OR "Adeno/tonsillectom*" OR "Adeno-tonsillar surger*" OR "Tonsillotom*").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
#3	#1 OR #2
#4	exp postoperative period/
#5	exp postoperative care/
#6	exp aftercare/
#7	exp outpatient/
#8	("postoperative" OR "post-operative" OR "after care" OR "after treatment*" OR "after-treatment" OR "Follow-up care" OR "home" OR "outpatient*").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	(health care facilities.mp. AND services/) OR emergency health service/ OR health care organization/ OR hospital care/ OR ("organization*" OR "organisation*" OR "health service*").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
#11	#3 AND #9 AND #10
#12	exp patient education/
#13	exp health literacy/
#14	exp family leave/
#15	exp shared decision making/
#16	exp family/
#17	("patient experience*" OR "patient education*" OR "health literac*" OR "literacy" OR "Shared Decision Making OR family budget" OR "family finance").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
#18	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
#19	#3 AND #18
#20	#11 OR #18
#21	limit #20 to (embase and (english or french) and yr="2010 -Current" and (article or article in press))

- 286 documents répertoriés, dernière recherche effectuée le 12 avril 2024

## Collaboration Cochrane

ligne	Stratégies
#1	MeSH descriptor: [Tonsillectomy] explode all trees
#2	("Tonsillectom*" OR "Adenotonsillectom*" OR "Adeno-tonsillectom*" OR "Adeno/tonsillectom*" OR "Adeno-tonsillar surger*" OR "Tonsillotom*")
#3	#1 OR #2
#4	MeSH descriptor: [Postoperative Period] explode all trees
#5	MeSH descriptor: [Postoperative Care] explode all trees
#6	MeSH descriptor: [Aftercare] explode all trees
#7	MeSH descriptor: [Outpatients] explode all trees
#8	("postoperative" OR "post-operative" OR "after care" OR "after treatment*" OR "after-treatment" OR "Follow-up care" OR "home" OR "outpatient*")
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	MeSH descriptor: [Aftercare] explode all trees and with qualifier(s): [organization & administration - OG]
#11	MeSH descriptor: [Health Care Facilities, Manpower, and Services] explode all trees
#12	MeSH descriptor: [Emergency Medical Services] explode all trees and with qualifier(s): [organization & administration - OG]
#13	("organization*" OR "organisation*")
#14	#11 OR #12 OR #13 OR #14
#15	#3 AND #9 AND #14
#16	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees
#17	MeSH descriptor: [Health Literacy] explode all trees
#18	MeSH descriptor: [Family Leave] explode all trees
#19	MeSH descriptor: [Decision Making, Shared] explode all trees
#20	MeSH descriptor: [Family] explode all trees
#21	("patient experience*" OR "patient education*" OR "health literac*" OR "literacy" OR "Shared Decision Making" OR "family budget" OR "family finance")
#22	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
#23	#3 AND #22
#24	#15 OR #23
#25	#24 with Cochrane Library publication date Between Jan 2010 and Dec 2022, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols

- 21 documents répertoriés, recherche effectuée le 12 avril 2024

## Centre for Review and Dissimination

ligne	Stratégies
#1	MeSH DESCRIPTOR Tonsillectomy EXPLODE ALL TREES
#2	"Tonsillectom*" OR "Adenotonsillectom*" OR "Adeno-tonsillectom*" OR "Adeno/tonsillectom*" OR "Adeno-tonsillar surger*" OR "Tonsillotom*"
#3	#1 OR #2
#4	MeSH DESCRIPTOR Postoperative Period EXPLODE ALL TREES
#5	MeSH DESCRIPTOR Postoperative Care EXPLODE ALL TREES
#6	MeSH DESCRIPTOR Aftercare EXPLODE ALL TREES
#7	MeSH DESCRIPTOR Outpatients EXPLODE ALL TREES
#8	"postoperative" OR "post-operative" OR "after care" OR "after treatment*" OR "after-treatment" OR "Follow-up care" OR "home" OR "outpatient*"
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	MeSH DESCRIPTOR Aftercare EXPLODE ALL TREES WITH QUALIFIER OG
#11	MeSH DESCRIPTOR Health Care Facilities, Manpower, and Services EXPLODE ALL TREES
#12	MeSH DESCRIPTOR Emergency Medical Services EXPLODE ALL TREES WITH QUALIFIER OG
#13	"organization*" OR "organisation*"
#14	#11 OR #12 OR #13 OR #14
#15	#3 AND #9 AND #14
#16	MeSH DESCRIPTOR Patient Education as Topic EXPLODE ALL TREES
#17	MeSH DESCRIPTOR Health Literacy EXPLODE ALL TREES
#18	MeSH DESCRIPTOR Family Leave EXPLODE ALL TREES
#19	MeSH DESCRIPTOR Decision Making, Shared EXPLODE ALL TREES
#20	MeSH DESCRIPTOR Family EXPLODE ALL TREES

#21	"patient experience*" OR "patient education*" OR "health literac*" OR "literacy" OR "Shared Decision Making"OR "family budget" OR "family finance"
#22	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
#23	#3 AND #22
#24	#14 OR #23)
#25	#24 FROM 2010 TO 2022

- 15 documents répertoriés, recherche effectuée le 12 avril 2024

### **CINAHL Plus with Full Text**

ligne	Stratégies
#1	(MH "Tonsillectomy")
#2	"Tonsillectom*" OR "Adenotonsillectom*" OR "Adeno-tonsillectom*" OR "Adeno/tonsillectom*" OR "Adeno-tonsillar surger*" OR "Tonsillotom**"
#3	#1 OR #2
#4	(MH "Postoperative Period")
#5	(MH "Postoperative Care+")
#6	(MH "After Care")
#7	(MH "Outpatients")
#8	"postoperative" OR "post-operative" OR "after care" OR "after treatment**" OR "after-treatment" OR "Follow-up care" OR "home" OR "outpatient**"
#9	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	(MH "After Care/OG")
#11	(MH "Facilities, Manpower and Services+")
#12	(MH "Emergency Medical Services+/OG")
#13	"organization*" OR "organisation**"
#14	#11 OR #12 OR #13 OR #14
#15	#3 AND #9 AND #14
#16	(MH "Patient Education+")
#17	(MH "Health Literacy")
#18	(MH "Family and Medical Leave+")
#19	(MH "Decision Making, Shared")
#20	(MH "Family+")
#21	"patient experience*" OR "patient education*" OR "health literac*" OR "literacy" OR "Shared Decision Making"OR "family budget" OR "family finance"
#22	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23
#23	#3 AND #22
#24	#15 OR #23
#25	#24 Limiters: Published Date: 20100101-20231231, Source Types: Academic Journals

- 344 documents répertoriés, recherche effectuée le 12 avril 2024

### **PsychInfo (OVID)**

ligne	Stratégies
#1	("Tonsillectom*" or "Adenotonsillectom*" or "Adeno-tonsillectom*" or "Adeno/tonsillectom*" or "Adeno-tonsillar surger*" or "Tonsillotom**").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]
#2	("postoperative" or "post-operative" or "after care" or "after treatment**" or "after-treatment" or "Follow-up care" or "home" or "outpatient**").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]
#3	farias
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	exp client education/
#6	exp health literacy/
#7	exp decision making/
#8	exp family/
#9	("patient experience*" or "patient education*" or "health literac*" or "literacy" or "Shared Decision Making OR family budget" or "family finance").mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]
#10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9

#11	#1 AND #10
#12	#4 OR #11
#13	#12 limit 12 to (("0100 journal" or "0110 peer-reviewed journal") and (english or french) and yr="2010 -Current")

- 17 documents répertoriés, recherche effectuée le 12 avril 2024

### **Epistemonikos**

<b>ligne</b>	<b>Stratégies</b>
#1	(tonsillectomy OR adenotonsillectomy OR tonsillotomy)
#2	"postoperative"
#3	health care organisation
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	("patient experience*" OR "patient education*" OR "health literac*" OR "Family Leave" OR "Shared Decision Making" OR "family budget" OR "family finance")
#6	#1 AND #5
#7	#4 OR #6

