REPUBLIQUE DU BENIN

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

*****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (FSS)

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année : 2021

N° 2368

Evaluation de l'information donnée aux patients lors de la consultation d'anesthésie

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Esther HOUNVENOU

Née le 07 Aout 1987 à Porto-Novo

DIRECTEUR DE THESE

Pr Eugène ZOUMENOU

CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Ernest AHOUNOU

PRESIDENT DU JURY

Pr Eugène ZOUMENOU

MEMBRES DU JURY

MCA Pamphile ASSOUTO

MCA Gaspard GBESSI

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G.	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
28. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange....	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua.....	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant.....	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.....	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean.....	Hépato-Gastro-Entérologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Bénin • Faculté des Sciences de la Santé

LE DOYEN

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbènawonmèdé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé • LE DOYEN

24.	Dr AMOSSOU L. François	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Ines	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie	Ethnologie

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
Faculté des Sciences de la Santé
LE DOYEN

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.L.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi • Faculté des Sciences de la Santé •
LE DOYEN

OCTOBRE 2019

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

COLLABORATEURS

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire.....	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
Faculté des Sciences de la Santé
LE DOYEN

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins Infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr [illegible]NANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
Faculté des Sciences de la Santé

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé *
LE DOYEN

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi
Faculté des Sciences de la Santé
LE DOYEN

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

DEDICACES

Au Dieu tout puissant

Même si ma langue se transforme aux nombre de cheveux qu'il y a sur ma tête, cela ne suffirait pas pour te dire merci. Je me souviens comme c'était hier des conditions dans lesquelles j'ai commencé la médecine, les obstacles sur mon chemin étaient énormes mais en toutes choses j'ai vu ta droite me supporté, ton esprit qui m'a soutenu jusqu'ici. Etant consciente que tu achèves toujours ce que tu commences, je suis plus que rassurer que l'avenir est radieux…

Gratitude éternelle…

A mon feu père Louis HOUNVENOU

Merci d'avoir éveillé ma curiosité, mon envie d'apprendre et de m'avoir éduqué avec amour. Tu m'as appris à persévérer et ne jamais renoncer, deux qualités qui m'ont permis de mener à bien les études que j'ai choisies.

Merci bien …

A ma mère Philomène NOUDOKODJI,

A ton rôle de mère, tu as dédié ta vie. Quoi que je fasse, quoi que je dise, je ne saurai te remercier. Pour les sacrifices que jour après jour tu n'as cessé de consentir, pour l'amour sans égal et sans condition dont tu m'as gratifié, pour les prières formulées à mon égard, reçois cette œuvre comme un motif de fierté.

Merci d'être ma mère…

A toi Léandre SEKLOKA

Je ne pourrai t'oublier. Certes tu n'es pas mon papa biologique mais tu m'as inculqué les valeurs de la vie. Pilier de ma croissance spirituel, tu es pour moi une source de sagesse, de travail bien fait et de combativité. Cette œuvre est aussi la tienne.

Profondes considérations…

A mes sœurs, Solange, Christelle, Joliane, Jesimiel et Jescimiel

Merci infiniment pour vos soutiens indéfectibles, votre présence permanente, vos appuis et conseilles. Que le Seigneur vous bénisse abondamment.

Amour fraternel …

A mes chers frères Gilles et Emmanuel

Pour votre soutien et votre accompagnement durant toutes ces années, recevez ici l'expression de toute ma gratitude. Puisse l'Eternel vous couvre de grâces et de miséricorde.

Amour fraternel…

A mon cher époux Carlos HOVIEGBE,

Indéfectible soutien que tu es, je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer toute mon affection. Merci pour ta patience, ton calme et ta merveilleuse spontanéité. Une belle aventure nous attend… Je t'aime !!!

Amour éternel…

A mes fils Excellent et Lemeilleur HOVIEGBE

Vous êtes tout simplement intéressant et plein de joie… Que le Dieu tout puissant vous garde et que vous grandissiez en sagesse, en connaissance, en intelligence devant Dieu et devant les hommes.

Tendresse éternel…

A ceux-là présents dès le début, Roméo, Cyrus, Imelda, Olia

Il y a les amis. Il y a la famille. Et il y a ceux qui deviennent une famille. Présents dans les bons comme dans les moments difficiles, je vous dois beaucoup d'affection et d'amour. De vous je peux affirmer que je suis riche de mes amis car ils sont en or. Conservez-moi votre immense amitié et soyez convaincus qu'il en est de même pour moi.

Amitiés sincères…

Aux membres de mon groupe de stage interné : Doriane, Amos, …

Nous avons vécu ensemble certains moments les plus marquants de notre formation et de nos vies. Je suis heureuse de vous compter parmi ma seconde famille.

Merci pour tous …

A ma promotion,

Brillante carrière …

REMERCIEMENTS

Au personnel du CNHU et du CHU-MEL,

Pour l'accueil, la chaleur, l'affection et l'expérience enrichissante recevez mes sincères remerciements.

Aux patients enquêtés,

Merci pour la collaboration et prompt rétablissement.

A mes cadets, Auguste et James

Merci pour l'aide apportée dans l'accomplissement de ce travail. Je vous souhaite beaucoup de courage pour la suite.

Que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude.

HOMMAGES

A tous mes maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour avoir fait de notre faculté une référence dans la sous-région. Il vous revient le mérite de nous avoir prodigué un enseignement de qualité et une formation médicale complète.

Hommages respectueux…

A notre Directeur de thèse, le Professeur Eugène ZOUMENOU,

Veuillez recevoir nos remerciements pour l'accompagnement, l'encadrement, la perpétuelle disponibilité, la pédagogie et l'esprit paternel dont vous nous avez montré. Nous espérons avoir acquis de vous un esprit vif.

Hommages mérités…

A notre Co-Directeur de thèse, Dr Ernest AHOUNOU,

Veuillez accepter notre insigne reconnaissance pour la disponibilité, l'humilité, l'accessibilité et la simplicité dans le suivi de ce travail.

Hommages respectueux...

A son excellence Monsieur le Président du Jury,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Vos apports, critiques ainsi que les observations contribueront sans aucun doute à améliorer la qualité scientifique du présent document. Permettez-nous de vous exprimer ici, Monsieur le président, le témoignage de notre profond respect.

Immense gratitude…

A nos maîtres, les honorables membres du jury,

Chers maîtres, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté en toute spontanéité et devoir scientifique juger notre travail. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celui-ci.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Sincères remerciements…

Par délibération, la faculté des sciences de la santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS……...XII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES……XIV
INTRODUCTION…….....1
1. GENERALITES……4
2. CADRE ET METHHODE D'ETUDE……18
3. RESULTATS……..26
4. DISCUSSION……..46
CONCLUSION ET SUGGESTIONS…….59
REFERENCES……...63
ANNEXES……...A
TABLE DES MATIERES……I

Liste des sigles acronymes et abréviations

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AOF : Afrique Occidentale Française

ASA : American Society of Anesthesiologists

CPA : La consultation pré-anesthésique

CHU-MEL : Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune

CNHU/HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FSS : Faculté des Sciences de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INMeS : Institut National Medico-Sanitaire

JAMA: Journal of the American Medical Association

SFAR : la Société Française de l'Anesthésie-Réanimation

SPAR : Le Service Polyvalent d'Anesthésie et de Réanimation

SPSS : Statistical Package For The Social Sciences

VPA : Visite Pré-Anesthésique

Liste des figures et tableaux

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2: Distribution des patients par tranches d'âge

Figure 3: Distribution des patients par sexe

Tableau I : Distribution des patients selon la langue parlée et le niveau d'étude

Tableau II : Distribution des patients selon leurs professions et ceux qui vivent avec des personnes exerçantes dans le corps médical

Tableau III : Distribution des patients selon ceux qui d'antécédents d'anesthésie antérieure

Tableau IV : Distribution des patients selon la classe ASA

Tableau V: Distribution des médecins ayant donné l'information

Tableau VI: Distribution relative à l'intervention

Tableau VII: Distribution des patients selon la compréhension de l'information

Tableau VIII: Distribution des patients manifestant le désir d'avoir plus d'information

Tableau IX: Distribution des patients par rapport à l'information qu'ils ont reçus sur l'anesthésie

Tableau X : Distribution des patients ayant été informé du jeune préopératoire

Tableau XI: Distribution des patients par rapport à la douleur post opératoire

Tableau XII: Distribution des patients selon la compréhension de l'information reçus sur la douleur

Tableau XIII : Distribution des patients selon leur besoin d'information sur l'anesthésie et la douleur post opératoire

Tableau XIV : Distribution des patients par rapport à la compréhension et l'utilité des informations reçus en CPA

Tableau XV : Croisement entre l'âge et le niveau d'information

Tableau XVI : Croisement entre le sexe et le niveau d'information

Tableau XVII : Croisement entre le niveau d'étude et le niveau d'information

Tableau XVIII : Croisement entre la langue parlée et le niveau d'information

Tableau XIX : Croisement entre les patients vivant avec des personnes exerçant dans le corps médical et le niveau d'information

Tableau XX : Croisement entre la classe ASA des patients et le niveau d'information

Tableau XXI : Croisement entre l'antécédent d'anesthésie des patients et leur niveau d'information

Tableau XXII : Croisement entre le motif de la consultation et le niveau d'information

INTRODUCTION

L’information donnée aux patients en consultation d’anesthésie est un acte médical, juridique et qui s’inscrit dans une démarche qualité de soins. Le patient qui va subir une anesthésie a besoin d’être informé pour se rassurer et donner ou pas son consentement éclairé. L’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES) a élaborée des recommandations de bonne pratique sur le thème de l’information qu’il convient au médecin de donner à chaque patient, précisant en particulier le contenu et la forme de cette information [64]. Les informations à donner aux patients ont aussi fait l’objet de recommandation de la SFAR, et concernent :

- l’anesthésie en générale,

-les avantages, les inconvénients et complication de l’AG ou ALR

- type d’intervention

-le déroulement de l’anesthésie et les moyens de monitorage peropératoire

- la salle de réveil ou l’admission en réanimation

-la gestion de la douleur postopératoire

-la stratégie transfusionnelle si une transfusion était indiquée

-le risque allergique du patient

- la prémédication et le jeûne préopératoire

- le médecin qui a consulté ne sera pas toujours celui qui réalisera l’anesthésie

Ces informations sont parfois incomplètes ou mal données pendant la consultation, ce qui peut être un risque pour la sécurité du patient, mal vécu par le patient, aggravé son stress, engendrer des complications et fait l’objet de poursuite judiciaire.

