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

QUID DE LA SATISFACTION DES PATIENTS SUR LA PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Enquête au CHU de Poitiers

Par

Lorène Ory

Sous la direction de

Dr Elsa Carise

Médecin Anesthésiste Réanimateur (CCA) – CHU de Poitiers

M. Rémy Panhaleux

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat – CHU de Poitiers

Septembre 2015

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 aidées dans la réalisation de ce mémoire, et en particulier :

- Le Dr. Elsa Carise, Médecin Anesthésiste Réanimateur au CHU de Poitiers, pour son aide précieuse, ses conseils avisés et sa disponibilité. En tant que Directeur de mémoire, elle m'a guidée dans mon travail et m'a aidée à trouver des solutions pour avancer.

- Mr Rémy Panhaleux, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat au CHU de Poitiers, pour ses conseils précieux et le temps qu'il m'a accordé.

- L'équipe soignante du service de chirurgie ambulatoire ; sa participation et son implication m'ont été d'une grande aide.

- L'équipe encadrante de l'école d'IADE

- Mes amis de promotion, merci pour ces beaux moments et ces nombreuses tranches de rigolade...

Table des matières

ABREVIATIONS 1
INTRODUCTION 2
MATERIEL ET METHODE 4
I. Objectifs de l'étude 4
II. Population étudiée 4
III. Déroulement de l'enquête 5
IV. Données recueillies 6
V. Analyse des résultats 6
RESULTATS 8
I. Caractéristiques des patients 8
II. Période avant l'intervention 9
III. Bloc opératoire 10
IV. SSPI 10
V. Avant la sortie 12
DISCUSSION 16
I. Caractéristiques des patients 16
II. Avant le bloc opératoire 17
III. Au bloc opératoire 17
IV. SSPI 18
V. Avant la sortie 20
VI. Limites et biais de l'étude 21
CONCLUSION ET PERSPECTIVES 23
BIBLIOGRAPHIE 24
ANNEXES I

ABREVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco Régionale

ASA : American Society of Anesthesiologists

HAS : Haute Autorité de Santé

IOT : Intubation Oro Trachéale

ML : Masque Laryngé

NVPO : Nausée Vomissement Post Opératoires

ORL : Oto Rhino Laryngologie

SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

VAS : Voies Aériennes Supérieures

INTRODUCTION

Ces dernières années, l'anesthésie n'a cessé d'évoluer, conjointement aux découvertes médicales et à l'amélioration des techniques chirurgicales. Toutes ces progressions ont permis la réalisation de gestes chirurgicaux moins invasifs et de plus courte durée, diminuant ainsi les complications dans les suites opératoires. Les techniques d'anesthésie et les produits utilisés sont optimisés pour chaque individu, en fonction du geste chirurgical et des antécédents du patient, permettant ainsi la diminution des effets indésirables et du temps de surveillance post opératoire. Ces évolutions ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire est définie par l'HAS comme « une chirurgie programmée et réalisée dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance post opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention. » La décision du mode de prise en charge est déterminée par l'analyse du triptyque patient-acte-structure [1].

Le patient est placé au centre de la prise en charge, il est la priorité. Lui seul est en ambulatoire, la chirurgie et l'anesthésie doivent rester identiques et de même qualité que pour une hospitalisation complète [2]. Tous les patients ne peuvent prétendre à une hospitalisation en chirurgie ambulatoire. Sont pris en compte plusieurs critères tels que les antécédents, l'acte chirurgical lui-même, le lieu d'habitation, la présence d'une structure hospitalière à moins d'une heure du domicile et la surveillance au retour à domicile par une personne responsable et valide...

Aujourd'hui, pour des raisons budgétaires, les hôpitaux souhaitent diminuer les temps d'hospitalisation. La chirurgie ambulatoire est devenue une priorité. En 2009, une enquête réalisée par l'IAAS (International Association Ambulatory Surgery) révélait que le taux de chirurgie ambulatoire en France était de 36% contre 50% en Europe du Nord. Face au retard de notre pays, un plan de développement a été proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Ce rapport fait un état des lieux de la chirurgie ambulatoire et définit de manière plus précise

les critères chirurgicaux, médicaux et anesthésiques afin d'augmenter le nombre de patients éligibles à un tel mode de prise en charge.

L'ambulatoire ne doit pas être une source d'inquiétude chez le patient. Il doit se sentir en sécurité tout au long de la journée afin de rentrer chez lui sereinement.

Le vécu est une notion très importante et un élément déterminant dans la satisfaction du patient qui est, selon le dictionnaire le Petit Robert, « 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 qu'on juge souhaitable. »

L'évaluation de la satisfaction du patient est une obligation règlementaire depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation [3] et est un indicateur de la qualité des soins. C'est une grandeur subjective et multidimensionnelle (paramètres socio-professionnels, état de santé, âge, sexe, expérience antérieure…) [4]

La prise en charge anesthésique est une étape clé de l'hospitalisation en ambulatoire. La consultation pré-anesthésique permet d'évaluer si les patients sont éligibles à l'ambulatoire, selon des critères médicaux, psychologiques et sociaux. De plus, lorsqu'un patient doit subir une opération chirurgicale, l'anesthésie est pour lui sa source principale d'anxiété ; devant l'acte chirurgical [5].

En tenant compte de la volonté de la HAS de développer l'ambulatoire et de l'anxiété que peut engendrer l'anesthésie chez les patients, il nous a semblé intéressant d'évaluer la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire.

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer le vécu et la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire, de la consultation d'anesthésie à la sortie de l'hôpital en post opératoire. Il s'agissait d'une étude épidémiologique, prospective et descriptive à partir d'un questionnaire de satisfaction à questions fermées. L'enquête de satisfaction ne prenait pas en compte les paramètres habituellement évalués dans les questionnaires de satisfaction proposés par les hôpitaux à savoir l'évaluation des locaux et de l'environnement ou encore, les repas et l'hôtellerie.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le degré des différentes sources d'inconfort en pré opératoire et en SSPI et de rechercher des facteurs de risque d'insatisfaction au cours des étapes de la prise en charge ambulatoire afin, éventuellement, de dégager des pistes d'amélioration.

II. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- les patients majeurs,
- capables de répondre de façon autonome au questionnaire
- bénéficiant d'une anesthésie générale ou anesthésie locorégionale à type de rachianesthésie,
- en mode ambulatoire
- au CHU de Poitiers

Les critères de non inclusion étaient :

- les patients mineurs,
- sous tutelle ou curatelle,

- non communiquant,
- les femmes devant subir une interruption volontaire de grossesse,
- les patients devant bénéficier d'une anesthésie locorégionale autre que la rachianesthésie.

Les patients exclus étaient ceux refusant de répondre au questionnaire ou n'étant pas en mesure de le remplir de façon autonome et les patients pour qui l'ambulatoire avait échoué avec nécessité de poursuivre l'hospitalisation au moins la première nuit.

