

PLAN

INTRODUCTION	6
MATERIELS ET METHODES.....	9
I. Type de l'étude	10
II. Objectifs de l'étude	10
III. Lieux d'étude	10
IV. Sélection des patients.....	11
V. Collecte des données	12
VI. Questionnaire.....	12
VII. Limites d'étude	14
VIII. Considérations éthiques	14
RESULTATS	15
I. Données démographiques et épidémiologiques.....	16
A. Répartition des patients selon l'âge	16
B. Répartition des patients selon le sexe	17
C. Répartition des patients selon le type d'anesthésie	17
II. Programmation pré-opératoire.....	18
A. Evaluation de l'information médicale.....	18
1. Information sur la chirurgie	18
2. Information sur l'anesthésie	19
B. CPA	19
C. Préparation corporelle préopératoire.....	21
III. Niveau d'anxiété	22
A. Chirurgie	22
B. L'anesthésie.....	23
IV. Qualité de l'accueil au bloc opératoire.....	25

V. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire.....	26
VI. Evaluation des inconforts en SSPI.....	28
VII. Évaluation de qualité relationnelle du personnel	30
VIII. Évaluation des inconforts au niveau de l'unité d'hospitalisation conventionnelle ...	30
IX. Evaluation du transfert /brancardage et hygiene des locaux	32
X. Évaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en periopératoire	33
XI. Notre enquête en Images	34
DISCUSSION.....	40
I. Introduction	41
II. Préopératoire	42
1. Les qualités d'information	47
2. Importance de l'information médicale	48
1. Définition.....	51
2. Les degrés d'anxiété chez l'adulte.	51
3. Anxiété préopératoire est-elle pathologique.....	52
4. Facteur déterminant l'anxiété per-opératoire	53
III. Peroperatoire et bloc.....	56
A. Accueil au bloc	56
B. Sources de gênes ou d'inconforts au bloc opératoire	58
C. Douleur à la perfusion et à l'induction	60
1. Douleur à la perfusion.....	60
2. Douleur à l'induction.....	62
IV. Postoperatoire.....	63
A. Inconfort en SSPI.....	63
B. La douleur post-opératoire.....	65
1. Caractéristiques de la DPO :	65

2. Facteur de risque.....	65
3. Conséquences physiopathologique de la DPO :.....	67
4. Évaluation de la DPO	71
5. DPO en SSPI.....	73
6. Evaluation de la douleur tout au long du parcours postopératoire	74
C. Au niveau du l'unité d'hospitalisation conventionnelle	76
V. Qualité relationnelle	80
A. Les différentes caractéristiques de la communication dans la relation soignant – soigné.	81
1. L'empathie.	81
2. La congruence.....	83
3. La relation d'aide.....	83
4. Une place pour l'hypnose.	84
B. La communication en perioperatoire	85
1. La communication verbale	85
2. La communication non verbale	86
AXES D'AMELIORATION EET RECOMMANDATIONS	88
I. Préopératoire	89
II. AU BLOC	90
III. Post – opératoire	91
CONCLUSION.....	92
RÉSUMES	94
ANNEXES	103
BIBLIOGRAPHIE.....	110

Liste des abréviations

ASA	: American Society of Anesthesiologists
CPA	: Consultation préanesthésique
DPO	: Douleur post opératoire
EN	: Echelle numérique
IADE	: Infirmier anesthésique diplômé d'état
MAR	: Médecin anesthésiste réanimateur.
MEOPA	: Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote
NVPO	: Nausées vomissement post opératoire
SSPI	: Salle d'intervention post-interventionnelle
VPA	: Visite préanesthésique

INTRODUCTION

Au cours des 40 dernières années, la mortalité attribuable à l'anesthésie a été divisée par 100 [1]. Selon une enquête conjointe de la Société française d'anesthésie réanimation et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

La baisse de morbi/mortalité offre la possibilité de porter une attention plus importante à certains critères d'évaluation rapportés par les patients, mais classiquement perçus comme « secondaire » par les professionnels [2].

Le vécu périopératoire du patient fait partie de ces nouveaux indicateurs de résultats de l'anesthésie, d'autant plus légitimes que les indicateurs classiques, comme la mortalité, se sont considérablement modifiés ces dernières années.

Parallèlement, le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) a considérablement évolué, passant du « médecin de l'anesthésie » à un médecin de la période périopératoire reconnu dans l'intitulé de la discipline et spécialiste des risques [3]. Le MAR est, en effet, très largement impliqué dans le processus périopératoire pour l'évaluation préopératoire, la définition et l'optimisation des conditions préopératoires et peropératoires, la gestion moderne de l'anesthésie peropératoire, ainsi que le traitement et le parcours postopératoires.

Les anesthésistes sont donc confrontés à un changement de paradigme duquel émerge la nécessité de recourir à des analyses plus subjectives afin de continuer à améliorer leurs pratiques. [1]

La qualité des soins se définit 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 .

La satisfaction ainsi définie s'intègre dans le cadre plus large du «Patient Centered-Care », une approche selon laquelle le patient est intégré dans un nouveau modèle de décision médicale partagée [4].

La satisfaction des patients est un indicateur de qualité primordial à prendre en compte dans l'évaluation de nos pratiques , et consiste à être en adéquation avec les attentes des patients. Elle revêt un double caractère, celui d'un objectif en soit et celui un indicateur de qualité majeur à ranger aux côtés de la morbi-mortalité, de la douleur ou encore de la qualité de vie [1]. Pour atteindre ce niveau de pertinence, il reste toutefois à bien l'évaluer.

Les données bibliographiques nationales concernant la satisfaction des patients opérés étant extrêmement pauvres voire inexistantes, c'est pourquoi, on a décidé de mener une étude au niveau de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès évaluant la satisfaction des patients quant à leur prise en charge périopératoire entre mai et juillet 2021. Toutefois, il est à signaler les contraintes, tous azimuts, imposées par la 3^{ème} vague Covid19 qui sévissait dans notre pays durant la période de notre enquête.

MATERIELS ET METHODES

I. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective concernant 120 malades programmés au bloc opératoire central de l'hôpital Moulay Ismail Meknès durant deux mois du 15 mai au 15 juillet 2021 .

II. Objectifs de l'étude

A. Objectif général

Évaluation de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge périopératoire .

B. Objectifs spéciaux

- Identifier et hiérarchiser les différentes sources ou situations inconfortables occasionnant une gêne chez les patients.
- Proposer des axes d'amélioration de la qualité de soins répondant aux exigences des patients.

III. Lieux d'étude

Nous avons envisagé de mener cette étude au niveau de deux structures différentes Hôpital militaire Moulay Ismail, et Hôpital Mohamed 5 (CHP) mais vu des contraintes organisationnelles au niveau de ce dernier, on s'est limité à l'hôpital militaire Moulay Ismail.

IV. Sélection des patients

A. Les services inclus dans l'étude :

1. Service d'oto-rhino-laryngologie
2. Service chirurgie viscérale,
3. Service d'urologie,
4. Service de neurochirurgie,
5. Service de chirurgie thoracique,
6. Service de traumatologie,
7. Service de chirurgie maxillo-faciale
8. Service de chirurgie vasculaire
9. Service de gynécologie

Notre étude a porté sur les patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale en hospitalier dans les différents services ci-dessus.

B. Critères d'inclusion :

Tous les patients opérés au bloc central pour un motif chirurgical (programmé) dans les services précédemment cités.

C. Critères d'exclusion :

- Tout patient dont l'âge est inférieur à 15 ans.
- Les chirurgies ambulatoires notamment l'ophtalmologie .
- Patient non coopérant ou refusant .
- État de santé du patient ne permet pas un minimum d'interaction avec les questions posées.

V. Collecte des données

A partir d'un questionnaire distribué à chaque patient le lendemain de l'intervention chirurgicale sous AG ou ALR.

Le questionnaire a été distribué en main propre par la thésarde en personne, permettant un relevé immédiat des données sans intermédiaire, et des explications, si besoin, des items mal compris.

Le questionnaire de satisfaction a été rempli par 123 patients. Sur les 123 questionnaires remplis, 3 ont été exclus car incomplets. Au total, 120 questionnaires ont été exploitables.

Les résultats ont été, rapportés dans un tableau Excel®

VI. Questionnaire

- **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** : Programmation préopératoire constituée de 3 items
 - L'évaluation de l'information médicale reçue concernant la chirurgie et l'anesthésie
 - Evaluation de la CPA qualité d'accueil et temps d'attente
 - La préparation corporelle .
- **Partie 3** : 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 4** : 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 la SSPI.
- **Partie 5** : Prise en charge post-opératoire des patients aux niveau des services d'hospitalisation conventionnelle.
- **Partie 6** : Évaluation du brancardage et l'hygiène des locaux via une échelle (0 à 5)
- **Partie 7** : Évaluation de la satisfaction globale des patients tout au long de leur parcours périopératoire via une échelle quotée de 0 à 10.
- **Partie 8** : Question ouverte par rapport aux feedback/remarques /souhais /propositions des patients

VII. Limites d'étude :

- Contraintes conjoncturelles en rapport avec la pandémie Covid19.
- Refus des patients
- L'état psychoaffectif des patients en j1 post-opératoire et le retentissement physique.
- Durant le recueil des données on a observé que les patients surtout, militaire de carrière , ont plus de prudence par rapport à leur réponse évaluant le personnel ou l'état des locaux .A chaque fois ,il fallait rappeler le caractère anonyme de l'enquête ,qui vise surtout à améliorer la qualité du séjour périopératoire .

VIII. Considérations éthiques

Le respect de l'anonymat ainsi que la confidentialité ont été pris en considération lors de la collecte des données.

RESULTATS

I. Données démographiques et épidémiologiques

A. Répartition des patients selon l'âge

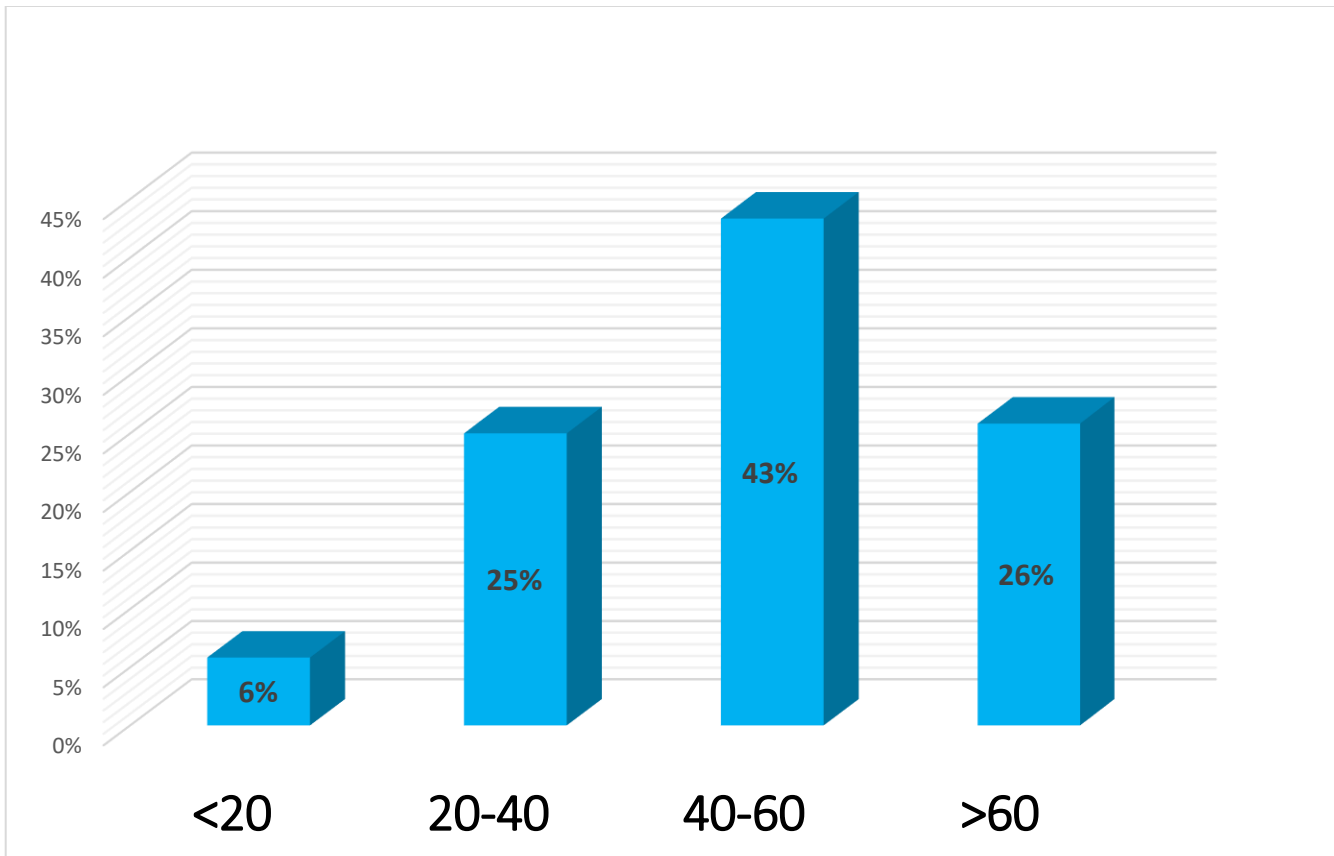


Figure 1. Pourcentage des patients opérés par tranche d'âge

Dans notre étude, la tranche d'âge jeune est la plus représentée avec :

- 31% des patients ayant moins de 40 ans
- 75% ayant moins de 60 ans.

Cela suggère donc une grande possibilité de coopérer et de rapporter toutes « les exigences » pour une meilleur qualité de prise en charge .

B. Répartition des patients selon le sexe

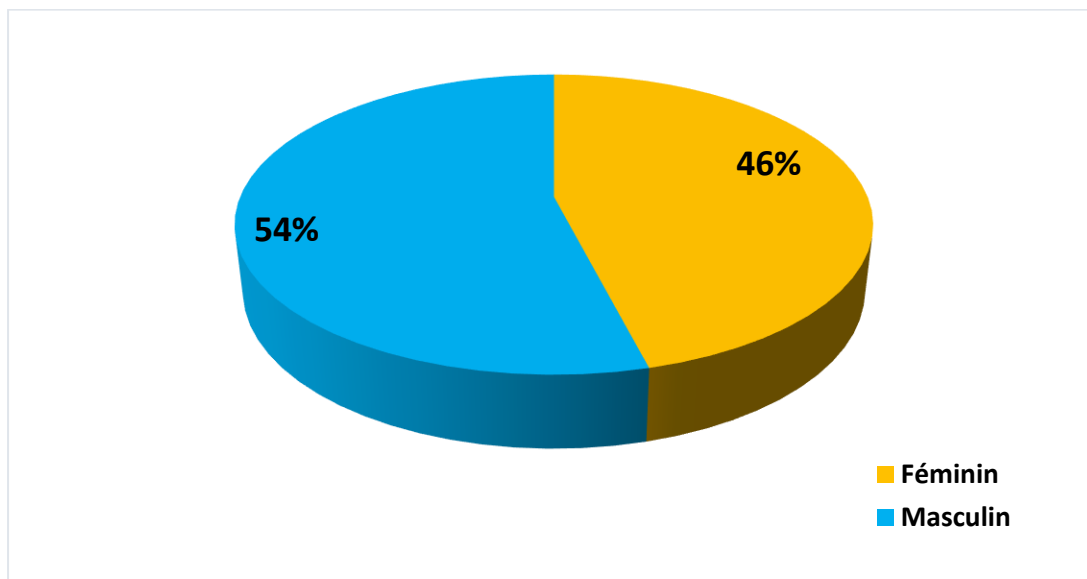


Figure 2. Répartition des patients selon le sexe

On note une prédominance masculine des patients interrogés et cela est expliqué essentiellement par la vocation militaire de notre établissement.

C. Répartition des patients selon le type d'anesthésie

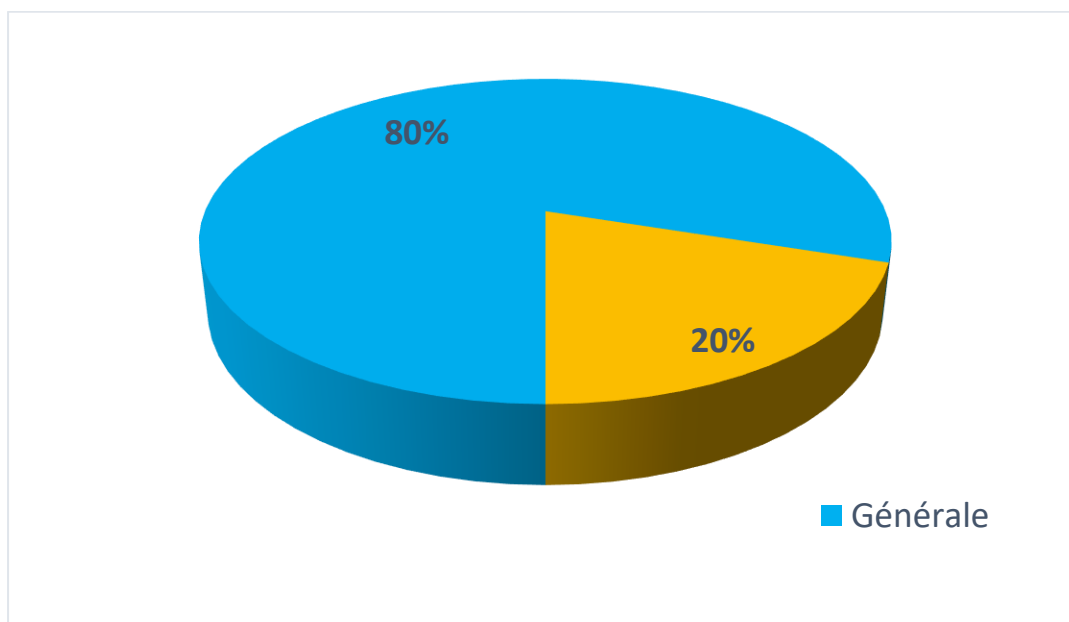


Figure 3. Répartition des patients selon le type d'anesthésie

La majorité des patients ont bénéficiés de leur acte opératoire sous anesthésie générale. Technique imposée par les contraintes chirurgicales

II. Programmation pré-opératoire

A. Evaluation de l'information médicale

L'information délivrée relative à la chirurgie ou l'anesthésie a été évaluée par les patients par une échelle numérique de 0 à 10

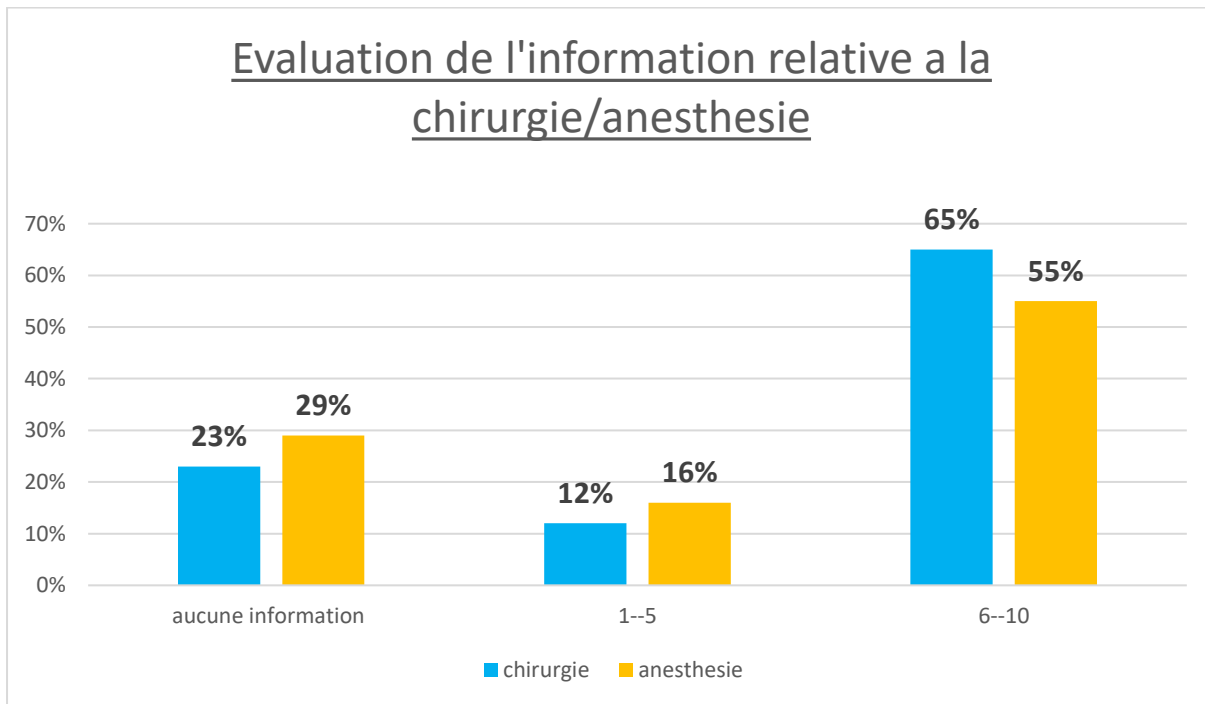


Figure 4. Evaluation de l'information

1. Information sur la chirurgie :

Parmi les patients interrogés :

- 23% des patients ont déclaré qu'ils n'ont reçu aucune information relative à leur chirurgie
- 12% des patients ont donné une moyenne inférieure ou égale à 5 à l'information délivrée
- 65% ont donné une moyenne >5

2. Information sur l'anesthésie :

- 29% des patient ont répandu qu'ils n'ont reçu aucune information à propos de l'anesthésie
- 16% des patients ont donné une moyenne inférieure ou égale à 5 à l'information délivrée
- 55% ont donné une moyenne >5

B. CPA

1. Évaluation de la qualité d'accueil :

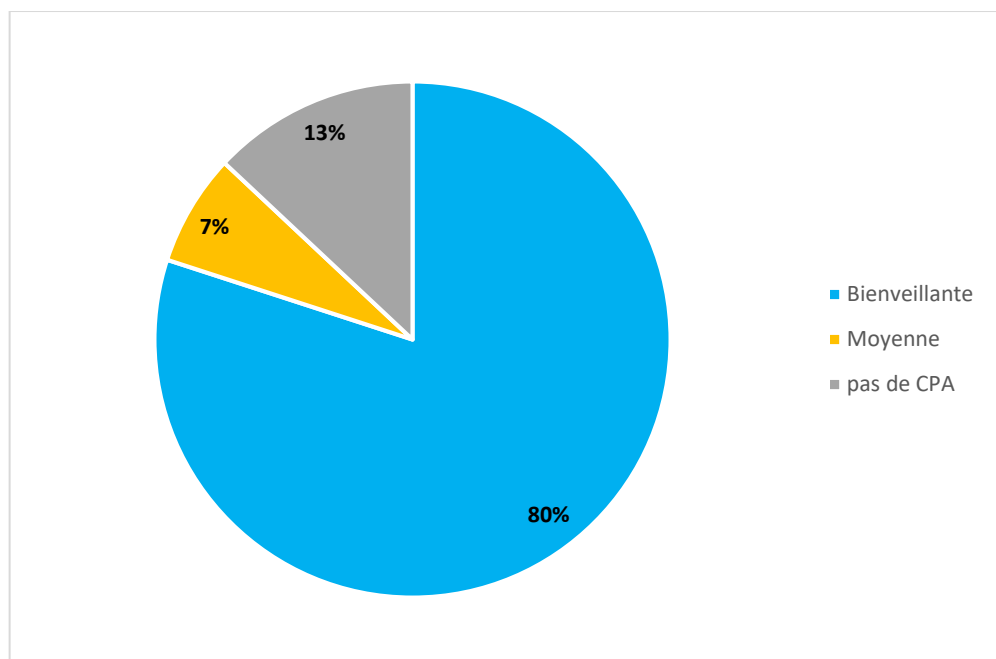


Figure 5. Évaluation de la qualité d'accueil au cours de la CPA

80% des patients ont jugé que la qualité d'accueil comme bienveillante ; 13% ont répandu qu'ils n'ont pas bénéficié d'une CPA tandis que 7% ont estimé que la qualité d'accueil est moyenne.

