ECOLE REGIONALE D'INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLOME(E)S D'ETAT

Evaluation à J1 de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique :

De l'entrée au bloc opératoire à la sortie de salle de surveillance post interventionnelle au CHU de Poitiers

Par

Vincent CHEVALLIER

Sous la direction de:

Dr LANQUETOT Hervé

Médecin Anesthésiste Réanimateur - CHU de Poitiers

Madame SERGENT Dominique

Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat - CHU de Poitiers

Septembre 2016

UE 7: MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide et du soutien durant ces deux années et dans la réalisation de ce travail de recherche, en particulier :

- Le Dr. Hervé Lanquetot, Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHU de Poitiers, pour son aide précieuse, ses conseils éclairés et sa disponibilité notamment pour la réalisation des statistiques. En tant que Directeur de mémoire, il m'a guidé dans l'orientation de mon travail et apporté les notions et visions nécessaires à la réalisation de ce travail de recherche.
- Mme Dominique Sergent, Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat au CHU de Poitiers, pour son suivi tout au long de la réalisation de ce mémoire, pour ses conseils précieux, ses petits desserts et le temps qu'elle m'a gentiment consacré.
- L'équipe soignante et cadre des services de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers pour son accueil.
- L'équipe encadrante de l'école d'IADE.
- Mes amis proches pour leur soutien, même à distance souvent, ainsi qu'à ma famille qui sans faille a toujours su me soutenir avec amour dans mes projets.
- Mes collègues de promotion, merci pour ces beaux moments de camaraderie et d'accompagnement tout au long de cette aventure qu'est la formation d'IADE.

Sommaire

Introduction **1**

I. Rappels **2**

1. L'anxiété 2
2. Sécurité et hygiène 3
3. Prise en charge en SSPI 3
4. Douleur post opératoire 4
5. Nausées Vomissements Post Opératoires (NVPO) 4
6. Certification des établissements de soins et évaluation des pratiques professionnelles 5

II. Etude **5**

1. Type d'étude 5
2. Objectifs de l'étude 6
   a. Objectif principal 6
   b. Objectif secondaire 6
3. Matériel et méthode 6
   a. Critères d'inclusion 6
   b. Critères de non inclusion 6
   c. Critères d'exclusion 6
   d. Traitement et recueil des données 7
   e. Questionnaire 7
   f. Outils de statistiques 8

III. Résultats et analyse **9**

1. Caractéristiques des patients 9
2. Niveau d'anxiété 9
3. Qualité de l'accueil au bloc opératoire 10
4. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire 10
5. Douleurs à la pose de la perfusion et lors de l'induction 11
6. Souvenirs phase d'endormissement et de réveil 12
7. Evaluation des inconforts en SSPI 12
8. Douleurs en SSPI 13
9. Qualité relationnelle du personnel en SSPI 14
10. Evaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en anesthésie 14

IV. Discussion 15

1. Caractéristiques des patients 16
2. Anxiété pré opératoire 16
3. Qualité de l'accueil au bloc opératoire 17
4. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire 17
5. Douleurs à la perfusion et l'induction 17
6. Souvenirs de la phase d'endormissement 18
7. Inconforts en SSPI 18
8. Douleurs en SSPI 18
9. Qualité relationnelle du personnel en SSPI 19
10. Evaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en anesthésie 19

V. Limites de l'étude 20

VI. Propositions et perspectives 21

Conclusion 22

Références bibliographiques 23

Annexes I

Introduction

A ce jour, même si la politique de santé actuelle a tendance à orienter ses objectifs vers la chirurgie ambulatoire, il n'en demeure pas moins que l'hospitalisation conventionnelle reste significativement plus importante: en 2014 au CHU de Poitiers il y a eu 5816 hospitalisations en chirurgie ambulatoire pour 59542 en hospitalisation traditionnelle [1].

La chirurgie et l'anesthésie sont des événements induisant de multiples facteurs de stress pour les patients nécessitant un accompagnement adapté. De la préparation pré opératoire en passant par le bloc opératoire jusqu'à la sortie de Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI), de nombreux soins techniques, relationnels et de confort sont ainsi prodigués à chaque patient. Tous ces éléments sont intégrés dans un système appelé qualité des soins.

La qualité des soins se définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assureront le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale…* ».

Dans le cadre des soins, la satisfaction du point de vue des patients consiste à être en accord avec leurs attentes concernant la prise en charge qui leur est apportée. Elle est indissociable d'une démarche qualité, dont elle est l'un des indicateurs.
Dans ce contexte, il parait intéressant d'évaluer au lendemain de l'intervention chirurgicale le niveau de satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique: de l'entrée au bloc opératoire à la sortie de SSPI. L'évaluation de la qualité des soins permettant, à la fois de mesurer le niveau de soins donnés et d'entreprendre si besoin, les corrections nécessaires à leur amélioration.

I. Rappels

La notion de satisfaction selon le dictionnaire *Petit Robert* est définie comme étant «*l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, c'est aussi un sentiment de bien-être et de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on juge souhaitable*». Dans le cadre des soins, le lien entre démarche qualité et satisfaction du patient est prépondérant. «*La satisfaction des patients est […] définie comme l'évaluation par un individu de la qualité des soins dans une situation spécifique des soins médicaux*» [2].

Dans le domaine de l'anesthésie les paramètres qui paraissent importants concernant la satisfaction des patients sont:

- *L'accueil*, *l'information*, la *communication* pour réduire l'anxiété.

- *La sécurité* par la consultation d'anesthésie, la Check List proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS), les protocoles de services, le travail en collaboration avec le binôme Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) et Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) pour limiter les risques en anesthésie.

- *L'hygiène* et les *précautions standards* pour lutter contre les infections nosocomiales.

- *La SSPI* où sont assurés la détection et le traitement des inconforts (nausées, vomissements, installations, anxiétés, rétentions urinaires …) et en particulier la douleur post opératoire.

1. L'anxiété

L'utilisation par les patients du terme «subir» pour parler de l'anesthésie est très fréquente. L'anxiété est associée à la peur de souffrir, de ne pas se réveiller, voire même de mourir. Elle concerne 40% des personnes opérées et les craintes liées à l'anesthésie sont supérieures à celles de la chirurgie [3], de plus la méconnaissance du diagnostic, de la réussite de l'intervention, et des suites post opératoires majorent l'anxiété générale. Plusieurs moyens permettent de la réduire:

-La *prémédication* prescrite lors de la consultation d'anesthésie.

-Les *techniques d'hypnose* et de *sophrologie* sont en réalité très peu employées du fait du manque de formation des professionnels et de temps disposé entre chaque patient au sein de l'organisation de nos systèmes de soins [4].

-*L'information* et la *communication* sont des moyens simples mais essentiels permettant de renseigner les patients des différentes étapes de leur parcours en anesthésie, de les rassurer et d'identifier les éventuelles craintes afin de les limiter.

-C'est aussi avec un *accueil bienveillant*, rassurant et sécurisant que les patients se sentiront plus en confiance avec les professionnels qui les accompagnent.

2. Sécurité et hygiène

L'anesthésie est une activité à risque. La maitrise de ces risques reste un objectif prioritaire, basé sur le principe d'éviter les préjudices secondaires aux erreurs commises par les soignants, et de limiter tout évènement indésirable induit par les soins.

Les différentes enquêtes réalisées par la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) sur la mortalité en anesthésie en 1980 et 2000 ont montré qu'en l'espace de 20 ans, le nombre d'anesthésies avait augmenté (3.6 millions/an à 8 millions/an), avec dans le même temps une diminution de la mortalité anesthésique (1/13000 à 1/140000) [5].

Les raisons de cette amélioration sont multiples: la législation sur la consultation d'anesthésie, les cahiers de la vigilance (matério-pharmaco-hémovigilance), la Check List d'arrivée du patient au bloc opératoire, le passage obligatoire en SSPI, la traçabilité du dossier de soins, les dispositifs médicaux, le matériel à usage unique, les protocoles d'antibioprophylaxie et les règles d'hygiène pour lutter contre les infections nosocomiales.

3. Prise en charge en SSPI

La période post opératoire immédiate est une phase cruciale pour la qualité de l'anesthésie ressentie par le patient, c'est le plus souvent l'un des seuls souvenirs qu'il gardera en mémoire. Il s'agit d'une période pendant laquelle des complications peuvent survenir et l'utilisation d'agent de cinétique rapide (Rémifentanil®, Desflurane®, Sévoflurane®) en raccourcissant le délai de récupération de l'anesthésie, oblige à une prise en charge plus précoce de l'analgésie et des causes d'inconforts:

- La lutte contre l'hypothermie concerne toute la période péri opératoire. Elle est un des éléments essentiels du confort mais également de la prévention des complications infectieuses, hémorragiques, cardiaques et métaboliques.

- La rétention urinaire est fréquente en post opératoire, un sondage est souhaitable au-delà de 2h d'anesthésie, d'autre part il convient d'être vigilant concernant ce risque lors de l'administration de morphiniques ou d'une analgésie péridurale.

- Le respect de l'intimité et la prévention des nuisances et désagréments issus de l'environnement en SSPI sont essentielles pour garantir un bon confort de réveil.

4. Douleur post opératoire

La douleur post opératoire (DPO) fait partie des principales inquiétudes des patients, elle entre dans leurs critères de satisfaction les plus importants. La DPO est prévisible, aigüe et transitoire. Elle décroît la plupart du temps en 2 à 4 jours post opératoires et les causes sont multiples (intubation, installation, incisions, drains…). Même si elle peut se révéler utile comme valeur d'alarme en cas de complication chirurgicale, elle reste délétère en cas de prolongation trop intense, allant jusqu'à créer le lit d'une douleur chronique post chirurgicale si elle n'est pas prise en charge correctement. Notons que la DPO atteint 10% à 30% des personnes suite à une intervention chirurgicale ordinaire [6].

Une étude de l'Inserm en 2013 a par ailleurs montré qu'un niveau d'anxiété élevé avant l'intervention chirurgicale et une douleur sévère en post opératoire sont deux facteurs associés au risque de survenue d'une douleur chronique faisant suite à l'intervention.

La DPO est très variable d'un patient à un autre et nécessite une prise en charge rapide et efficace afin d'éviter toute mémorisation de cette dernière [7].

Son évaluation est l'élément clé dans l'organisation de la prise en charge de la douleur, elle fait l'objet d'une traçabilité systématique dans le dossier de soins du patient, elle est réalisée à l'aide de diverses échelles adaptées aux patients: échelles d'autoévaluation (échelle numérique (EN), visualisation analogique (EVA), verbale simple (VS)) et d'hétéro évaluation (Algoplus) chez le patient non communiquant.