III. Déroulement de l'enquête

L'enquête de satisfaction s'est déroulée sur une période de 7 semaines et demi, du 12 février 2015 au 3 avril 2015. Le questionnaire était déposé dans le dossier infirmier de tous les patients répondant aux critères d'inclusion. Il était ensuite déposé par le personnel du service de chirurgie ambulatoire sur les adaptables des patients afin qu'il soit à leur disposition à leur retour de salle de surveillance post interventionnelle. Les membres de l'équipe soignante informaient les personnes de l'objectif de cette étude et restaient à leur disposition en cas de question supplémentaire. Les patients étaient libres de répondre, ou non, au questionnaire qui était récupéré par le personnel paramédical du service une fois rempli.

Par la suite, d'autres renseignements concernant les patients étaient recherchés à l'aide du logiciel d'anesthésie Diane®. Les critères recherchés étaient :

- l'âge des patients,
- la classification de l'ASA,
- le type d'anesthésie (anesthésie générale ou anesthésie locorégionale),
- le type de dispositif contrôlant les voies aériennes supérieures (masque laryngé ou sonde intubation orotrachéale).

IV. Données recueillies

Le questionnaire comportait 16 questions fermées ainsi qu'une case « commentaire libre » dans laquelle le patient était invité à évoquer un événement marquant, des points positifs ou négatifs, ou tout autre commentaire. Quatorze questions évaluaient des niveaux de satisfaction ou de jugement à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités (exemple : « excellentes », « très bonnes », « bonnes », « moyennes », « mauvaise »). Deux questions évaluaient l'intensité des sources d'inconfort au bloc opératoire et en SSPI grâce à des chiffres à entourer de zéro à quatre (annexe 1). Afin de faciliter le traitement des données, ces numéros ont été classés par catégorie :

- 0 et 1 : pas ou peu de gêne
- 2 : gêne modérée
- 3 et 4 : gêne importante

Le questionnaire était divisé en 5 parties :

- 1ère partie : nom, prénom, date et le type d'intervention, classe socio professionnelle et antécédent d'opération.
- 2ème partie : période précédant l'intervention (5 questions)
- 3ème partie : bloc opératoire (2 questions)
- 4ème partie : salle de surveillance post interventionnelle (3 questions)
- 5ème partie : période précédant la sortie du patient (5 questions)

V. Analyse des résultats

L'analyse des données était descriptive. Les résultats ont été anonymés par ordre de récupération des questionnaires puis entrés dans un tableur Excel®. Les variables qualitatives sont présentées en effectif et/ou en pourcentage.

L’analyse statistique pour la comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test exact de Fischer et le seuil de significativité retenu était de 5% ($p<0,05$). Cette analyse a été effectuée grâce au logiciel BiostaTGV®.

RESULTATS

I. Caractéristiques des patients

Durant la période d'inclusion, 977 patients au total ont été admis dans le service de chirurgie ambulatoire du CHU de Poitiers, dont 259 correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Un questionnaire de satisfaction a été déposé dans le dossier de ces 259 patients. Cent quarante questionnaires ont été remplis mais 2 ont été exclus par la suite. Le premier a été écarté suite à un défaut de remplissage du questionnaire, le second suite à un défaut d'inclusion (anesthésie locale). Au total, 138 questionnaires étaient exploitables, ce qui correspondait à un taux de réponse de 53,3%.

Sur les 138 patients, 121 avaient déjà été opérés (soit 87,7%) dont 79,3% gardaient de cette expérience des souvenirs excellents, très bons ou bons.

Les caractéristiques démographiques sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 *: Caractéristiques démographiques des patients inclus*

NOMBRE DE PATIENTS INCLUS		138 (53,3)
SEXE	homme	48 (34,8)
	femme	90 (65,2)
AGE, années		43 [20-77]
ASA	1	75 (54,3)
	2	59 (42,8)
	3	4 (2,9)
	4	0
TYPE D'ANESTHESIE	AG	126 (91,3)
	ALR	12 (8,7)
VAS	IOT	83 (65,9)
	ML	43 (34,1)
SPECIALITES	gynécologie	46 (33,3)
	vasculaire	7 (5,1)
	viscérale	25 (18,1)
	orthopédie	15 (10,9)
	ORL	17 (12,3)
	plastie	8 (5,8)
	urologie	20 (14,5)
PROFESSION	agriculteur exploitant	3 (2,2)
	cadre	11 (8)
	employé	53 (38,4)
	retraité	27 (19,6)
	artisan, commerçant	4 (2,9)
	profession intermédiaire	3 (2,2)
	ouvrier	11 (8)
	sans activité professionnelle	26 (18,8)

Les résultats sont exprimés en valeur absolue (pourcentage) ou en médiane [min-max]

II. Période avant l'intervention

Concernant la consultation d'anesthésie, 94,9% des patients étaient très satisfaits ou satisfaits de la qualité de la consultation ; aucun patient n'était peu ou pas du tout satisfait.

Près de 44% des patients présentaient une angoisse modérée à très importante avant l'intervention, sachant que 59,1% des 138 patients n'avaient pas reçu de prémédication. Parmi ceux qui avaient reçu une prémédication, 81,5% la jugeaient très efficace ou efficace.

L'attente avant le bloc opératoire était jugée assez longue à trop longue pour 23,1% des patients et les conditions d'attente étaient moyennes ou mauvaises pour 6,5% des patients.

III. Bloc opératoire

Au bloc opératoire, les principales sources d'inconfort étaient la perfusion (10,1%), le froid (8%) et l'angoisse (5,8%). Cependant, si l'on ajoutait la gêne modérée, l'angoisse arrivait en première position avec près de 24% des patients.

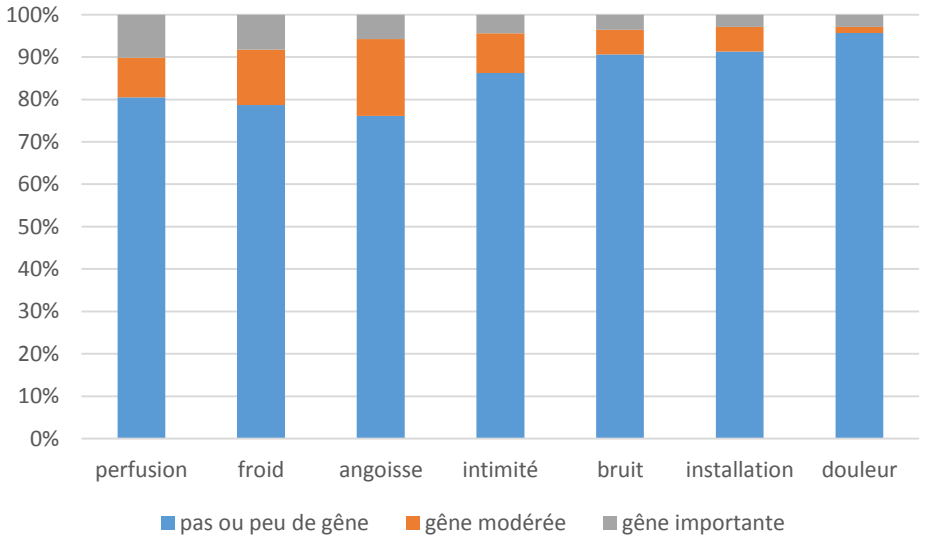


Figure 1 : *Sources d'inconfort au Bloc Opératoire (N : 138)*

Enfin, seuls 1,5% des patients jugeaient les conditions d'endormissement moyennes ou mauvaises.