- 4 documents répertoriés, recherche effectuée le 12 avril 2024

## ANNEXE 2. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE GRISE

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
<b>Mots-clés</b>				
<b>Sites en anglais</b> : tonsillectomy, adenotonsillectomy				
<b>Sites en français</b> : amygdalectomie, adénoamygdalectomie				
<b>Sites Internet généraux visités</b>				
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé	Canada	<a href="http://www.cadth.ca/fr">http://www.cadth.ca/fr</a>	0
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	<a href="http://www.ahrq.gov/">http://www.ahrq.gov/</a>	0
AMC	Association médicale canadienne	Canada	<a href="https://www.cma.ca/">https://www.cma.ca/</a>	0
CEBM	<i>Centre for Evidence-based Medicine</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.cebm.net/">http://www.cebm.net/</a>	0
CMQ	Collège des médecins du Québec	Canada (Québec)	<a href="http://www.cmq.org/">http://www.cmq.org/</a>	1
ETMIS-CHUM	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Canada (Québec)	<a href="https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos">https://www.chumontreal.qc.ca/a-propos</a>	0
ETMIS-IUCPQ	Comité ETMIS de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	Canada (Québec)	<a href="http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qualite-et-performance/evaluation-des-technologies-et-modes-d-intervention-en-sante-etmis/accueil">http://iucpq.qc.ca/fr/institut/qualite-et-performance/evaluation-des-technologies-et-modes-d-intervention-en-sante-etmis/accueil</a>	0
HAS	Haute Autorité de santé	France	<a href="http://www.has-sante.fr/">http://www.has-sante.fr/</a>	0
INAHTA	<i>International HTA database</i>	International	<a href="https://database.inahta.org/">https://database.inahta.org/</a>	0
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Canada (Québec)	<a href="http://www.inesss.qc.ca/">http://www.inesss.qc.ca/</a>	3
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	Canada (Québec)	<a href="https://www.inspq.qc.ca/">https://www.inspq.qc.ca/</a>	0
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé	Belgique	<a href="http://www.kce.fgov.be/">http://www.kce.fgov.be/</a>	0
MSAC	<i>Medical Services Advisory Committee</i>	Australie	<a href="http://www.msac.gov.au/">http://www.msac.gov.au/</a>	0
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>	Royaume-Uni	<a href="http://www.nice.org.uk/">http://www.nice.org.uk/</a>	0
NIHR HTA	<i>National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme</i>	Royaume-Uni	<a href="https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm">https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm</a>	0
OHTAC	<i>Ontario Health Technology Advisory Committee</i>	Canada (Ontario)	<a href="http://www.hqontario.ca/evidence">http://www.hqontario.ca/evidence</a>	0
OMS	Organisation mondiale de la Santé	International	<a href="http://www.who.int/fr/">http://www.who.int/fr/</a>	0
PHAC	<i>Public Health Agency of Canada</i>	Canada	<a href="https://www.canada.ca/en/public-health.html">https://www.canada.ca/en/public-health.html</a>	0
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>	Écosse	<a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>	0
TAU-MUHC	<i>Technology Assessment Unit-McGill University Health Centre</i>	Canada (Québec)	<a href="https://muhc.ca/tau/page/tau-reports">https://muhc.ca/tau/page/tau-reports</a>	0
UETMIS – CHU Sainte-Justine	UETMIS du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	Canada (Québec)	<a href="https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Evaluation-des-technologies-(UETMIS)">https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Evaluation-des-technologies-(UETMIS)</a>	0
UETMISSS – CIUSSS de l'Estrie – CHUS	UETMISSS du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	Canada (Québec)	<a href="https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/">https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/uetmisss/</a>	0
<b>Sites Internet d'associations professionnelles</b>				
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>				
----	Association d'oto-rhino-laryngologie du Québec et de chirurgie cervico-faciale	Canada (Québec)	<a href="https://orlquebec.org/">https://orlquebec.org/</a>	0
AAO-HNS	<i>American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery</i>	États-Unis	<a href="http://www.entnet.org/">http://www.entnet.org/</a>	1
AHNS	<i>American Head and Neck Society</i>	États-Unis	<a href="https://www.ahns.info/">https://www.ahns.info/</a>	0
AFOP	Association française d'ORL pédiatrique	France	<a href="https://afop.fr/">https://afop.fr/</a>	0
ASPO	<i>American Society of Pediatric Otolaryngology</i>	États-Unis	<a href="https://aspo.us/">https://aspo.us/</a>	0

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
BAHNO	<i>British Association of Head and Neck Surgery</i>	Angleterre	<a href="http://bahno.org.uk/">http://bahno.org.uk/</a>	0
BAPO	<i>British Association for Paediatric Otolaryngology</i>	Angleterre	<a href="https://www.bapo.co.uk/">https://www.bapo.co.uk/</a>	0
CAOMS	<i>Canadian Association of Oral and Maxillofacial Surgeons</i>	Canada	<a href="https://www.caoms.com/">https://www.caoms.com/</a>	0
CSOHNS	<i>Canadian Society of Otolaryngology-Head and Neck Surgery</i>	Canada	<a href="http://www.entcanada.org/">http://www.entcanada.org/</a>	0
ESPO	<i>European Society of Pediatric Otolaryngology</i>	Europe	<a href="https://espo.eu.com/">https://espo.eu.com/</a>	0
SFORL	Société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou	France	<a href="https://www.sforl.org/">https://www.sforl.org/</a>	2
<b>Chirurgie générale</b>				
ACCG	Association canadienne des chirurgiens généraux	Canada	<a href="http://www.cags-accg.ca/">http://www.cags-accg.ca/</a>	0
ACS	<i>American College of Surgeons</i>	États-Unis	<a href="https://www.facs.org/">https://www.facs.org/</a>	0
ASA	<i>American Surgical Association</i>	États-Unis	<a href="http://americansurgical.org/">http://americansurgical.org/</a>	0
CRMC	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	Canada	<a href="http://www.royalcollege.ca/portal/page/porta/rc/public">http://www.royalcollege.ca/portal/page/porta/rc/public</a>	0
ESA	<i>European Surgical Association</i>	France	<a href="http://www.europeansurgicalassociation.org/">http://www.europeansurgicalassociation.org/</a>	0
RACS	<i>Royal Australian College of Surgeons</i>	Australie	<a href="http://www.surgeons.org/">http://www.surgeons.org/</a>	0
RCS	<i>Royal College of Surgeons</i>	Royaume-Uni	<a href="https://www.rcseng.ac.uk/">https://www.rcseng.ac.uk/</a>	0
<b>Pédiatrie</b>				
AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>	États-Unis	<a href="https://www.aap.org/">https://www.aap.org/</a>	0
APQ	Association des pédiatres du Québec	Canada (Québec)	<a href="https://pediatres.ca/">https://pediatres.ca/</a>	0
RCPC	<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i>	Royaume-Uni	<a href="https://www.rcpch.ac.uk/">https://www.rcpch.ac.uk/</a>	0
SCP	Société canadienne de pédiatrie	Canada	<a href="https://www.cps.ca/">https://www.cps.ca/</a>	0
SFP	Société française de pédiatrie	France	<a href="http://www.sfpediatric.com/">www.sfpediatric.com/</a>	0
<b>Autres</b>				
----	Choisir avec soin Canada	Canada	<a href="https://choisiravecsoin.org/">https://choisiravecsoin.org/</a>	0
----	<i>Choosing wisely USA</i>	États-Unis	<a href="https://www.choosingwisely.org/">https://www.choosingwisely.org/</a>	0
----	Agrément Canada	Canada	<a href="http://www.accreditation.ca/fr/">http://www.accreditation.ca/fr/</a>	0
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	États-Unis	<a href="http://www.cdc.org">www.cdc.org</a>	0
CEC	Clinical Excellence Commission	Australie	<a href="http://www.cec.health.nsw.gov.au/home">http://www.cec.health.nsw.gov.au/home</a>	0
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Québec	<a href="http://www.msss.gouv.qc.ca">www.msss.gouv.qc.ca</a>	0
<b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>				<b>7</b>