Son évaluation est réalisée de manière régulière jusqu'à obtention d'un niveau de douleur ≤ 3/10. La douleur est un des critères de sortie de SSPI avec le score d'Aldrète, qui doit être supérieur à 9/10 *(Annexe 1).*

5. Nausées Vomissements Post Opératoires (NVPO)

L'utilisation de certains agents anesthésiques couplés au profil du patient et à l'acte chirurgical rend le risque de nausées vomissements prépondérant en post opératoire, estimés entre 30% et 50% en chirurgie conventionnelle [8]. Le score d'Apfel permet d'évaluer facilement ce risque *(Annexe 2)*. Son utilisation systématique associée à l'administration d'un traitement prophylactique en per opératoire (Dexaméthasone®, Dropéridol®) a permis de diminuer l'incidence de ces NVPO, le traitement curatif reposant lui sur l'utilisation des Sétrons (Zophren®).

6. Certification des établissements de soins et évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation de la satisfaction du patient est devenue une obligation règlementaire en France depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 (art L 710-1-1) relative à la réforme de l'hospitalisation: pour toute structure de soins privée ou publique, il est tenu aux établissements de procéder à l'évaluation régulière de la satisfaction des patients concernant leur prise en charge à l'hôpital. L'article 3 référençant qu'un «*questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour*» sera adressé à chacun des usagers en complément du livret d'accueil et de la chartre du patient hospitalisé. La HAS a inscrit l'analyse de la satisfaction des patients parmi les procédures à valider dans la démarche de certification [9]. Anciennement dénommée «accréditation» jusqu'en 2005, c'est une procédure obligatoire d'évaluation, externe et indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle. Elle concerne l'ensemble du fonctionnement de la structure de soins et de ses pratiques. Ayant lieu tous les 4 ans, elle a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés aux usagers.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée et validée par la HAS, elle inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (Décret 2005-346 du 1er avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

Il s'agit donc de mesurer l'écart entre les pratiques et un comportement de référence. L'objectif de l'EPP étant de mettre en œuvre des actions correctives pour s'approcher des référentiels de bonnes pratiques. Ceux-ci ont été proposés par la HAS en collaboration avec la SFAR.

II. Etude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, portant sur un échantillon de 50 patients concernant l'évaluation de leur satisfaction quant à la prise en charge anesthésique : de l'arrivée au bloc opératoire jusqu'à la sortie de SSPI. Ces patients ont été opérés dans le cadre d'une chirurgie programmée sous Anesthésie Générale (AG) ou AG et Anesthésie Locorégionale (ALR) au bloc de chirurgie viscérale au CHU de Poitiers sur la période du 18 décembre 2015 au 19 janvier 2016.

Ce travail s'inscrit dans le cadre épidémiologique et n'apporte pas de modifications dans le rapport médecin-malade, il n'a donc pas été nécessaire d'obtenir une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP), mais conduit en accord avec la déclaration d'Helsinki. Une

demande auprès du Comité National d'Informatique et Libertés (CNIL) a été faite au préalable (*Annexe 3*).

2. Objectifs de l'étude

a. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer la satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique, de l'entrée au bloc opératoire à la sortie de SSPI. Ceci dans un contexte d'hospitalisation conventionnelle dans le service de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers.

b. Objectif secondaire

L'objectif secondaire a été, à postériori, de proposer des axes d'amélioration de la qualité des soins aux différentes étapes de la prise en charge anesthésique en fonction des résultats obtenus.

3. Matériel et méthode

a. Critères d'inclusion

- Patients majeurs (>15 ans et 3 mois), devant bénéficier d'une AG ou AG + ALR dans le cadre d'une intervention programmée.
- Patients en capacité de répondre au questionnaire le lendemain de l'intervention dans le service de chirurgie viscérale au CHU de Poitiers.

b. Critères de non inclusion

- Patients mineurs (< 15 ans et 3 mois).
- Patients sous tutelle.
- Patients ni francophones ni anglophones.
- Refus de répondre au questionnaire.
- Hospitalisations en chirurgie ambulatoire, en réanimation ou en Unité de Soin Continus (USC).
- Interventions chirurgicales en urgence.
- Reprises chirurgicales.
- Femmes enceintes.
- Patients opérés et hospitalisés en dehors du service de chirurgie viscérale.
- Anesthésie locale ou locorégionale seule.

c. Critères d'exclusion

- Questionnaires non ou mal remplis.
- Questionnaires remplis au-delà de J+1.

d. Traitement et recueil des données

Pour l'étude prospective, les données réunies ont été extraites des questionnaires distribués aux patients le lendemain de leur intervention chirurgicale programmée en viscéral sous AG ou AG et ALR sur la période du 18 décembre 2015 au 19 janvier 2016.

Un rendez-vous professionnel a été fixé avec les cadres infirmiers des services de chirurgie viscérale afin de présenter le sujet d'étude et les modalités de mise en place. L'accord préalable du médecin anesthésiste et chirurgien responsables du secteur, associé à celui du cadre supérieur de santé a été demandé pour la réalisation de l'enquête auprès des patients.

Les questionnaires ont été distribués en personne aux patients de manière quotidienne, permettant un relevé immédiat des données sans intermédiaire.

Les résultats ont été anonymisés par ordre de récupération, pour être entrés ensuite dans un tableur Excel®.

e. Questionnaire

Un questionnaire de satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique du bloc opératoire à la sortie de SSPI a été proposé aux patients dans les services de chirurgie viscérale à J+1 en même temps qu'un courrier leur expliquant l'intérêt de cette étude (*Annexe 4*).

Les items du questionnaire ont été élaborés en quatre parties (*Annexe 4*), constituées par des évaluations établies par le biais d'échelles psychométriques de Likert, notées de 0 à 10, d'échelles paires ou impaires :

-**Partie 1** : Recueil épidémiologique du patient : identité, âge, statut professionnel, date, type d'intervention et d'anesthésie (AG ou AG + ALR) dont a bénéficié le patient.

-**Partie 2** : Prise en charge anesthésique des patients au bloc opératoire, établie en 5 items :

-L'évaluation du niveau d'anxiété concernant distinctement la chirurgie et l'anesthésie, sur une échelle de 0 à 10 (0 pas d'anxiété, 10 anxiété extrême) et ce à deux temps donnés : avant et après la rencontre avec le personnel d'anesthésie au bloc opératoire.

-L'appréciation de la qualité de l'accueil au bloc opératoire, et de l'écoute des professionnels.

-L'évaluation des inconforts rencontrés notée sur 5 (0 pas d'inconfort, 5 inconfort important).

-L'estimation des douleurs occasionnées par la perfusion ou l'induction.

-Le recueil du vécu des phases d'endormissement et de réveil.

-Partie 3 : Prise en charge des patients en SSPI, constituée de 3 items :

- L'évaluation des gênes ou inconforts rencontrés en salle de réveil (échelles de sensation 0 à 5).

- L'appréciation de la douleur, de sa prise en charge par l'infirmier, de son évolution.

-L'évaluation de la satisfaction concernant la qualité relationnelle des médecins et infirmiers de SSPI.

-Partie 4 : Evaluation de la satisfaction globale des patients tout au long de leur parcours anesthésique du bloc opératoire jusqu'à la sortie de SSPI via une échelle quotée de 0 à 5.

f. Outils de statistiques

-La taille de l'échantillon n'a pas été précisément établie en l'absence de données de prévalences précises : le nombre de sujets inclus a été considéré comme devant être supérieur à 30 pour espérer une normalité.

-Les résultats quantitatifs ont été exprimés en moyenne +/- écart type et représentés si besoin sous forme graphique à l'aide d'une boîte à moustache.

-Les résultats qualitatifs ont été exprimés en pourcentage.

-Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel SAS ver 6.0.0.

-Les données quantitatives ont été comparées si besoin à l'aide du test de Mann-Withney.

-Les données qualitatives ont été traitées à l'aide du test du Chi2 complété par le test exact de Ficher en cas de petits effectifs.

-Les relations bivariées ont été établies à l'aide du test de corrélation des rangs de Pearson.

-Un seuil de $p<0.05$ a été retenu comme significatif.

III. Résultats et analyse

Durant la période d'inclusion, 203 patients ont été admis dans les services de chirurgie viscérale du CHU de Poitiers (référence logisticienne). Un questionnaire de satisfaction a été exploité en présence du soignant pour 53 de ces patients. Sur les 53 questionnaires remplis, 3 ont été exclus car incomplets. Au total, 50 questionnaires ont été exploitables.

1. Caractéristiques des patients

Les caractéristiques démographiques sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des patients inclus

NOMBRE DE PATIENTS INCLUS (n)		50
SEXE (%)	Hommes	48
	Femmes	52
AGE moyenne (ans), [écart type] (quartiles)		56 [22;92] (44;69)
PROFFESSION (%)	Agriculteur	4
	Artisan, Commerçant	8
	Cadre	8
	Employé	26
	Etudiant	2
	Professions intermédiaires	4
	Retraité	38
	Sans emplois	12
TYPE D'ANESTHESIE (%)	AG	86
	AG + péridurale	14
TYPE D'INTERVENTION (%)	Cure de hernie	12
	Cure d'éventration	6
	Chirurgie bariatrique	16
	Thyroïdectomie	24
	Colectomie	6
	Surrénalectomie	2
	Hépatectomie	2
	Résection pancréatique	4
	Rétablissement de continuité	4
	Autres	18

2. Niveau d'anxiété

L'analyse des résultats a pu mettre en évidence un niveau d'anxiété initial supérieur à 3/10 pour 50% des patients concernant la chirurgie et 38% au regard de l'anesthésie.

Après rencontre avec le personnel d'anesthésie le niveau d'anxiété a été le même (>3/10) pour 38

% des patients concernant la chirurgie, et 32 % vis-à-vis de l'anesthésie.

Nous nous sommes intéressés à la différence des genres par rapport au niveau d'anxiété : avant la rencontre avec le personnel d'anesthésie la valeur moyenne d'anxiété évaluée a été similaire pour les femmes et les hommes à hauteur de 3.5/10, après la rencontre elle s'est affichée à 2.7/10 pour les femmes et 2.8/10 pour les hommes (p-value=1).

3. Qualité de l'accueil au bloc opératoire

La qualité d'accueil par les équipes d'anesthésie au bloc opératoire a été jugée rassurante pour 90% des patients, indifférente pour 4 % d'entre eux, 2% ont estimé l'accueil comme étant angoissant et 4 % ont donné un avis défavorable en la jugeant inefficace ou mauvaise.

