

Insatisfaction des patients opérés sous rachianesthésie : étude du vécu des patients pris en charge au CHU de Yopougon (Côte d'Ivoire)

Dissatisfaction of patients operated under spinal anesthesia: study of the life of patients cared for at Yopougon CHU (Côte d'Ivoire)

N'Guessan YF¹, Kouamé KI², Mobio MP³, Bouh KJ², Coulibaly KT³, Konan KJ², Soro L²

1. CHU d'Angré
2. CHU de Yopougon
3. CHU de Cocody

Auteur correspondant : Kouamé Koffi Isidore ; kouamedocinterne@gmail.com

Résumé

Objectif : Evaluer la satisfaction des patients des patients opérés sous rachianesthésie et identifier ses déterminants.

Méthodologie : Nous avons mené une étude prospective analytique dans les salles d'hospitalisation des services de gynécologie-obstétrique, de chirurgie générale et de traumatologie du CHU de Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire) sur une période de 5 mois allant de février à juin 2019

Résultat : Au terme de l'étude, 156 patients ont été retenus. L'âge moyen était de $38,89 \pm 14,28$ ans avec des extrêmes de 19 ans et 72 ans et un sex-ratio de 0,8. Les sans-emplois représentaient 20,41% de l'effectif. Les types d'intervention étaient dominés par les césariennes avec 53,21% des patients. Tous nos patients avaient bénéficié d'une consultation pré anesthésique qui était réalisé par un médecin anesthésiste cependant 44,23% étaient non-satisfaits du fait de l'anxiété. Au cours de l'intervention les nausées et vomissements étaient les principales sources d'inconfort chez 25% des patients. La soif, la faim et les douleurs ont été les désagréments les plus rencontrés en SSPI par respectivement ; 40,38% ; 42,31% et 36,52%. Les déterminants de l'insatisfaction étaient l'âge supérieur à 45 ans, le sexe féminin des patients. L'ostéosynthèse du fémur et l'ostéotomie du plateau tibial étaient associés de façon significative à une réduction de l'insatisfaction.

Conclusion : Plusieurs causes d'insatisfaction demeurent au cours de la rachianesthésie. Leur prise en charge permettrait d'améliorer le confort de nos patients, donc la qualité de soins.

Mots clés : satisfaction, rachianesthésie, confort peropératoire

Summary

Objective: To assess patient satisfaction of patients operated on under spinal anesthesia and identify its determinants.

Methodology: We carried out a prospective analytical study in the hospital wards of the gynecology-obstetrics, general surgery and traumatology departments of the Yopougon University Hospital in Abidjan (Côte d'Ivoire) over a period of 5 months from February to June 2019

Result: At the end of the study, 156 patients were selected. The mean age was 38.89 ± 14.28 years with extremes of 19 years and 72 years and a sex ratio of 0.8. The unemployed represented 20.41% of the workforce. The types of intervention were dominated by cesarean sections with 53.21% of patients. All of our patients had benefited from a pre-anesthetic consultation which was carried out by an anesthetist, however 44.23% were dissatisfied because of the anxiety. During the procedure, nausea and vomiting were the main sources of discomfort in 25% of patients. Thirst, hunger and pain were the most annoyances encountered in PTSD by respectively; 40.38%; 42.31% and 36.52%. The determinants of dissatisfaction were the age of over 45 years, the female sex of the patients. Osteosynthesis of the femur and osteotomy of the tibial plateau were significantly associated with reduced dissatisfaction.

Conclusion: Several causes of dissatisfaction remain during spinal anesthesia. Their care would improve the comfort of our patients, and therefore the quality of care.