IV. SSPI

En SSPI les sources d'inconfort les plus gênantes étaient différentes de celle du bloc opératoire. Arrivaient en tête, la soif (11,5%), la douleur (9,8%), la faim (9,7%) et le bruit

(8,9%). Si l'on ajoutait la gêne modérée, la douleur devenait une source d'inconfort pour 37,2% des patients. Les nausées ont incommodé 8% des patients et seul 4,4% ont présenté des vomissements.

Il faut noter qu'en SSPI, 18,1% des patients n'ont vécu aucune sensation désagréable ou inconfort.

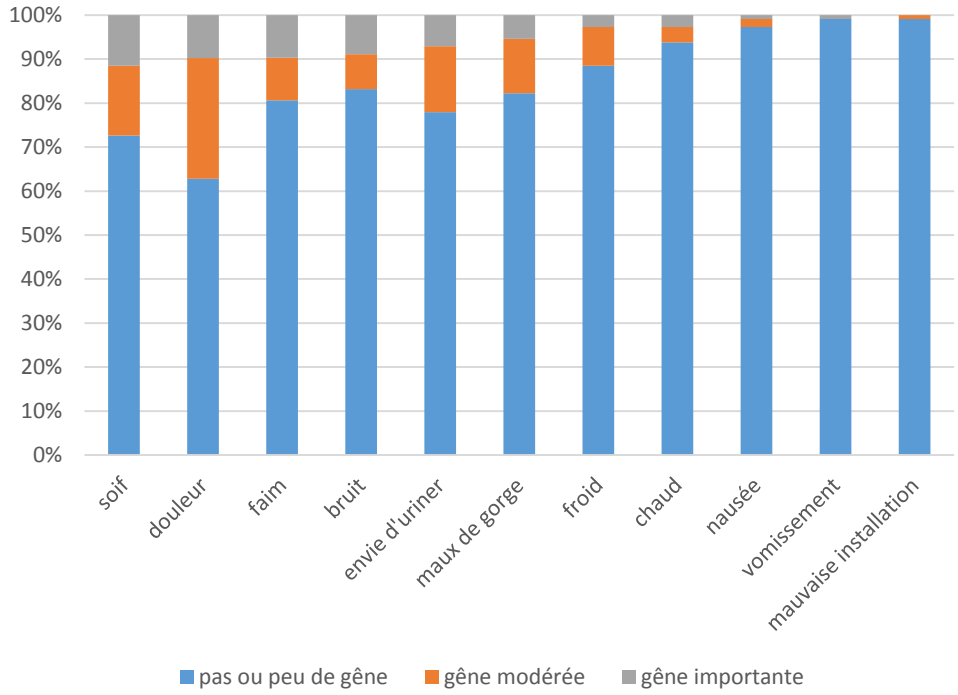


Figure 2 : *Sources d'inconfort en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (N : 113)*

Les actions mises en place par le personnel de salle de surveillance post interventionnelle afin de remédier à l'inconfort ont été jugées très efficaces à efficaces par 91,2% des patients. Au final, seuls 0,7% des patients jugeaient les conditions de leur séjour en salle de surveillance post interventionnelle moyennes ou mauvaises.

V. Avant la sortie

Concernant la période se déroulant avant la sortie du patient de l'hôpital, 96,1% des patients estimaient les informations données très suffisantes ou suffisantes. Six pourcent des patients se sentaient peu prêts ou moyennement prêts à rentrer à leur domicile.

La prise en charge anesthésique, comprenant la consultation d'anesthésie, l'endormissement et le réveil, était jugée très satisfaisante ou satisfaisante par 96,4% des patients, sachant qu'aucun ne la jugeait peu ou pas du tout satisfaisante.

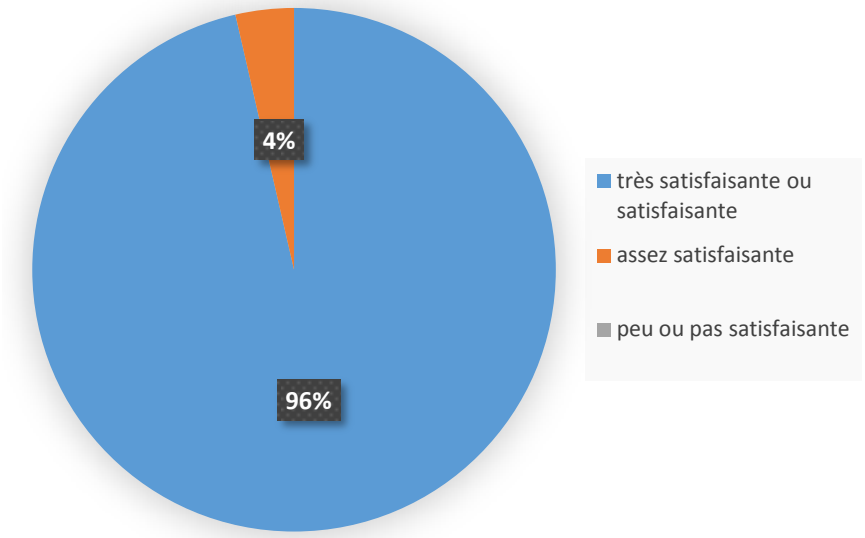


Figure 3 : *Satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique (N : 138)*

Le mode d'hospitalisation en ambulatoire était considéré comme très satisfaisant ou satisfaisant pour 89,1% des personnes ayant répondu ; aucune personne n'était pas du tout satisfaite.

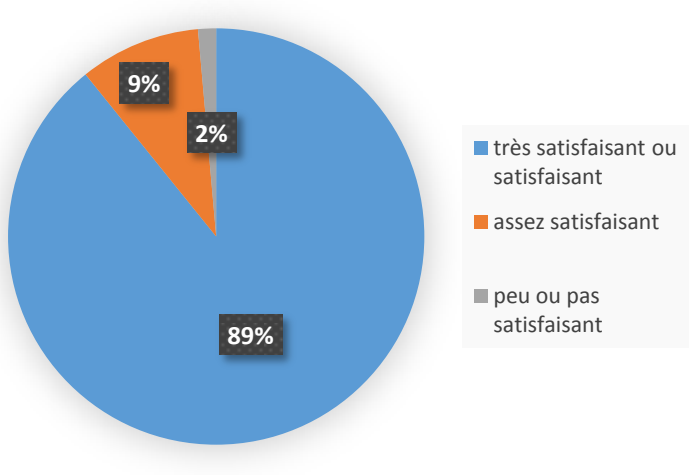


Figure 4 : *Satisfaction des patients sur le mode d'hospitalisation en ambulatoire (N : 138)*

Au final, concernant cette intervention programmée en chirurgie ambulatoire au CHU de Poitiers, 62,5% des patients trouvaient la prise en charge meilleure qu'ils ne s'y attendaient et 2,2% la trouvaient moins bonne. Les autres patients considéraient avoir reçu la prestation à laquelle ils s'attendaient.