Dernière recherche effectuée le 16 avril 2024

### Autres sources documentaires

Noms	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
<b>Mots-clés</b>		
<b>Sites en anglais</b> : tonsillectomy, adenotonsillectomy		
<b>Sites en français</b> : amygdalectomie		
Google (5 premières pages)	<a href="https://www.google.ca/?hl=fr">https://www.google.ca/?hl=fr</a>	0
Google Scholar (5 premières pages)	<a href="http://scholar.google.ca/">http://scholar.google.ca/</a>	0
<b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>		<b>0</b>

Dernière recherche effectuée le 16 avril 2024



### ANNEXE 3. SITES INTERNET CONSULTÉS POUR LA RECHERCHE DE PROTOCOLES PUBLIÉS

Nom	Organisation	Site Internet	Résultat de la recherche (n)
<b>Études de synthèse</b>			
<b>Mots-clés :</b> tonsillectomy, adenotonsillectomy			
PROSPERO	Centre for Reviews and Dissemination		0
Cochrane	The Cochrane Library	<a href="http://www.thecochranelibrary.com">www.thecochranelibrary.com</a>	0
<b>ECR</b>			
<b>Mots-clés :</b> tonsillectomy, adenotonsillectomy			
	U.S. National Institute for Health Research	<a href="http://www.Clinicaltrials.gov">http://www.Clinicaltrials.gov</a>	0
	Current Controlled Trials Ltd.	<a href="http://www.controlled-trials.com">http://www.controlled-trials.com</a>	0
<b>NOMBRE DE DOCUMENTS RÉPERTORIÉS</b>			<b>0</b>

Dernière recherche effectuée le 16 avril 2024

## ANNEXE 4. LISTE DES PUBLICATIONS EXCLUES ET RAISONS D'EXCLUSION

### Ne satisfait pas aux critères d'admissibilité (n = 46)

#### Type d'étude (n = 6)

- Ali, S. A., et al. (2019). "Assessment of Application-Driven Postoperative Care in the Pediatric Tonsillectomy Population: A Survey-Based Pilot Study." *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 145(3): 285-7.
- Bellussi, L. M., et al. (2011). "Clinical guideline on adenotonsillectomy: the Italian experience." *Adv Otorhinolaryngol* 72: 142-5.
- Cooper, L. (2016). "Post-tonsillectomy management: A framework." *Aust Fam Physician* 45(5): 289-91.
- Dhar S, Kothari D, Vasquez M, Clarke T, Maroda A, McClain WG, et al. The utility and accuracy of ChatGPT in providing post-operative instructions following tonsillectomy: A pilot study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2024; 179: 111901.
- Lou, Z. and Z. H. Lou (2018). "Calculation of indirect costs of associated with postoperative caregiver absences after pediatric tonsil surgery." *Eur Arch Otorhinolaryngol* 275(4): 1031-2.
- Rangel, S. J., et al. (2023). "High pediatric post-surgical revisit rate." *J Pediatr*. 253: 310-3.

#### Ne porte pas sur les populations d'intérêt (n = 2)

- Arulanandam, B., et al. (2022). "Use of a risk communication survey to prioritize family-valued outcomes and communication preferences for children undergoing outpatient surgical procedures." *J Pediatr Surg* 57(5): 788-97.
- Ashman, A. and R. Harris (2017). "Outpatient management of patients with acute tonsillitis and peritonsillar abscess in ninety adult patients." *Clin Otolaryngol* 42(3): 720-3.

#### Ne porte pas sur la surveillance extrahospitalière (n = 36)

- Atfeh, M. S., et al. (2018). "Day case paediatric tonsillectomy: a quality improvement project." *European Journal of Pediatrics* 177(11): 1603-8.
- Billings, K. R., et al. (2021). "Outcomes of a Postoperative Data-Extraction Questionnaire After Adenotonsillectomy in Children." *Laryngoscope* 131(11): E2821-6.
- Biadsee, A., et al. (2023). "Reconsidering routine admission for children under age 3 undergoing partial tonsillectomy: a prospective study." *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 52(1): 63.
- Chang, I. S., et al. (2018). "Revisits after adenotonsillectomy in children with sleep-disordered breathing: A retrospective single-institution study." *Clin Otolaryngol* 43(1): 39-46.
- Cheung, P. K. F., et al. (2023). "Management of Recurrent and Delayed Post-Tonsillectomy and Adenoidectomy Hemorrhage in Children". *ENT: Ear, Nose & Throat Journal*. 102(4): 244-50.
- Clark, C. M., et al. (2018). "Trends in the management of secondary post-tonsillectomy hemorrhage in children." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 108: 196-201.
- Claus, L. E., et al. (2024). "Sharing, Parent Verbal Engagement, and Parent Knowledge of Pediatric Adenotonsillectomy". *Otolaryngol Head Neck Surg*. 170(2): 552-9.
- Cohen, N., et al. (2024). "Change in Pediatric Adenotonsillectomy Postoperative Visit Patterns After Opioid Food and Drug Administration Warning." *Pediatr Emerg Care*. 40(1): 38-44.
- Cordray, H., et al. (2023). "A Mobile Application for Child-Focused Tonsillectomy Education: Development and User-Testing". *Laryngoscope*.
- Dai, X., et al. (2021). "The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact". *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 130(7) 833-9.
- Fenton, D., et al. (2024). "Socioeconomic status is associated with pediatric adenotonsillectomy outcomes: A single institution study". *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 177: 111844.
- Gabrawi, M., et al. (2022). "Post-tonsillectomy advice: the UK patient experience." *Journal of Laryngology & Otology* 136(12): 1217-25.

- Gajanli, H., et al. (2023). "Medicolegal Aspects of Life-Threatening Late Hemorrhage after Tonsillectomy; a Report of Three Cases." *Journal of Critical Care & Skills*. 4(3): 143-8.
- Garry, S., et al. (2022). "Paediatric day-case tonsillectomy - parent satisfaction questionnaire." *Journal of Laryngology and Otology* 136(7): 654-8.
- Grant, O. and P. Harper (2020). "Paediatric Day Case Tonsillectomy - Audit of a New Programme." *Ir Med J* 113(4): 56.
- Gray, M. L., et al. (2021). "Using Lean to Improve Patient Safety and Resource Utilization After Pediatric Adenotonsillectomy." *J Patient Saf* 17(2): 95-100.
- Gross, J. H., et al. (2021). "Predictors of Occurrence and Timing of Post-Tonsillectomy Hemorrhage: A Case-Control Study." *Ann Otol Rhinol Laryngol* 130(7): 825-32.
- Gwilt, C., et al. (2022). "Perceptions of telemedicine at a pediatric otolaryngology-head and neck surgery program." *World Journal of Pediatric Surgery* 5(4): e000440.
- Kilavuz, A. E. and A. A. Bayram (2019). "Surgeons' preferences and anxiety levels in paediatric adenotonsillectomy: European perspective." *Journal of Laryngology & Otology* 133(4): 333-8.
- Mahant S., et al. (2023). "Effect of a health system payment and quality improvement programme for tonsillectomy in Ontario, Canada: an interrupted time series analysis." *BMJ Qual Saf*. 32(9): 526-35.
- National Institute for Health and Care Excellence. Electrosurgery (diathermy and coblation) for tonsillectomy. Interventional procedures guidance [IPG150]. Published: 14 December 2005 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ipg150>)."
- National Institute for Health and Care Excellence. Tonsillectomy using laser. Interventional procedures guidance [IPG186]. Published: 26 July 2006 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ipg186/chapter/1-guidance>)."
- National Institute for Health and Care Excellence. Tonsillectomy using ultrasonic scalpel. Interventional procedures guidance [IPG178]. Published: 28 June 2006 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ipg178/chapter/1-guidance>)."
- Newton, L. and C. Sulman (2018). "Use of text messaging to improve patient experience and communication with pediatric tonsillectomy patients." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 113: 213-217.
- Nieri C. A., et al. (2024). "Associations Between Social Vulnerability Indicators and Pediatric Tonsillectomy Outcomes." *Laryngoscope*. 134(2): 954-62.
- O'Neil L. M., et al. (2023). "Management of paediatric post-tonsillectomy bleeds - does everyone need observation?" *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 171: 111622.
- Qiu Q., et al. (2023). "Comparison of the postoperative in-hospital versus at-home recovery quality and circadian rhythm status in preschool kids after adenotonsillectomy: a cohort and observational study." *Translational Pediatrics*. 12(4): 645-54.
- Raman, V. T., et al. (2017). "Implementation of a perioperative surgical home protocol for pediatric patients presenting for adenoidectomy." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 101: 215-22.
- Rossi N. A., et al. (2024). "Viral voices: A multi-platform analysis of tonsillectomy on social media." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 176: 111816.
- Song, J. S. A., et al. (2017). "Design and validation of key text messages (Tonsil-Text-To-Me) to improve parent and child perioperative tonsillectomy experience: A modified Delphi study." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 102: 32-7.
- Taylor, M. A. (2022). Study of patients' return to surgery post-tonsillectomy and/or adenoidectomy: A Relation Between Patient Age and Timing of Uncontrolled Bleeding." *Patient Safety* (2689-0143) 4(1): 6-17.
- Tran, A. H. L., et al. (2022). "Hospital revisits after paediatric tonsillectomy: a cohort study." *Journal of Otolaryngology -- Head & Neck Surgery* 51(1): 1-11.
- Waljee, H., et al. (2020). "Is nurse-led telephone follow-up for post-operative obstructive sleep apnoea patients effective? A prospective observational study at a paediatric tertiary centre." *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 129: 109766.
- Windfuhr, J. P., et al. (2016). "Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management." *Eur Arch Otorhinolaryngol* 273(4): 989-1009.
- Zhang, Y., et al. (2021). "An enhanced recovery programme improves the comfort and outcomes in children with obstructive sleep apnoea undergoing adenotonsillectomy: A retrospective historical control study." *Clin Otolaryngol* 46(1): 249-55.
- Zhou Y., et al. (2023). "Quality of life in children undergoing tonsillectomy: a cross-sectional survey". *Italian Journal of Pediatrics*. 49(1): 1-7.

