

Master ès Sciences en sciences infirmières

Master conjoint
UNIVERSITE DE LAUSANNE
Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine
et
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA PERCEPTION DES PATIENTS SUR
LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES SOINS
DURANT LA PÉRIODE PÉRI OPÉRATOIRE DANS UN HÔPITAL
UNIVERSITAIRE

LEILA GUESMIA

DIRECTRICE DE MÉMOIRE
PROF. DIANE MORIN, Inf., PhD

JUIN 2013

Composition du jury

Diane Morin, inf., PhD, Directrice

Professeure ordinaire
Faculté de biologie et de médecine
Université de Lausanne

et

Directrice

Institut universitaire de formation et de recherche en soins
Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV

Maya Shaha, inf., RN, PhD, Experte et Présidente du jury

Maître d'enseignement et de recherche MER 1
Institut universitaire de formation et de recherche en soins
Faculté de biologie et de médecine
Université de Lausanne

Françoise Seghàiria, inf., MSc, Experte externe

Professeure chargée d'enseignement HES-SO
Domaine Santé
Haute Ecole de Santé ARC
Neuchâtel

Sommaire

La chirurgie est un événement stressant pour les patients et ces derniers doivent bénéficier d'une attention particulière pour traverser cette épreuve. Une préparation pré opératoire appropriée, des soins techniques et humains empreints de *caring* ainsi qu'une gestion adéquate des symptômes post opératoires sont à fournir à chaque patient. Tous ces éléments font partie de la qualité des soins en péri opératoire qui reste un domaine peu exploré à l'heure actuelle. Un des moyens utilisés pour évaluer la qualité des soins est de s'intéresser à la satisfaction des patients. Cette étude vise à décrire la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins reçus durant la période péri opératoire dans un hôpital universitaire. L'intérêt de cette étude se situe à trois niveaux : pour la clinique, afin de connaître la perception des patients, pour l'amélioration de la qualité des soins ; pour la formation, afin de poursuivre le perfectionnement des prestations fournies par les professionnels ; pour la recherche, afin de contribuer à la validation d'un outil finlandais en français. La théorie « *Good Nursing Care* » et l'outil GPNCS sont utilisés dans cette étude descriptive avec recherche exploratoire de corrélation. Un échantillon de 60 participants a permis d'obtenir un score global de satisfaction de 3,75 (ET 0,69). Les dimensions les mieux notées sont les « *compétences techniques* » (4,59), le « *respect* » (4,63) et les « *caractéristiques du personnel* » (4,22). Les dimensions les moins bonnes sont le « *soutien à l'initiative* » (2,38) ainsi que « *l'information* » (3,49). Aucune corrélation ne ressort entre les différentes dimensions du GPNCS et les variables sociodémographiques et cliniques. Les résultats soulignent l'importance

de la prise en charge et prouvent que des améliorations substantielles doivent être conduites dans le domaine du péri opératoire et de la qualité des soins fournis.

Summary

Surgery is a stressful event for patients and they should be given special attention to get through this ordeal. Appropriate preoperative preparation, technical and human care full of caring and adequate management of postoperative symptoms are to provide to each patient. All these are part of the quality of perioperative care that remains a little-explored area at present. One of the ways used to assess the quality of care is to focus on patient satisfaction. The aim of this study is to describe patients' perception of the quality of the overall management of the care received during the perioperative period in a university hospital. The interest of this study is threefold: for the clinic, to find out how patients improve the quality of care; for training formation, to continue the development of services provided by professionals; for research, to contribute to the validation of a Finnish tool into French. Theory « *Good Nursing Care* » and GPNCS tool are used in this descriptive study with exploratory research of correlation. A sample of 60 participants achieved an overall satisfaction score of 3,75 (SD 0,69). Best rated dimensions are « *the technical skills* » (4,59), « *respect* » (4,63) and « *staff characteristics* » (4,22). The worst dimensions are « *the support for the initiative* » (2,38) and « *information* » (3,49). No clear correlations between the different dimensions of GPNCS and sociodemographic and clinical variables existed. The results highlight the importance of care and show that substantial improvements are to be in the field of perioperative and quality of care provided.

Tables des matières

Composition du jury	ii
Sommaire	iii
Summary	iv
Liste des figures	ix
Remerciements	1
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique	4
La qualité des soins	5
La qualité des soins en péri opératoire.....	7
Le contexte péri opératoire	7
La satisfaction des patients	9
La perception des patients	11
Le but de l'étude	13
Chapitre 2 : Recension des écrits	15
La stratégie de recension des écrits	16
La qualité des soins en péri opératoire	17
Le contexte péri opératoire	19
Le pré opératoire	19
Le per opératoire	24
Le post opératoire	27
La satisfaction des patients et leurs perceptions.....	29
La synthèse de la recension des écrits	37
Chapitre 3 : Cadre théorique	38
Ancrage disciplinaire.....	39
La théorie « Good Nursing Care »	41
Chapitre 4 : Méthodologie	47
L'approche de la recherche	48
Le devis de la recherche.....	48
La population	49
L'échantillon et les critères de sélection ou exclusion	49

L'instrument de mesure	51
L'analyse des données	54
Description de l'échantillon	55
Le déroulement de l'étude	56
Les considérations éthiques	58
Chapitre 5 : Résultats	59
Milieu et participation	60
Description de l'échantillon	61
Les caractéristiques sociodémographiques	61
Les caractéristiques cliniques	62
Les questions relatives aux signes et symptômes vécus	64
En pré opératoire	64
Pendant le séjour hospitalier	65
Peurs exprimées	66
La satisfaction mesurée par les dimensions du GPNCS	67
La dimension « <i>soins physiques</i> »	67
La dimension « <i>information</i> »	68
La dimension « <i>soutien à l'initiative</i> »	68
La dimension « <i>respect</i> »	68
La dimension « <i>caractéristiques du personnel</i> »	69
La dimension « <i>atmosphère</i> »	69
La dimension « <i>processus de soins adéquats</i> »	69
La satisfaction mise en relation avec les caractéristiques des répondants	71
Corrélations avec les variables sociodémographiques	71
Corrélations avec les variables cliniques	73
Les questions ouvertes du GPNCS	74
Chapitre 6: Discussion	77
Mise en perspective des résultats	78
Liens et pertinence avec la question de recherche	78
Liens et pertinence du score global avec la littérature	78
Liens avec les caractéristiques sociodémographiques et cliniques	79

Liens avec l'utilisation du GPNCS	83
Liens avec les dimensions du GPNCS et ses questions ouvertes	84
Liens et pertinence avec le cadre théorique	88
Biais et limites de l'étude.....	89
La validité interne	89
La validité externe.....	91
Les forces de l'étude.....	92
Implications et recommandations.....	92
Pour la pratique infirmière.....	92
Pour la recherche	93
Conclusion.....	95
Références	98
Appendice A Version française du GPNCS.....	103
Appendice B Données sociodémographiques et cliniques	113
Appendice C Feuillelet d'informations pour les patients	115
Appendice D Poster.....	118
Appendice E Consentement éclairé pour les patients.....	120
Appendice F Avis de la commission d'éthique de la recherche sur l'être humain	123

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	63
Tableau 2 <i>Caractéristiques cliniques</i>	64
Tableau 3 <i>Signes et symptômes avant et après la chirurgie</i>	65
Tableau 4 <i>Peurs exprimées face à la chirurgie et à l'anesthésie</i>	66
Tableau 5 <i>Connaissances déclarées face à la chirurgie et à l'anesthésie</i>	67
Tableau 6 <i>Satisfaction mesurée par le GPNCS : Score global et par dimension</i>	70
Tableau 7 <i>Corrélations score global de satisfaction avec les variables sociodémographiques</i>	72
Tableau 8 <i>Corrélations score global de satisfaction avec variables cliniques</i>	73

Liste des figures

<i>Figure 1</i> : Illustration du cadre théorique de Leinonen & Vuorenheimo (1994).....	45
<i>Figure 2</i> : Flux de recrutement	61

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier tout particulièrement :

Les patients qui ont accepté de participer à cette étude. Ils ont été particulièrement attentifs et coopératifs à répondre au questionnaire employé dans cette étude. Leur collaboration a été essentielle à mon expérience. Un grand merci pour leurs disponibilités et leurs aptitudes à partager cette expérience singulière du péri opératoire à travers un questionnaire.

Ma directrice de mémoire, Mme la Professeure Diane Morin : pour sa bienveillance. Elle a réussi à me pousser à m'améliorer tout au long de ce master. Ses entretiens et ses lectures nombreuses m'ont permis d'aller toujours plus loin, encore et encore. Merci pour ses multiples encouragements.

Les équipes de chirurgie thoracique et vasculaire ainsi que le service de chirurgie viscérale du centre hospitalier collaborateur qui m'ont permis et autorisé l'accès à leurs services. Merci à M. Ballabeni qui m'a « ouvert la porte » des analyses statistiques et qui m'a énormément aidée.

Un grand merci à mes parents qui m'ont soutenue pendant ces deux années de master et qui ont toujours cru en moi, tout comme Cathy, ma meilleure amie. Merci à ma maman d'avoir passé énormément de temps à relire mes travaux. Merci également à Claudia qui m'a beaucoup aidée et soutenue durant ces deux ans.

Introduction

Améliorer la qualité des soins procurés par le personnel hospitalier fait partie des objectifs des différents milieux de santé. Ce phénomène d'évaluation et d'amélioration de la qualité est en expansion depuis de nombreuses années (Leprohon, 2000). Dans le contexte péri opératoire, les recherches scientifiques se dirigent également sur l'amélioration de la qualité des soins (Beyea, 2008). Mais, pour promouvoir des soins efficaces, sécuritaires et de qualité, il faut pouvoir se fier à des indicateurs représentatifs de la qualité des soins. La satisfaction des patients fait partie de ces indicateurs largement reconnus et par conséquent il est important de connaître et d'appréhender la perception de la clientèle sur les soins reçus (Leprohon, 2000). D'ailleurs, dans le milieu péri opératoire, la perception de la qualité des soins fait partie de la routine de certains établissements de santé (Ervin, 2006).

L'intérêt de ce mémoire est lié à l'expérience particulière que vit un patient bénéficiant d'une intervention chirurgicale, dans un hôpital universitaire. La personne qui expérimente une opération, essentielle à son état de santé, nécessite de traverser les différents moments qui entourent la chirurgie (Lindwall, Von Post, & Bergbom, 2003). Ces moments singuliers sont constitués de plusieurs périodes bien distinctes et interdépendantes les unes des autres. Elles sont regroupées sous le terme de trajectoire péri opératoire. Devoir bénéficier d'une opération peut sembler relativement banal pour certaines personnes, mais pour d'autres, cela signifie plutôt un stress particulier d'intensité variable. En effet, le milieu du bloc opératoire est inconnu et complexe, l'anesthésie impressionne, fait peur et signifie une perte de contrôle de son corps, pendant que la chirurgie est pratiquée (Susleck et al., 2007; Wildman, Secret, & Keatley, 2008).

Ce mémoire est constitué de six chapitres. Dans le premier, la problématique décrit les différents phénomènes constituant le contexte péri opératoire. Il est aussi question de comprendre l'importance de la qualité des soins. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits qui traite des connaissances sur le milieu qui entoure un acte chirurgical, qui étudie les diverses conséquences liées à une opération et à une anesthésie et finalement fait l'inventaire des connaissances théoriques, en expliquant les divers éléments importants pour faire face à ce moment particulier. Le troisième chapitre présente le cadre théorique employé dans cette étude. Le chapitre quatre, quant à lui, regroupe les différents éléments de méthodologie inclus dans la réalisation de l'étude. Celui-ci concerne l'opérationnalisation de la recherche en rassemblant tous les éléments pris en considération pour la réalisation de cette recherche. Le cinquième chapitre expose les résultats obtenus. Le dernier chapitre permet de discuter les résultats en fonction des questions de recherche, de la littérature antérieure, du cadre théorique et des limites. Il aborde également les recommandations à prendre en compte pour la clinique, la formation et la recherche. Une conclusion critique est finalement faite sur l'étude et ses résultats. En annexe à ce mémoire, sont exposés tous les documents pertinents à ce projet de recherche.

Chapitre 1 : Problématique

La qualité des soins

La qualité des soins est un concept qui a pris de l'envergure ces dernières années dans le milieu des soins infirmiers. Se remettre en cause ainsi que questionner les soins fournis aux patients est inhérent à la profession infirmière (Leprohon, 2000). De plus, la qualité a toujours été une préoccupation des soignants au fil du temps (Formarier & Jovic, 2009). Elle fait partie intégrante de l'évaluation qui est réalisée par les institutions de soins, le personnel et les patients. Par conséquent, la qualité est largement contrôlée et évaluée dans les systèmes de santé (Leprohon, 2000). Utiliser différents indicateurs de qualité pour améliorer les soins fournis aux patients est donc nécessaire. Au vu de la continuelle progression technologique, des évidences démontrées par des preuves – EBN [EBN signifie la mise en commun des données probantes, des préférences des patients et de l'expertise clinique dans le but de prendre une décision clinique la mieux adaptée (Di Censo, Guyatt, & Ciliska, 2005)] et des restrictions budgétaires dans le domaine des soins, tous les éléments favorables à l'amélioration des soins doivent être pris en compte pour connaître et perfectionner le niveau de la qualité des soins. Celle-ci est, par conséquent, indispensable et essentielle à étudier pour la profession infirmière.

Mais que signifie le mot « qualité »? C'est un ensemble de plusieurs caractéristiques attendues d'un soin par un malade, en regard des besoins de celui-ci (Morin, 1999, 2011). C'est également un processus et un résultat (Morin, 1999, 2011). Il revient à dire que s'intéresser à la qualité des soins est forcément une réalité

indissociable de la pratique quotidienne d'une infirmière¹, puisque les patients ont des besoins à propos des soins qui leurs sont procurés (Leprohon, 2000). Et lorsque l'on se préoccupe de la qualité, on se soucie également des résultats obtenus (Morin, 1999, 2011). Les résultats escomptés sont attendus par les fournisseurs de soins, par le personnel et par les patients. Pour Hooper (2010), il faut se préoccuper des soins fournis aux patients dans la mesure où ceux-ci doivent être sécuritaires. On ne peut, par conséquent, évoquer la qualité sans parler de sécurité.

La sécurité fait donc partie intégrante de la qualité des soins. Elle est aussi une portion intrinsèque de l'environnement péri opératoire, puisque ce milieu est complexe et rempli de différentes technologies de pointe, qui sont manipulées par le personnel de ce milieu (Windle, Krenzischek, & Mamaril, 2007). Evidemment, pour que les soins fournis dans le contexte d'une opération soient sécuritaires, il faut évoquer les différentes erreurs possibles qui peuvent survenir. L'impact de celles-ci ont un effet relativement important, puisqu'elles peuvent causer des événements indésirables, des erreurs irréparables, voir déboucher sur la mort d'un patient (Windle et al., 2007). Ainsi, il faut à tout prix essayer d'éviter que les patients souffrent de préjudices qui peuvent être évitables par une culture de sécurité dans le cadre de travail du personnel en péri opératoire (Schwengel et al., 2011). Ce milieu requiert, en conséquence, une grande concentration, de la précision et de la vigilance afin de fournir des soins en toute sécurité.

¹ Dans la suite du mémoire, l'utilisation du féminin pour le terme infirmière sera effectuée sans discrimination, ceci dans le but d'alléger la lecture du texte.

La qualité des soins en péri opératoire

Depuis quelques années, des listes de contrôles pré opératoires font leur apparition dans les salles d'opération et leur bénéfice est de taille puisque le nombre de défaillances en terme de communication multidisciplinaire et leurs conséquences durant la procédure diminuent de façon significative. Cette liste de contrôle est un instrument qui permet de promouvoir la communication d'équipe proactive et collaborative (Lingard et al., 2008). Dans le cadre de cette étude, il existe également une check-list de contrôle dans l'hôpital avec laquelle les patients sont interrogés et si elle n'est pas remplie correctement, les patients ne vont pas au bloc opératoire pour bénéficier de leur chirurgie. Cela fait également partie de la sécurité.

A présent, il requiert de se pencher en détail sur ce que signifie, en termes de phénomènes, l'ensemble du contexte péri opératoire pour les patients.

Le contexte péri opératoire

Lorsque l'on parle du milieu péri opératoire, il faut concevoir ce terme grâce aux trois périodes qui le composent : le pré opératoire, qui se situe avant l'opération; le peropératoire, qui est le moment de l'intervention elle-même; et le post opératoire, qui se situe après l'intervention chirurgicale (Lindwall et al., 2003). Pour parler de qualité et de sécurité en péri opératoire, il est nécessaire de comprendre en quoi ces trois périodes sont décisives pour les patients (Susleck et al., 2007). La qualité et la sécurité des soins sont par conséquent, extrêmement importantes au vu des différents enjeux présentés préalablement sur les trois périodes du péri opératoire (Caljouw, Van Beuzekom, & Boer, 2008; Windle et al., 2007).

Ce milieu est donc composé de trois moments clé qui comportent des éléments distincts (Lindwall et al., 2003). En pré opératoire, les patients qui vont bénéficier d'une intervention chirurgicale sont dans l'expectative (Lindwall et al., 2003). Ils savent que leur intervention est programmée, mais ne connaissent pas forcément la suite de la procédure, sauf s'ils ont déjà expérimenté une opération auparavant (Lindwall et al., 2003). C'est à ce moment que les patients consultent le médecin anesthésiste en charge, le chirurgien responsable de la chirurgie et l'infirmière qui s'occupent d'eux à la consultation de pré-hospitalisation. Cette période assure aux patients une description des événements qui vont se produire, des explications sur la procédure chirurgicale et celle d'anesthésie, et c'est un moment de partage et de questionnements (Lindwall et al., 2003). Ce temps offre également la possibilité d'établir un lien véritable empreint de confiance et de respect envers les personnes rencontrées et permet ainsi de se rendre compte des compétences des différents interlocuteurs (Lindwall et al., 2003). Par contre, c'est autant un moment d'attente que de doutes pour les patients (Susleck et al., 2007).

La deuxième phase est le per opératoire : c'est le moment de l'opération à proprement parler. A cet instant précis, les patients se rendent au bloc opératoire pour leur intervention. Ils vont bénéficier d'une anesthésie afin de pratiquer la procédure chirurgicale décidée auparavant, selon ce qui est nécessité par leur état de santé. Ce moment est généralement l'instant ultime où les patients se sentent vulnérables et ont un sentiment de perte de contrôle (Wildman et al., 2008). Ils sont extrêmement anxieux sur la suite des événements (Lindwall et al., 2003; Susleck et al., 2007). L'appréhension, le stress de l'anesthésie, de la chirurgie et des résultats

éventuels sont à un seuil maximal pour les patients (Susleck et al., 2007). Ensuite, la chirurgie s'effectue avec une anesthésie générale, locorégionale ou combinée (anesthésie générale associée à une locorégionale).

Dès la sortie de la salle d'opération, les patients entrent dans la dernière période, le post opératoire. Les soignants peuvent se poser les questions suivantes : Ont-ils bien récupéré de l'anesthésie et de la chirurgie ? Ont-ils des nausées, des douleurs ? Comment s'est déroulée la chirurgie ? Y a-t-il des complications ? Toutes ces questions interviennent au moment précis du post opératoire (Lindwall et al., 2003). Durant cette période, il peut y avoir des complications et des effets secondaires de l'anesthésie ou de la chirurgie. Cette phase est, par conséquent, extrêmement délicate pour les patients. Lorsque que les patients sont complètement réveillés, ils sont transférés en chambre, à l'étage d'hospitalisation. Par conséquent, l'ensemble du trajet péri opératoire est constitué d'événements stressants, effrayants et angoissants pour les personnes qui doivent bénéficier d'une intervention chirurgicale (Susleck et al., 2007). Dès lors, il semble opportun de se pencher sur ce que peuvent ressentir les patients dans cette période péri opératoire. La suite est centrée sur l'importance de la satisfaction des patients.

La satisfaction des patients

Le concept de satisfaction peut être vu sous différents angles : celui des patients, des professionnels et de l'organisation (Morin, 1999). L'angle qui est examiné dans le cadre de ce mémoire est le point de vue des patients. Leur satisfaction fait donc partie des nombreux indicateurs de la qualité des soins et plus particulièrement dans le contexte du péri opératoire (Ervin, 2006; Leinonen, Leino-

Kilpi, Ståhlberg, & Lertola, 2003; Royse, Chung, Newman, Stygall, & Wilkinson, 2012).

Pour appréhender et évaluer la qualité des soins fournis par les divers prestataires, il faut être en possession d'indicateurs qui témoignent de celle-ci (Findik, Unsar, & Sut, 2010). Il existe plusieurs indicateurs pour mesurer cette qualité et l'un d'entre eux est la satisfaction des patients. Cette mesure est intéressante et largement reconnue puisqu'elle prend en compte le point de vue des patients, reflète leurs besoins et leurs attentes sur les soins de santé fournis (Findik et al., 2010; Leprohon, 2000). Il faut néanmoins signaler que cette mesure est multidimensionnelle (Schoenfelder, Klewer, & Kugler, 2011), complexe et subjective (Auquier et al., 2005; Caljouw et al., 2008).

Une définition de la satisfaction des patients qui semble pertinente à retenir est celle de Risser (1975), qui la définit par le degré de convergence entre les attentes du patient sur les soins idéaux et sa perception de la prise en charge des soins reçus (Findik et al., 2010; Merkouris, Papathanassoglou, & Lemonidou, 2004). Afin d'appréhender cette définition, il requiert de comprendre et de connaître les attentes et la perception des patients sur les soins reçus (Capuzzo et al., 2007). A l'heure actuelle, il est admis que l'utilisation de la satisfaction des patients est un instrument qui fait partie d'une incontestable routine dans les soins de santé (Ervin, 2006). Il semble également que le climat social et économique de nos jours favorise une certaine compétition dans le monde des soins de santé et intègre la prise en compte attractive de la satisfaction des patients dans les soins (Ervin, 2006; Merkouris et al., 2004).