Par ailleurs, la compréhension de l’information par le patient varie significativement selon le niveau d’éducation, les aspects linguistiques et

culturels, l'âge, l'émotivité ainsi que les circonstances dans lesquelles l'information est donnée [5]. En effet, comment savoir si une bonne information est délivrée au patient lui permettant de prendre les décisions concernant sa santé et donner son consentement libre et éclairé ? A notre connaissance, il n'existe pas à ce jour un formulaire d'information au patient dans le service d'anesthésie-réanimation au Benin, et on ignore quelle est la meilleure manière d'assurer un consentement éclairé du patient avant une anesthésie. Dès lors, que peut-on proposer afin de garantir qu'une information complète et impartiale a été transmise au patient lui permettant d'avoir un bon niveau d'information après la consultation d'anesthésie? C'est donc pour répondre à cette question que nous avons initié ce travail intitulé << **Evaluation de l'information donnée aux patients lors de la consultation d'anesthésie**>>. Ceci pourrait contribuer à la mise en place d'un support qui assure la meilleure sécurité juridique.

OBJECTIFS

L'objectif général est d'évaluer l'information donnée aux patients lors de la consultation d'anesthésie et leur niveau de compréhension.

Objectifs spécifiques

- Déterminer l'information reçue par les patients en CPA.
- Evaluer le niveau de compréhension des informations reçues par les patients lors CPA.
- Identifier les facteurs influençant la compréhension de l'information chez les patients.
- Proposer un support d'information adapter à notre contexte Africain.

1. GENERALITES

1.1 **Définition des concepts**

Information:

Action d'informer quelqu'un, un groupe, de le tenir au courant des évènements. C'est un élément central de la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. Le contenu et les qualités de l'information à délivrer, ses modalités, la mise en en cohérence de l'information, les qualités requises des documents écrits et les éléments d'évaluation de la qualité de l'information ont été précisés dans les recommandations de l'HAS et de multiples publications. L'information doit prendre en compte la situation propre du patient selon son état de santé et l'évolution possible ; les examens envisagés et leurs déroulements, les soins, les thérapeutiques et éventuellement les interventions; les objectifs de ces investigations et traitements doivent être annoncés, et les bénéfices escomptés expliqués; les conséquences et inconvénients; les complications et les risques. [6]

Consultation d'anesthésie:

C'est un moment privilégié d'échanges d'informations entre le patient et l'anesthésiste, qui doit aboutir à la construction d'une stratégie anesthésique la mieux adaptée au patient. [7] Elle est réalisée pour une intervention programmée, plusieurs jours avant l'intervention au moins 48H (décret du 5 décembre 1994). Elle permet de déterminer le risque anesthésique pour le patient, d'optimiser le patient en vue d'une intervention, de proposer la technique anesthésique la plus adaptée à son intervention et la prise en charge post-opératoire

Anesthésie :

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical (accouchement par exemple) ou médical (endoscopie, radiologie, etc.) en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie: l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L’anesthésie générale L’anesthésie générale est un état de sommeil artificiel profond, produit par l’administration de médicaments. La perception de la douleur est neutralisée et le patient est inconscient. La respiration est assistée dans la plupart des cas. Certains actes chirurgicaux peuvent être réalisés sous sédation, qui est une forme d’anesthésie générale légère.

L’anesthésie locorégionale Elle consiste à n’endormir que la partie du corps concernée par l'opération en injectant un anesthésique local. Le patient peut rester éveillé, écouter de la musique ou somnoler avec une sédation. La réalisation de l’anesthésie peut nécessiter plusieurs tentatives. En cas d’insuffisance ou d'échec de la technique, une anesthésie générale peut être alors nécessaire. Les principales techniques d’anesthésies locorégionales sont les suivantes :

- **Les anesthésies péri-médullaires:** rachidienne ou péridurale. L’abord se fait dans les deux cas par voie dorsale. Après injection du médicament, le patient ressent une sensation de chaleur, de lourdeur et finalement une insensibilité dans le ventre et les membres inférieurs.
- **L’anesthésie tronculaire :** cette technique permet d'endormir un ou des nerfs qui contrôlent la sensibilité du membre ou de la région à opérer.
- **L’anesthésie combinée :** lors d’interventions majeures ainsi que chez les enfants, l’anesthésie générale peut parfois être combinée à l’anesthésie locorégionale afin d’améliorer le traitement de la douleur postopératoire.

1.2. Historique de l’information médicale

L’information du patient est devenue primordiale en médecine. Auparavant, selon le premier code de déontologie, le médecin devait à son patient le traitement qu’il jugeait le meilleur et devait l’informer de sa décision. La relation médecin-malade a ainsi évolué d’une vision éthique paternaliste où le médecin choisissait pour le patient les décisions à prendre dans son

intérêt, son information étant secondaire, à une relation réciproque. Le patient est désormais reconnu en tant qu'individu à part entière.

1.2.1 Le droit des patients à l'information médicale

L'arrêt du 21 février 1961 de la 1ère Chambre Civile de la Cour de Cassation [1] a reconnu la nécessité d'une information obligatoire du patient sur son état de santé permettant à ce dernier de prendre les décisions le concernant. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, sur les procédures envisageables pour la soigner, ainsi que de participer aux décisions concernant sa santé. Ce droit est juridiquement encadré. Le droit à l'information du patient a pour corollaire le devoir d'information pour les praticiens médicaux. Or, la délivrance de l'information médicale doit répondre à des critères de qualité et se faire dans certaines conditions. Malgré tout, la pratique fait ressortir certaines difficultés dans la délivrance de cette information.

1.2.2 Le cadre juridique de l'information médicale

a) La loi du 4 mars 2002

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a modifié profondément la relation médecin-malade. Avant cette loi, le médecin était considéré comme le mandataire de la décision thérapeutique. Il prenait les décisions à la place du patient en fonction de ses connaissances et selon ses valeurs. Cette loi a permis d'instaurer une relation de soin, où le patient est au cœur d'un rapport égalitaire et est acteur des décisions qui le concerne. Le droit individuel inaliénable, l'autonomie du patient en tant que personne humaine sont remis au centre de la relation médicale. La décision thérapeutique devient donc l'aboutissement d'une véritable discussion entre médecin et patient et résulte de l'information et des propositions thérapeutiques. L'information médicale devient donc un élément primordial. Cette loi a été intégrée au

Code de la santé publique (CSP). Ainsi, les articles L1111-1 et les suivants règlementent l'information des usagers de santé et l'expression de leur volonté.

b) Le code de déontologie médicale

Le CSP comprend également dans sa partie règlementaire le Code de déontologie médicale et précise le champ d'application de la loi de 2002. La partie II du Code de déontologie encadre les devoirs des médecins vis-à-vis des patients et reprend les éléments relatifs à l'information et au consentement du patient dans ses articles 35 et 36 : Article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

Article 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 ». Le code

de déontologie médicale reprend textuellement les articles R4127-35 et R4127-36 du CSP.

c) Les guides et recommandations de la Haute Autorité de Santé

La délivrance de l'information à la personne sur son état de santé a fait l'objet d'une recommandation de l'HAS en mai 2012. [2] Cette recommandation précise notamment le contenu et les qualités de l'information, les modalités de la délivrance de l'information, l'information du mineur, du majeur protégé et du majeur qui n'est pas en mesure de recevoir l'information.

1.2.3 La nature de l'information médicale

a) Le contenu de l'information médicale

L'information des usagers du système de santé a été codifiée à l'article L.1111-2 du CSP : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent. ».

Ainsi, l'information médicale doit porter sur :

- l'état de santé de la personne ;
- les caractéristiques et l'évolution habituelle de la maladie dont souffre le patient ;
- les investigations, traitements ou actions de prévention ;
- les bénéfices escomptés ;
- les risques fréquents ou graves ;
- l'urgence éventuelle.

Elle permet au patient de prendre ses décisions en toute connaissance de cause. L'information doit prendre en compte la personne dans son ensemble (aspects psychologique, sociale et culturelle).

b) Qualités de l'information médicale

L'information, qu'elle soit orale ou accompagnée d'un document écrit, doit répondre à des critères de qualité à savoir : être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par le patient, adaptée et personnalisée [2-3]

• Présenter les alternatives possibles quand elles existent ;

• Présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, leurs inconvénients et leurs risques éventuels.

Cette information doit être loyale, claire et appropriée. Le praticien doit s'assurer de la compréhension par le patient de l'information délivrée. Il peut également donner son avis sur la proposition médicale qu'il préconise en cas de possibilités multiples. Selon le déroulement de l'entretien, le praticien peut proposer au patient de recourir à un second avis.

1.2.4 Délivrance de l'information

a) Le mode de délivrance

L'article L1111-2 du CSP dispose que « cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ». Ainsi, « la délivrance de l'information se fait donc dans le cadre d'un entretien individuel qui implique un dialogue. Elle requiert du tact, du temps et de la disponibilité ainsi qu'un environnement adapté ». Les conditions de cet entretien doivent permettre au patient de se sentir à l'aise pour oser interroger le praticien. Le devoir d'information s'impose à tout professionnel de santé intervenant dans la chaîne des soins. La question de savoir quel professionnel de santé a la charge de cette obligation au sein d'une équipe soignante peut se poser. L'article L1112-2 du CSP précise que « cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ».

Le devoir d'information du médecin vis-à-vis de son patient fait partie intégrante de l'acte de soins et doit être accompli à tous les stades de celui-ci (en amont du traitement, en cours de traitement et à l'issue du traitement).

b) Usage de documents écrits et trace de l'information

L'information doit être orale, avec une trace écrite dans le dossier médical. Il n'y a aucune obligation de fournir des documents écrits. En mai 2012, l'HAS recommande néanmoins la remise d'un document écrit d'information s'il en existe pour permettre au patient de s'y reporter. L'information écrite doit être d'après l'HAS : [2]

• Hiérarchisée, elle repose sur des données validées, présente les bénéfices et les inconvénients ainsi que les risques fréquents et graves normalement prévisibles. Elle indique les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par la personne ;

• Synthétique, claire et courte ;

• Compréhensible par le plus grand nombre.

L'HAS a d'ailleurs publié une fiche de recommandation en juin 2012 concernant la manière de rédiger un document d'information ainsi que la façon de le valider auprès des patients. [4] Un document d'information du patient à 3 objectifs :

• Informer ou actualiser les connaissances ;

• Aider le patient à participer aux décisions qui le concernent ;

• Orienter et soutenir le patient pour faciliter son cheminement dans le parcours de soins.

La trace écrite dans le dossier médical que le patient a bien été informé est primordiale car elle fait office de preuve. Les informations majeures qui ont été délivrées doivent être mentionnées de même que les difficultés rencontrées lors de l'information du patient doivent être consignées. Il n'y a

pas nécessité d'une confirmation signée par le patient, de la même manière, les documents écrits n'ont pas à être signés par le patient.

Article L1111-2 CSP : « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. ». Jusqu'en 1997, la charge de la preuve du défaut d'information incombait à la victime. Or, suite à un revirement de jurisprudence et à la loi du 4 mars 2002, la charge de la preuve s'est inversée et repose désormais sur le professionnel de santé. [5] La preuve que le médecin doit rapporter porte aussi bien sur l'existence de l'information donnée au patient que sur son contenu. Le praticien doit notamment prouver que l'entretien individuel a eu lieu dans les conditions préconisées par le code déontologie et la recommandation de l'HAS. Cette preuve peut se faire par tous moyens et résulter d'un faisceau d'indices.