Contexte de soins différent (n = 2)

- Gudmundsdottir, J., et al. (2021). "Caregivers' absence from work before and after tonsil surgery in children with sleep-disordered breathing." Eur Arch Otorhinolaryngol 278(1): 265-70.
- Gudnadottir, G., et al. (2017). "Indirect costs related to caregivers' absence from work after paediatric tonsil surgery." Eur Arch Otorhinolaryngol 274(6): 2629-36.

**Autres motifs (n = 2)**

Duplicatas d'une publication incluse (n = 2)

- Lescanne, E., et al. (2012). "Pediatric tonsillectomy: clinical practice guidelines." Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 129(5): 264-71.
- Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Référentiel pour l'amygdalectomie. 2016 ([https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2020/02/Referentiel\\_Amygdalectomie\\_2016-1.pdf](https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2020/02/Referentiel_Amygdalectomie_2016-1.pdf)).

**ANNEXE 5. CANEVAS D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE AVEC LES DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTICIPANTS DU RUISSUL (CISSS DE LA GASPÉSIE, DE LA CÔTE-NORD, CHAUDIÈRE-APPALACHES ET CHU DE QUÉBEC)**

Nom (rôle) :

Personnes présentes :

Responsables du CR :

Date, heure, format :

Consentement verbal à être cité dans le rapport à titre de collaborateur :

Consentement verbal à être inclus dans la liste de diffusion du rapport d'évaluation :

Consentement et autorisation à enregistrer l'entrevue :

**L'objectif principal de ces entretiens est de décrire l'ensemble des activités reliées à la planification, au déroulement et à l'organisation de la surveillance postamygdalectomie.**

Étapes/Thèmes	Questions
Description sommaire de l'organisation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est le territoire couvert par votre organisation? Quels sont les hôpitaux où sont réalisées les amygdalectomies? Combien de médecins ORL sont impliqués dans la réalisation des amygdalectomies dans vos hôpitaux?</li> <li>2. Pour quelle patientèle (pédiatrique VS adulte) sont réalisées les amygdalectomies dans votre centre hospitalier? À quelle fréquence sont-elles réalisées (par semaine ou par mois) chez les adultes et les enfants? Quelle proportion des amygdalectomies est réalisée en chirurgie d'un jour?</li> </ol>
En préopératoire	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Qui est responsable de décider si l'amygdalectomie sera réalisée en chirurgie d'un jour? Le patient et ses proches (p. ex.: parents) sont-ils impliqués dans cette prise de décision? Y a-t-il des critères pour appuyer cette décision? Ces critères sont-ils différents selon les enfants et les adultes? Y a-t-il un protocole clinique ou un algorithme qui regroupe ces informations (si oui, est-il possible d'en recevoir une copie)?</li> <li>4. Les patients sont-ils informés au moment de la consultation préopératoire du déroulement de la période postopératoire? Si oui, de quelle façon et par qui?</li> <li>5. Est-il demandé aux patients de demeurer près d'un centre hospitalier en période postopératoire? Si oui, à quelle distance et pour combien de temps? Est-ce que c'est pour tous les patients ou seulement certains?</li> </ol>
Pendant l'opération	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Quelle technique chirurgicale est habituellement utilisée dans votre milieu pour réaliser l'amygdalectomie (intracapsulaire, extracapsulaire)? Cette technique varie-t-elle selon la patientèle (pédiatrique VS adulte)?</li> <li>7. Peut-il survenir des situations pendant l'opération qui modifieraient la décision d'hospitaliser ou non le patient? Si oui, lesquelles? Ces critères sont-ils inclus dans un protocole clinique? Qui est responsable de cette décision?</li> </ol>
En postopératoire immédiat, en salle de réveil	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Peut-il survenir des situations en salle de réveil qui modifieraient la surveillance extrahospitalière (fréquence de suivi)? Si oui, lesquelles? Ces critères sont-ils inclus dans un protocole clinique? Qui est responsable de cette décision?</li> </ol>
En postopératoire, à l'unité « Chirurgie ambulatoire »	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Quelle est la durée du séjour des patients à l'unité « Chirurgie ambulatoire »? Quelles situations ou conditions pourraient faire en sorte que cette durée varie?</li> <li>10. Quels sont les critères menant au congé du patient (critères de sortie)? Est-ce que ces critères varient selon la patientèle (pédiatrique vs adulte, comorbidités)?</li> <li>11. Est-ce que des conseils concernant la surveillance postopératoire des complications sont transmis aux patients à leur congé? Comment sont-ils prodigués? Quels symptômes doivent-ils surveiller? Qui doivent-ils contacter en cas de complications? Qui est responsable de fournir l'enseignement relatif à la surveillance postopératoire? Est-ce que de la documentation est remise aux patients (si oui, pouvez-vous nous la transmettre)?</li> </ol>