Concernant l'écoute apportée par les professionnels, les patients l'ont évaluée suffisante pour 94% d'entre eux, insuffisante pour 2%, et 4% ne se sont pas prononcés.

Dans les champs libres d'expression, il est revenu que pour 34% des patients le dialogue et les explications des soignants sont entrés en compte dans le processus de réassurance, et ont été suffisamment efficaces. Le sentiment de proximité avec les soignants, le confort et la présence du même MAR qu'à la consultation anesthésique a été relevé par 2% des patients interrogés.

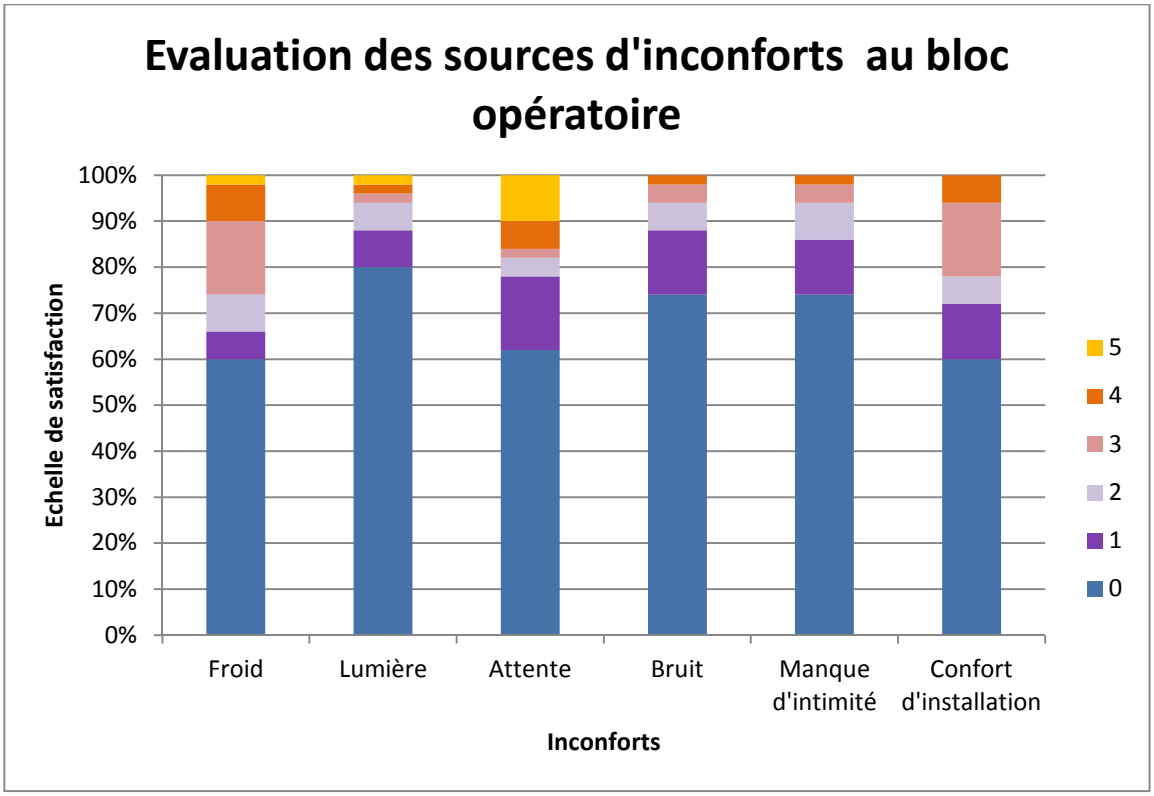
L'évaluation du champ libre des éléments angoissants met en avant le côté anxiogène que présente les locaux pour 12% des interrogés, l'intolérance du masque d'anesthésie lors de la pré oxygénation et le bruit au sein du SAS d'attente a gêné 4 % des patients. La lumière aux plafonds des couloirs a suscité un désagrément pour 2% des interrogés.

4. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire

Parmi les patients interrogés 60% n'ont pas été gênés par une quelconque source d'inconfort au sein du bloc opératoire. 40% ont par contre présenté des gênes de manière prépondérante : l'attente (18% ≥ 3/5) notamment dans le sas pré anesthésique, le froid (26% ≥ 3/5), et le confort d'installation dans le lit ou brancard (28% ≥ 3/5) ont été relevés.

Dans la catégorie « autre » non affichée dans la *figure 1*, 6% des patients ont exprimé une gêne quant à la phase de pré oxygénation avec le masque d'anesthésie qu'ils ont difficilement supporté.

Figure 1 : Diagramme d'évaluation du niveau de satisfaction en regard des éventuelles sources d'inconforts au Bloc Opératoire (n=50). (Echelle de 0 = aucune gêne, à 5 = gêne très importante).



5. Douleurs à la pose de la perfusion et lors de l'induction

68 % des patients n'ont pas présenté de douleurs à la pose de la perfusion, 32% ont déclaré avoir eu mal. L'évaluation de la douleur sur une échelle numérique (EN) de 0 à 10 a été en moyenne de 4.

30 % des patients ont ressenti une douleur lors de l'induction à l'injection du propofol, avec une douleur moyenne évaluée à 5,6 sur l'échelle numérique.

Figure 2 : Patients douloureux à la perfusion (n=50)

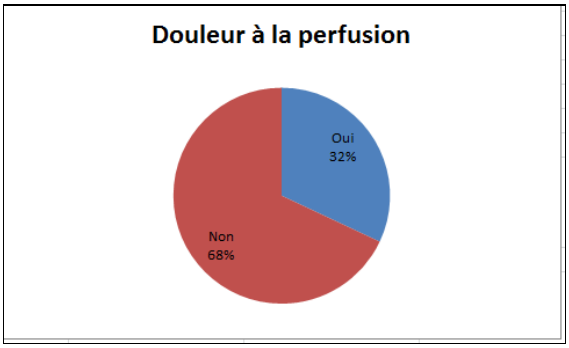


Figure 3 : Patients douloureux à l'induction (n=50)

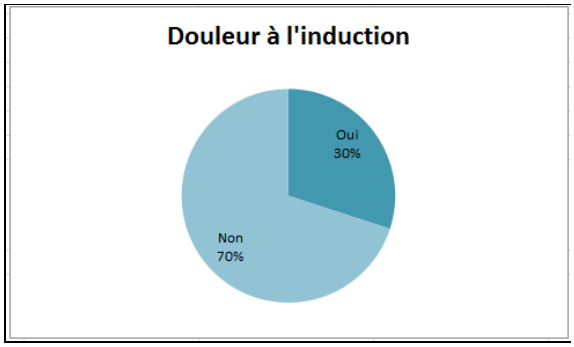


Figure 4 : Douleur à la perfusion (EN)

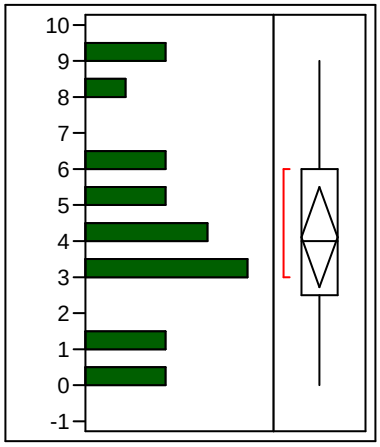
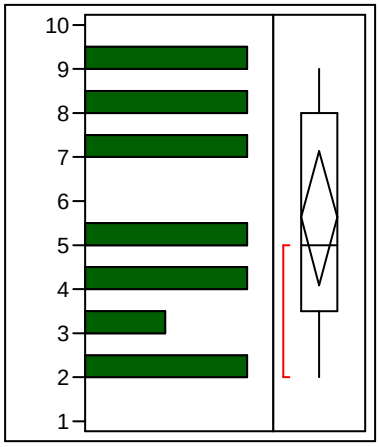


Figure 5 : Douleur à l'induction (EN)



6. Souvenirs phase d'endormissement et de réveil

Concernant la phase d'endormissement 62% jugent cette première agréable, 24 % ni bonne ni mauvaise, 12% ont émis un souvenir désagréable et 2% n'ont pas gardé de souvenirs.

S'agissant de la phase de réveil, 46% ont exprimé un vécu agréable, 34% ni bon ni mauvais, 14 % désagréable et 6% n'ont pas su répondre.

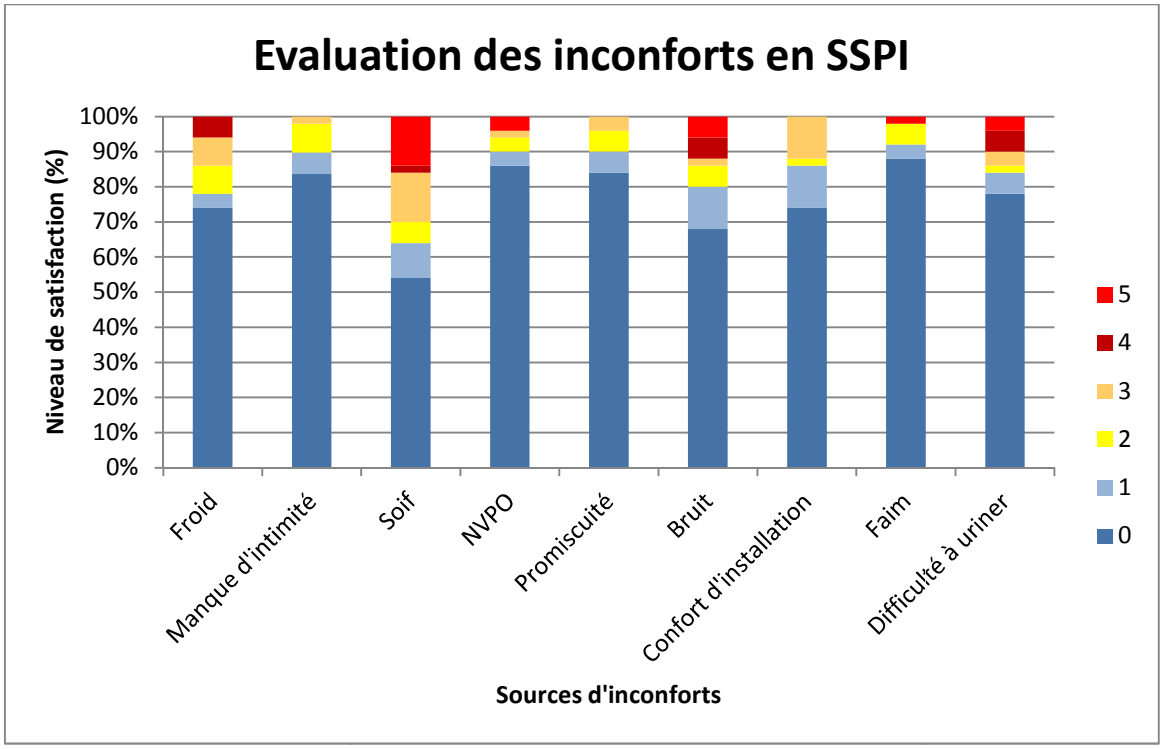
Pour les 10 patients qui ont bénéficié d'une pose de péridurale, 60% ont gardé un souvenir ni bon ni mauvais, 30 % l'ont vécu de manière désagréable (échec de la pose notamment), et 10 % n'ont pas su se prononcer.

