



# Evaluation de la satisfaction et du vécu anesthésique péri-opératoire des patients opérés en chirurgie orthopédique et traumatologique au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon.

## Evaluation of the anesthetic experience in orthopedic and traumatology department at the University Hospital of Owendo, Gabon.

A MATSANGA<sup>(1)</sup>, R OBAME<sup>(1)</sup>, A IFOUDJI MAKAO<sup>(3)</sup>, J M MANDJI LAWSON<sup>(2)</sup>, L V ADA SAGBO<sup>(1)</sup>, L BITIGUÉ<sup>(3)</sup>,  
C MOUCKAGNI<sup>(2)</sup>, A VEMBA<sup>(1)</sup>, C MBA MBA<sup>(4)</sup>, A SIMA ZUÉ<sup>(3)</sup>.

- (1) Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon  
(2) Département- d'Anesthésie-Réanimation –Urgences, Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda, Gabon  
(3) Département d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, Gabon  
(4) Service de Traumatologie générale, Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon

Soumis le 01 Juillet 2023  
Accepté le 20 Août 2023

### RESUME

**Introduction :** L'objectif de l'étude est d'évaluer la satisfaction du vécu anesthésique péri-opératoire des patients opérés en chirurgie orthopédique et traumatologique au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo, Gabon. **Méthodes :** Etude prospective, de type descriptive et analytique, mono centrique qui s'est déroulée au CHUO du 1er octobre 2020 au 31 mars 2021. Les patients âgés de plus de 15 ans bénéficiant d'une chirurgie ortho-traumatologique réglée étaient inclus. Les niveaux de satisfaction ou de jugement des patients étaient évalués à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités et l'échelle de vécu péri-opératoire anesthésique (EVAN). La qualité de l'information reçue, le niveau d'anxiété par rapport à l'anesthésie, les sources d'inconforts, la relation avec le personnel du bloc et la satisfaction globale étaient étudiés. **Résultats :** Cent – cinquante patients ont été inclus dans ce travail. L'âge moyen des patients était de 41 ans avec une prédominance masculine (58%). La chirurgie intéressait dans 65,3% le membre inférieur. Plus de la majorité des patients (70%) étaient classés ASA<sub>1</sub>. La consultation pré-anesthésique avait été jugée bonne par 55,6% des patients et mauvaise par 9,2% des patients. La qualité de l'information reçue lors de la consultation anesthésique était jugée bonne par 63,3% des patients pour le jeune préopératoire, mauvaise par 81,3% concernant l'anesthésie. L'anxiété préopératoire était présente chez 72,7% des patients. Cette anxiété concernait dans 67,6% des cas les patients n'ayant jamais subi une chirurgie. Les principales sources d'inconfort au bloc et en salle de surveillance post-anesthésique étaient la douleur, les bruits, la faim, la soif, le manque d'intimité et les nausées. **Conclusion :** Ce travail tend à rendre compte par ailleurs qu'une satisfaction élevée du vécu anesthésique repose plus sur des facteurs humains que sur la valeur technique de l'équipe d'anesthésie et de salle de surveillance post-anesthésique.

**Mots clés :** Anesthésie; Anxiété; Gabon; Orthopédie; Satisfaction.

### ABSTRACT

**Background:** The aim of the study is to evaluate the satisfaction of the perioperative anesthetic experience of patients operated in the orthopedic and traumatology department of the University Hospital of Owendo, Gabon. **Methods:** This was a prospective, descriptive and analytical, single-center study of a sample of 150 patients. It took place over a period of 6 months, from October 1, 2020 to March 31, 2021. The levels of patient's satisfaction or judgment were assessed using a five-point Likert scale and the perioperative anesthetic experience scale (EVAN). **Results:** one hundred and fifty patients were included in this work, 87 women and 41 men with a sex ratio of 0.7. The average age of the patients was 41 years old. The age group of 35-54 years was the most represented with 41.3% (n=62) of patients. At the end of this study, we found 52% of satisfied or very satisfied patients with the overall management of anesthesia. Younger patients were less satisfied than older patients (p=0.007). The main sources of dissatisfaction is the lack of information on the adverse effects related to anesthesia (72%). Preoperative anxiety was present in 72.7% of patients. The main sources of discomfort in the theater and in the post-anaesthetic monitoring room were pain, noise, hunger, thirst, lack of privacy and nausea. **Conclusion:** This work also tends to realize that a high satisfaction of the anesthetic experience is based more on human factors than on the technical value of the anesthesia team and the post-anaesthetic monitoring room.