La satisfaction exprimée par les patients comprend différentes notions qui sont importantes à comprendre pour pouvoir procurer des soins sécuritaires et de qualité (Merkouris et al., 2004; Schoenfelder, Klewer, & Kugler, 2010). Les concepts sous-jacents sont, par exemple, l'accessibilité aux soins, le confort, les compétences et la politesse du personnel, l'information procurée lors de la procédure chirurgicale et de l'anesthésie, puis finalement la continuité des soins (Caljouw et al., 2008; Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg, & Lertola, 2001; Mira, Tomás, Virtudes-Pérez, Nebot, & Rodríguez-Marín, 2009). Pour certains auteurs, les notions énoncées sont des prédicteurs de la satisfaction des patients (Mira et al., 2009). Pour d'autres, cela évoque également les facteurs prédictifs de satisfaction en ajoutant qu'elle est un outil important pour mesurer les traitements médicaux et chirurgicaux (Royse et al., 2012).

Depuis dix ans environ, les recherches sur la satisfaction des patients en péri opératoire se sont multipliées (Auquier et al., 2005). Plusieurs auteurs ont même décortiqué les différentes constituantes fondamentales de la satisfaction péri opératoire. On parle de composantes qui sont : physique, émotionnelle, mentale, culturelle et sociale (Auquier et al., 2005; Caljouw et al., 2008). Par conséquent, toutes les composantes précédemment citées font partie intégrante de la satisfaction des patients en péri opératoire et nécessitent d'être comprises et critiquées pour saisir la perception unique et particulière de chaque patient.

La perception des patients

La perception subjective des patients est fondamentale à concevoir comme essence de la satisfaction des patients. Une revue de littérature sur le sujet a été

réalisée dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (Rhodes, Miles, & Pearson, 2006). Cette revue a identifié plus d'une vingtaine d'articles comme pertinents et les a analysés. Les thèmes essentiels qui ressortent sur la perception des patients sont l'information et l'éducation, la communication ainsi que l'intimité des patients. Ces différentes notions font partie intégrante de la perception de satisfaction de la clientèle (Rhodes et al., 2006).

D'autres études se sont penchées sur l'aspect subjectif de la satisfaction. Une étude réalisée par Susleck et al. (2007) s'est focalisée sur le même sujet en contexte hospitalier. L'articulation de cette étude est concentrée sur l'expérience vécue des patients pour en interpréter le véritable sens par l'approche phénoménologique (Susleck et al., 2007). Tous les patients n'ont pas exprimé les mêmes thèmes issus de leur perception propre. Cependant, les transcriptions étaient identiques sur le contrôle de l'expérience opératoire, l'expérience de soi et des autres, puis l'expérience du temps (Susleck et al., 2007). Toutes ces expériences traduisent la perception unique des patients qui ont participé à cette étude. Celles-ci témoignent des sensations ressenties par les patients face à leurs attentes dans cet environnement particulier. Elles font appel aux sens et aux expériences de chaque personne.

Une étude chinoise a mis en perspective la perception des patients grâce à un devis quantitatif (Zhao & Akkadechanunt, 2011). L'instrument de mesure utilisé est le questionnaire « *Good Nursing Care Scale* » (Leinonen et al., 2001), qui est presque identique à celui qui est employé dans la présente étude. La perception des patients est dirigée sur les dimensions du questionnaire et finalement, le devis de cette étude n'a pas fait ressortir la propre perception des patients chinois, puisqu'ils

n'avaient pas libre court à amener leur dimension à travers leurs propres perspectives. Ce qui, dans le contexte chinois n'a pas été bénéfique à cause de la culture qui est très différente. Il requiert par conséquent de faire une adaptation au pays qui utilise cet instrument (Zhao & Akkadechanunt, 2011).

Les devis qualitatifs sont également largement utilisés, toutefois, compte tenu du peu d'études sur la satisfaction des soins péri opératoires faites en Suisse, le but, la question de recherche et la pertinence de la présente étude pour les soins infirmiers sont énoncés dans la section qui suit.

Le but de l'étude

Le but de cette étude est de décrire et de développer des connaissances au sujet de la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins durant la période péri opératoire, dans un hôpital universitaire.

La principale question de recherche est la suivante : Quel est le niveau de satisfaction des soins péri opératoires de patients ayant subi une chirurgie viscérale, vasculaire ou thoracique dans un centre hospitalier en Suisse romande ?

L'intérêt de cette recherche se situe à trois niveaux : pour la clinique, il est important de connaître la perception des patients dans le contexte péri opératoire afin d'améliorer la qualité des soins globaux ; pour la formation, il semble nécessaire d'obtenir des informations sur la satisfaction des patients afin de permettre de poursuivre le perfectionnement des prestations fournies par les soignants ; pour la recherche, cette étude permet de contribuer au développement de connaissances empiriques et méthodologiques.

Le prochain chapitre de ce mémoire établit l'état des connaissances actuelles sur le milieu péri opératoire et la satisfaction des patients. Une analyse critique de la littérature est conduite dans le contexte péri opératoire.

Chapitre 2 : Recension des écrits

La stratégie de recension des écrits

Dans la problématique, il a été mis en évidence qu'une chirurgie comporte de nombreuses préoccupations pour les patients, dans le contexte péri opératoire. Ce chapitre est, par conséquent, dédié à la compréhension des différents phénomènes qui touchent ce contexte particulier, en lien avec la perception de satisfaction des patients. La recension des écrits vise à être représentative des divers événements qui affectent la perception singulière des patients. La mesure de la qualité des soins est discutée, ainsi que le contexte péri opératoire et la perception de satisfaction des patients.

Pour comprendre ces différents phénomènes, une revue de littérature a été conduite. Les bases de données qui ont été consultées sont PUBMED, CINAHL et GOOGLE SCHOLAR. Les mots-clés employés pour repérer la littérature scientifique étaient : *perioperative care, nursing care, patients's satisfaction, patient's perception, perianesthesia, quality of health care*. Les articles retenus étaient prioritairement écrits en anglais. La période de sélection de la littérature se situe entre 2003 et 2013. Cependant, quelques articles plus anciens ont été retenus pour leur pertinence sur le sujet de l'étude.

Premièrement, une lecture des titres, des résumés et des références bibliographiques des articles appropriés a permis d'en retenir une cinquantaine. Quelques avis d'experts ont également été conservés. Malgré tout, les différentes études sur le contexte péri opératoire qui évoquent la satisfaction des patients ne sont pas nombreuses, ce qui prouve que le sujet reste à explorer.

Ensuite, les enjeux de la qualité des soins dans le contexte particulier du péri opératoire sont présentés.

La qualité des soins en péri opératoire

Afin de parler de la qualité des soins fournis par le personnel infirmier en péri opératoire, il apparaît nécessaire d'en concevoir les enjeux. Comme déjà présenté dans la problématique, la qualité des soins comprend également la notion de sécurité et les éléments de preuves démontrées par la recherche (EBN) contribuent à la mise en pratique des soins selon des bases solides et crédibles (Hooper, 2010). Il revient à dire que qualité et preuves sont inter reliées (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Werder, 2011; Hooper, 2010; Schwengel et al., 2011).

Dans le domaine péri opératoire, il n'existe que peu de soins infirmiers basés selon des preuves scientifiques. Selon Hooper (2010), les diverses recherches en péri opératoire sont à développer et à affiner pour soutenir la pratique des soins infirmiers. De plus, il semble important de se baser sur des guidelines comme lignes directrices des soins en péri opératoire (Beyea, 2008), et en anesthésie (Schwengel et al., 2011). Selon d'autres auteurs, il faut mettre en place des programmes d'amélioration continue pour accroître les compétences des soignants du péri opératoire (Schwengel et al., 2011). Le but ultime est de fournir aux professionnels de la santé, une culture de la qualité et de la sécurité. Les mêmes auteurs estiment cependant que l'éducation en matière de sécurité en péri opératoire n'est pas assez étendue (Schwengel et al., 2011). D'autres chercheurs estiment qu'il faut, en plus de fournir des soins de qualité aux patients, de l'expertise ainsi qu'une qualification professionnelle particulière (Gillespie et al., 2011). Ces auteurs se sont précisément

attardés à définir les compétences spécifiques à posséder en soins infirmiers péri opératoires. Leur étude s'est penchée sur l'hypothèse que les années d'expérience et d'éducation spécialisées sont liées aux compétences infirmières en soins péri opératoires. Celles qui sont retenues comme compétences à acquérir pour œuvrer en soins péri opératoire sont : la capacité à prévoir les besoins des patients, une bonne communication, de l'empathie, une capacité à travailler en équipe, de la coordination et du leadership clinique (Gillespie et al., 2011; Gillespie & Hamlin, 2009). Néanmoins, les résultats de leur étude ne démontrent pas entièrement que les années d'expérience et d'éducation améliorent ces types de compétences.

Stobinski (2008) s'est également penché sur les compétences infirmières en péri opératoire. Il estime que cette sous-spécialité particulière demande une formation basée sur la théorie et sur la pratique clinique, au vu de la complexité et des différentes technologies (Stobinski, 2008). A noter que pour Gillespie et Hamlin (2009), les compétences ne sont pas uniquement techniques, elles doivent être aussi dirigées sur le facteur humain qui est primordial. Ce qui ressort de ces études, c'est que les compétences infirmières précédemment présentées sont d'ordres techniques, humaines et requièrent un travail d'équipe important qui doit être développé.

Il faut à présent concevoir le contexte particulier qui entoure une opération, pour en dégager les phénomènes qui sont reliés. Dans la section qui suit, l'ensemble du contexte qui englobe une opération est présenté, ainsi que ses enjeux.

Le contexte péri opératoire

Le pré opératoire

Pendant la période pré opératoire, comme déjà évoqué dans la problématique, les patients nécessitent d'être largement préparé à l'intervention qui les attend. Cette préparation comprend deux directions : l'une physique et l'autre psychologique, incluant l'éducation au patient (Kehlet & Dahl, 2003; Rudolfsson, Ringsberg, & Von Post, 2003). Et ces auteurs estiment que toutes les périodes du péri opératoire doivent comporter de l'éducation.

Pour Wilson, Kane & Falkenstein (2008), le rôle des infirmières du péri opératoire doit être en lien avec trois concepts importants pour fournir de l'éducation aux patients : la communication, la description et la définition. L'infirmière doit communiquer avec le patient pour décrire les événements à venir et doit aussi pouvoir les définir afin de procurer aux patients une compréhension des divers enjeux du péri opératoire. Pour Rudolfsson, von Post & Eriksson (2007), la phase d'éducation comprend : une capacité d'écoute, une prise en charge tout au long du processus opératoire, le don d'informations ainsi que l'évaluation de la compréhension des informations données. Ce moment d'éducation comprend autant la création d'une relation et d'un lien de confiance, le discernement de l'état d'anxiété du patient, l'aptitude à procurer un sentiment de sécurité, de la bienveillance, de l'empathie ainsi que du professionnalisme (Rudolfsson et al., 2003). Certains auteurs indiquent l'importance de la prise en compte par les soins péri opératoires des dimensions socioculturelles et spirituelles (Wilson et al., 2008). Par conséquent, le développement de toutes ces compétences doit passer par le

dialogue (Rudolfsson et al., 2003). Gilmartin et Wright (2007) accorde les mêmes compétences requises, dans le contexte de la chirurgie ambulatoire. Leino-Kilpi et al. (2009) sont arrivés aux mêmes conclusions dans le contexte hospitalier. A noter que la chirurgie ambulatoire est presque identique à la chirurgie où les patients sont hospitalisés plus longtemps : la différence est que les patients de chirurgie ambulatoire ne nécessitent pas d'être hospitalisé plus d'un jour pour les suites opératoires qui sont relativement plus courtes. En résumé, plusieurs auteurs estiment que la préparation pré opératoire est donc physique et psychologique (Rudolfsson et al., 2003).

Après avoir discuté de la préparation globale des patients et des compétences infirmières à développer en péri opératoire, il semble décisif de se pencher plus en détail sur les informations qui sont partagées avec les patients. Pour Walker (2007), l'information donnée aux patients avant leur chirurgie est faite pour réduire leur anxiété. Cela a pour effet une réduction de la douleur post opératoire et une satisfaction augmentée. Walker (2007) pense également que l'information doit être donnée en fonction des patients et elle doit tenir compte de leurs expériences antérieures ainsi que de la nature de leur chirurgie et de ses implications. Comme les attentes des patients ne sont pas semblables, les infirmières doivent, par conséquent, en tenir compte pour procurer de l'information personnalisée. Il faut aussi adapter le langage du personnel afin d'éviter d'employer du jargon médical ou des mots trop complexes (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006; Walker, 2007). Pour d'autres auteurs, la relation de confiance est essentielle et doit répondre aux besoins des patients. C'est un des points déterminant de la satisfaction des patients car, lorsque la relation est

empreinte de confiance et de *caring*², il semble que le stress des patients soit mieux perçu de la part de l'infirmière (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Cette notion de *caring* décrit la nature de la relation entre les professionnels et la personne, la famille et la communauté. Ce concept signifie qu'il est important de soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, sa culture et sa façon de vivre (Pepin et al., 2010).

L'anxiété pré opératoire est d'ailleurs un des problèmes majeurs pour les patients qui doivent se faire opérer (Rosén, Svensson, & Nilsson, 2008; Selimen & Andsoy, 2011). Certains auteurs estiment que les sources d'anxiété sont, d'une part, liées à l'inconnu et d'autre part, liées à l'environnement particulier du péri opératoire. Aussi, les études confirment que les patients ont peur de la chirurgie, de l'anesthésie, d'avoir des douleurs et des nausées, ou encore peur en fonction d'une expérience antérieure (Rosén et al., 2008; Selimen & Andsoy, 2011). Ils ont également peur de la mort et globalement ont un sentiment de perte de contrôle de leur propre vie (Rosén et al., 2008; Selimen & Andsoy, 2011). En résumé, pour Rosén et al. (2008), l'anxiété pré opératoire comporte trois dimensions qui sont : la peur de l'inconnu, la peur d'être malade et la peur pour sa vie. Leur étude, contextualisée en Suède, s'est intéressée à la compréhension de l'anxiété pour les patients qui bénéficient d'une chirurgie programmée. Leurs résultats ont démontrés que les femmes se sentent plus anxieuses que les hommes alors que les personnes qui avaient déjà eu une expérience positive en chirurgie se sentaient moins anxieuses. Les patients ont exprimé le fait que de pouvoir partager leurs expériences a

² Le *caring* est une philosophie humaniste de soin guidant la pratique infirmière (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2010)

largement diminué leurs angoisses. Une moitié des patients seulement se sentait anxieux avant la chirurgie, ceci en raison du sentiment de sécurité et de l'empathie du personnel en charge; ils ont été bien informés et ont admis avoir eu recours à des moyens de *coping*³ pour faire face à cet événement chirurgical (Rosén et al., 2008). Pritchard (2009) arrive aux mêmes conclusions, à savoir que les infirmières qui s'occupent des patients en pré opératoire ont un rôle majeur à jouer dans la réduction de l'anxiété. Il ajoute que donner une prémédication en pré opératoire n'est pas suffisante pour diminuer l'anxiété situationnelle et insiste sur la gestion de l'anxiété par des moyens de communication tels que donner de l'information et l'adapter en fonction du patient. D'autres auteurs sont arrivés à la même conclusion (Beydon & Dima, 2007; Selimen & Andsoy, 2011).

En 2006, deux chercheuses finlandaises ont effectué une revue de littérature sur l'information fournie aux patients qui bénéficient d'une intervention chirurgicale (Suhonen & Leino-Kilpi). Elles ont cherché des sources primaires dans la littérature scientifique et ont inclus 141 articles jugés appropriés à leur thématique d'intérêt. Ceux-ci étaient aussi bien réalisés avec des devis quantitatifs, qualitatifs que mixtes. Elles ont exploré les connaissances nécessaires en besoins d'informations pour les patients et ont constaté que, dans le domaine péri opératoire, il n'existe que très peu d'études. De là, elles suggèrent qu'il soit urgent d'avoir des lignes directrices dans ce domaine spécialisé. Suhonen et Leino-Kilpi (2006) constatent aussi que la relation créée entre le patient et le personnel en charge est déterminante pour la satisfaction des patients. Elles relèvent que l'information fournie aux patients doit répondre à

³ Le *coping* est une stratégie d'adaptation qu'un patient adopte face à un problème de santé (Dallaire, 2008)

leurs besoins et à leurs différents styles de *coping*. Le plus important à fournir aux patients est un soutien psycho-social et un contenu d'informations le plus complet possible (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Du point de vue des patients, il est à noter qu'ils apprécient de pouvoir poser des questions sur leur traitement, sur les conséquences envisageables et sur les facteurs de risques inhérents à la chirurgie et à l'anesthésie. La satisfaction des patients est, toujours selon les auteures précitées, liée à l'âge des patients et à leur durée de séjour à l'hôpital. En effet, les patients plus jeunes sont davantage insatisfaits de l'information donnée. Ceux qui ont un séjour hospitalier plus long sont également plus insatisfaits des informations procurées. Finalement, elles relèvent que les patients doivent pouvoir bénéficier d'informations tout au long du processus chirurgical, qui commence avant l'hospitalisation et qui se termine dans la phase post opératoire (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). La satisfaction des patients est donc déterminée par l'apport d'informations tout au long de la trajectoire péri opératoire.

En ce qui concerne l'éducation fournie aux patients, Kruzic (2009), relève qu'il existe un bénéfice de taille à faire de l'enseignement aux patients en pré opératoire, dans le contexte ambulatoire. Pour cet auteur, l'éducation fournie doit être axée sur différentes sources : auditive, visuelle et pratique. Deux autres auteurs, qui ont effectué un devis qualitatif sur l'éducation pré opératoire aux patients dans le contexte hospitalier, estiment que des facteurs dépendants des infirmières sont influents sur l'éducation qu'elles fournissent (Fitzpatrick & Hyde, 2006). Il semble que l'expérience des infirmières soit une partie importante à prendre en compte afin d'effectuer un enseignement adéquat aux patients. Un autre facteur déterminant pour

les infirmières serait la confiance en soi afin de fournir de l'éducation de qualité. Et finalement, la relation qui est créée entre le patient et l'infirmière est essentielle et décisive (Fitzpatrick & Hyde, 2006). Il est donc important de saisir ce que représente la période chirurgicale, pour comprendre les phénomènes qui l'englobent et qui sont déterminants pour les patients. Le moment de l'opération et ses enjeux est présenté dans la suite de cet ouvrage.

Le per opératoire

Le moment précis de l'opération se nomme per opératoire. Les patients sont donc préparés à l'anesthésie ainsi qu'à la chirurgie pour enfin se faire opérer. Cette période est synonyme de perte de contrôle de soi pour les patients qui attendent d'entrer au bloc opératoire, dans le lieu-dit de « la salle d'opération » (Susleck et al., 2007; Wildman et al., 2008). Les patients sont par conséquent dans l'expectative de la suite des événements. Les infirmières anesthésistes ont peu de temps pour créer une relation de confiance avant l'anesthésie et la chirurgie du patient (Rudolfsson et al., 2003). Elles ont néanmoins comme tâche de rassurer le patient en étant bienveillantes et en étant capables d'une capacité d'écoute sur un temps très court (Rudolfsson et al., 2003; Wilson et al., 2008). Ces qualités d'écoute et de création d'un lien particulier sont cruciales pour le patient.

Lors de l'anesthésie, les patients nécessitent d'être pris en charge physiquement, en plus du côté psychologique. Pour certains auteurs, la meilleure façon de s'occuper des patients en per opératoire est de créer un dialogue précédent l'anesthésie afin de tranquilliser le patient et de le rassurer psychologiquement, avant de prendre soin de lui pendant l'anesthésie (Lindwall & Von Post, 2009). Le rôle

infirmier en per opératoire est constitué de trois points clé : la continuité des soins, la responsabilisation et la sécurité (Lindwall & Von Post, 2009). Pour d'autres auteurs, le moment de l'opération est plus précisément un moment où les patients sont clairement dépendants du personnel et ont une perte de contrôle sur le temps, avec de l'attente (Susleck et al., 2007). En effet, les patients doivent parfois patienter avant d'entrer en salle d'opération. De plus, ils se sentent extrêmement vulnérables à ce moment précis et l'attente peut leur sembler interminable (Rhodes et al., 2006). Les aspects techniques et psychologiques sont par conséquent déterminants pour les patients.

Wildman, Secrest et Keatley (2008) se sont intéressés à analyser le concept de contrôle. Les résultats de leur examen indiquent que certains éléments supplémentaires pour la prise en charge des patients peuvent être utilisés en per opératoire : l'humour semble apaiser les patients, l'engagement des infirmières et leur disponibilité sont également bénéfiques. Un élément soulevé par les infirmières anesthésistes concerne la protection de la dignité humaine du patient à cause de sa vulnérabilité, dans ce moment précis (Lindwall & Von Post, 2009). Pour les auteurs de cette revue de littérature sur la continuité des soins en péri opératoire, la protection de la dignité des patients se fait par le *caring* et la continuité des soins (Lindwall & Von Post, 2009; Rudolfsson et al., 2003). Cette notion de *caring* est décrite par d'autres études (Leinonen et al., 2003; Leinonen et al., 2001). Il apparaît opportun de définir ce que constitue le *caring*. En effet, les théoriciennes de l'école du *caring* pensent que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soins de tout être humain si elles intègrent des

connaissances liées à des dimensions attachées à la spiritualité et à la culture du patient (Pepin et al., 2010). Cette notion de *caring* est, par conséquent, également présente en per opératoire et elle est déterminante.