7. Evaluation des inconforts en SSPI

Au sein de la SSPI, plus de 50% des patients ont été satisfaits du confort. Les sources d'inconforts prépondérantes (notées $\geq$ 3/5) ont concerné la soif (15%), suivi du froid et du bruit (14%), du confort de l'installation (12%) et des difficultés à uriner (7%). Enfin, les NVPO (6%), la promiscuité entre les patients (4%), et de façon similaire la faim et le manque d'intimité (2%).

Notons que dans la partie « autres » non affichée dans la *figure 6,* 8% des patients ont déclaré que l'attente pour sortir de SSPI a été trop longue, certains ont par ailleurs constaté avoir eu une perte de sensibilité au réveil (2%), ou avoir été atteints de désorientation temporo spatiale (2%).

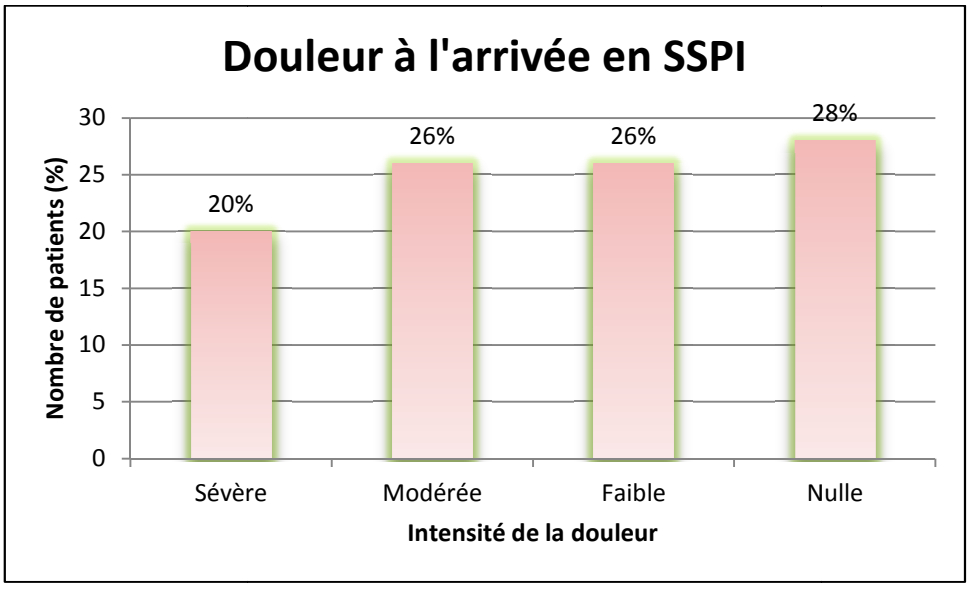
Figure 6 : Diagramme d'évaluation du niveau de satisfaction en regard des éventuelles sources d'inconforts en SSPI. (Echelle de 0 = aucune gêne, à 5 = gêne très importante).



8. Douleurs en SSPI

Lors de l'arrivée en SSPI, 20% des patients ont décrit une douleur sévère, 26% une douleur modérée, 26% une douleur faible et 28 % n'ont pas eu mal.

Figure 7 : Diagramme d'évaluation de l'intensité de la douleur à l'arrivée en SSPI du CHU de Poitiers.



Nous nous sommes intéressés à la différence de genres par rapport à l'évaluation de la douleur en SSPI : 46% des femmes et des hommes ont présenté une douleur sévère à modérée. Plus précisément 15 % des femmes ont eu une douleur sévère et 31% une douleur modérée, 25% des hommes ont déclaré une douleur sévère et 21% une douleur modérée (p-value =0.057).

La prise en charge de la douleur par l'IDE de la SSPI a été positive pour 74 % des patients, négative pour 2%, et enfin 24% n'ont su se positionner.

En ce qui concerne l'efficacité des traitements antalgiques administrés : 48% ont ressenti un bénéfice réel en termes d'antalgie, 18% l'ont au contraire jugée insuffisante et 34% n'ont pas su répondre.

9. Qualité relationnelle du personnel en SSPI

L'appréciation des patients quant à la qualité relationnelle des infirmier(e)s en SSPI a été estimée excellente à 58%, bonne à 34%, moyenne à 4% et enfin nulle à 0 %. Notons que 4% des patients n'ont pas eu d'avis fixés.

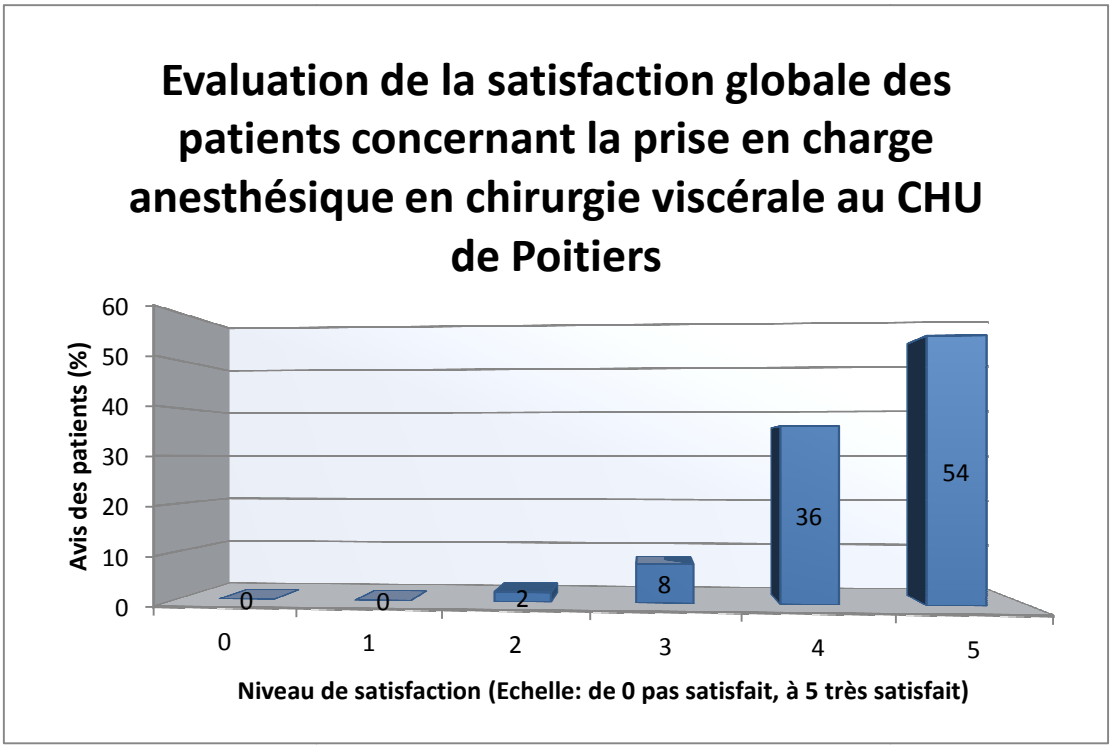
Concernant l'évaluation de la qualité relationnelle en SSPI avec le médecin anesthésiste : 62% des patients n'ont pas donné d'avis, pour ceux qui l'ont fait 26% l'ont jugée excellente, 6% bonne, 2% moyenne et aucun avis pour mauvaise ou très mauvaise.

10. Evaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en anesthésie

Le niveau de satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie viscérale à J1 concernant la prise en charge anesthésique de l'entrée au bloc opératoire jusqu'à la sortie de SSPI a été pour 90% d'entre eux évalué comme $\geq$ 4/5. Aucun des questionnaires n'a relevé une appréciation inférieure à 3/5.

Les patients âgés de plus de 50 ans ont évalué une satisfaction moyenne de 4.4/5, les plus jeunes ont émis un avis de satisfaction de 4.2/5, les femmes de 4.5/5 et les hommes de 4.4/5.

Figure 8 : Evaluation de la satisfaction globale de la prise en charge anesthésique en chirurgie viscérale au CHU de Poitiers.



IV. Discussion

Cette étude réalisée à partir d'un échantillon de 50 patients a eu pour objectif principal d'évaluer le vécu et la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle en chirurgie viscérale de l'entrée au bloc opératoire jusqu'à la sortie de SSPI, évaluation réalisée au lendemain de l'intervention. Le même nombre d'échantillon a été étudié lors d'une enquête française, renouvelée sur plusieurs années, et portant sur le même sujet [18].

La réalisation de cette enquête a retrouvé un taux de réponse de 100 %, aucun patient sollicité n'ayant refusé de répondre au questionnaire de satisfaction.

Dans la littérature les taux de réponse ont été variables en fonction des études et du mode de recueil de données. Le fait de s'investir personnellement pour le recueil des données a permis d'obtenir un meilleur taux de réponse en comparaison de questionnaires transmis ou envoyés dans les services en attente de retour [10] ou d'enquêtes téléphoniques [11].

L'utilisation d'échelles EVA et de Likert a également été adoptée dans d'autres travaux de satisfaction qui ont fait leurs preuves en montrant une efficacité équivalente, avec une interprétation plus facile de cette dernière [12].

1. Caractéristiques des patients

La taille de l'échantillon de notre enquête a été inférieure à celle d'études similaires [10] [13], qui ont été effectuées à plus grande échelle, notamment au sein de services différents.

Les données épidémiologiques sont assez bien équilibrées en termes de genres et d'âge avec une moyenne d'âge de patients calculée à 56 ans, d'autres travaux ont obtenu une valeur significativement similaire [13] [14].