2. Évaluation du temps d'attente :

Parmi les patients qui ont bénéficié d'une CPA (n=103) :

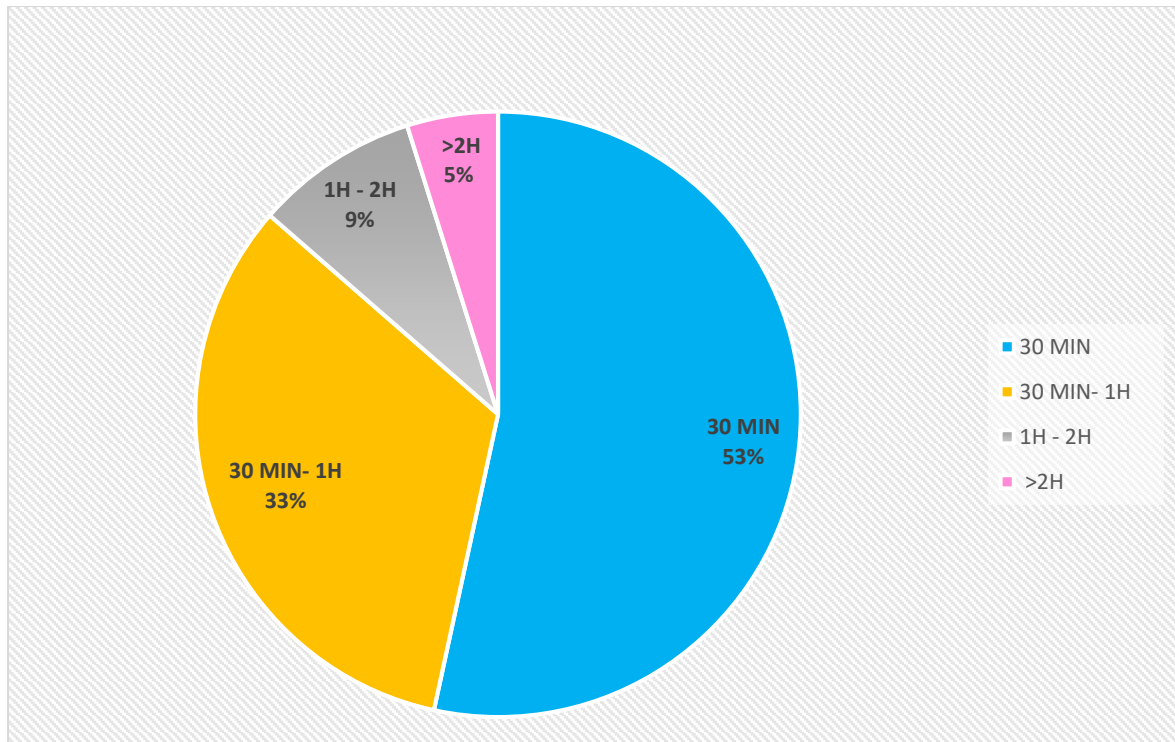


Figure 6. Evaluation du temps d'attente en CPA

C. Préparation corporelle préopératoire

La quasi-totalité des patients soit 118 patients ont répondu qu'ils n'ont pas bénéficié d'une douche/bain préopératoire et qu'ils se sont trouvés dans l'obligation de prendre leur douche à domicile avant l'admission.

On a opté pour l'évaluation de l'inconfort/gêne qui peuvent être générés par cette condition par une échelle numérique de 0 à 5

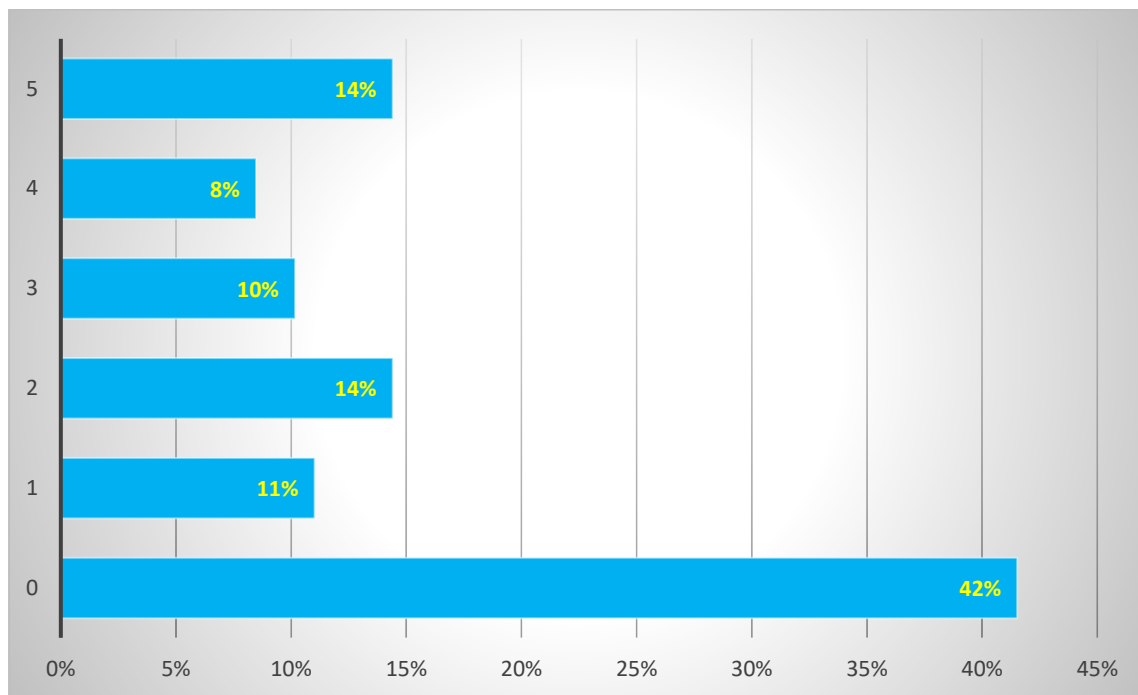


Figure 7. Evaluation de l'inconfort généré par absence de la douche pré-opératoire

58% des patients ont rapporté une gêne de degrés différentes par rapport à la non disponibilité de la douche /bain préopératoire à l'hôpital.

III. Niveau d'anxiété :

A. Chirurgie :

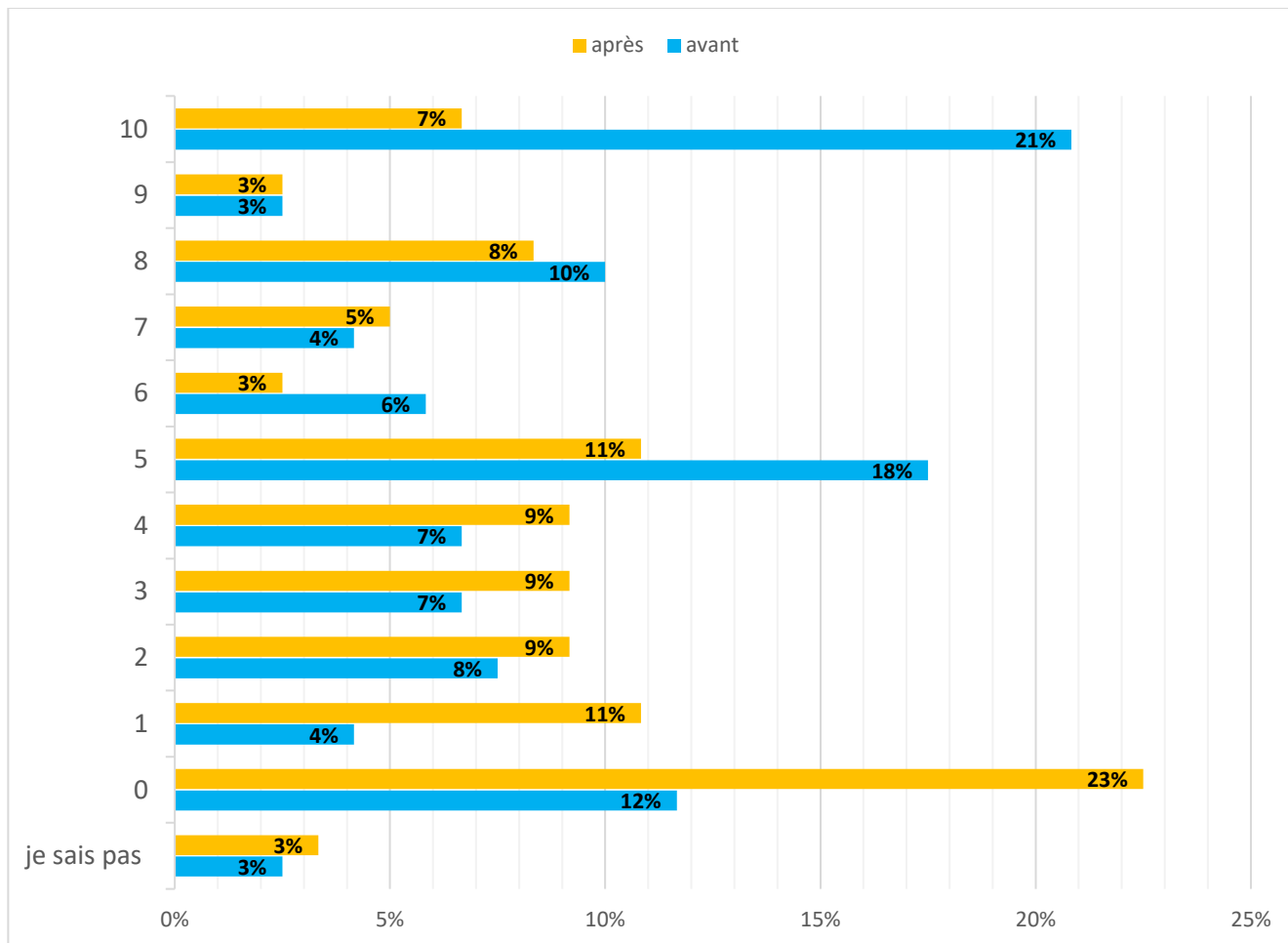


Figure 8. Evaluation du niveau de l'anxiété vis-à-vis de la chirurgie avant et après l'admission au bloc opératoire

B. L'anesthésie:

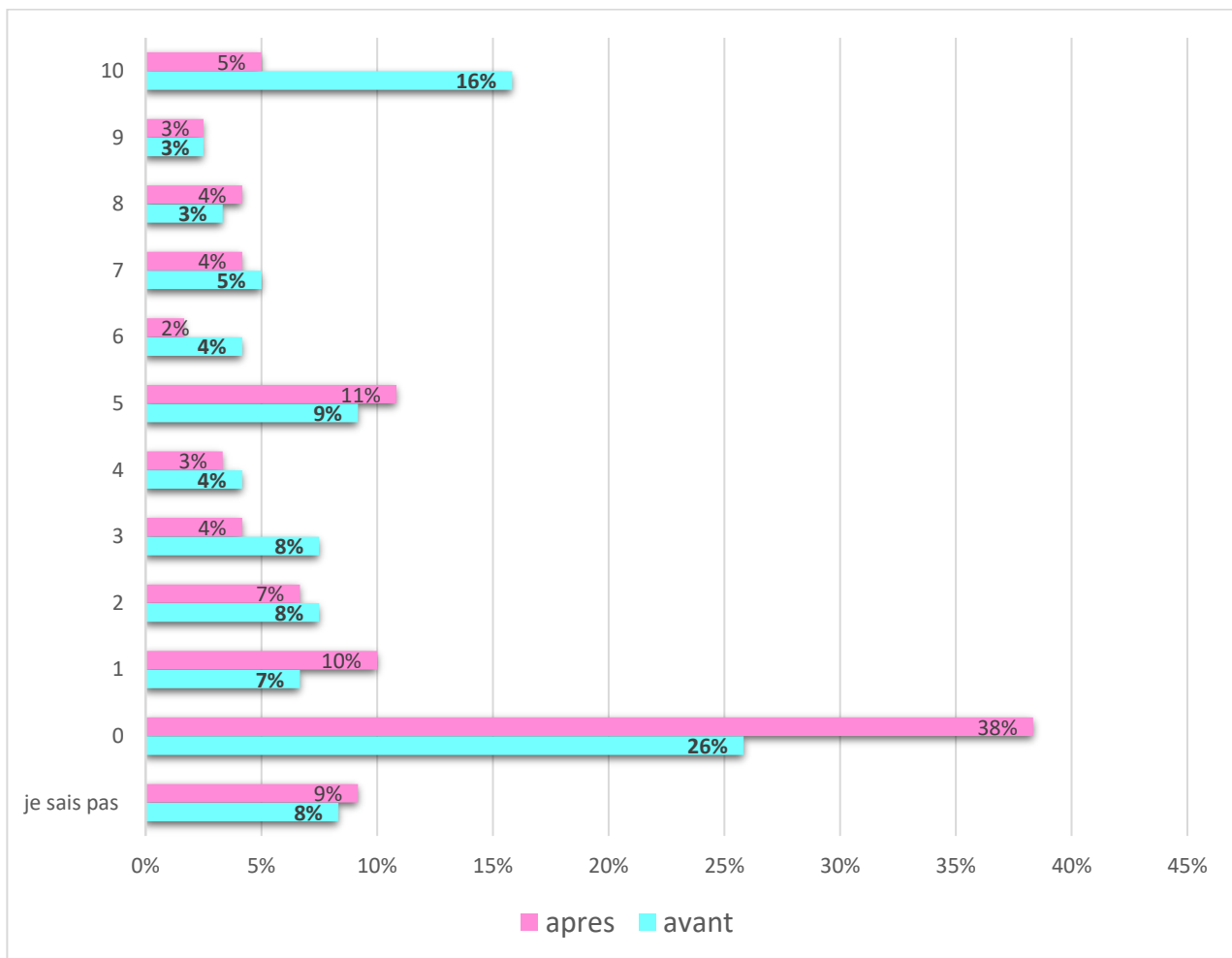


Figure 9. Evaluation du niveau de l'anxiété par vis-à-vis de l'anesthésie avant et après l'admission au bloc opératoire

L'analyse des résultats a pu mettre en évidence un niveau d'anxiété initial supérieur à 3/10 pour 69% des patients concernant la chirurgie et 44% par rapport de l'anesthésie.

Après la rencontre avec le personnel au bloc le niveau d'anxiété a nettement diminué (46% des patients concernant la chirurgie, et 32% vis-à-vis de l'anesthésie).

Nous nous sommes intéressés à la différence des genres ainsi pour la spécificité de la profession militaire par rapport au niveau d'anxiété.

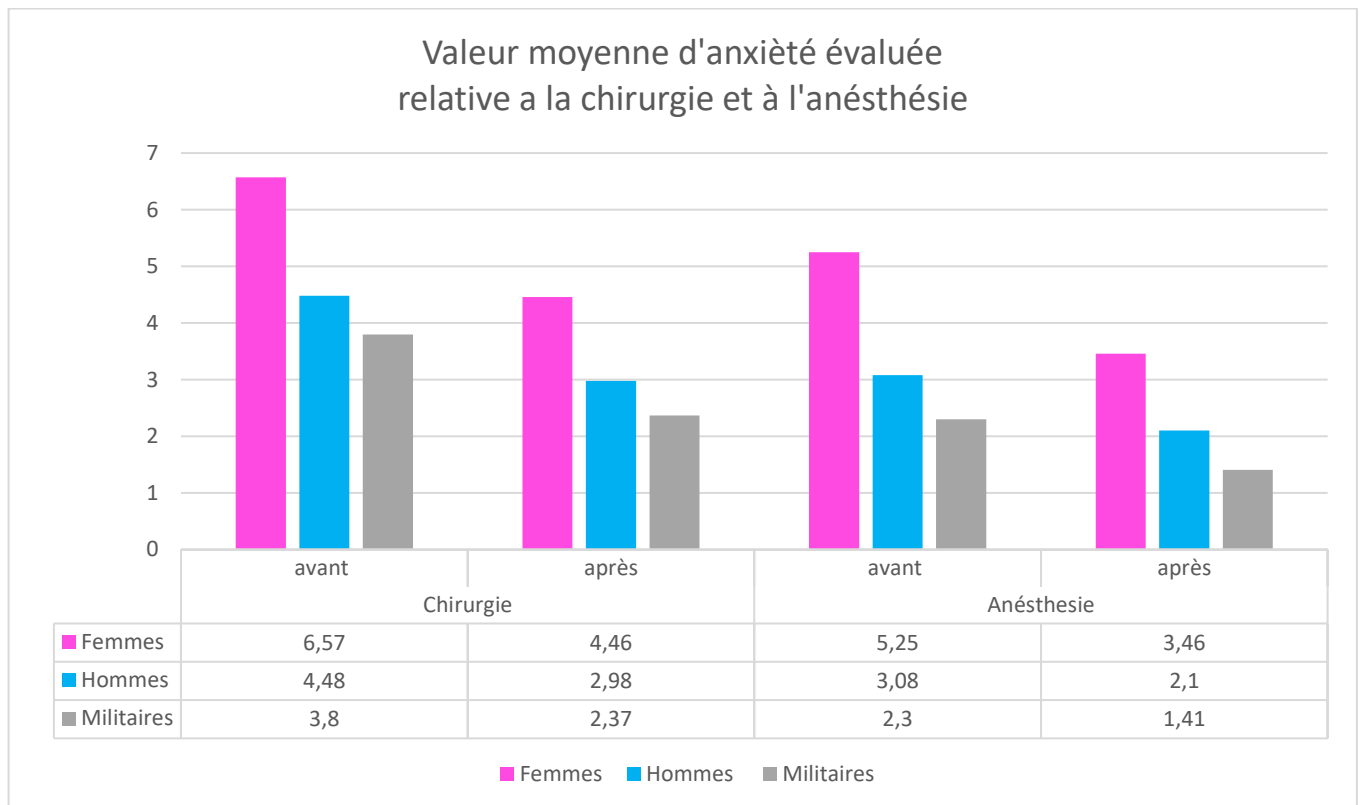


Figure 10. Valeur moyenne d'anxiété évaluée relative a la chirurgie et à l'anesthésie (avant* et apres* le contact avec le personnel soignant)

IV. Qualité de l'accueil au bloc opératoire

La qualité d'accueil par les équipes d'anesthésie au bloc opératoire a été jugée rassurante pour 94% des patients, angoissante pour 3 % d'entre eux, 2% ont considéré l'accueil comme étant indiffèrent.

Concernant l'écoute apportée par les professionnels, les patients l'ont évaluée suffisante pour 95% d'entre eux, insuffisante pour 1%, 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.

L'évaluation du champ libre des éléments angoissants met en avant le côté anxiogène que présente les locaux pour 5% des interrogés, le matériel du bloc (bistouri ,champs),l'intolérance du masque d'anesthésie lors de la pré oxygénation et le bruit au bloc durant le temps d'attente a gêné 4% des patients. La lumière aux plafonds des couloirs a suscité un désagrément pour 2% des interrogés.

