52e congrès national d'anesthésie et de réanimation.
Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état
© 2010 Sfar. Tous droits réservés.

Satisfaction des patients

C Jeannot, M Giniez, S Bernardini, N Bruder*

Service d'anesthésie-réanimation, CHU Timone, 264 rue St-Pierre, 13005 Marseille

*Correspondant : nicolas.bruder@ap-hm.fr

POINTS ESSENTIELS

- La satisfaction des patients consiste à être en adéquation avec leurs attentes. Ceci s'inscrit dans une démarche qualité
- La prise en charge de l'anxiété est nécessaire et repose avant tout sur une information claire
- Le respect de l'intimité et l'attention portée au patient sont des éléments clés de la satisfaction
- Certaines méthodes comme l'hypnose et la sophrologie seraient certainement intéressantes, mais sont peu employées en pratique
- La sécurité est un élément important de la satisfaction.
- Il a été montré que l'utilisation d'une check-list, devenue obligatoire, diminuait la mortalité et les complications périopératoires
- La prise en charge en SSPI est un moment clé de la satisfaction. On y assure le réchauffement des patients, le traitement de la douleur, la détection et le traitement des inconforts (nausées et vomissements, rétention urinaire …)
- Une analgésie efficace en SSPI doit être suivie de protocoles de prise en charge dans les services de soins
- Il existe des questionnaires validés de la mesure de la satisfaction des patients
- Une satisfaction élevée repose plus sur des facteurs humains que sur la valeur technique de l'équipe.

INTRODUCTION

La définition de la satisfaction, telle qu'elle apparait dans les dictionnaires est « l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, c'est aussi un sentiment de bien être et de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce l'on juge souhaitable » (Dictionnaire Petit Robert).

Dans le contexte des soins, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité, dont elle est un des indicateurs. La qualité des soins se définie selon l'OMS comme « le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assureront le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel des la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Ces deux définitions, l'une relative à l'accomplissement des attentes l'autre à la qualité du système de soins ouvrent un champ d'investigation extrêmement vaste. Il est donc nécessaire de réduire l'approche de la satisfaction aux éléments qui sont du domaine de l'anesthésie et sur lesquels les soignants, médecins et IADE, peuvent avoir une influence.
Pour nous, les variables qui nous semblent importantes pour la satisfaction et qui peuvent faire l'objet de mesures d'amélioration par l'équipe d'anesthésie sont les suivantes : l'anxiété des patients (accueil, information, communication) ; la sécurité et l'hygiène ; la prise en charge en SSPI ; la douleur postopératoire.

Tous ces paramètres relèvent du rôle de l'IADE, auprès du patient en collaboration avec le médecin anesthésiste.

Ce choix d'éléments « vecteurs de la satisfaction » est subjectif et critiquable. Il convient donc de vérifier que les critères retenus correspondent aux attentes et à la satisfaction de patients. Il faut également s'assurer que ces choix permettent à l'IADE d'optimiser ses soins en s'inscrivant ainsi dans une démarche qualité.

L'ANXIETE

L'anxiété préopératoire est définie comme le malaise physique et psychologique que peut ressentir le patient lors d'une intervention chirurgicale. Elle concerne 40% des personnes opérées. Les craintes liées à l'anesthésie sont supérieures à celles de la chirurgie (1).

L'anxiété du patient qui doit « subir » une anesthésie est liée à la peur de souffrir, de mourir et de ne pas se réveiller.
Les patients emploient fréquemment le mot « subir » pour parler de l'anesthésie. Plusieurs moyens permettent de réduire cette anxiété :

- la prémédication qui est prescrite lors de la consultation d'anesthésie par le médecin anesthésiste réanimateur a pour objectif la diminution de l'anxiété préopératoire, la diminution des posologies lors de l'induction et l'amélioration de la qualité du réveil
- la sophrologie qui est un ensemble de techniques de relaxation, permet au patient d'arriver dans un état d'esprit positif au bloc opératoire
- l'hypnose qui est un état naturel de concentration intérieure auquel le patient parvient grâce à une relation privilégiée avec le thérapeute ayant pour but la diminution de l'anxiété préopératoire et des posologies d'agents anesthésiques (2).

La sophrologie et l'hypnose sont très peu employées en pratique clinique malgré leur efficacité réelle. La raison en est probablement à la fois un manque de formation et de

compétence à ces méthodes et la nécessité de disposer de temps, denrée de plus en plus difficile à trouver dans nos systèmes de soins.

D'autres moyens peut-être moins performants, mais plus simples sont certainement efficaces. La communication est essentielle, elle permet de renseigner le malade, de le rassurer et d'identifier ses craintes pour les limiter. Elle permet notamment d'expliquer les mesures de sécurité mises en œuvre pour limiter les erreurs (check-list). L'information sur les différentes étapes de l'anesthésie est nécessaire et est demandée par les malades eux-mêmes.
Elle est un élément capital dans la gestion du stress: un malade qui connaît le déroulement de son intervention se sentira intégré au processus et pris en compte de manière individuelle. L'écoute active est un concept développé à partir des travaux du psychologue américain Carl Rogers. Elle est également nommée *écoute bienveillante*. Initialement conçue pour l'accompagnement de l'expression des émotions, elle est opérationnelle dans les situations de face-à-face où le professionnel *écoute activement* l'autre. Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur.
C'est aussi avec un accueil chaleureux, rassurant et sécurisant que le patient se sentira plus à l'aise.