**Keywords:** Anesthesia; Anxiety; Gabon; Orthopedic; Satisfaction.

### INTRODUCTION

Selon le Dictionnaire Larousse, la satisfaction, 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 ». Dans le contexte des soins, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité, dont elle est un des indicateurs. L'évaluation de la qualité des soins en médecine est un domaine en pleine expansion actuellement. Elle passe par une évaluation des désirs, des regrets, des attentes et de la satisfaction des pa-

tients. L'évaluation de la satisfaction du patient est une

Du Département d'Anesthésie—Réanimation—Urgences  
et Spécialités Médicales, CHU Owendo, Gabon

\*Auteur correspondant :

Dr. Arthur MATSANGA

Adresse : Département d'Anesthésie—Réanimation—Urgences  
et Spécialités Médicales, CHU Owendo,  
Libreville, Gabon

Téléphone : +241 62 06 20 80

E-mail : matsangaarthur@yahoo.com

obligation réglementaire en France depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation [1]. Dans le domaine de l'anesthésie les paramètres qui paraissent importants concernant la satisfaction des patients sont: l'anxiété ; la sécurité et l'hygiène ; la prise en charge en charge en soins de surveillance post-interventionnelle et de la douleur postopératoire. La prise en charge anesthésique est une étape clé dans la satisfaction du patient opéré quelle que soit la chirurgie. Au Centre Hospitalier Universitaire d'OWENDO, la chirurgie ortho-traumatologique est la spécialité principale. L'objectif de ce travail était d'évaluer la satisfaction du vécu anesthésique périopératoire des patients pris en charge en chirurgie orthopédique et traumatologique au sein de cette structure.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, de type descriptive et analytique, monocentrique. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 mars 2021 dans les services d'Anesthésie et d'orthopédie- traumatologie du CHU d'Owendo. Les patients âgés d'au moins 16 ans et plus ayant donné leur consentement libre et éclairés, bénéficiant d'une chirurgie ortho-traumatologique réglée étaient inclus. Les patients opérés en urgence, les patients admis en post-opératoire en réanimation et ceux refusant de participer à l'étude n'étaient pas pris en compte. Une information détaillée du questionnaire était donnée aux patients. Les niveaux de satisfaction ou de jugement des patients étaient évalués à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités ( « excellentes », « très bonnes », « bonnes », « moyennes », « mauvaise » ) et de l'échelle de vécu péri-opératoire anesthésique (EVAN). L'interrogatoire débutait avant l'entrée au bloc opératoire, il se poursuivait à l'unité de soins post-anesthésique et se terminait en hospitalisation. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la profession, le type d'intervention, les antécédents médicaux- chirurgicaux et anesthésiologique, la classe ASA, la satisfaction concernant la consultation d'anesthésie, le degré d'anxiété préopératoire, la satisfaction par rapport au déroulement de l'anesthésie, les sources d'inconfort, la relation avec le personnel et la satisfaction globale. Le logiciel SAS version 9.2 a été utilisé pour l'analyse statistique. Les autorisations du Directeur Général et du comité d'éthique ont été obtenus.