Surveillance extrahospitalière	<p>12. Quelles complications doivent être surveillées en externe? Selon votre expérience, arrive-t-il fréquemment des complications en période postopératoire en externe chez les patients ayant subi une amygdalectomie?</p> <p>13. Si le patient doit demeurer à proximité d'un centre hospitalier, comment est organisé son séjour (hébergement, frais de subsistance, transport)? Votre organisation offre-t-elle des services ou du support (services d'hôtellerie et de repas, appui d'un travailleur social, aide financière, coupons, etc.)?</p> <p>14. Que se passe-t-il si un patient refuse de rester à proximité d'un centre hospitalier pendant la durée de la surveillance postopératoire?</p> <p>15. Un suivi téléphonique ou en personne est-il organisé pendant la période postopératoire ? Si oui, à quelle fréquence et par qui? Y a-t-il un examen de suivi effectué par un médecin à la fin de la période de surveillance pour libérer le patient?</p> <p>16. Existe-t-il des corridors de service avec les soins de première ligne (p. ex. médecin de famille, GMF) ou les soins communautaires (p. ex. CLSC, dispensaire, pharmacie communautaire) pour assurer le suivi postopératoire?</p>
Surveillance extrahospitalière (Spécifique aux régions)	<p>17. Où est complétée la surveillance postopératoire des patients qui viennent de l'extérieur et qui sont opérés dans votre établissement? Retournent-ils en région après l'opération?</p> <p>18. Jusqu'ici, comment les hôpitaux de votre région se sont-ils organisés pour assurer la surveillance postamygdalectomie des patients opérés sur place et de ceux qui se déplacent et qui retournent ensuite en région (formation de chirurgiens, formation d'urgentologues, transferts rapides en centre urbain en cas de complication, etc.)?</p>
Prise en charge des complications pendant la période de surveillance	<p>19. Où les patients sont-ils invités à consulter en cas de complication? Doivent-ils être réhospitalisés ou réopérés?</p> <p>20. À l'heure actuelle, comment sont gérés les cas de complications survenant dans votre région? Quels sont les services actuellement disponibles dans votre organisation pour répondre aux complications ou urgences postamygdalectomie?</p>
<b>Analyse stratégique</b>	
Enjeux organisationnels	<p>21. À votre avis, les services et ressources actuellement disponibles dans votre organisation sont-ils suffisants pour assurer la sécurité des patients pendant la période postopératoire? Quels ajouts ou modifications devraient être apportés pour être plus efficaces et sécuritaires?</p> <p>22. Quelles sont les principales langues parlées par vos patients (français, anglais, langues autochtones)? Vivez-vous des enjeux de prise en charge en lien avec la barrière de langue? Si oui, lesquels?</p> <p>23. Percevez-vous des enjeux organisationnels en lien avec la surveillance postamygdalectomie dans votre établissement?</p>
Enjeux légaux et de gestion des risques	<p>24. Percevez-vous des enjeux légaux en lien avec la surveillance postamygdalectomie dans votre établissement?</p> <p>25. Le mode de surveillance postopératoire utilisé dans votre organisation a-t-il déjà été associé à des incidents (c.-à-d. situations à risque déclarées ou interceptées avant de toucher un patient) ou à des accidents avec ou sans conséquence chez le patient (c.-à-d. événements qui ont touché un patient sans égard à la gravité des conséquences)?</p>
Dilemmes éthiques	<p>26. Percevez-vous des dilemmes éthiques en lien avec la surveillance postamygdalectomie dans votre établissement (ex. : atteinte à l'équité dans l'accès aux services de soins de santé, conflits avec les lois ou législations)?</p>
Suggestions	<p>27. Avez-vous des suggestions pour améliorer l'organisation de la surveillance postopératoire suivant une amygdalectomie ?</p>

## **ANNEXE 6. QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DU SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE PATIENT**

Nous aimerions connaître votre opinion sur l'expérience que vous avez vécue lors de la période de convalescence suite à votre amygdalectomie ou celle de votre enfant. Votre évaluation et vos commentaires sont précieux pour nous, car ils nous aident à améliorer les services offerts. Nous vous assurons que vos données seront traitées de façon strictement confidentielle.

Remplir ce questionnaire devrait vous prendre environ 10 minutes.

Pour la plupart des questions du sondage, une échelle de 0 à 10 est utilisée (0 signifiant que vous n'êtes pas du tout en accord avec l'énoncé et 10 signifiant que vous êtes tout à fait en accord). Pour ces questions, vous devez indiquer le chiffre qui correspond le mieux à l'expérience que vous avez vécue. Pour les autres questions il suffit de choisir l'option qui correspond à votre vécu ou d'entrer l'information demandée.

Lorsque vous aurez complété le questionnaire, il vous suffira de nous le retourner par la poste en utilisant l'enveloppe déjà affranchie qui accompagne ce document. N'inscrivez pas votre nom sur le questionnaire pour assurer la confidentialité de vos réponses.

Nous vous remercions de prendre le temps de partager votre expérience avec nous!

L'équipe du Bureau d'expertise en expérience patient et partenariat  
Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles  
CHU de Québec-Université Laval  
Hôpital St-François d'Assise  
10, rue de l'Espinay, bureau D7-725  
Québec (Québec) G1L 3L5  
Téléphone : 418-525-4444, poste 54694



## INFORMATIONS GÉNÉRALES

**NOTE :** Dans ce questionnaire, afin de rendre le texte plus léger, nous allons utiliser le terme « **période de convalescence** » pour faire référence à *la période pendant laquelle on vous a demandé de surveiller les symptômes et les possibles complications associées à l'amygdalectomie et, dans certains cas, de demeurer près d'un hôpital.*

*Cette première section contient quelques questions vous concernant. Il est impossible de faire un lien avec ces informations et vous en tant qu'individu. Ces données nous servent plutôt à des fins statistiques et à établir des portraits selon des groupes (âge, sexe ou provenance).*

**1. Qui est la personne ayant eu une amygdalectomie?**

- Moi-même
- Mon(ma) conjoint(e)
- Mon enfant

**2. À quel hôpital votre amygdalectomie (ou celle de votre enfant) a-t-elle eu lieu?**

- L'Hôtel-Dieu de Québec
- Hôpital Saint-François d'Assise
- Centre hospitalier de l'Université Laval
- Hôpital de l'Enfant-Jésus
- Hôpital du Saint-Sacrement
- Hôpital de Gaspé
- Hôpital de Maria
- Hôpital Le Royer (Baie-Comeau)
- Hôpital de Sept-Îles
- L'Hôtel-Dieu de Lévis
- Hôpital de Montmagny
- Hôpital de Thetford Mines
- Hôpital de St-Georges

**3. Quel âge a la personne qui a eu l'amygdalectomie : \_\_\_\_\_ (ans)**

**4. La personne qui a eu l'amygdalectomie est de sexe :**

- Féminin
- Masculin
- Autre
- Ne désire pas répondre

**5. Quelle langue parlez-vous à la maison ?**

- Français
- Anglais
- Autre, svp préciser : \_\_\_\_\_

**6. À quelle distance demeurez-vous de l'hôpital a eu lieu l'amygdalectomie ?**

- Moins de 30 minutes
- 30 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

**PRÉPARATION À L'AMYGDALECTOMIE**

**7. Avez-vous été consulté(e) autant que vous le souhaitiez lorsqu'il y avait des décisions à prendre concernant l'amygdalectomie?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**8. Est-ce que les proches de la personne qui a eu la chirurgie ont pu s'impliquer dans les décisions à prendre autant que vous le souhaitiez?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**9. A-t-on respecté vos valeurs personnelles et culturelles?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**10. Avez-vous reçu l'information dont vous aviez besoin concernant l'amygdalectomie?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**11. Le personnel médical a-t-il répondu à toutes vos questions?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**12. Pourriez-vous préciser les informations que vous auriez souhaité recevoir mais dont on ne vous a pas parlé?**

---



---



---



---



---



---



---

## CONSIGNES REÇUES POUR LA CONVALESCENCE

Les questions qui suivent concernent l'information reçue pour votre retour à domicile (ou domicile temporaire) et le soutien reçu pour trouver les ressources dont vous aviez besoin.

**13. Avez-vous reçu des explications claires sur les symptômes ou les problèmes de santé que vous devez surveiller après l'amygdalectomie?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**14. Vous a-t-on dit qui contacter en cas de questions ou d'inquiétudes concernant la santé de la personne qui a eu l'amygdalectomie?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**15. Vous a-t-on offert de l'aide pour trouver les ressources dont vous aviez besoin?**

- Tout à fait (aller à la question 10)
- En partie (aller à la question 10)
- Pas du tout (aller à la question 10)
- Je n'avais pas besoin d'aide pour trouver les ressources (aller à la question 11)
- Je n'avais pas besoin de ces ressources (aller à la question 11)

**16. Indiquez les ressources dont vous avez (ou auriez) eu besoin :**

- Finance
- Logement
- Transport
- Autre, svp préciser : \_\_\_\_\_

**17. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant les consignes reçues lors de votre sortie de l'hôpital?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**UTILISATION DES SERVICES**

Ces questions nous permettront de savoir si vous avez eu besoin d'utiliser les services de suivi offerts (**contacter le numéro de téléphone qui vous avait été remis après l'amygdalectomie ou avoir un suivi médical**) pendant la période de convalescence.