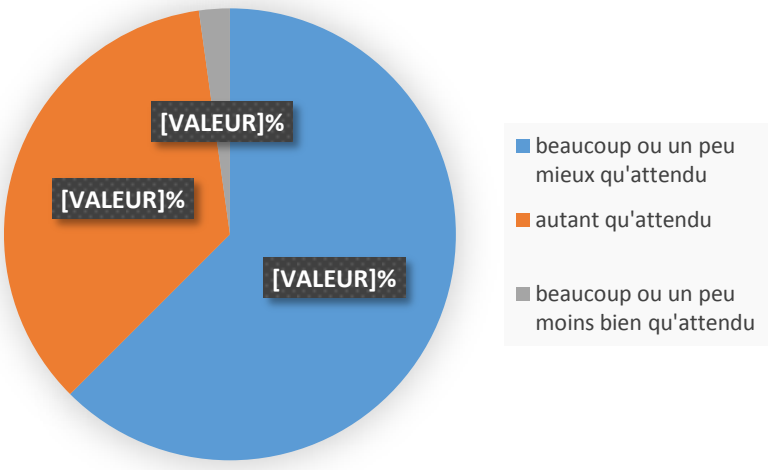


Figure 5 : *Satisfaction des patients sur la prise en charge globale (N : 136)*

La case « commentaire libre » a été complétée par 34,1% des personnes. Soixante-six pourcent d'entre elles ont manifesté leur satisfaction envers le personnel ou la prise en charge en général. Vingt-trois pourcent ont uniquement fait part de leur mécontentement, concernant essentiellement l'attente avant le bloc opératoire, l'absence d'intimité et le bruit. Les autres commentaires étaient mitigés, saluant l'efficacité du personnel, mais déplorant par ailleurs l'attente ou la douleur.

Après l'analyse statistique des différentes variables et paramètres, nous avons constaté que ni les caractéristiques des patients, ni leurs antécédents, ni les conditions de séjour au bloc et en salle de surveillance post interventionnelle n'étaient reliés de manière significative à l'insatisfaction des patients. De même, la relation entre le sentiment d'être prêt à rentrer à domicile et la satisfaction de la prise en charge anesthésique n'était pas significative.

Cependant, il existait un lien significatif entre le fait d'être prêt à rentrer chez soi et la satisfaction du mode d'hospitalisation en ambulatoire. Les patients qui ne sentaient pas tout à fait capables de rentrer chez eux n'étaient pas satisfaits de ce mode d'hospitalisation.

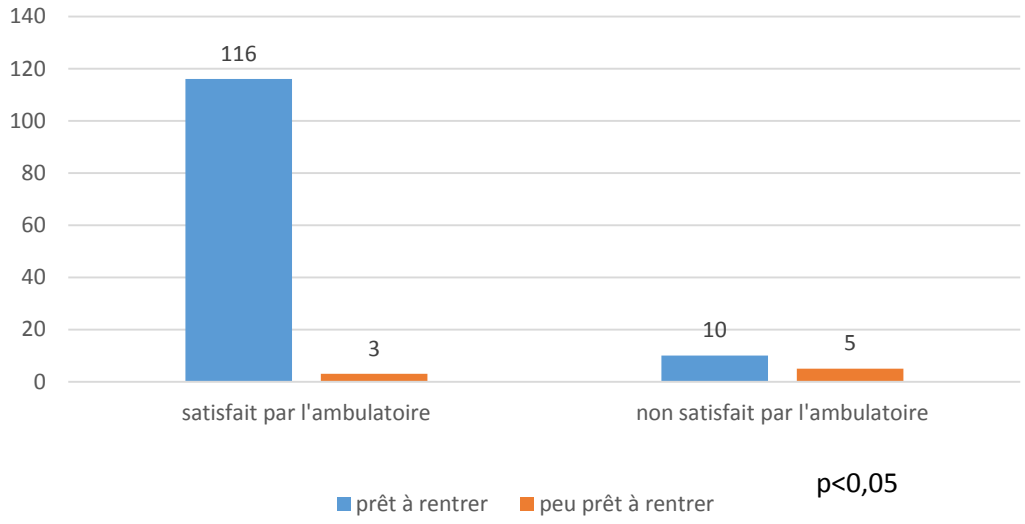


Figure 6 : *Satisfaction du mode d'hospitalisation en ambulatoire et sentiment d'être prêt à rentrer à domicile*

De plus, le fait de présenter une douleur en salle de surveillance post interventionnelle influençait de manière significative le sentiment d'être prêt ou non à rentrer à domicile. La douleur empêchait les patients de se sentir tout à fait prêt à rentrer chez eux.

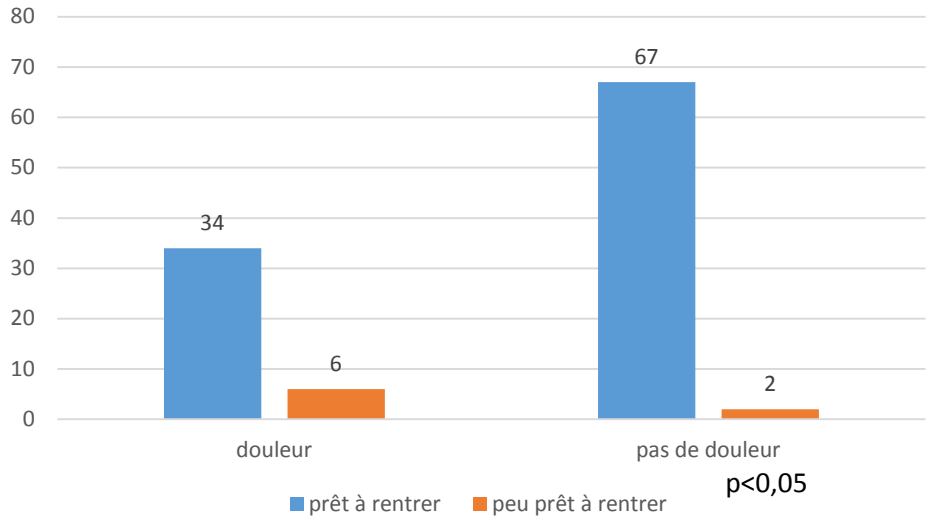


Figure 7 : *Relation entre la douleur et le sentiment d'être prêt à rentrer chez soi*

La soif et la faim, respectivement première et troisième source d'inconfort en salle de surveillance post interventionnelle, n'influençaient pas de manière significative le fait de se sentir prêt à rentrer à domicile.