Keywords: satisfaction, spinal anesthesia, intraoperative comfort

Introduction

La satisfaction se définit comme la réaction aux faits marquants de son expérience du service rendu. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une appréciation cognitive et une réaction émotionnelle aux structures, procédures et résultats du service. [1] La mesure de la satisfaction des patients prend une place de plus en plus importante dans l'évaluation de la qualité des soins. Elle se définit comme l'évaluation de la réponse affective des patients aux différents aspects de soins qui leur ont été administrés. [2]

Dans d'autres spécialités, la satisfaction peut être influencée par une multitude de facteurs tels que la communication avec l'équipe soignante, l'environnement des soins, la performance technique de l'opérateur, l'efficacité du traitement prescrit, les facteurs personnels liés aux patients, la continuité des soins prodigués ainsi que les complications liées aux gestes techniques réalisés [3].

La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ces multiples dimensions. De nombreuses études ont été menées quant à l'évaluation de la satisfaction des patients dans différents types d'anesthésie (anesthésie générale et anesthésie locorégionale par bloc tronculaire). Nous disposons de peu de données en Afrique en générale et en Côte d'Ivoire particulièrement quant à la satisfaction des malades opérés sous rachianesthésie. L'objectif était d'évaluer la satisfaction des patients des patients opérés sous rachianesthésie et identifier ses déterminants.

Méthodologie

Nous avons mené une étude prospective analytique dans les salles d'hospitalisation des services de gynécologie-obstétrique, de chirurgie générale et de traumatologie du CHU de Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire).

Notre étude s'étendait sur une période de 5 mois allant de février à juin 2019. Avec une sélection systématique de tous les patients opérés sous rachianesthésie dans les services de gynécologie, de chirurgie générale et de traumatologie du CHU de Yopougon. Nous avons inclus les patients qui ont effectué une intervention chirurgicale sous rachianesthésie au CHU de Yopougon durant la période d'étude. Nous avons exclu les patients dont l'âge est inférieur à 18 ans ou qui ont refusé de participer à l'étude. Ont été exclu les patients qui ont bénéficié d'une sédation en peropératoire. Nous avons étudié les aspects sociodémographiques (âge, sexe et profession), le type d'intervention chirurgicale pratiquée, la satisfaction au cours de la consultation préanesthésique (CPA), les conditions d'attente avant l'entrée au bloc opératoire, les causes

d'insatisfaction en peropératoire et les causes d'insatisfaction en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI).

La profession des patients a été libellé en cinq items : sans-emploi, étudiant, ouvriers et assimilés (patients ayant une activité profession dont le revenu mensuel est inférieur à 150.000 Frs CFA. Dans cette catégorie, nous avons inclus les planteurs, les paysans, les artisans, les mécaniciens etc...), cadre moyen (patients dont le revenu mensuel estimé est compris entre 150.000 Frs CFA et 400.000 Frs CFA) et cadre supérieur (patients dont le revenu mensuel estimé est supérieur à 400.000 Frs CFA)

Nous avons collecté les données au moyen d'un questionnaire standardisé rédigé à partir d'une compilation de plusieurs questionnaires de satisfaction [4,5]. Le recueil des questionnaires nécessitait un enquêteur pour aider au remplissage. Considérations éthiques : un consentement orale préalable de tous les patients pour la participation à l'étude est demandé, après une explication détaillée de l'intérêt de l'étude, de la confidentialité des données et de l'anonymat. L'enquêteur ne faisant pas parti de l'équipe soignante. Le critère de jugement était constitué par l'indice d'insatisfaction. Il a été obtenu par la somme des différents items de satisfaction. L'insatisfaction à un item était cotée 1 et la satisfaction cotée 0. Les données ont été présentées en étude descriptive puis en étude analytique. L'étude descriptive a consisté à présenter la distribution des différents paramètres étudiés. L'étude analytique a été faite par le biais d'un modèle de régression linéaire. Le risque a été présenté en coefficient (Coe) avec un intervalle de confiance (IC 95%). Le seuil de significativité alpha a été fixé à 5%. Les données ont été saisies et analysé à l'aide des logiciels Microsoft Word et Excel 2019 et le logiciels Stata 14.2.

Résultats

Au terme de l'étude, 156 patients ont été retenus.