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

Parmi les patients interrogés 22% n'ont pas été gênés par une quelconque source d'inconfort au sein du bloc opératoire. 78% ont par contre présenté des gênes de manière prépondérante : le froid (25% $\geq 3/5$), manque d'explication (21%), l'intimité et l'attente (19% $\geq 3/5$) (attente notamment dans le sas préanesthésique), confort d'installation et la non disponibilité du draps (13% $\geq 3/5$), le bruit (11% $\geq 3/5$), nombre du personnel (9% $\geq 3/5$), et enfin la lumière (7% $\geq 3/5$)

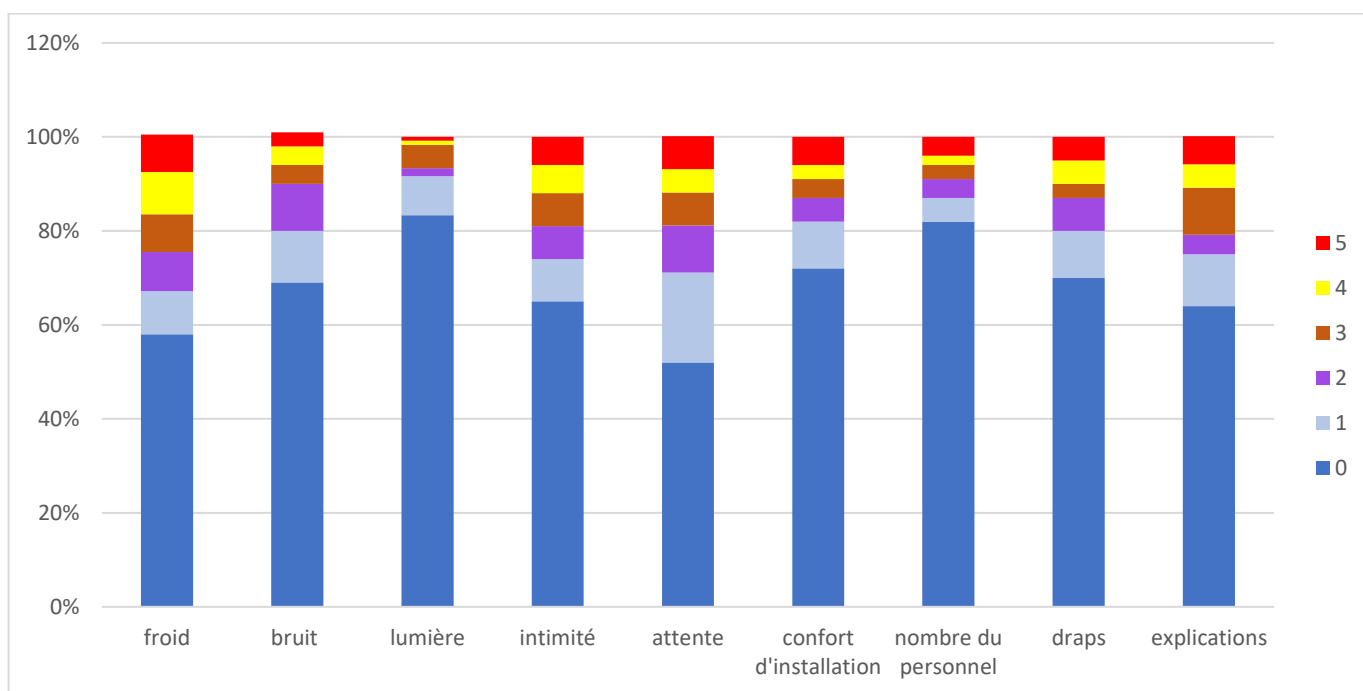


Figure 11. Evaluation des sources d'inconfort au bloc opératoire

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

44% des patients n'ont pas présenté de douleurs à la pose de la perfusion, 56% ont déclaré avoir eu mal. L'évaluation de la douleur sur une échelle numérique (EN) de 0 à 10 a été en moyenne de 3,9 /10.

13% des patients ont ressenti une douleur lors de l'induction à l'injection du propofol, avec une douleur moyenne évaluée à 5,8/10 sur l'échelle numérique.

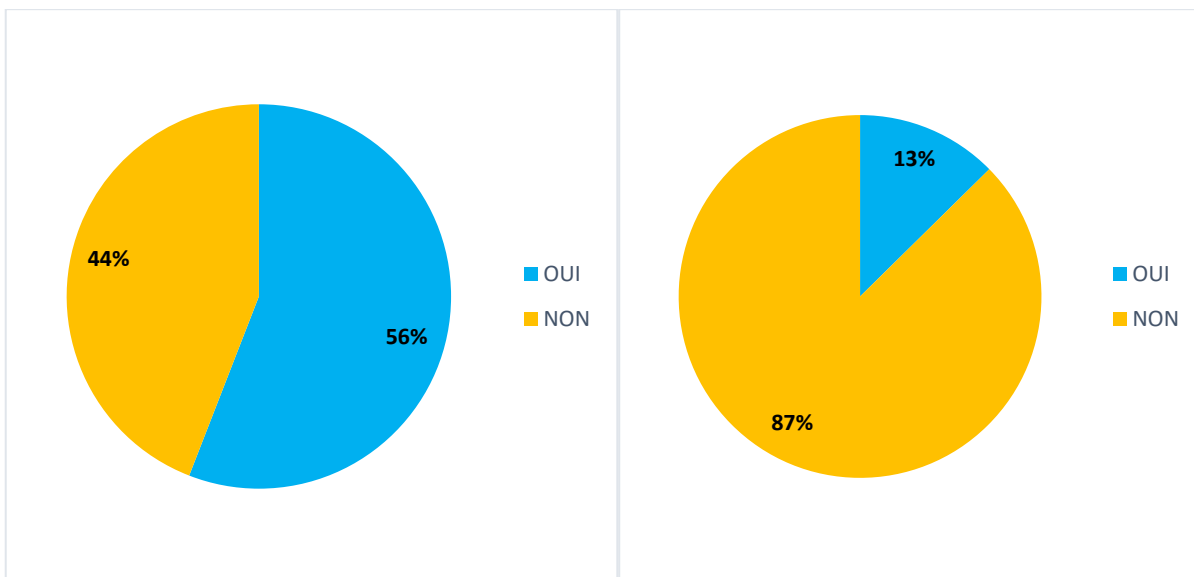


Figure 12. Prévalence de la douleur
à la perfusion

Figure 13. Prévalence de la douleur
à l'induction

B. Souvenirs phase d'endormissement et de réveil

Concernant la phase d'endormissement 70% jugent cette première ;étant ni bonne ni mauvaise, 24 % agréable, 5% ont émis un souvenir désagréable et 1% n'ont pas gardé de souvenirs.

S'agissant de la phase de réveil, 15% ont exprimé un vécu agréable, 57% ni bon ni mauvais, 27 % désagréable et 1% n'ont pas su répondre.

Pour les patients qui ont bénéficié d'une anesthésie locorégionale, 50% ont gardé un souvenir ni bon ni mauvais, 33 % l'ont vécu de manière désagréable (échec de la pose notamment), et 17 % n'ont pas su se prononcer.

VI. 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 de NVPO (26%) et la soif (25%), suivi des difficultés à uriner (21%), du froid et l'absence d'accompagnant (19%), la faim (11%) et des problèmes en rapport avec l'intimité (7%). Enfin, le confort d'installation et la promiscuité entre les patients (5%), et de façon similaire le bruit (4%).

Il est à noter que 7% des patients non rapportés sur la figure 14 ont déclaré qu'ils n'ont gardé aucun souvenir de leur passage en SSPI.

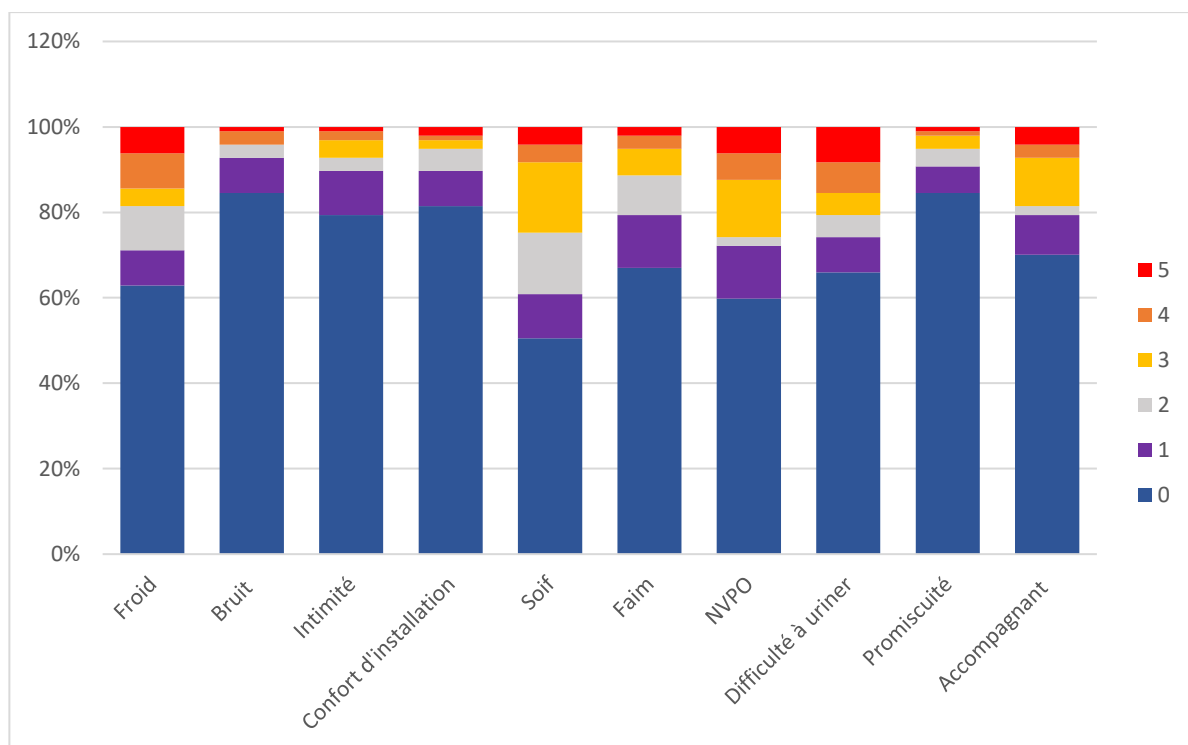


Figure 14. Evaluation des sources d'inconfort en SSPI

A. Douleurs en SSPI

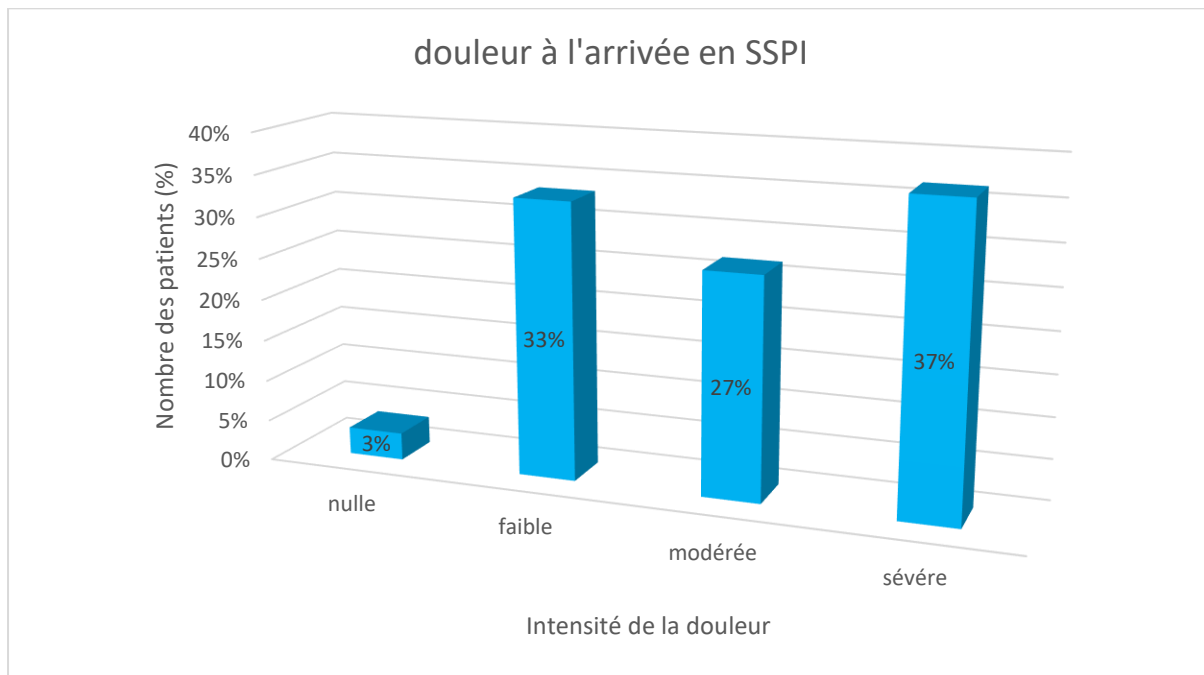


Figure 15. Prévalence de la douleur en SSPI

Nous nous sommes intéressés à la différence de genres par rapport à l'évaluation de la douleur en SSPI : 69% des femmes et 58% des hommes ont présenté une douleur sévère à modérée. Plus précisément 38 % des femmes ont eu une douleur sévère et 31% une douleur modérée, 34% des hommes ont déclaré une douleur sévère et 24% une douleur modérée .

La prise en charge de la douleur par l'infirmier de la SSPI a été positive pour 88% des patients, négative pour 8%, et enfin 4% n'ont su se positionner.

En ce qui concerne l'efficacité des traitements antalgiques administrés : 65% ont ressenti un bénéfice réel en termes d'antalgie, 28% l'ont au contraire jugé insuffisante et 7% n'ont pas su répondre.

VII. Évaluation de qualité relationnelle du personnel

L'appréciation des patients quant à la qualité relationnelle des infirmier(e)s a été estimée excellente à 73%, bonne à 14%, moyenne à 8% et enfin nulle à 1 %. Notons que 4% des patients n'ont pas eu d'avis clairs a ce propos.

Concernant l'évaluation de la qualité relationnelle avec le médecin anesthésiste : 81% des patients l'ont jugée excellente, 14% bonne, 3% moyenne. 2% des patients n'ont pas donné d'avis.

VIII. Évaluation des inconforts au niveau de l'unité d'hospitalisation conventionnelle

Nous nous sommes intéressés par l'étude des facteurs causant une gêne ou inconfort durant l'hospitalisation postopératoire dans les différents services de chirurgie .

Parmi les patients interrogés seulement 7% n'ont pas été gênés par une quelconque source d'inconfort durant l'hospitalisation post-opératoire . 93% ont par contre présenté des gênes de manière prépondérante (de 0 à 5) .

Les sources d'inconforts (notées $\geq 3/5$) :la douleur arrive en première position (44%) suivi par les difficultés d'aller au toilettes (42%) ,le sommeil (33%) et la soif (28%) .

Les autre sources ont été relevé des manière respective :difficultés de faire les toilettes (26%),NVPO (24%),les difficultés mictionnelles(23%), le bruit (15%),la promiscuité (13%), la faim (13%), le froid(9%), et la literie (8%).

Dans le champs libre d'expression les remarques ont été focalisés sur la douleur ainsi 48% des patient ont jugé que la surveillance poste opératoire au niveau de l'unité d'hospitalisation est insuffisante (notamment la nuit).

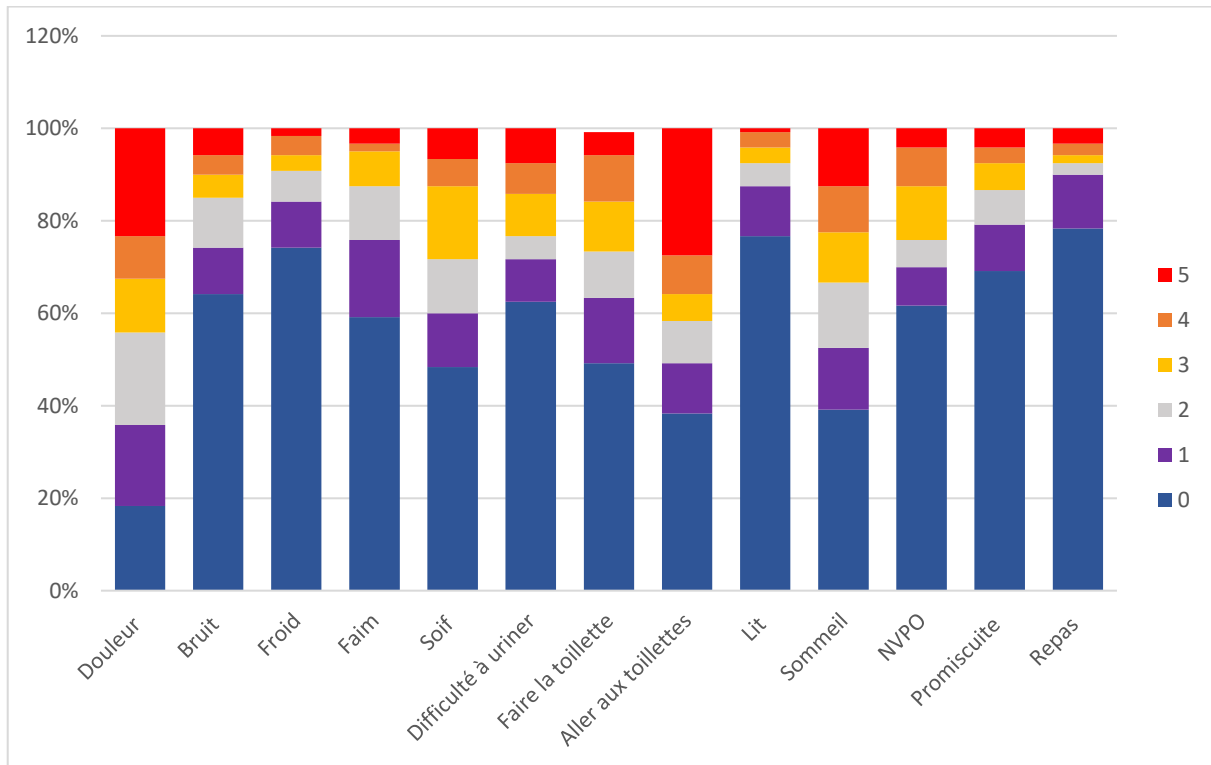


Figure 16. Evaluation des inconforts dans les unités d'hospitalisation conventionnelle

IX. Evaluation du transfert /brancardage et hygiène des locaux

A. Transfert

- 92% des patients ont été admis sur brancard au bloc opératoire ,
- 5% debout
- 3% sur chaise roulante

On a évalué le transfert à l'admission et au sortie du bloc opératoire de façon prépondérante de 0 à 5 :une moyenne de 4,5/ 5 a été attribué au transfert de l'admission vers le bloc et 4/5 au transfert de retour vers l'unité d'hospitalisation conventionnelle .

B. Hygiène des locaux

L'évaluation de l'hygiène des locaux par les patients de manière prépondérante en utilisant une échelle numérique de 0 à 5 : 65% des patients ont exprimé leur satisfaction par rapport à l'hygiène de l'hôpital avec une moyenne > 3/5

L'évaluation du champ des remarques relatives à l'hygiene a met en avant que :

- 20% des patients ont estimé que l'hygiène des toilettes est insuffisante ,
- Des remarques à propos de l'inconfort généré par les toilettes communes/mixtes
- Les conditions d'hôtellerie inadaptées pour les patients âgés ou alités...

X. Évaluation de la satisfaction globale concernant la prise en charge en périopératoire

Le niveau de satisfaction des patients opérés (toutes les spécialités chirurgicales confondues) à J1 quant à leur prise en charge globale de l'entrée au bloc opératoire jusqu'à la sortie de SSPI a été pour 89% d'entre eux évaluée comme $\geq 3/5$.

Les patients âgés de plus de 50 ans ont évalué une satisfaction moyenne de 4.3/5, les plus jeunes ont émis un avis de satisfaction de 4.1/5, les femmes de 4.2/5 et les hommes de 4.1/5.