DISCUSSION

Cette étude réalisée à partir d'un échantillon de 138 patients avait pour objectif principal d'évaluer le vécu et la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire, de la consultation d'anesthésie à la sortie de l'hôpital en post opératoire.

La réalisation de cette enquête retrouvait un taux de réponse de 53,3%. Les taux de réponse sont variables en fonction des études et du mode de recueil de données. Notre résultat est inférieur à celui de l'étude de Canoui [6] (67%) mais est supérieur à celui qu'on peut obtenir suite à une enquête par courrier (38%) [15].

I. Caractéristiques des patients

Dans notre étude, l'âge médian des patients était de 43 ans et le nombre de femmes était environ 2 fois plus élevé que celui des hommes. Ces chiffres n'étaient pas similaires à ceux retrouvés dans l'étude de F. Canoui [6] de 2008 évaluant la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire dans laquelle le pourcentage d'hommes était de 57% et l'âge médian de 55,8 ans. [6] Dans notre enquête, la chirurgie gynécologique représentait 33,3% de l'ensemble des spécialités. Cette proportion élevée pourrait expliquer en partie la sur représentation des femmes.

Quatre-vingt-dix-sept pourcent des patients inclus entraient dans les classes 1 et 2 de la classification de l'ASA. Aucun patient n'entrait dans la classe 4. Ces résultats sont corrélés aux critères d'éligibilité à l'ambulatoire. En effet, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [7] recommande que seuls les patients de statut ASA 1, 2 ou 3 stables soient éligibles à l'ambulatoire.

II. Avant le bloc opératoire

L'attente avant l'intervention était jugée assez longue à trop longue par près d'un quart des patients. Les délais d'attente avant une intervention sont variables et dépendent de plusieurs facteurs. Par exemple, la prolongation inattendue d'une chirurgie peut entrainer un retard sur le programme opératoire. L'heure de convocation des patients entrant en ambulatoire est aussi un élément important à prendre un compte. Certains patients se plaignaient d'avoir été convoqués à 7h30 et de ne passer au bloc qu'à 13h. L'état d'esprit et l'anxiété des personnes peuvent également perturber la notion du temps, le jugeant anormalement long. Cependant, dans notre étude, le délai d'attente n'entrainait pas d'insatisfaction sur la prise en charge anesthésique ou sur le mode d'hospitalisation en ambulatoire.

III. Au bloc opératoire

La perfusion était considérée comme la principale source d'inconfort [8]. La question telle qu'elle était posée ne permettait pas de préciser à quel moment la douleur apparaissait (à la pose de la perfusion ou lors de l'injection de produit) et si des mesures préventives avaient été mises en œuvre pour anticiper cet inconfort. En effet, la perfusion de médicaments dans la veine peut entrainer des douleurs. C'est notamment le cas pour le propofol qui est un hypnotique couramment utilisé en anesthésie. Ce médicament et la douleur qu'il provoque à son injection ont fait l'objet de nombreuses études. Des solutions sont proposées afin de réduire cette douleur, comme l'adjonction de lidocaine ou de kétamine. [9] En ce qui concerne la douleur lors de la pose de la voie veineuse périphérique, différentes pratiques peuvent être mises en place comme l'application d'une crème anesthésiante avant la mise en place de la perfusion ou des techniques d'hypnoanalgésie.

Le froid est un facteur souvent retrouvé dans l'insatisfaction des patients et arrive même en tête dans une étude de 2014 évaluant le vécu et le souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en SSPI. [8] Dans cette étude, il est précisé que le système de réchauffement est pourtant très largement utilisé. Notre enquête

confirmait que le froid était une source importante d'inconfort, mais ne nous renseignait pas sur l'utilisation d'un système de réchauffement et notamment sur sa mise en place dès l'arrivée en salle du patient, ou encore sur la température de la salle d'intervention. Ces paramètres seraient à prendre en compte dans le cadre d'une étude ultérieure afin de déterminer si le réchauffement actif des patients diminue de manière significative leur sensation de froid ou bien si cette sensation reste présente malgré la mise en place d'un système de réchauffement.

L'angoisse pré opératoire modérée à très importante concernait près du quart des patients inclus dans cette étude. Une prémédication à visée anxiolytique avait été prescrite à 41,9% des personnes recrutées ; 7,5 % des patients jugeaient cette prémédication inefficace ou peu efficace. Cependant, il n'existait pas de corrélation significative entre l'intensité de l'anxiété pré opératoire et la prise, ou non, d'une prémédication. En effet, la majorité des patients n'ayant pas reçu de traitement anxiolytique ne se plaignaient pas d'une angoisse intense. L'anxiété pré opératoire, liée à l'appréhension d'une intervention, n'est pas à minimiser. Elle peut en effet entrainer des complications médicales et psychologiques, surtout si cette anxiété est majeure. Pourtant, il n'existe pas d'échelle d'évaluation de l'anxiété aigue validée en France, ce qui empêche les professionnels de santé de prendre en charge ces troubles de manière optimale et d'identifier précisément les patients à risque. [10]

Bien que la perfusion, le froid et l'anxiété aient été les trois sources d'inconfort les plus importantes au bloc opératoire, aucune n'entrainait une diminution de la satisfaction de la prise en charge anesthésique ou du mode d'hospitalisation en ambulatoire de manière significative.

IV. SSPI

Le taux de satisfaction en SSPI était particulièrement élevé. 99,3% des patients estimaient que les conditions de séjour en SSPI avaient été bonnes à excellentes bien qu'ils aient pu ressentir de l'inconfort comme la soif, la douleur et la faim.

La soif est une gêne souvent décrite par les patients en post opératoire. [11] Avant une intervention chirurgicale, un jeûne doit être respecté afin de diminuer le risque de vomissements et d'inhalation bronchique. Ce jeûne est de 6 h pour les solides et de 2 h pour les liquides clairs, en l'absence de contre-indication. En post opératoire, il n'existe actuellement que quelques recommandations en France concernant l'autorisation de boire et de manger. [11] L'autorisation de boire précède généralement celle de manger et le délai est prolongé quand le patient a été intubé. Une étude est en cours au Centre Hospitalier de Poitiers évaluant les conséquences d'une reprise précoce des boissons. Elle consiste à comparer un groupe pouvant boire dès la salle de surveillance post interventionnelle et un groupe autorisé à boire à H+4 en cas de ML et H+6 en cas d'IOT. Les résultats de cette étude permettront peut-être de démontrer qu'une reprise précoce des liquides n'entraine pas plus de complications post opératoire et ainsi faire évoluer les pratiques. La soif pourrait donc devenir une source d'inconfort moins fréquente. Il est à noter cependant que dans notre étude la faim et la soif n'influençaient pas de manière négative la satisfaction de la prise en charge anesthésique ni le mode d'hospitalisation en ambulatoire.