**18. Pendant la période de convalescence, avez-vous eu besoin d'utiliser un ou des service(s) de suivi offert(s) ?**

- Oui (**aller à la question 13**)
- Non (**aller à la question 16**)

**19. Indiquez les services offerts que vous avez utilisés :**

- Consultation téléphonique
- Consultation à l'urgence
- Consultation en ORL
- Autre, svp préciser :

**20. Est-ce que le(s) service(s) utilisé(s) ont répondu à vos besoins?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**21. Cochez la case qui reflète le mieux votre niveau de SATISFACTION envers les services que vous avez utilisés**

Pas du tout satisfait	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tout à fait satisfait
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**22. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant les services offerts en période de convalescence?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## IMPACTS POSSIBLES

23. Vous a-t-on demandé de demeurer près d'un hôpital après l'amygdalectomie?

- Oui (aller à la question 18)
- Non (aller à la question 19)

24. Pendant combien de jours vous a-t-on demandé de demeurer près d'un hôpital après l'amygdalectomie?

\_\_\_\_\_ jours

25. À quel endroit êtes-vous demeuré pendant la période de convalescence après l'amygdalectomie ?

- À la maison
- Chez un membre de ma famille
- Chez un(e) ami(e)
- Une résidence louée (hôtel, chambre, auberge, RB&B, etc.)
- Autre résidence, svp préciser : \_\_\_\_\_

26. Svp, indiquer dans le tableau suivant les frais encourus pour vous et votre enfant (et accompagnant s'il y a lieu) pendant la période de convalescence après l'amygdalectomie

Type de dépense	Total
Repas	\$ _____
Déplacements	\$ _____
Stationnement	\$ _____
Hébergement	\$ _____
Pertes en salaire	\$ _____

27. Sur une échelle de 0 à 10, indiquez le chiffre qui reflète le mieux à quel point la période de convalescence après l'amygdalectomie...

**a. ... a été dispendieuse pour vous**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucunement dispendieuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extrêmement dispendieuse

**b. a représenté une source d'anxiété pour vous**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pire anxiété possible

**c. a eu un impact sur votre vie familiale**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucun impact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Impact majeur

28. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant l'impact de la période de convalescence après l'amygdalectomie sur les différents aspects de votre vie?

---

---

---

---

ÉVALUATION GLOBALE DE L'EXPÉRIENCE

Ici, nous vous demandons de faire une **évaluation globale** de votre expérience de **convalescence après l'amygdalectomie** et de nous faire vos suggestions d'amélioration s'il y a lieu.

29. Sur une échelle de 0 à 10, indiquer le chiffre qui reflète le mieux la **QUALITÉ** de l'expérience vécue lors de la période de convalescence

Médiocre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excellente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

30. Avez-vous des suggestions qui permettraient d'améliorer l'expérience vécue par les patients pendant la période de convalescence après une amygdalectomie?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire!

**ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE DE SONDAGE DE PRATIQUES CLINIQUES DES MÉDECINS ORL DU QUÉBEC RELATIVES À LA SURVEILLANCE EXTRAHOSPITALIÈRE DES ADULTES ET ENFANTS AYANT EU UNE AMYGDALECTOMIE**

## Sondage ORLs

Page 1

- 
1. Quel est votre lieu principal de pratique ?
- CHU de Québec - Université Laval (03)
  - Centre hospitalier de l'Université de Montréal (06)
  - Centre universitaire de santé McGill (06)
  - Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (06)
  - CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)
  - CISSS de l'Outaouais (07)
  - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)
  - CISSS de la Côte-Nord (09)
  - CISSS de la Gaspésie (11-1)
  - CISSS des Îles (11-2)
  - CISSS de Chaudière-Appalaches (12)
  - CISSS de Laval (13)
  - CISSS de Lanaudière (14)
  - CISSS des Laurentides (15)
  - CISSS de la Montérégie-Centre (16-1)
  - CISSS de la Montérégie-Est (16-2)
  - CISSS de la Montérégie-Ouest (16-3)
  - CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)
  - CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)
  - CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)
  - CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (05)
  - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-1)
  - CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06-2)
  - CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06-3)
  - CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (06-4)
  - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (06-5)
- 
2. Combien d'années de pratique avez-vous ?
- moins d'un 1 an
  - 1 à 4 ans
  - 5 à 10 ans
  - plus de 10 ans
- 
3. Auprès de quelle clientèle réalisez-vous principalement des amygdalectomies ?
- Enfants
  - Adultes
  - Les deux également
- 
4. Quelle technique chirurgicale utilisez-vous principalement pour les enfants ?
- La dissection extracapsulaire
  - La dissection intracapsulaire
  - Les deux également
- 
4. Quelle technique chirurgicale utilisez-vous principalement pour les adultes ?
- La dissection extracapsulaire
  - La dissection intracapsulaire
  - Les deux également



**À votre avis, quel est le niveau de risque de complications majeures (p. ex. hémorragie ou complication respiratoire sévère) suivant une amygdalectomie ?**

5a. Chez les enfants ne présentant pas d'indication d'hospitalisation postopératoire :

très faible  
 faible  
 modéré  
 élevé

5b. Chez les adultes ne présentant pas d'indication d'hospitalisation postopératoire :

très faible  
 faible  
 modéré  
 élevé

6. Depuis le début de votre pratique, approximativement combien de vos patients ont développé des complications postopératoires majeures après une amygdalectomie ?

0  
 1 ou 2  
 3 ou 4  
 5 à 10  
 plus de 10

7. Quel est votre niveau de préoccupation face aux risques de complications postopératoires après une amygdalectomie ?

très faible  
 faible  
 modéré  
 élevé

8. Est-ce que ce niveau de préoccupation varie selon la clientèle (adultes ou enfants) ?

Oui  
 Non

Expliquez comment :

-----

**Durée de la surveillance postopératoire et consignes**

9. Demandez-vous à vos patients de demeurer pendant une période de temps à proximité d'un centre hospitalier après leur amygdalectomie ?

Oui près du centre hospitalier où ils ont été opérés  
 Oui près d'un centre hospitalier avec une garde en ORL  
 Oui près d'un centre hospitalier avec une urgence disponible 24/7  
 Non je ne le demande pas

10. Pour combien de jours après l'amygdalectomie ?

0 à 5 jours  
 6 à 9 jours  
 10 jours  
 plus de 10 jours

Précisez pour combien de jours :

-----

11. Veuillez préciser la durée du temps de trajet ?

moins de 30 minutes  
 30 à 60 minutes  
 plus de 60 à 90 minutes

12. Est-ce que les consignes concernant le nombre de jours où vos patients doivent demeurer à proximité d'un centre hospitalier et le temps de trajet varient en fonction de la clientèle adulte et pédiatrique ?

Oui  
 Non  
 Ne s'applique pas à ma pratique (une seule clientèle adulte ou pédiatrique)

Veillez préciser :

\_\_\_\_\_

13. Sur quoi s'appuie principalement vos recommandations pour la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie ? Cochez l'élément qui vous semble le plus déterminant.

- Recommandations d'organismes professionnels en ORL  
 Formation académique reçue  
 Consensus d'experts  
 Expérience professionnelle  
 Autres

Veillez préciser :

\_\_\_\_\_

### Suivi postopératoire

14. Un suivi téléphonique auprès du patient ou d'un parent est-il effectué par du personnel de votre établissement après une amygdalectomie ?

- Oui  
 Non

15. Veuillez préciser suivant combien de jours après l'amygdalectomie les patients sont appelés :

\_\_\_\_\_

16. En général, est-ce que vous voyez en consultation vos patients après une amygdalectomie ?

- Oui  
 Non

17. Veuillez préciser suivant combien de jours après l'amygdalectomie vous revoyez vos patients :

\_\_\_\_\_

18. Est-ce que le suivi postopératoire d'une amygdalectomie par une infirmière ou un ORL varient en fonction de la clientèle adulte et pédiatrique ?