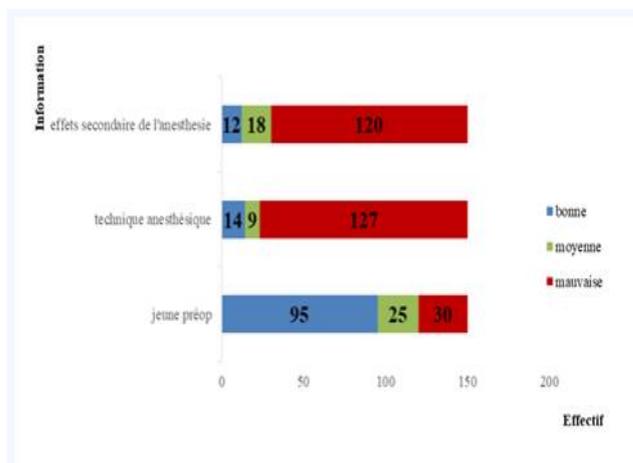
## RESULTATS

Durant la période de l'étude, 185 patients ont bénéficié d'une anesthésie pour une chirurgie ortho-traumatologie, 150 ont été retenus. La population étudiée était composée de 87 femmes et 63 hommes soit un sexe ratio de 0.7. L'âge moyen des patients était de 41 ans avec des extrêmes de 16 et 74 ans. La tranche d'âge de 35-54 ans était la plus représentée avec 41,3%. Les « sans-emploi » étaient les plus concernés avec 34,7%. Plus de la majorité des patients n'avaient aucun antécédent. Les caractéristiques de la population d'étude figurent dans le tableau I.

**Tableau I :** Caractéristiques de la population d'étude

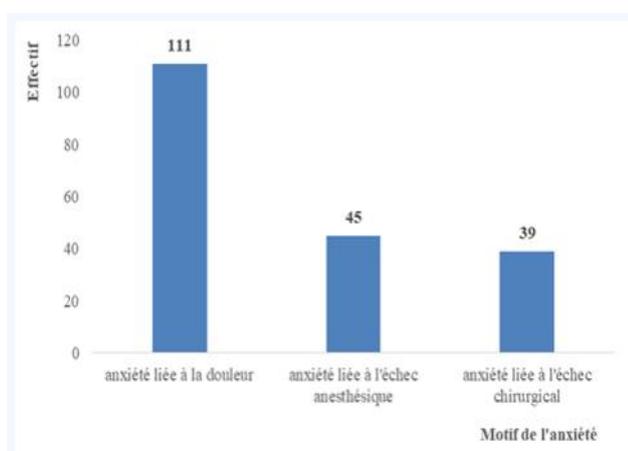
Paramètre	Effectif n=150	Proportion %	
Genre	<i>Masculin</i>	63	42
	<i>Féminin</i>	87	58
Tranche d'âge	<i>15-34</i>	55	36,7
	<i>35-54</i>	62	41,3
	<i>55-74</i>	33	22
Profession	<i>Sans emploi</i>	52	43,7
	<i>Ouvriers</i>	28	18,7
	<i>Fonctionnaires</i>	20	13,3
	<i>Elèves et étudiants</i>	17	11,3
Antécédents	<i>Sans antécédents</i>	88	58,7
	<i>Médicaux</i>	11	7,3
	<i>Chirurgicaux</i>	51	34

Dans ce travail, les fractures bi-malléolaires étaient la première des indications chirurgicales avec 38 cas (25,3%), suivi des fractures isolées du tibia avec 31 cas (20,7%), du fémur avec 29 patients (19,3%). Les ablations des matériels d'ostéosynthèse 13 cas (8,7%), la fracture isolée du radius avec 8 cas (5,3%). Concernant la consultation d'anesthésie, 94,7% (n=142) des patients ont bénéficié d'une évaluation préopératoire. Les patients de classe ASA I étaient majoritaire (70%, n=106). La qualité de cette consultation avait été jugée très satisfaisante par 55,6% (n=79) des patients, satisfaisante par 35,2% (n=50) et pas du tout satisfaisante par 9,2% (n=13) des patients. La qualité de l'information reçue lors de la consultation anesthésique était jugée bonne par 63,3% (n=95) des patients pour le jeune préopératoire, mauvaise par 122 patients (81,3%) concernant le déroulement de l'anesthésique (Figure 1).