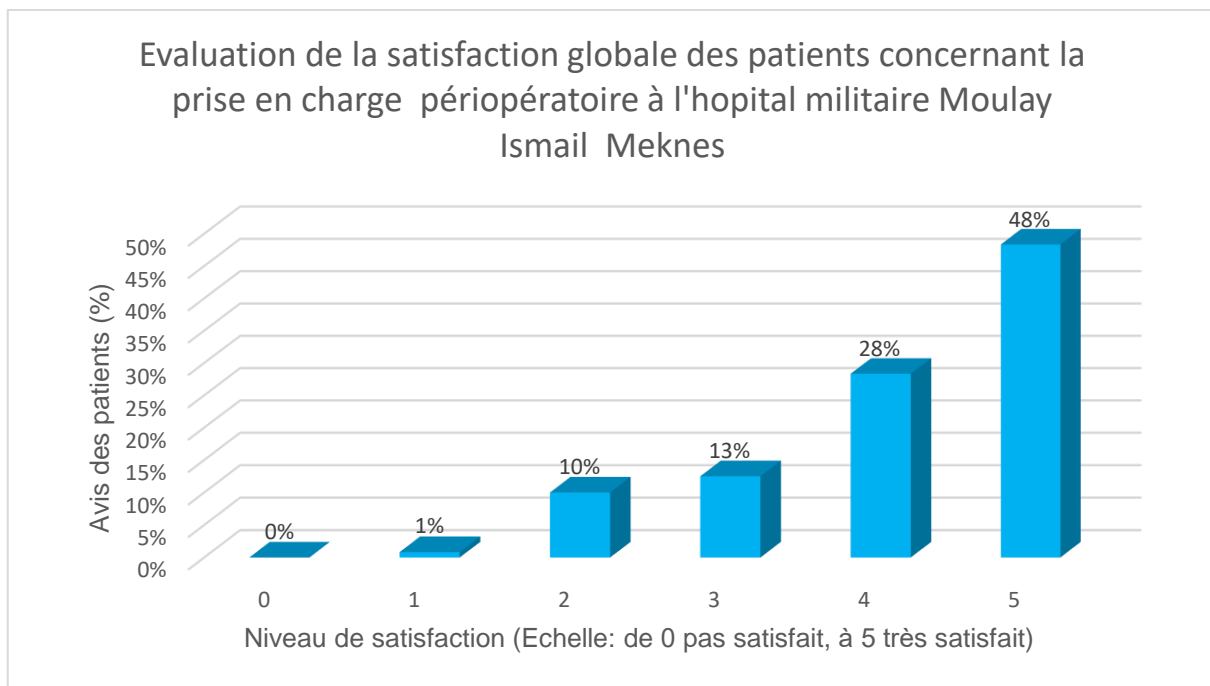


Figure 17. Evaluation de la satisfaction globale des patients

XI. Notre enquête en Images



Photographie illustrant le déroulement de la CPA

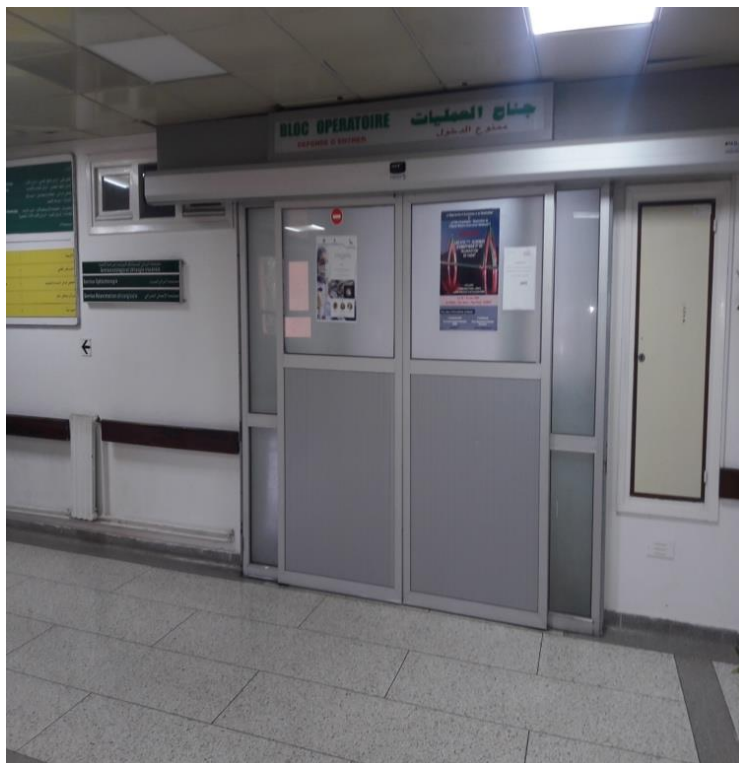
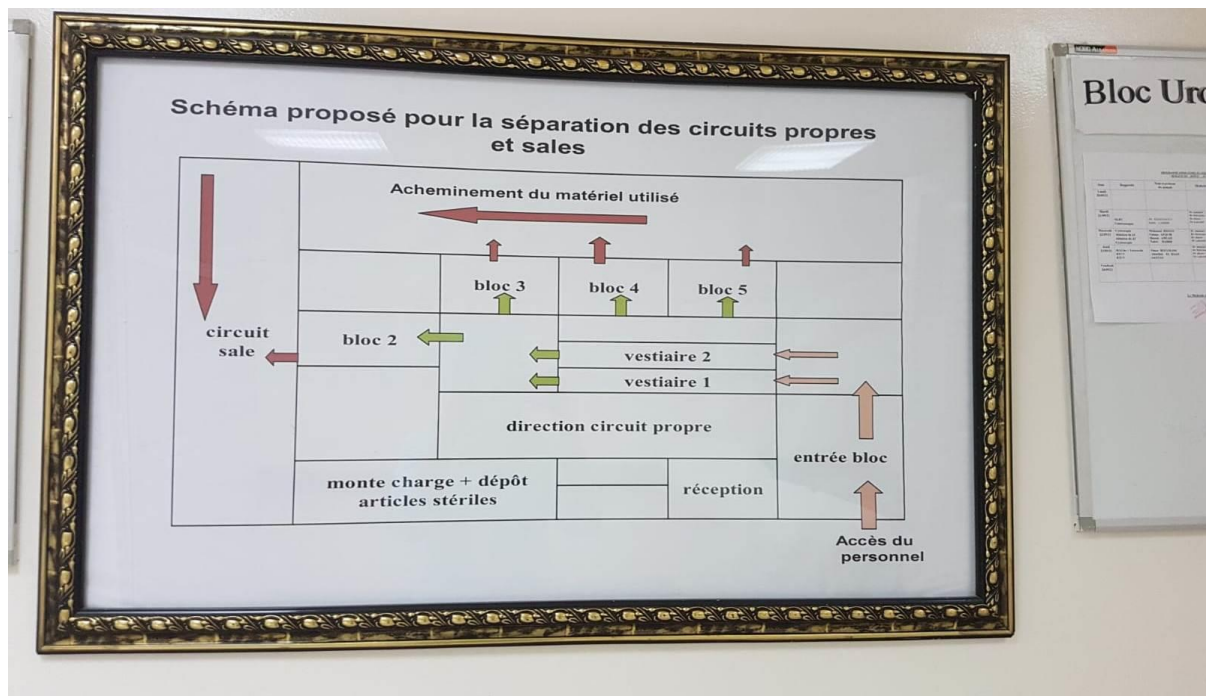


Image montrant l'entrée du bloc opératoire



Photographie montrant le schéma conceptuel de notre bloc opératoire



Image montrant le brancardage à l'entrée du bloc opératoire



Image montrant le sas d'attente et la préparation péopératoire



Photographie illustrant la surveillance du dossier médical par l'équipe anesthésique à l'admission au bloc



Image illustrant induction intraveineuse (propofol)

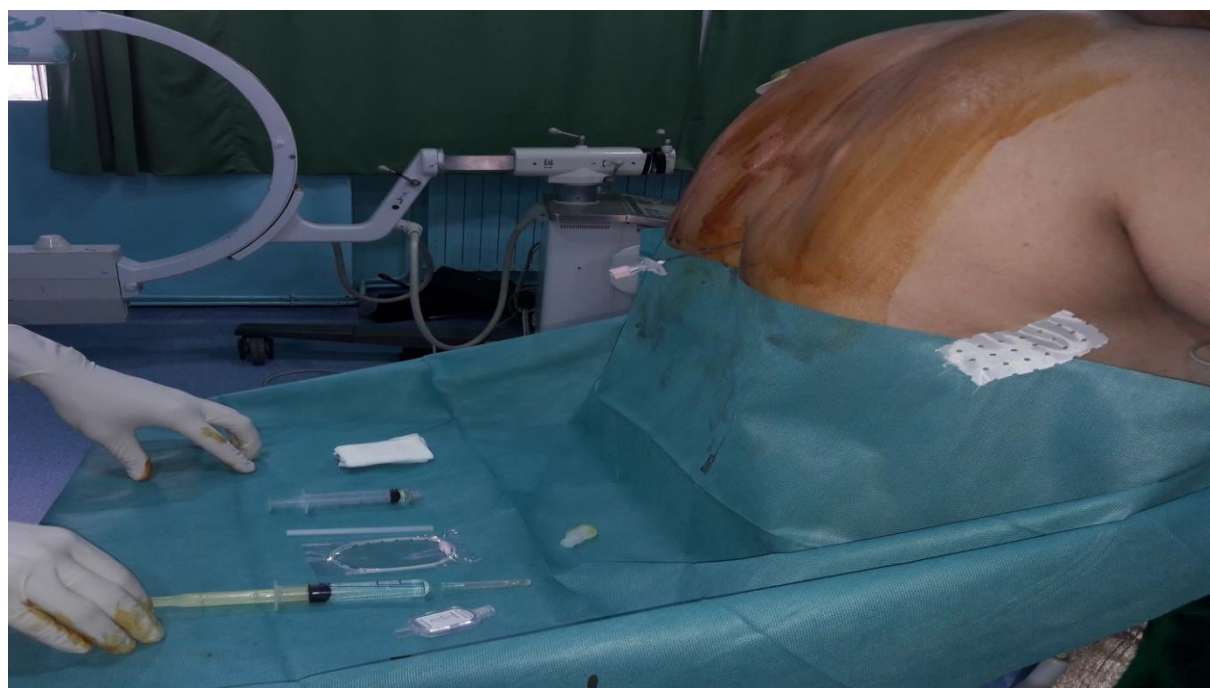


Image illustrant la mise en place d'une péridurale



Image illustrant ALR périphérique sous échoguidage



Image montrant le passage des patients en SSPI



Image montrant la chambre hospitalisation à 6 lits



Photographie montrant l'encombrement des couloirs dans certains services.

DISCUSSION

I. Introduction

Après recherche bibliographique, aucune étude n'a exploré le degré de satisfaction des patients en périopératoire dans notre pays , à l'exception d'une étude réalisé auprès des réanimateurs à Marrakech [5] qui s'est intéressée à la qualité de l'anesthésie .

Ce travail est la première étude réalisée à Fès. Il s'agit d'une étude réalisée à partir d'un échantillon de 120 patients. Elle a eu pour objectif principal d'évaluer le vécu et la satisfaction des patients sur la prise en charge périopératoire dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle en chirurgie toutes les spécialités confondues. On a donné la parole aux patients dès la CPA, à la sortie de SSPI, et jusqu'aux les premières heures d'hospitalisation post opératoire dans les différents services de chirurgie. L'évaluation réalisée au lendemain de l'intervention.

Nous avons effectué une revue de littérature sur le parcours de soins du patient dans le cadre d'une chirurgie programmée, et nous avons essayé de repérer à chaque niveau les facteurs potentiels pouvant causer l'insatisfaction chez lui. Ces facteurs peuvent être méconnus ou sous-estimés par le personnel soignant mais influençant négativement l'expérience du patient de manière significative.

Nous envisageons aussi de proposer des axes d'amélioration de la prise en charge des patients en périopératoire selon les résultats obtenus, répondant essentiellement aux attentes des patients et en se rapprochant le plus possible des recommandations des sociétés savantes.

II. Préopératoire

Période de programmation opératoire contenant différentes étapes et les soins pré-opératoires se déroulent avant l'intervention chirurgicale et jusqu'à ce que le patient arrive en salle d'opération.

La programmation opératoire proprement dite va comporter plusieurs temps entre la consultation chirurgicale, la prise de décision opératoire, la consultation préanesthésique, la validation du programme opératoire et sa mise en oeuvre.

A. Proposition chirurgicale

Elle fait suite à une ou plusieurs consultations chirurgicales et est prononcée par le chirurgien qui pratique l'intervention ou du moins qui est responsable de cette intervention. Cette proposition constitue l'élément indispensable à la réalisation du programme opératoire.

C'est une étape connue comme une période chargée de stress physique et émotionnel. Durant ces consultations le patient confronte plusieurs situations stressantes avec son chirurgien et se retrouve devant l'obligation de prendre des décisions délicates. D'ailleurs c'est à ce niveau que la relation médecin malade va être initiée.

L'évaluation de cette étape (notamment l'information relative à la chirurgie) de prise en charge nous a semblé primordiale par son importance, en étant la première station du circuit du patient et c'est elle, incontestablement, qui va conditionner l'expérience du patient tout au long de son parcours thérapeutique .

Parallèlement à leurs fins thérapeutiques, ces consultations sont marquées essentiellement par leur aspect informatif pour le patient. L'information médicale préopératoire est l'ensemble de données visant à expliquer et faire comprendre au

malade son état de santé, le pourquoi, le comment, les détails de sa prise en charge, et tout ce qui concerne le geste chirurgical dont il va bénéficier ainsi que les risques qui y sont encourus.


En dehors des cas d'urgence, tout médecin a le devoir, avant une intervention, d'obtenir le consentement de son patient, et de lui fournir les renseignements indispensables sur l'acte chirurgical qu'il compte entreprendre.

Sur le plan législatif, la recherche du consentement du malade est devenue au fil des années un acte obligé dans les pays développés. Ni le patient, ni le médecin ne peuvent s'y soustraire. Au Maroc, le droit au consentement ne figure dans aucune loi. En dehors des textes relatifs à la transfusion sanguine et la transplantation d'organes, le médecin se comporte selon les règles professionnelles et déontologiques .

B. CPA

La CPA a été rendue obligatoire avant toute chirurgie programmée depuis 1994 (recommandation SFAR 94) [6].

Cette consultation précède l'intervention d'au moins 48 heures et parfois d'un délai beaucoup plus long. Une visite précédant de quelques heures l'anesthésie est également indispensable (la VPA) (Figure 18) [7].

 Dans notre étude 13% des patients ont déclaré qu'ils n'ont pas bénéficié d'une CPA, 90 % entre eux ont été opérés sous ALR. Il s'agit vraisemblablement des patients opérés dans le cadre de l'urgence vu par l'anesthésiste dans l'heure précédant le geste. Néanmoins, le plus souvent, il s'agit des patients ayant transités par le service des urgences et ayant consulté un médecin de garde.

Le manque de l'information en rapport avec la CPA, il est due essentiellement à l'effectif insuffisant en MAR dans notre formation mobilisés ailleurs par le biais de cette pandémie

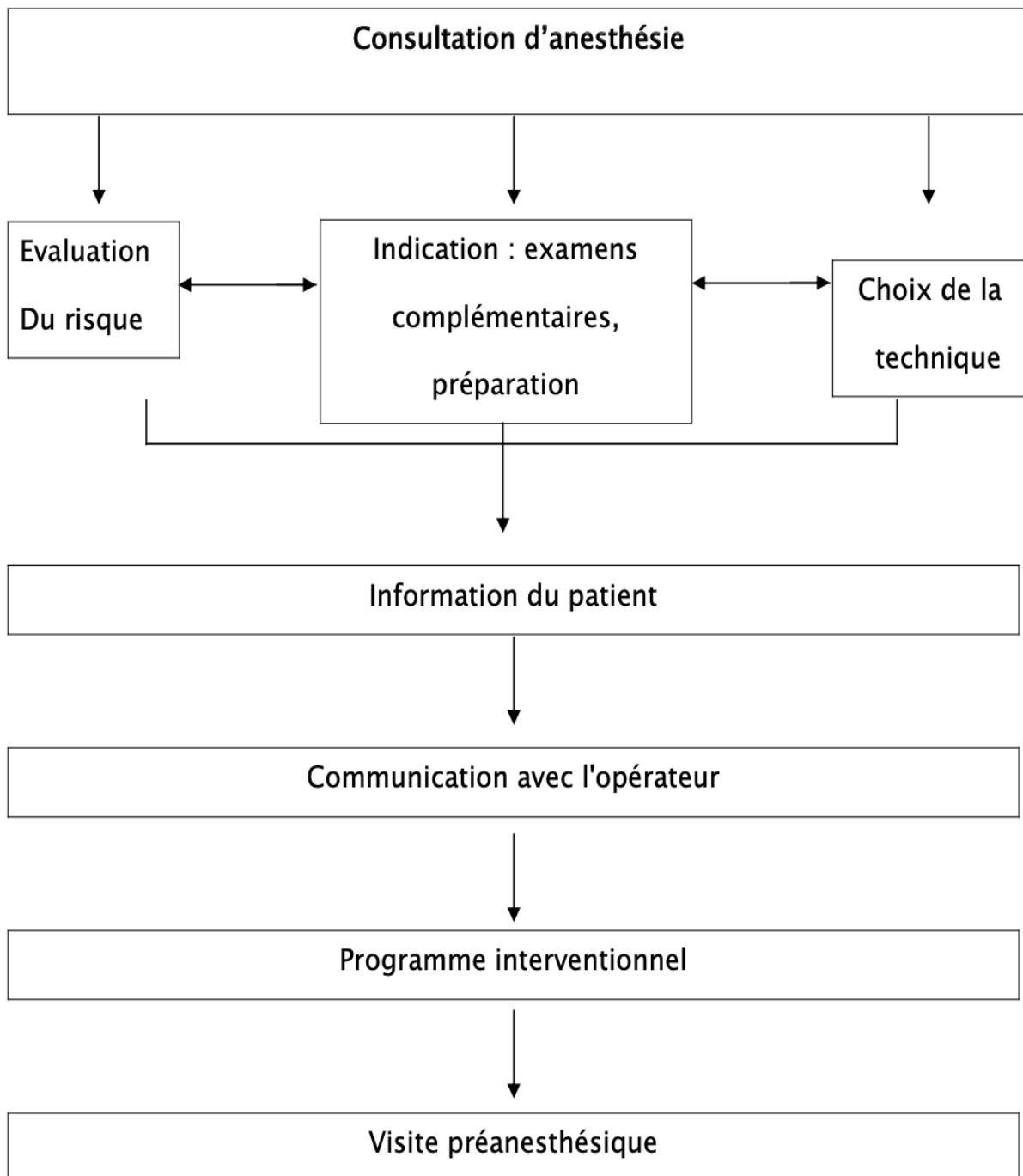


Figure 18. Les étapes de la consultation à la visite pré-anesthésique

La connaissance des antécédents et de l'histoire clinique du malade ainsi que de la nature de l'acte programmé permet :

- Une évaluation du risque lié au terrain et à la chirurgie ;
- Une éventuelle adaptation du traitement préopératoire ou une préparation du malade à l'intervention.
- Un choix raisonné de la technique anesthésique et, en particulier, de la place d'une anesthésie locorégionale

Cette connaissance du dossier médical et paramédical permet également de prescrire au mieux les examens complémentaires nécessaires, en évitant les répétitions coûteuses, voire dangereuses, ainsi que le recours abusif aux spécialistes en ciblant les questions posées.

Le contact direct du malade avec un médecin faisant la synthèse de son histoire, permet l'information concernant :

- L'anesthésie et son déroulement ; technique choisie d'anesthésie et pourquoi c'est celle-ci qui a été retenue
- Parfois aussi celle concernant la chirurgie lorsque l'équipe chirurgicale n'a pas rempli cette mission qui lui incombe ;
- L'hospitalisation préopératoire ;
- La probabilité et les risques d'une transfusion ;
- La stratégie de prise en charge de la douleur postopératoire ;
- Les risques de complications et la prévention de la thrombose.

Cet entretien contribue à la mise en confiance du malade et à la diminution de l'anxiété générée par « l'inconnu » (rassurer le patient en l'informant). Il permet également au médecin anesthésiste de recueillir des informations sur le malade en termes de comportement, d'habitude de vie, de niveau socio-économique, de

compréhension ou d'adhésion au traitement. Il constitue également le moment privilégié pour informer et recueillir le consentement éclairé du patient, et de son entourage (lorsqu'il s'agit de mineurs ou de déficients mentaux). Celle-ci, humainement et déontologiquement souhaitable, est devenue nécessaire sur le plan médico-légal en raison de la jurisprudence récente. Après une complication périopératoire, le patient peut poursuivre le médecin (MAR) non plus en raison de cette complication, qui est parfois un aléa thérapeutique, mais pour ne pas avoir été informé au préalable des risques qu'il encourait [8].

C. Information médicale

1. Les qualités d'information

Aujourd'hui, l'information médicale est diffusée à grand public grâce au développement des techniques d'information et de communication (internet, les médias,...). Les patients peuvent y trouver une quantité importante de données plus au moins précises. Par conséquent, la relation médecin-malade pourra être perturbée. La solution donc n'est pas dans la multiplicité des informations mais dans une information de qualité validée de façon explicite.

L'information doit être simple, appropriée et loyale [9] :

a. L'information est simple:

Adaptée aux connaissances malades [10], et formulée en terme claire, pour qu'elle soit compréhensible et comprise [11].

b. L'information est appropriée :

Doit tenir compte de qualité de patient, (l'âge, le sexe, convictions morales et religieuses), mais aussi de son émotivité et de ses réactions.

L'information peut être soit étalée, ralentie, ou précipitée, elle doit aussi être appropriée à la maladie et à l'enjeu thérapeutique. L'information peut être variée, car le malade passe par des phases de refus, de colère, de dépression, de dépendance finalement l'acceptation. L'adéquation de cette information peut être déterminée qu'en fonction du patient, suivant ce qu'il exprime pour sur le moment. Elle doit aider le malade à construire ses défenses contre la maladie et ses conséquences puis ensuite se décider aux mieux ses intérêts [12].

c. L'information doit être loyale :

C'est-à-dire sincère sans dissimulation ou mensonges, exigeant une compétence et une objectivité afin de délivrer un message adéquat.

2. Importance de l'information médicale

L'information médicale a bien une place centrale dans l'exercice de la médecine. Elle conditionne la bonne entente entre le patient et son médecin/soignant.

Chaque établissement de santé doit s'organiser pour respecter les droits du patient : droit à l'information sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés, droit à désigner une personne de confiance, participation à sa prise en charge, respect de son intimité, de la confidentialité, etc.

En France, depuis la loi du 4 mars 2002, être informé sur son état de santé est un droit pour tous. L'information délivrée est destinée à éclairer le patient sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre des décisions concernant sa santé et ses soins en fonction de ce qu'il estime être dans son intérêt. Il s'agit du principal sujet de préoccupation des patients hospitalisés.


« L'information en matière de santé » a été l'un des thèmes forts et répétés de ces débats. La demande des patients portait sur une information « claire, fiable et facilement accessible » ainsi que sur un « fort besoin de transparence jugé indispensable pour établir une relation de confiance avec le système de soins » [13].

C'est dans ce contexte qu'est apparu le concept de « démocratie sanitaire » qui se définit par « la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur (de soin), d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision, de participation active du malade à son traitement » [14].

Deux études ont montré que l'information médicale est indissociable de soins complets, car elle permet la participation ainsi qu'une meilleure adhésion du patient à la décision médicale. La communication améliore la compliance aux instructions médicales et aux instructions de suivi. Elle instaure un lien de confiance entre le praticien et le patient en améliorant la satisfaction de ces derniers et permet d'éviter de nombreux recours juridiques ultérieurs [15]. La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de la bonne pratique médicale et paramédicale pour les établissements de soins.

Durant le parcours thérapeutique du patient, afin que la relation médecin-malade soit satisfaisante, un lien informatif efficace doit se tisser entre eux. Les patients qui ont le sentiment d'avoir reçu plus d'informations ont de meilleurs taux de satisfaction. A contrario, une mauvaise communication va avoir pour conséquence d'altérer la relation médecin-malade et d'entraîner une mauvaise observance aux thérapeutiques ainsi qu'au suivi médical [16]. Cela va laisser persister des doutes à cause d'une mauvaise compréhension des informations, alors que ces dernières sont essentielles à la qualité des soins.