Une douleur légère à intense a été ressentie en SSPI par 61,2% des patients. Quatre-vingt-onze pourcent des patients estimaient que les mesures mises en place par le personnel de SSPI pour remédier à leur inconfort avaient été efficaces. Ces deux chiffres correspondent à ceux retrouvés dans la littérature [8]. Nous pouvons donc dire que la prise en charge de la douleur était satisfaisante. D'ailleurs, les patients ayant présenté une douleur n'étaient pas insatisfaits par la prise en charge anesthésique. En revanche, la douleur affectait de manière significative la capacité des patients à se sentir prêts à rentrer chez eux et entrainait une insatisfaction du mode d'hospitalisation en ambulatoire.

Les patients se plaignaient peu de nausées et vomissements post opératoires. Une étude de 2008 révélait que les principales sources d'insatisfaction après une chirurgie ambulatoire étaient la douleur et les NVPO, l'incidence des NVPO étant d'environ 30% [12]. Dans notre étude, l'incidence était beaucoup plus faible ; les nausées ont incommodé 8% des patients et seul 4,4% ont présenté des vomissements. Ce taux est très bas d'autant que l'étude n'incluait pas les anesthésies loco régionales (technique qui tend à diminuer l'incidence des NVPO). Les NVPO sont le résultat de plusieurs facteurs liés à l'anesthésie, à la chirurgie et au patient. Le score d'Apfel et la présence ou non d'une prévention NVPO n'ont

pas été recherchés dans cette étude. Il serait intéressant de connaitre ces éléments afin de déterminer si les patients présentaient peu de facteurs de risque ou si ’il existait un dépistage efficace des personnes à risque et une mise en place optimale d’une prévention NVPO.

V. Avant la sortie

Les patients hospitalisés placent la communication avec les professionnels de santé au cœur de leur prise en charge. Pourtant, l’importance de l’information au patient est sous-estimée par les anesthésistes [13]. Dans notre enquête, seuls 3,8% des patients jugeaient les informations données avant leur sortie peu suffisantes, et seulement 5,1% étaient moyennement satisfaits par la consultation d’anesthésie. Nous pouvons donc penser que les patients avaient reçu l’information qu’ils espéraient et qu’ils étaient satisfaits par la communication avec les professionnels de santé. Cependant, l’étude n’incluait pas la relation des patients avec leur chirurgien.

Au final, aucune source d’inconfort ne rendait la prise en charge anesthésique moins satisfaisante. Le taux de satisfaction était très élevé et correspondait à celui retrouvé dans la littérature. [6] Un des intérêts de cette étude était de déterminer les principales plaintes des patients. Les résultats de l’enquête démontraient que certaines sources d’insatisfaction étaient récurrentes mais nécessitaient d’être explorées (prévention NVPO, utilisation d’un système de réchauffement, administration des antalgiques…) afin de proposer de réelles pistes d’amélioration.

La satisfaction du mode d’hospitalisation en ambulatoire était très bonne mais légèrement inférieure à celle concernant la prise en charge anesthésique. Cette différence de contentement n’était pas majeure mais permet de soulever quelques remarques. Que veut dire pour les patients « prise en charge anesthésique » ? Par exemple, la présence d’une douleur en post opératoire ne remet pas en question pour les patients la prise en charge anesthésique, mais influence la satisfaction du mode d’hospitalisation en ambulatoire. Dans le cadre d’une chirurgie, les patients sont plus angoissés par l’anesthésie que par la chirurgie elle-même. En tenant compte de ceci, les patients estiment-ils que la

prise en charge anesthésique est satisfaisante dans la mesure où aucun événement grave ne se produit ? [14]

Par ailleurs, nous pouvons remarquer que les patients n'évoquaient que très peu l'anesthésie dans leurs commentaires libres. Ils mentionnaient surtout les conditions d'accès au CHU, le bruit et saluaient l'efficacité et la gentillesse du personnel, tous services confondus.

VI. Limites et biais de l'étude

Tout d'abord, le nombre de questionnaires recueilli représentait une limite à notre étude. L'inclusion de patients supplémentaires aurait peut-être permis de trouver plus de résultats significatifs et ainsi confirmer les tendances mises en évidence par l'enquête ou dégager d'autres critères à l'origine d'une insatisfaction.

De plus, les patients devaient être en mesure de répondre au questionnaire de manière autonome. Ainsi, les patients qui n'avaient pas leurs lunettes, qui ne savaient pas lire, qui ne parlaient pas français ou qui n'avaient pas la force de répondre tout seul n'ont pas pu être inclus dans l'étude.

En outre, cette enquête évaluait la satisfaction des patients le jour même de leur intervention. Le contentement des personnes hospitalisées évoluant avec le temps, il aurait été utile de les réinterroger 30 jours après leur intervention. En effet, l'international association for ambulatory surgery recommande de collecter les données à au moins deux instants différents ; en post opératoire immédiat et plus tard, à un mois, pour évaluer la satisfaction globale. [1] L'organisation et la réalisation d'une enquête téléphonique sont très chronophages et n'étaient pas compatibles avec le temps imparti à la réalisation de notre étude.

Ce travail n'incluait que les patients ayant subi une AG ou une rachi anesthésie. Afin d'évaluer de manière globale la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique, il serait intéressant d'inclure tous les patients ; ceux ayant bénéficié d'une ALR et peut-être adapter le questionnaire aux enfants.

Par ailleurs, nous pouvons envisager que les personnes ayant présenté de fortes douleurs en post opératoire ou les personnes très mécontentes n'avaient pas souhaité répondre à l'enquête. Le taux de satisfaction très élevé pouvait être surévalué si les personnes insatisfaites n'avaient pas répondu.

Ensuite, il existe peu d'études dans la littérature concernant la satisfaction des patients spécifiquement sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire. En effet, les enquêtes réalisées auprès des patients par les hôpitaux lors de leur sorties portent sur l'accueil, le confort hôtelier, les diverses prestations et sur leur appréciation globale. Les résultats que nous avons obtenus étaient donc difficilement comparables à d'autres études.

Enfin, les sources d'inconfort au bloc opératoire et en SSPI étaient clairement identifiées. Cependant la mise en œuvre ou non de moyens de prévention n'était pas précisée dans cette étude. Pour aller plus loin dans l'analyse de la satisfaction des patients, il serait intéressant de mettre en relation leurs sources d'insatisfaction et les soins qui leur ont été délivrés. Ceci permettrait de déterminer si les actions mises en place sont efficaces, de les perfectionner ou de dégager des axes d'amélioration.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les données de la littérature montrent que le niveau de satisfaction lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire est très élevé. Notre étude va dans ce sens, avec un taux de satisfaction de la prise en charge anesthésique à 96% et un taux de satisfaction du mode d'hospitalisation en ambulatoire à 89%.