L'inscription dans le dossier du patient, la lettre adressée au médecin traitant du patient à l'issue de la consultation rappelant succinctement les préconisations du médecin, la mention dans le carnet de rendez-vous sont autant d'éléments permettant d'établir que le médecin a satisfait à son devoir d'information. La remise d'un document détaillant l'intervention et ses conséquences que le patient aura la possibilité de relire à loisir chez lui peut utilement compléter les explications orales données par le médecin. Un écrit signé par le patient comme les formulaires de consentement éclairé/autorisation d'opérer pourrait fournir un commencement de preuve par écrit au praticien mais ne sont pas suffisantes. De même, une information délivrée la veille où le jour de l'intervention est insuffisant puisque le délai de réflexion est trop court.

c) La présence d'un tiers

Un accompagnant peut-être présent si le patient le souhaite. Cependant, il convient de proposer que l'entretien se fasse au moins pour partie seul à seul. La personne de confiance dont le rôle est fixé par l'article L1111-6 du

CSP peut également accompagner le patient si celui-ci le souhaite. Cet article dispose que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut-être, un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. ». Cette personne de confiance peut donc avoir un réel rôle d'accompagnement et de soutien du patient lors de la délivrance de l'information. Par ailleurs, la délivrance de l'information médicale est également importante pour cette personne de confiance, car dans le cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté se sera à elle de décider si un choix thérapeutique se présente. Or, le fait d'avoir été informé dès le départ sera susceptible également de l'aider et la conforter dans sa prise de décision.

Concernant les mineurs et les majeurs protégés, comme n'importe quel patient, ils ont droit d'être informés. Le professionnel de santé leur délivre une information adaptée à ses facultés de compréhension et cette information doit également être donnée, de façon plus complète, à leurs représentants légaux. En cas de complication, le patient, sa personne de confiance s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, ou son représentant légal, s'il est décédé, doit être informé dans les plus brefs délais. Cela résulte de l'article L1142-4 du CSP « Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayant droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage ».

1.2.5 But de l'information médicale

Les modalités de délivrance et le contenu de l'information médicale doivent permettre au patient de prendre connaissance le mieux possible de son état de santé et des possibilités de traitements envisageables. Ainsi, compte tenu des informations délivrées par le médecin et de ses préconisations, le patient prend les décisions concernant sa santé, et ce de façon libre et éclairé L'article L.1111-4 du CSP dispose qu'« aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Or, ce consentement libre et éclairé de la personne ne peut résulter que d'une bonne information du patient.

1.2.6 Les exceptions à l'obligation d'information

Le médecin peut dans certains cas être dispensé d'informer le patient. Il existe principalement deux cas de dispenses :

• Une personne peut, à sa demande, être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission et ce en vertu de l'article L1111-2 alinéa 4 du CSP ;

• En cas d'urgence vitale, les soins au malade priment sur l'information et l'obtention du consentement dans l'intérêt du patient.

1.2.7 Les difficultés rencontrées lors de la délivrance de l'information médicale

Malgré toutes ces recommandations et textes de lois, les mettre en pratique et informer au mieux son patient reste difficile pour plusieurs raisons :

• La médecine est de plus en plus complexe et la plupart des patients n'ont aucune formation scientifique. Simplifier certaines informations, ou faire des raccourcis peut aboutir à une mauvaise compréhension de la pathologie ou des procédures, et/ou à une mauvaise appréhension des risques.

• Tout médecin a des préférences de prise en charge qui peuvent découler de multiples raisons. Entre plusieurs options thérapeutiques ou plusieurs

médicaments, chaque médecin à des préférences qui résultent le plus souvent de son expérience personnelle. Garder son objectivité peut donc être difficile.

• Dans certains cas, le traumatisme causé par certaines annonces peut également faire perdre au patient sa capacité de compréhension ainsi que la confiance envers le médecin. Cela peut aboutir à une mauvaise prise de décision par le patient.

• La médecine n'est pas une science exacte. Les connaissances évoluent de jour en jour et la vérité d'aujourd'hui n'est pas forcément celle de demain.

• Le grand nombre de patient et la lourdeur des pathologies à traiter font que le temps en consultation est probablement insuffisant pour informer les patients de manière optimale.

1.3 La consultation pré-anesthésique (CPA)

La CPA est une étape médico-légale avant tout acte anesthésique. Elle est d'abord et avant tout l'occasion d'établir une relation avec le patient afin de lui apporter toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension du déroulement de l'acte chirurgical. C'est l'essence même de la consultation d'anesthésie. C'est une étape clé de la prise en charge globale des patients devant bénéficier d'une intervention diagnostique (endoscopie. . .) et/ou thérapeutique (chirurgie. . .) nécessitant soit une anesthésie générale, soit une anesthésie régionale ou soit une sédation. La CPA contribue à la mise en confiance du malade et à la diminution de l'anxiété générée par « l'inconnu ». Elle permet au médecin anesthésiste de recueillir des informations sur le malade en termes de comportement, d'habitude de vie, de niveau socio-économique, de compréhension ou d'adhésion au traitement. Elle constitue également le moment privilégié pour informer et recueillir le consentement éclairé du patient et de son entourage (lorsqu'il s'agit de mineurs ou de déficients mentaux) [44]. La CPA a pour objectifs:

 d’évaluer l’état du patient par l’analyse du dossier médical, et par l’interrogatoire combiné à l’examen clinique,

 de prescrire d’éventuels examens complémentaires ou des consultations spécialisées en fonction des conclusions de l’examen clinique,

 de décider, au vu de ces éléments, de la stratégie à mettre en œuvre pour diminuer le risque péri opératoire: gestion des traitements médicaux, mise en route de traitements spécifiques préopératoires, choix de la technique anesthésique, prise en charge postopératoire,

 de décider de la prémédication ou non du patient,

 d’évaluer à terme le risque péri opératoire pour le mettre en balance avec le bénéfice attendu de la chirurgie, de manière collégiale (anesthésiste, chirurgien, patient, autres spécialistes, famille) [11]. Au terme de la consultation d’anesthésie, le patient doit donc être informé de la technique d’anesthésie envisagée ou des différentes techniques possibles le cas échéant, ainsi que des avantages et inconvénients. De même, le patient doit être informé du risque péri opératoire, en sachant qu’il n’est pas nécessaire de le chiffrer précisément, mais plutôt de fournir les éléments permettant au patient de mettre en balance le bénéfice attendu de la chirurgie et le risque encouru [45].

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a été déroulée dans le service de l'anesthésie-réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) et au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM) de Cotonou.

2.1.1. Le CHU-MEL

Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace hospitalo-universitaire, il a trois principales missions :

- Les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs),
- La formation,
- La recherche.

Le CHU-MEL est divisé en deux grands services:

- Le service de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique,
- Le service de l'enfant.

Nous avons réalisé cette étude dans le service de la mère.

Le service de la mère

Le service de la mère a pour mission le diagnostic et la prise en charge médicale et/ou chirurgicale des pathologies gynécologiques et obstétricales.

 Infrastructure et matériel

 Le pavillon des consultations externes dont :

- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Un bloc de plusieurs salles pour les consultations prénatales, gynécologiques et postnatales,
- Un service de planification familiale.

Le pavillon des consultations comporte également une salle destinée au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, des salles pour les explorations paracliniques notamment l'échographie et la colposcopie.

- Le bloc obstétrical d'urgence regroupe:
  - Les urgences dotées de 03 tables d'examen et de 02 lits pour les hospitalisations de jour,
  - La salle de dilatation d'une capacité de 10 lits,
  - La salle d'accouchement qui dispose de 07 tables d'accouchement, d'un lit réservé aux accouchements humanisés et de 08 tables pour l'examen des nouveau-nés munies de matériels de réanimation néonatale,
  - Le bloc opératoire doté de 03 salles d'interventions chirurgicales destinées essentiellement aux césariennes, à la cœlioscopie et à la réalisation d'examens sous valves.

De même on y retrouve un service de cardiologie où ont lieu quotidiennement des consultations.

 Le secteur d'hospitalisation des mères comportes :

- Trois grands bâtiments d'hospitalisation : le bâtiment D avec les niveaux D1 et D2, dispose de 22 lits et de 02 salles de soins ; le secteur G1 situé au premier étage du bâtiment G (au service de l'enfant), quant à lui dispose de 48 lits et d'une salle de soins,
- Un service de réanimation avec une capacité de 08 lits où l'on retrouve un respirateur, 02 moniteurs et 03 seringues électriques,
- Un service de soins intensifs qui dispose de 15 lits d'hospitalisation.

 Les ressources humaines

Le personnel du service est constitué de :

- L’équipe médicale composée de professeurs agrégés, maîtres assistants et médecins pour la gynécologie et l’anesthésie,
- L’équipe paramédicale qui comprend respectivement des surveillantes, des infirmiers et aides-soignants pour la gynécologie et l’anesthésie,
- L’équipe administrative.

Au cours de chaque année académique, le service de gynécologie-obstétrique procède à la formation et à l’encadrement des étudiants en médecine générale de la FSS de Cotonou ainsi que des étudiants en soins infirmiers de l’INMeS. Il accueille également des médecins inscrits pour le Diplôme d’Etudes Spécialisées (DES).

De même, le service de réanimation accueille également des médecins inscrits pour le DES en Anesthésie-Réanimation.

 Les activités du service

Les activités menées dans le service sont de 3 ordres :

- Les activités de soins qui comprennent les consultations, les soins et
- le suivi des malades hospitalisés,
- Les activités d’enseignement qui concernent l’encadrement pratique et théorique des étudiants en médecine et la formation de médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique et d’anesthésie réanimation,
- Les activités de recherche.

2.1.2. Le CNHU - HKM

Hôpital de référence du Bénin créé en 1962 par le 1er Président de la République du Bénin dont il porte le nom, il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973, puis en 2001, il devient CNHU/KHM. Sa capacité d’accueil avoisine aujourd’hui les 1000 lits. Il a pour vocation :

- D’offrir des soins de référence,

- D’assurer la formation pratique pour les agents de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux, techniciens de laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens),
- D’assurer l’enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle.

Nous avons réalisé cette étude au service polyvalent d’anesthésie et de réanimation

Le Service Polyvalent d’Anesthésie et de Réanimation (SPAR)

Le SPAR est un service spécialisé à la fois dans les soins de réanimation médicale, réanimation chirurgicale et pour les anesthésies d´où le caractère polyvalent qui le distingue.

 Infrastructure et matériel

Le SPAR dispose de:

- Un bloc d’hospitalisation pour réanimation de 18 lits répartis dans quatre salles autour d´un hall central de surveillance,
- Une salle de réveil,
- Une salle de staff,
- Deux vestiaires pour hommes et femmes munis de toilettes,
- Des bureaux administratifs.