Aspects sociodémographiques

L'âge moyen était de $38,89 \pm 14,28$ ans avec des extrêmes de 19 ans et 72 ans et un sex-ratio de 0,8. Les sans-emplois représentaient 20,41% de l'effectif. Les étudiants, les ouvriers et assimilés, les cadres moyens et les cadres supérieurs représentaient respectivement 8,33%, 46,15%, 14,10% et 10,90%.

Type d'intervention

Les types d'intervention étaient dominés par les césarienne avec 53,21% des patients (**tableau I**).

Etude de l'insatisfaction

L'angoisse a été observé chez 44,23% des patients au cours de la consultation préanesthésique, chez 46,79% des patients avant l'entrée au bloc opératoire et chez 35,90% des patients durant l'intervention. Les autres motifs d'insatisfaction sont présentés dans le **tableau II**.

L'indice d'insatisfaction avait une moyenne de $6,57 \pm 3,12$, une médiane de 5, un intervalle interquartile allant de 4 à 10 et des extrêmes de 1 et 13.

En étude bivariable, l'indice d'insatisfaction était significativement associé à l'âge, au sexe et au type

d'intervention. En analyse multivariée, les facteurs qui augmentaient indépendamment l'indice d'insatisfaction étaient l'âge supérieur à 30 ans, le sexe féminin, l'ostéosynthèse de la jambe et l'ostéosynthèse du fémur (**tableau III**).

Tableau I : Répartition des patients selon le type d'intervention

Type d'intervention	Effectif	Pourcentage
Césarienne	83	53,21
Ostéosynthèse de la jambe	24	15,38
Amputation	12	7,69
Ostéotomie du plateau tibial	7	4,49
Hernie inguinale	6	3,85
Ostéosynthèse du fémur	6	3,85
Parage de membre inférieur	6	3,85
Myomectomie	6	3,85
Séquestrectomie	6	3,85
Total	156	100

Tableau II : Répartition des patients selon leurs motifs d'insatisfaction

Motifs d'insatisfaction	Effectif	Pourcentage
CPA		
Angoisse	69	44,23
Attente au bloc opératoire		
Temp d'attente	69	44,23
Installation	40	25,64
Froid	58	37,18
Douleur	50	32,05
Angoisse	73	46,79
Respect de l'intimité	18	11,54
Bruit	6	3,85
Anesthésie		
Conditions d'anesthésie	50	32,05
Condition d'intervention		
Installation	22	14,10
Nausées / vomissements	39	25,00
Douleur	35	22,44
Angoisse	56	35,90
Respect de l'intimité	3	1,92
Perfusion	31	19,87
Bruit	20	12,82
Condition en postopératoire		
Soif	63	40,38
Faïm	66	42,31
Nausées / vomissements	35	22,44
Douleur	57	36,54
Envie d'uriner	37	23,72
Froid	41	26,28
Chaud	34	21,79
Installation	19	12,18
Bruit	20	12,82