Comme précédemment décrit, le per opératoire est un moment physiquement critique pour les patients qui sont sur la table d'opération, anesthésiés et opérés. Au-delà de l'aspect psychologique largement débattu auparavant, ce temps requiert également le maintien de l'anesthésie qui nécessite une formation spécifique. Les recommandations des soins pré opératoires sont en train d'être de plus en plus développées par la communauté scientifique infirmière. Des lignes directrices de pratiques existent en Finlande (Tiusanen, Junttila, Leinonen, & Salanterä, 2010). Elles regroupent les recommandations relatives à la documentation des soins infirmiers péri opératoires. Ce qui ressort de ces lignes directrices est que les divers acteurs des soins doivent posséder un jugement clinique concentré sur les patients, leur sécurité et la prévention des dommages potentiels (Tiusanen et al., 2010). Comme les auteurs le précisent, cet article provient d'un autre pays que la Suisse et il requiert d'y faire certaines adaptations culturelles liées à la pratique locale du pays. Aux Etats-Unis, il existe aussi des lignes directrices qui fournissent des objectifs mesurables pour le travail du personnel en péri opératoire (Kusler-Jensen, 2009). Il apparaît que ces lignes directrices devraient également être présentes en Suisse, pour améliorer les connaissances, l'éducation du personnel infirmier et la qualité des soins en péri opératoire.

Le post opératoire

Cette période est décrite comme une phase de récupération de la chirurgie et de l'anesthésie et ainsi, elle peut comporter des nombreuses manifestations notamment celles reliées aux effets secondaires (Kehlet & Dahl, 2003; Pasero & Belden, 2006; Royse et al., 2012). A noter que les divers stress ressentis par les patients avant et pendant l'opération surviennent également en phase post opératoire.

Voici les effets secondaires et symptômes les plus couramment expérimentés par les patients en post opératoire : nausées, vomissements, douleurs, infections, problèmes cardio-vasculaires et pulmonaires, difficulté de mobilisation, diminution de la capacité cognitive, problème de nutrition, complications chirurgicales ou encore troubles du sommeil (Kehlet & Dahl, 2003; Pasero & Belden, 2006). Ce qui semble important, dans cette période, c'est la compréhension de la physiopathologie post opératoire des patients et de savoir que ces manifestations sont dépendantes de la chirurgie employée, du type d'anesthésie pratiquée et surtout de l'éducation faite auprès des patients en pré opératoire (Kehlet & Dahl, 2003). Toute cette phase requiert, par conséquent une attention particulière de la part de l'équipe multidisciplinaire (Pasero & Belden, 2006). Pour les auteurs précités, le but ultime de cette phase est que les patients récupèrent leurs fonctions vitales le plus vite possible. Par conséquent, pour accélérer le processus de récupération, une préparation adéquatement réalisée en pré opératoire ainsi que le choix approprié de l'anesthésie et de la technique chirurgicale facilite la phase de transition du post opératoire (Pasero & Belden, 2006).

Comme précédemment décrit dans la problématique, les différents symptômes survenant après la chirurgie et l'anesthésie peuvent être gênants, incommodants voire même devenir des facteurs qui ralentissent le fait de récupérer les fonctions préalables. Ce qui semble crucial pour les complications décrites, c'est de les reconnaître et de mettre en place des soins spécifiques dans l'unité de salle de réveil et par la suite à l'étage d'hospitalisation, pour améliorer les suites post opératoires des patients (Kehlet & Dahl, 2003). Ces auteurs pensent que l'accent doit être absolument mis sur le travail multidisciplinaire dans le but de favoriser la récupération des patients, dans les meilleures conditions possibles. La période post opératoire est par conséquent déterminante pour les patients afin qu'ils récupèrent le plus vite possible.

Toutes les périodes distinctes du péri opératoire nécessitent d'être interprétées avec toutes les précautions particulières que la littérature décrit : du pré opératoire, qui s'avère le plus important en matière d'éducation et d'apport d'informations; en passant par l'opération elle-même où les patients requièrent d'être abondamment rassurés et pris en charge physiquement; puis enfin par le post opératoire, qui est la phase de récupération finale, où les patients ont besoin de soins particuliers pour recouvrer leur état physique et psychologique d'avant l'opération.

La section qui suit présente la satisfaction des patients en évoquant les études pertinentes sur le sujet. Il est question de parler des dimensions de la satisfaction, des déterminants de celle-ci, et finalement de faire un lien avec les diverses caractéristiques des patients. Les prédicteurs de la satisfaction et les différents devis employés dans les études pertinentes à ce sujet sont également présentés. Il s'agit de

s'imprégner de la perception des patients sur la satisfaction des soins en péri opératoire.

La satisfaction des patients et leurs perceptions

En ce qui concerne la satisfaction des patients, comme développée dans la problématique, elle est un des nombreux indicateurs reconnus à prendre en compte pour améliorer les pratiques infirmières en péri opératoire. Et celle-ci devient de plus en plus une routine dans les unités de soins (Ervin, 2006; Findik et al., 2010). Pour certains auteurs, cet indicateur reste cependant assez méconnu (Hepner, Bader, Hurwitz, Gustafson, & Tsen, 2004). D'autres auteurs relèvent que la satisfaction des patients représente surtout leur préférence et pas forcément le résultat de la qualité des soins, ceci en raison du jugement subjectif des avis relevés (Caljouw et al., 2008; Ervin, 2006). Ervin (2006) estime cependant que l'avis des patients est tout de même essentiel à prendre en compte pour évaluer les soins infirmiers. Il pense également que les soins fournis en péri opératoire doivent être absolument réalisés individuellement, et que les mesures de satisfaction sur la préférence des patients doivent être prises en compte avant de pratiquer l'opération et les soins (Ervin, 2006). Ceci semble cependant plus compliqué à réaliser parce que les patients ne savent pas toujours ce qui les attend, ne peuvent pas forcément juger des divers aspects techniques et donc ne peuvent pas forcément l'exprimer (Schoenfelder et al., 2011). Mais plusieurs auteurs précisent malgré tout que la satisfaction des patients reste la meilleure source d'informations sur les soins reçus (Auquier et al., 2005; Findik et al., 2010; Schoenfelder et al., 2011).

Pour Hepner et al. (2004), la satisfaction des patients commence déjà lors de leur réception à l'hôpital, c'est-à-dire lors du premier contact par le réceptionniste. Mais leur satisfaction, qui est généralement sollicitée en période post opératoire, est probablement aussi influencée par le résultat de la chirurgie (Hepner et al., 2004; Royse et al., 2012). De plus, ces auteurs relèvent que les divers questionnaires ou entretiens téléphoniques des différentes études sur la satisfaction en péri opératoire sont généralement donnés plusieurs jours après l'opération, ce qui peut également diminuer la précision de la perception des patients en raison d'oublis de la période opératoire passée. En conséquent, il semble intéressant de se poser la question sur le moment opportun pour fournir le questionnaire de satisfaction des patients (Royse et al., 2012). Ce qui ressort des recherches réalisées sur le sujet, c'est que tous les auteurs ne partagent pas le même avis. Et chacun a des arguments sur le moment le plus propice pour fournir les questionnaires de satisfaction.

L'étude de Royse, Chung, Newman, Stygall & Wilkinson (2012), qui ont interrogé 573 patients, a obtenu un score de satisfaction de 83%. Ce score est très satisfaisant, mais les auteurs ont précisé que les deux dimensions de l'outil employé dans leur étude ne permettent pas de faire des généralisations sur la satisfaction globale des patients. Ceci indique que pour déterminer la satisfaction des patients, il manque des dimensions. Les auteurs reconnaissent que leur étude est incomplète à cause du choix de l'instrument de mesure qui est ciblé uniquement sur ce qui peut se passer en post opératoire et ne prend pas en compte la période du pré opératoire, qui est, comme relevé précédemment, décisive. Cette étude est tout de même

intéressante, puisqu'elle mesure la satisfaction des patients en post opératoire (Royse et al., 2012).

Il requiert à présent de se pencher sur les différentes dimensions à intégrer dans l'évaluation de la perception de satisfaction des patients en péri opératoire. L'étude de Susleck et al. (2007) explore l'expérience des patients grâce à la phénoménologie. Le nombre de patients inclus dans leur étude était de dix. Leurs résultats démontrent clairement que les thèmes qui ont émergé sont : la perte de contrôle de soi, la dépendance aux autres, l'anxiété, la peur de la chirurgie et de l'anesthésie, l'attente, la sécurité, la relation de confiance envers les soignants et la compréhension du personnel (Susleck et al., 2007). Ces thèmes sont par conséquent des dimensions de l'expérience péri opératoire perçue par les patients. Ceci permet également aux infirmières du péri opératoire de comprendre la perspective du patient afin de leur procurer une meilleure écoute et une présence indispensable lors de ce parcours spécifique. Pour Leinonen (2002), les dimensions à retenir pour approcher la satisfaction des patients en phase péri opératoire sont : les soins physiques, l'information, le soutien à l'initiative, le respect, l'éthique, les caractéristiques du personnel, l'atmosphère ainsi que le processus de soins. Celle-ci a réalisé sa thèse de doctorat sur l'instrument employé dans cette étude, qui se nomme « *Good Perioperative Nursing Care Scale* ». Les dimensions que Leinonen (2002) a intégrées dans son outil de mesure englobent celles évoquées dans les diverses études analysées dans cette recension des écrits.

D'autres auteurs se sont attelés à connaître la satisfaction des patients en Allemagne (Schoenfelder et al., 2011). Cette étude, menée sur 8'428 patients et conduite dans 39 hôpitaux relève que la satisfaction exprimée par les patients était

excellente pour 80% d'entre eux. Ce score est semblable à ceux présentés par d'autres auteurs (Capuzzo et al., 2007; Findik et al., 2010; Leinonen et al., 2003; Schoenfelder et al., 2010, 2011).

Globalement, les études qui mesurent la satisfaction en contexte péri opératoire démontrent que les patients sont satisfaits. Mais il faut préciser que les questionnaires employés dans les études précitées ne sont pas identiques, dès lors, les comparaisons restent difficiles à faire. Les patients ont exprimé leur contentement sur des thèmes qui, pour plusieurs auteurs, sont des déterminants de la satisfaction. Ils s'agit de la satisfaction face : au résultat de la chirurgie, à la gentillesse du personnel, à l'organisation de la procédure chirurgicale, à la qualité et la propreté de l'hébergement et de la nourriture, à la fourniture de soins individualisés, à la pertinence des informations reçues au sujet de l'opération, de l'anesthésie, des médicaments, des procédures et des suites post opératoires (Capuzzo et al., 2007; Findik et al., 2010; Leinonen et al., 2001; Schoenfelder et al., 2011). Les déterminants de la satisfaction des patients englobent donc des dimensions spécifiques que Leinonen (2002) a également relevés.

Une autre étude réalisée par Schoenfelder et al. (2010) révèle que ces déterminants sont surtout axés sur l'information reçue à propos de l'opération, de l'anesthésie ainsi que sur la manière de communiquer du personnel multidisciplinaire (Caljouw et al., 2008). Cependant, des patients ont exprimé ne pas se sentir toujours aptes à juger des informations qu'ils reçoivent (Merkouris, Ifantopoulos, Lanara, & Lemonidou, 1999; Schoenfelder et al., 2010).

En ce qui concerne les caractéristiques des patients, des auteurs turques les ont étudiées en regard de la relation qui peut être observée face à leur satisfaction (Findik et al., 2010). Ce qui ressort de cette étude, c'est que les hommes sont généralement plus satisfaits que les femmes. Ceci probablement parce que les femmes attachent plus d'importance à leur santé. Les patients âgés de 40 à 60 ans ont une meilleure satisfaction que les plus jeunes. Les patients ayant un niveau d'instruction bas avaient une meilleure satisfaction que ceux avec un niveau plus élevé ; ceci possiblement en lien avec le fait que les personnes plus instruites ont des attentes plus élevées. Le revenu salarial détermine également les attentes des patients : ceux avec un petit revenu sont plus satisfaits que ceux avec un revenu élevé. Une longue durée d'hospitalisation amène les patients à être plus satisfaits que ceux qui séjournent moins longtemps, ce qui contredit l'étude de Suhonen et Leino-Kilpi (2006). Pour Findik et al. (2010), la probable raison est qu'une relation de confiance entre le personnel et le patient a eu le temps de se tisser lors d'un long séjour hospitalier. A noter aussi que cette étude turque n'est pas forcément superposable au contexte Suisse en raison de différences socioculturelles.

Une étude espagnole s'est également penchée sur les prédicteurs de la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation (Mira et al., 2009). La satisfaction globale des 15'539 patients interrogés atteint un taux de 75%. En ce qui concerne les déterminants de la satisfaction, ils sont presque les mêmes que ceux de l'étude turque de Findik et al. (2010) mais en plus, les patients espagnols ont apprécié la compréhension du personnel à l'égard de leurs besoins individuels (Mira et al., 2009). Evidemment, les deux études précitées n'ont pas utilisé le même

questionnaire, ce qui rend l'interprétation des résultats plus complexe et la comparaison difficile.

Les différentes études proposées avaient toutes des devis quantitatifs. Des auteurs grecs se sont, quant à eux, questionnés sur la pertinence des devis employés pour connaître la satisfaction des patients (Merkouris et al., 2004). Ils ont réalisé une étude associant les deux types de devis : qualitatif et quantitatif et 200 patients ont été interrogés. Les dimensions employées pour mesurer la satisfaction sont les suivantes : l'aspect technique, la prestation d'information et d'éducation aux patients, la disponibilité des infirmières, le lien créé avec le patient, l'atmosphère reposante, la propreté et l'alimentation. Les auteurs ont comparé les résultats qualitatifs avec ceux quantitatifs. Les notes les plus élevées étaient réalisées par un devis quantitatif sur les dimensions suivantes : les aspects techniques, le respect et la courtoisie du personnel, la ponctualité et l'éducation fournie aux patients. Du point de vue qualitatif, les dimensions les plus élevées étaient : les habiletés au traitement et la continuité des soins (Merkouris et al., 2004). Ils concluent leur étude en précisant que l'association des deux devis permet d'appréhender la perception des patients sur la qualité des soins fournis de manière plus étendue. De plus, ce qui ressort des diverses études qualitatives retenues sur le sujet, c'est qu'elles ont permis de pouvoir mieux saisir les dimensions qui sont ancrées dans le domaine du péri opératoire. Les études qualitatives sont plus précises en terme d'expériences humaines et de perceptions des patients (Lindwall & Von Post, 2009; Lindwall et al., 2003; Rudolfsson et al., 2007; Susleck et al., 2007). La revue de littérature de Rhodes et al. (2006) le confirme également. Ceci semble être intéressant à prendre en compte, puisque le

questionnaire employé dans la présente étude « *Good Perioperative Nursing Care Scale* » (Leinonen, 2002) est quantitatif, et il contient plusieurs questions ouvertes qui permettent, par conséquent, de mieux interpréter la satisfaction des patients par leurs expériences singulières.

C'est en 1994 que deux chercheuses finlandaises (Leino-Kilpi & Vuorenheimo) se sont penchées sur la mesure de la perception des patients au sujet de la qualité des soins infirmiers en péri opératoire. Pour ce faire, elles ont développé un cadre théorique qui se nomme « *Good Nursing Care* ». Ce cadre est utilisé comme assise théorique pour la présente étude, et il est exposé dans le troisième chapitre de ce mémoire. Quelques années plus tard, une des deux auteures s'est également penchée sur la qualité des soins en péri opératoire perçue par les patients, avec l'aide d'autres chercheurs (Leinonen et al., 2001), ceci dans le but de créer un instrument de mesure fiable et valide qui se nomme : « *Good Nursing Care Scale* ». Et comme précédemment décrit, Leinonen (2002) a réalisé, par la suite, sa thèse de doctorat sur cet instrument et l'a transformé. C'est donc l'outil utilisé pour l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire qui se nomme « *Good Perioperative Nursing Care Scale* ».

Des chercheurs chinois ont utilisé l'outil « *Good Nursing Care Scale* » à deux reprises, et l'ont modifié pour leur recherche (Zhao & Akkadechanunt, 2011; Zhao, Akkadechanunt, & Xue, 2008). Leur outil se nomme maintenant « *Perception of Quality Nursing Care Scale* ». Des auteurs ont concentré leur sujet d'intérêt sur la comparaison des perceptions infirmières et celles des patients (Zhao et al., 2008). Ils ont pu interroger 221 infirmières et 383 patients. Les résultats des différentes

perceptions sont excellents. Cependant, les perceptions diffèrent dans les deux groupes : les patients souhaitent obtenir plus d'informations et ont des besoins psychologiques qui n'étaient pas complètement comblés par les infirmières (Zhao et al., 2008). En 2011, deux auteurs chinois se sont penchés uniquement sur la perception des patients en péri opératoire (Zhao & Akkadechanunt). Le nombre de patients inclus est de 383 patients. Les résultats de leur recherche démontre également un haut niveau de qualité des soins péri opératoires (Zhao & Akkadechanunt, 2011).

Tout porte à croire que les patients sont globalement davantage satisfaits des soins reçus et que les infirmières sont plus critiques sur les soins qu'elles fournissent. Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg & Lertola (2003) ont également comparé les perceptions des patients et celles des infirmières sur la qualité des soins en péri opératoire, en Finlande. Cette étude a pareillement utilisé le cadre théorique « *Good Nursing Care* » ainsi que l'instrument « *Good Nursing Care scale* ». Les résultats de leur étude démontre, comme l'étude chinoise de Zhao & Akkadechanunt (2011), que les patients perçoivent leurs soins de meilleure qualité que les infirmières (Leinonen et al., 2003). Les deux groupes interrogés dans l'étude de Leinonen et al. (2003) ont identifié des lacunes concernant l'information fournie par les infirmières, surtout en ce qui concerne l'information sur la chirurgie et l'anesthésie, et également sur les complications post opératoires. L'éducation fournie par les infirmières était jugée supérieure par les patients que par les infirmières. Ce qui ressort encore de cette étude c'est que les infirmières sont plus critiques que les patients au sujet des soins

fournis. Les patients et les infirmières ont cependant évalué la qualité des soins comme globalement élevée (Leinonen et al., 2003).

La synthèse de la recension des écrits

La qualité des soins en milieu péri opératoire n'est, à ce jour, que peu décrite de façon globale. Un bon nombre d'études existe sur la préparation pré opératoire, ses diverses implications ainsi que sur les complications post opératoires. Cependant, les différentes études qui ont choisi comme objectif de mesurer la satisfaction des patients en péri opératoire ne sont pas nombreuses, et celles répertoriées dans la recension des écrits datent de quelques années. Il reste donc de la place pour examiner la perception des patients afin d'approfondir ce que constitue la qualité des soins globaux en péri opératoire dans un milieu universitaire.

Il s'agit, à présent, de présenter l'assise théorique qui est employée dans cette recherche et d'en comprendre les fondements ainsi que ses concepts. Un ancrage disciplinaire, en lien avec le métaparadigme infirmier, est également présenté dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3 : Cadre théorique

Ancrage disciplinaire

Les fondements théoriques qui supportent cette étude sont présentés en tenant compte de la conception des sciences infirmières ainsi que de multiples perspectives empiriques. Ils permettent de représenter les principaux concepts utilisés dans cette étude et leurs relations présumées (Fortin, 2010).

Le champ de la discipline infirmière a été délimité, ces dernières années, par les infirmières théoriciennes ou méta théoriciennes (Pepin et al., 2010). Selon ces auteurs, la discipline infirmière est : « un domaine d'investigation et de pratique ayant une perspective unique ou une façon distincte d'examiner des phénomènes » (Pepin et al., 2010, p. 3). Il est donc crucial de relever qu'un des écrits fondateurs de la discipline infirmière est celui de Carper (1978), qui définit l'essence de cette discipline par un ensemble de conceptions qui sont déterminées par le type de connaissance que la discipline ambitionne (Pepin et al., 2010). C'est-à-dire que la connaissance qui concerne la discipline doit être organisée, appliquée et également évaluée. Carper (1978) a développé les caractéristiques du savoir en soins infirmiers et il en ressort quatre modes : le mode personnel, esthétique, éthique et empirique (Pepin et al., 2010). Ces modes d'utilisation du savoir infirmier sont largement connus et ils sont également transférables en péri opératoire : le savoir personnel est en lien avec la création d'une relation authentique entre l'infirmière et le patient, surtout en pré et en per opératoire ; le savoir esthétique fait référence à la perception des détails abstraits, uniques et particuliers du contexte péri opératoire et des technologies utilisées pour prendre soin des patients en per opératoire ; le savoir

éthique englobe la connaissance au-delà des codes moraux et permet de faire face à des situations ambiguës et incertaines qui sont nombreuses en per opératoire ; et le savoir empirique permet de soigner à travers un processus dynamique, sur la base de connaissances spécifiques et empiriques. White (1995) a ensuite ajouté un cinquième savoir : émancipatoire que Chinn et Kramer ont renommé en 2008, le mode sociopolitique (Pepin et al., 2010). Ce mode de savoir considère la pratique infirmière comme collective, qui transforme les soins par une clarification des valeurs et des croyances culturelles ; et cela est transférable autant en péri opératoire par la diversité des patients et de leurs croyances qui amènent les infirmières à considérer une grande adaptabilité dans ce contexte particulier.

Le centre d'intérêt de la discipline infirmière est nommé métaparadigme infirmier (Pepin et al., 2010). Il fait référence à quatre concepts centraux qui sont : le soin, la santé, la personne et l'environnement (Dallaire, 2008; Pepin et al., 2010). En péri opératoire, le métaparadigme est au centre des préoccupations infirmières, puisqu'elles prennent soin de la santé d'une personne dans son environnement proche.