Le SPAR dispose également:

- De sources centrales d´oxygène, d’air et de vide à chaque lit,
- De 12 respirateurs mécaniques,
- De 18 moniteurs de surveillance des paramètres vitaux,
- D’un matériel d´électrochoc pour la réanimation cardiaque,
- De plusieurs boîtes contenant le matériel nécessaire pour les intubations, les aspirations et les lavages gastriques.

 Ressources humaines

 L´équipe médicale du SPAR est composé de:

- Un professeur titulaire d´Anesthésie-réanimation,
- Un professeur agrégé d´Anesthésie-réanimation,
- Un médecin spécialiste d´Anesthésie-réanimation.

 L´équipe paramédicale du SPAR est formé par : 02 surveillants, 13 infirmiers diplômés d´état, 23 infirmiers et sages-femmes spécialisés en anesthésie, 11 aides-soignants.

À ce personnel permanent s´ajoute : des DES en anesthésie-réanimation, des DES en médecine interne, des étudiants en médecine générale, des élèves infirmiers et sages-femmes.

 Activités du service

Les activités du service comprennent:

- Les activités de soins en hospitalisation et en salle de soins post interventionnels,
- Les activités d'anesthésie et de soins dans les blocs opératoires,

 les activités d´enseignement dans les différents secteurs d´activités,

 les activités de recherche

Le service accueille les étudiants en médecine générale pour leurs stages pratiques ainsi que les médecins généralistes et les étudiants en DES pour leurs stages et travaux de thèses.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1. Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique avec une collecte prospective des données allant du 21/07/2020 au 17/10/2020.

2.2.2. Population d'étude

La population d'étude était constituée des patients du CHU-MEL et du CNHU-HKM, admis en consultation d'anesthésie pour une chirurgie élective durant la période d'étude.

2.2.3. Population cible :

Elle était constituée de tous les patients admis en CPA

2.2.4. Population source :

Elle était constituée de tous les patients admis en CPA pour une chirurgie élective

**Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude, les patients :

- âgé de 18 ans au moins,
- admis en consultation d'anesthésie pour une chirurgie élective;
- et ayant donné son consentement éclairé pour participer à l'étude.

**Critères de non inclusion

Ne sont pas inclus dans la population d'étude :

- Les patientes ne possédant pas toutes les facultés mentales.
- Evaluation pré anesthésique
- Les patients ayant moins de 18ans

**Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les patients :

- qui ont désisté lors de l'entrevu

2.2.3. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recensement exhaustif de tous les patients adultes admis en consultation d'anesthésie durant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

2.2.4. Opérationnalisation des variables

2.2.4.1. Variable dépendante

2.2.4.1.1. Variables relatives à l'information reçue par le patient lors de la CPA.

Il s'agit de :

- La délivrance de l'information par le médecin lors de la CPA
- La compréhension de l'information reçue par le patient lors de la CPA

La compréhension du patient dépend de l'information délivrée par le médecin. Les composantes de cette information sont classées comme suit :

- L'intervention chirurgicale
    - indication chirurgicale
    - déroulement de l'intervention
    - complication de l'intervention
- L'anesthésie
    - La technique d'anesthésie
    - complications anesthésiques
- La gestion de la douleur post-opératoire
- Le jeûne préopératoire

Ces variables dépendantes sont aussi des variables qualitatives qui prennent :

- OUI si le patient admet avoir reçu d'information en rapport avec l'un des composants lors de la CPA et
- NON dans le cas contraire
- Totalement compris :si le patient admet avoir compris les informations ;
- Partiellement compris et
- Pas du tout compris

2.2.4.2. Variables indépendantes

- Caractéristiques sociodémographiques des patients :

Site ; Age ; Sexe ; Ethnie ; Niveau d'étude ; Profession ; Environnement immédiat

- Caractéristiques cliniques des patients : Classe ASA, antécédents d'anesthésie,
- Profil du médecin ayant délivré l'information

2.2.5. Collecte des données

2.2.5.1. Outils de collecte de données

Les informations ont été recueillies sur une fiche d'enquête. (Voir annexe)

2.2.5.2. Source de données

Les sources de données étaient constituées des patients interrogés et de leur dossier médical.

2.2.5.3. Technique de collecte

Sept informations ont été sélectionnées du formulaire d'information de la SFAR. [] Ces informations ont été présentées aux patients sous forme de questionnaire, pour évaluer l'information délivrée par les médecins lors de la CPA.

Tous les agents (deux étudiants en 5e années de médecine et nous-mêmes) devant appliquer le questionnaire aux patients ont bénéficié d'une séance de mise à niveau qui consistait à expliquer le questionnaire et répondre aux mal compréhensions des uns et des autres. Au préalable, nous avons effectué un prétest afin de vérifier la complétude du questionnaire et l'homogénéité des réponses. Les données ont été collectées au cours d'une entrevue individuelle avec chaque patient suivi de son dossier médical. Ces derniers étaient recrutés juste après leur entrevue avec le médecin anesthésiste en CPA.

2.2.6. Traitement et analyse des données

A la fin de l'enquête, les fiches ont fait l'objet d'un dépouillement manuel pour vérifier la complétude du remplissage. Toutes les données recueillies durant la période de l'étude, ont été stockées et codifiées pour l'analyse statistique ; les données statistiques collectées ont été traitées, saisies et analysées dans un format Excel, Epi-data et SPSS. Cette analyse statistique est descriptive et analytique. Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de graphique qui ont été conçus grâce aux logiciels EXCEL 2016 et WORD 2016.

L'analyse des correspondances a été effectuée à l'aide des tests du chi² de Pearson et de Fischer selon le cas avec calcul de la valeur de p. Une valeur de $p \leq 0,05$ était considérée comme statistiquement significative, et l'intervalle de confiance était fixé à 95%.

2.2.7. Considérations éthiques

2.2.7.1. Dispositions administratives

Une demande d'autorisation a été envoyée à la direction du CHU-MEL et du CNHU/HKM pour l'obtention des autorisations de réalisation de l'enquête. Une fois les autorisations obtenues, le personnel des services concernés a été informé en vue de nous faciliter la collecte.

2.2.7.2. Dispositions pratiques sur le terrain

L'accord des médecins anesthésistes a été obtenu au préalable avant de questionner les patients. Le but de l'étude était expliqué aux patients, ensuite leur consentement éclairé était obtenu avant qu'ils ne soient soumis au questionnaire.

3. RESULTAS

3.1. ETUDE DESCRIPTIVE

3.1.1. Description de la population d'étude

Durant notre période d'étude, 270 patients ont été enquêtés. 24 patients ont désisté au cours de l'entrevu, 22 questionnaires ont été mal renseigné par les enquêteurs. 224 questionnaires ont été inclus pour l'analyse statistique.

La figure 1 présente le diagramme de flux.

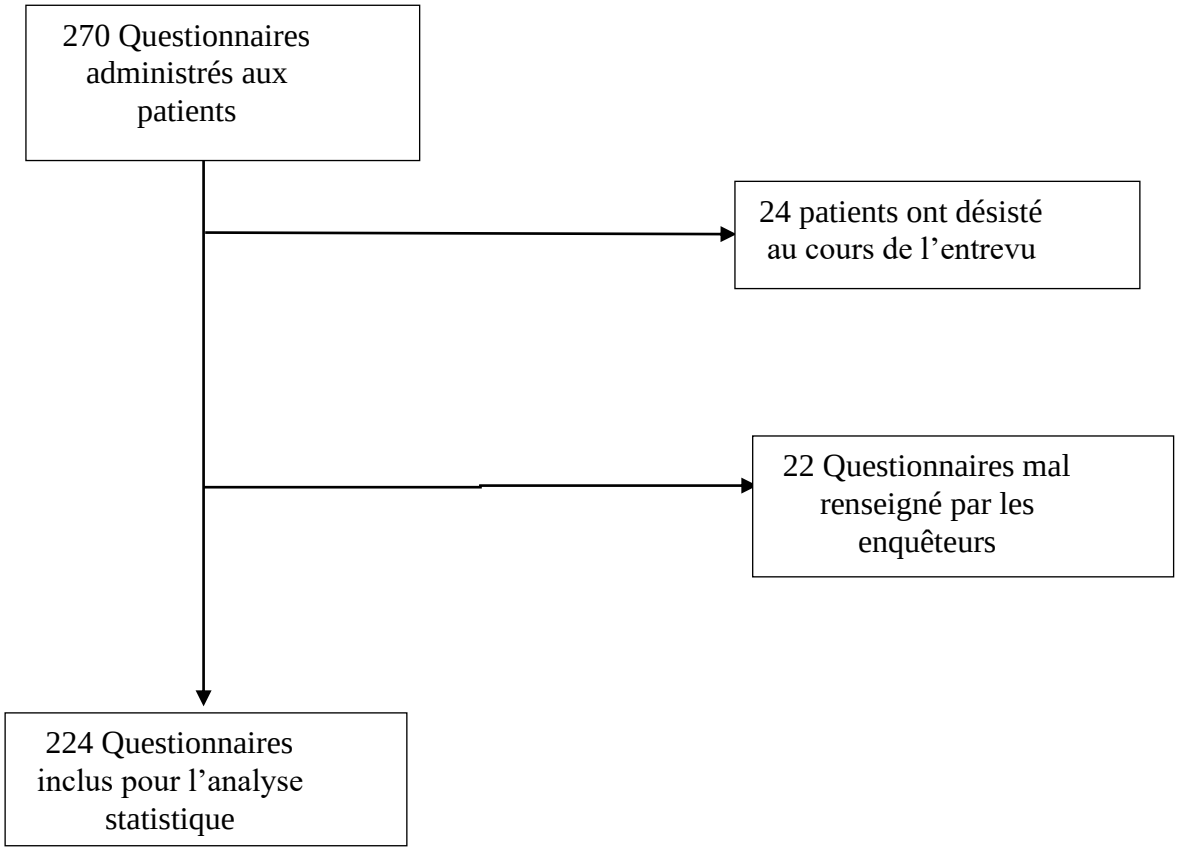


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

Site

Tableau I : Répartition des patients selon le site de la CPA en 2020.

	Effectifs	Pourcentages (%)
CNHU	168	75
CHUMEL	56	25
Total	224	100

Age

L'âge moyen des patientes était de 38,77 ±1,77 ans. L'âge médian est de 36 ans et les extrêmes de 18 et 70 ans.

La figure 2nous donne une répartition des patients selon l'âge.