Tableau III : Analyse de l'insatisfaction

Variable indépendantes (moy Sd)	Analyse bivariée				Analyse multivariée			
	Coef	IC		P	Coef	IC		P
Age (ans)								
<30 (8,08 2,99)	Réf				Réf			
30-44 (5,31 2,90)	-2,77	-3,84	-1,69	<0,001	-2,70	-3,71	-1,70	<0,001
45-59 (7,22 1,06)	-0,86	-2,43	0,72	0,284	2,56	0,14	4,98	0,038
>=60 (6,43 3,67)	-1,65	-3,14	-0,16	0,030	4,99	0,70	9,27	0,022
Sexe								
Masculin (5,77 2,44)	Réf				Réf			
Féminin (7,21 3,45)	1,44	0,47	2,41	0,004	5,06	2,64	7,48	<0,001
Type d'intervention								
Amputation (6,67 0,78)	Réf				Réf			
Césarienne (6,97 3,44)	0,31	-1,41	2,03	0,722	-0,59	-3,75	2,57	0,712
Ostéotomie du plateau tibial (3 1)	-3,67	-6,32	-1,02	0,007	-6,09	-11,03	-1,15	0,016
Hernie inguinale (5 0)	-1,67	-4,45	1,12	0,239	-4,09	-9,09	0,90	0,108
Ostéosynthèse de jambe (7 2,83)	0,33	-1,64	2,30	0,739	1,67	-0,70	4,03	0,166
Ostéosynthèse de fémur (5 0)	-1,67	-4,45	1,12	0,239	3,60	0,21	6,99	0,037
Parage mbre inférieur (3,33 0,52)	-3,33	-6,12	-0,55	0,019	1,93	-1,45	5,32	0,261
Myomectomie (11,17 0,41)	4,50	1,71	7,29	0,002	2,07	-2,92	7,07	0,413
Séquestrectomie (5 0)	-1,67	-4,45	1,12	0,239	0,90	-2,49	4,28	0,601

Discussion

L'effectif des patients retenu à la fin de notre recrutement était de 156 patients sélectionnés de façon aléatoire dans les services de gynécologie, de traumatologie et de Chirurgie générale dans le post opératoire.

Limites de l'étude

Cette étude est une enquête de satisfaction. Elle pourrait être influencée par plusieurs facteurs liés au patient ou au service. Les facteurs extrinsèques à notre service étaient l'hôtellerie, la programmation. Les facteurs liés au patient étaient le ressenti, l'humeur, le diagnostic et les préférences. Ces facteurs sont dépendants de la satisfaction. D'autre part, la satisfaction des soins est également fortement impactée par les relations entre le patient et le personnel soignant [6]. Naidu a également montré que les conditions d'admission du patient dans un service hospitalier et l'hôtellerie impactait significativement l'appréciation de la qualité des soins. Le coût des soins a également été identifié comme facteur influençant la satisfaction du client. Ces aspects de la satisfaction des patients n'ont pas été pris en compte dans notre étude [6].

Aspects sociodémographiques

Age

Notre population d'étude était majoritairement jeune avec une moyenne d'âge $38,89 \pm 14,28$ ans et des extrêmes de 19 à 72 ans. Lagant et al ont également enregistré des résultats proches des nôtres avec un âge moyen de 45 ± 11 ans [7].

Sexe

Nous avons observé 69 hommes et 87 femmes soit un sex-ratio de 0,8. Notre résultat est similaire à celui de Lagant et al qui ont enregistré un sex-ratio de 0,31 [7]. La prédominance féminine était le fait de l'échantillonnage qui était majoritairement réalisé en Gynécologie ou la rachianesthésie était la

technique anesthésique la plus pratiquée lors des césariennes qui représente l'intervention la plus pratiquée [8].

Insatisfaction des patients et facteurs associés

CPA et conditions d'attente au bloc opératoire

Tous nos patients avaient bénéficié d'une consultation pré anesthésique qui était réalisée par un médecin anesthésiste cependant 44,23% étaient non-satisfaits du fait de l'angoisse. L'angoisse préopératoire était la première source d'insatisfaction. Ces résultats pourraient être imputables au manque de communication entre le médecin anesthésiste et le patient. En effet, la qualité des informations reçues par le patient lors de la consultation pré anesthésique, associée à la prise en compte de son avis dans la prise en charge améliore considérablement la satisfaction [9]. L'éventualité d'une intervention chirurgicale suscite différentes réactions qui dépendent notamment de la nature des motifs chirurgicaux, de l'âge et de l'expérience chirurgicale et anesthésique préalable. Le concept d'anxiété préopératoire désigne une forme de malaise physique et psychologique dont les manifestations et l'intensité sont variables, et qui peut avoir un impact important sur les suites médicales et psychologiques de l'intervention [10]. L'anxiété préopératoire peut favoriser le développement de complications postopératoires diverses, ainsi que de troubles comportementaux et émotionnels. Pour prévenir cette anxiété, outre la consultation préanesthésique, des stratégies de prévention ont été élaborées chez l'enfant et l'adulte. En plus de l'approche pharmacologique (anxiolytiques et autres prémédications), il existe une multitude d'approches psychologiques (programme de préparation psychologique, hypnose, musicothérapie, « clown-thérapie » ...). Enfin, la présence des parents lors de l'induction

anesthésique est une approche innovante à l'origine de controverses entre les professionnels [10].