2. Anxiété pré opératoire

Dans notre étude nous avons trouvé que les patients ont été plus anxieux vis-à-vis de la chirurgie que de l'anesthésie (50% contre 38%), ce ratio a fortement diminué une fois la rencontre avec le personnel d'anesthésie établie, en particulier concernant l'anxiété de l'acte chirurgical (38% pour 32%). L'IADE a donc un rôle prépondérant dans la prise en charge du stress pré opératoire, et ses compétences relationnelles sont essentielles pour chacun des patients dans le peu de temps souvent disponible avant l'induction. Les résultats de l'étude réalisée via le score APAIS [15] (The Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale) ont été similaires avec un taux de patients considérés comme « cas anxieux » évalué à 32% pour chirurgie et anesthésie confondue.

A l'inverse de notre étude, une enquête Népalaise utilisant le même score APAIS ainsi qu'un travail publié par la SFAR ont obtenu des résultats indiquant un taux d'anxiété concernant l'anesthésie significativement supérieur à celui de la chirurgie [3 ; 16]. La différence de religion n'étant a priori pas à l'origine de cette divergence [17]. Notre échantillon n'a peut-être pas été représentatif, ou d'autres éléments sont intervenus de manière notable dans les résultats.

Dans notre enquête le taux d'anxiété entre hommes et femmes a été quasiment similaire, or dans quatre autres études distinctes il est relevé précisément que les femmes ont un niveau d'anxiété pré opératoire généralement supérieur à celui des hommes [13 ; 15 ; 16 ; 17]. La situation familiale est un facteur pouvant jouer sur la sensibilité des résultats, le niveau d'appréhension devenant croissant selon si l'on est célibataire, en famille, ou en couple [17].

L'environnement et les locaux semblent également avoir un impact sur l'anxiété préopératoire : en effet dans notre étude 12% des patients ont notifié dans l'item libre d'expression que le sas d'attente pré opératoire et l'ambiance générale qui y régnait ont majoré leur sensation d'anxiété. Ces éléments sont retrouvés dans l'étude Népalaise qui affiche un taux de stress supérieur au sein de la salle d'attente pré opératoire (13.9%), comparé à celui évalué en SSPI (9.5%) ou en service de chirurgie (7%) [16].

3. Qualité de l'accueil au bloc opératoire

La qualité de l'accueil est favorablement jugée dans notre enquête avec 90% de patients qui l'ont estimé rassurante. Un taux de 83% de satisfaction a été observé dans l'étude de Caljouw et al [10]. Concernant l'écoute, 94% des patients ont estimé qu'elle a été suffisante, pour 34 % d'entre eux, le dialogue et les explications données ont été rassurants. Dans l'étude Caljouw [10] la relation soignant/soigné a été évaluée comme bonne à 93% avec 86% de satisfaits vis-à-vis des informations transmises relatives à l'anesthésie/chirurgie. Dans la littérature plus ancienne, 74% des patients jugeant la communication convenable a été retrouvé [11].

Certaines recherches ont démontré que plus le patient a été désireux d'informations concernant les procédures et les pratiques, plus son taux d'anxiété a été augmenté [15 ; 16]. 80% des patients intéressés pour obtenir davantage de précisions, ont été ceux qui n'avaient aucun antécédent chirurgical à leur actif [15].

4. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire

Les désagréments principaux au bloc opératoire ont concerné en premier lieu le confort d'installation (28%), le froid (26%), et enfin l'attente (18%). L'inconfort et l'attente ont également été relevés dans l'étude de Soufarapis [18] avec une absence d'amélioration sur 4 années différentes au regard de ces deux sources de gênes. Le froid a également été incriminé dans une autre enquête française concernant les principales sources d'inconforts, et ce malgré l'utilisation de systèmes de réchauffement [19].

Cependant dans la même étude de moins bons scores ont visé l'information et l'intimité. Nous pouvons supposer que l'ergonomie de chaque structure et l'organisation qui s'y prête jouent un rôle important dans le relevé de satisfaction des inconforts, dépendants des unités et des établissements.

5. Douleurs à la perfusion et l'induction

32% des patients interrogés ont rapporté avoir eu mal lors de la pose de la perfusion (moyenne de douleur à 4.1/10), ce chiffre est élevé pour un acte de soin couramment réalisé au bloc opératoire. Il met en lumière une étape de l'anesthésie qui pourrait être réétudiée afin d'apporter des techniques ou des usages adaptés de la prise en charge de la douleur. Ce résultat a été supérieur à celui obtenu par Tong et al [11] et inférieur à celle de Lagant [19].

L'utilisation de techniques complémentaires visant à l'optimisation d'une analgésie de surface ont déjà fait leurs preuves dans la littérature, et de ce fait est une voie à exploiter : l'emploi du MEOPA efficace sur les actes douloureux courts [20 ; 21], de l'hypnoanalgésie [22], ou de l'EMLA [23].

Il en va de même avec la douleur à l'induction déclarée par 3 patients sur 10, et d'intensité évaluée à 5.6/10, elle fait partie des éléments les moins bien perçus au bloc opératoire, dont les souvenirs négatifs persistent parfois en post opératoire. Cette douleur à type de brûlure est généralement due aux caractéristiques physico-chimiques du Propofol. Des solutions ont été proposées dans la littérature, apportant des stratégies efficaces telles que l'utilisation de la Kétamine en prétraitement [24] ou de l'association de Lidocaïne intraveineuse à l'injection du propofol [25].

6. Souvenirs de la phase d'endormissement

La phase d'endormissement : elle a été jugée globalement agréable pour 62% des patients interrogés, ceux pour qui elle a laissé un souvenir négatif ont souvent relevé le mauvais vécu du masque d'anesthésie et la sensation anxiogène d'étouffement qui s'y est associée, de même les brûlures à l'induction ont été le deuxième facteur le plus souvent décrit.

Les souvenirs du réveil : ils ont été plus disparates, presque seulement 1 patient sur 2 en a gardé un souvenir agréable, quasiment 1 sur 10 un mauvais souvenir tandis que les autres soit ne se sont pas prononcés, soit ont gardé un avis neutre : l'amnésie éphémère post opératoire jouant probablement un rôle dans ces résultats.

La pose de cathéter de péridurale : au bloc opératoire 3 patients sur 5 ont plutôt bien vécu le soin. Les presque 1/3 qui ont gardé un mauvais souvenir l'ont expliqué essentiellement du fait des multiples tentatives ou l'échec de la pose du cathéter péridural.

7. Inconforts en SSPI

De manière corrélée à d'autres études la soif est arrivée en tête des sources d'inconforts évaluées en SSPI, suivi du froid [10 ; 19]. Au CHU de Poitiers le protocole I-DRINC est proposé aux patients, il consiste à boire plus précocement selon certains critères d'inclusion (*Annexe 5*). Les difficultés mictionnelles n'ont pas été évaluées dans les deux études pré citées. Dans notre enquête elles arrivent en 3^{e} position, tandis que dans les deux autres travaux il s'agit des NVPO. Nos résultats concernant ces dernières en SSPI ont été de 6%.

8. Douleurs en SSPI

A ce sujet, des progrès restent encore à faire: en 2011 et 2013 42% et 37% des patients ont été douloureux en SSPI [18], l'étude de C. Lagant a publié des chiffres similaires (63%) [19]. Dans notre travail 46% des patients l'ont estimé modérée ou sévère, ces résultats ont été inférieurs à ceux publiés dans des études équivalentes de 2014 (62%) et 2008 (69%) [10 ; 19] ; Si l'on ne s'intéresse qu'aux douleurs sévères, les résultats dans notre étude ont été similaires : 29% contre 20%. Une

analyse plus approfondie concernant les types de services, les protocoles utilisés et les types de douleurs exacts aurait été intéressante pour comparer de manière fiable les résultats.

Pour 70% des patients la douleur à bien été évaluée par l'infirmière, contre 2% qui ont déclaré que non, 24% ne sachant pas. Nous pouvons considérer que la prise en charge de la douleur par les équipes de SSPI a été bien réalisée. Si l'on demande aux patients d'évaluer l'efficacité des thérapies antalgiques administrées: seulement 50% des patients l'évaluent comme bonne, 18% insuffisante, 33% ne pouvant pas la juger.

Nous avons pu constater que l'évaluation de la douleur entre femmes et hommes n'a pas eu de différence statistique significative selon le genre (p-value > 0.05), avec une moyenne de 46% des patients évaluant une douleur sévère à modérée. Les hommes plus nombreux à avoir eu des douleurs sévères (+10%) tandis que les femmes plus nombreuses à avoir eu des douleurs modérées (+10%).

9. Qualité relationnelle du personnel en SSPI

Les compétences relationnelles importent aux patients tout autant que les compétences techniques au décours du soin, en l'occurrence l'évaluation des professionnels de SSPI a été très positive : plus de 90% des questionnaires recueillis ont montré que les patients ont jugé le relationnel avec les IDE comme ayant été bon à excellent (92%), sans avis négatifs relevés.

Concernant les MAR, 1/3 des patients ont jugé les compétences relationnelles comme bonnes à excellentes (32%), sans relever non plus d'avis négatif. Cependant 62% n'ont pas donné d'avis, bien souvent parce qu'ils n'ont pas eu besoin du MAR durant leur séjour en SSPI.

10. Evaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en anesthésie

Les résultats de notre enquête ont montré un excellent niveau de satisfaction, avec 90% de questionnaires évaluant la qualité de la prise en charge anesthésique comme étant $\geq 4/5$. Ceci rejoint les résultats d'autres études dans lesquelles le niveau de satisfaction des patients a été relativement élevé [11 ; 13].

Le fait de s'intéresser aux résultats issus de différentes populations a laissé apparaitre quelques contrastes intéressants, dont certains ont déjà été observés dans la littérature [10 ; 13 ; 14 ; 18]. En particulier les patients plus jeunes ont eu un niveau de satisfaction plus faible que les plus âgés. Un âge supérieur à 50 ans relativiserait le vécu de l'anesthésie. Dans ces articles les femmes auraient un degré de satisfaction concernant l'anesthésie inférieur à celui des hommes. Dans notre étude nous n'avons retrouvé que peu de différences.

V. Limites de l'étude

Les limites de cette étude ont été :

Le nombre de questionnaires recueilli, l'inclusion de patients supplémentaires aurait peut-être permis l'obtention de résultats plus significatifs.

Cette enquête a ciblé le service de chirurgie viscérale exclusivement, en incluant des pathologies tout de même très différentes, il aurait été intéressant d'étendre le champ d'investigation à toutes les spécialités chirurgicales du CHU de Poitiers afin d'obtenir une enquête de satisfaction globale concernant l'ensemble des prises en charges anesthésiques. Ce travail n'a inclus que les patients ayant bénéficié d'une AG, il aurait été intéressant également d'inclure ceux opérés sous ALR.