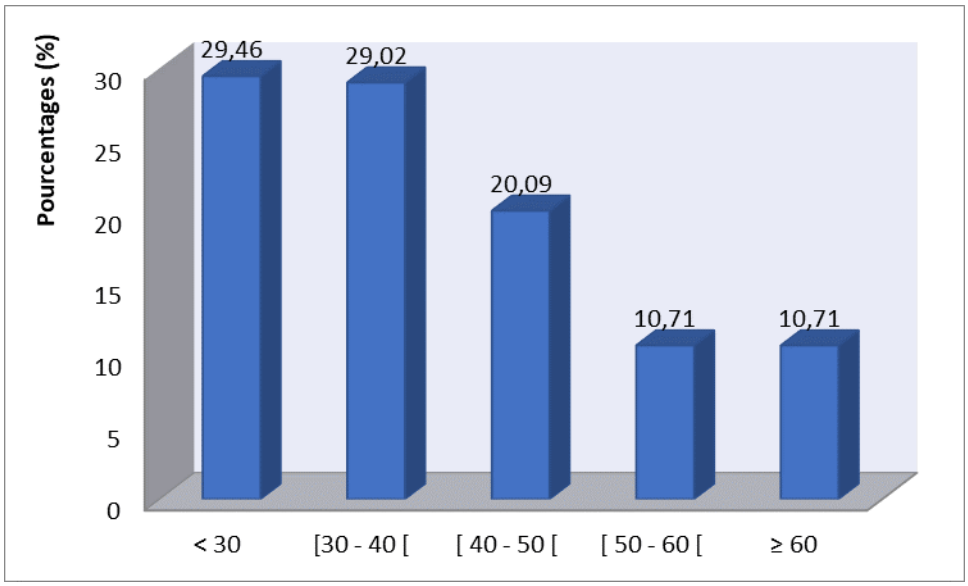


Figure 2: Répartition selon l'âge des patients reçu en CPA au CNHU et au CHUMEL en 2020.

58,48% des patients ont un âge compris entre 18 et 40 ans.

Sexe

149 patents (soit 66,52%) sont de sexe féminin. Et le sexe ratio est de **0,5**.

Ethnie

Tableau II : Répartition des patients reçu en CPA au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Français	108	48,21

Goun	18	08,03
Fon	63	28,13
Yoruba	08	03,57
Adja	07	03,12
Mina	06	02,68
Aïzo	02	00,89
Bariba	02	00,89
Sahouè	04	01,78
Anglais	01	00,45
Dendi	01	00,45
Nago	01	00,45
Xwla	01	00,45
Yome	01	00,45
Ani	01	00,45
Total	224	100,00

La majorité des patients comprennent la langue française.

Niveau d'étude

Tableau III : Répartition selon le niveau d'étude des patients reçus en CPA au CNHU et au CHUMEL en 2020.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Non scolarisé	38	17,00
Primaire	26	11,60
Secondaire	65	29,01
Supérieur	95	42,41
Total	224	100,00

Les patients du niveau d'étude supérieur sont les plus représentés.

Profession

Tableau IV : Répartition selon la profession des patientes reçu en CPA au CNHU et au CHUMEL en 2020.

	Effectifs	Pourcentages (%)

Employée d'état	44	19,64
Employée dans le privé	48	21,43
Ouvrier	30	13,40
Artisan	13	05,80
Ménagère	13	05,80
Elève / Etudiant(e)	40	17,86
Commerçant (e)	28	12,50
Cultivateur	02	00,89
Retraité	02	00,89
Photographe	02	00,89
Religieux	02	00,89
Total	224	100,00

Les employés du privé ou du public sont les plus représentés.

Environnement immédiat

45 patients (soit 20.27%) affirment être en train de vivre avec des personnes exerçant dans le corps médical.

Ces personnes sont constituées de frères, sœurs, cousines tante, fils, filles, Beau-père, belle-mère, l'époux/épouse, de nièce ou d'oncle ou du patient lui-même

3.1.3. Caractéristiques cliniques

Antécédents d'anesthésie

128 patients (soit 57,14%) avaient des antécédents d'anesthésie.

La figure 3 présente ces patients selon le type d'anesthésie.

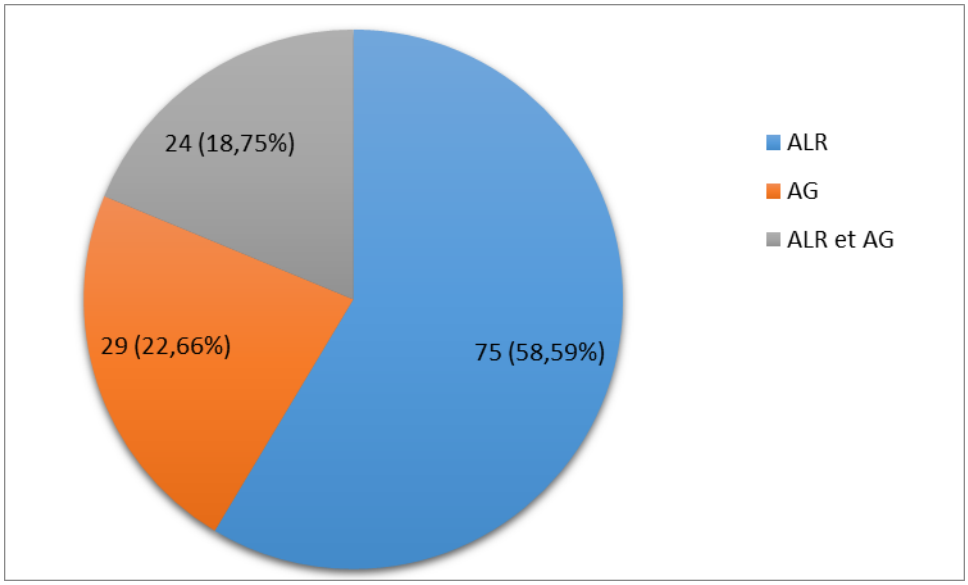


Figure 3: Répartition des patients ayant un antécédent d'anesthésie, selon le type d'anesthésie, au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

Pour 1 patient sur deux, il s'agissait d'un ALR.

Classe ASA

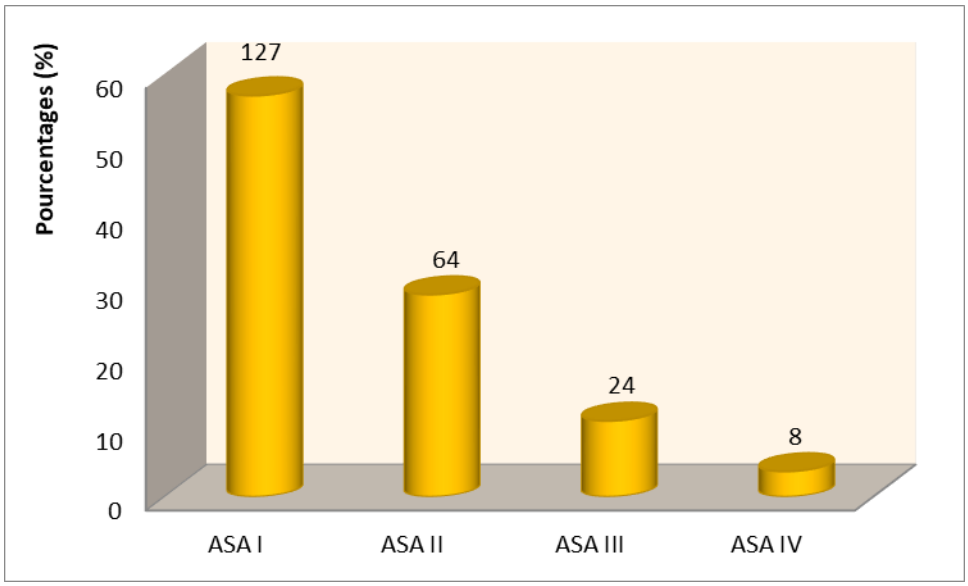


Figure 4 : Répartition des patients reçus en CPA selon la classe ASA, au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

56,95% des patients avaient un statut ASA I.

3.1.4. Profil du médecin ayant donnée l'information

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la personne ayant données l'information en CPA au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

	N	%
DES	106	47,32
Spécialiste d'anesthésie-réanimation	106	47,32
Professeur en anesthésie-réanimation	12	5,35
Total	224	100,00

3.1.5. Information délivrée par le médecin et la compréhension de cette information par le patient

- **Répartition des patients selon les informations relatives à l'intervention et à l'anesthésie**

Tableau VII : Répartition des patients selon les informations relatives à l'intervention et à l'anesthésie au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

	N	%
Intervention chirurgicale :		
Information par rapport à l'indication chirurgicale		
Oui	201	89,73
Non	23	10,27
Information sur le déroulement de l'intervention		
Oui	156	69,64
Non	68	30,36
Information sur les différentes complications de l'acte		
Oui	58	25,89
Non	166	74,11
Compréhension de l'information sur l'intervention à subir		
Pas du tout	31	13,84
Partiellement compris	94	41,96
Totalement compris	99	44,20

Souhait d'avoir plus d'information sur l'intervention		
Oui	161	71,88
Non	63	28,13
Anesthésie :		
Information sur la technique d'anesthésie à subir		
Oui	180	80,36
Non	44	19,64
Information sur les complications de l'anesthésie		
Oui	44	19,64
Non	180	80,36
Compréhension de l'information sur l'anesthésie		
Pas du tout	16	07,17
Partiellement compris	85	38,12
Totalement compris	122	54,71

89,73% des patients avaient reçu d'information sur l'indication chirurgicale et 80,36% des patients avaient reçu d'information sur la technique d'anesthésie à subir. 44,20% des patientes avaient compris totalement les informations reçues par rapport à l'intervention à subir et 54,71% par rapport à l'anesthésie.

- **Répartition des patients selon les informations relatives à la gestion de la douleur et le jeûne post-opératoire**

Tableau VIII : Répartition des patients selon les informations relatives à la gestion de la douleur post-opératoire et le jeûne préopératoire au CNHU et au CHUMEL de Cotonou en 2020.

	N	%
Information sur le jeune opératoire		
Oui	194	86,61
Non	30	13,39
Information sur la gestion de la douleur post opératoire		
Oui	80	35,71
Non	144	64,29

Compréhension des informations reçues sur la gestion de la douleur post-opératoire		
Pas du tout	70	31,67
Partiellement compris	81	36,65
Totalement compris	70	31,67
Souhait d'avoir plus d'information sur l'anesthésie et la douleur post opératoire		
Oui	164	73,21
Non	60	26,79

86,61% des patients avaient reçu d'information sur le jeûne préopératoire et 31,67% des patients pensaient avoir totalement compris les informations reçues sur la gestion de la douleur post-opératoire.

3.2. ETUDE ANALYTIQUE

3.2.1. Facteurs influençant le niveau de compréhension de l'information reçu sur l'intervention à subir

Tableau IX : Facteurs associés à la compréhension de l'information sur l'intervention à subir, chez les patients reçus en CPA au CNHU et au CNHUMEL de Cotonou en 2020.