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 [17;18] ; ainsi 80% des patients intéressés pour obtenir davantage de précisions, ont été ceux qui n'avaient aucun antécédent chirurgical à leur actif [17] ; D'où émerge la nécessité d'une information médicale crédible, bien ciblée, personnalisée selon les attentes et le profil du patient.

 Dans notre étude l'évaluation de l'information délivrée relative à la chirurgie et à l'anesthésie a démontré une absence d'information chez presque le 1/3 des patients.

Ce constat peut être expliqué par plusieurs raisons :

- Temps alloué à chaque patient réduit pendant les consultations (effectif important des patients contre un effectif insuffisant des médecins)
- Utilisation d'un langage médical non adapté au niveau socio-culturel du patient.
- Model paternel de la relation médecin-malade encore employé par quelques médecins.
- État psycho-cognitive du patient pendant cette phase chargée de stress et d'anxiété ne lui permettant pas d'assimiler les informations délivrées.

D. Anxiété préopératoire

1. Définition

L'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique dont l'apparition est consécutive à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à cette situation potentiellement anxiogène. Il a été établi que des niveaux importants d'anxiété préopératoire augmentent le risque de complications postopératoires, ainsi que la survenue de troubles émotionnels et comportementaux.

2. Les degrés d'anxiété chez l'adulte.

a. L'anxiété légère

Lorsqu'un patient présente une anxiété légère, il conserve quasiment toutes ses facultés intellectuelles. Il est capable d'intégrer le passé et le présent mais peut aussi les mélanger. Son niveau d'attention et de concentration est accru, ce qui peut l'amener à focaliser sur des événements ou des faits qu'il n'aurait pas remarqués en temps normal. Il peut mobiliser ses connaissances et en acquérir de nouvelles. Enfin, le patient en anxiété légère se caractérise par un questionnement important souvent tourné sur lui-même.

b. L'anxiété modérée.

Un patient présentant une anxiété modérée voit son champ de perception rétréci et son attention devient sélective. La concentration et l'apprentissage deviennent de plus en plus difficiles. Le patient adopte volontiers une position de repli plus sécurisante.

c. L'anxiété grave.

Lorsque l'anxiété devient grave, le champ de perception du patient est considérablement réduit. Le patient ne perçoit plus que les détails. Il perd sa faculté d'analyse, sa capacité d'apprentissage est sévèrement entravée. Un patient gravement anxieux sera incapable de comprendre la situation actuelle.

d. L'état de panique.

Dans cet état de panique, le champ de perception du patient est déformé, seuls les détails perçus seront amplifiés. Le patient est incapable de comprendre la situation, pas même d'entrer en communication.

3. Anxiété préopératoire est-elle pathologique ?

Il n'est pas aisé de situer précisément l'anxiété préopératoire au niveau psychopathologique, et de la rattacher à une entité nosographique. Si elle est d'intensité faible ou modérée, elle est une réaction adaptée à une situation anxiogène.

Lorsqu'elle est massive, elle peut remplir les critères d'une attaque de panique. Chez l'enfant, une expérience chirurgicale précoce négative peut aussi favoriser le développement d'une angoisse de séparation. Si les symptômes perdurent, cela peut mener à l'installation d'une phobie spécifique comme la phobie des soins. Enfin, dans des cas extrêmes et rares, une mauvaise expérience de ce type peut être à l'origine d'un état de stress aigu, voire d'un état de stress post-traumatique [19]. Au-delà de ces aspects nosographiques, il est important de retenir que l'anxiété préopératoire n'est pas une catégorie diagnostique. Il s'agit plutôt d'un type d'anxiété spécifique au milieu hospitalier et à l'expérience chirurgicale. C'est cependant différent d'une peur ou d'une phobie de l'anesthésie et/ou de la chirurgie.

4. Facteur déterminant l'anxiété per-opératoire

a. En fonction du patient.

Chaque individu est unique, donc chaque patient est unique. Il arrive avec son passé, son présent et parfois un futur chargé (en oncologie par exemple). Le vécu du patient va influencer ses réactions et sa façon d'affronter les événements. L'histoire de vie du patient va largement influencer sur l'émergence ou non de cette anxiété. Un patient issu d'une famille avec de lourds antécédents chirurgicaux n'abordera pas de la même façon une anesthésie qu'un patient issu d'une famille « qui n'a jamais vu de médecin ».

Des facteurs de risque ont été mis en évidence [20] :

- Antécédents de cancer
- Tabagisme actif
- Désordres psychiatriques
- Douleur modérée à intense
- Sexe féminin
- Patient ASA 3
- Haut niveau d'étude
- Le jeûne est un facteur aggravant d'anxiété.

Lors de l'accueil du patient, le personnel soignant (MAR ,IADE) a ce rôle de déceler cette anxiété et d'entrer en relation avec lui de façon la plus adaptée.

b. En fonction de chirurgie

Le patient a surtout peur que la chirurgie fasse une atteinte à son pronostic vital.

De plus, celui-ci d'autres causes d'anxiété ont été retrouvées dans la littérature concernant la chirurgie sont [21]:


- La peur de l'erreur médicale,
- La peur de l'échec possible de l'intervention ou de ses complications,
- La peur de l'atteinte à l'intégrité physique, du handicap,
- L'impossibilité de retrouver une vie normale.
- La possibilité d'une rechute
- La peur des infections nosocomiales.

c. En fonction de l'anesthésie


L'anesthésie générale est un acte médical dont l'objectif principal est la suspension temporaire et réversible de la conscience et de la sensibilité douloureuse afin de permettre le geste médical ou chirurgical. Ainsi, la personne concernée est momentanément suspendue de sa personnalité et de sa capacité à s'exprimer, elle perd subitement le contrôle de sa vie qu'elle se voit dans l'obligation de confier à l'équipe anesthésique. Cet état de dépendance et de vulnérabilité ne fait qu'accentuer l'anxiété pré-opératoire.

Globalement, les patients ont peur de ne pas se réveiller. L'acte d'anesthésie en lui-même est anxiogène. Il y a ensuite l'anxiété liée au type d'anesthésie « la peur de la piqûre dans le dos » pour une rachianesthésie ou « le tuyau dans la gorge » pour l'anesthésie générale. La perte de contrôle, de la mobilité de ses jambes ou de sa conscience est très anxiogène.

Les sources d'anxiété énumérées précédemment ne sont pas exhaustives, mais prouvent à quel point le passage au bloc peut-être anxiogène. L'arrivée au bloc opératoire est alors un moment d'exacerbation de l'anxiété situationnelle puisque le patient est confronté à ce qu'il redoutait tant : l'expérience chirurgicale.

 Dans notre étude nous avons trouvé que les patients ont été plus anxieux vis-à-vis de la chirurgie que de l'anesthésie (69% contre 44%), ce ratio a fortement diminué une fois la rencontre avec le personnel d'anesthésie établie, en particulier concernant l'anxiété de l'acte chirurgical (46% pour 32%). Le personnel soignant a donc un rôle prépondérant dans la prise en charge du stress préopératoire, et ses compétences relationnelles sont essentielles pour chacun des patients dans le peu de temps souvent disponible avant l'induction.

Dans notre enquête le taux d'anxiété chez les femmes a été supérieur à celui des hommes résultats concordent avec les données de la littérature . Ainsi les patients de profession militaire semblent avoir des taux d'anxiété moins que les autres patients de profession civiles .Cela peut être expliqué par la présence dominante (40%)de cette catégorie dans notre structure à vocation militaire .

 L'environnement et les locaux semblent également avoir un impact sur l'anxiété préopératoire ; en effet dans notre étude 16% des patients ont notifié dans l'item libre d'expression que durant le temps d'attente pré-opératoire ,les couloirs et l'ambiance générale qui y régnait ont majoré leur anxiété.Il faudra alors réduire ce temps d'attente dans le sas préopératoire.

III. Peropératoire et bloc

A. Accueil au bloc

Le mot accueil vient du verbe accueillir qui signifie « *recevoir quelqu'un qui arrive* ».

Le rituel de l'accueil est le point de départ de toute relation, il est ainsi le premier maillon de la chaîne de soins. Il s'agit en effet du point de rencontre entre le patient et l'équipe anesthésique. Cet instant est un moment crucial, il donne le ton. La première impression peut faciliter ou compliquer la suite de la relation soignant /soigné. C'est un instant unique : on n'a pas deux fois l'occasion de faire bonne impression.

Selon les sites, l'accueil du patient peut se faire dans le sas du bloc opératoire, en pré-anesthésie, en SSPI ou dans la salle d'opération. Nous venons de voir que le bloc opératoire est générateur d'anxiété, ainsi on peut penser qu'un accueil réussi peut rattraper une mauvaise impression liée au site, en revanche l'inverse semble moins plausible.

Mais l'accueil du patient au bloc opératoire représente un moment relativement court. Cet instant est parfois parasité par certaines contraintes (temporelles, architecturales, humaines, matériovigilances) pendant lesquelles le patient patiente. Ainsi, au bloc, la technique est une grande consommatrice de temps au détriment de la relation.

Cette étape est déterminante sur l'expérience globale de l'intervention chirurgicale vécu par le patient ; ces quelques secondes peuvent aussi bien générer de la « réassurance » ainsi qu'aggraver une anxiété.

Une étude montre l'importance de la relation avec le patient pour l'arrivée au bloc opératoire : les patients sédatisés arrivent « groggys » mais anxieux au bloc, tandis

que ceux qui ont eu une consultation d'anesthésie dans laquelle ils ont été rassurés arrivent calmes sans sédation [22]. La relation compte donc au moins autant que les traitements, et les équipes en ont conscience et tentent de développer le plus possible la bienveillance.

L'intention, l'écoute ainsi que l'empathie au bloc opératoire apparaissent comme des éléments importants dans l'ensemble de l'accueil et de la prise en charge autour d'une intervention (depuis l'admission jusqu'au retour à la chambre).

Aussi, un premier pas consiste sans doute à faire l'effort qui consiste à se souvenir que nous partageons tous, soignants et soignés, des vulnérabilités et des inquiétudes communes.



👍 La qualité de l'accueil est favorablement jugée dans notre enquête avec 94% de patients qui l'ont estimé rassurante.

👍 Concernant l'écoute, 95% des patients ont estimé qu'elle a été suffisante, pour 60% d'entre eux, le dialogue et l'attention fournis ont été rassurants .

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

En arrivant au bloc opératoire, le malade a subi une accumulation de facteurs déclencheurs de stress pathogène et certains auteurs tel ECKENHOFF [23] soutiennent que certains peuvent éprouver suffisamment d'anxiété pour qu'elle les conduisent à la mort.

Outre toutes les représentations anxiogènes évoquées précédemment, lors de l'arrivée au bloc opératoire, le patient est principalement soumis à des stimulations visuelles, auditives, kinesthésiques et olfactives pouvant-être source d'anxiété.

- **Les stimulations visuelles :**

Un personnel en grand nombre, masqué, cagoulé, anonyme, du matériel médicochirurgical stocké dans les couloirs, la visualisation de la sortie du patient précédent intubé/ventilé, l'arrivée dans une salle d'opération **sur**-éclairée, le scialytique dirigé vers le visage du patient, la visualisation pour le patient de sa propre nudité, des champs opératoires, de l'instrumentation en cours de préparation.

- **Les stimulations auditives :**

Le langage, les conversations du personnel peuvent-être inadaptées, le **bruit** des instruments, déballage du matériel, les diverses alarmes (téléphone, bips).

- **Les stimulations kinesthésiques :**

La température au bloc opératoire, l'installation inconfortable, le badigeonnage, les ponctions, l'installation du monitoring, la mise en place de la plaque de bistouri.


- **Les stimulations olfactives :**

Les odeurs médicales, ventilation inadapté....

Ces sources d'inconfort ont été relevé dans la littérature avec des degrés différents selon les structures de soins ; selon une étude menée au CHU Poitiers [24] les principaux sources d'inconfort 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 [25] 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 [26].

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.

 Dans notre étude les désagréments principaux au bloc opératoire ont concerné en premier lieu la sensation du froid (25%), le manque d'explication (21%), et enfin les délais d'attente aux sas et des problèmes en rapport avec l'intimité personnelle (19%).



C. Douleur à la perfusion et à l'induction

1. Douleur à la perfusion

La douleur causée par la perfusion appartient dans la catégorie des douleurs induites par le soin qui se définit comme « une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » [27].

Une étude sur la douleur induite par la piqure montre que pour les patients, certains critères influençant l'intensité de la douleur provoquée est dépendante du soignant (qui fait la piqure, endroit où l'on fait la piqure, ...) alors que pour le soignant les critères qui influencent l'intensité ressentie de la douleur par le patient est liée au patient et son environnement (répétition des piqures, fatigue, état d'esprit du patient,..) [28].

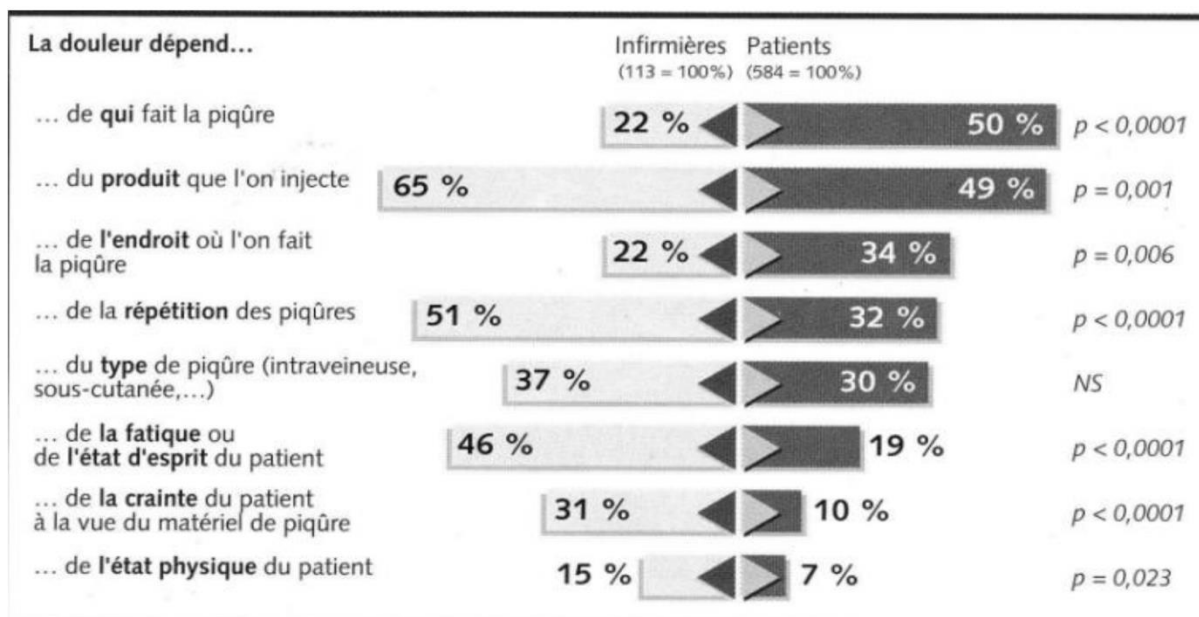


Figure 19. Facteurs influant sur la douleur des gestes invasifs (enquête ASTRA-SOFRES 1998)

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 [29], de l'hypnoanalgésie [30], ou de l'EMLA [31].



Dans notre étude :


👉 56% des patients interrogés ont rapporté avoir eu mal lors de la pose de la perfusion (moyenne de douleur à 3,9/10), 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.

👉 L'exploration du champs libre a met en avance l'inconfort généré chez les patient par les tentatives répétées suite l'échec de de la pose de cathéter veineux en même temps la réalisation du geste par les stagiaires infirmiers sans supervision d'un senior.

2. Douleur à l'induction

C'est une douleur à type de brûlure. Elle est généralement due aux caractéristiques physico-chimiques du Propofol. Elle survient au site d'injection, peut s'étendre à tout le membre concerné et son intensité va d'une légère sensation de brûlure à une douleur très forte. À ce jour, cette notion a été citée dans plusieurs articles, ainsi plusieurs travaux ont été réalisés visant à diminuer cette douleur provoquée. En utilisant des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques.

Des solutions ont été proposées dans la littérature, apportant des stratégies efficaces telles que l'utilisation de la Kétamine en prétraitement [32] ou de l'association de Lidocaïne intraveineuse à l'injection du propofol [33].

 Dans notre enquête, la douleur à l'induction déclarée chez 13% des patients, et d'intensité évaluée à 5.8/10, elle fait partie des éléments les moins bien perçus au bloc opératoire, dont les souvenirs négatifs persistent parfois en post opératoire. L'équipe anesthésique est invitée à fournir plus d'effort pour atténuer ce constat (adjonction systématique d'un ml de lidocaïne 2% à la seringue de propofol).

IV. Postopératoire

A. Inconfort en SSPI

SSPI (Salle de Surveillance Post Interventionnelle) communément appelée « salle de réveil » se présente comme une salle commune où se côtoient des patients parfaitement conscients et des patients plus ou moins confortables émergeant d'anesthésies plus ou moins longues pour des chirurgies plus ou moins invasives.

Aux yeux de nos patients, cette salle commune apparaît comme un environnement étranger et plutôt hostile. Le patient s'y retrouve mis à nu, dépersonnalisé, en position basse, vulnérable. Cette situation est connue pour être un facteur de risque d'une mémorisation confuse anxiogène : les dernières données de recherches chez l'adulte montrent qu'un stimulus désagréable, douloureux peut conduire à la constitution d'une trace mnésique dans le système limbique sous-cortical, indépendamment de tout souvenir cortical conscient de ce stimulus [34]. Cette mémorisation est un événement indésirable grave eu égard au risque pour le patient de développer, au minimum une phobie de l'anesthésie, diminuant ainsi son accès ultérieur aux soins et au maximum un syndrome de stress post-traumatique .

La notion de confort en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) englobe différents aspects et peut se décliner en confort physique, psychosociologique ou environnemental.

Parmi les éléments pouvant être à l'origine des ces inconforts on peut citer

– **L'inconfort physique :**

- Douleur,
- Les nausées ,vomissement (NVPO)
- Rétention d'urine
- Hypothermie.
- Soif


– **L'inconfort psychosociologique :**

- L'anxiété
- La promiscuité
- Le non-respect de l'intimité
- L'absence des familles au réveil

– **L'inconfort environnemental :**

- Le bruit
- La forte luminosité
- Des températures trop basses ou au contraire trop élevées

Les aspects organisationnels tels que le nombre et le débit de patients peuvent également impacter le confort du patient en postopératoire.

 Dans notre étude NVPO (26%) arrivent en tête des sources d'inconfort évaluées en SSPI suivi de la sensation de soif (25%). Les difficultés mictionnelles (21%) arrivent en 3ème position tandis que le bruit (4%) arrive en dernière position .Encore une fois, l'équipe d'anesthésiologie est appelée à fournir plus d'effort pour réduire ces constats.

B. La douleur post-opératoire

La douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme : « une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes. ». Cette définition englobe les différentes composantes de la douleur : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale.

La DPO est une douleur le plus souvent nociceptive, habituellement aiguë et transitoire, induite, secondaire à l'acte chirurgical : lésions tissulaires et nerveuses, phénomènes inflammatoires, contractures musculaires réflexes...

1. Caractéristiques de la DPO :

C'est une conséquence systématique de la chirurgie. En l'absence de traitement, c'est une douleur :

- Aigue
- Quasi constante et donc prévisible.
- Par conséquent pouvant être traitée par anticipation, c'est-à-dire avant sa survenue.
- Quantifiable (comme toute douleur) par le binôme patient/équipe soignante en utilisant les échelles d'évaluation numérique ou visuelle.

2. Facteur de risque

- **Facteurs liés au patient :**
 - Age
 - Sexe féminin
 - Douleur pré-opératoire
 - Anxiété pré-opératoire
 - Antalgique pré-opératoire

– **Facteurs liés à la chirurgie :**

La chirurgie est la cause initiale de la douleur chronique. Historiquement les modèles chirurgicaux ont été classés en chirurgies responsables de douleur intense ou modérée et sur une période brève (moins de 48 heures) ou prolongée (plus de 48 heures)(tableau). De façon générale une chirurgie plus invasive expose à une DPO plus intense [35].

Dans des modèles chirurgicaux précis, la technique chirurgicale intervient dans l'intensité douloureuse. Ainsi, dans le cas de l'hystérectomie, la voie vaginale ou la cœlioscopie permettent d'avoir une DPO moins intense que la chirurgie par laparotomie. Il faut également évoquer l'évolution des techniques en chirurgie orthopédique qui pour la cure d'hallux valgus peut par une voie transcutanée offrir un niveau de DPO plus bas sensible à des approches analgésiques à type d'infiltration. Plus spécifiquement on insiste sur le rôle de la lésion neurologique peropératoire comme facteur de majoration de la DPO et développement de la douleur chronique post-chirurgicale [36 ;37].