Peu d'études similaires ont été retrouvées dans la littérature concernant l'évaluation de la prise en charge globale anesthésique au bloc opératoire. Les enquêtes réalisées par les hôpitaux portent plus souvent sur les services de soins, sur l'hôtellerie, le confort des chambres et l'appréciation générale des prestations et peu sur la prise en charge anesthésique en tant que telle. Ainsi la comparaison de nos résultats à d'autres études n'a pas toujours été évidente.

Dans notre enquête les sources d'inconforts au sein du bloc opératoire et de la SSPI ont été bien identifiées, mais la mise en place d'actions correctives ou de moyens de prévention n'ont pas été distingués dans ce travail. Afin de pousser l'analyse de l'évaluation de la satisfaction des patients, il aurait été intéressant d'étudier les actes soignants au regard de ces sources d'inconforts. Cela aurait permis de voir si les actions mises en œuvre ont été efficaces, et de proposer des axes d'amélioration. En ce qui concerne l'anxiété préopératoire, l'identification ou non de prémédication médicamenteuse n'a pas non plus été relevée, pouvant modifier ainsi l'état d'anxiété préopératoire des patients prémédiqués.

En l'absence de données de référence préexistantes sur le CHU de Poitiers en termes de résultats de satisfaction, il serait préférable de prendre en compte non pas la valeur absolue du score global des catégories étudiées, mais plutôt leur évolution lors d'enquêtes répétées dans le même site.

Concernant le soulagement de la douleur en SSPI, il aurait été intéressant de l'affiner selon l'intensité de la douleur.

L'absence de la consultation d'anesthésie dans notre étude. Elle aurait pu modifier les résultats concernant le niveau d'anxiété pré opératoire, et la douleur post opératoire (une EVA est évaluée en consultation d'anesthésie, permettant de connaitre l'existence d'une douleur pré opératoire).

VI. Propositions et perspectives

Nous voulions essayer de distinguer les facteurs d'insatisfaction au cours des différentes étapes de la prise en charge en anesthésie de l'entrée du bloc opératoire à la sortie de SSPI.

Bien que plusieurs sources d'inconfort aient été mises en évidence, nous ne retrouvons pas dans notre enquête de facteurs menant de manière significative à une baisse de satisfaction de la prise en charge anesthésique.

Seules la douleur lors des actes liés à la perfusion et l'induction, les douleurs post opératoires immédiates et l'anxiété générée par la chirurgie et l'anesthésie ont semblé pouvoir compromette significativement la satisfaction des patients. Au vu de cette étude, il pourrait être désormais judicieux d'étudier plus exactement chacune des sources d'inconfort identifiées ainsi que les moyens concrètement mis en œuvre par les équipes pour y palier afin d'essayer d'optimiser davantage la prise en charge et de tendre vers une satisfaction optimale (exemple : protocole I-DRINC au CHU de Poitiers).

Ceci amène au rôle propre des IADE et MAR qui reçoivent les patients en pré opératoire : ce rôle devrait être surtout axé sur l'éducation et l'information à fournir aux patients concernant l'anesthésie et la chirurgie. Que ce soit lors de la consultation d'anesthésie ou en pré opératoire immédiat, avec un environnement d'attente adéquat propice au calme et à la détente avant l'entrée en salle d'intervention. De ce fait les IADE devraient pouvoir élargir leur rôle propre en termes d'information, de déceler les patients qui ont un besoin supplémentaire de réassurance ou d'explications sur les procédures à suivre avant leur intervention. De même, les infirmières de SSPI devraient être attentives vis-à-vis des divers inconforts ressentis par les patients, même si le rythme de travail laisse parfois peu de temps à cela.

Les périodes de la pose de perfusion et d'induction sont des étapes de l'anesthésie souvent mal vécues par les patients. Une remise en cause des pratiques et l'utilisation de protocoles adaptés serait intéressant pour améliorer la satisfaction des patients et le confort des soins à ce niveau.

Le questionnaire utilisé dans cette étude mériterait d'être approfondi et plus ciblé sur les différentes phases du péri opératoire, puis étendu à tous les services ou corporations médicales et paramédicales, afin de réaliser régulièrement des EPP dans le but de mettre en œuvre des actions correctrices pour s'approcher des référentiels de bonnes pratiques proposées conjointement par la HAS et la SFAR.

Conclusion

Garantir la sécurité et la qualité des soins nécessite de faire des évaluations : mesurer le niveau de satisfaction des patients sur les soins qu'ils reçoivent en anesthésie en fait partie. Ce moyen de mesure via un questionnaire permet d'objectiver l'expertise et l'efficience des différents professionnels qui travaillent en péri opératoire dans le domaine de l'anesthésie. L'accréditation les oblige de plus à entrer dans cette démarche qualité.

Cette étude limitée à une population de patients sélectionnés a permis néanmoins de cerner l'activité de l'équipe MAR-IADE-IDE au CHU de Poitiers avec des aspects positifs, qu'elle doit continuer de maitriser et de renforcer (qualité de l'accueil et d'écoute au bloc opératoire, NVPO en SSPI) et ceux pour lesquelles elle doit apporter des efforts supplémentaires (au bloc opératoire : information, apaisement, installation, froid, attente, douleur à la perfusion et à l'induction. En SSPI : douleur post opératoire, soif, froid, bruit). Elle a montré néanmoins un taux de satisfaction global dans cette prise en charge de 90%.

Ce travail tend à rendre compte par ailleurs qu'une satisfaction élevée repose plus sur des facteurs humains que sur la valeur technique de l'équipe d'anesthésie et de SSPI. La mesure de la satisfaction à elle seule ne reflète donc pas la qualité des soins, d'où l'importance de les prendre en compte parallèlement.

Références bibliographiques

1] Site internet du CHU de Poitiers. “Les chiffres clé de 2014.” (Page consultée le 15/02/2016). Disponible sur : http://www.chu-poitiers.fr/decouvrir-le-chu-les-missions/decouvrir-le-chu-chiffres-cles/.

2] Singh F. “Le concept de satisfaction des patients: un examen et une nouvelle conceptualisation.” In *Advances in Consumer Research*, Thomas K. Srull, 16: 176–79. Association for Consumer Research. Provo, UT, n.d.

3] Chabay E, Chinouil M, Pignoux C, and Fontaine B. “Accueil au bloc opératoire: prise en charge de l’anxiété.” In *Sfar, 51e Congrès National D’anesthésie et de Réanimation*. Paris, 2009, Elsevier Masson SAS édition, sec. Infirmiers. infirmière(s) anesthésistes diplômé(e)s d’état (IADE).

4] Lucas MM, and Languinan N. “L’hypnose et la sophrologie ont-elle une place pour diminuer l’anxiété peropératoire ?” In *51e Congrès National D’anesthésie et de Réanimation.* Paris, 2009, Elsevier Masson SAS édition, sec. Infirmiers. infirmière(s) anesthésistes diplômé(e)s d’état (IADE).

5] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F and al. “Survey of anesthesia - Related mortality in France.” *Anesthesiology*, no. 105 (2006): 1089–97.

6] Martinez V, Baudic S and Fletcher D. “Les douleurs chroniques post chirurgicales.” *Ann Fr Anesth Reanim*, no. 32 (juin 2013): 422-35.

7] Fletcher D, Furmanian D, Mardaye A, and Acgurter P. “A patient based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistant challenges.” *Pain*, (2008).

8] Liu SS, Strodbuck WM, Richman SM, and Wu SM. “A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia.” *Anesthe Analg*, no. 101 (2005): 1634–42.

9] Lopez A, and Remy PL. “Mesure de satisfaction des usagers des établissements de santé.” *Inspection Générale Des Affaires Sociales: Rapport N° RM2007-045P*, mars 2007. Site internet (Page consultée le 18/02/16). Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000592.pdf.

10] Caljow M, Van Beuzekom M, and Boer F. “Patient’s satisfaction with perioperative care : development validation, and application of a questionnaire.” *Br J Anaesth*, (Juin 2008): 1–8.

11] Tong D, Chung F, and Wong D. “Predictive factor in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patient.” *Anesthesiology*, no. 87 (1997): 856–64.

12] Auquier P, Blache JL, Colavolpe JC, Auffray JP, Pernoud N, Bruder N, Gentile S, François G, and Eon B. “Echelle de vécu périopératoire de l’anesthésie. I- Construction et validation.” *Ann Fr Anesth Reanim*, no. 18 (1999): 848–57.

13] Pernoud N, Colavolpe C, Auquier P, Eon B, Auffray JP, François G, and Blache JL. “Echelle de vécu périopératoire de l’anesthésie. II- Résultats préliminaires.” *Ann Fr Anesth Reanim*, no. 18 (1999): 858–65.

14] Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, and Guillemin GF. “Factors determining impatient satisfaction with care.” *Science & Medicine*, no. 54 (2002): 493–504.

15] Moerman N, Van Dam S, Muller MJ, and Oosting H. “The amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS).” *Anesth Analg*, no. 82 (1996): 445–51.

16] Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, and Subedi A. “Nelapese patient’s anxiety and concerns before surgery.” *J Clin Anest*, no. 23 (2011): 372–78.

17] Komolafe C, Csernus M, and Fülöp E. “Patient’s anxiety during the perioperative care from the point of vew of the nursing staff and patients.” *Kontakt*, no. 17 (2015): 80–88.

18] Soufarapis H, Heutte N, Bouvet A, Leprince V, Chelarescu O, Lecrivain V, and Bodereau-Jacob A. “Evaluation de la satisfaction périopératoire : Utilisation d’un questionnaire validé à partir des attentes des patients. ” *In SFAR*, communications libres 2015 ; tome 1, supplément 1, (sept 2015) ; R448 : 295-296.

19] Lagant C, Sukali M, Fournier C, Delafose C, Lebail M, Galand P and Keïta H. “Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post interventionnelle. ” *Ann Fr Anesth Reanim,* no. 33S (2014) : A415-20.

20] Salas S, Dalmien H, Etien C, Tuzzolino V, and Favre R. “Utilisation du MEOPA lors de la prise en charge des douleurs provoquées par les soins en cancérologie : Faisabilité et évaluation de la satisfaction patients/soignants.” *Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement*, no. 10 (2009): 17–25.

21] Combes M, Brun L, Garric S, Tobiana F, Cabrol M, Vergnes C, and Mann C. “Evaluation du MEOPA dans la prise en charge des douleurs liées aux soins.” *Douleurs*, no. 6, hors-série 1 (2005): 5S73–74.