- Oui  
 Non

Veillez préciser :

\_\_\_\_\_

19. À votre avis, est-ce que les services et ressources (ex. : équipement, ressources humaines, formation) dont dispose votre établissement sont suffisants pour assurer la sécurité des patients pendant la période de surveillance extrahospitalière d'une amygdalectomie ?

- Oui  
 Non

20. Veuillez préciser le type de service et les ressources requis pour assurer la sécurité des patients :

\_\_\_\_\_

---

**Enjeux associés à la surveillance postopératoire**

---

21. Percevez-vous des enjeux légaux, économiques, organisationnels ou éthiques pour le patient ou votre établissement, en lien avec la surveillance extrahospitalière après une amygdalectomie?

- Oui
- Non

---

22. Veuillez décrire ces enjeux :

-----

---

23. Avez-vous des commentaires à ajouter concernant la surveillance extra-hospitalière après une amygdalectomie ?

-----

## RÉFÉRENCES

---

- [1] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les chirurgies des amygdales. Comparaison entre les dissections intra-amygdales et les dissections extracapsulaires et repérage des enfants à risque d'hémorragie. Note informative rédigée par Geneviève Martin. Québec, QC : INESSS 2016; 87p.
- [2] Essa S, Mogane P, Moodley Y, Chakane PM. Risk factors associated with unplanned ICU admissions following paediatric surgery: A systematic review. *Southern African Journal of Critical Care*. 2022; 38(2): 53-9.
- [3] Collège des médecins du Québec. Analyse de la trajectoire de soins entourant l'amygdalectomie: pistes de solutions pour rehausser la qualité et la sécurité des soins. Septembre 2022, 37 pages.
- [4] Cooper JD, Smith KJ, Ritchey AK. A cost-effectiveness analysis of coagulation testing prior to tonsillectomy and adenoidectomy in children. *Pediatric Blood & Cancer*. 2010; 55(6): 1153-9.
- [5] Cooper L. Post-tonsillectomy management: A framework. *Aust Fam Physician*. 2016; 45(5): 289-91.
- [6] Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2019; 160: S1-S42.
- [7] Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *Laryngoscope*. 2002; 112(8 Pt 2 Suppl 100): 6-10.
- [8] Bohr C, Shermetaro C. Tonsillectomy and Adenoidectomy. [Updated 2022 Aug 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536942/>.
- [9] BuSaba N, Doron S. Tonsillectomy in adults: Indications. UpToDate (2023) (<https://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-in-adults-indications/print>). 2021.
- [10] Gibber MJ. Tonsillectomy in adults. UpToDate (<https://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-in-adults/print>). 2022.
- [11] Teissier N. Quoi de neuf dans l'amygdalectomie ? *La lettre d'oto-rhino-laryngologie*. 2016; 347(octobre-novembre-décembre): 17-9.
- [12] Amin N, Lakhani R. Intracapsular versus extracapsular dissection tonsillectomy for adults: A systematic review. *Laryngoscope*. 2020; 130(10): 2325-35.
- [13] Francis DO, Fannesbeck C, Sathe N, McPheeters M, Krishnaswami S, Chinnadurai S. Postoperative Bleeding and Associated Utilization following Tonsillectomy in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 156(3): 442-55.
- [14] Pynnonen M, Brinkmeier JV, Thorne MC, Chong LY, Burton MJ. Coblation versus other surgical techniques for tonsillectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(8).
- [15] Huoh KC, Haidar YM, Dunn BS. Current Status and Future Trends: Pediatric Intracapsular Tonsillectomy in the United States. *Laryngoscope*. 2021; 131 Suppl 2: S1-s9.
- [16] Messner AH. Tonsillectomy (with or without adenoidectomy) in children: Postoperative care and complications. UpToDate (2022) (<https://www.uptodate.com/contents/tonsillectomy-with-or-without-adenoidectomy-in-children-postoperative-care-and-complications/print>). 2022.
- [17] Inuzuka Y, Mizutani K, Kamide D, Sato M, Shiotani A. Risk factors of post-tonsillectomy hemorrhage in adults. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2020; 5(6): 1056-62.
- [18] Spektor Z, Saint-Victor S, Kay DJ, Mandell DL. Risk factors for pediatric post-tonsillectomy hemorrhage. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 84: 151-5.
- [19] McKeon M, Kirsh E, Kawai K, Roberson D, Watters K. Risk Factors for Multiple Hemorrhages Following Tonsil Surgery in Children. *Laryngoscope*. 2019; 129(12): 2765-70.
- [20] Patel PN, Arambula AM, Wheeler AP, Penn EB. Post-tonsillectomy hemorrhagic outcomes in children with bleeding disorders at a single institution. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017; 100: 216-22.
- [21] De Luca Canto G, Pachêco-Pereira C, Aydinov S, Bhattacharjee R, Tan HL, Kheirandish-Goza L, et al. Adenotonsillectomy Complications: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015; 136(4): 702-18.
- [22] McColley SA, April MM, Carroll JL, Naclerio RM, Loughlin GM. Respiratory compromise after adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992; 118(9): 940-3.
- [23] Biavati MJ, Manning SC, Phillips DL. Predictive factors for respiratory complications after tonsillectomy and adenoidectomy in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997; 123(5): 517-21.
- [24] Gleich SJ, Olson MD, Sprung J, Weingarten TN, Schroeder DR, Warner DO, et al. Perioperative outcomes of severely obese children undergoing tonsillectomy. *Paediatr Anaesth*. 2012; 22(12): 1171-8.
- [25] Gehrke T, Scherzad A, Hagen R, Hackenberg S. Risk factors for children requiring adenotonsillectomy and their impact on postoperative complications: a retrospective analysis of 2000 patients. *Anaesthesia*. 2019; 74(12): 1572-9.