Sources d'insatisfaction en peropératoire

Au cours de cette période, nous avons observé une persistance de l'anxiété chez la majorité des patients. Cette anxiété qui a débuté depuis la consultation préanesthésique chez certains patients vas soit persister ou s'accroître en période peropératoire du fait de l'absence de mesures entreprises pour y remédier. Chez d'autres patients initialement non anxieux, l'anxiété va naître à la vue du matériel de chirurgie ou du fait que, dans l'imaginaire populaire, le bloc opératoire est associé à la mort, la douleur, la mutilation. Cette anxiété est citée dans de nombreuses études comme étant un facteur d'insatisfaction d'où l'existence de protocole pré, per et post opératoire de sa prise en charge [10]. Il existe des protocoles de sédation légère peropératoire des patients, qui ont un grand rôle anxiolytique. Ce sont entre autres le Diazepam 10 mg dans 250 cc de SGI à faire passer lentement tout au long de l'intervention car il est établi que les benzodiazépines par leurs effets permettent de réduire l'anxiété chez l'enfant et l'adulte. D'autre protocole existe, tel que : midazolam 1-2 mg en ivd, alfentanil 0,5-1 mg [11,12]

Les nausées et vomissements sont des effets sympathiques fréquents dans les rachianesthésies [13]. Ils sont très inconfortables et leur survenu en peropératoire des rachianesthésies est en rapport avec la chute brutale de la tension artérielle. Dans notre étude, ils ont été observés chez 25% des patients. Ils sont prévenus par un remplissage adéquat et une injection lente, ou par titration de la Bupivacaïne évitant une chute brutale de la tension artérielle. Certains auteurs prônent l'avantage de la rachianesthésie continue dans la prévention des instabilités hémodynamique survenant au décours des rachianesthésies. Cependant elle reste une technique peu pratiquée dans notre pays [14]. Notre protocole de prise en charge de l'hypotension artérielle au cours de la rachianesthésie est basé sur l'administration d'éphédrine (5 à 10 mg en bolus), la phényl éphédrine (bolus de 50 à 200 µg) [15]

Sources d'insatisfaction en SSPI

La faim et la soif étaient les principales causes d'inconfort. La soif est une gêne souvent décrite par les patients en post opératoire [16]. Avant une intervention chirurgicale, un jeûne doit être respecté afin de diminuer le risque de vomissements et d'inhalation bronchique du contenu gastrique. Ce jeûne est de 6 h pour les solides et de 2 h pour les liquides clairs, en l'absence de contre-indications. En post opératoire, il n'existe actuellement que quelques recommandations en France concernant l'autorisation de l'alimentation ou l'hydratation [16]. L'autorisation de la consommation de boissons précède généralement celle de aliments. Ce délai de

consommation de boisson est prolongé quand le patient a été intubé [16].

La soif étant la traduction d'un mauvais état d'hydratation, elle est prise en charge en postopératoire immédiat par un remplissage à l'aide de sérum physiologique [16].

Une douleur a été ressentie en SSPI par 36,54% des patients. L'analgésie post opératoire sous rachianesthésie est prolongée par l'adjonction de morphine comme adjuvant à la dose de 0,1 à 0,3mg procure une analgésie pouvant aller jusqu'à 48 heures en post opératoire c'est donc un moyen antalgique post opératoire efficace. En cas d'utilisation de bupivacaïne sans adjuvant, débiter l'analgésie tôt tout en gardant à l'idée la durée du bloc sensitif qui va durer 2 à 4 heures, il convient donc dans ce cas de faire une analgésie multimodale ou balancée qui devra débiter tôt, soit 2 heures environ après le début de l'induction par l'administration de 5mg de morphine en sous-cutané puis du paracétamol associé à des anti-inflammatoires stéroïdiens en intraveineuse à la levée du bloc moteur [17,18].