22] Polomeni-Lucas MM, Dominique A, and Wodey E. “L’hypnoanalgésie de la main pour pose de voie veineuse périphérique.” *Congrès Des Sociétés de Pédiatrie SFP*, no. 21 (2014): 895.

23] Ecoffey C, Dubousset AM, Trinquet F, and Le Gal M. “Crème analgésique EMLA pour la ponction veineuse lors de l’induction anesthésique chez l’enfant.” *Ann Fr Anesth Reanim*, no. 11 (1992): 132–35.

24] Zhao G, Guo Y, Bao S, Meng L, and Zhang L. “Prevention of propofol-induced pain in children : pretreatment with small doses of ketamine.” *J Clin Anest*, no. 24 (2012): 284–88.

25] Kouame E, Sauvagnac X, and Laffon M. “Comment prévenir la douleur à l’injection du propofol ?” *Le Praticien En Anesthésie Réanimation*, no. 8 (2004): 293.

Annexes

Table des matières des annexes

Annexe 1 : Score d'Aldrète modifié ……I

Annexe 2 : Score d'Apfel ……I

Annexe 3 : Déclaration CNIL ……II

Annexe 4 : Questionnaire patient ……III

Annexe 5 : Protocole I-DRINC ……VI

Annexe 6 : Tableaux récapitulatifs des résultats obtenus……VIII

Annexe 1 Score d'Aldrète modifié

Modified Aldrete Scoring System		
ACTIVITY	Able to move four extremities voluntarily on command	2
	Able to move two extremities voluntarily on command	1
	Unable to move	0
RESPIRATION	Able to deep breathe and cough freely	2
	Dyspnea or limited breathing	1
	Apneic	0
CIRCULATION	BP and HR ± 20% of preanesthetic level	2
	BP and HR ± 20% to 50 % of preanesthetic level	1
	BP and HR ± 50% of preanesthetic level	0
CONSCIOUSNESS	Fully Awake (able to answer questions)	2
	Arousable on calling (arousable *only* to calling)	1
	Unresponsive	0
OXYGENATION	Able to maintain O_2 saturation > 92% on room air	2
	Needs O_2 inhalation to maintain saturation > 90%	1
	O_2 saturation < 90%, even with O_2 supplement	0

Annexe 2 Score d'Apfel

Scores de prédiction du risque de NVPO

Facteurs de risque	Score d'Apfel n = 4	Score de Koivuranta n = 5
Sexe féminin	oui	oui
Antécédent de cinétose	oui	oui
Antécédent de NVPO		oui
Non fumeur	oui	oui
Morphiniques postop.	oui	non
Durée > 60 min	non	oui

Annexe 3 Déclaration CNIL

Adjoint au DSI - Responsable du Système d'Information
Correspondant Informatique et Libertés
Direction du Système d'Information et du Dossier Patient
Pavillon Joseph Garnier 1er Etage
2 Rue de la Milétrie – CS 90577
86021 POITIERS Cedex
Tél : 05 49 44 40 39 – Fax : 05 49 44 44 02
Mail : jean-jacques.sallaberry@chu-poitiers.fr

De : SALLABERRY Jean Jacques
Envoyé : mardi 26 janvier 2016 11:14
À : 'vincent C.'
Objet : Inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers

Objet : Inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers

Bonjour Monsieur Chevallier,

Suite à nos derniers échanges, et votre validation de mes dernières remarques contenues dans mon message du 26/1/2016,

J'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements CNIL du CHU de Poitiers à compter de ce jour 26/01/2016 des traitements suivants :

- Etude sur la satisfaction des patients concernant la prise en charge anesthésique du bloc opératoire jusqu'à la sortie de salle réveil, à J1 de leur intervention dans les services de chirurgie viscérale.

J'ai retenu la dernière version échangée ensemble des dossiers de collecte des informations ci-jointe.

Je vous remercie vivement de votre collaboration, reste à votre disposition pour toute modification de ce traitement, et pour tout sujet sur lequel vous souhaiteriez me consulter.

Cordialement.

SALLABERRY Jean Jacques

Annexe 4 Questionnaire patient

CHEVALLIER Vincent
Etudiant Infirmier Anesthésiste
Promotion 2014-2016
CHU de Poitiers

Madame, Monsieur,
Vous êtes hospitalisé dans un service de Chirurgie du CHU de Poitiers.
Dans le cadre de mes études d'infirmier anesthésiste, je réalise un travail de recherche qui a pour but d'évaluer la qualité de votre prise en charge en anesthésie.
Pour cela un questionnaire vous est proposé, afin d'évaluer la qualité des soins qui vous ont été prodigués à deux niveaux : - Au bloc opératoire
- En salle de réveil

Toutes les informations transmises resteront strictement confidentielles et seront conservées à l'usage seul de cette étude.
Afin de faciliter le recueil des questionnaires, je vous prie de bien vouloir le compléter et le rendre aux infirmières du service au lendemain de votre intervention.
En vous remerciant par avance de votre participation.

……

QUESTIONNAIRE

Nom :…… Prénom :……
Age : …… Profession : ……

Date : ……/……../……
Type d'intervention :……
Type d'anesthésie : (Loco régionale, générale)……

Passage au bloc opératoire

1- Quel était votre niveau d'anxiété concernant la chirurgie et l'anesthésie avant de rentrer au bloc opératoire ? Entourez le chiffre correspondant : 0 (pas d'anxiété) à 10 (très anxieux) :

Chirurgie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 □ Ne sais pas
Anesthésie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 □ Ne sais pas

Et après avoir pris contact avec le personnel d'anesthésie ?
Chirurgie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 □ Ne sais pas
Anesthésie : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 □ Ne sais pas

2- Comment jugez-vous la qualité de votre accueil au bloc opératoire ?

□ Rassurant □ Indifférent □ Angoissant □ Autre : ……

3- Les membres du personnel d'anesthésie étaient-ils suffisamment à votre écoute ?

□ Oui □ Non □ Ne sais pas

Précisez ce qui vous a semblé rassurant : ……
Ce qui vous a semblé angoissant : ……

4- Au bloc opératoire, avez-vous été gêné par certaines de ces sensations ?

Evaluez le niveau de gêne en entourant un chiffre entre : 0 (aucune) et 5 (très forte).

□ Froid 0 1 2 3 4 5 □ Bruit 0 1 2 3 4 5
□ Lumière 0 1 2 3 4 5 □ Manque d'intimité 0 1 2 3 4 5
□ Attente longue 0 1 2 3 4 5 □ Confort de l'installation 0 1 2 3 4 5
□ Autre …… 0 1 2 3 4 5

5- Avez-vous été gêné par la douleur lors ces étapes de l'anesthésie ?

Si oui évaluez le niveau de douleur en entourant un chiffre entre : 0 (aucune) et 10 (maximale supportable). Perfusion : □ Oui □ Non 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Injection des médicaments à l'endormissement : □ Oui □ Non 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Quel souvenir de l'anesthésie avez-vous ?

- ✓ La phase d'endormissement : □ agréable □ ni bon ni mauvais □ désagréable □ ne sais pas
- ✓ La phase de réveil : □ agréable □ ni bon ni mauvais □ désagréable □ ne sais pas
- ✓ Anesthésie loco régionale (si vous en avez eu une) : □ ni bon ni mauvais □ désagréable □ ne sais pas

Commentaires : ……

Passage en salle de réveil

7- En salle de surveillance post-interventionnelle (Salle de réveil), avez-vous été gêné par certaines de ces sensations ? *Evaluez le niveau de gêne en entourant un chiffre entre : 0 (aucune) et 5 (très forte).*

□ Froid 0 1 2 3 4 5 □ Bruit 0 1 2 3 4 5
□ Manque d'intimité 0 1 2 3 4 5 □ Confort de l'installation 0 1 2 3 4 5
□ Soif 0 1 2 3 4 5 □ Faim 0 1 2 3 4 5
□ Nausées Vomissements 0 1 2 3 4 5 □ Difficultés à uriner 0 1 2 3 4 5
□ Promiscuité * 0 1 2 3 4 5 □ Autre : …… 0 1 2 3 4 5
(* proximité entre les patients)

8- Evaluation de la douleur en salle de réveil :

-Arrivé en salle de réveil, votre douleur était-elle ? :
□ Sévère □ Modérée □ Faible □ Nulle

- Votre douleur a-t-elle été prise en charge par l'infirmier(e) ? :
□ OUI □ NON □ Pas de réponse

- Le traitement anti –douleur a-t-il été efficace ? :
□ Bien soulagé □ Moyennement soulagé □ Pas soulagé □ Pas de réponse

9- Comment évaluez-vous la qualité relationnelle avec le personnel soignant de salle de réveil ?

- Infirmière : □ Excellente □ Bonne □ Moyenne □ Mauvaise □ Très mauvaise □ Pas d'avis
- Médecin : □ Excellente □ Bonne □ Moyenne □ Mauvaise □ Très mauvaise □ Pas d'avis

Commentaires : ……..

Satisfaction globale

Globalement êtes-vous satisfait de votre prise en charge du bloc opératoire à la salle de réveil ? E*valuez votre niveau de satisfaction en entourant un chiffre entre : 0 (pas satisfait) et 5 (très satisfait).*

0 1 2 3 4 5

Annexe 5 : Protocole I-DRINC

NOTICE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION
Pour le patient
Recherche de « soins courants »
Version n°3 du 29.01.2014

Etude I-DRINC
Impact de la Distribution d'un verre d'eau à la sortie de SSPI après une anesthésie générale avec contrôle des voies aériennes sur la survenue des fausses-routes, des vomissements et sur le confort des patients

Ce document est remis au patient
Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier dans quelques jours d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. Du fait de cette anesthésie, vous ne respirerez plus seul et l'anesthésiste devra prendre le relais de votre respiration naturelle durant l'intervention au moyen d'un respirateur artificiel. Ce respirateur sera relié à vos poumons via un dispositif qui sert d'interface entre vous et la machine.
Ce dispositif peut être une sonde d'intubation trachéale, c'est à dire un tube en plastique qui passe dans votre bouche jusque dans votre trachée, ou un masque laryngé sous la forme d'un moule en silicone de votre gorge qui vient se positionner juste au-dessus de vos cordes vocales. Ce geste est bien entendu sans douleur et vous dormirez déjà au moment de l'introduction du dispositif.
Après la fin de l'intervention et avant que vous ne vous réveilliez, l'anesthésiste retirera ce dispositif, dès que vous reprendrez une respiration naturelle.
Parce que vous aurez été sous respiration artificielle et sous anesthésie générale, il est habituel de respecter un délai de sécurité de 4 heures si vous avez eu un masque laryngé et de 6 heures s'il s'agissait d'une sonde d'intubation. Ces délais de sécurité permettraient en principe de minimiser le risque d'avaler de travers (fausse-route) lors de votre première absorption d'eau par la bouche après votre réveil. Ces délais de sécurité ne sont que théoriques et varient d'un hôpital à l'autre.