Tableau 1. Intensités des douleurs en fonction du type de la chirurgie

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne	Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocoliq Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie
Douleur modérée	Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Çœlioscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale Thyroïdectomie Neurochirurgie	Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx, pharynx)
Douleur faible	Cholécystectomie çœlioscopique Prostate (résection transurétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/curetage Chirurgie ophtalmologique	

3. Conséquences physiopathologique de la DPO :

La chirurgie et l'anesthésie ont de nombreux retentissements physiques durant la période postopératoire. La douleur en fait partie et s'intègre dans ce tableau en tant que symptôme associé, mais aussi en tant que cause éventuelle d'autres complications.

a. Conséquences cardio-vasculaires:

La douleur entraîne une décharge des catécholamines, ce qui induit une augmentation du débit cardiaque, de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et une augmentation de la consommation en oxygène du myocarde.

b. Conséquences respiratoires:

La fonction respiratoire est fortement modifiée par l'anesthésie et l'incision chirurgicale, spécialement après chirurgie abdominale sus-mésocolique et chirurgie thoracique. Les anomalies respiratoires habituellement observées sont représentées par une respiration rapide avec un volume faible, ainsi qu'une dépression du soupir et la toux. Il existe aussi une diminution de la cinétique diaphragmatique entraînant parfois des atélectasies ou des pneumopathies.

c. Conséquence digestives :

L'hypertonie sympathique est responsable d'une diminution de la motilité intestinale, et d'une augmentation du tonus des sphincters.

d. Conséquences hormonales:

L'acte chirurgical retentit sur le métabolisme et les fonctions hormonales de l'organisme. On observe une augmentation de la sécrétion d'hormones hypophysaires (ADH, GH) posthypophysaires (hormone antidiurétique : ADH) et surrénales (cortisol, catécholamines et aldostérone), ce qui entraîne une rétention hydrosodée et une hyperglycémie.

e. Conséquences thrombœmboliques:

La réaction métabolique post-opératoire active la fonction plaquettaire, favorisant la thrombose vasculaire, mais la DPO ne semble pas intervenir dans ce mécanisme. D'autre part, la DPO pourrait favoriser la survenue de thrombophlébites en imposant l'alitement et l'immobilisation des patients.

f. Conséquences psychologiques:

La douleur retentit sur l'humeur et le comportement de l'opéré. Elle peut être à l'origine d'états d'agitation ou d'agressivité. Chez de nombreux malades, une sédation insuffisante de la DPO est la cause de peur et d'anxiété lors d'interventions ultérieures.

g. Algies chroniques :

La DPO est une douleur aiguë. Non traitée, elle peut évoluer vers une algie chronique connue sous le nom de douleur chronique post chirurgicale avec son cortège de manifestations psychiatriques généralement méconnues en milieu chirurgical, car elles ne vont se manifester qu'à distance.

La douleur chronique post-chirurgicale est définie par quatre conditions : elle survient après une procédure chirurgicale, persiste au moins deux mois, les autres causes de douleur (extension du processus malin ou infection) sont exclues, de même qu'un problème préexistant pouvant être à l'origine de cette douleur [38].

Son incidence est très variable selon l'acte chirurgical, elle est globalement estimée entre 20 et 50 % après une intervention lourde. Les chirurgies les plus pourvoyeuses de douleurs chroniques sont la chirurgie thoracique, la chirurgie mammaire et la chirurgie cardiaque par sternotomie [39]. La DCPC serait responsable d'une invalidité importante dans 2 à 10 % des cas [26] avec une douleur d'intensité modérée à sévère dans 5 à 10 % des cas [39].

L'étude de la DCPC a permis de mettre en évidence des facteurs favorisant qui sont classiquement regroupés en facteurs préopératoires, facteurs peropératoires et facteurs postopératoires (Tableau 2). L'intensité de la douleur postopératoire semble être en relation avec la chronicisation de la douleur via le phénomène d'hyperalgésie secondaire qui témoignerait d'une sensibilisation centrale à l'origine de l'installation d'une douleur chronique avec une efficacité démontrée des stratégies antalgiques précoces [40].

Tableau 2. Facteurs de risque de douleur chronique postopératoire.

Facteurs préopératoires	Douleur modérée à sévère pendant plus d'un mois avant l'intervention Reprise chirurgicale Vulnérabilité psychologique (catastrophisme) Anxiété préopératoire Sexe féminin Adulte jeune Accident de travail Prédisposition génétique Contrôle inhibiteur diffus nociceptif insuffisant
Facteurs peropératoire	Approche chirurgicale à risque de lésion nerveuse
Facteurs postopératoires	Douleur aiguë (modérée à sévère) Radiothérapie en regard du site opératoire Chimiothérapie neurotoxique Syndrome dépressif Vulnérabilité psychologique Névrose Anxiété

h. DPO et fatigue post-opératoire :

Environ 30% des patients présentent encore une fatigue importante 1 mois après chirurgie digestive. C'est l'importance de l'acte chirurgical, et non sa durée, qui semble influencer la fatigue post-opératoire.

Vu ces complications multiples, la mise en œuvre d'une analgésie post-opératoire est une étape essentielle de la prise en charge anesthésique d'un opéré, permettant d'améliorer la récupération postopératoire en même temps que le vécu du patient.

4. Évaluation de la DPO

La douleur étant une expérience subjective, il est logique de privilégier l'auto-évaluation chez un patient capable de communiquer. Dans le cas contraire, l'intensité de la douleur sera appréciée par hétéro-évaluation notamment grâce à des échelles comportementales.

– **L'Echelle Verbale Simple (EVS) :**

décrit l'intensité de la douleur en cinq niveaux : absente, légère, modérée, sévère et atroce. Le soulagement de la douleur peut aussi être exprimé verbalement : absent, léger, modéré ou complet. Ces échelles verbales simples ont l'avantage d'être rapides et simples mais ne permettent pas une évaluation fine.

– **Les échelles numériques :**

Ont des versions écrite et verbale. Le patient exprime son niveau de douleur entre 0 et 10. 0 représente l'absence de douleur et 10 la pire douleur qu'il puisse imaginer : *« Sur une échelle de 0 à 10, si 0 représente l'absence de douleur et 10 la pire douleur imaginable, à combien estimez-vous votre douleur actuellement ? »*. Tout comme l'échelle verbale simple, il est possible d'inverser l'échelle afin de quantifier le soulagement de la douleur entre 0 et 10.

– **L'échelle visuelle analogique :**

Il est constituée d'une ligne horizontale de 100 mm, non graduée, limitée à chaque extrémité par un crochet. Il est demandé au patient de placer le curseur à un niveau correspondant à son niveau de douleur, l'extrémité gauche correspondant à *« l'absence totale de douleur »* et celle de droite *« la pire douleur imaginable »*. Le verso de l'échelle présentée au patient possède une ligne graduée permettant de recueillir un score entre 0 et 100 mm.

Il existe une bonne corrélation entre les trois échelles communément utilisées : échelle visuelle analogique, échelle verbale simple et échelle numérique de la douleur (Figure 20).

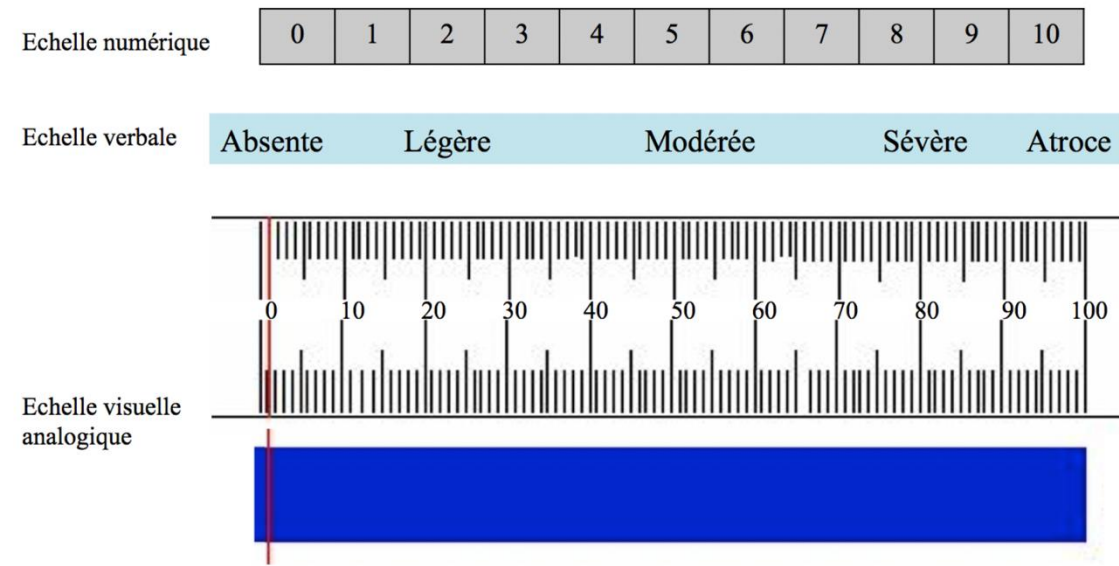


Figure 20. Corrélation entre les différentes échelles de douleur.

D'autres outils sont disponibles lorsque ces trois types d'évaluation sont difficiles comme chez les enfants par exemples. L'échelle à six visages traduit l'expression de bien être ou de douleur, elle est également validée pour refléter l'intensité de la douleur chez l'enfant (Figure 21).



Figure 21. Échelle de douleur à six visages

5. DPO en SSPI

La SSPI permet une surveillance clinique rapprochée de la récupération des fonctions vitales mais elle permet également d'évaluer la douleur et de la corriger si besoin.

Une première évaluation a lieu au plus tôt après la sortie du patient de la salle d'intervention, dès qu'il est suffisamment réveillé pour s'exprimer. Cette première évaluation a donc lieu dix minutes après extubation chez un patient ayant bénéficié d'une anesthésie générale et elle est immédiate pour un patient donc le geste a été réalisé sous ALR. La douleur doit ensuite être évaluée toutes les 15 minutes jusqu'à la sortie du patient.

Les résultats de l'évaluation répétée sont consignés dans le dossier d'anesthésie. En France depuis 2008, la HAS recommande que le dossier d'anesthésie regroupe un certain nombre d'informations pré- , per- et post-opératoires qui constituent des indicateurs qualité pris en compte dans les procédures de certification des établissements de santé.

En 2014, deux nouveaux indicateurs ont vu le jour et s'intéressent à la prise en charge de la douleur postopératoire en SSPI. Ces critères IPAQSS (Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) sont : la traçabilité de l'évaluation de la douleur postopératoire avec une échelle en SSPI, et la sortie de SSPI avec un score de douleur faible (EN < 3/10).

6. Evaluation de la douleur tout au long du parcours postopératoire

Après sortie de SSPI, l'évaluation de la douleur fait partie intégrante des paramètres de la surveillance pluriquotidienne. L'évaluation régulière permet de poursuivre, diminuer ou incrémenter les traitements antalgiques et d'avoir éventuellement recours à l'aide des spécialistes en cas de douleur incontrôlée. La sortie de SSPI s'accompagne d'une reprise d'autonomie qui ne peut avoir lieu en l'absence d'analgésie correcte.

Cette période d'hospitalisation est une période délicate, à risque de complications postopératoires dont certaines peuvent avoir un lien avec la douleur via son retentissement sur les activités. De nombreux facteurs sont impliqués dans l'apparition d'une morbidité postopératoire, qui entraîne une augmentation de la durée de séjour et de convalescence. Ces facteurs sont représentés sur la Figure 22.

Une douleur postopératoire maîtrisée permet de limiter l'immobilisation, et ainsi de favoriser une reprise rapide du transit, limiter le risque thrombotique et plus globalement récupérer une activité normale. L'évaluation de la douleur doit également être notifiée dans le dossier du patient.

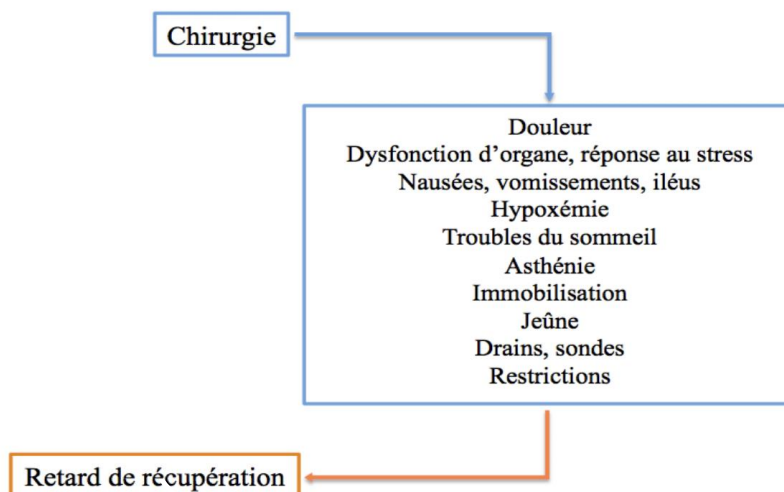




Figure 22. Facteurs retardant la réhabilitation après une intervention [41]

 Notre enquête, quant à elle, a relevé une incidence de 67% des cas (DPO sévère à modérée), ce qui montre que la prise en charge de la douleur dans notre contexte est loin d'être satisfaisante. Ce constat peut être expliqué par plusieurs raisons :

- Absence des mesures d'analgésie préventive anticipées en peropératoire.
- Manque de sensibilisation pour la douleur post-opératoire .
- Absence de l'utilisation des moyens fiables pour l'évaluation de la douleur
- Absence de stratégie de prise en charge de la douleur .
- Absence de personnel qualifié et de monitoring fiable dans la SSPI.

 Pour 88% des patients la douleur a bien été évaluée par l'infirmier, contre 8% qui ont déclaré non, et 4% ne sachant pas.

Ces constats nous invitent à nous pencher sur cet aspect de notre prise en charge. Il faut réactualiser les protocoles de la prise en charge de la DPO que ça soit au bloc ou dans tous les services chirurgicaux .

C. Au niveau de l'unité d'hospitalisation conventionnelle

Les soins postopératoires commencent à la fin de l'opération et se poursuivent en salle de réveil, et tout au long de l'hospitalisation postopératoire et se prolongent lors du retour à la maison et la période de convalescence.

Le but principal des soins postopératoires est d'aider l'organisme de la personne à retrouver son équilibre.

La surveillance postopératoire répond à trois objectifs :

- Veiller à la sécurité de la personne et à son confort au retour de la salle d'opération;
- Permettre une récupération optimale et la plus grande autonomie possible;
- Prévenir les éventuelles complications dues à l'intervention.

Immédiatement après l'arrivée du patient au service d'hospitalisation, selon le type de chirurgie, l'équipe médicale vérifie notamment :

- Les fonctions respiratoires, cardiaques et rénales (par la prise régulière des signes vitaux, de la saturation en oxygène, de l'élimination urinaire et par l'observation et la surveillance des signes de complication);
- La plaie, le pansement, les drains, les perfusions intraveineuses et la sonde urinaire qui ont éventuellement été posés;
- La présence de douleur et son intensité dans le but de bien la soulager;
- L'état mental et émotionnel.

Les sources de l'inconforts liés à une hospitalisation peuvent être classés en trois catégories :

- **Inconforts intrinsèques** : liés au patient et à sa pathologie : **soif, faim, nausées, vomissement, rétention d'urine, inconforts ou douleurs** liés au site opératoire ainsi qu'à l'ensemble des autres procédures thérapeutiques et diagnostiques mises en jeu telles que la mise en place ou la présence d'une sonde gastrique, les ponctions veineuses, la mise en place et la présence d'une sonde vésicale, la présence d'un drain, les changements de position dans le lit, la mise au fauteuil, changement du pansement etc.)
- **Inconforts liés à l'environnement** (bruit, odeurs désagréables, lumière, promiscuité entre les patients, litrie etc.)
- **Inconforts liés à une organisation de travail** (visites par les proches, information insuffisante du patient sur son état, isolement du patient, visite médicale au lit du patient etc.).

D'une manière conjointe à la gestion de la DPO comme mentionné avant, d'autres démarches médicales ont fait preuve dans la contribution de l'accélération de la convalescence post opératoire. Pour une chirurgie non compliquée, le contrôle actif de nombreux facteurs, correspondant à l'application de ce qui est fréquemment dénommé « protocole de réhabilitation active » va pouvoir raccourcir significativement la durée d'hospitalisation. [41] (Figure 23)

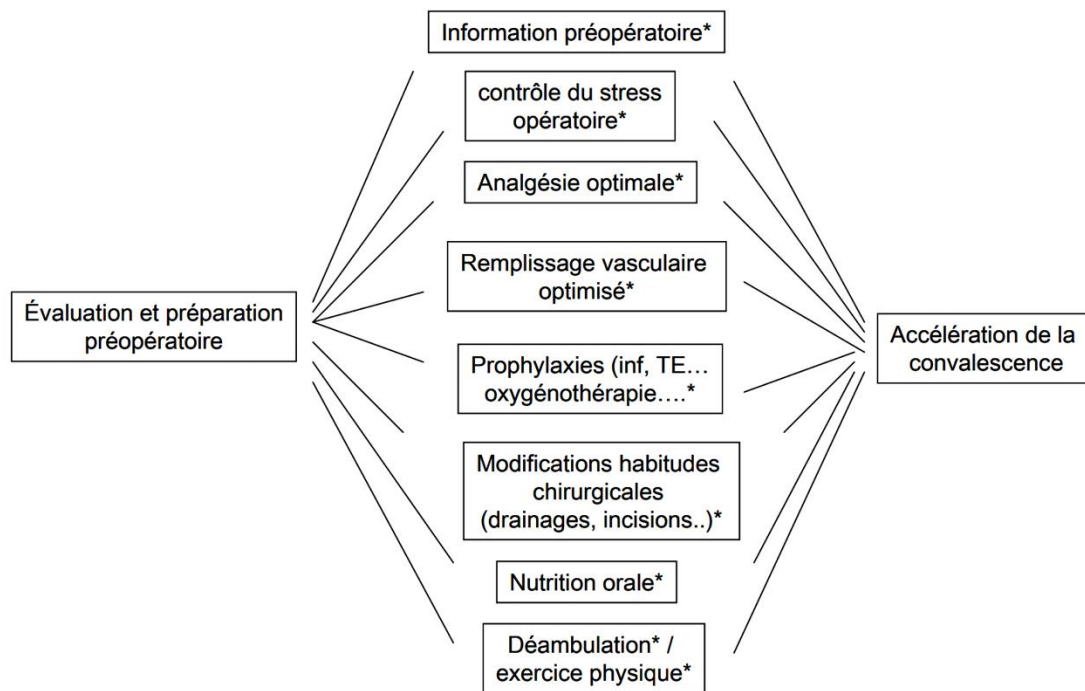






Figure 23. Les paramètres de la réhabilitation postopératoire * signifie une le bénéfice clinique est formellement prouvé.

Dans notre étude :

 Durant le séjour post opératoire : la douleur (44%) arrive en tête des sources d'inconfort évaluées, ce taux est très élevé pour une douleur qui devrait être prévisible. Sur le terrain on peut expliquer ces résultats assez élevés par l'absence d'un protocole de prise en charge de la DPO dans les différents services de notre établissement.

 En 2ème position les difficultés d'aller aux toilettes 42% ; ce retard d'autonomie peut être expliqué par la persistance de la douleur et aussi bien par la nature du geste opératoire.

 En 3ème place, les difficultés de sommeil (33%) ; peuvent être interprétées comme étant secondaires à la non gestion de douleur déjà mentionnée et aussi bien à d'autres facteurs environnementaux (bruit 15%, promiscuité 13%, literie 8% ...) sans oublier l'impact de l'état émotionnel du patient non évalué dans notre enquête.

 Dans le champ libre d'expression les sources de gênes des patients ont été focalisées essentiellement sur le manque de surveillance de la DPO par le personnel infirmier et l'insuffisance du traitement analgésique reçu ... L'hospitalisation des patients pré et post opératoires dans la même pièce a été évoquée comme étant une source d'inconfort chez plusieurs patients précisant que leur état (en post opératoire) nécessite une prise en charge différente, une surveillance rapprochée et un calme non respecté par les autres patients (et leurs proches) dans la même chambre.

V. Qualité relationnelle

Le lien relationnel entre le patient et son soignant est un facteur primordial de la qualité des soins : élément clé de la confiance établie entre les deux protagonistes, il conditionne l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée et sa qualité est indispensable pour garantir le succès des meilleurs soins techniques proposés. Ce point clé, évoqué dans la définition de l'OMS, est souvent oublié lorsque l'on s'intéresse à l'évaluation de la qualité des soins. Cela n'est pas volontaire mais est expliqué par l'absence de méthodes valides pour évaluer les capacités relationnelles des médecins [42].

Une communication efficace était à la base de la relation soignant-soigné. Elle permettait d'aboutir à une décision partagée et d'appliquer efficacement le savoir médical.

L'amélioration de la communication des soignants n'est pas une donnée nouvelle et son intégration dans la formation médicale a été proposée de longue date. Récemment, dans une étude réalisée chez 1205 patients ayant un haut degré d'anxiété préopératoire, évaluée par échelle visuelle analogique (EVA) et par score APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*), l'approche la plus appréciée par les patients pour réduire celle-ci était la communication avec le personnel soignant [43].

Mais quelle communication ?

Communiquer vient du latin *communicare* qui signifie « être en relation avec ».

Alors ; à chaque fois que nous entrons en communication avec quelqu'un, sommes-nous en relation ? Dans une relation, l'information n'est pas forcément partagée, elle peut être imposée par l'émetteur et subie par le récepteur. Communiquer, c'est aller au-delà, c'est mettre en commun, c'est partager.

La notion d'intérêt disparaît au profit de la notion du respect de l'autre. L'information est proposée par l'émetteur et reçue par le récepteur qui l'accepte (ou non). Et si le récepteur accepte, il va formuler un message de retour ou « feed-back ». C'est ce message qui va créer cette communication et engendrer à son tour un autre message de l'émetteur et ainsi de suite, le cercle de la communication est créé.

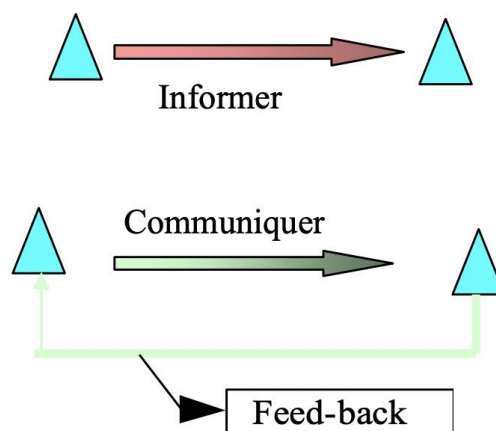


Figure 24. Différence entre informer et communiquer

A. Les différentes caractéristiques de la communication dans la relation soignant – soigné.

1. L'empathie.

L'empathie est la clef de voûte de la relation soignant – soigné mais qu'elle est-elle ?