Les nausées et les vomissements constituaient la troisième cause d'insatisfaction (22,44%). Il faut distinguer les nausées et vomissement post opératoire des vomissements peropératoires lors des rachianesthésies qui diffèrent sur le plan physiopathologique. Une étude de 2008 révélait que les principales sources d'insatisfaction après une chirurgie ambulatoire étaient la douleur et les NVPO, l'incidence des NVPO étant d'environ 30% [19]. Dans notre étude, l'incidence était plus faible. Ce taux est en accord avec la littérature qui stipule que l'anesthésie loco régionale tendent à diminuer l'incidence des NVPO. Les NVPO sont le résultat de plusieurs facteurs liés à l'anesthésie, à la chirurgie et au patient. Le score d'Apfel et la présence ou non d'une prévention NVPO n'ont pas été recherchés dans cette étude. Il serait intéressant de connaître ces éléments afin de déterminer si les patients présentaient peu de facteurs de risque ou s'il existait un dépistage efficace des personnes à risque et une mise en place optimale d'une prévention.

Par ailleurs, les nausées et vomissements postopératoires peuvent être prévenus en préopératoire selon leur risque de survenu par du dexaméthasone 8mg en intraveineuse directe ou de l'ondansetron 4mg en intraveineuse direct chez l'adulte [20].

Insatisfaction et facteurs associés

L'âge était indépendamment associé à l'insatisfaction. Un âge compris entre 30 et 44 ans était associé à une meilleure satisfaction, pendant que les groupes d'âge de plus de 45 ans étaient associés à une plus grande insatisfaction. Cette tendance pourrait être due à une plus grande prédisposition à l'anxiété avec l'âge.

En effet, chez l'adulte, la prévalence de l'anxiété préopératoire varierait entre 60% et 80% [21]. L'indice d'insatisfaction était indépendamment associé au sexe féminin avec un coefficient de 5,06. Cette association pourrait être imputable à la forte exposition à l'angoisse des patients de sexe féminin [20]. L'association entre le sexe et l'insatisfaction pourrait être également due à la plus grande intolérance de la douleur chez ces sujets [22]. D'autre part, nos résultats pourraient être également dus à une plus grande susceptibilité à l'angoisse chez les femmes [23]. En effet, dans l'étude de Mulugeta et al, les patients de sexe féminin avaient significativement plus de risque de présenter une anxiété en préopératoire (OR=2,19) [24]. Selon Kiyohara et al, cette tendance pourrait s'expliquer par une plus grande sensibilité chez les patients de sexe féminin. Ces dernières expriment plus facilement leur anxiété [25].