	Niveau de compréhension			p -value	OR	IC95%[OR]
	Pas du tout	partiellement	Totalement			
Site						
CNHU	28	86	54	0,0000	1	
CHUMEL	03	08	45		8,95	3,9 - 20,4
Sexe						
Masculin	12	43	20		1	
Féminin	19	51	79	0,0007	3,33	1,7 - 6,2
Langue						
Français	19	35	54		1	
Goun	02	11	05		2,6	0,3 - 4,2
Fon	06	29	28	0,1	4,12	0,1 - 15,3
Yoruba	01	4	03		8,7	0,6 - 8,9
Autres	03	15	09		1,3	0,1 - 3,5
Niveau d'instruction						
Aucun	07	15	16		1	

Primaire	03	16	07	0,4	5,2	0,2 - 15,3
Secondaire	10	29	26		8,1	0,9 - 18,6
Supérieur	11	34	50		2,2	0,1 - 4,1
Profession						
Autres	04	17	32		1	1
Employé d'état	03	16	21		12,1	0,2 - 13,5
Employé du privé	05	17	15		8,2	0,2 - 15,2
Ouvrier	03	18	09	0,09	11,2	0,4 - 18,4
Artisan	04	03	04		6,7	0,02 - 14,1
Ménagère	05	03	05		3,3	0,1 - 5,3
Elève	07	17	13		3,9	0,05 - 7,6
Etudiant	00	03	00		4,3	0,03 - 9,3
Vie avec des personnes exerçant dans le corps médical						
Non	22	77	78	0,36	1	
Oui	09	16	20		0,81	0,39 - 1,67
ATCD d'anesthésie						
Non	18	39	42	0,24	1	
Oui	13	55	57		1,03	0,58 - 1,84
Personne qui a donné l'information						
DES	20	36	40		1	
Spécialiste d'anesthésie-réanimation	10	35	51	0,07	7,3	0,21 - 3,5
Professeur d'anesthésie réanimation	00	03	02		9,2	0,3 - 14,8

L'association est statistiquement significative entre le site et la compréhension d'une part, puis entre le sexe du patient et la compréhension de l'information relative à l'intervention à subir, d'autre part.

Les patients dont les CPA ont été effectué au CHUMEL ont mieux compris l'information et les patients de sexe féminin comprennent mieux l'information par rapport aux personnes de sexe masculin.

3.2.2. Facteurs influençant le niveau de compréhension de l'information reçu sur l'anesthésie

Tableau X : Facteurs associés à la compréhension de l'information sur l'anesthésie, chez les patients reçus en CPA au CNHU et au CNHUMEL de Cotonou en 2020.

	Niveau de compréhension			p -value	OR	IC95%[OR]
	Pas du tout	partiellement	Totalement			
Site						

CNHU	15	76	77	0,002	1	
CHUMEL	01	09	45		4,93	2,25 - 10,7
Sexe						
Masculin	06	34	35	0,22	1	
Féminin	10	51	87		3,8	0,32 - 7,1
Langue						
Français	08	29	71		1	
Goun	01	07	10		4,2	0,28 - 12,1
Fon	05	30	27	0,08	8,5	0,4 - 9,2
Yoruba	01	04	03		9,1	0,1 - 11,3
Autres	01	15	11		14,1	0,01 - 15,2
Niveau d'instruction						
Aucun	02	14	21		1	
Primaire	01	16	09		5,1	0,5 - 14
Secondaire	08	27	30	0,12	12,1	0,09 - 18,4
Supérieur	05	28	62		6,7	0,02 - 14,2
Profession						
Autres	02	18	32		1	
Employé d'état	02	15	23		7,2	0,3 - 8,1
Employé du privé	03	11	23	0,51	12,6	0,9 - 16,2
Ouvrier	03	16	11		1,56	0,09 - 4,6
Artisan	02	03	06		4,1	0,2 - 5,2
Ménagère	00	04	09		8,7	0,56 - 12,2
Elève	04	16	17		2,7	0,52 - 5,6
Etudiant	00	02	01		15,2	0,28 - 19,2
Vie avec des personnes exerçant dans le corps médical						
Non	15	71	91	0,001	1	
Oui	01	13	30		3,6	2,1 - 8,4
ATCD d'anesthésie						
Non	08	38	52	0,8	1	
Oui	08	47	70		5,5	0,12 - 15
Personne qui a donné l'information						
DES	12	35	49		1	
Spécialiste en anesthésie-réanimation	03	31	61	0,001	3,4	2,2 - 9,3
Professeur d'anesthésie réanimation	01	00	04		8,6	1,98 - 13,2

Il y a une meilleure compréhension de l'information sur l'anesthésie sur le site du CHUMEL ; chez les patients qui vivent avec une personne exerçant dans le corps médical, et lorsque ladite information est donnée par un professeur d'anesthésie réanimation ou un spécialiste en anesthésie réanimation.

3.2.3. Facteurs influençant le niveau de compréhension de l'information reçu sur la gestion de la douleur post-opératoire :

Tableau XI : Facteurs associés à la compréhension de l'information sur la gestion de la douleur post-opératoire, chez les patients reçus en CPA au CNHU et au CNHUMEL de Cotonou en 2020.

	Niveau de compréhension			p -value	OR	IC95%[OR]
	Pas du tout	partiellement	Totalement			
Site						
CNHU	49	72	47	0,003	1	
CHUMEL	21	09	23		3,91	1,66 - 9,19
Sexe						
Masculin	18	37	20	0,01	1	
Féminin	52	44	50		2,1	1,06 - 4,14
Langue						
Français	34	31	42		1	
Goun	04	11	03		5,6	0,3 - 7,1
Fon	24	23	14	0,4	14,1	0,1 - 15,5
Yoruba	00	02	06		9,8	0,9 - 10,2
Autres	08	14	05		3,3	0,09 - 4,6
Niveau d'étude						
Aucun	11	13	12		1	
Primaire	06	16	04		6,4	0,3 - 8,1
Secondaire	22	27	15	0,1	11,2	0,26 - 15,2
Supérieur	31	25	39		13,8	0,18 - 17,1
Profession						
Autres	20	17	14		1	
Employé d'état	17	11	12		1,2	0,3 - 2,2
Employé du privé	09	13	15		3,5	0,12 - 3,8
Ouvrier	11	15	04	0,3	1,26	0,04 - 5
Artisan	05	03	03		7,1	0,23 - 8,3
Ménagère	01	07	05		2,2	0,8 - 6,2
Elève	07	12	17		2,6	0,32 - 12
Etudiant	00	03	00		4,1	0,7 - 14
Vie avec des personnes exerçant dans le corps médical						
Non	61	67	48	0,02	1	
Oui	09	13	22		2,36	1,08 - 5,1
ATCD d'anesthésie						
Non	33	36	29	0,79	1	
Oui	37	45	41		1,13	0,5 - 2,1
Personne qui a donné l'information						

DES	30	37	28		1	
Spécialiste en anesthésie-réanimation	28	30	36	0,2	5,2	0,38 - 13,1
Professeur d'anesthésie réanimation	02	02	01		4,8	094 - 8,8

Les patients reçus au CHUMEL, ceux de sexe féminin et ceux vivant avec une personne exerçant dans le corps médical ont une meilleure compréhension de l'information donnée sur la gestion de la douleur post-opératoire

DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude portera sur les axes suivants :

- La validité de la méthodologie d‘étude

- L‘atteinte des objectifs
- Commentaires des résultats

4.1. Validité de la méthodologie d’étude

La présente recherche avait pour objectif d‘évaluer l’information donnée aux patients lors de la consultation d’anesthésie au CNHU-HKM et au CHUMEL. C’est ce qui justifie le choix du type d‘étude qui est transversale, descriptive et analytique avec une collecte prospective. Du point de vue méthodologique, l‘échantillonnage a été constitué par un recensement exhaustif de tous les patients adulte admis en CPA. Les sujets inclus dans notre étude remplissaient tous les critères d‘inclusion. L‘organisation de la collecte des données, telle que décrite précédemment, a été rigoureusement respectée. Les variables qui sont dans notre étude ont été recueillies par interview donc d‘une source d‘information fiable. Enfin, les différentes dispositions éthiques que nous avons prises pour garantir le consentement libre et éclairé nous permettent de dire que notre étude reste conforme aux règles d‘étude en milieux hospitaliers. Nous pensons donc que nos résultats sont valables et fiables

4-2 Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude nous avons pu décrire selon le type de patient, le profil épidémiologique notamment: les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le profil des médecins ayant donné l’information. Cette étude nous a permis également d’apprécier l’information donnée aux patients et de déterminer le niveau de compréhension des patients par rapport à l’information donnée lors de la CPA. Les différents résultats issus de ces différents points nous ont permis d‘identifier les facteurs qui influencent la compréhension de l’information donnée aux patients lors de la CPA. Ainsi tous les objectifs que nous nous étions assignés au début de cette étude ont été atteints.

4.3. Commentaire des résultats

Elle s‘articulera autour des points suivants :

La discussion des résultats de notre étude portant sur l'évaluation de l'information délivrée aux patients lors de la consultation d'anesthésie s'articule autour des quatre (4) points suivants :

Elle s'articulera autour des points suivants :

- ❖ Profil sociodémographique et clinique des patients après la consultation d'anesthésie;
- ❖ Le niveau d'information des patients lors de la CPA
- ❖ La compréhension de l'information reçue par le patient lors de la CPA
- ❖ Identification des facteurs influençant la compréhension de l'information délivrée lors de la CPA

4.3.1. Profil sociodémographique et clinique

4.3.1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 38,77 ±1,77 ans. L'âge médian est de 36 ans et les extrêmes d 18 et 70 ans. L'écart type étant de 13.51, La tranche d'âge de 30-40 ans est la plus représentée. Ces résultats ne sont pas loin de ceux retrouvés par Celik et al. en Turquie et Tchaou et al au Bénin qui rapportaient respectivement un âge moyen de 40 ans et 42 ans [14, 49]. De leur côté, Aust et al. ont retrouvé une moyenne plus grande de 52 ans [10]. Cela pourrait s'expliquer par la grande taille de leur échantillon (3200 patients) comparativement aux nôtres et ceux des autres auteurs.

4.3.1.2. Sexe

La sex-ratio était de 0,50 avec 66,5% de femmes. La prédominance féminine a été remarqué dans plusieurs étude de beaucoup d'auteurs. Vilma et al. en Lituanie ont obtenu une proportion de 61,7% [50, 51] ainsi que Kassogué et al. au Mali qui ont obtenu une prédominance féminine de 61%. Néanmoins, Celik et al. de même que Tchaou et al. ont retrouvé une prédominance masculine

respectivement de 52,1% et 56% chacun [14, 49]. La prédominance féminine dans notre population d'étude pourrait s'expliquer par les activités (surtout la césarienne) des services de gynécologie du CHU-MEL et du CNHU-HKM.