Chaque discipline produit par conséquent un savoir propre qu'elle applique et mobilise dans son champ de pratique. Il existe cinq champs spécifiques de pratique infirmière qui sont la clinique, la recherche, la formation, la gestion et également la politique. Et par conséquent, les cinq savoirs précédemment cités sont en interaction avec les divers champs d'activités de la discipline infirmière (Pepin et al., 2010, p. 25). Ils sont identiquement transférables en péri opératoire.

La théorie « Good Nursing Care »

À cause de l'objet spécifique de cette étude, il semble opportun d'adopter une théorie concrète et applicable en péri opératoire pour comprendre les divers phénomènes interférents. Celle qui apparaît appropriée est tirée de la perspective des patients sur la qualité des soins infirmiers qui a été étudiée par Leino-Kilpi et Vuorenheimo (1994) afin d'élaborer un cadre théorique d'évaluation et un instrument de mesure sur la qualité des soins en péri opératoire. Ces deux auteures sont affiliées au département des soins infirmiers en Finlande. La première est professeure agrégée et la suivante est assistante de recherche.

Le projet d'évaluation de la qualité des soins en péri opératoire qui nous guide théoriquement parlant a été construit sur la base de données provenant d'infirmières et de patients (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1994). Ce projet comportait trois volets distincts. Le premier volet du projet préliminaire a commencé en 1987, par une étude empirique sur les conceptions infirmières finlandaises au sujet de la qualité des soins (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1994). La littérature existante sur le sujet a été examinée avec circonspection. 513 infirmières qui pratiquaient de l'enseignement et 81 étudiants ont été interrogés par trois procédés différents. Le premier consistait à écrire des essais sur ce que représentaient des soins infirmiers de qualité et ils ont été analysés. Le deuxième procédé comprenait la vision d'un film sur une situation de soins par les infirmières et les étudiants. Et le dernier comportait de l'observation de la part des chercheurs sur la performance clinique des étudiants en soins infirmiers arrivés en fin de formation. De ces analyses sont ressorties des catégories nécessaires pour avoir une authentique qualité de soins

infirmiers : les acteurs et leurs caractéristiques (l'humanité, la performance, l'indépendance, la fiabilité, la pensée), les activités (orientées vers les patients ou centrées sur les tâches), les objectifs (liés à la santé, au travail, à la récompense), les conditions préalables (aux connaissances, à l'expérience, aux ressources, aux valeurs).

Ces catégories sont axées sur deux thèmes principaux: les activités orientées sur les tâches et celles orientées sur les êtres humains. La première catégorie comprend les activités éducatives, les actes physiques, les activités de soutien à l'initiative du patient, la continuité des activités de soutien, les activités liées à la démarche de soins et la prise de décision. La deuxième catégorie comprend le respect, le *caring*, le plaidoyer (advocacy) et les activités de changements. De ce premier volet sont sortis les concepts généraux du cadre de référence « *Good Nursing Care* », qui se compose de cinq catégories :

- Les caractéristiques des acteurs de soins (humanité, performance, indépendance, fiabilité, pensée critique),
- Les activités orientées vers le patient ou vers les tâches,
- La nature des activités orientées vers le patient ou vers les tâches,
- Le but des soins (santé et bien-être, liens avec le travail, sens de la récompense),
- Les préconditions (base de connaissance, expérience, ressources, valeurs).

Le deuxième volet de ce projet consistait à interroger des patients, par des entretiens. Au total, 132 patients volontaires ont été enregistrés sur les soins reçus en service de chirurgie. Le protocole des entrevues a été structuré autour de cinq thèmes : les caractéristiques et les activités d'une bonne infirmière, la nature des activités, les conditions préalables et les objectifs de soins infirmiers de qualité. Ainsi, la satisfaction des patients a été mesurée et les raisons de leur mécontentement également. Dans cette deuxième étape, des concepts plus précis ont pu être dégagés et approfondis. Ils sont exposés ci-dessous :

- Les caractéristiques de l'infirmière comprenaient de l'humanité, de la performance, de l'indépendance, de la fiabilité, de l'apparence, de la pensée et de l'humour.
- En ce qui concerne les activités orientées vers les êtres humains, elles comprenaient du respect, du *caring*, du plaidoyer ou la défense du patient, de la fiabilité, une orientation sur l'existence humaine, l'utilisation de l'humour, de la gentillesse et de l'égalité.
- Pour les activités orientées vers les tâches, elles englobaient l'éducation, le physique, le support à l'initiative du patient, la continuité, la prise de décision, l'application de principes, les performances techniques, l'organisation des soins, l'utilisation des connaissances, l'indolence, le respect du travail et des objectifs dirigés.

- En ce qui concerne les buts, ils doivent tendre vers la santé et le bien-être du patient.
- Et le dernier concept de précondition englobe les ressources, les connaissances de base et les valeurs.

Ces deux étapes importantes ont permis à Leino-Kilpi et Vuorenheimo (1994) de faire jaillir un modèle conceptuel préliminaire pour évaluer la qualité des soins en péri opératoire. L'interprétation du cadre théorique élaboré semble faire sens puisqu'il a été construit en plusieurs étapes et qu'il a pris en compte l'avis des professionnels ainsi que celui des patients. A noter que le troisième et dernier volet de construction de cette théorie est axé sur la construction d'un instrument de mesure de la qualité des soins en péri opératoire, et que celui-ci a été rendu visible scientifiquement quelques années plus tard (Leinonen et al., 2001). Ce modèle conceptuel a également été modifié à la suite de la construction de cet instrument de mesure par les auteurs précités. L'instrument conceptuel de 1996 et celui qui a été modifié ont également été utilisés dans plusieurs études (Leinonen et al., 2003; Rehnström, Christensson, Leino-Kilpi, & Unosson, 2003; Tiusanen et al., 2010; Zhao & Akkadechanunt, 2011). Voici le cadre théorique tel qu'il a été conçu par Leinonen et Vuorenheimo (1994).

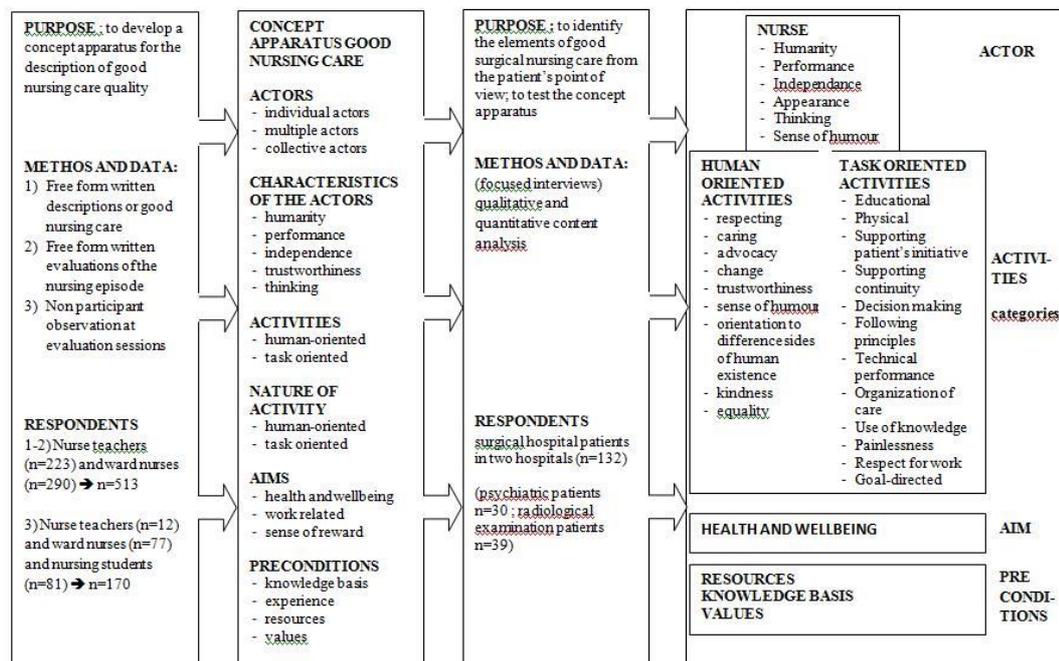


Figure 1 : Illustration du cadre théorique de Leinonen & Vuorenheimo (1994)

L'approche scientifique des soins infirmiers comporte différents courants de pensée nommés des paradigmes. Selon Pepin et al. (2010) le premier, qui se nomme la catégorisation, a évolué entre 1850 et 1900 ; le deuxième fut le paradigme dominant qui s'est développé de là jusqu'en 1950 et il s'appelle le paradigme de l'intégration ; le dernier paradigme est celui qui nous concerne actuellement, on le nomme paradigme de la transformation (Pepin et al., 2010). Dans ce paradigme, le praticien a une perspective qui est unitaire et considère le tout dans une perspective systémique (Pepin et al., 2010). Ce courant de pensée s'intéresse à l'expérience de la personne, de la famille et de la population comme point de départ. Par conséquent, on prend en compte la personne avec ses croyances, ses connaissances et même ses valeurs (Pepin et al., 2010).

Le cadre théorique du « Good Nursing Care » s'inscrit effectivement dans le paradigme de la transformation qui est apparu dès les années 1990 car il procure une vision de l'infirmière sur l'expérience de santé des patients dont elle s'occupe. L'emploi de ce cadre théorique est cohérent avec la vision du paradigme de la transformation car il relie les éléments reliés à la santé de la personne à ceux de l'environnement qui l'entoure, de même qu'à ceux du processus de soins et aux résultats visés pour une meilleure santé. Ce cadre nous permet aussi d'améliorer la cohérence entre la conception des soins et l'instrumentation permettant de mesurer la qualité des soins en péri opératoire soit le « *Good peroperative Nursing Care Scale* » (Leinonen, 2002).

Le prochain chapitre est destiné à l'opérationnalisation de cette recherche en rassemblant tous les éléments pris en considération pour la réaliser. Il expose la méthodologie.

Chapitre 4 : Méthodologie

L'approche de la recherche

Ce chapitre est divisé en plusieurs parties distinctes. Tout d'abord, le devis de recherche, la population et l'échantillon sont présentés. L'instrument de mesure employé est également exposé. Le plan pour l'analyse des données et le déroulement de cette étude sont présentés avec les considérations éthiques. Et pour finir, les moyens utilisés pour assurer la confidentialité des données sont décrits.

Le devis de la recherche

Le devis sélectionné pour cette étude est descriptif et corrélationnel. Le but étant de décrire la perception de satisfaction de la qualité des soins globaux en péri opératoire par les patients. La méthode descriptive permettra de peindre un portrait du phénomène recherché et de décrire les dimensions qui le sous-tendent (Fortin, 2010). Le but de faire des corrélations est d'explorer s'il existe un lien entre les variables sociodémographiques ou cliniques et la perception des patients sur la qualité des soins globaux. Les variables confondantes sont donc les variables sociodémographiques et cliniques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'études, le statut d'emploi, le statut marital, le type d'anesthésie et le score de l'American Society of Anaesthesiologists (ASA) qui est un score exprimant l'état de santé du patient en période pré opératoire. Le score ASA va de 1 à 6 ; sachant qu'un patient ASA 1 est en bonne santé, qu'un patient ASA 4 est atteint d'une maladie systémique grave qui est une menace pour sa vie, et qu'un patient ASA 6 est déclaré en mort cérébrale pour donner ses organes.

La population

La population accessible pour cette étude est celle qui bénéficie d'une opération chirurgicale électorive dans un hôpital universitaire. Le milieu clinique est constitué de deux services de chirurgie : le service de chirurgie vasculaire et thoracique ainsi que celui de chirurgie viscérale.

L'échantillon et les critères de sélection ou exclusion

La méthode d'échantillonnage pour cette étude est non-probabiliste de convenance. Les patients doivent répondre aux critères suivants :

- Être âgé de 18 ans et plus,
- Bénéficiaire d'une intervention chirurgicale dans l'un ou l'autre des deux services mentionnés,
- Bénéficiaire d'une anesthésie générale, locorégionale ou combinée (anesthésie générale et anesthésie locorégionale),
- Avoir un score ASA de I, II ou III,
- Parler, lire et écrire le français.

Le score de l'American Society of Anesthesiologists dénommé le score ASA est un score qui exprime l'état de santé du patient en pré opératoire. Celui-ci va de 1 à 6. Le score ASA 1 signifie que le patient est en bonne santé. Le score ASA 4 signifie que le patient est atteint d'une maladie systémique grave qui est une menace

pour sa vie. Et le score ASA 6 indique que le patient est déclaré en mort cérébrale(American Society of Anesthesiologists, 2013).

Cependant, l'étude exclut les personnes présentant les caractéristiques suivantes :

- Opération engageant le pronostic vital,
- Opération nécessitant des soins intensifs,
- Opération en ambulatoire,
- Handicap psychique sévère ou démence.

La taille de l'échantillon a été établie selon le logiciel Power©, en tenant compte des paramètres usuels suivants :

- Moyenne et écart type selon les résultats de l'étude de Leinonen et al. (2001) : 4.40 (0.45)
- Puissance souhaitée : 0.90
- Seuil de probabilité : 0.05
- Approche bidirectionnelle

Selon ces paramètres, la taille de l'échantillon pour observer des corrélations d'au moins 0.60 et faire des analyses de différences entre des moyennes de groupes, est de n=54. Le choix de fixer l'échantillon à 60 patients a été arrêté compte tenu du flot de patients dans les deux services de chirurgie.

L'instrument de mesure

L'outil choisi pour cette recherche est le « *Good Perioperative Nursing Care Scale* » (GPNCS) développé par Leinonen (2002) dans sa thèse doctorale. Une autorisation de l'auteur pour utiliser l'instrument a été accordée. Cet instrument a été modifié d'une précédente étude réalisée par Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg, & Lertola (2001). L'outil existe en finlandais et en anglais. La version de l'outil « *Good Nursing Care Scale* » de 2001 a été employée dans l'étude chinoise de Zhao et Akkadechanunt (2011). Cet outil a spécialement été conçu pour évaluer la perception des patients sur la qualité des soins en péri opératoire. Il est essentiellement utilisé dans le contexte péri opératoire.

Pour utiliser le GPNCS, il a été nécessaire de procéder à sa traduction en français. Le questionnaire a été traduit selon les modalités usuelles (traduction inversée de l'anglais au français, puis traduction du français à l'anglais et comparaison des deux versions anglaises) selon les recommandations de plusieurs auteurs (Vallerand, 1989; Wild et al., 2005). Une adaptation culturelle a également été réalisée. Le questionnaire en français a été pré-testé auprès de cinq infirmières et de cinq patients.

Ce questionnaire comprend sept questions sociodémographiques (questions 1 à 7), quatre questions relatives au souvenir des patients (questions 8 et 9) et aux signes/symptômes vécus par les patients (questions 10 et 11) puis 34 items relatifs à leur perception de satisfaction. Cet outil contient également cinq questions ouvertes auxquelles les patients peuvent émettre leurs commentaires. La version française de cet instrument (GPNCS) est en appendice (Appendice A).

Les questions 8 et 9 sont répondues par : oui, non ou je ne sais pas (Likert en 3 points). Les questions 10 et 11 sont répondues par : beaucoup, dans une certaine mesure, pas beaucoup, pas du tout, je ne sais pas (Likert en 5 points). Quant aux 34 items suivants, le score se calcule sur une échelle de Likert en six points, de 0 à 5 : tout à fait d'accord, en accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord, complètement en désaccord, je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect. En plus des items du GPNCS, le sexe, le score ASA ainsi que le service d'hébergement du patient ont été demandés.

Les dimensions du GPNCS (Leinonen, 2002) sont :

1. « *Les soins physiques* » : cette dimension est divisée en trois sous-dimensions qui sont la « *gestion de la douleur* », « *le maintien de la température corporelle* » et les différentes « *compétences techniques* » des équipes multidisciplinaires d'anesthésie et de chirurgie. L'appréciation de ces sous-dimensions tend à exprimer la satisfaction des patients sur les divers soins techniques procurés tout au long du séjour en salle d'opération et en salle de réveil (question 12, numéro 1 à 10).
2. « *L'information* » : cette mesure comprend les informations procurées au département de chirurgie à l'étage d'hospitalisation, en salle d'opération ainsi qu'en salle de réveil. L'appréciation de cette dimension tend à exprimer l'éducation fournie aux patients sur la chirurgie et les suites opératoires par les infirmières, l'anesthésiste et le chirurgien (question 12, numéro 11 à 16).

3. « *Le soutien à l'initiative du patient* » : cette dimension comprend le fait que les patients aient pu influencer leur traitement en exprimant leur désir, en pouvant faire part de la possibilité d'écouter de la musique, en étant encouragé et supporté mentalement par l'équipe multidisciplinaire, ou en ayant la possibilité de discuter pour être rassuré. Cette dimension exprime le fait d'avoir de l'encouragement et d'être épaulé par le personnel en ayant la possibilité de faire part de ses désirs (question 12, numéros 17 à 20).
4. « *Le respect et l'éthique* » : cette mesure comprend le respect manifesté aux patients par des attitudes courtoises, non-embarrassantes et empreintes de soins personnalisés. Ceci exprime le respect témoigné par l'équipe multidisciplinaire tout au long du trajet opératoire. (question 12, numéros 21 à 23).
5. « *Les caractéristiques du personnel* » : cette dimension contient l'amabilité du personnel, sa gentillesse, son sens de l'humour et son comportement en équipe. Cette dimension exprime le contexte dans lequel est pratiquée la chirurgie, il témoigne de l'aspect du travail d'équipe et de la façon dont le personnel se comporte avec les patients (question 12, numéros 24 à 27).
6. « *L'atmosphère* » : cette mesure comprend le contexte environnemental du bloc opératoire, de la salle de réveil et du département de chirurgie. Cette dimension expose le temps mis à disposition pour les patients, le stress du personnel, le calme ambiant

et si l'atmosphère dans laquelle ont évolué les patients était calme et relaxe (question 12, numéros 28 à 32).

7. « *Le processus de soins adéquats* » : cette dimension explore l'attente pour se rendre au bloc opératoire et le moment opportun pour être transféré en chambre après la chirurgie. Ceci exprime le facteur temps qui est important pour les patients (question 12, numéros 33 à 34).

Les données sociodémographiques sont également présentées en appendice, ainsi que le sexe, le score ASA et le service d'hébergement de chirurgie (Appendice B).

Les propriétés psychométriques de l'outil ont été mesurées dans le cadre de la thèse doctorale de Leinonen (2002). La consistance interne des différentes dimensions de la version à 34 items du « *Good Perioperative Nursing Care Scale* » sont mesurés par l'alpha de Cronbach (α)⁴ qui se situe entre 0.51 et 0.79, ce qui peut être considéré de moyen à bon.

L'analyse des données

Les données récoltées par le biais du GPNCS ont été saisies dans le logiciel Excel 2010, puis elles ont été transférées et analysées grâce au logiciel STATA®. Un code book sur le programme STATA® a permis d'identifier les données manquantes ainsi que le décompte du nombre de chaque observation par variable, correspondant

⁴ Le Cronbach (α) est un indice de fidélité statistique permettant d'évaluer la cohérence interne d'un instrument de mesure. Cet indice varie de 0-1, plus le score s'approche de 1 plus la cohérence interne est élevée (Fortin, 2010)

au nombre de patients admis pour cette étude (n=60). A noter qu'il existe seulement deux données manquantes.

Description de l'échantillon

Compte tenu du caractère descriptif de cette étude, des statistiques descriptives ont été réalisées pour traiter les données sociodémographiques (sexe, arrivée des patients, âge, niveau d'études, emploi et statut marital), clinique (ASA, anesthésie) ainsi que pour les variables quantitatives de l'instrument GPNCS. Les variables catégorielles sont décrites par des fréquences et des pourcentages. En ce qui concerne les variables continues, elles sont résumées par la moyenne et l'écart-type. Si les distributions sont asymétriques ou ont des valeurs extrêmes, les médianes et les étendues interquartiles sont également réalisées.

Les distributions des variables sont tout d'abord réalisées pour savoir si elles sont normales ou pas. La seule distribution paramétrique est celle de la dimension globale. En ce qui concerne l'exploration de corrélations avec les sept dimensions de l'outil, des tests de Kruskal-Wallis⁵ sont effectués pour les variables catégorielles d'au moins trois catégories (l'ASA, l'arrivée des patients, l'anesthésie, les études, l'emploi et le statut marital). Pour traiter les corrélations entre les sept dimensions du GPNCS et le sexe, variable dichotomique, c'est le test de Mann-Whitney⁶ qui est employé. Pour les corrélations en lien avec l'âge des patients, c'est le test de

⁵ Test statistique de Kruskal-Wallis: est un test non paramétrique d'identité qui porte sur plus de deux échantillons (http://www.aiaccess.net/French/Glossaires/GlosMod/f_gm_mann_whitney.htm)

⁶ Test de Wilcoxon-Mann-Whitney: est un test non paramétrique d'identité qui porte sur deux échantillons http://www.aiaccess.net/French/Glossaires/GlosMod/f_gm_mann_whitney.htm

Spearman⁷ qui est utilisé. Pour les corrélations avec la dimension globale du GPNCS, c'est l'analyse de variance⁸ qui est employée. Enfin pour l'âge et la dimension globale, c'est le test de Student⁹ qui est proposé.

Le score des dimensions du GPNCS ainsi que le score global ont été calculés selon la thèse doctorale de Leinonen (2002). Ces analyses permettent de décrire les dimensions et les sous-dimensions de la perception des patients en péri opératoire.