SECURITE HYGIENE

L'anesthésie est une activité à risque. La maîtrise de ces risques reste un objectif prioritaire. Les enquêtes réalisées par la Sfar sur la mortalité en anesthésie entre 1980 et 1999 ont montré qu'en 20 ans, le nombre d'anesthésies avait augmenté de 3,6 millions/an à 8 millions/an, avec dans le même temps une diminution de la mortalité anesthésique de 1/13 000 à 1/140 000 (3).
Les causes de cette amélioration sont multiples, mais l'application de règles de sécurité a certainement joué un rôle majeur : obligation d'une consultation préanesthésique ; vérification des dispositifs médicaux et traçabilité de « l'ouverture de salle » ; obligation du passage des patients en SSPI après une intervention

Plus récemment, une « check-list » « sécurité du patient au bloc opératoire » a été rendue obligatoire (4). Il a été montré en 2009 que la mise en place de cette procédure dans 8 hôpitaux de 8 pays différents entrainait une diminution de la mortalité périopératoire de 1,5 % à 0,8 % et des complications de 11 % à 7 % (5). Cette diminution de la mortalité et des complications d'environ 40 % était probablement multifactorielle. La modification de certaines procédures liées à l'utilisation de la check-list est certainement un des facteurs, mais la modification des comportements est probablement d'égale importance. Les principaux éléments de la sécurité périopératoire sont notés dans le tableau 1.

MEDICAL	LEGISLATION	SSPI	DISPOSITIS MEDICAUX	HUMAIN	HYGIENE
Visite préanesthésique	Identitovigilance	Passage obligatoire	Traçabilité	Formation aux nouvelles techniques	Lutte contre les infections nosocomiales
	Check-list d'arrivée du patient au bloc opératoire	Traçabilité du dossier	Check-list ouverture de salle		
	Cahier des Vigilances (matério, pharmaco, hémo.....)		Matériel à usage unique		

Tableau 1 : Eléments de la sécurité au bloc opératoire

PRISE EN CHARGE EN SSPI

La période post-interventionnelle est une phase cruciale pour la qualité de l'anesthésie ressentie par le patient, car c'est le plus souvent le seul souvenir du bloc opératoire que gardera le patient. De plus, il s'agit d'une période pendant laquelle des complications peuvent survenir. Ces complications doivent être prévenues par le respect d'objectifs propres au réveil. Enfin, l'utilisation d'agents de cinétique très rapide (rémifentanil, sévoflurane ou desflurane), en raccourcissant le délai de récupération de l'anesthésie, oblige à une prise en charge plus précoce de l'analgésie ou des causes d'inconfort.

Avant le réveil et l'extubation, il faut vérifier que les conditions de base du réveil sont remplies : décurarisation totale à l'aide d'un monitorage, normothermie, qui permet d'éviter les frissons et l'augmentation de la demande métabolique du réveil ; normovolémie dont le non-respect peut être à l'origine d'une tachycardie et d'une hypotension ou à l'inverse d'un œdème pulmonaire en cas de surcharge ; absence de complication chirurgicale (saignement anormal par les drains, hématome de paroi, désunion de cicatrice …) pouvant obliger à une reprise chirurgicale précoce.

Les conditions de base d'un réveil étant remplies, il faut se préparer à assurer le confort postopératoire des patients. Celui-ci nécessite la prise en charge de la douleur, des nausées et vomissements postopératoires (NVPO), le réchauffement, la prévention ou le traitement de la rétention urinaire, le respect de l'intimité, le contrôle des nuisances sonore et lumineuse

Le risque de NVPO est évalué par le score d'Apfel (tableau 2). À partir de 2 critères, le risque est au moins de 39 % (6). Un traitement prophylactique ou curatif précoce est recommandé.

SCORE APFEL	
Sexe féminin	
Antécédents NVPO/Mal des transports	
Non-fumeur	
Morphiniques postopératoires	
RISQUE de NVPO selon le nombre de facteurs	
0	< 10%
1	21%
2	39%
3	61%
4	79%

Tableau 2 : Score d'Apfel permettant d'estimer le risque de nausées et vomissements postopératoires

La lutte contre l'hypothermie concerne toute la période périopératoire. Elle est un des éléments les plus importants non seulement du confort, mais également de la prévention des complications infectieuses, cardiaques, métaboliques. Même chez les patients hypothermes, le réchauffement cutané permet de limiter l'apparition des frissons.

La rétention urinaire est fréquente et inconfortable pour les patients, aussi un sondage est-il souhaitable au-delà de deux heures d'anesthésie. D'autre part, il convient d'être vigilant vis-à-vis de ce risque lors de l'administration des morphiniques ou d'une analgésie épidurale.