**Figure 1 :** Répartition des patients selon la qualité de l'information reçue

En ce qui concerne l'anxiété préopératoire, elle était présente chez 109 (72,7%) patients mais à des degrés divers. Son intensité était jugée faible à modérée par 81 patients (74,3%) et très importante par 2 patients (1,8%) patients. L'anxiété en rapport avec la douleur représentait 74% (n=111) et l'anesthésie 30% (n=45) (Figure 2). Il n'y avait pas de différence significative par rapport à l'anxiété entre les hommes et les femmes. Les patients âgés de moins de 30 ans étaient les plus anxieux (52,5%).



**Figure 2 :** Répartition des patients selon le motif de l'anxiété

Pendant la phase peropératoire, 96,7% des patients étaient incapables d'affirmer la présence du médecin anesthésiste réanimateur lors de la réalisation de l'anesthésie. Quarante-quatre (29,3%) patients avaient reçu des explications concernant le déroulement de l'anesthésie. La rachianesthésie était la technique la plus utilisée dans ce travail. Les principales sources d'inconfort ou de gêne en salle d'opération étaient la douleur 69,4% (n=104) patients tableau II.

**Tableau II :** Sources d'inconfort au bloc opératoire

Source d'inconfort	Effectif n=150	Proportion %
<b>Douleur</b>	109	72,7
<i>Pose voie veineuse</i>	49	32,7
<i>Rachianesthésie</i>	55	36,7
<b>Froid</b>	60	40
<b>Manque d'intimité</b>	79	52,7
<b>Bruits des appareils d'anesthésie</b>	61	40,6
<b>Position</b>	20	13,3

A l'unité des soins post-anesthésique, les sources d'inconfort les plus gênantes étaient différentes de celle du bloc opératoire. Arrivaient en tête, la faim 63 patients (42%), le manque d'intimité 52 (34,7%), la soif 40 patients (26,7%), nausées 40 patients (26,7) et

la douleur 34 patients (22,7%). Le contact avec le personnel du bloc opératoire avait été jugé satisfaisant à très satisfaisant dans la majorité des cas. En post-opératoire, la douleur post-opératoire était la principale plainte des patients en hospitalisation. Elle était d'intensité forte chez 80,7% (n= 121) avec un EVS > 7 les 24 premières heures. Dans ce travail, de façon globale, 78 patients (52%) étaient satisfaits concernant la prise en charge anesthésiologique. Quarante-six (30,7%) étaient peu satisfaits et 17,3% n'étaient pas du tout satisfait. Les principales causes d'insatisfaction étaient l'absence d'information concernant l'anesthésie, mauvaise prise en charge de la douleur en post-opératoire, le non-respect de l'intimité (52%) et l'absence de visite post-anesthésique.

## DISCUSSION

L'étude de l'évaluation de la satisfaction du vécu anesthésique péri-opératoire est une démarche qualité qui entre dans le cadre de l'amélioration des soins procurés aux patients. L'anesthésie une discipline mal comprise par les malades et est source d'anxiété. Le terme subir est le plus souvent employé par le patient lorsqu'il parle d'anesthésie. Cette situation est due à un manque d'information claire donné au patient sur les techniques d'anesthésie et leurs effets secondaires d'où l'intérêt de la consultation pré anesthésique. Dans ce travail, le taux de réalisation de la consultation d'anesthésie était de 94,7% de cas. Ceci se justifie par sa systématisation dans notre structure. Cependant, 9,5% des patients n'étaient pas du tout satisfait du déroulement de cette consultation. L'insatisfaction retrouvée pourrait s'expliquer par les lieux de la consultation en général dans les chambres d'hospitalisation et le temps court accordé à cette étape par certains médecins anesthésistes réanimateurs.