Le dictionnaire Le petit Robert définit l'empathie comme la « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent ». D'autres définitions, telle que celle de Blouin et de Bergeron la traduit comme la « Capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. » [44]. Cela ne signifie pas que le soignant doit prendre la place du patient mais de ressentir et de comprendre

ses émotions. Le soignant ne devient pas le patient, il regarde du même point de vue que lui. Cette limite est très ténue et on peut vite basculer vers le « narcissisme relationnel », c'est-à-dire apporter notre solution si effectivement nous avons été à la place du patient. L'empathie c'est « l'art d'être distinct sans être distant » [45].

Il existe différentes formes d'empathie [46] :

- **L'empathie « spontanée » ou instinctive** : Elle est due à la rencontre de deux visions, celle du soignant et du soigné, qui partage le même univers. Cette communication ne peut être empathique que si le soignant en a conscience et qu'il effectue un travail de décodage des éléments livrés par le patient.
- **L'empathie dite difficile** qui intervient dans les moments de crise, dans le parcours du patient (exemple passage au bloc opératoire) alors que cette situation ne revêt pas de caractère exceptionnel pour le soignant puisque c'est son quotidien. Le soignant doit alors être attentif aux messages du patient : s'il ne reconnaît pas la souffrance du patient, le soignant passe à côté. Il doit être sensible aux messages émotionnels parfois confus du patient ainsi qu'à la dimension cognitive de la situation (le patient peut donner plusieurs sens à une même situation). Il faut noter que cette attitude est très difficile à mettre en œuvre pour les soignants. Une démarche empathique, même hésitante ou incomplète, apporte aide et soutien au patient, ne serait-ce que par l'écoute attentive.

L'empathie est un processus dynamique. Le soignant engage une démarche de compréhension du point de vue du patient sans chercher à modifier son point de vue.

2. La congruence.

La notion de congruence en psychologie a été développée par le psychologue humaniste américain Carl Rogers (1902–1987). Son approche peut être applicable à la relation soignant – soigné, bien qu'ici le soignant ne soit pas un thérapeute. Dans sa théorie, Rogers met en avant que le thérapeute doit être un modèle d'authenticité, il doit y avoir une cohérence entre le discours et le vécu afin de permettre au patient de livrer ses émotions.

On peut donner cette définition à la congruence : c'est être en harmonie, en cohérence avec soi-même. Dans la relation avec le patient, la congruence du soignant va autoriser celle du patient par un jeu de miroir. En effet, cette mise en harmonie va permettre au patient d'exprimer ses émotions et ainsi d'être en congruence. La congruence impose de la part du soignant une disponibilité à écouter ses émotions et à recevoir celles du patient.

3. La relation d'aide.

La relation d'aide est un moyen d'accompagner le patient vers une évolution et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement. Le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre systématiquement.

Une relation efficace peut aboutir à un changement ou être une porte ouverte vers un changement, en quelque sorte être une première étape positive.

Les effets de la relation d'aide sont, en premier lieu, l'obtention d'un soulagement émotionnel par la parole et l'expérience de l'écoute que fait le patient. Parfois, la relation d'aide permet d'accéder à une réorientation de la vie mais ce n'est pas un objectif initial. Le soignant facilite l'évolution et accompagnera le patient.

4. Une place pour l'hypnose.

L'hypnose peut être une ressource de communication avec le patient. Il existe deux formes d'hypnose, la première encore appelée hypnose formelle ou classique est la plus connue. Son image a été souvent véhiculée par l'hypnose à grand spectacle parfois télévisée avec des scènes de foule envoûtée et manipulée.

L'hypnose est un état de conscience modifiée, cela ne signifie pas que le patient est inconscient. Bien au contraire, il possède un champ de conscience élargi. Le patient sous hypnose est parfaitement conscient de ce qui se passe et peut réagir en fonction de son libre-arbitre.

L'hypnose est presque une communication parfaite entre le patient et le praticien car tous les codes, les règles, les moyens, le contexte de communication sont établis à l'avance, pas de place pour le hasard ou la perturbation.

L'hypnose va évoluer et se transformer pour devenir l'hypno-sédation qui est utilisée actuellement en anesthésie. La seconde est appelée hypnose conversationnelle. « L'Hypnose Conversationnelle est une forme d'hypnose sans hypnose. Elle consiste en effet, à potentialiser l'inconscient du patient en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute va utiliser des stratagèmes thérapeutiques ainsi qu'un langage qui présuppose le changement. »

B. La communication en perioperatoire

1. La communication verbale

Il est bien établi que le bruit joue un rôle perturbateur dans la transmission de l'information. Hors, le bloc opératoire est un lieu très bruyant, les portes qui s'ouvrent, les brancards qui grincent, l'ouverture des instruments opératoires, Un entretien qui se fait dans un volume sonore important détériore la qualité de la communication et la transmission des informations. Accueillir le patient dans un endroit plus calme ou imposer un peu de silence sera bénéfique en terme de la qualité de communication.

Personnel soignant (médecin et infirmier), doit se mettre au niveau du patient et de ses compétences, Il doit adapter son discours à chaque patient et à son niveau de compréhension, un discours standardisé ne sera qu'un échec de communication.

Il est important de garder à l'esprit qu'un mot, une expression mal comprise par le patient peut avoir des effets délétères (exemple : majoration de l'anxiété du patient).

Faut pas aussi négliger les dimensions extérieures qui influence la compréhension. Le patient au bloc opératoire, quel que soit son niveau social et culturel, se retrouve allongé sur un brancard, bien souvent nu sous la chemise d'opéré, c'est une des situations qu'il doit gérer parmi bien d'autres. Il n'est peut-être pas totalement disponible pour comprendre les informations qui lui sont données.

Dans les principes de la communication, le point de départ est l'élaboration du message par l'émetteur (soignant)selon sa logique. Dans ce cas, il s'agit d'une logique professionnelle, normée, cadrée, qui s'appuie sur des connaissances solides que le patient ne maîtrise pas, ni même la logique. Le personnel soignant doit s'adapter au plus près du patient. Pour cela il faut déceler les capacités du patient mais aussi ses incapacités.

L'écoute peut être perturbée par le bruit, nous l'avons vu, mais aussi par d'autres intervenants, par l'environnement (exemple le froid) ou la douleur. Il revient à l'IADE de préserver un milieu propice à l'écoute du patient.

2. La communication non verbale

L'attitude et les mouvements du corps, le contact visuel, l'expression du visage le ton de la voix, le toucher et l'utilisation de l'espace et de la distance entre le soignant et le patient contribuent en grande partie à la communication soignant-patient et révèlent, bien au-delà des mots, les attitudes et la disponibilité tant du soignant que du patient et l'intérêt ou l'engagement que le soignant peut manifester à l'égard de son patient.

La communication non-verbale tient également une part très importante dans la transmission de l'information mais encore faut-il y prêter attention. Il faut décoder les messages que le patient nous envoie, mais aussi lui permettre de décoder les nôtres. Nous sommes, pour des raisons d'asepsie, cagoulés et masqués au bloc opératoire mais la préanesthésie ou le sas d'accueil ne nécessite pas de telles règles. On peut largement laisser tomber le masque pour permettre au patient de voir notre visage et ainsi nos expressions.


Pour décoder les messages des patients, encore faut-il les regarder. Le regard est très pourvoyeur d'indices, une mydriase par exemple, signe d'une hyperactivité sympathique, nous mènera sur la piste de l'anxiété majorée.


Le comportement vocal est fondamental tant pour le patient que pour le soignant. La logorrhée du patient est un signe majeur d'anxiété. Un débit de paroles important avec une voie stridente, est peu propice à une écoute attentive. Le soignant prendra soin de son comportement vocal.

Le comportement kinesthésique du soignant est à prendre en compte ; accueillir un patient les bras croisés n'augure pas une relation sous les meilleurs auspices. De même que le patient dans la position où il se trouve (allongé, dénudé,...) n'est pas libre de ses mouvements (voulant préserver avant tout sa pudeur par exemple) ou lorsqu'une question lui est posée et qu'il y répond, il entend « non monsieur ne bougez pas » sauf que cet homme ne sait pas parler sans ses mains. Tout cela est un frein à une communication efficace.

La proxémique apporte une dimension importante dans la relation avec le patient. Nous rentrons dans son espace intime, voire son micro-espace (lors de l'induction par exemple). Cette intrusion, le patient ne peut pas la refuser, il est obligé de l'accepter au prix sans doute d'un surcroît d'anxiété. C'est par la communication que nous allons apaiser cette anxiété et montrer au patient que nous n'allons pas abuser de cette irruption dans son espace.

Dans notre enquête :

 L'évaluation des professionnels soignant, a été positive : plus de 80% des questionnaires recueillis ont montré que les patients ont jugé le relationnel avec les infirmiers comme ayant été bon à excellent (87%). Cependant 1% ont mis un avis négatif .

 Concernant les MAR, 95% des patients ont jugé les compétences relationnelles comme bonnes à excellentes, sans relever d'avis négatif.

AXES D'AMELIORATION ET RECOMMANDATIONS

La mise en place d'un programme de qualité qui prend en compte toutes les étapes de la prise en charge des patients. Cette stratégie doit être globale, elle doit prendre en compte la structure de soins le personnel médical et paramédical .

En effet l'anesthésie ne constitue qu'un maillon de la chaîne de soins .

Dans cette perspective, nous soulignons que 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 évaluations des pratiques professionnelles dans le but de mettre en œuvre des actions correctrices pour s'approcher des référentiels de bonnes pratiques .

I. Préopératoire

- L'obligation de la C.P.A pour tout acte anesthésique programmé constitue une mesure qui devrait non seulement permettre de dépister au mieux les situations à risque ,de mettre en place la technique la plus adaptée pour réduire le risque ,mais aussi assurer l'information du patient, diminution de son anxiété (prescription de la prémédication au besoin) et le préparer physiquement et mentalement au jour j .
- Information adéquate et personnalisée au profil du patient, langage simplifié personnalisé selon les attentes du patient .
- Organisation de l'accueil et la gestion des contraintes administratives : simplification des procédures organisationnelles et administratives permettant un accès faciles au soins .

II. AU BLOC

- Optimisation de la gestion et l'organisation du bloc opératoire permet la mise en oeuvre d'un programme opératoire réalisable assurant le confort ,la sécurité du patient parallèlement à une gestion efficace du flux permettant la diminution du temps d'attente et par consequence l'anxiété préopératoire .
- Rôle propre des MAR et IADE e 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. 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 le personnel soignant (medecin et infirmier)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.
- 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 et appropriés pour améliorer la satisfaction des patients et le confort des soins à ce niveau.
- La surveillance clinique reste un élément essentiel pour assurer la qualité de l'anesthésie .

III. Post – opératoire

- Les infirmiers de SSPI devraient être attentifs vis-à-vis des divers inconforts ressentis par les patients , même si le rythme de travail laisse parfois peu de temps à cela.
- Optimisation de la gestion de la DPO (au SSPI aussi bien qu'au niveau des services de chirurgie)avec élaboration des protocoles standardisés
- Optimisation des conditions d'hospitalisation postopératoire en prenant en considération les particularités de cette période (DPO ,complications postopératoires, limitation de l'autonomie ...)

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. Ces évaluations permettent d'objectiver l'expertise et l'efficacité de notre stratégie de prise en charge périopératoire

Cette étude limitée à une population de patients a permis néanmoins de cerner l'activité de l'équipe anesthésique en peropératoire à l'hôpital Militaire Moulay Ismail avec des aspects positifs, qu'elle doit continuer de maîtriser et de renforcer (qualité de l'accueil et d'écoute au bloc opératoire, qualité relationnelle) et ceux pour lesquelles elle doit apporter des efforts supplémentaires (information, délais d'attente aux sas , douleur à la perfusion et à l'induction ,douleur post opératoire...).

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 pour une satisfaction maximale.

Ce travail quoique ponctuel, a été réalisé dans une conjoncture exceptionnelle, celle de la 3ème vague de la pandémie covid19, avec un taux de satisfaction globale de 89%. Notre équipe malgré les insuffisances ne peut que se réjouir de ces résultats .Néanmoins, des efforts doivent être fournis tant sur le plan humain que technique pour l'amélioration de la qualité de prise en charge périopératoire dans notre établissement.

RÉSUMÉS

Résumé

Titre : La parole est au patient : Ce que je n'ai pas aimé en périopératoire (Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes HMMIM)

Auteur : Mrabti Lamya

Rapporteur : Pr. Kechna Hicham

Mots-clés : périopératoire – prise en charge – satisfaction – CPA

Introduction : Une large part des marocains a fait, fait ou fera l'expérience d'une intervention chirurgicale au cours de son existence. Bénéficiaire d'une intervention chirurgicale n'était jamais une décision facile quelle que soit la simplicité du geste réalisé ; ce qui rend le passage au bloc opératoire ou exactement le séjour péri-opératoire ; une véritable épreuve physique et émotionnelle pour la personne qui va être opérée. La période péri-opératoire se définit ainsi par « l'intervalle qui s'étend de la consultation pré-anesthésique (CPA) à la fin de la surveillance après l'intervention. »

La satisfaction d'un patient, objectif de la mission médicale en générale, se définit comme la distance entre ses attentes et son vécu réel. De son arrivée au bloc opératoire et jusqu'à la sortie de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), plusieurs facteurs peuvent influencer le vécu périopératoire du patient et par ricochet sa satisfaction. Ces facteurs peuvent être méconnus ou sous-estimés par le personnel soignant mais influençant négativement l'expérience du patient et de manière significative. La satisfaction du patient revêt alors un double caractère, celui d'un objectif en soi et celui un indicateur de qualité majeur à ranger aux côtés de la morbi-mortalité, de la douleur ou encore de la qualité de vie. Pour atteindre ce niveau de pertinence, il reste toutefois à bien l'évaluer.

L'objectif : de notre étude était de évaluer à J+1 de l'intervention, la satisfaction des patients quant à leur prise en charge périopératoire, de l'entrée au bloc opératoire, à la salle de surveillance post-interventionnelle et jusqu'à le retour au service d'hospitalisation. On va essayer d'identifier et de hiérarchiser les différentes sources ou situations inconfortables occasionnant une gêne et ou une doléance chez le patient opéré. Finalement on proposera, a posteriori, des axes d'amélioration de la qualité des soins prodigués et du bien-être des patients à l'échelle des différentes étapes du parcours péri-opératoire en fonction des résultats obtenus.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective et observationnelle qui s'est intéressée à une population de 120 patients opérés dans le cadre d'une chirurgie programmée durant la période du 15 mai 2021 au 15 juillet 2021, le recueil des données a été fait en j1 post opératoire

Résultat :

- 13% des patients n'ont pas bénéficié d'une CPA .
- Evaluation de l'information délivrée a objectivé un manque d'information relative à la chirurgie 23% et à l'anesthésie 29% .
- Le niveau l'anxiété préopératoire initial a été supérieur à 3/10 pour 69% des patients concernant la chirurgie et 44% par rapport à l'anesthésie. Après la rencontre avec le personnel au bloc le niveau d'anxiété a nettement diminué (46% des patients concernant la chirurgie, et 32% vis-à-vis de l'anesthésie).
- Les principaux désagréments au bloc opératoire ont concerné essentiellement le froid (25%) ,manque d'explication (21%) ,l'intimité et l'attente (19%),confort d'installation et la non disponibilité d'une couverture (13%) ,le bruit (11%) ,nombre du personnel (9%), et enfin la lumière (7%) la

douleur a la perfusion 56% et la douleur à l'induction 13%

- Les principaux sources d'inconfort en SSPI ont concerné : NVPO (26%) , la soif (25%), les difficultés mictionnelles (21%),du froid et l'absence d'accompagnant(19%), la faim (11%), l'intimité(7%) .Et enfin, le confort d'installation et la promiscuité entre les patients (5%), et de façon similaire le bruit (4%).
- Les sources d'inconfort au niveau de l'unité d'hospitalisation :la douleur arrive en première position (44%) suivi par les difficultés d'aller aux toilettes (42%) ,le sommeil (33%) et la soif (28%),les difficultés de faire les toilettes (26%),NVPO (24%),les difficultés mictionnelles(23%), le bruit (15%),la promiscuité (13%), la faim(13%), le froid(9%), et la literie (8%)
- L'évaluation de la satisfaction globale des patients concernant la prise en charge en périopératoire a été pour 89% \geq 3/5.

Conclusion : Cette enquête quoique ponctuel, a été réalisé dans une conjoncture exceptionnelle, celle de la 3ème vague de la pandémie covid19, montre un taux de un taux de satisfaction globale élevé de 89% . Néanmoins, des efforts doivent être fournis tant sur le plan humain que technique pour l'amélioration de la qualité de prise en charge périopératoire dans notre établissement.

ABSTRACT

Title : The patient has the floor: “what I didn't like about the périopérative care!”

Author : Mrabti lamya

Rapporteur : Pr. Kechna Hicham

Keywords: perioperative ,care, satisfaction ,Anesthesia ,Surgery

Introduction:

A large proportion of Moroccans have experienced, are experiencing, or will experience a surgical intervention during their lives. To be operated was never an easy decision whatever the simplicity of the procedure, which makes the journey to the operating room or exactly the perioperative period a real physical and emotional ordeal for the person who will be operated. The peri-operative period is defined as "the interval between the pre-anesthetic consultation (PAC) and the end of monitoring after the operation".

A patient's satisfaction, the goal of the medical mission in general, is defined as the distance between his expectations and his actual experience. From the admission to the operating room to the discharge from the post anesthesia care unit (PACU), several factors can influence the patient's peri-operative experience and, in turn, their satisfaction. These factors may be unknown or underestimated by the healthcare staff, but they can have a significant negative influence on the patient's experience.

Patient satisfaction therefore has a dual character, as an objective in itself and as a major quality indicator to be ranked alongside morbidity and mortality, pain and quality of life. To reach this level of relevance, however, it remains to be properly evaluated.

The objective of our study was to evaluate patient satisfaction with their anesthetic care on the first day after surgery. We will try to identify and arrange the different sources of discomfort or uncomfortable situations that may cause discomfort or complaints to the patient undergoing surgery. Finally, we will propose, a posteriori, the lines of improvement of the quality of the care provided and the well-being of the patients at the different stages of the perioperative journey according to the results obtained.

Method:

This is a prospective and observational study, which focused on a population of 120 patients operated on during scheduled surgery during the period from May 15, 2021 to July 15, 2021.

Result:

- 13% of patients did not benefit from a PAC
- Evaluation of the information provided showed a lack of information about the surgery and anesthesia (23%/29%)
- The initial preoperative anxiety level was higher than 3/10 for 69% of the patients regarding surgery and 44% regarding anesthesia. After the meeting with the staff in the OR the level of anxiety decreased significantly (46% of patients regarding surgery, and 32% vis-à-vis anesthesia).
- The main discomforts in the operating room concerned mainly the cold (25%), lack of explanation (21%), privacy and waiting (19%), comfort of installation and the non-availability of a blanket (13%), noise (11%), high number of staff (9%), and finally the light (7%), the pain in placing the intravenous line 56% and the pain during induction 13%

- The main sources of discomfort in the PACU were PONV (26%), thirst (25%), urinary problems (21%), cold and the absence of an attendant (19%), hunger (11%), intimacy (7%), , the comfort of the installation and promiscuity between patients (5%), and finally, noise (4%)
- The sources of discomfort in the hospitalization unit were pain (44%), followed by difficulties in going to the bathroom (42%), difficulties in sleeping (33%), thirst (28%), difficulties in doing the toilet (26%), PONV (24%), urinary problems (23%), noise (15%), promiscuity (13%), hunger (13%), cold (9%), and the bedding (8%).
- The evaluation of the global satisfaction of the patients regarding the perioperative care was for 89% \geq 3/5.

Conclusion :

This survey, although punctual, was conducted in an exceptional circumstance, that of the 3rd wave of the covid19 pandemic, shows a global satisfaction rate of 89% . Nevertheless, more efforts must be made on both, the human and technical levels to improve the quality of perioperative care in our institution.

ملخص

عنوان: الكلمة للمريض ما لم يعجبني خلال الفترة المحيطة بالجراحة
المؤلف: امرابطي لمياء
المقرر: الأستاذ قشنى هشام
الكلمات الرئيسية: الرضا عن العناية المحيطة بالجراحة تخدير إنعاش
المقدمة:

نسبة كبيرة من المغاربة قد اجروا عملية جراحية أو سيجرونها خلال حياتهم. لطالما شكل الخضوع للجراحة قرارًا صعبًا بغض النظر عن مدى بساطة الإجراء؛ الشيء الذي يجعل المرور من غرفة العمليات أو الفترة المحيطة بالجراحة بالضبط؛ اختبار جسدي وعاطفي حقيقي للشخص الذي سيخضع لعملية جراحية. الفترة المحيطة بالجراحة هي الفترة التي تمتد من استشارة ما قبل التخدير حتى نهاية المراقبة بعد العملية. يتم تعريف رضا المريض، وهو الهدف من المهمة الطبية بشكل عام، على أنه الفرق بين توقعاته وتجربته الفعلية.

منذ الوصول إلى غرفة العمليات وحتى مغادرة وحدة رعاية ما بعد التخدير يمكن أن تؤثر عدة عوامل على تجربة المريض المقبل على الجراحة، وبالتالي رضاه. هذه العوامل يمكن أن تكون مجهولة أو غير مأخوذ بها بالاعتبار من طرف موظفي الرعاية الصحية ولكنها تؤثر سلبيًا وبشكل كبير على تجربة المريض. لذلك فإن إرضاء المريض له طابع مزدوج، هدف في حد ذاته ومؤشر جودة رئيسي يتم تصنيفه جنبًا إلى جنب مع معدلات المرض والوفيات والألم أو حتى جودة الحياة. ومع ذلك، لتحقيق هذا المستوى من الأهمية، لا يزال يتعين تقييمه.