Le respect de l'intimité et le contrôle des nuisances sonore et lumineuse sont trop souvent oubliés. Il est pourtant simple d'y prêter attention et d'y remédier.

DOULEUR POSTOPERATOIRE

La douleur postopératoire est l'une des plus grandes inquiétudes des patients et un des critères de satisfaction les plus importants.
« Si la cause de l'anxiété c'est la douleur, on observe une corrélation entre le degré d'anxiété et la douleur (dans ce cas l'anxiété majore la douleur). Par contre si l'anxiété a d'autres causes il n'y a aucune relation entre l'anxiété et la douleur ». *Référence de la citation ??*
La douleur postopératoire est prévisible et transitoire. Elle dure 2 à 4 jours et les causes sont multiples (incision chirurgicale, drains, intubation trachéale, douleur à l'injection des agents anesthésiques…). Elle est très variable selon les patients et nécessite donc une adaptation au cas par cas par une titration des agents antalgiques. La douleur doit faire l'objet d'un dépistage et d'une traçabilité systématiques en SSPI.
L'échelle visuelle analogique (EVA) doit être inférieure à 3 pour permettre la sortie de SSPI. Il est inutile de viser une EVA à zéro qui pourrait conduire à un surdosage morphinique. Le patient doit sortir avec sa prescription d'antalgiques postopératoires et un score d'Aldrete supérieur à 9 (tableau 3).

Items	Score	Signes cliniques
Activité motrice	2	Mobilise les quatre membres
	1	Mobilise deux membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires + toux
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Activité circulatoire	2	PA systolique +/- 20% de la valeur préopératoire
	1	PA systolique +/- 20-50% de la valeur préopératoire
	0	PA systolique +/- 50% de la valeur préopératoire
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel
	0	Aucun réveil à l'appel
Coloration	2	Normal ou rose
	1	Coloration « anormale » sans cyanose franche
	0	Cyanose franche
SpO_2	2	> 92% à l'air
	1	Complément d'O_2 nécessaire pour avoir une SpO_2 > 90%
	0	< 92% avec complément d'O_2

Tableau 3 : Score d'Aldrete

SATISFACTION DES PATIENTS A PARTIR D'UN QUESTIONNAIRE

De multiples questionnaires ont été utilisés pour mesurer la satisfaction des patients. La plupart sont des échelles simples, de type numérique, qui sont inadaptées à l'anesthésie pour plusieurs raisons. D'une part, une échelle ou un score d'évaluation doit être reproductible afin de pouvoir comparer ces scores entre plusieurs équipes ou au sein d'une même équipe au cours du temps. D'autre part, nous avons vu que la satisfaction est lié à de nombreux critères nécessitant une évaluation sur-multidimensionnelle afin de savoir quel processus de soin est défectueux et peut faire l'objet de mesures correctrices. Enfin, une échelle doit être validée et utilisée sur un grand nombre de patients afin de pouvoir établir des comparaisons, car il n'existe pas de mesure de référence de la satisfaction.

Nous avons développé un questionnaire d'évaluation de la satisfaction périopératoire des patients, validé sur plusieurs milliers de patients (7). Ce questionnaire, l'EVAN-G, comporte 26 items répartis en 6 dimensions : l'attention, l'intimité, l'information, la douleur, les inconforts, les délais d'attente. Chaque dimension de ce questionnaire à un score compris entre 0 et 100 et le score global est la moyenne de ces scores. La validation de ce score sur 874 patients montrait que les patients âgés étaient plus satisfaits de l'anesthésie que les patients plus jeunes, que la prémédication ne modifiait pas le niveau global de satisfaction, et que la dimension « information » était celle pour laquelle les scores étaient les plus bas, témoignant d'une insuffisance ressentie par les patients dans ce domaine.

L'élaboration de ce questionnaire montrait que des questions très simples avaient un haut degré de pertinence pour les patients (« Mon intimité a été respectée » ; « Les médecins et le personnel soignant ont été attentionnés » ; « J'ai pu voir mon entourage » …). Ceci montre que l'attention et la manière de s'occuper des patients sont plus importantes pour leur satisfaction que le niveau technique des professionnels de santé.

CONCLUSION

C'est par l'évaluation de la qualité des soins et la perpétuelle remise en question des professionnels de santé que l'on peut améliorer la satisfaction des patients. Le patient est de plus en plus exigeant sur la notion de confort, les informations qui lui sont données et la façon dont elles lui sont communiquées, ainsi que sur la qualité des soins.
L'accréditation nous oblige à entrer rapidement dans cette démarche qualité.

REFERENCES

1. Chabay E, Chinouil M, Pignoux C, Fontaine B. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. In : Sfar, éditeur. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE). Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009.
2. Lucas MM, Languenan N. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire ? In : Sfar, éditeur. 51e Congrès national d'anesthésie et de

réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE). Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009.
3. Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology 2006; 105:1087-97
4. http://www.has-sante.fr
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360:491-9
6. Diemunsch P, Sfar. Conférence d'experts-texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. Ann Fr Anesth Réanim 2008 ; 27 :866-78 (http // :www.sfar.org)
7. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. Anesthesiology 2005; 102:1116-23