Références

1. **Empereur F.** Enquête de satisfaction au CHU de Nancy. février 2009 <https://slideplayer.fr/slide/9044/>
2. **Linder-Pelz SU.** Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982;16: 577-82
3. **Hudak PL, Wright JG.** The characteristics of patient satisfaction measures. Spine 2000; 25: 3167
4. **Lorène O.** Quid de la satisfaction des patients sur la prise en charge anesthésique en chirurgie ambulatoire ; Mémoire professionnel 2015. CHU de Poitiers, France ;<http://www.chu-poitiers.fr> > Lorène-ORY-2015
5. **Pascal A, Nicolas P, Nicolas B ;** Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire, Anesthesiology, 2005, 102 : 1116-23
6. **Aditi N.** Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. IJHCQA. 2009; 22(4): 366-81.
7. **Lagant C, Sukami M, Fournier C, Delafosse C, Lebaill M, Galand P, et al.** Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. Ann Fr Anesth Réanim; 2014. p. A416–A417.
8. **Essola L, Obame R, Mandji L ;** Pratiques anesthésiques au bloc opératoire de Gynécologie-obstétrique du CHU de Libreville. Rev Afr anesth Med Urg 2014 : 19(1)
9. **Asehnone K, Ablaladejo P, Smail N.** Information et anesthésie : que souhaite le patient ? Ann Fr Anesth Réanim. 2000 ; 19 : 577-81
10. **Chahraoui K, Bénony H, Bricard I.** Etude de l'anxiété pré et postopératoire chez des sujets cholécystectomisés. Pratiques psychologiques 2001 ; 2 : 119-132
11. **Foggitt PS.** Anxiety in cataract surgery : pilot study. J Cataract Refract Surg 2001 ; 27 : 1651-1655
12. **Fischer MO, Dequiré PM, Kalem A, Gérard JL, Plaud B.** Hypothermie après rachianesthésie : rôle de la morphine ? Ann Fr Anesth Réanim. 2006; 25: 296-8.
13. **Allen TK, Muir HA, George RB, Habib AS.** A survey of the management of spinal-induced hypotension for scheduled cesarean delivery. Int J Obstet Anesth. 2009 Oct;18(4):356-6
14. **Vigneau F, Loupec T, Frasca D, Mimoz O, Debaene B.** Délais de jeûne postopératoire : état des lieux des pratiques françaises. Ann Fr Anesth Réanim 2014, 33 : A160-A161
15. **Saini S, Dayal M.** Preoperative Anxiety in Indian Surgical Patients-Experience of a Single Unit. Indian J Appl Res. 2016; 6: 476–9.
16. **Conférence d'actualisation 1997, SFAR,** Elsevier, paris, p 135-44.

Les interventions associées à une meilleure satisfaction étaient la chirurgie pour une gonarthrose aigüe et l'ostéosynthèse du fémur. Cette tendance serait due au fait ces interventions sont indiquées pour des tableaux cliniques pour lesquelles la douleur et la réduction de la mobilité sont les signes fonctionnels au premier plan [7,24]. Dans ce contexte, les patients appréhendent la chirurgie comme un moyen de soulagement. Ils sont donc plus compliants.

Conclusion

Au terme de notre étude, il ressort que plusieurs causes d'insatisfaction ont été présentées par les patients. La plus fréquente était l'angoisse. Les déterminants de l'insatisfaction étaient l'âge supérieur à 45 ans, le sexe féminin des patients. Certains types de chirurgie étaient associés à une réduction de l'insatisfaction : l'ostéosynthèse du fémur et l'ostéotomie du plateau tibial.

17. **Brouh. Y, Tetchi.Y, Peté.Y, Ouattara. A.** Enquête multicentrique sur la pratique des analgésies post opératoire dans les hôpitaux d'Abidjan, *Rev Afr anesth Med Urg* 2012, 17(2).
18. **Diemunsch P,** Conférence d'experts – Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires, *Ann Fr Anesth Réanim* 2008 ; 27 : 866-878
19. **Yoshitaka.F, Hiroyoshi.T , Hidenori.T** Granisetran-Dexamethasone combination reduces postoperative nausea and vomiting, *Can J Anaesth* 1995. 42(5) : 387-90
20. **Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN et al.** Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*. 2001; 56: 720-8.
21. **Beydon L, Dima CE.** Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Prat Anesth Reanim*. 2007; 13: 161-70
22. **Mackenzie JW.** Daycase anaesthesia and anxiety. A study of anxiety profiles amongst patients attending a day bed unit. *Anaesthesia*. 1989; 44: 437-40.
23. **Fillingim RB.** Individual differences in pain responses. *Curr Rheumatol Rep*. 2005; 7(5): 342-7.
24. **Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T.** Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*. 2018; 18: 1–9.
25. **Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM, Yamamoto MU, Inagaki MM, Ogawa NY, et al.** Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*. 2004; 59: 51-6.