Le déroulement de l'étude

La stratégie de recrutement des patients a été élaborée avec les deux infirmiers chefs des deux services de chirurgie et les infirmières responsables des différentes consultations de chirurgie. Les patients nécessitant une opération chirurgicale doivent passer dans une unité de pré-hospitalisation quelques jours avant la date de celle-ci. Cette unité s'occupe de préparer les patients du point de vue médical et infirmier. C'est donc dans ces lieux de consultations qu'ont pu être distribués les feuillets d'informations aux patients susceptibles d'entrer dans l'étude. Ce feuillet est présenté en appendice (Appendice C). Dans un des deux services mentionnés, les patients ne passant pas toujours par la consultation de pré-hospitalisation, les feuillets d'informations ont été fournis par les infirmières qui préparent les patients à l'opération. Des posters (Appendice D) ont également été réalisés pour informer les patients de cette étude infirmière. Ils ont été affichés dans la consultation de pré-hospitalisation, dans les lieux de consultations infirmières du

⁷ Test de Spearman: sert à étudier la corrélation entre deux variables statistiques (http://www.statelem.com/correlation_de_spearman.php)

⁸ L'analyse de variance (ANOVA) : est un test statistique qui permet de déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe et intergroupe (Fortin, 2010)

⁹ Test de Student ou test de t : sert à comparer des moyennes (<http://www.cons-dev.org/elearning/stat/parametrique/5-2/5-2.html>)

service dont les patients ne passent pas en pré-hospitalisation et dans les unités de chirurgie vasculaire et thoracique ainsi que dans le service de chirurgie viscérale.

La période de récolte de données était initialement prévue sur une durée de trois mois en évaluant la participation des patients à 50%, le nombre approximatif de chirurgies par jour et l'évaluation des patients possédant les critères d'inclusion. Cependant, les patients répondant aux critères d'inclusion étaient fortement disposés à être inclus dans cette étude, et la durée de la récolte a seulement duré un mois. Ainsi la récolte de données a été réalisée au mois d'octobre 2012.

Le recrutement des patients a été effectué par l'étudiante en se rendant tous les jours dans les deux services de chirurgie. Une première approche a été effectuée en regardant le programme opératoire du lendemain. Ceci pour détecter les patients susceptibles d'être inclus dans l'étude, en regardant la destination post opératoire prévue. Puis, l'étudiante a analysé et récolté les données ASA des patients sur leurs dossiers. Ensuite, les patients ont pu être approchés une première fois pour leur demander leur accord en pré opératoire sur leur participation à l'étude. Les patients qui avaient accepté de participer à l'étude ont donc parcouru le trajet opératoire et c'est seulement 48 heures après leur intervention qu'ils ont signé le consentement éclairé (Appendice E) et répondu au questionnaire GPNCS. Pour des raisons de récupération post opératoire, quelques patients ont souhaité répondre au questionnaire après 72 heures.

Les considérations éthiques

Le protocole de recherche 288/12 a été envoyé à la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain en date du 15 juillet 2012. Un complément d'informations a été demandé par le Président de cette commission. Un avis positif a été rendu, daté du 18 septembre 2012 (Appendice F).

Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle. Pour préserver l'identité des participants à l'étude, les questionnaires ont été codifiés. Seule l'étudiante avait accès à ce système de codification. Toutes les données électroniques disponibles sur l'ordinateur de l'étudiante étaient protégées par un mot de passe. Les questionnaires et les consentements éclairés signés étaient classés dans un endroit fermé à clé au domicile de l'étudiante. Pendant dix ans, ces informations seront conservées, puis détruites. Dans la présentation des résultats de cette étude, les participants ne pourront pas se reconnaître. Et aucune rétribution n'a été fournie aux participants.

Le chapitre suivant est dédié aux résultats de cette recherche sur la perception des patients ainsi que les données employées.

Chapitre 5 : Résultats

Dans ce chapitre portant sur les résultats des analyses statistiques, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants sont d'abord présentées. La deuxième partie expose les résultats de la satisfaction en utilisant les dimensions ainsi que les sous-dimensions du GPNCS. Puis, le score de satisfaction global est également analysé en fonction des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants. Ensuite, l'exploration de corrélations entre les dimensions du GPNCS est effectuée pour explorer l'existence d'un lien avec les caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Finalement une analyse des réponses aux questions ouvertes est exposée par thèmes.

Milieu et participation

L'étude s'est déroulée sur cinq semaines, du 3 octobre 2012 au 29 octobre 2012. Pendant cette période, 145 patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale dans l'hôpital universitaire qui a accueilli cette étude. Un flux de recrutement est présenté à la Figure 2. On voit que sur les 145 dossiers consultés, 19 d'entre eux n'ont pas pu être retenus à cause des critères de chirurgie. Sur les 126 dossiers consultés, 46 ne correspondaient pas aux autres critères de sélection. Les 80 autres dossiers consultés possédaient les critères de sélections. Donc, 80 patients ont pu être approchés et ont été rencontrés par l'étudiante. 20 d'entre eux ont refusé ou n'ont pas pu participer à cette étude. Les différentes raisons en lien avec leurs rejets étaient : trois refus, un patient désorienté, un patient décédé au bloc opératoire, un autre transféré aux soins intensifs et 14 patients qui ont quitté l'hôpital avant de répondre au questionnaire. Sur les 80 patients éligibles, le taux de participation est de 75% (n=60).

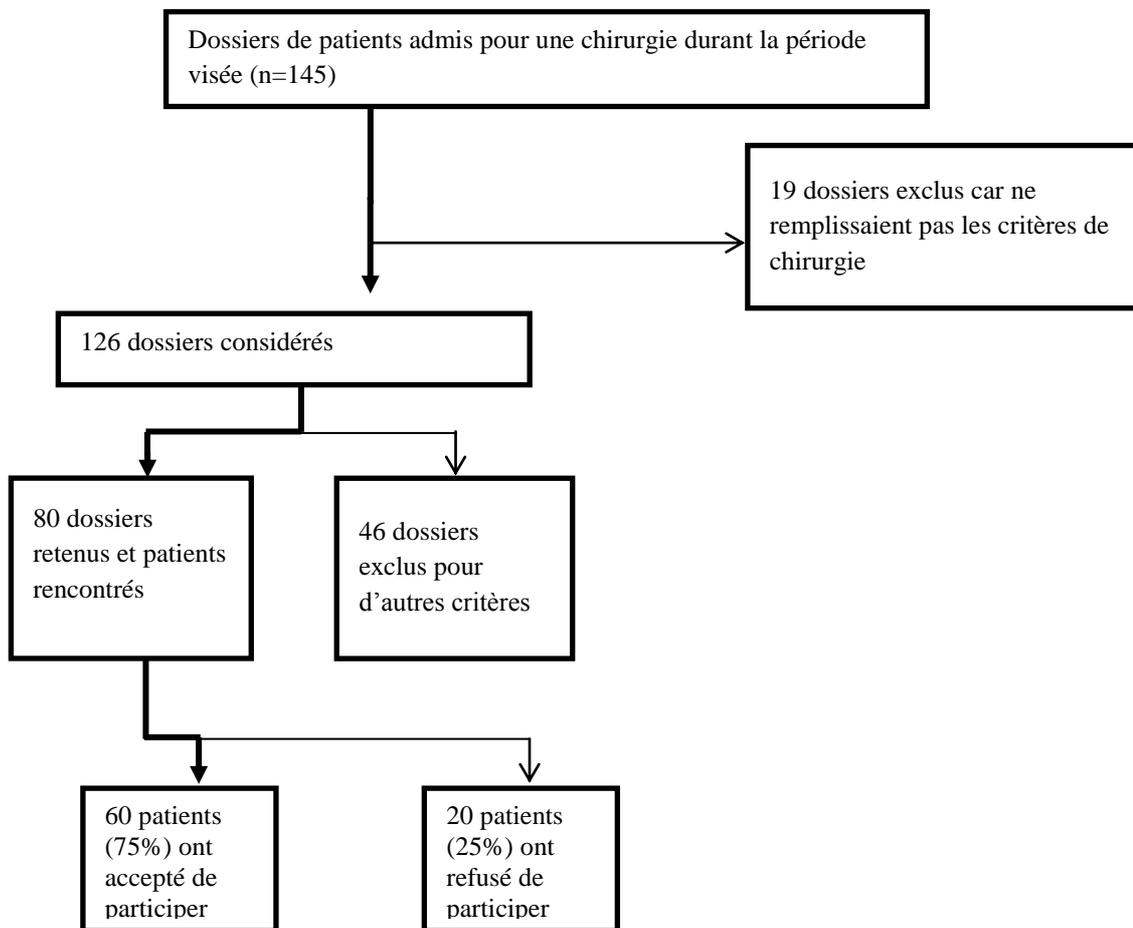


Figure 2 : Flux de recrutement

Description de l'échantillon

Les 60 patients qui ont été inclus dans l'étude sont ceux qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale électorale dans un hôpital universitaire. Leurs caractéristiques de même que leur niveau de satisfaction sont décrits dans les tableaux qui suivent.

Les caractéristiques sociodémographiques

Au tableau 1, on peut voir que l'échantillon est composé de 24 femmes (40%) et de 36 hommes (60%). La moyenne d'âge des participants est de 56,3 ans (ET

16,5). L'âge varie de 22 ans (min) à 86 ans (max). Le niveau d'études complétées par les patients est surtout de niveau primaire (25%), secondaire (18,3%) ou d'une école des métiers (35%). Les participants sont surtout travailleurs (45%) ou à la retraite (33,3%). Quant au statut marital, la majorité est constituée de personnes mariées ou vivant avec un conjoint (60%).

Les caractéristiques cliniques

Au tableau 2, les données cliniques sont présentées. Il s'agit du score ASA, du service d'hospitalisation de chirurgie, et du type d'anesthésie. En ce qui concerne les scores ASA, plus de la moitié sont catégorisés ASA 2 (53,3%). Pour le type d'anesthésie, la grande majorité a subi une anesthésie générale (65%). Les patients sont répartis dans deux services de chirurgie de façon inégale, le service A comprenant un peu plus de patients (A=56,7% et B=43,3%). Finalement, l'arrivée des patients sur le département de chirurgie, le jour avant leur opération, s'est surtout fait dans l'après-midi (81,7%).

Tableau 1.
Caractéristiques sociodémographiques

N=60

Caractéristiques		
Âge - moyenne (ET)	56,32 (16,49)	
		<i>n</i> (%)
Genre	Féminin	24 (40,0)
	Masculin	36 (60,0)
Études	Ecole primaire	15 (25,0)
	Ecole secondaire	11 (18,3)
	Ecole des métiers	21 (35,0)
	Ecole polytechnique	4 (6,7)
	Université	9 (15,0)
Emploi	Travailleur	27 (45,0)
	Au chômage	3 (5,0)
	Étudiant	3 (5,0)
	Mère ou père au foyer	2 (3,3)
	Retraité	20 (33,3)
	Autres	5 (3,3)
Statut marital	Célibataire	11 (18,3)
	Marié ou vivant avec un conjoint	36 (60,0)
	Divorcé	10 (16,7)
	Veuf	3 (5,0)

Tableau 2.
Caractéristiques cliniques
 N=60

Caractéristiques		n(%)
Score ASA	1	6 (10,0)
	2	32 (53,3)
	3	22 (36,7)
Service	A	34 (56,7)
	B	26 (43,3)
Arrivée au département de chirurgie	Tôt le matin	2 (3,3)
	Avant midi	9 (15,0)
	Dans l'après-midi	49 (81,7)
Type d'anesthésie	AG (anesthésie générale)	39 (65,0)
	Locorégionale	1 (1,7)
	AG + locorégionale	20 (33,3)

Les questions relatives aux signes et symptômes vécus

Les patients ont évoqué les différents signes et symptômes vécus avant le jour de l'opération et pendant leur hospitalisation, sur le département de chirurgie (Tableau 3).

En pré opératoire

En période pré opératoire, la grande majorité des patients rapportent avoir ressenti peu ou pas du tout de symptômes, qu'il s'agisse de douleur (pas du tout = 61%) de nausées (pas du tout = 93,3%), ou de fièvre (pas du tout = 95%).

Pendant le séjour hospitalier

La majorité des patients rapporte que les douleurs expérimentées pendant leur séjour hospitalier ne sont pas du tout (43,3%) ou pas beaucoup (16,7%) présentes. La grande majorité évoque ne pas avoir du tout (71,7%) ressenti de nausées ou de fièvre (85%).

Tableau 3.
Signes et symptômes avant et après la chirurgie

N=60

Signes et symptômes		n(%)	
Douleurs	je ne sais pas	0	0
	pas du tout	37 (61,7)	26 (43,3)
	pas beaucoup	11 (18,3)	10 (16,7)
	dans une certaine mesure	8 (13,3)	16 (26,7)
	beaucoup	4 (6,7)	8 (13,3)
Nausées	je ne sais pas	1 (1,7)	1 (1,7)
	pas du tout	56 (93,3)	43 (71,7)
	pas beaucoup	3 (5,0)	8 (13,3)
	dans une certaine mesure	0	6 (10,0)
	beaucoup	0	2 (3,3)
Fièvre	je ne sais pas	1 (1,7)	1 (1,7)
	pas du tout	57 (95,0)	51 (85,0)
	pas beaucoup	1 (1,7)	6 (10,0)
	dans une certaine mesure	1 (1,7)	2 (3,3)
	beaucoup	0	0

Peurs exprimées

Les patients ont pu exprimer s'ils avaient ressenti de la peur face à l'anesthésie, en pré opératoire. La majorité d'entre eux disent qu'ils n'en éprouvaient pas du tout (51,7%) ou pas beaucoup (23,3%). Ils ont également pu faire part de leur peur de la chirurgie. Plus de la moitié indique qu'ils n'en éprouvaient pas du tout (36,7%) ou pas beaucoup (25%).

Tableau 4.
Peurs exprimées face à la chirurgie et l'anesthésie

N=60

Peurs exprimées	n(%)	
Peur de l'anesthésie	je ne sais pas	0
	pas du tout	31 (51,7)
	pas beaucoup	14 (23,3)
	dans une certaine mesure	12 (20,0)
	beaucoup	3 (5,0)
Peur de la chirurgie	je ne sais pas	0
	pas du tout	22 (36,7)
	pas beaucoup	15 (25,0)
	dans une certaine mesure	19 (31,7)
	beaucoup	4 (6,7)

En ce qui concerne leurs connaissances de la chirurgie, la très grande majorité indique en avoir, dans une certaine mesure (51,7%) ou beaucoup (40%). Finalement en ce qui concerne les connaissances sur l'anesthésie : là aussi, la grande majorité indique en avoir dans une certaine mesure (46,7%) ou beaucoup (40%).

Tableau 5.
Connaissances déclarées face à la chirurgie et à l'anesthésie

N=60

Connaissances déclarées		n(%)
Connaissances de l'opération	je ne sais pas	0
	pas du tout	0
	pas beaucoup	5 (8,3)
	dans une certaine mesure	31 (51,7)
	beaucoup	24 (40,0)
Connaissances de l'anesthésie	je ne sais pas	4 (6,7)
	pas du tout	4 (6,7)
	pas beaucoup	0
	dans une certaine mesure	28 (46,7)
	beaucoup	24 (40,0)

La satisfaction mesurée par les dimensions du GPNCS

Globalement, la moyenne de score de satisfaction est de 3,75 (ET 0,69) ce qui représente une satisfaction de moyenne envergure. La dimension qui présente la plus forte moyenne est la troisième soit le « *respect* » (4,63 ; ET 0,69) ; alors que celle qui présente la moyenne la plus faible est la quatrième soit celle du « *soutien à l'initiative* » (2,38 ; ET 1,05). Les scores par dimensions et sous dimensions sont présentés dans les sections qui suivent et au tableau 6.

La dimension « *soins physiques* »

La première dimension est regroupée en plusieurs sous-dimensions qui sont : la « *gestion de la douleur* », le « *maintien de la température* » et les « *compétences* »

techniques ». Pour la première sous-dimension, la « *gestion de la douleur* », la moyenne est de 3,90 (ET: 1,12). Pour la deuxième, la moyenne est de 3,79 (ET : 1,25). Pour la troisième sous-dimension, la moyenne est de 4,59 (ET : 0,62). La moyenne pour cette dimension, qui regroupe les trois sous-dimensions présentées précédemment est de 4,03 (ET : 0,76). Cette moyenne est supérieure à la moyenne globale. La moyenne des « *compétences techniques* » démontrée par le personnel est encore meilleure, puisqu'elle dépasse les 4,50. La moins bonne sous-dimension est celle du « *maintien de la température* » au bloc opératoire, mais elle est tout de même presque identique à la satisfaction globale.

La dimension « *information* »

La moyenne, pour cette dimension est de 3,49 (ET : 1,04). Ce score est plus bas que la satisfaction globale. Ce qui signifie que les patients ont manqué d'informations tout au long de leur hospitalisation.

La dimension « *soutien à l'initiative* »

Pour cette dimension, la moyenne est de 2,38 (ET : 1,05) ce qui est le plus mauvais résultat obtenu en comparant la satisfaction globale des patients. Les patients ne se sont pas sentis encouragés par le personnel en charge. Ils n'ont pas pu influencer leur traitement, ni obtenu des encouragements en faisant part de leurs désirs aux soignants qui se sont occupés d'eux.

La dimension « *respect* »

La moyenne de cette dimension est, par contre, largement supérieure à la moyenne globale, puisqu'elle est de 4,63 (ET : 0,69). Les patients se sont sentis

fortement respectés par le personnel. Celui-ci a prodigué des soins personnalisés et empreints de *caring*.

La dimension « *caractéristiques du personnel* »

Cette dimension est également supérieure à la moyenne globale, puisqu'elle est de 4,22 (ET : 0,89). Le personnel a fait preuve d'humour et a pu travailler en équipe selon l'avis des patients.

La dimension « *atmosphère* »

La moyenne de cette dimension est de 3,75 (ET : 1,24). Ce qui est presque identique à la moyenne globale, mais très légèrement inférieur. L'ambiance et l'environnement du bloc opératoire, de la salle de réveil ainsi que du département de chirurgie n'étaient pas perçus, par les patients, comme assez détendus et calmes.

La dimension « *processus de soins adéquats* »

La dernière dimension atteint une moyenne de 4,08 (ET : 1,17), ce qui est plus haut que la dimension globale. Par conséquent les patients n'ont pas dû attendre trop longtemps pour se rendre au bloc opératoire. Et le transfert en chambre ne s'est pas fait trop rapidement après la chirurgie. Ces dimensions sont présentées dans le tableau qui suit.

Tableau 6.
Satisfaction mesurée par le GPNCS : Score global et par dimension

N=60

Variable	Moyenne/5	ET	min	max	(α)*
1 ^{ère} dimension :					
- Gestion de la douleur	3,90	1,12	1,25	5	
- Maintien de la température	3,79	1,25	0,50	5	
- Compétences techniques	4,59	0,62	2,50	5	
- Soins physiques	4,03	0,76	2,40	5	0,61
2 ^{ème} dimension :					
- Information	3,49	1,04	1,67	5	0,63
3 ^{ème} dimension :					
- Soutien à l'initiative	2,38	1,05	0,50	5	0,45
4 ^{ème} dimension :					
- Respect	4,63	0,69	1,67	5	0,60
5 ^{ème} dimension :					
- Caractéristiques du personnel	4,22	0,89	1,25	5	0,64
6 ^{ème} dimension :					
- Atmosphère	3,75	1,24	0,80	5	0,73
7 ^{ème} dimension :					
- Processus de soins	4,08	1,17	1,50	5	0,33
Satisfaction globale	3,75	0,69	2,26	5	0,86

* α de Cronbach

La satisfaction mise en relation avec les caractéristiques des répondants

Au tableau 7, les cinq variables sociodémographiques qui ont été corrélées avec le score global de satisfaction sont les suivantes : âge, sexe, niveau d'études, statut d'emploi et statut marital. Au tableau 8, les variables cliniques qui ont été corrélées avec le score global de satisfaction sont les suivantes : score ASA, moment de l'arrivée et type d'anesthésie.

Corrélations avec les variables sociodémographiques

La satisfaction globale est quasiment identique en fonction du genre (Femme : 3,70, Homme : 3,79). Les femmes sont légèrement moins satisfaites. Pour ce qui est de l'âge des patients, rien de significatif ne ressort. En effet, le coefficient de régression est de 0,0023, avec des intervalles de confiance de (- 0,006 ; 0,0132) et une p valeur de 0.677 ce qui n'est pas significatif. En ce qui concerne la satisfaction globale des patients en fonction des études qu'ils ont accomplies, les résultats sont les suivants : ceux qui ont effectué une école des métiers (3,86) sont légèrement plus satisfaits que les autres, et en particulier ceux qui ont fait une école polytechnique (3,45). Mais ces derniers ne sont que quatre (6,7%). Sinon la moyenne du reste des patients est équivalente et avoisine la moyenne de 3,72 à 3,74. Pour ce qui est du statut d'emploi des patients, les étudiants sont plus satisfaits que le reste de l'échantillon (4,05) mais ils ne sont que trois (5%), ce qui n'est pas non plus représentatif. Les travailleurs atteignent la même moyenne que la satisfaction globale (3,75). Les chômeurs ont aussi une moyenne plus basse que les autres (3,62). Les mères ou pères au foyer (3,80), les retraités (3,72) et les autres (3,77) avoisinent la moyenne globale. Ensuite, le statut marital des patients est présenté. Les patients

divorcés sont plus satisfaits (4,05) que les personnes mariées (3,76), ainsi que les célibataires (3,56) et que les veufs (3,42) qui ont un score plus bas que la moyenne de satisfaction globale.