4.3.1.3. Niveau d'étude

Le nombre de patients non scolarisé est de 17%, ceux ayant un niveau primaire, secondaire et supérieur sont respectivement de 11,6% ; 29% ; et 42,4%. Il est clair que les proportions des patients ayant un niveau supérieur et secondaire dépassent largement les proportions des patients non scolarisé et des patients du niveau primaire. Ces proportions sont supérieures à celles retrouvées par Kassogué et al. au Mali où la proportion de patients avec un niveau d'instruction universitaire était de 13,4% contre 43,7% pour ceux non scolarisés [50]. Dans le même sens, Tchaou et al. dans leur étude effectuée dans la ville de Parakou retrouvaient une prédominance de patients illettrés (65,3%) [14]. Cette différence s'explique par le fait que notre étude a été réalisée à Cotonou qui représente la capitale économique du pays et où se concentre les différentes couches sociales parmi lesquelles un nombre plus élevé de gens instruits. Aussi, le coût élevé des soins de santé n'est pas accessible à tous. En outre, dans notre contexte, les hôpitaux sont plus fréquentés par les sujets instruits contrairement aux sujets moins instruits qui préfèrent une prise en charge traditionnelle ou occulte de leur maladie.

4.3.1.4 Antécédents d'anesthésie

Dans notre population d'étude, on remarque que plus de 48,86% n'ont pas eu d'antécédent d'anesthésie. Parmi ceux qui ont d'antécédent d'anesthésie il y a 58,59% de patients qui avaient eu une anesthésie locorégionale, 22,66% avait eu une anesthésie générale et 18,75% avait eu à faire les deux anesthésies antérieurement. Ces résultats ne sont pas du tout loin de ceux rapporté par M. Blanc-Jouvan, A. Mercatello dans leur étude sur la valeur de la consultation pré anesthésique avec respectivement 31,5 % d'antécédent d'anesthésie

locorégionale et 9,8 % d'antécédent d'anesthésie générale [8].

4.3.1.5 Classe ASA du patient

Les classes ASA I et ASA II sont les plus représentées dans notre population d'étude car, ils possèdent respectivement 56,95 et 38,6 comme pourcentages. Les classes ASA III et ASA IV sont représentées faiblement avec respectivement 8,7 et 1,6 de pourcentages. Ces résultats se rapprochent de ceux rapportés par Coulibaly et al. [44] au Mali dans leur étude du profil épidémio-clinique des patients en consultation d'anesthésie avec une proportion de 51,4% et 44,5% pour les classes ASA I et II. Egbohou et al. [56] au Togo rapportaient 44% et 41% respectivement pour les classes ASA I et II. Par contre, au Rwanda, Ndoli et al. ont retrouvé une proportion de 81,2% pour la classe ASA I et 18,8% pour la classe ASA II [54]. Leur étude n'a porté que sur ces deux classes. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que dans notre population d'étude, il n'y a eu presque pas de cas d'urgence médicale. Et donc moins de comorbidité.

4.3.2 Le niveau d'informations des patients après la consultation d'anesthésie.

Dans notre pays le Bénin, une étude réalisée par widalf avait révélé que les femmes subissaient des discriminations dans le secteur de la santé et que leur droit à l'information n'était pas souvent respecté [65]. Pourtant, selon Jackan M. le non- respect du droit à l'information conduit au non-respect du consentement éclairé qui est un corollaire du droit à l'information et l'objet de contentieux en cas de préjudice causée [66]. Dans notre étude, sur les 224 patients enquêtés par rapport aux informations sur l'intervention chirurgicale, 201 ont été informés lors de la consultation pré anesthésique de l'indication chirurgicale ; soit un pourcentage de 89,73%. 156 ont été informés du déroulement de l'intervention chirurgicale ; soit un pourcentage de 69,64%. Par rapport aux informations relative à l'anesthésie, 180 patients ont été

informés de la technique d'anesthésie à subir ; soit un pourcentage de 87,9%. 194 patients ont reçu l'information sur le jeûne préopératoire soit un pourcentage de 86,61%. Ces résultats ne sont pas du tout négligeables. Tous ces variables à savoir : l'indication chirurgicale, la technique d'anesthésie et le jeûne préopératoire dépassent largement la moyenne. Cela s'explique par le faite que le médecin rencontré lors de la consultation pré anesthésique a pris le temps de bien expliquer avec les mots qu'il faut, ces différents concepts. Le niveau d'information de ses différentes variables est donc très élevé car la majorité des patients ayant pris par la consultation pré anesthésique ont reçus des informations concernant l'indication chirurgicale, la technique d'anesthésie et le jeûne préopératoire. Il est aussi à noter que plus de 50 % de notre population d'étude déclare n'avoir reçu aucune information sur la gestion de la douleur post opératoire lors de la consultation pré anesthésique ; soit un pourcentage de 64,29% de la population totale. Sur les 224 patients enquêtés, 166 patients n'ont pas reçu d'information sur les complications de l'intervention chirurgicale lors de la CPA ; soit un pourcentage de 74,11%. 180 patients n'ont pas reçu d'information sur les complications de l'anesthésie ; soit un pourcentage de 80,36%. A partis des résultats de ces trois variables à savoir : la gestion de la douleur en post opératoire, les complications de l'intervention chirurgicale et les complications de l'anesthésie, nous constatons que le niveau d'information à totalement baissé, car le nombre de patient qui ne sont pas informé de ses variables est important. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les anesthésistes ne veulent pas crées la peur au niveau des patients. Aussi, a partis des tableaux de nos résultats, nous constatons que sur les 224 patients interrogés, 164 aimeraient avoir plus d'informations sur l'anesthésie et la gestion de la douleur post opératoire ; soit un pourcentage de 73,21 % de la population totale. En plus, 71,88% de la population totale souhaite avoir plus d'information sur l'intervention chirurgicale. Le fait que plus de la moitié de la population souhaite avoir plus d'information sur certains concepts expliquent clairement que le niveau d'information est bas, la majorité de la population

étudiée ne possède pas l'information qu'il faut. Nous pouvons donc conclure que lors des consultations pré anesthésique certains concepts sont bien expliqué par les médecins mais d'autre comme la gestion de la douleur en post opératoire, les complications d'anesthésie et les complications de l'intervention chirurgicale ne sont pas du tout expliqué ni abordé.

4.3.3. La compréhension des patients par rapport à l'information reçue

Recevoir l'information est une bonne chose mais il est aussi très important de savoir si l'information véhiculée lors de la consultation pré anesthésique est comprise par les patients. Dans notre population d'étude, 44,20% déclare avoir totalement compris toutes les informations reçues sur l'intervention à subir, 41,96% de notre population ont compris partiellement les informations reçues sur l'intervention et 13,84% de notre population d'étude n'ont pas du tout compris les informations sur l'intervention à subir. Ces résultats s'expliquent par le fait que l'information est délivrée en langue française qui constitue la la majorité de la langue parlée par notre population d'étude. Aussi par le fait que notre population d'étude est représentée par les patients du niveau supérieur. Ces résultats ne sont pas également loin des résultats qu'ont trouvé M. Blanc-Jouvan, A. Mercatello dans leur étude [8].

Dans notre série d'étude, 7,17% de notre population déclare ne pas du tout compris les informations reçues sur l'anesthésie lors de la consultation pré anesthésique. 38,12% de la population ont reconnu avoir compris partiellement les informations reçues sur l'anesthésie et plus de la moitié soit 54, 5 % de notre population d'étude ont déclarés avoir compris totalement toutes les informations délivrées sur l'anesthésie lors de la consultation pré anesthésique. Ces résultats s'expliquent par le fait que les consultations pré anesthésique se font le plus souvent par les médecins anesthésistes qui prennent le temps de bien expliquer tout le concept qui tourne autour de l'anesthésie.

Nous avons eu dans notre série d'étude, 31,67 % qui ont répondu n'avoir

rien compris sur la gestion de la douleur post opératoire, 36,67% ont déclarés avoir compris partiellement les informations reçus sur la gestion de la douleur et 31,67 % ont déclarés avoir totalement compris les informations sur la douleur post opératoire. Ces résultats expliquent que les médecins anesthésiste-réanimateur n'expliquent pas bien aux patients tous les contours de cette variable.

Nous pouvons donc conclure que les informations médicales délivrée en CPA sur l'intervention, l'anesthésie, le jeûne préopératoire sont bien compris par les patients. Seule l'information donnée sur la gestion de la douleur postopératoire est partiellement comprise par les patients. Il faut donc trouver une solution pour que tous les patients admis en consultation pré anesthésique ressorte avec une compréhension très claire de l'information véhiculée par le médecin.

4.3.4. Identification des facteurs influençant la compréhension de l'information chez les patients

La perception de l'information est influencée par de nombreux facteurs que sont entre autres le sexe féminin, le jeune âge, le niveau d'instruction, l'antécédent de chirurgie, les comorbidités, le type d'intervention chirurgicale [6].

4.3.4.1. Facteurs sociodémographiques et cliniques

- **Facteurs sociodémographiques**

Les facteurs sociodémographiques associés à la perception de l'information les plus retrouvés dans la littérature sont l'âge, le sexe et le niveau d'étude.

- ✓ **Age**

Dans la littérature, les données sur le lien possible entre la compréhension de l'information et l'âge ne s'accordent pas. Certains auteurs rapportent une relation linéaire entre l'âge et le niveau d'information. D'autres auteurs rapportent qu'il n'y aurait aucune association entre la compréhension de l'information et l'âge.

Nos résultats sont en concordance avec ceux de Aust et al. en Allemagne qui ont retrouvé des résultats similaires (p>0,05) [10]. Celik et al. n'ont également retrouvé aucune association entre la compréhension de l'information et l'âge.

- ✓ **Sexe**

Les résultats sur l'association entre la compréhension de l'information et le genre n'est pas toujours significative et plusieurs auteurs ont retrouvé des résultats différents. Dans notre étude, nous avons retrouvés une signification asymptotique inférieure à 5 % (p < 0,0007), il est donc clair qu'il existe une association entre la compréhension de l'information et le sexe. Ceci s'explique par le fait que le CHUMEL qui est l'un de nos centres d'étude reçoit en majorité les femmes et les médecins anesthésiste-réanimateurs qui informent les patients en CPA reçoivent moins de patients en CPA et donc prennent le temps nécessaire pour informer les patients admis en CPA.

- ✓ **Niveau d'étude**

Concernant le niveau d'instruction, la littérature rapporte que les patients lettrés auraient une meilleure compréhension en raison de leur capacité à exprimer leurs craintes. Ils seraient également plus demandeurs d'information. Dans le sens contraire, ceux moins instruits seraient moins informés. Cependant, il pourrait n'exister aucune association entre la compréhension de l'information et le niveau d'étude. Ndoli et al. ainsi que A.W. Seligmann, N.E.