Nous voulions essayer de déterminer des facteurs de risque d'insatisfaction au cours des différentes étapes de la prise en charge ambulatoire. Bien que plusieurs sources d'inconfort aient été mises en évidence, nous ne retrouvons pas dans notre étude de facteurs contribuant de manière significative à une baisse de satisfaction de la prise en charge anesthésique. Seule la douleur compromet significativement la satisfaction des patients concernant le mode d'hospitalisation en ambulatoire en minorant le sentiment d'être prêt à rentrer chez soi.

L'international association for ambulatory surgery considère la satisfaction des patients comme un des indicateurs de l'efficacité globale de la chirurgie ambulatoire et définit 3 éléments pouvant influencer la satisfaction : la structure de l'institution où se déroule la chirurgie, le processus qui permet au soin d'être délivré et les critères d'efficacité et de sécurité.

La France est en retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Cette difficulté de développement est multifactorielle (dimension médicale avec critères d'éligibilité à redéfinir et pertinence de l'hébergement, dimension organisationnelle avec des structures inadaptées [1]). Notre étude vient confirmer que le taux de satisfaction des patients suite à une chirurgie ambulatoire est très bon (même si notre enquête n'évaluait pas le confort hôtelier, les locaux…). Ce niveau élevé de satisfaction est un argument positif non négligeable pour le développement de ce type de structure.

Au vu de cette étude, il pourrait être désormais intéressant d'étudier plus précisément chacune des sources d'inconfort identifiées ainsi que les moyens concrètement mis en œuvre pour y palier afin d'essayer d'optimiser encore cette prise en charge et de tendre vers une satisfaction maximale.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Haute Autorité de Santé. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire-Socle de connaissances, Synthèse. Paris : HAS, 2012.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242334/chirurgie-ambulatoire-socle-de-connaissances (consulté le 12.11.2014)

[2] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. La chirurgie ambulatoire. Une urgence pour le présent. Paris : SFAR, 2012.
Disponible sur : http://www.sfar.org/article/922/la-chirurgie-ambulatoire-une-urgence-pour-le-present (consulté le 15.11.2014)

[3] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996. P.6324.
Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr. (Consulté le 06.01.2015)

[4] Pourin C, Barberger-Gateau P, Michel P, Salomon R. La mesure de la satisfaction des patients hosptalisés.1ère partie : aspects conceptuels. Jl Eco Méd 1999 ; 17 : 102-113

[5] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 51e congrès de la Sfar. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. Paris : SFAR, 2009.
Disponible sur : http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html (consulté le 06.01.2015)

[6] Canoui-Poitrine F et al. Evaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. Pratiques et organisation des soins 2008 ; 39 : 323-330

[7] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Recommandations formalisées d'experts, Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Paris : SFAR, 2009.
Disponible sur : http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rfe_ambulatoire2009.pdf (consulté le 13.03.2015)

[8] Lagant C, Sukami M, Fournier C, Delafosse C,Lebail M, Galand P, Keita 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 Réanim 2014 ; 33 : A416-A417

[9] Lembert N, Wodey E, Geslot D, Ecoffey C, Prevention of pain on injection of propofol in children : comparison of nitrous oxide with lidocaine. Ann Fr Anesth Reanim 2002 ; 21(4):263-270

[10] Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D, L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. Ann Méd-psycho 2010 ; 168 : 588-592

[11] Vigneau F, Loupec T, Frasca D, Mimoz O, Debaene B, Délais de jeûne postopératoire : état des lieux des pratiques françaises. Ann Fr Anesth Réanim 2014, 33 : A160-A161

[12] Diemunsch P, Conférence d'experts – Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires, Ann Fr Anesth Réanim 2008 ; 27 : 866-878

[13] Fung D, Cohen M, What do outpatients value most in their anesthesia care ? Can J Anaesth 2001 ; 48 : 12-19

[14] Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction : a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997 ; 45 :1829-43

[15] Institut Curie. Chirurgie ambulatoire : les patients très favorables. Paris : 2014. Disponible sur : http://curie.fr/actualites/chirurgie-ambulatoire-patients-tres-favorables-005663 (consulté le 2.06.2015)

ANNEXES

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être hospitalisé dans le service de Chirurgie Ambulatoire du CHU de Poitiers. Désirant vous apporter des soins d'une qualité en constante progression, nous sommes en permanence à la recherche d'améliorations. Nous avons choisi de nous intéresser en particulier à votre vécu sur la prise en charge anesthésique pour votre intervention en ambulatoire.

Ce questionnaire de satisfaction vous est donc proposé afin d'évaluer la qualité de votre prise en charge. Les informations que vous écrirez resteront strictement confidentielles. Afin de faciliter le recueil des questionnaires, nous vous prions de bien vouloir le compléter et le rendre aux secrétaires avant de quitter le service.

Nous vous remercions de votre participation et vous souhaitons un bon rétablissement.

Nom :……

Prénom :……

Date : ……/……/……

Type d'intervention :……

Vous êtes :

□ Agriculteur exploitant
□ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
□ Cadre et profession intellectuelle supérieure
□ Profession intermédiaire
□ Employé
□ Ouvrier
□ Retraité
□ Sans activité professionnelle

1) Avant l'opération d'aujourd'hui, aviez-vous déjà été opéré?

□ Non

□ Oui : quels souvenirs en gardiez-vous? □ Excellents □ Très bons □ Bons □ Moyens □ Mauvais

AVANT L'OPERATION

2) Pour cette intervention, êtes-vous satisfait de la consultation d'anesthésie (information donnée, accueil et disponibilité du personnel, mise en confiance)?

□ Très satisfait □ Satisfait □ Moyennement satisfait □ Peu satisfait □ Pas satisfait

3) Etiez-vous angoissé avant l'intervention?

□ Aucune angoisse □ Angoisse faible □ Angoisse modérée □ Angoisse importante

□ Angoisse très importante

4) Si vous avez pris une prémédication (médicament pour vous détendre avant l'opération), celle-ci a-t-elle été efficace?

□ Très Efficace □ Efficace □ Moyennement efficace □Peu efficace □ Pas efficace

□ Non concerné

5) Comment jugez-vous le temps d'attente avant de rentrer au bloc opératoire?

□ Pas d'attente □ Attente peu longue □ Attente assez longue □ Attente longue □ Attente trop longue

6) Comment jugez-vous les conditions d'attente? (intimité, installation, information, confort…)

□ Excellentes □ Très bonnes □ Bonnes □ Moyennes □ Mauvaises

AU BLOC

7) Au bloc opératoire, avez-vous ressenti une ou plusieurs sensations désagréables ou inconfort ? Estimez l'intensité de votre gêne en entourant un chiffre entre 0 (aucune gêne) et 4 (gêne très importante)





□ Installation	0	1	2	3	4
□ Froid	0	1	2	3	4
□ Douleur	0	1	2	3	4
□ Angoisse	0	1	2	3	4
□ Intimité	0	1	2	3	4

□ Perfusion	0	1	2	3	4
					
□ Bruit	0	1	2	3	4
□ Autre:	0	1	2	3	4

8) Comment jugez-vous vos conditions d'endormissement et/ou votre confort pendant l'opération?