Objectif et déroulement de la recherche
L'objectif de cette recherche et de déterminer s'il est possible de vous proposer à boire avant ces délais en toute sécurité. En effet, ces durées minimales sont des faits d'habitude. De manière aléatoire vous ferez partie soit :
- du groupe de patients qui seront autorisés à boire dès la sortie de la salle de réveil (SSPI), avant de remonter dans leur service, soit environ une heure à une heure et demie après l'ablation de la sonde d'intubation ou du masque laryngé.
- du groupe de patients qui seront autorisés à boire plus tardivement. Habituellement au CHU de Poitiers, les délais de reprise des boissons sont de 4 heures après ablation du masque laryngé et de 6 heures après ablation de la sonde d'intubation.

Patient du groupe réhydratation précoce
Lorsque le 1er verre d'eau vous sera proposé (vous pouvez le refuser), une infirmière sera avec vous et observera le déroulement de cette première déglutition et notera si vous toussez ou si vous présentez une fausse-route. Il s'agit là du risque principal de cette étude. En théorie, une fausse-route peut se compliquer d'une infection du poumon mais dans le cadre de l'étude ce risque reste infime puisque vous n'aurez bu que quelques millilitres d'eau minérale.
Si vous faites une fausse route et que des signes d'infection pulmonaire apparaissent, des examens complémentaires seront pratiqués et le traitement adéquat sera débuté si nécessaire, conformément aux recommandations nationales de notre spécialité.

Participation volontaire
Votre participation est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.
Votre participation à ce soin courant sera d'une journée au total, elle se limitera à la une réhydratation orale précoce (si tel est le cas) et ne modifiera en aucun cas la prise en charge habituelle.
Il faut que vous soyez affilié à la Sécurité Sociale ou un régime assimilé pour pouvoir participer à cette étude.

Si des informations nouvelles apparaissaient en cours d'étude, pouvant remettre en cause votre Non-opposition, vous en seriez immédiatement informé. Vous pourrez poser des questions à tout moment aux membres de l'équipe médicale, ainsi qu'au ..... et n'hésitez pas à leur demander toutes les explications qui vous paraîtront nécessaires.
Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment, sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge médicale ultérieure.
Dans ce cas, vous devez informer une personne de l'équipe médicale ou bien le **Docteur Thibault LOUPEC**- Service d'Anesthésie Réanimation, du CHU de Poitiers au **05.49.44.53.38**
Le médecin surveillant ou le responsable de la recherche peuvent décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment. Si cela devait se produire, vous en serez averti et les raisons vous seraient expliquées.

Confidentialité et utilisation des données médicales
Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. Votre anonymat sera respecté, votre nom n'apparaîtra pas sur les divers documents, il sera remplacé par un numéro et les initiales de votre nom et de votre prénom.
Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données. Les autorités de santé pourront avoir accès aux données, le cas échant.
Vous pouvez également avoir accès aux résultats globaux de l'étude, sur demande, auprès du **Docteur Thibault LOUPEC** (Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers - Service d'Anesthésie Réanimation - 2 rue de la Milétrie - 86021 POITIERS Cedex - Tel : **05.49.44.53.38**) mais également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique.
Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Avis favorable du CPP et autorisation de la CNIL
Le protocole enregistré sous le numéro 2014-A00347-40 ainsi que le formulaire de non-opposition, dont le responsable est le CHU de Poitiers, ont obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Ouest III (CPP Ouest III) le 05/03/2014, ainsi que l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Prise en Charge
Dans la mesure où la recherche est bien qualifiée de Recherche en soins courants par le CPP sollicité, l'assurance sera celle de l'établissement responsable des soins (article L. 1142-2).

NON-OPPOSITION A L'ETUDE EN SOINS COURANTS

I-DRINC

Dr (Nom/Prénom) .....

Certifie que Mr/Mme (Nom, Prénom du patient).....

□ Ne s'oppose pas

□ S'oppose

à participer à l'étude **I-DRINC**

Date : .....

Signature : .....

Annexe 6 : Tableaux récapitulatifs des résultats obtenus

Au bloc opératoire

Aspects positifs	*Aspects négatifs*
• Qualité de l'accueil = 90% • Ecoute MAR/IADE = 94% • Phase d'endormissement : -62% agréable -24% ni bon ni mauvais -12% désagréable • Phase de réveil : -46% agréable -34% ni bon ni mauvais -14 % désagréable	• Anxiété au bloc opératoire : -Chirurgie = 50% -Anesthésie = 38% -Valeur moyenne de m'anxiété similaire selon le genre, avant comme après la rencontre avec l'équipe d'anesthésie. • Facteurs anxiogènes : -Locaux = 12% -Préoxygénation au maque = 4% -Bruit dans le SAS d'attente = 4% -Lumière = 2% • Sources d'inconforts au bloc opératoire pour 40% des patients : -Installation = 28% -Froid = 26% -Attente = 18% • Douleurs au bloc opératoire : -Pose de la perfusion = 32% (EN moy= 4) -Induction = 30% (EN moy = 6)

En SSPI

Aspects positifs	***Aspects négatifs***
• Qualité relationnelle IDE : -Excellente = 58% -Bonne = 34% -Moyenne = 4% -Pas d'avis = 4% • Qualité relationnelle MAR : -Excellente = 26% -Bonne = 6% -Moyenne = 2% -Pas d'avis = 62% • NVPO= 6%	• Sources d'inconforts en SSPI pour 50% des patients : -Soif = 15% -Froid = 14% -Bruit = 14% -Confort d'installation = 12% -Difficulté à uriner = 7% -NVPO = 6% -Promiscuité = 4% -Manque d'intimité = 2% -Faim = 2% • Douleurs en SSPI : -Sévères = 20% -Modérées = 26% -Faibles = 26% -Absence de douleurs = 28% • Douleurs entre hommes et femmes -Sévères = 25% et 15% -Modérées = 21% et 31% • Efficacité des traitements antalgiques en SSPI : -Bénéfique = 48% -Insuffisant = 18% -Pas d'avis = 34%

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste 2014-2016

TITRE

EVALUATION A J1 DE LA SATISFACTION DES PATIENTS QUANT A LEUR PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE : DE L'ENTREE AU BLOC OPERATOIRE A LA SORTIE DE SALLE DE SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE AU CHU DE POITIERS.

Entre accréditation, recherche d'un fonctionnement économique et organisationnel optimal et assurance d'un accompagnement global efficace du patient, la prise en charge anesthésique est une étape importante de l'hospitalisation en chirurgie conventionnelle et l'évaluation de la satisfaction des patients est un des indicateurs de la qualité des soins à l'hôpital.

L'objectif principal de ce travail a été d'évaluer à J+1 la satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique, de l'entrée au bloc opératoire à la sortie de SSPI. L'objectif secondaire a été de proposer, a posteriori, des axes d'amélioration de la qualité des soins aux différentes étapes du parcours anesthésique en fonction des résultats obtenus.

Il s'agit d'une étude prospective sur la satisfaction d'un échantillon de 50 patients, réalisé via un questionnaire de satisfaction à questions ouvertes et fermées. Ces patients ont été opérés dans le cadre d'une chirurgie programmée sous anesthésie générale en unité de viscéral au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers sur la période du 18 décembre 2015 au 19 janvier 2016.

Au total, les 50 questionnaires exploitables ont indiqué un taux de satisfaction sur la prise en charge globale anesthésique de 90%. Cependant plusieurs sources d'inconfort ont été distinctement identifiées au bloc opératoire : douleur à la perfusion et à l'induction, anxiété préopératoire, inconfort à l'installation; ainsi qu'en SSPI : soif, douleur. Ces gênes n'ont pourtant pas eu d'impacts significatifs sur la satisfaction globale de l'accompagnement anesthésique.

Ce travail tend à rendre compte en outre qu'un niveau de satisfaction élevé repose davantage sur des facteurs humains que sur les compétences techniques de l'équipe d'anesthésie et de SSPI. La mesure de la satisfaction à elle seule ne reflète donc pas la qualité des soins, d'où l'importance de les enregistrer parallèlement.

Mots clés : Satisfaction, évaluation, qualité des soins, anesthésie, hospitalisation conventionnelle.

Auteur : CHEVALLIER Vincent

Directeur de mémoire : Dr LANQUETOT Hervé - Me SERGENT Dominique

Ecole Régionale d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing 2014-2016

TITLE

ASSESSMENT ON D1 OF PATIENT SATISFACTION REGARDING THEIR ANAESTHESIC CARE FROM ENTRY INTO THE OPERATING ROOM TO DISCHARGE FROM THE RECOVERY ROOM IN POITIERS UNIVERSITY HOSPITAL.

Between acknowledging accreditation, finding an optimal economical organizational functioning and insuring efficient global patient care, anesthetic management is an important part of conventional surgery, and patient satisfaction assessment is one of the indicators of the quality of care in the hospital.

The major aim of this work was to evaluate patient satisfaction at D+1 with anesthetic care, from entry into the operating room to discharge from the recovery room. The secondary objective was to ultimately submit areas of improvement about the quality of medical care at different stages of the anesthetic process, depending on the results obtained.

A prospective study was carried out from a sample of 50 patients. A questionnaire about their satisfaction with closed and open-ended questions was given. The patients underwent elective operations with general anesthesia at the Visceral Department of Poitiers University Hospital over a period of one month from 18th December 2015 to 19th January 2016.

50 exploitable questionnaires showed a satisfaction rate of 90% with global anesthetic care. However, several sources of discomfort were distinctly identified within the operating room; pain due to perfusion and induction, preoperative anxiety, installation discomfort, as well as thirst and pain in the recovery room. However, these discomforts did not produce significant impact on the global satisfaction of care.

Furthermore, this work attempts to show that a high level of satisfaction is mostly based on human factors rather than on the technical skills of the anesthetic and recovery room staff. The measurement of satisfaction alone does not reflect the quality of care, hence the importance of recording them simultaneously.

Keywords : Satisfaction, assessment, quality of care, anaesthesia, conventional hospitalization

Author : CHEVALLIER Vincent

Supervisor : Dr LANQUETOT Hervé – Me SERGENT Dominique