الهدف:

كان الهدف من دراستنا هو تقييم، في اليوم الموالي للجراحة، رضا المرضى فيما يتعلق التخدير، منذ الدخول إلى غرفة العمليات، ومرورا بغرفة الإنعاش وحتى العودة إلى قسم الاستشفاء. سنحاول تحديد وترتيب المصادر المختلفة أو المواقف غير المريحة التي تسبب عدم الراحة و / أو شكوى في المريض الخاضع للجراحة. وأخيرًا، سنقترح مجالات لاحقة لتحسين جودة الرعاية المقدمة ورفاهية المرضى على مستوى المراحل المختلفة لمسار المريض المقبل على الجراحة اعتمادًا على النتائج التي تم الحصول عليها.

الطريقة:

هذه دراسة استباقية وقائمة على الملاحظة والتي ركزت على مجموعة من 120 مريضًا أجريت لهم عمليات جراحية في إطار الجراحة المخطط لها خلال الفترة الممتدة من 15 مايو 2021 إلى 15 يوليوز 2021، وقد تم جمع البيانات في اليوم الأول الموالي للجراحة.

النتائج :

- 13% من المرضى لم يستفدوا من استشارة ما قبل التخدير
- تقييم المعلومات المقدمة للمريض بينت على نقص المعلومات المتعلقة بالجراحة عند 23% والتخدير 29% من المرضى
- كان مستوى القلق الأولي قبل الجراحة أكبر من معدل 10/3 بالنسبة لـ 69% من المرضى فيما يتعلق بالجراحة و 44% فيما يتعلق بالتخدير. بعد الاجتماع مع الطاقم في غرفة العمليات ، انخفض مستوى القلق بشكل واضح (46% من المرضى بخصوص الجراحة ، و 32% فيما يتعلق بالتخدير).
- المصادر الرئيسية لعدم الراحة في غرفة الإنعاش : الغثيان والقيء بعد العملية الجراحية (26%) العطش (25%) ، صعوبة التبول (21%) ، البرد وغياب رفيق (19%) ، الجوع (11%) ، الخصوصية (7%) أخيرًا وضعية الاستلقاء والاختلاط بين المرضى (5%) والضوضاء (4%).
- مصادر عدم الراحة في وحدة الاستشفاء أولا الألم (44%) يليها صعوبة الذهاب إلى المرحاض (42%) والنوم (33%) والعطش (28%) وصعوبة في قضاء الحاجة (26%) الغثيان والتقيؤ (24%) ، صعوبة التبول (23%) ، الضوضاء (15%) ، الاكتظاظ (13%) ، الجوع (13%) ، البرد (9%) ، الفراش (8%).
- كان تقييم الرضا العام للمرضى فيما يتعلق بالعناية أثناء الفترة المحيطة بالجراحة أكبر من 3 \ 5 عند 89% من المرضى

الخلاصة:

هذا التحليل ، على الرغم من أنه مؤقت ، قد تم ظروف استثنائية ، خلال الموجة الثالثة من وباء كورونا، فإنه يظهر معدل رضا إجمالي يبلغ 89%. ومع ذلك ، يجب بذل الجهود على المستويين البشري والتقني لتحسين جودة الرعاية أثناء الجراحة في مؤسستنا.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Nom : Prénom :

Age : Profession :

Date :/...../.....

Type d'intervention :

Service :

Type d'anesthésie : (Loco régionale, générale).....

I. Programmation préopératoire et CPA

Rendez-vous opératoire : <1mois 1 mois 3 mois 6- 11mois >1 an

Information préopératoire :

- Chirurgie OUI NON 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ANESTHESIE OUI NON 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Consultation pré anesthésique

- Qualité d'accueil :
 - ✓ RDV : OUI NON
 - ✓ Attente lors des consultations 30 min 30min-1h 1h-2h >2h
- Information sur déroulement de l'anesthésie : OUI NON 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remarques :

II. Passage au bloc opératoire

1- Avez-vous bénéficié d'une douche préopératoire OUI NON 0 1 2 3 4 5

2- 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

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

Rassurant Indifférent angoissant Autre :

4- 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 :

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

Évaluez 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

Beaucoup de personne dans la salle 0 1 2 3 4 5

Manque de couvertures /draps 0 1 2 3 4 5

Manque d'explication des étapes par l'équipe soignant 0 1 2 3 4 5

Autre 0 1 2 3 4 5

6- 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

7- 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

III. Passage en salle de réveil

8- En salle de surveillance post-interventionnelle (Salle de réveil), avez-vous été gêné par certaines

de ces sensations ? Évaluez 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
 Aucun accompagnateur autorisé 0 1 2 3 4 5
 Autre : 0 1 2 3 4 5

(* proximité entre les patients)

9- Evaluation de la douleur en salle de réveil :

-Arrivé en salle de réveil, votre douleur était-elle ? :

Sévère Modérée Faible Nulle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 -localisation : endroit de l'opération 0 1 2 3 4 5 la gorge 0 1 2 3 4 5
 La mâchoire 0 1 2 3 4 5 dos 0 1 2 3 4 5

- 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

10- 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 :

IV. Hospitalisation post-opératoire

11- avez-vous été gêné par certaines de ces sensations / éléments ? Évaluez le niveau de gêne en entourant un chiffre entre : 0 (aucune) et 5 (très forte).

Douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Froid 0 1 2 3 4 5 Bruit 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

Difficulté de faire votre toilette 0 1 2 3 4 5

Difficulté d'aller aux toilettes 0 1 2 3 4 5

Difficulté pour prendre vos repas 0 1 2 3 4 5

Literie 0 1 2 3 4 5

Troubles de sommeil 0 1 2 3 4 5

Tabac 0 1 2 3 4 5

Promiscuité * 0 1 2 3 4 5 (* proximité entre les patients)

Autre : 0 1 2 3 4 5

V. Brancardage et hygiène des locaux

12-Comment vous évaluer le brancardage :

Acheminement au bloc opératoire : brancard chaise roulante debout

- Vers le bloc en préopératoire : 0 1 2 3 4 5
- Vers le service d'hospitalisation en post opératoire : 0 1 2 3 4 5

Remarques :

13-Comment vous évaluez l'hygiène des locaux : 0 1 2 3 4 5

Remarques :

VI. Satisfaction globale

14-Globalement êtes-vous satisfait de votre prise en charge du bloc opératoire à la salle de

réveil ? Evaluez votre niveau de satisfaction en entourant un chiffre entre : 0 (pas satisfait) et 5 (très satisfait). 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15- Une question (qui n'existe pas dans le questionnaire ci-dessus)que vous auriez aimé qu'on vous pose ? veuillez la mentionner avec vos remarques

.....
.....

Proposition d'une brochure de vulgarisation du parcours périopératoire à l'hôpital Militaire Moulay Ismail

Anesthésie locorégionale périphérique : dans ce cas seule une partie du corps sera anesthésiée et vous garderez le contact avec l'équipe. Au besoin une anxiolyse peut être instaurée.

A la fin de l'intervention, on vous conduira à la salle de réveil ou une équipe vous prendra en charge : surveillance et traitement (douleur, nausées et vomissements postopératoires...).

Une fois tous les paramètres cliniques stabilisés, vous serez conduit sur un brancard au service d'hospitalisation.



7 Retour à domicile

Il est décidé en fonction de la chirurgie du terrain et de l'évolution postopératoire. Le secrétaire médicale s'occupera des démarches administrative et votre médecin vous indiquera les modalités et les recommandations postopératoire.



6 Retour au service d'hospitalisation

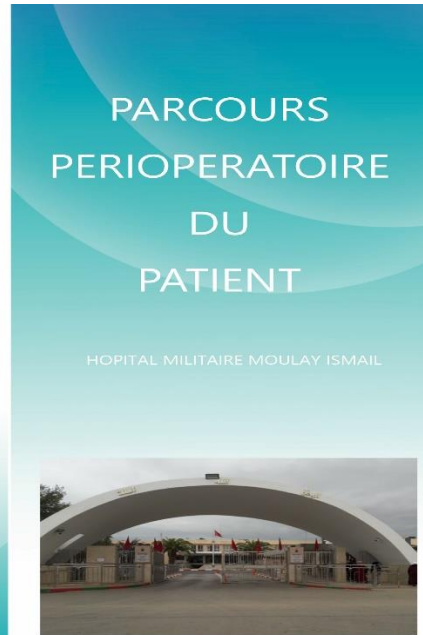
Vous serez remis dans votre lit avec une surveillance rapprochée et des thérapeutiques appropriés.

Vous démarrez dès lors une période de convalescence médicale durant laquelle vous serez sous surveillance médicale, (chirurgicale et anesthésique)

Prompt rétablissement



Ceci est une proposition de vulgarisation du parcours périopératoire à l'hôpital militaire Moulay Ismail, Meknes



VOTRE PARCOURS PERIOPERATOIRE

Bénéficier d'un chirurgie n'était jamais une décision facile encore plus le passage au bloc c'est une véritable épreuve physique et émotionnelle.

Cette brochure a pour but de décrire tout le parcours périopératoire à HMMI Meknes.



1 La consultation chirurgicale

Une ou plusieurs rencontres peuvent être nécessaire pour étayer votre cas. Il peut être licite le recours à des explorations et/ou avis spécialisés.

Si l'acte opératoire est décidé, le chirurgien vous expliquera la technique et le déroulement de l'intervention, et il vous adressera pour avis anesthésique.

2 La consultation pré-anesthésique: CPA

Le médecin responsable évaluera votre état de santé et demandera, si besoin, des explorations complémentaires et /ou des avis spécialisés

A la fin, il vous expliquera les techniques anesthésiques les plus appropriées à votre cas. Il vous informera sur le risque périopératoire et le déroulement de l'anesthésie. Il sera à l'écoute pour répondre à vos questions et/ou doléances.

3 La programmation et l'hospitalisation

De retour chez le chirurgien, après l'aval anesthésique, il vous indiquera le jour opératoire et les modalités de l'admission : jeûne préopératoire, préparation préopératoire (anesthésique et /ou chirurgicale)...

Le jour convenu, il faudra régler le volet administratif et vous installer au service correspondant, le médecin anesthésique et le chirurgien devront vous rendre visite pour réévaluation.

4 Vers le bloc opératoire



Le jour de l'intervention, Un brancardier vous conduira avec votre dossier médical vers le bloc opératoire. L'équipe anesthésique et chirurgicale va vous installer tout en vous demandant un certain nombre de questions pour valider le geste chirurgical envisagé : identité, intervention, coté opératoire, jeûne préopératoire, allergie...

5 Anesthésie et salle de réveil

Vous pouvez bénéficier de 3 type d'anesthésie :

Anesthésie générale : l'induction sera progressive le plus souvent par voie intra veineuse, on vous parlera jusqu'à l'endormissement total.



Anesthésie locorégionale(ALR) axiale soit une rachianesthésie ou une péridurale qu'on vous a expliqué préalablement, sinon vous pouvez demander d'autres explications.



المسار العلاجي للمريض المقبل على الجراحة

المستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس





7 التصريح بالخروج

التصريح بالخروج من المستشفى يتم تحديده على أساس طبيعة الجراحة، حالة المريض والسوابق المرضية وتحسن بعد الجراحة. ساهمت السكرتير الطبي بالإجراءات الإدارية وسيخبرك طبيبك بإجراءات وتوصيات ما بعد الجراحة (الوصفة الطبية، موعد المراقبة بعد الجراحة....).

بالشفاء العاجل



Ceci est une proposition de vulgarisation du parcours périopératoire à l'hôpital militaire Moulay Ismail, Meknes

التخدير الموضوعي: في هذه الحالة سيتم تخدير جزء فقط من الجسم وستبقى على اتصال بالفريق. إذا لزم الأمر، يمكن الاستعانة بإعطاء مخدر أو مهدئ خفيف مضاد للقلق عن طريق الوريد، لتحقيق الاسترخاء عند الشخص.

بعد الانتهاء من العملية، سيتم نقلك إلى غرفة الإعتاش حيث سيعتني بك فريق: من خلال المراقبة عن كثب والعلاج (الم ما بعد الجراحة، الغثيان والقيء، إلخ). بمجرد استقرار جميع المعايير السريرية، سيتم نقلك إلى قسم الاستشفاء.



6 الرجوع إلى مصلحة الاستشفاء

ستتم إعادتك إلى سريرك في مصلحة الاستشفاء مع الإشراف الدقيق والعلاج المناسب. تبدأ عندها فترة نقاهة تكون خلالها تحت الإشراف الطبي والتمريضي.



المسار العلاجي للمريض المقبل على الجراحة

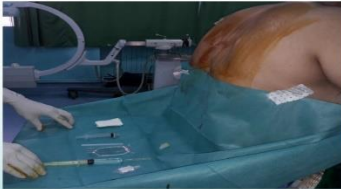
5 من التخدير إلى غرفة الاستيقاظ

يمكنك الاستفادة من 3 أنواع من التخدير:

التخدير العام: سيكون التخدير تدريجيًا في أغلب الأحيان عن طريق الوريد، وسيتم التحدث إليك حتى تفقد الوعي تمامًا.



التخدير الناحي: إما تخدير نخاعي أو تخدير فوق الجافية حيث تجري حقن الدواء حول الحبل الشوكي في أسفل الظهر كما تم شرحه لك سابقًا من طرف طبيب التخدير، كما يمكنك طلب تفسير أو شرحًا إضافيًا عند الحاجة.



3 الاستعداد للجراحة والاستشفاء

عندما تعود إلى الجراح، بعد المرور عند طبيب التخدير، سيخبرك بيوم العملية والإجراءات اللازمة للاستشفاء: إما باليوم السابق للجراحة، أو نفس اليوم؛ الصوم قبل الجراحة، الاستعدادات (فيما يخص التخدير أو الجراحة...) قبل الجراحة. في اليوم المتفق عليه، سيتعين عليك تسوية الجزء الإداري والذهاب إلى مصلحة الاستشفاء المناسبة. طبيب التخدير أو الجراح قد يزورانك لفحصك وإعادة تقييم حالتك الصحية.



4 في اتجاه غرفة العمليات



في يوم العملية، سيتم نقلك مصحوبا بملفك الطبي إلى غرفة العمليات: سيقوم فريق التخدير والجراحة باستقبالك واعدادك بالإضافة إلى طرح عدد من الأسئلة عليك للتحقق من بياناتك وصحة التدخل الجراحي المخطط له: الهوية والإجراء والجهة الصحية. يتقييم السوابق المرضية، الصوم قبل الجراحة، والحساسية...

وعيا منا لما تشكله الجراحة وكذلك غرفة العمليات من تحديات جسدية ونفسية بالنسبة للمريض، ارتأينا انشاء هذه المطوية بهدف شرح مراحل المسار العلاجي للمريض المقبل على الجراحة بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل بمكناس.



1 استشارة الطبيب الجراح قبل العملية

هي استشارة مع أو مجموعة من الاستشارات الطبية التي قد تلزم لتشخيص حالتك. قد يكون من الضروري اللجوء إلى فحوصات و/ أو آراء متخصصة. إذا تقرر الخضوع للجراحة، فسوف يشرح لك الجراح التقنية والإجراء، وسوف يوجهك لاستشارة طبيب التخدير.

2 التشخيص ما قبل التخدير

سيقوم الطبيب المسؤول بتقييم حالتك الصحية، وإذا لزم الأمر، يطلب إجراء فحوصات إضافية و/ أو مشورة متخصصة.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. « Vecu perioperatoire du patient un nouveaux paradigme ? » Le Praticien en anesthésie réanimation (2017) 21, 285—289
- [2]. Waljee J, Evan P, McGlinn E, Sears D, Chung KC. “Patient expectations and patient–reported outcomes in surgery: a systematic review”. Surgery 2014;155(5):799—808,
- [3]. Vincent Minville , Emmanuel Futier , Karim Asehnoune , Catherine Paugam–Burtz Impact de l'anesthésiste–réanimateur sur les progrès de la chirurgie et de la médecine périopératoire : regarder vers l'avenir. Journée monothématique de la SFAR 2019
- [4]. Richards T, Coulter A, Wicks P. “Time to deliver patient centred care”. BMJ 2015;350:530 (Clinical Research Ed.).
- [5]. “Evaluation de la qualité d’anesthésie” consulté en ligne <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2010/these45-10.pdf>
- [6]. Organisation européenne pour la qualité. <http://en.wikipedia.org/wiki/EOQ>, consulté le 10 novembre2009.
- [7]. JLAR.Décret sur la sécurité anesthésique. http://www.jlar.com/Divers/Lois%20et%20decrets/decret_5_12_94.htm,
- [8]. Stéphanie Monsel, Bruno Riou **Consultation préanesthésique** (p.249–54)
- [9]. CARBIT A .DAPOGNY Patients –médecins tous vos droits Ed du puits fleuri 1992. Coll .le conseillé juridique pour tous
- [10]. BADOUINJIL Ethique et législation « le point de vue canadien intern, J.bioeth
- [11]. OTFIELD H.Petit dictionnaire de l'éthique. ED.francaise adaptée et augmentée par lukes L Sosoe ; 1993
- [12]. LECLERC F, L'information et consentement des patients à l'hôpital

- [13]. Brücker PG, Caniard E. États généraux de la santé: une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire. *adsp* 1999; 27 : 6–9.
- [14]. Fédération Hospitalière de France. Guide méthodologique: les droits du patients dans la loi du 4 mars 2002. <http://www.fhf.fr> (éditeur), 2002, 31 p.
- [15]. Picault L, Jenvrin J, Appère P, Bourrigan P, Crom P, Mehu G. Information du patient: fiches de conseils, de soins et de prévention (fiches CSP). *J Eur des Urgences* 2004; 17 : 147.
- [16]. Arendts G, Mackenzie J, Lee JK. Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. *Emerg Med Australas*. 2006; 18 : 7–14.
- [17]. 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.
- [18]. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, and Subedi A. “Nepalese patient’s anxiety and concerns before surgery.” *J Clin Anest*, no. 23 (2011): 372–78.
- [19]. R. Amouroux, C. Rousseau-Salvador, D. Annequin. L’anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.588. [ff10.1016/j.amp.2009.10.017](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.017) [ff. fahal-00682246f](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.017)
- [20]. SFAR. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l’anxiété. [en ligne]. Disponible sur <http://www.sfar.org/>.
- [21]. Inter bloc n°1 Tome XXIII p38.
- [22]. *Therapeutic Benefit of the Anesthesiologist-Patient Relationship*, Egbert, 2013

- [23]. ECKENHOFF (J.1. – Some preoperative warnings of potential operating room deaths. In *New Eng. J. Med.*, 240, 1075–1 079, déc. 1956.
- [24]. Evaluation à J1 de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique
- [25]. 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.
- [26]. Lagant C, Sukali M, Fournier C, Delafosse C, Lebaill 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.
- [27]. “La douleur induite par les soins ” la société française de médecine d’urgence 2014
- [28]. Laboratoires Astra France Département Anesthésie. Enquête multicentrique ASTRA-SOFRES : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en oncologie adulte. Laboratoire Astra France. 92844 Rueil Malmaison. 1998)
- [29]. 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.
- [30]. Polomeni-Lucas MM, Dominique A, and Wodey E. “L’hypnoalgésie de la main pour pose de voie veineuse périphérique.” *Congrès Des Sociétés de Pédiatrie SFP*, no. 21 (2014): 895.

- [31]. 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
- [32]. 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.
- [33]. 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.
- [34]. Yanniv D, Desmedt A, Jaffard R, Richter-Levin Gal. The amygdala and appraisal processes : stimulus and response complexity as an organizing factor. *Brain Research Reviews* 2004 ; 44 : 149- 186
- [35]. Poleshuck, EL, Katz J, Andrus CH, et al. Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. *J Pain* 2006 ; 7 : 626-34
- [36]. 3 Kehlet, H, Jensen TS and Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006 ; 367 : 1618-25.
- [37]. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Évaluation et traitement de la douleur, p. 777-784. 2008 Elsevier Masson SAS.
- [38]. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008;101:77-86.
- [39]. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2013;32:422-35.
- [40]. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2013;32:422-35.

- [41]. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008;248:189-98.
- [42]. Approche conceptuelle de la qualité des soins p n° 35 juin 2001
- [43]. Boselli, E., Demaille, N., Fuchs, G. *et al.* Évaluation de la communication thérapeutique pour améliorer l'accueil du patient au bloc opératoire: étude d'impact. *Can J Anesth/J Can Anesth* 65, 1138-1146 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s12630-018-1167-2>
- [44]. BLOUIN Maurice / BERGERON Caroline et al. Dictionnaire de la réadaptation, tome 1 : termes techniques d'évaluation. Québec : Les Publications du Québec, 1995.p 31.
- [45]. TOURNEBISE T. Les pièges de l'empathie. [en ligne]. Disponible sur : http://www.maieusthesie.com/chemin_decouverte_communication/communication.htm.
- [46]. BIOY Antoine "La communication entre soignant et soigné " p 35.

أطروحة رقم 21/284

سنة 2021

الكلمة للمريض:

“ما لم يعجبني خلال الفترة المحيطة بالجراحة!”
بالمستشفى العسكري مولاي اسماعيل بمكناس

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2021/10/27

من طرف

السيدة لمياء امرابطي
المزودة في 10 أكتوبر 1994 بالريصاني

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الرضا- العناية المحيطة بالجراحة - تخدير- إنعاش - جراحة

اللجنة

الرئيس السيد مولاي حسن فريح
أستاذ في جراحة المسالك البولية
المشرف السيد قشني هشام
أستاذ مبرز في علم الإنعاش والتخدير
السيد البوحدوتي هشام
أستاذ في الجراحة العامة
أعضاء { السيد محمد عدنان بردعي
أستاذ مبرز في علم الإنعاش والتخدير
..... السيد محمد أمين النوحى
أستاذ مبرز في الجراحة الترميمية والتجميلية