□ Excellentes □ Très bonnes □ Bonnes □ Moyennes □ Mauvaises

LE REVEIL

9) En salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil), avez-vous ressenti une ou plusieurs sensations désagréables ou inconfort ? Estimez l'intensité de votre gêne en entourant un chiffre entre 0 (aucune gêne) et 4 (gêne très importante)

					
□ Soif	0	1	2	3	4
□ Faim	0	1	2	3	4
□ Nausée	0	1	2	3	4
□ Vomissement	0	1	2	3	4
□ Douleur	0	1	2	3	4
□ Envie d'uriner	0	1	2	3	4
□ Froid	0	1	2	3	4
□ Chaud	0	1	2	3	4
□ Maux de gorge	0	1	2	3	4
□ Mauvaise installation	0	1	2	3	4
□ Bruit	0	1	2	3	4
□ Autre :……	0	1	2	3	4

□ Aucun désagrément

10) Comment jugez-vous les actions mises en place par le personnel pour y remédier?

□ Très efficaces □ Efficaces □ Moyennement efficaces □ Peu efficaces □ Pas du tout efficaces

11) Comment jugez-vous les conditions de votre séjour en salle de réveil?

□ Excellentes □ Très bonnes □ Bonnes □ Moyennes □ Mauvaises

AVANT LA SORTIE

12) Estimez-vous suffisantes les informations données avant votre sortie (consignes post-opératoires, rappel de la conduite à tenir en cas de problème)?

□ Très suffisantes □ Suffisantes □ Peu suffisantes □ Insuffisantes □ Très insuffisantes

13) Vous sentez-vous prêts à rentrer chez vous?

□ Tout à fait prêt □ Prêt □ Moyennement prêt □ Peu prêt □ Pas du tout prêt

14) Dans l'ensemble, comment jugez-vous la prise en charge anesthésique? (consultation d'anesthésie, endormissement, réveil)

□ Très satisfaisante □ Satisfaisante □ Assez satisfaisante □ Peu satisfaisante □ Pas du tout satisfaisante

15) Etes-vous satisfait du mode d'hospitalisation en ambulatoire? (entrée le matin de l'opération, sortie le jour même)

□ Très satisfait □ Satisfait □ Assez satisfait □ Peu satisfait □ Pas du tout satisfait

16) Au final, vous trouvez cette prise en charge :

□ Beaucoup mieux qu'attendu □ Un peu mieux qu'attendu □ Autant qu'attendu

□ Un peu moins bien qu'attendu □ Beaucoup moins bien qu'attendu

Commentaires libres (événement marquant, points positifs, points négatifs) :

……

……

……

……

……

Nous vous remercions d'avoir pris quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. N'oubliez pas de le rendre aux secrétaires avant de partir.

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

2013-2015

QUID DE LA SATISFACTION DES PATIENTS SUR LA PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE ?

Enquête au CHU de Poitiers

Aujourd'hui, pour des raisons essentiellement budgétaires, les hôpitaux souhaitent, avec l'appui de la Haute Autorité de Santé, développer la chirurgie ambulatoire et ainsi rattraper son retard. La prise en charge anesthésique est une étape clé de l'hospitalisation en ambulatoire et l'évaluation de la satisfaction est un indicateur de la qualité des soins.

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire, de la consultation d'anesthésie à la sortie de l'hôpital en post opératoire. L'objectif secondaire était d'évaluer le degré des différentes sources d'inconfort en per opératoire et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle. Il s'agissait d'une étude épidémiologique, prospective et descriptive à partir d'un questionnaire de satisfaction à questions fermées. Elle s'est déroulée du 12 février 2015 au 3 avril 2015 dans le service de chirurgie ambulatoire du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Au total, 138 questionnaires étaient exploitables, ce qui correspondait à un taux de réponse de 53,3%. Le taux de satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique était de 96% et celui sur le mode d'hospitalisation en ambulatoire de 89%. Des sources d'inconfort ont été clairement identifiées au bloc opératoire (perfusion, froid et anxiété) ainsi qu'en SSPI (soif, douleur et faim). Aucune de ces gênes n'altérait de manière significative la satisfaction des patients sur l'anesthésie. Seule la douleur compromettait la capacité des patients à se sentir prêts à rentrer chez eux et entrainait une insatisfaction du mode d'hospitalisation en ambulatoire.

La majeure partie des patients étaient très satisfaits de l'anesthésie et de leur hospitalisation en ambulatoire. Ce niveau élevé de satisfaction est un argument positif non négligeable pour le développement de ce type de structure.

Mots clés :

Satisfaction, anesthésie, chirurgie ambulatoire, SSPI, bloc opératoire, douleur.

Auteur : Lorène Ory

Directeur de mémoire : Dr Elsa Carise

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

PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2013-2015

WHAT IS THE SATISFACTION OF PATIENTS IN AMBULATORY SURGERY WITH ANAESTHESTIC CARE ?

A Study carried out in Poitiers University Hospital

Today, and essentially for financial reasons, hospitals in France aim to develop ambulatory surgery with the support of the Health Authorities and therefore catch up with the rest of Northern Europe. Anaesthetic care is a key step in ambulatory surgery therefore to assess satisfaction is a means of assessing the quality of this care.

The first aim of this study was to evaluate patient satisfaction with anaesthetic care in ambulatory surgery, from the anaesthetic visit, via surgery, to the hospital discharge. The second aim was to assess the degree of different sources of discomfort in per op and recovery rooms. This epidemiological, prospective and descriptive study was carried out on the basis of a satisfaction close-ended questionnaire from 12th February to 3rd April 2015 in ambulatory surgery of Poitiers University Hospital.

138 questionnaires were exploitable, corresponding to a response rate of 53.3%.

As far as the satisfaction of patients concerning anaesthetic care was concerned, the rate was as high as 96% ; in ambulatory surgery , it was 89%.

Sources of discomfort were clearly identified in the operating theatre as the perfusion, cold and anxiety; in the recovery room they were thirst, pain and hunger.

None of these reasons significantly altered the satisfaction of patients with the anaesthesia. Pain was the only obstacle which compromised the patients' wish to be discharged, not feeling capable of dealing with the pain once alone at home, and so provoking a global dissatisfaction with ambulatory surgery.

Most patients were very satisfied with the way their ambulatory surgery took place. This high level of satisfaction is a positive argument for the promotion of developing such units in hospitals.

Keywords :

Satisfaction, anaethesia, ambulatory surgery, recovery room, operation room, pain.

Author : Lorène Ory

Supervisor : Dr Elsa Carise