Tableau 7.
Corrélations score global satisfaction avec variables sociodémographiques

N=60				
Variable	Moyenne	ET	Test	<i>p</i>
Genre			t*=-0,45	0,654
Femme (n=24)	3,70	0,73		
Homme (n=36)	3,79	0,67		
Etudes			F **(0,34)	0,850
Ecole primaire (n=15)	3,72	0,69		
Ecole secondaire (n=11)	3,70	0,49		
Ecole des métiers (n=21)	3,86	0,74		
Ecole polytechnique (n=4)	3,45	0,66		
Université (n=9)	3,74	0,87		
Emploi			F (0,13)	0,984
Travailleur (n=27)	3,75	0,73		
Au chômage (n=3)	3,61	0,32		
Etudiant (n=3)	4,05	0,99		
Au foyer (n=2)	3,80	1,29		
Retraité (n=20)	3,72	0,68		
Autres (n=5)	3,77	0,60		
Statut marital			F (1,14)	0,342
Célibataire (n=11)	3,56	0,89		
Marié ou vivant avec un conjoint (n=36)	3,76	0,66		
Divorcé (n=10)	4,05	0,51		
Veuf (n=3)	3,42	0,81		

*t : t test

** F : Analyse de variance =Anova

Corrélations avec les variables cliniques

En ce qui concerne l'état de santé pré opératoire, les patients avec un score ASA 3 (3,93) sont légèrement plus satisfaits que les ASA 2 (3,70) ainsi que les ASA 1 (3,39). Pour ce qui est de l'arrivée des patients, leur satisfaction est également peu différenciée (tôt le matin : 3,5 ; avant midi : 3,88 et dans l'après-midi : 3,74). Le patient qui a bénéficié d'une anesthésie locorégionale, a un score de satisfaction global de 5, ce qui est maximal. Mais un seul patient a profité de cette technique d'anesthésie (1,7%) et donc cela n'est pas représentatif. En ce qui concerne les deux autres types d'anesthésie, les patients qui ont eu une anesthésie générale (3,62) sont moins satisfaits que ceux qui ont eu une anesthésie combinée (3,96).

Tableau 8.
Corrélations score global satisfaction avec variables cliniques

N=60				
Variable	Moyenne	ET	Test	<i>p</i>
Score ASA			F (1,68)	0,196
1 (n=6)	3,39	0,92		
2 (n=32)	3,70	0,73		
3 (n=22)	3,93	0,52		
Arrivée en chirurgie			F (0,28)	0,757
Tôt le matin (n=2)	3,50	1,11		
AM (n=9)	3,88	0,55		
PM (n=49)	3,74	0,71		
Type d'anesthésie			F (3,57)	0,342
AG (n=39)	3,62	0,70		
Locorégionale (n=1)	5,00	0		
Combinée (n=20)	3,96	0,58		

Finalement, aucune caractéristique sociodémographique ou clinique n'est corrélée de manière statistiquement significative avec le score de satisfaction globale du GPNCS.

Les questions ouvertes du GPNCS.

La première question ouverte est la suivante : « *Je pense que mon anesthésie (générale ou régionale) a été bien réussie. Si vous êtes en désaccord avec cet énoncé, SVP expliquez ici quel type de problème vous avez vécu en ce qui concerne l'anesthésie* ». Un seul patient a répondu à cette question et il a précisé que l'anesthésie a été mal supportée malgré le fait qu'elle ait été convenablement réalisée.

La deuxième question est : « *Je pense que mon opération/traitement a été bien fait. Si vous êtes en désaccord avec cet énoncé, SVP expliquez ici quel type de problème vous avez vécu en ce qui concerne l'opération* ». Seulement deux patients se sont exprimés à ce sujet. Ils évoquent ne pouvoir se prononcer qu'à la fin du séjour hospitalier car, pour eux, le résultat final n'est pas encore visible.

La troisième question ouverte du questionnaire est : « *EN CONCLUSION SVP décrire brièvement la meilleure chose de votre séjour au département, au bloc opératoire ou à la salle de réveil ?* ». Sur cette question, 49 patients ont répondu (81,7%). Les thèmes qui ressortent des commentaires sont directement en lien avec les dimensions du GPNCS. La dimension qui a émergé le plus fortement est celle des « *caractéristiques du personnel* ». En effet, les patients ont exprimé la gentillesse, l'attention particulière, l'écoute et le professionnalisme de l'ensemble des soignants

qui les ont pris en charge. La dimension globale est aussi exposée en grand nombre. Les patients sont globalement satisfaits de l'ensemble des prestations fournies par les infirmières, les anesthésistes et les chirurgiens. La dimension du « *respect* » est précisée à plusieurs reprises. Les autres dimensions sont également abordées, mais de façon très discrète. Les patients expriment d'autres thèmes : plusieurs personnes témoignent de n'avoir eu aucun souvenir de leur passage au bloc et cela est bénéfique pour eux. Une autre personne pense que la meilleure chose qu'elle ait vécue était son départ de l'hôpital. D'autres patients ont apprécié la technique rapide de procédure d'anesthésie. Ils se sont endormis extrêmement rapidement.

La quatrième question est : « *EN CONCLUSION SVP décrire brièvement la pire chose de votre séjour au département, au bloc opératoire ou à la salle de réveil ?* ». Sur cette question, 27 patients (45%) ont exprimé leur mécontentement au sujet des dimensions suivantes : « *soins physiques* », « *compétences du personnel* » et aussi « *respect* » et « *atmosphère* ». La dimension la plus évoquée, est en lien avec les douleurs ainsi que les nausées post-anesthésiques. Un patient s'est plaint du manque de respect d'un soignant. Et finalement, l'atmosphère bruyante des soins continus et des appareils de surveillance des patients a aussi été citée.

La cinquième et dernière question ouverte du questionnaire est : « *Si vous avez toute autre idée ou suggestion concernant le développement des soins péri opératoires, SVP écrivez ces commentaires dans l'espace ci-après; si nécessaire, continuez au verso de cette feuille* ». Seulement huit patients (13,3%) ont globalement parlé d'améliorations structurelles à apporter comme : la télévision qui

ne fonctionne pas correctement, le manque de discrétion lors de la toilette des patients et le manque de toilettes séparées aux soins continus.

Dans le chapitre suivant, la discussion, les résultats de cette recherche sont discutés en fonction des différentes études sur la satisfaction des patients en péri opératoire.

Chapitre 6: Discussion

Ce chapitre présente la discussion sur la qualité et la validité des résultats. Il s'agit de les mettre en perspective avec les connaissances établies. Ensuite, les liens avec le cadre théorique seront faits. Les limites et les biais de cette recherche seront aussi présentés. Puis, l'utilité et l'implication des résultats seront discutés en fonction de la pratique clinique des infirmières et de la recherche future à accomplir en péri opératoire.

Mise en perspective des résultats

Liens et pertinence avec la question de recherche

Les résultats de cette étude démontrent que le score moyen de satisfaction globale des patients est de 3,75 sur une échelle de 5. Cela signifie que les patients sont satisfaits à 75% des soins dont ils ont bénéficiés. Ce score est par conséquent qualifié de moyen à bon. Il en résulte que ce résultat est perfectible et la suite de la discussion va mettre en lumière les éléments à retenir.

Liens et pertinence du score global avec la littérature

Le score de satisfaction déterminé dans cette étude est identique à l'étude espagnole de Mira et al. (2009). Mais ce résultat est plus bas que le score de l'étude de Royse et al. (2012) qui a atteint 83%. L'étude de Schoenfelder et al. (2011) a également obtenu un score supérieur puisqu'il atteint les 80%, identiquement à d'autres études (Capuzzo et al., 2007; Findik et al., 2010; Leinonen et al., 2003; Schoenfelder et al., 2010).

L'étude de Zhao & Akkadechanunt (2011), qui a utilisé le « *Good Nursing Care Scale* » modifié pour le contexte chinois, atteint un score moyen de 4,14 sur une échelle de Likert de 5. Ceci équivaut également à un score de satisfaction de 83%. Zhao et al. (2008) ont également utilisé l'outil de mesure transformé, mais en comparant le score de satisfaction des infirmières avec celui des patients. Leurs résultats ont dégagé un score moyen de satisfaction des deux groupes de haute qualité, ce qui est supérieur à l'étude réalisée, mais aucun pourcentage n'est affiché. L'étude de Leinonen et al. (2003), qui a également comparé les scores des infirmières et des patients sur leur satisfaction atteignent également un score jugé de bon, mais là aussi aucun score en pourcentage n'est présenté. Les différentes études qui ont utilisé le GPNCS modifié, n'ont pas explicité de score pour permettre de faire des comparaisons. Néanmoins il semble que les résultats de la présente étude soient tout de même en adéquation avec les recherches présentées précédemment. Ceci permet de considérer que les résultats obtenus sont concordants avec la littérature présentée dans la recension des écrits, bien qu'ils soient légèrement plus bas.

Liens avec les caractéristiques sociodémographiques et cliniques

En ce qui concerne le score de satisfaction global, relevé par le GPNCS, les caractéristiques des patients sont mises en relation avec la littérature, bien qu'il n'existe aucune corrélation statistiquement significative.

Dans les résultats de cette étude, les hommes sont légèrement plus satisfaits que les femmes, probablement parce qu'elles sont plus attachées à leur état de santé et donc elles sont probablement plus exigeantes. Pour ce qui est de la littérature existante, l'étude de Findik et al. (2010) et celle de Mira et al. (2009) arrivent aux

mêmes conclusions. Selon ces auteurs, les femmes seraient plus attachées à l'importance de leur santé. Il est vraisemblable que dans l'étude effectuée cela soit également le cas. Pourtant l'échantillon ne comprend que 40% de femmes, alors la comparaison avec les hommes n'étant pas significative, les résultats ne sont pas généralisables.

En ce qui concerne le score ASA, la littérature n'évoque pas de relation avec la satisfaction des patients. Pour ce qui est du type de service hospitalier, qu'il soit de chirurgie viscérale ou de chirurgie thoracique et vasculaire, ou même du type d'anesthésie, aucun élément n'est évoqué. Mais dans cette étude, il ressort que les patients ayant bénéficié d'une anesthésie combinée sont plus satisfaits (3,96) que ceux qui ont eu une anesthésie générale (3,62). Cela étant dit, il est bon de rappeler qu'aucune des différences observées ne s'est avérée être statistiquement significative.

En ce qui concerne le moment précis où les patients arrivent au département de chirurgie, cette étude relève que ceux qui sont arrivés en fin de matinée sont plus satisfaits (3,88) que ceux arrivés dans l'après-midi (3,74). L'arrivée des patients en pré opératoire est importante à prendre en compte car s'ils doivent attendre une journée complète ou seulement une soirée avant de bénéficier de leur opération cela est différent. Leur taux d'angoisse pré opératoire est inévitablement augmenté s'ils attendent une journée complète contre une soirée avant le jour de l'opération. La littérature n'a, quant à elle, pas discuté de ces éléments.

Dans la recension des écrits, aucune étude ne parle des différents soignants qui sont venus voir les patients en pré opératoire. Pourtant, ces personnes sont

susceptibles de rassurer les patients avant leur intervention chirurgicale. Par contre, différentes études évoquent la préparation pré opératoire, mais sans dialoguer sur les personnes impliquées (Kehlet & Dahl, 2003; Rudolfsson et al., 2003). Pour ces auteurs, l'éducation est déterminante. Cependant, on ne sait pas si cette préparation doit être fournie par le chirurgien, le médecin anesthésiste ou l'infirmière du département de chirurgie, ou les trois. Dans le GPNCS, les trois disciplines sont mentionnées et visiblement, les trois doivent fournir de l'éducation dans cette période spécifiquement stressante. D'ailleurs, 87% des patients se souviennent avoir vu le chirurgien en pré opératoire. 96,7% d'entre eux ont vu l'anesthésiste et 90% ont vu l'infirmière. Par contre dans cet instrument de mesure, on ne sait pas si ces trois disciplines ont fourni de l'éducation de bonne qualité. Dans les questions ouvertes, les patients ont tout de même évoqué le fait qu'ils avaient été réconfortés et rassurés par un chirurgien, un anesthésiste ou l'infirmière de l'étage. C'est donc grâce aux données qualitatives de l'outil employé que ce point est déterminé.

Concernant les symptômes et signes vécus par les patients, il apparaît que ceux des résultats du GPNCS sont les mêmes qui sont invoqués dans la littérature (Kehlet & Dahl, 2003; Pasero & Belden, 2006; Royse et al., 2012). Dans l'ensemble, les patients n'ont pas souffert d'effets secondaires trop importants en post opératoire, ce qui témoigne d'une bonne qualité de la prise en charge globale.

Pour ce qui est de l'âge des patients, les scores du GPNCS n'établissent rien de significatif. Pourtant dans l'étude de Findik et al. (2010) il est démontré que les patients qui sont dans la tranche d'âge de 40 à 60 ans sont plus satisfaits que les plus

jeunes. L'étude de Mira et al. (2009) confirme identiquement que les patients plus âgés sont également plus satisfaits.

En observant le niveau de scolarisation des participants, l'étude réalisée par Findik et ses collaborateurs (2010) établit que les personnes qui ont un niveau d'instruction bas étaient plus satisfaites des soins reçus que celles qui avaient un niveau d'instruction élevé. Si l'on met en perspective les résultats du GPNCS, il n'est pas possible de faire ressortir quoi que ce soit, puisque les personnes ayant effectué une école primaire ont un score de 3,72 alors que celles qui ont fait une école polytechnique, qui comporte plus d'années d'études que les précédents, ont un score de 3,45. Il est à noter également que ce score est nettement inférieur au score moyen de satisfaction du GPNCS ainsi qu'à celui des personnes les moins instruites (école primaire : 3,72). En ce qui concerne les patients qui ont réalisé des études universitaires, ils sont dans la moyenne puisque leur score moyen est de 3,74. Par conséquent, les diverses études effectuées par l'échantillon de cette étude, ne permettent pas de faire des généralisations par rapport à la recension des écrits. Ces résultats suggèrent également que la taille de l'échantillon n'est pas assez grande pour faire des extensions.

La littérature existante ne parle pas du statut d'emploi des participants. Néanmoins, les résultats de cette étude démontrent que les étudiants sont plus satisfaits (4,05) que tous les autres. Cependant, il est à noter que le statut d'emploi n'est pas une variable discriminante pour la satisfaction. Par contre, la littérature évoque, par l'étude de Findik et al. (2010), que le niveau salarial détermine le score de satisfaction des patients. En effet, les personnes qui ont un revenu salarial élevé

sont moins satisfaites que les autres. Dans l'étude réalisée, aucune donnée sur le salaire des participants n'a été sollicitée, donc cela n'est pas analysable.

L'étude de Findik et al. (2010), qui contredit l'étude de Suhonen et de Leino-Kilpi (2006), met encore en perspective que la durée d'hospitalisation est déterminante en ce qui concerne la satisfaction des patients. Selon les premiers, plus les patients sont hospitalisés longtemps, plus ils sont satisfaits des soins dont ils ont bénéficié. Cependant, aucune donnée sur la durée de séjour des patients n'a été relevée dans cette étude, il n'est donc pas non plus possible d'en parler.

Liens avec l'utilisation du GPNCS

A présent, il est important de discuter des résultats du GPNCS avec les autres outils dérivés de celui-ci, et de les mettre en relation par rapport à la littérature.

Les études de Zhao & Akkadechanunt (2011) et Zhao et al. (2008) qui ont employé un outil dérivé du GPNCS démontrent que leurs résultats sont supérieurs aux résultats de cette étude.

Pour ce qui est de l'étude de Leinonen et al. (2003) qui a utilisé le « *Good Nursing Care Scale* », leurs résultats sont jugés bons. Dans la présente étude, seul l'avis des patients compte, dès lors il est impossible de faire des comparaisons.

Dans la suite de la discussion, les résultats sont examinés plus en détails avec les différentes dimensions du questionnaire employé. Celles-ci sont critiquées en tenant compte de la littérature.

Liens avec les dimensions du GPNCS et ses questions ouvertes

La première dimension du GPNCS est celle des « *soins physiques* ». Cette dimension est supérieure (4,03) au score global de satisfaction. Elle comprend les « *soins techniques* », la « *gestion de la douleur* » ainsi que le « *maintien de la température* ». Ces éléments sont critiqués séparément. La littérature existante sur les compétences infirmières sont, selon Gillespie & Hamlin (2009) et Stobinski (2008), surtout dirigées sur le facteur technique et humain. Visiblement, les scores du GPNCS démontrent que les patients ont bénéficié de soins qui comprennent ces deux aspects. Néanmoins, les études suivantes précisent que les soins techniques doivent être individualisés (Capuzzo et al., 2007; Findik et al., 2010; Leinonen et al., 2001; Schoenfelder et al., 2011). Dans l'outil employé, il n'en est pas fait mention. Probablement que les patients ont évalué cette dimension en tenant compte de l'individualité des soins prodigués par les soignants en charge. Mais ceci reste une hypothèse. Pour le savoir il faudrait pouvoir questionner les patients sur ce qu'ils englobent dans cette dimension.

En ce qui concerne la « *gestion de la douleur* », la moyenne est supérieure à la moyenne globale du GPNCS. Dans la littérature, la gestion de celle-ci a un lien particulièrement dépendant de l'information fournie aux patients en pré opératoire (Walker, 2007). En effet, si elle est procurée aux patients en phase pré opératoire, les patients ont une meilleure gestion de leur douleur (Walker, 2007). Dans la présente étude, rien ne lie la gestion de la douleur avec la préparation pré opératoire. Ce terme de préparation n'est pas questionné en détails auprès des patients et les informations spécifiques apportées au sujet de la douleur ne sont pas connues. Il n'est donc pas

non plus possible d'analyser le score de cette sous-dimension avec la littérature. Mais, on peut tout de même constater que dans les questions ouvertes, certains patients se sont plaints de douleurs non soulagées.

Pour ce qui relève du « *maintien de la température* », la littérature n'en parle pas. Dans cette étude, la moyenne de ce score est très légèrement supérieure à la moyenne de satisfaction globale. Cependant rien de décisif n'est à intégrer à part le fait que les soignants ont fait attention au maintien de la température corporelle des patients.

La deuxième dimension est celle de « *l'information* ». Cette dimension n'a pas un score très élevé puisqu'il est à 3,49. La littérature, quant à elle relève, comme déjà évoqué plus haut, que si elle est procurée aux patients, la gestion de leur douleur est meilleure (Walker, 2007). D'autres auteurs estiment également que la phase d'éducation comprend essentiellement le fait de procurer de l'information (Rudolfsson et al., 2007). Et celle-ci diminue aussi l'anxiété des patients (Walker, 2007). Dans cette étude, il ressort que les patients n'ont pas assez bénéficié d'informations. Ceci signifie probablement que la réduction de leur anxiété et de leur douleur aurait pu être améliorée. Mais ce n'est qu'une hypothèse. Ce score est un élément perfectible et il sera pris en compte pour les progrès futurs.

La dimension du « *soutien à l'initiative* » est extrêmement mauvaise puisqu'elle n'atteint que 2,38. Et la littérature ne prend pas en compte cet aspect. Il est donc très important de se pencher sur le soutien des patients en leur laissant évoquer leurs souhaits pour leur donner un peu de poids afin d'influencer leur traitement. Cela revient à affirmer que le GPNCS prend en compte cet aspect, alors

que la littérature n'en fait pas cas. Ce point, même pris en compte, reste cependant perfectible de manière très importante.

En ce qui concerne la dimension de « *respect* », la littérature évoque son évaluation comme ayant un score des plus hauts dans l'étude de Merkouris et al. (2004). Pour Lindwall & Von Post (2009) le respect de la dignité humaine est réellement importante pour les patients qui sont en situation vulnérable lorsqu'ils bénéficient d'une opération. Pour d'autres auteurs (Lindwall & Von Post, 2009; Rudolfsson et al., 2003) le respect témoigné auprès des patients est accompagné de *caring*. Et le GPNCS contient également cette notion (Leinonen & Leino-kilpi, 1999; Leinonen et al., 2003; Leinonen et al., 2001). Si l'on regarde le score de cette dimension, elle est grandement supérieure (4,63) au score moyen de satisfaction du GPNCS. C'est le meilleur réalisé. Par conséquent, les différentes notions présentées auparavant ont été englobées dans l'évaluation des patients. Il semble, comme la littérature l'exprime, que ces notions soient extrêmement importantes et donc que le personnel les ont intégrées dans leur compétences en péri opératoire dans l'hôpital qui a accueilli cette étude.

Concernant les « *caractéristiques du personnel* », l'étude de Wildman, Secrest et Keatley (2008) relève que l'humour, lui, apaise les patients en per opératoire. Pour Gillespie et Hamlin (2009) le personnel du péri opératoire doit pouvoir développer un travail d'équipe. Pour Wilson et al. (2008) il est crucial de créer une relation de confiance et d'être aimable afin de rassurer les patients. Dans le GPNCS, ce score est relevé comme très bon puisqu'il est de 4,22. Par conséquent, cette dimension a été évaluée par les patients comme fortement intégrée par les

soignants. Pour ce qui est des questions ouvertes de l'outil employé, les patients appuient le classement élevé en affirmant que le personnel était gentil et avait une attention particulière auprès d'eux. Le personnel a manifesté des qualités comme l'écoute et a fait preuve de professionnalisme. Il est donc compréhensif d'avoir un score élevé, puisque même dans la dernière question ouverte du GPNCS, les patients ont appuyé leur sentiment d'avoir été pris en charge de façon très professionnelle par les divers soignants du péri opératoire.

Pour ce qui est de « *l'atmosphère* » dans laquelle ont évolué les patients, le score est égal à la moyenne globale de satisfaction. La littérature en parle comme nécessitant d'être détendue et chaleureuse (Leinonen et al., 2001). Mais dans les questions ouvertes, des patients ont clairement qualifié l'atmosphère des soins continus comme étant beaucoup trop bruyante pour se remettre d'une opération. Visiblement ce score est aussi à perfectionner.