Le contact avec le personnel paramédical du bloc était jugé bon par la majorité des patients (82,7%). Un grand nombre des patients 96,7% ont signalé l'absence du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) au moment de l'induction anesthésique et au cours de l'intervention. Cela trouverait son explication par le fait que dans le contexte du CHUO le personnel paramédical est autonome et pratique la majorité des techniques anesthésiques notamment la rachianesthésie. Ce constat avait déjà été fait par Ndoli et al au Rwanda [2]. La faible médicalisation de l'anesthésie en Afrique sub-saharienne peut s'expliquer par le nombre insuffisant des MAR. Dans notre pratique, on compte un MAR pour quatre d'intervention chirurgicales. Ce qui reste en dessous de la moyenne fixée par l'OMS qui est de 1,5 MAR par chirurgien [3].

La principale source d'inconfort au bloc opératoire était la douleur, (perfusion 32,7% et lors de la rachianesthésie 22,7%) Chevalier et al rapportaient également un taux similaire comme source d'inconfort au bloc 32% [4]. Par ailleurs, ce résultat était supérieur à celui retrouvé par Tong et al [5], mais inférieur à celui de Lagant et al [6]. La fréquence élevée de la douleur lors de la pose de la voie veineuse et de la réalisa-

tion de la rachianesthésie pourrait s'expliquer par l'absence d'utilisation des anesthésiques locaux type EMLA et le jeune âge des patients pourrait être un facteur algogène d'une part, mais aussi les multiples ponctions lors la pose de la voie veineuse ou de la rachianesthésie d'autre part. Le bruit occasionné par les appareils (scope, aspirateur, personnel soignant) était une source importante d'inconfort au bloc 22,7%. En effet, la majorité des patients de cette étude était sous anesthésie locorégionale sans bénéficier d'une sédation complémentaire d'une part, et d'autre part, le niveau élevé des alarmes sonores serait à l'origine de ce malaise. Le froid était une source d'inconfort ressentie par les patients. Plusieurs auteurs ont décrit le froid comme étant une source d'inconforts [7,5]. En USPA, la faim était la principale source d'inconfort. Suivi de l'intimité la soif et la douleur. Ory et al retrouvaient ces sources d'inconforts en USPA [8].

Cela pourrait s'expliquer par le jeûne préopératoire qui doit être respecté avant toutes interventions chirurgicales afin de diminuer le risque de vomissements et d'inhalation bronchique. Ce jeûne est de 6 heures pour les aliments solides et de 2 heures pour les aliments liquides. Cependant la durée du jeûne serait certainement trop longue dans notre pratique quotidienne. Les patients arrêtent généralement de prendre les aliments solides et liquides avant 22 heures, pour une intervention qui aura lieu le lendemain à 8 heures pour les premières interventions programmées.

L'intimité était une source fréquente d'inconfort en USPA, 34,7% des patients se plaignaient du manque de respect de l'intimité. Ceci pourrait s'expliquer par la promiscuité des patients étant donné que les femmes et les hommes sont tous mélangés dans une même salle de soins post-anesthésique.

Des nombreuses études ont montré que la soif est une source d'inconforts en USPA [4-6]. Cette étude mettait également en exergue cette source d'inconfort qui serait dû à une durée longue du jeûne préopératoire. En outre, les patients se plaignaient peu de la survenue des vomissements et des nausées post opératoires (NVPO) par rapport aux autres sources d'inconfort. Néanmoins ces plaintes ne sont pas négligeables avec 26,7 % pour les nausées et 6% pour les vomissements soit 32,7% pour les NVPO. Diemunsch et al ont montré que les NVPO étaient les principales sources d'inconforts en SSPI soit 30% [9]. En hospitalisation, dans ce travail, la plainte principale des patients était la douleur. Elle était présente chez 80,7% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par la disparition des effets de l'anesthésie locorégionale. Le manque de visite post opératoire du MAR pourrait également être une explication notamment sur la surveillance du protocole analgésique post opératoire, son efficacité ou si ce dernier est administré correctement. Cela montrerait que le respect du suivi du protocole analgésique n'est pas toujours effectif au service périphérique de chirurgie mais également le manque de visite du MAR en post opératoire entretiendrait la présence d'une douleur post-opératoire intense.