- [26] Gerber ME, O'Connor DM, Adler E, Myer CM, 3rd. Selected risk factors in pediatric adenotonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996; 122(8): 811-4.
- [27] Abijay CA, Tomkies A, Rayasam S, Johnson RF, Mitchell RB. Children With Down Syndrome and Obstructive Sleep Apnea: Outcomes After Tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022; 166(3): 557-64.
- [28] Kalra M, Buncher R, Amin RS. Asthma as a risk factor for respiratory complications after adenotonsillectomy in children with obstructive breathing during sleep. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2005; 94(5): 549-52.
- [29] Horwood L, Nguyen LH, Brown K, Paci P, Constantin E. African American ethnicity as a risk factor for respiratory complications following adenotonsillectomy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 139(2): 147-52.
- [30] Murto KTT, Katz SL, McIsaac DI, Bromwich MA, Vaillancourt R, van Walraven C. Pediatric tonsillectomy is a resource-intensive procedure: a study of Canadian health administrative data. *Can J Anaesth.* 2017; 64(7): 724-35.
- [31] Bhattacharyya N, Kepnes LJ. Revisits and postoperative hemorrhage after adult tonsillectomy. *Laryngoscope.* 2014; 124(7): 1554-6.
- [32] De Boer C, Ghomrawi H, Zeineddin S, Linton S, Tian Y, Kwon S, et al. Pediatric Surgical Revisits by Specialty and Procedure Across US Children's Hospitals, 2016-2020. *Jama.* 2022; 328(8): 774-6.
- [33] Mahant S, Guan J, Zhang J, Gandhi S, Propst EJ, Guttman A. Effect of a health system payment and quality improvement programme for tonsillectomy in Ontario, Canada: an interrupted time series analysis. *BMJ Qual Saf.* 2023; 32(9): 526-35.
- [34] Mahant S, Keren R, Localio R, Luan X, Song L, Shah SS, et al. Variation in quality of tonsillectomy perioperative care and revisit rates in children's hospitals. *Pediatrics.* 2014; 133(2): 280-8.
- [35] Shay S, Shapiro NL, Bhattacharyya N. Revisit rates and diagnoses following pediatric tonsillectomy in a large multistate population. *Laryngoscope.* 2015; 125(2): 457-61.
- [36] Edmonson MB, Francis DO, Collier RJ. Patient Characteristics and Postoperative Mortality in Children Undergoing Tonsillectomy-Reply. *Jama.* 2022; 328(17): 1771.
- [37] Bureau du coroner du Québec. Rapport d'investigation du coroner A- 175323, 2014
- [38] Bureau du coroner du Québec. Rapport d'investigation du coroner A- 321552, 2014
- [39] Bureau du coroner du Québec. Rapport d'investigation du coroner 2017-05640, 2017.
- [40] Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec-Université Laval. Guide méthodologique – Démarche d'évaluation et étapes de réalisation d'un projet d'ETMIS. Québec, février 2019, 30 p.
- [41] Purcell M, Longard J, Chorney J, Hong P. Parents' experiences managing their child's complicated postoperative recovery. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018; 106: 50-4.
- [42] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010; 182(18): E839-42.
- [43] Sharma RK, Dodhia S, Golub JS, Overvest JB, Gudis DA. Gender as a Predictor of Complications in Endoscopic Sinus Surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology.* 2021; 130(8): 892-8.
- [44] Kmet LM, Cook LS, RC L. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. 2004.
- [45] Cochran, W.G. Sampling techniques (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, 1977
- [46] Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform.* 2019; 95: 103208.
- [47] Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. Amygdalectomie de l'enfant. Actualisation 2020 de la recommandation SFORL & CFC. 2021 ([https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2022/10/Recommandation-SFORL-Amygdalectomie\\_2021-v.pdf](https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2022/10/Recommandation-SFORL-Amygdalectomie_2021-v.pdf)).
- [48] Ministry of Health and Long-Term Care & Provincial Council for Maternal & Child Health. Quality-Based Procedures Clinical Handbook for Paediatric Tonsillectomy and Adenoidectomy, 2016.
- [49] Paquette J, Le May S, Lachance Fiola J, Villeneuve E, Lapointe A, Bourgault P. A randomized clinical trial of a nurse telephone follow-up on paediatric tonsillectomy pain management and complications. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc).* 2013; 69(9): 2054-65.
- [50] Xin Y, Li X, Du J, Cheng J, Yi C, Mao H. Efficacy of Telephone Follow-Up in Children Tonsillectomy with Day Surgery. *Indian Journal of Pediatrics.* 2019; 86(3): 263-6.
- [51] Yu KE, Kim JS. Effects of a posttonsillectomy management program using a mobile instant messenger on parents' knowledge and anxiety, and their children's compliance, bleeding, and pain. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* 2019; 24(4): 1-11.
- [52] Key S, Alnimri F, Ney B, De Freitas R, Paddle P. Paediatric tonsillectomy and adenotonsillectomy in a rural setting: a retrospective study over a period of 6-years. *ANZ J Surg.* 2022; 92(6): 1401-6.



- [53] Anderson ME, Jr., Brancazio B, Mehta DK, Georg M, Choi SS, Jabbour N. Preferred parental method of post-operative tonsillectomy and adenoidectomy follow-up (phone call vs. clinic visit). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017; 92: 181-5.
- [54] Anning R, Cope D, Treble A, Jefferson N. Tonsillectomy: does proximity from otolaryngology care influence the intra-operative or post-operative plan? *Aust J Otolaryngol* 2021; 4(25).
- [55] Moroco AE, Friedman N, Jabbour C, Roy S, Schmidt R, Nardone HC. Current Pediatric Tertiary Care Practices Following Adenotonsillectomy: An Update. *Laryngoscope*. 2023.
- [56] Lima LACN, Otis A, Balram S, Giasson AB, Carnevale FA, Frigon C, et al. Parents' perspective on recovery at home following adenotonsillectomy: a prospective single-centre qualitative analysis. *Canadian Journal of Anaesthesia / Journal Canadien d'Anesthésie*. 2023; 70(7): 1202-15.
- [57] Farias N, Rose-Davis B, Hong P, Wozney L. An Automated Text Messaging System (Tonsil-Text-To-Me) to Improve Tonsillectomy Perioperative Experience: Exploratory Qualitative Usability and Feasibility Study. *JMIR Perioper Med*. 2020; 3(1): e14601.
- [58] AASM Scoring Manual - American Academy of Sleep Medicine [Internet]. American Academy of Sleep Medicine. 2020 <https://aasm.org/clinical-resources/scoring-manual/>
- [59] Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med*. 1984; 310(11): 674-83.
- [60] Yang JY, Lee H, Zhang Y, Lee JU, Park JH, Yun EK. The Effects of Tonsillectomy Education Using Smartphone Text Message for Mothers and Children Undergoing Tonsillectomy: A Randomized Controlled Trial. *Telemed J E Health*. 2016; 22(11): 921-8.
- [61] Spielberger CD. Manual for the state-trait anxiety inventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983.
- [62] Cho YS. Development of protocol for telephone follow-up and the effect of telephone counseling by using standardized protocol for patient who underwent tonsillectomy (Unpublished master's thesis). Yonsei University, Seoul, Korea. 2001.
- [63] Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*. 1988; 14(1): 9-17.
- [64] Dobrina R, Cassone A, Dal Cin M, Ronfani L, Giangreco M, Schreiber S, et al. Study protocol for a randomised controlled trial to determine the effectiveness of a mHealth application as a family supportive tool in paediatric otolaryngology perioperative process (TONAPP). *Trials*. 2023; 24(1): 355.
- [65] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Politique de déplacement des usagers (<https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=rcxPw/mm61l=>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [66] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (<https://www.ciassca.com/accueil>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [67] Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (<https://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [68] Institut de la statistique du Québec. Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine (<https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/11>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [69] Gouvernement du Québec. Populations autochtones du Québec - Statistiques au 31 décembre 2019 (<https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/profil-des-nations/populations-autochtones-du-quebec>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [70] Gouvernement du Canada. Services aux autochtones Canada. Les communautés autochtones au Québec (<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1634312499368/1634312554965>) (site Internet accédé le 20 avril 2023).
- [71] Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Rapport de gestion 2021-2022. ([https://www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciass-cotenord/Documentation/Rapports/Rapports\\_gestion/RG\\_2021-2022.pdf](https://www.ciass-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciass-cotenord/Documentation/Rapports/Rapports_gestion/RG_2021-2022.pdf)) (site internet accédé le 20 avril 2023).
- [72] Zhou H, Della P, Roberts P, Porter P, Dhaliwal S. A 5-year retrospective cohort study of unplanned readmissions in an Australian tertiary paediatric hospital. *Australian Health Review*. 2019; 43(6): 662-71.
- [73] Mahant S, Richardson T, Keren R, Srivastava R, Meier J. Variation in tonsillectomy cost and revisit rates: analysis of administrative and billing data from US children's hospitals. *BMJ Quality & Safety*. 2021; 30(5): 388-96.
- [74] Tran AHL, Chin KL, Horne RSC, Liew D, Rimmer J, Nixon GM. Hospital revisits after paediatric tonsillectomy: a cohort study. *Journal of Otolaryngology -- Head & Neck Surgery*. 2022; 51(1): 1-11.
- [75] Bugten V, Wennberg S, Amundsen MF, Blindheimsvik MAB. Reducing post-tonsillectomy haemorrhage: a multicentre quality improvement programme incorporating video-based cold technique instruction. *BMJ Open Qual*. 2022; 11(4).
- [76] Clayman ML, Bylund CL, Chewing B, Makoul G. The Impact of Patient Participation in Health Decisions Within Medical Encounters: A Systematic Review. *Med Decis Making*. 2016; 36(4): 427-52.

- [77] Hughes TM, Merath K, Chen Q, Sun S, Palmer E, Idrees JJ, et al. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg.* 2018; 216(1): 7-12.
- [78] Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024; 1(1): Cd001431.



---

## CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES  
D'INTERVENTION EN SANTÉ (**UETMIS**)

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION ET DE L'ÉTHIQUE (**DQEE**)

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE  
10, RUE DE L'ESPINAY, ÉDIFICE D, D7-738  
QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 3L5  
TÉLÉPHONE : 418 525-4444 POSTE 54682  
TÉLÉCOPIEUR : 418 525-4028

[UETMIS@CHUDEQUEBEC.CA](mailto:UETMIS@CHUDEQUEBEC.CA)

---