Et pour la dernière dimension, la littérature relève que le « *processus de soins adéquat* » doit être procuré en fonction du facteur « temps » qui est pénible pour les patients (Susleck et al., 2007). En effet, ce facteur est important à cause de l'attente possible avant d'entrer en salle d'opération ou avant de remonter à l'étage, après la chirurgie (Susleck et al., 2007). Le score est, lui aussi, supérieur à la moyenne (4,08). Par conséquent les patients n'ont pas attendu trop longtemps.

Ce qui ressort de la dernière question ouverte, c'est que des améliorations d'ordre structurel sont à apporter dans l'hôpital universitaire qui a accueilli cette étude. Il s'agit du manque de discrétion lors des soins d'hygiène des patients ainsi

que du manque de toilettes isolées aux soins continus. Ceci fait également partie des éléments améliorables et qui nécessitent d'être perfectionnés.

Liens et pertinence avec le cadre théorique

L'utilisation du cadre conceptuel de Leinonen & Vuorenheimo (1994) a permis une cohérence entre la conception et l'instrumentation qui permet de mesurer les phénomènes inclus dans la qualité des soins en péri opératoire. En effet, les propositions de ce modèle ont permis d'expliquer les relations entre les concepts utilisés et leurs effets. Comme l'explique Fortin (2010), l'utilisation d'un cadre permet un agencement logique entre plusieurs concepts et les liens entre eux. Par conséquent, il a été aisé d'avoir comme base conceptuelle un cadre qui a été conçu spécifiquement pour ce contexte particulier. Il a effectivement permis de différencier chaque élément particulier afin de mieux concevoir les dimensions qui sont attenantes et qui constituent la qualité de soins en péri opératoire. D'ailleurs, dans la littérature quelques éléments sont absents et pourtant ils sont nécessaires à la compréhension des phénomènes du péri opératoire.

Ce modèle théorique a été un excellent guide pour l'opérationnalisation de cette recherche. Par conséquent, l'intégration de la théorie du « *Good Nursing Care* » est essentielle et pertinente avec le questionnaire employé, qui en découle.

En synthèse, pour utiliser le GPNCS, il apparaît indispensable d'avoir comme théorie celle conçue par Leinonen & Vuorenheimo (1994). Et les diverses études qui ont utilisé le « *Good Nursing Care Scale* » ou l'ont modifié, ont également utilisé le

cadre théorique précédemment décrit (Leinonen et al., 2003; Leinonen et al., 2001; Zhao & Akkadechanunt, 2011).

Biais et limites de l'étude

Cette étude a permis de répondre à la question de recherche soit de décrire la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins en péri opératoire. Cependant, il existe des imperfections dans la réalisation de cette recherche. C'est donc dans la section qui suit que les biais seront discutés. Pour évoquer les biais d'une étude, il faut analyser les deux composantes de la validité interne et externe de celle-ci.

La validité interne

Le premier biais à énoncer est celui de la désirabilité sociale. En effet, certains auteurs, en psychologie, le qualifie comme étant un ensemble de stratégies qu'une personne met en œuvre, intentionnellement ou pas, pour obtenir une approbation sociale (Congard, Antoine, Ivanchak, & Gilles, 2012). Dans cette étude, les patients ont été probablement touchés par ce phénomène lorsque l'étudiante les a rencontrés pour leur demander l'approbation de participation à cette étude. Et comme une deuxième rencontre était planifiée pour remplir le questionnaire, ce biais a vraisemblablement été présent. Ce biais est de nature directionnelle et a possiblement eu l'effet de surestimer la satisfaction.

Pour les autres facettes de la validité interne, Fortin (2010) met l'accent sur la preuve que des liens existent entre les variables dépendantes et indépendantes, sans l'existence de facteurs parasites. Dans cette étude le devis employé est descriptif.

Aucun moyen de contrôle n'a pu être réalisé pour savoir s'il existait des liens entre les deux types de variables. Et l'exploration de corrélations n'a pas non plus permis d'examiner des relations entre les variables dépendantes et indépendantes.

La technique d'échantillonnage pour cette étude est non-probabiliste de convenance, ce qui signifie, selon Fortin (2010), qu'il faut former un échantillon qui comprend les caractéristiques de la population cible. Le risque de ce choix de sélection est que tous les patients qui devaient bénéficier d'une intervention, dans un temps limité, n'ont pas pu être inclus. Ceux qui avaient de lourdes pathologies ou des expériences précédentes négatives n'ont probablement pas été impliqués. Sachant que selon Walker (2007) les expériences précédentes déterminent la satisfaction d'une future prise en charge péri opératoire, il aurait été plus judicieux d'élargir les critères de sélection. Aussi, les chirurgies faites en urgence n'ont pas été prises en compte. Cependant, ces critères ont été choisis pour des raisons de faisabilité. Tous ces éléments confèrent à l'étude une certaine limite à la validité interne.

Avec l'outil utilisé, les données sociodémographiques auraient pu être plus complètes, ceci en lien avec la littérature. Des éléments auraient pu être rajoutés tel que : le niveau salarial (Findik et al., 2010), le nombre d'interventions effectuées sur les patients et leurs expériences précédentes (Walker, 2007). Tout ceci au vu de ce qu'a décrit la littérature. Concernant les données cliniques, il aurait été judicieux de connaître les diagnostics, les antécédents des patients et d'explorer le niveau de satisfaction en lien avec leurs pathologies. Probablement que les patients atteints de maladies chroniques ou devant bénéficier d'une intervention de routine n'auraient pas perçus leurs soins de la même façon que les autres.

Concernant l'échelle de mesure, elle semble être tout à fait pertinente, mais peut-être que des sections précises sur le pré opératoire, le per opératoire et le post opératoire auraient pu être différenciées pour faciliter les réponses des patients. En effet, certains items comprennent des thèmes qui sont à la fois en post opératoire et en per opératoire. Mais comme déjà évoqué, cet outil a été conçu de façon à englober les avis des patients ainsi que celui des infirmières (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1994), dès lors, il semble que malgré quelques corrections sur la distinction des moments spécifiques, cet outil est tout à fait probant et facile d'accès pour les participants.

Pour ce qui est du biais d'information, il a possiblement été présent par le fait que les patients ont reçu les feuillets d'informations par différents soignants et par conséquent, ceux-ci n'ont pas pu avoir les mêmes explications. Il est important de noter que la relation entre le soignant et le soigné ne peut pas être identique et peut aussi influencer le choix de participer ou non à cette étude. Mais, un élément fiable est que tous les patients ont toujours dû signer le consentement éclairé avec l'étudiante avant de participer à cette étude.

La validité externe

La validité externe fait référence à la possible généralisation des résultats (Fortin, 2010). Comme cette recherche n'a été effectuée que dans deux services spécifiques, les résultats ne peuvent pas être généralisables aux autres services de chirurgie.

Les forces de l'étude

Une des forces de cette étude est que l'hôpital qui l'a accueillie n'avait pas utilisé cet outil spécifique qui englobe les trois périodes distinctes du péri opératoire. De plus, les équipes infirmières des deux services ont, grâce à cette étude, été sensibilisées à ce que signifie les phases du péri opératoire et ses implications auprès des patients. L'autre force, c'est que le questionnaire employé est validé et également utilisé en Finlande (Leinonen et al., 2003; Leinonen et al., 2001) de même qu'en Chine (Zhao & Akkadechanunt, 2011; Zhao et al., 2008). Finalement, le fait de faire participer des patients inconnus et volontaires amène probablement les chercheurs du péri opératoire à être sensibilisés au côté humain qui tend à être réduit par les restrictions budgétaires dans le domaine des soins et cela est conséquent.

Implications et recommandations

Cette étude met en lumière que le contexte péri opératoire comporte de nombreux moments délicats où le patient a besoin d'être rassuré, largement informé et éduqué afin de passer « à travers » une intervention chirurgicale, même si elle est programmée et que celui-ci a le temps de se préparer psychologiquement. Les divers soignants qui travaillent tout au long de ce parcours doivent être sensibilisés et conscients que le rôle qu'ils ont à jouer est primordial et décisif. Par conséquent, une attention particulière doit être apportée au contexte péri opératoire.

Pour la pratique infirmière

Ceci amène également une ouverture pour améliorer plus précisément le rôle propre des infirmières qui s'occupent de recevoir les patients en pré opératoire : ce

rôle devrait être surtout axé sur l'éducation à fournir aux patients. Les résultats du GPNCS prouvent que des améliorations significatives doivent être réalisées sur les dimensions suivantes en péri opératoire : le don « *d'informations* », « *l'atmosphère* » ainsi que « *le soutien à l'initiative* » des patients. Les infirmières anesthésistes devraient pouvoir élargir leur rôle propre en ce qui concerne l'éducation. Ensuite, elles doivent avoir la capacité de déceler les patients qui ont encore besoin d'être rassurés avant leur intervention. Finalement, elles doivent toujours être à leur écoute afin de les aider à traverser cette expérience singulière. Les infirmières du post opératoire doivent être précautionneuses aux divers symptômes ressentis par les patients, afin de les aider à récupérer leurs fonctions physiques et psychologiques le plus vite possible. Et pour faciliter cette remise en question, il serait aisé de pouvoir mettre sur pieds des soins issus des EBN, en Suisse.

Pour la recherche

L'utilisation de l'outil employé dans cette étude mérite d'être utilisé dans d'autres services de chirurgie et également approfondi. Comme l'étude de Leinonen et al. (2001) qui a fait participer des patients admis en urgence, la prochaine étude sur ce sujet devrait également admettre des patients de ce type et englober des données sociodémographiques plus amples pour permettre de les comparer à la littérature existante. Et probablement qu'un outil plus ciblé sur les différentes phases du péri opératoire devrait être également développé, dans le contexte suisse. Ceci grâce au fait de séparer les différents items en fonction de la phase à laquelle ils appartiennent. Les items seraient donc regroupés en trois phases bien distinctes, et

cela favoriserait une meilleure compréhension pour les patients des phases qu'ils ont traversées avant, pendant et après leur intervention.

Finalement, la littérature n'est pas abondante sur le sujet d'intérêt de ce mémoire. L'utilisation du GPNCS pourrait être également poursuivie dans d'autres centres hospitaliers afin de sensibiliser les différents professionnels de la santé au contexte qui entoure une intervention chirurgicale. Et il semble que des soins basés sur les EBN permettraient aux divers professionnels de mieux conduire leurs activités de soins dans la pratique quotidienne qui doit se baser sur la recherche, la pratique clinique et l'enseignement.

Conclusion

Dans cette étude, il a été mis en évidence que les différentes périodes du péri opératoire comportent un large panel de soins à fournir aux patients afin de leur permettre de mieux vivre une intervention chirurgicale programmée. Tous ces soins, fournis par les différents professionnels de la santé, sont basés sur deux axes bien distincts : les soins techniques et le facteur humain qui doit être empreint de *caring*. Aussi, pour garantir la sécurité et la qualité des soins, il est nécessaire de faire des évaluations. Mesurer la perception de satisfaction des patients sur les soins qu'ils reçoivent en fait partie. Ce moyen de mesure de la satisfaction permet ainsi de favoriser l'expertise et l'efficacité des différents professionnels qui travaillent en péri opératoire.

Le but de cette étude était de connaître la perception de satisfaction des patients sur les soins globaux, en péri opératoire, dans deux services de chirurgie d'un hôpital tertiaire. Cela a été effectué grâce au GPNCS, conçu spécifiquement pour ce contexte particulier. Les résultats évoquent que les patients sont moyennement satisfaits. Le score moyen relevé dans la réalisation de cette étude reflète que 25% des soins effectués peuvent être améliorés, et cela est très important à prendre en compte pour faire progresser la qualité des soins offerts par les soignants de l'hôpital tertiaire qui a accueilli cette étude. Ces résultats mettent en lumière différents axes de progression à mettre en place pour assurer des prestations de meilleure qualité. Cependant le meilleur score relevé est le respect témoigné aux patients. Pour ce qui est des améliorations, elles doivent être effectuées sur plusieurs dimensions. Le premier point à perfectionner est le don « *d'information* » ainsi que l'évaluation de la compréhension des patients.

Le deuxième point à parfaire est le « *soutien à l'initiative* » des patients. Et le dernier est l'amélioration de « *l'atmosphère* » qui règne dans les différents lieux du contexte péri opératoire. Et quant à l'exploration de corrélation, elle n'a pas permis d'examiner de relations entre les variables sociodémographiques et cliniques. Il est probable que cela soit probablement dû à la taille de l'échantillon.

Comme les recommandations l'évoquent, peu d'études existent sur la satisfaction des patients en péri opératoire. Il faut, par conséquent, poursuivre la réalisation des recherches sur ce contexte spécifique et développer des EBN pour favoriser l'application de bonnes pratiques et garantir ainsi une qualité de soins péri opératoire efficaces et sécuritaires.

Références

- American Society of Anesthesiologists. (2013). ASA Physical Status Classification System. from (<http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>)
- Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M.-C., Auffray, J.-P., Colavolpe, C., . . . Blache, J.-L. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*, *102*(6), 1116-1123.
- Beydon, L., & Dima, C. E. (2007). Anxiété périopératoire: évaluation et prévention. *Le praticien en anesthésie réanimation*, *11*(3), 161-170.
- Beyea, S. C. (2008). Speaking up for quality and safety. *AORN journal*, *88*(1), 115.
- Caljouw, M. A., Van Beuzekom, M., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, *100*(5), 637-644.
- Capuzzo, M., Gilli, G., Paparella, L., Gritti, G., Gambi, D., Bianconi, M., . . . Alvisi, R. (2007). Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, *105*(2), 435-442.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, *1*(1), 13-24.
- Congard, A., Antoine, P., Ivanchak, S., & Gilles, P.-Y. (2012). Désirabilité sociale et mesure de la personnalité: les dimensions les plus affectées par ce phénomène. *Psychologie Française*, *57*, 193-204.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: G. Morin.
- Di Censo, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*: Mosby.
- Ervin, N. E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *Journal of Nursing Administration*, *36*(3), 126-130.
- Findik, U. Y., Unsar, S., & Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing & Health Sciences*, *12*(2), 162-169.
- Fitzpatrick, E., & Hyde, A. (2006). Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(6), 671-677.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: ARSI ; Éditions Mallet conseil.
- Fortin, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Werder, H. (2011). Education and experience make a difference: results of a predictor study. *AORN Journal*, *94*(1), 78-90.
- Gillespie, B. M., & Hamlin, L. (2009). A Synthesis of the Literature on "Competence" as It Applies to Perioperative Nursing. *AORN Journal*, *90*(2), 245-258.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review*, *54*(2), 183-190.
- Hepner, D. L., Bader, A. M., Hurwitz, S., Gustafson, M., & Tsen, L. C. (2004). Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesthesia & Analgesia*, *98*(4), 1099-1105.
- Hooper, V. D. (2010). A Wealth of Evidence. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *25*(5), 279-280.

- Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*, 362(9399), 1921-1928.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN journal*, 90(3), 381.
- Kusler-Jensen, J. (2009). Perioperative Implications of the Joint Commission's 2009 Accreditation Requirements. *AORN journal*, 90(3), 417-429.
- Leino-Kilpi, H., Heikkinen, K., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., & Salanterä, S. (2009). Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research*, 22(2), 101-106.
- Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1994). The Patient's Perspective on Nursing Quality: Developing a Framework for Evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(1), 85-95.
- Leinonen, T. (2002). *The Quality of Perioperative Care. Developing a patient-oriented measurement tool*. Doctoral dissertation, Turku University of Applied Sciences, Turku.
- Leinonen, T., & Leino-kilpi, H. (1999). Review: Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 123-138.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M.-R., & Lertola, K. (2003). Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*, 16(1), 29-37. doi: 10.1053/apnr.2003.50005
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M., & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 294-306.
- Leprohon, J. (2000). Vers une culture d'amélioration continue. *L'Infirmière du Québec*, 8(5), 25-42.
- Lindwall, L., & Von Post, I. (2009). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue—a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 395-401.
- Lindwall, L., Von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 246-253.
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., Baker, G. R., Doran, D., . . . Whyte, S. (2008). Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Archives of Surgery*, 143(1), 12.
- Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 19.
- Merkouris, A., Papatheanassoglou, E. D. E., & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 355-368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006
- Mira, J. J., Tomás, O., Virtudes-Pérez, M., Nebot, C., & Rodríguez-Marín, J. (2009). Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery*, 145(5), 536-541.
- Morin, D. (1999). Mesure de résultats en soins infirmiers: satisfaction des usagers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 58, 95-102.

- Morin, D. (2011). Qualités des soins: défis et perspectives. *Lebanese Journal of Nursing*, 2, 11-13.
- Pasero, C., & Belden, J. (2006). Evidence-based perianesthesia care: accelerated postoperative recovery programs. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 21(3), 168-176.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Pritchard, M. J. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7), 416-419.
- Rehnström, L., Christensson, L., Leino-Kilpi, H., & Unosson, M. (2003). Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 308-314.
- Rhodes, L., Miles, G., & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 178-192. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x
- Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(4), 237-246.
- Royse, C. F., Chung, F., Newman, S., Stygall, J., & Wilkinson, D. J. (2012). Predictors of patient satisfaction with anaesthesia and surgery care: a cohort study using the Postoperative Quality of Recovery Scale. *European Journal of Anaesthesiology* 29 1-5. doi: 10.1097/EJA.0b013e328357e584
- Rudolfsson, G., Ringsberg, K. C., & Von Post, I. (2003). A source of strength—nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 250-257.
- Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 905-915.
- Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2010). Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patient's perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables. *Journal of Surgical Research*, 164, e53-e59.
- Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 503-509.
- Schwengel, D. A., Winters, B. D., Berkow, L. C., Mark, L., Heitmiller, E. S., & Berenholtz, S. M. (2011). A novel approach to implementation of quality and safety programmes in anaesthesiology. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(4), 557-567.
- Selimen, D., & Andsoy, I. I. (2011). The Importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN Journal*, 93(4), 482-490. doi: 10.1016/j.aorn.2010.09.029
- Stobinski, J. X. (2008). Perioperative nursing competency. *AORN Journal*, 88(3), 417-436.

- Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling, 61*, 5-15. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.012
- Susleck, D., Willocks, A., Secrest, J., Norwood, B. K., Holweger, J., Davis, M., . . . Trimpey, M. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *American Society of PeriAnesthesia Nurses, 22*(1), 10-20.
- Tiusanen, T. S., Junntila, K., Leinonen, T., & Salanterä, S. (2010). The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *AORN Journal, 91*(2), 236-247.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.
- Walker, J. A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing, 16*(1), 27-32.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health, 8*(2), 94-104.
- Wildman, S., Secrest, J. A., & Keatley, V. (2008). A concept analysis of control in the perianesthesia period. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23*(6), 401-409.
- Wilson, L., Kane, H. L., & Falkenstein, K. (2008). The Importance of Measurable Outcomes. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23*(5), 345-348.
- Windle, P. E., Krenzischek, D. A., & Mamaril, M. (2007). Development and Initial Testing of the Perianesthesia Safe Practices Instrument: An ASPAN Pilot Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 22*(6), 370-384.
- Zhao, S. H., & Akkadechanunt, T. (2011). Patients' perceptions of quality nursing care in a Chinese hospital. *International Journal of Nursing and Midwifery, 3*(9), 145-149.
- Zhao, S. H., Akkadechanunt, T., & Xue, X. L. (2008). Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 1722-1728. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02315.x

Appendice A

Version française du GNCS

Good Perioperative Nursing Care Scale

(© Leinonen & Leino-Kilpi)

Echelle de qualité des soins infirmiers péri opératoires

(© Leinonen & Leino-Kilpi)

Institut universitaire de formation
et de recherche en soins - IURFS

Étude infirmière en master

Questionnaire n°

Unil
UNIL | Université de Lausanne



SVP cochez la réponse qui décrit le mieux votre situation ou votre opinion, ou écrivez votre réponse dans l'espace mis à disposition.

1 Je suis arrivé au département de chirurgie

- Tôt le matin
- Avant midi
- Dans l'après-midi
- En soirée
- La nuit

2 Mon opération / traitement était

- Electif (planifié à l'avance)
- Urgence (phase aigüe non planifiée à l'avance)

3 Mon opération / traitement a été fait

- Sous anesthésie générale (j'étais endormi)
- Sous anesthésie locale ou régionale (j'étais éveillé)
- Autre, svp spécifier _____

4 Mon âge est : _____ ans

5 J'ai complété le niveau d'étude le plus élevé

- Ecole primaire
- Ecole secondaire
- Ecole des métiers
- Ecole polytechnique
- Université

6 Je suis actuellement

- Travailleur
- Au chômage
- Etudiant
- Mère ou père à la maison
- Retraité
- Autre, svp spécifiez _____

7 Mon statut marital est

- Célibataire
- Marié ou vivant avec un conjoint
- Divorcé
- Veuf

8 Dans quelle mesure est-ce que vous vous souvenez de votre séjour en salle d'opération?

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Oui	Non	Je ne sais pas
¹	Arrivé au département de chirurgie	1	2	3
²	Le temps passé en salle d'opération	1	2	3
³	Le temps passé en salle de réveil	1	2	3
⁴	Départ de la salle de réveil	1	2	3

9 Est-ce que les personnes suivantes sont venues vous voir dans le département de chirurgie avant votre opération ?

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Oui	Non	Je ne sais pas
¹	Chirurgien	1	2	3
²	Anesthésiste	1	2	3
³	Infirmière du département de chirurgie	1	2	3

- 10 Avant que vous arriviez au département de chirurgie ou pendant que vous étiez aux urgences, dans quelle mesure aviez-vous déjà expérimenté ou aviez-vous les signes ou symptômes suivants

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Beaucoup (dans une large mesure)	Dans une certaine mesure	Pas beaucoup	Pas du tout	Ne sais pas
1	Douleurs	4	3	2	1	0
2	Nausées / Vomissements	4	3	2	1	0
3	Fièvre / Frissons	4	3	2	1	0
4	Peurs face à l'anesthésie	4	3	2	1	0
5	Peurs face à l'opération / traitement	4	3	2	1	0
6	Connaissances face à l'opération	4	3	2	1	0
7	Connaissances face à l'anesthésie	4	3	2	1	0

- 11 Durant votre séjour au département de chirurgie, dans quelle mesure avez-vous expérimenté les signes ou symptômes suivants

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Beaucoup (dans une large mesure)	Dans une certaine mesure	Pas beaucoup	Pas du tout	Ne sais pas
1	Douleurs	4	3	2	1	0
2	Nausées / Vomissements	4	3	2	1	0
3	Fièvre / Frissons	4	3	2	1	0
4	Peurs face à l'anesthésie	4	3	2	1	0
5	Peurs face à l'opération / traitement	4	3	2	1	0
6	Connaissances face à l'opération	4	3	2	1	0
7	Connaissances face à l'anesthésie	4	3	2	1	0

12 Une liste d'énoncés concernant votre traitement en salle d'opération vous est présenté ci-dessous.

Nous souhaitons que vous nous disiez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun de ces énoncés.