En ce qui concerne la satisfaction globale, 52% (n=78) des patients étaient très satisfaits ou satisfaits concernant la prise en charge anesthésiologique. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par Amengle et al [10]. Largement inférieur de celui de certains auteurs [11,12] qui ont trouvé des niveaux élevés de satisfaction 90%. Le faible niveau de satisfaction dans cette série pourrait s'expliquer par la qualité des informations données aux patients sur la prise en charge anesthésiologique d'une part et des nombreuses sources d'inconfort retrouvées d'autre part. Dans la littérature il a été démontré que le manque d'explications et de communication entre le personnel médical et les patients est une des causes d'insatisfaction du vécu des patients [5,13].

## CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'évaluer la satisfaction du vécu péri-opératoire en chirurgie orthotraumatologie réglée. Elle est un indicateur de la qualité des soins administrés. Dans la littérature des niveaux de satisfaction globale ont été retrouvés. Dans cette étude le niveau bas de satisfaction retrouvé est dû à des nombreux facteurs d'insatisfactions tels que l'absence d'information sur les avantages et les risques liés à l'anesthésie, le mauvais accueil des patients en salle de pré-induction, la non prise en compte de la douleur lors de la réalisation de certains gestes comme la pose de la voie veineuse, la réalisation de la rachianesthésie et le manque d'intimité. Pour obtenir une satisfaction globale élevée, il ne suffit pas d'une prise en charge anesthésiologique efficace mais tenir compte de l'ensemble des autres facteurs notamment le facteur humain et relationnel et la médecine péri-opératoire. Dans notre contexte, la prise en compte péri-opératoire du bien-être du patient reste encore problématique.

## RÉFÉRENCES

1. Jeannot C, Giniez M, Bernardini S, Bruder N. Satisfaction des patients. In : Sfar ed. Conférences d'actualisation. 52<sup>e</sup> Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier ; 2010 : 1—6.
2. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Ordonnance n<sup>o</sup>96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel de la République Française 25 avril 1996 : 6324—632.
3. Keita M, Samaké B, Goïta D et al. Pratique de l'anesthésie locorégionale à propos de 1261 cas. Mali Med 2013; 28(4): 22—6.
4. Chevalier V. Evaluation à J1 de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge anesthésique : de l'entrée au bloc opératoire à la sortie de la salle de surveillance post interventionnelle [Mémoire]. Poitiers : Faculté de Médecine, 2016.
5. Tong D, Chung F, and Wong D. Predictive factor in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patient. Anesthesiology 1997; 87(4): 856—64.
6. Lagant C, Sukami M, Fournier C, et al. Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. Ann Fr Anesth

- Réanim 2014; 33(1): 416—7.
7. Maurice-szamburski A. Le vécu périopératoire du patient, un nouveau paradigme ? *Prat Anesth Réanim* 2017; 21: 285—9.
  8. Ory L. Quid de la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique en chirurgie ambulatoire ? Enquête au CHU de poitiers [Mémoire]. Poitiers : Faculté de Médecine, 2015.
  9. Diemunsch P. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires. *Ann Fr Anesth Réanim* 2008; 27: 866—78.
  10. Amengle AL, Bengono RB, Metogo MJA, Mendomo D, Esiene A, Ze MJ. Evaluation de la satisfaction du vécu périopératoire des patients opérés sous anesthésie générale. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités* 2018; 12(2): 25—9.
  11. Lemarie J, Lemarie S. Information patient et anesthésie. La recherche européenne en télémédecine 2014; 3(4): 187—8.
  12. Lemos MF, Lemos-Neto SV, Barrucand L, Verçosa N, Tibirica E. Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery : usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory. *Bras J Anesthesiol* 2019; 69(1): 1—6.
  13. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. *Psychosoc Med* 2007; 4(1): 1—8.