Si l'énoncé vous semble non approprié face à votre traitement ou si vous ne vous souvenez de rien à cet égard, SVP

sélectionnez le dernier choix, c'est-à-dire "Je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect". Autrement, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion.

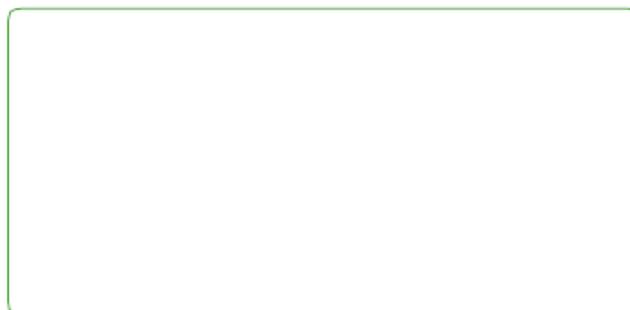
SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Tout à fait d'accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord	Complètement en désaccord	Je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect
1	Durant mon traitement en salle d'opération, j'ai reçu suffisamment de médicament contre la douleur afin de ne pas avoir mal	5	4	3	2	1	0
2	Durant mon séjour à la salle de réveil, j'ai reçu suffisamment de médicament contre la douleur afin de ne pas avoir mal	5	4	3	2	1	0
3	On m'a manipulé avec délicatesse, sans engendrer de douleur pour moi	5	4	3	2	1	0
4	J'ai été placé dans une position confortable sur la table d'opération (les supports ne faisaient aucune pression sur aucune partie de mon corps et ma position ne m'occasionnait aucune douleur ou engourdissement)	5	4	3	2	1	0
5	Durant la procédure en salle d'opération, la température de mon corps a été bien maintenue (par exemple en utilisant des couvertures chaudes ou en rehaussant la température ambiante)	5	4	3	2	1	0
6	A la salle de réveil, après l'opération, la température de mon corps a été bien maintenue	5	4	3	2	1	0

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Tout à fait d'accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord	Complètement en désaccord	Je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect
7	Je pense que mon anesthésie (anesthésie générale ou régionale) a été bien réussie	5	4	3	2	1	0
	Si vous êtes en désaccord avec cet énoncé, SVP expliquez ici quel type de problème vous avez vécu en ce qui concerne l'anesthésie						
8	Je pense que mon opération / traitement a été bien fait	5	4	3	2	1	0
	Si vous êtes en désaccord avec cet énoncé, SVP expliquez ici quel type de problème vous avez vécu en ce qui concerne l'anesthésie						
9	Le personnel du département de chirurgie et de salle d'opération était professionnel	5	4	3	2	1	0
10	Le personnel a été très attentif et méticuleux dans les tâches accomplies pour mon traitement	5	4	3	2	1	0
11	En salle d'opération, je recevais constamment des informations sur ce qui se passait pour moi (ex.: on me disait ce qui était fait et pourquoi)	5	4	3	2	1	0
12	A la salle de réveil, je recevais constamment des informations sur ce qui se passait pour moi	5	4	3	2	1	0
13	En salle d'opération, je recevais des informations claires et détaillées sur mon traitement (sans aucun jargon médical)	5	4	3	2	1	0

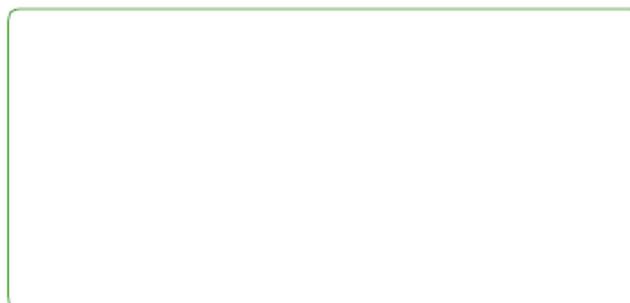
SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Tout à fait d'accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord	Complètement en désaccord	Je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect
14	Les infirmières du département de chirurgie et de salle d'opération m'ont donné suffisamment d'informations à propos des sujets qui étaient reliés à mes soins	5	4	3	2	1	0
15	Le chirurgien m'a donné suffisamment d'informations à propos des sujets qui étaient reliés à mon opération	5	4	3	2	1	0
16	L'anesthésiste m'a donné suffisamment d'informations à propos des sujets qui étaient reliés à mon anesthésie générale ou régionale	5	4	3	2	1	0
17	Au bloc opératoire j'ai pu influencer mon traitement en disant ce que je pensais et ce que je désirais	5	4	3	2	1	0
18	On m'a donné la chance d'écouter de la musique si je voulais	5	4	3	2	1	0
19	J'étais encouragé et supporté mentalement	5	4	3	2	1	0
20	Si j'étais anxieux, cela était pris en considération par exemple par le biais d'une médication sédatrice ou d'une discussion	5	4	3	2	1	0
21	J'ai été traité avec respect et attention	5	4	3	2	1	0
22	Je n'ai pas été mis dans des situations embarrassantes ou ennuyantes pour moi	5	4	3	2	1	0
23	Je n'ai pas senti que mes soins étaient impersonnels ou qu'ils étaient prodigués comme des services à la chaîne	5	4	3	2	1	0

SVP encerclez la réponse qui vous convient le mieux		Tout à fait d'accord	En accord	Ni en accord, ni en désaccord	En désaccord	Complètement en désaccord	Je ne suis pas capable d'évaluer cet aspect
24	Le personnel du bloc opératoire était amical	5	4	3	2	1	0
25	Le personnel travaille bien en équipe	5	4	3	2	1	0
26	Le personnel avait un bon sens de l'humour	5	4	3	2	1	0
27	Le personnel a été poli et agréable dans son comportement	5	4	3	2	1	0
28	Le personnel avait suffisamment de temps pour moi	5	4	3	2	1	0
29	Au bloc opératoire, l'atmosphère était calme et le personnel n'était pas pressé	5	4	3	2	1	0
30	Au bloc opératoire, l'atmosphère était calme et relaxe	5	4	3	2	1	0
31	La salle de réveil était un endroit paisible pour se remettre de l'opération	5	4	3	2	1	0
32	Je me suis senti en sécurité au bloc opératoire	5	4	3	2	1	0
33	Je n'ai pas senti que j'ai du attendre trop longtemps (au département de chirurgie général ou aux urgences) pour être admis en salle d'opération	5	4	3	2	1	0
34	Je n'ai pas trouvé que j'ai été transféré trop tôt de la salle de réveil à l'étage d'hospitalisation	5	4	3	2	1	0

- 13 EN CONCLUSION SVP décrire brièvement la meilleure chose de votre séjour au département, au bloc opératoire ou à la salle de réveil ?

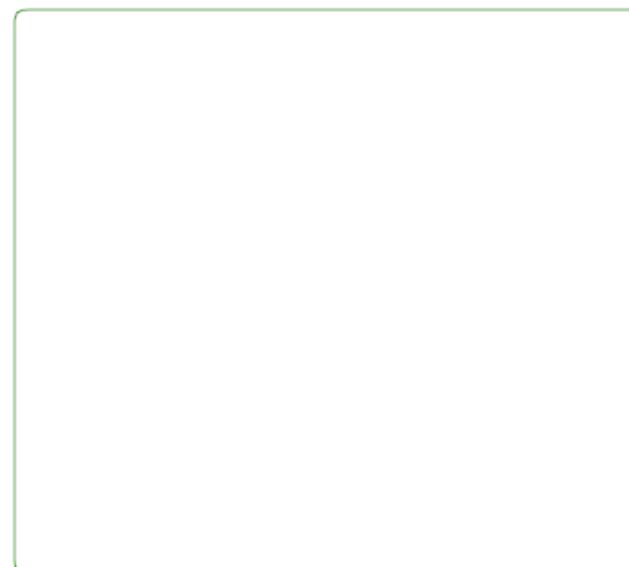


- 14 EN CONCLUSION SVP décrire brièvement la pire chose de votre séjour au département, au bloc opératoire ou à la salle de réveil ?



- 15 Si vous avez toute autre idée ou suggestion concernant le développement des soins péri opératoires, SVP écrivez ces commentaires dans l'espace ci-après; si nécessaire, continuez au verso de cette feuille.

Le personnel du département vous remercie de toute observation ou suggestion. Nous espérons être capables d'utiliser vos commentaires ou suggestions afin de maintenir et d'améliorer les standards de soins que nous offrons afin de vous offrir les meilleurs traitements possibles.



Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions

Leila Guesmia

Appendice B

Données sociodémographiques et cliniques

Grille de retrait des données médicales

Date :

Etiquette du patient :

Questionnaire numéro:

<u>Genre</u> : 0 = femme 1 = homme	
<u>Age</u> :	
<u>Score ASA</u> : 1 2 3	
<u>Service d'hébergement de chirurgie</u> : 0 = chirurgie viscérale 1 = chirurgie thoracique et vasculaire	
<u>Type d'anesthésie</u> : 0 = anesthésie générale 1 = anesthésie locorégionale 2 = anesthésie combinée (AG + Locorég.)	

Appendice C

Feuillet d'informations pour les patients

Information aux patients

TITRE DE L'ETUDE : Etude descriptive sur la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins péri opératoire dans un hôpital universitaire.

Etude réalisée par : Lella Guesmia, infirmière anesthésiste, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à Lausanne sous la direction de Prof Diane Morin, directrice de l'Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS).

Madame, Monsieur,

Le titre de l'étude signifie qu'elle vise à décrire la perception de satisfaction des patients lors d'une opération électorale (programmée) accompagnée d'une anesthésie générale ou régionale.

Votre participation à l'étude consiste en une seule rencontre. Ainsi, si vous acceptez, un rendez-vous sera fixé avec vous. Lors de cette rencontre un questionnaire portant sur votre perception de satisfaction lors de votre expérience en soins lors de votre chirurgie (avant, pendant et après) sera donné et rempli par vos soins. Le questionnaire prend environ 20 minutes. L'entretien se déroulera idéalement à votre étage d'hospitalisation dans l'unité de Chirurgie situé au 15ème étage du CHUV.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de ma formation à la maîtrise universitaire en sciences infirmières à Lausanne. Le protocole de cette étude a d'ailleurs reçu l'avis positif de la Commission d'éthique de la recherche du canton de Vaud en date du 11/09/2012.

Votre participation à cette étude est volontaire. Renoncer à y prendre part n'aura aucune incidence sur votre suivi ultérieur par l'équipe d'anesthésie et de chirurgie. Le même principe s'applique en cas de révocation de votre consentement initial. Vous pouvez donc renoncer en tout temps à votre participation. Vous n'êtes pas tenu de justifier la révocation ou le désistement de votre consentement. En cas de révocation, les données recueillies jusqu'alors continueront toutefois à être utilisées.

En acceptant de participer, vous me permettez d'avoir accès à votre dossier médical afin de prendre note de votre type de maladie, de chirurgie et du type d'anesthésie dont vous avez bénéficié.

Il n'y a pour vous pas d'avantage direct à participer à cette étude sinon que d'avoir :

- Partagé votre expérience vécue tout au long de votre séjour au bloc opératoire.
- Contribué à faire évoluer les connaissances scientifiques dans la prise en charge globale des patients qui ont une anesthésie générale ou régionale, et qui bénéficie d'une chirurgie électorale.
- Indirectement contribué à permettre d'améliorer la qualité des soins pour les personnes qui vivent une expérience au bloc opératoire, semblable à la vôtre.



Les risques et désagréments de participer à l'étude sont de :

- Se remémorer des périodes que vous considérez peut-être difficiles et douloureuses,
- De parler de votre expérience personnelle et privée.

Des données personnelles vous concernant sont recueillies pendant l'étude. Elles sont toutefois rendues anonymes et ne sont accessibles qu'à des spécialistes à des fins d'analyse scientifique. Le questionnaire que vous remplirez sera anonyme et les résultats concernant votre satisfaction globale de cette expérience seront conservés durant une période de dix ans.

Les spécialistes universitaires en contrôle de recherche peuvent, dans le cadre de ce que l'on appelle un monitoring ou un audit, contrôler la procédure de réalisation de l'étude. A ce titre, ils peuvent être amenés, tout comme les membres des autorités compétentes procédant à des inspections, à consulter les données brutes vous concernant. De la même manière, la Commission d'éthique compétente pourra consulter les données brutes. Reste que leur confidentialité est strictement garantie pendant toute la durée de l'étude et lors des contrôles précités. Votre nom ne pourra donc en aucun cas être publié dans des rapports ou des publications qui découleraient de cette étude.

La participation à cette étude ne donne droit à aucune rétribution.

En cas d'incertitude ou d'événement inattendu ou indésirable survenant pendant ou après l'entretien, vous pouvez vous adresser durant les jours ouvrables au service de Chirurgie et d'Anesthésiologie du CHUV.

Je demeure à votre disposition pour toutes questions. Veuillez agréer, Madame, Monsieur mes plus cordiales salutations.



L'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) est issu d'un partenariat entre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'Université de Lausanne, l'Université de Genève, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), la Fondation La Source et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).

Appendice D

Poster affiché pour les patients

Le Service de Chirurgie Thoracique et Vasculaire et le Service de Chirurgie Viscérale accueillent une étude infirmière sur :

« la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins durant la période péri opératoire »

Si vous devez bénéficier d'une intervention chirurgicale avec hospitalisation au 15ème étage du CHUV, vous serez invité à participer à cette étude qui se déroulera en automne 2012.

L'infirmière anesthésiste qui s'occupe de cette étude viendra vous voir si vous remplissez les critères requis. Vous n'aurez qu'un questionnaire de 20 minutes à remplir. Cela sera utile pour faire avancer les connaissances en sciences infirmières et la qualité des soins au CHUV.

Cette étude est faite par Leila Guesmia dans le cadre du Master en sciences infirmières de l'institut universitaire de formation et de recherche en soins, à l'Université de Lausanne et à la HES-SO.

Merci d'avance de votre collaboration !

Institut universitaire de formation
et de recherche en soins - IURPS

**Étude
infirmière
en master**



Pour plus d'informations
Mme Leila Guesmia
079 004 43 40
Leila.Guesmia@unil.ch



Appendice E

Consentement éclairé pour les patients



Institut universitaire de formation
et recherche en soins
Dernier étage
RUE César-ROUX 17
1000 Lausanne



**CONSENTEMENT ECLAIRE ECRIT DU PATIENT POUR LA PARTICIPATION A
UNE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions si certains aspects vous semblent peu clairs ou si vous souhaitez obtenir des précisions.

Titre de l'étude:	Etude descriptive sur la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins péri opératoires dans un hôpital universitaire
Lieu de réalisation	CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois)
Infirmière investigatrice Nom et prénom :	Mme Guemina Lella Sous la direction de Professeure Diane Morin Directrice Institut universitaire de formation et de recherche en soins

Participant(e) volontaire

Nom et prénom :

Date de naissance :
JJMMAAAA

Homme Femme

- Je déclare avoir été informé(e), oralement et par écrit, par l'infirmière signataire des objectifs et du déroulement de l'étude, des avantages et des inconvénients possibles ainsi que des risques éventuels.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite aux patients qui m'a été remise sur l'étude précitée, datée du : J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette étude. Je conserve l'information écrite aux patients et reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- Cette étude est couverte par le fond du CHUV.
-

L'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFROS) est issu d'un partenariat entre le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'Université de Lausanne, l'Université de Genève, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), la Fondation Le Bonheur et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASII)





- Je sais que mes données personnelles ne seront transmises que sous une forme anonyme à des institutions externes à des fins de recherche. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter mes données brutes, afin de procéder à des examens et à des contrôles, à condition toutefois que leur confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette étude. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette étude, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit dans mon suivi médical et infirmier ultérieur.
- Je suis conscient(e) du fait que les exigences et les restrictions mentionnées dans l'information aux patients devront être respectées pendant la durée de l'étude. L'infirmière investigatrice peut m'exclure à tout moment de l'étude dans l'intérêt de ma santé. De mon côté, je m'engage à informer l'infirmière-investigatrice de tout changement de décision concernant l'acceptation de participer à cette étude.

Lieu, date	Signature du participant ou de la participante volontaire
------------	-----------------------------------------------------------

Attestation de l'infirmière-investigatrice: J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce/cette patient(e) la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude descriptive. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement du/de la patient(e) à participer à l'étude, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'infirmière-investigatrice
------------	------------------------------------------

Appendice F

Avis de la commission d'éthique de la recherche sur l'être humain



AGER / UER

Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche
Communauté de travail des Commissions d'éthique de la recherche en Suisse

Commission cantonale d'éthique
de la recherche sur l'être humain
Ch. des Falaises 1, 1005 Lausanne

ADRESSE POSTALE:
Case postale 15, 1011 Lausanne

Prof. R. Darloli
Président

Secrétariat
Tél. 021 314 5598/5601/9622
Fax 021 314 76 01
E-mail: secretariat@cevd.unil.ch

Sous-Commission III
Président Prof. F. Stiefel
Tél. 021 314.02.34
E-mail: la.yammacigno@chuv.ch

COPIE

Professeure
Diane Morin, inf., Ph.D
Directrice de l'IUFRS
Rte de la Corniche 10
1010 Lausanne

Lausanne, le 11 septembre 2012
FS/iv

Avis de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain

Madame,

Après réception des réponses à nos questions du 20 août 2012, ainsi que des documents révisés et désignés ci-après, la CE vous fait part de son avis :

Protocole 288/2012: Description de la perception des patients sur la qualité de la prise en charge globale des soins durant la période péri-opératoire dans un hôpital universitaire – Travail de Master de Mme Lella Guesmia

Investigateur(trice) responsable:

Investigateur: Prof. Diane Morin, inf., Ph.D, Directrice de l'IUFRS, Rte de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Documents reçus le 3 et le 6 septembre 2012:

1. Lettre datée du 3 septembre 2012
2. Lettre datée du 6 septembre 2012
3. Protocole de recherche en français, version modifiée du 3 septembre 2012
4. Feuille d'information aux patients, version modifiée du 3 septembre 2012
5. Consentement éclairé écrit, version modifiée du 3 septembre 2012

Copie : Mme Lella Guesmia, inf. MSc candidate, IUFRS (bureau 151), Rte de la Corniche 10, 1010 Lausanne

N° de réf. de la CER-VD 289/12 – Prof. Diane Morin

Type de procédure:

- procédure ordinaire ré-évaluation procédure ordinaire CED
 procédure simplifiée Avis présidentiel Avis présidentiel CEL

La Commission arrête l'avis suivant:

positif¹

avis conditionnel² (conditions à remplir avant approbation)

- Les documents révisés seront réévalués en procédure ordinaire (nombre de copies: 13)
 Révision des documents et information écrite à la Commission d'éthique (nombre de copies: 1)

Entretien avec la Commission

négatif³ (motivé)

avis justifié de ne pas entrer en matière⁴

.....
signifie

¹ L'étude peut être soumise aux autorités fédérales compétentes (Swissmedic / CFSP / CFEFP) pour notification. L'étude peut être entreprise (s'il s'agit d'une étude non régie par la Loi sur les produits thérapeutiques, la Loi sur la transplantation, la Loi relative à la recherche sur les cellules souches ou l'Ordonnance sur la radioprotection).

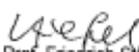
² Les documents concernés doivent être révisés avant soumission à la Commission d'éthique. L'étude ne peut ni débiter ni être notifiée avant d'avoir obtenu l'avis positif de la Commission d'éthique.

³ Dans sa forme actuelle, l'étude ne peut pas être mise en route.

⁴ La CE n'est également pas compétente pour évaluer cette étude. Soit une autre CE est habilitée à l'évaluer, soit l'étude ne nécessite pas d'approbation par une CE.

Remarques :

- La CE atteste qu'elle accomplit son travail conformément aux recommandations ICH-GCP
- Veuillez SVP surigner les modifications apportées au document.
- Conformément à l'art. 21 de l'Ordonnance sur les essais cliniques de produits thérapeutiques (OClin) et à l'art. 11 du Règlement de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain, veuillez SVP retourner à la CE le rapport intermédiaire une fois par année puis le rapport final (cf pages 3-4).
- Droit de recours dans le cadre de la Commission d'éthique.
- L'avis s'applique également aux autres investigateurs(trices) mentionné(e)s dans la demande d'évaluation qui travaillent dans des sites de recherche relevant du champ de compétence de la CE (doivent figurer sur une liste séparée).


 Prof. Friedrich Stiefel
 Président de la Sous-Commission III