McGRATH, et L. Pratt, aussi n'ont retrouvé aucune association entre le niveau d'étude et la compréhension de l'information (p>0,05) [54, 5]. Par contre, Mulugeta et al. ont retrouvé une association entre le niveau d'étude et la compréhension de l'information [13]. Dans notre étude, la majorité de ceux qui ont un niveau supérieur ont une bonne compréhension de l'information. Deux études précédentes ont les mêmes résultats [40,41]. Par contre plus de la moitié de ceux qui ont un niveau primaire ont partiellement compris l'information véhiculée lors de la consultation pré anesthésique. Ce résultat confirme celui d'études précédentes [44,62]. Abondant dans notre sens, Fields et al retrouvent en CPA une meilleure compréhension des termes médicaux par les patients diplômés d'études supérieures en comparaison de ceux ayant un niveau d'études équivalent au baccalauréat [38]. De même, Briem et al. recueillent un bas niveau de compréhension chez les patients les moins diplômés et 100% de compréhension chez les patients diplômés d'études supérieures [61].

- ✓ **Ethnie**

Selon la littérature il existe un lien entre le niveau de compréhension et la langue parlée par le patient [3]. Mais cette association n'est pas toujours significative. Dans notre étude, plus de la moitié de ceux qui comprennent français ont compris totalement l'information véhiculée lors de la consultation pré anesthésique, soit un pourcentage de 67,5 %. Par contre, seulement 37,5 % de ceux qui parlent yoruba ont partiellement compris l'information. Ces résultats confirment ce que nous avons lu dans la littérature.

- ✓ **Patient vivant avec des personnes exerçantes dans le corps médical**

Dans notre population d'étude, nous constatons une signification asymptotique inférieure à 0,05 % (p=0,02), ce qui nous montre directement qu'il y a un lien d'association entre les patients vivants avec des personnes exerçant dans le corps médical et la compréhension de l'information sur la gestion de la douleur postopératoire. Par contre il n'existe aucun lien

d'association entre les patients vivants avec des personnes exerçantes dans le corps médical et l'information délivrée sur l'anesthésie et l'intervention chirurgicale et le jeûne préopératoire. Nos résultats sont en concordance avec ceux de Aust et al. en Allemagne de même que A.W. Seligmann, N.E. McGRATH, et L. Pratt qui ont retrouvé des résultats similaires [10, 5].

- **Facteurs cliniques**

  - ✓ **Classe ASA du patient**

Selon notre population d'étude, la classe ASA des patients présente un lien d'association avec la compréhension de l'information ($p < 0,05$). Ces résultats se rapprochent de ceux trouvé par C.H. Kindler, L. Szirt dans leur étude [3]. Cependant Sirinan et al. n'ont retrouvé aucune corrélation entre la compréhension de l'information et la classe ASA [21].

  - ✓ **Antécédents d'anesthésie antérieure**

Dans notre population d'étude, nous constatons que les variables antécédents d'anesthésie et la compréhension de l'information ne possèdent pas de lien d'association. Leur croisement nous a donné une valeur de khi² égale à 0,345, un degré de liberté égale à 2 et une signification asymptotique égale à 0,842. Etant donné que $p > 5\%$, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas d'association entre les deux variables. Ces résultats ne sont pas loin de ceux trouvés par Mulugeta et al. qui rapportaient que les patients ayant d'antécédent d'anesthésie ne possédaient pas de lien d'association avec la compréhension de l'information délivrée lors de la consultation pré anesthésique [13].

4.3.5. Proposition d'un support d'information adapter à notre contexte

Afin de pouvoir garantir une très bonne compréhension de l'information véhiculé lors de la consultation pré anesthésique, nous proposons un support d'information adapter à notre contexte.

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES PATIENTS ADMIS EN CONSULTATION D'ANESTHESIE-REANIMATION POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE :

Madame, Monsieur,

Vous, ou votre enfant, allez subir prochainement une intervention chirurgicale. Pour que celle-ci se déroule le mieux possible et sans douleur, une anesthésie sera nécessaire. Cette fiche a pour objectif de vous préparer à l'entretien que vous aurez avec le médecin anesthésiste, qui vous informera personnellement du déroulement de l'anesthésie, des avantages et des inconvénients des différentes techniques, vous permettant de choisir la plus adaptée à votre intervention. Vous aurez l'occasion de lui poser toutes vos questions possibles.

Nous vous remercions de lire attentivement le présent document afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée.

I- Définition de quelques termes d'anesthésie :

a- Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical (accouchement par exemple) ou médical (endoscopie, radiologie, etc.) en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie: l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

b- L'anesthésie générale

L'anesthésie générale est un état de sommeil artificiel profond, produit par l'administration de médicaments. La perception de la douleur est neutralisée et le patient est inconscient. La respiration est assistée dans la plupart des cas. Certains actes chirurgicaux peuvent être réalisés sous sédation, qui est une forme d'anesthésie générale légère.

c- L'anesthésie locorégionale

Elle consiste à n'endormir que la partie du corps concernée par l'opération en injectant un anesthésique local. Le patient peut rester éveillé, écouter de la musique ou somnoler avec une sédation. La réalisation de l'anesthésie peut nécessiter plusieurs tentatives. En cas d'insuffisance ou d'échec de la technique, une anesthésie générale peut être alors nécessaire. Les principales techniques d'anesthésies locorégionales sont les suivantes :

- **Les anesthésies péries médullaires:** rachidienne ou péridurale. L'abord se fait dans les deux cas par voie dorsale. Après injection du médicament, le patient ressent une sensation de chaleur, de lourdeur et finalement une insensibilité dans le ventre et les membres inférieurs.
- **L'anesthésie tronculaire :** cette technique permet d'endormir un ou des nerfs qui contrôlent la sensibilité du membre ou de la région à opérer.
- **L'anesthésie combinée :** lors d'interventions majeures ainsi que chez les enfants, l'anesthésie générale peut parfois être combinée à l'anesthésie locorégionale afin d'améliorer le traitement de la douleur postopératoire.

II- Comment serez-vous surveillé pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

Toute anesthésie, qui présente aujourd'hui un très haut degré de sécurité, se déroule dans une salle équipée du matériel adéquat, adapté au patient et vérifié avant utilisation. Le matériel utilisé est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé entre chaque patient. Pendant toute la durée de l'intervention un anesthésiste sera à vos côtés pour assurer le maintien de l'anesthésie et vous surveiller.

Après l'intervention, vous serez transféré en salle de réveil où un infirmier contrôlera votre état de conscience et adaptera le traitement de la douleur avant le transfert dans la chambre, sous la responsabilité du médecin anesthésiste.

Une intervention importante ou complexe peut nécessiter un séjour aux soins intensifs.

III- Quels sont les risques d'une anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des connaissances mises à jour, comporte malheureusement des risques. Les conditions de surveillance de l'anesthésie et en salle de réveil permettent de les limiter.

D'autres risques sont à prendre en considération si des mesures particulières doivent être mises en œuvre, par exemple mise en place d'une voie veineuse centrale. D'autre part, tout acte chirurgical ou obstétrical comporte un risque d'hémorragie et donc de transfusion.

Il ne faut pas hésiter à signaler au médecin anesthésiste et au personnel infirmier, chargés de la surveillance, tous les maux que vous pourriez ressentir pendant ou après une anesthésie.

a- Les risques en cas d'anesthésie générale

Des nausées et des vomissements peuvent survenir, mais ils sont moins fréquents actuellement, grâce aux nouvelles techniques et médicaments. Les risques d'inhalation de liquide gastrique pouvant causé une pneumonie sont rares, pour autant que les consignes de jeûne soient respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée pour assurer la respiration pendant l'anesthésie générale, peut provoquer des douleurs de gorge ou des enrouements passagers ainsi que des traumatismes dentaires. A ce propos, il est important de signaler à votre médecin anesthésiste tout port d'appareil ou une fragilité dentaire particulière.

L'injection intraveineuse de médicaments peut provoquer une sensation de brûlure dans le membre et une rougeur au niveau de la veine.

La position prolongée sur une table d'opération peut entraîner la compression de certains nerfs avec apparition d'engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. En général, ces atteintes guérissent complètement en quelques jours ou semaines.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme l'allergie sévère, l'arrêt cardiaque ou l'asphyxie sont très rares.

b- Les risques en cas d'anesthésie locorégionale

Après une anesthésie péri médullaire, des maux de tête peuvent survenir et nécessiter une prise en charge particulière. L'impossibilité d'uriner nécessite parfois la pose d'une sonde urinaire. Des douleurs au point de ponction sont possibles. Des démangeaisons passagères sont possibles lors de l'utilisation de dérivés de la morphine par voie péri médullaire.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou partielle sont extrêmement rares.

IV- Consentement à la procédure anesthésique

J'ai lu le document « Information et consentement éclairé concernant l'anesthésie »

Au cours de la consultation d'anesthésie avec le Dr....., j'ai été dûment informé(e) des avantages et des risques de l'anesthésie dans mon cas.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai compris les réponses fournies.

J'accepte que l'anesthésie puisse être prise en charge par un autre médecin anesthésiste du département. J'accepte les modifications des techniques anesthésiques qui pourraient s'avérer nécessaires pendant mon intervention.

J'accepte la transfusion de sang ou de ses dérivés si elle est jugée indispensable par le médecin anesthésiste.

Date : .....

Le/la patient(e), ou le/la représentant(e) légale : .....

Signature :

Le/la traducteur (trice) : .....

Signature :

Le médecin anesthésiste : .....

Signature :

Limites de l’étude

Notre étude présentait une limite qui pourrait être abordée dans une recherche future. Il est vrai qu’elle a fourni des informations précieuses sur le niveau d’information délivrée aux patients lors de la consultation d’anesthésie.

Tout d'abord, l'évaluation de l'information a eu lieu en consultation pré-anesthésique après l’entrevue avec le médecin anesthésiste sans tenir compte du délai de l’entretien en CPA. Le patient x qui passe 5 minutes en CPA ne peut pas avoir le même niveau d’information avec le patient y qui passe 15 minutes en CPA. Il serait donc préférable que les recherches futures évaluent le temps moyen qu’un patient doit passer en consultation pré anesthésique pour avoir un bon niveau d’information

En second lieu, les informations évaluées n’ont pas été recueilli directement de la CPA, mais du formulaire de la SFAR. Ce qui peut être un biais pour le niveau d’information du patient.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur l'évaluation de l'information donnée aux patients lors de la consultation pré anesthésique nous pouvons retenir ce qui suit :

Notre population d'étude est composée de patients avec un âge moyen de 38,78 avec des extrêmes de 18 et 70 ans. Une prédominance féminine (66,5%) a été observée avec une sex-ratio de 0,50 et un niveau d'étude supérieur pour la majorité (42,4%). Plus de la moitié des patients ont eu une expérience d'antécédent d'anesthésie (57,1%).

Les résultats de cette étude ont montré que 89,7% ; 80,4% ; 86,61% de notre population totale ont respectivement un niveau élevé de l'indication opératoire, de la technique d'anesthésie et du jeûne préopératoire. Par contre, 64,3% ; 80,4% ; 74,11% de notre population d'étude ont respectivement un faible niveau de la gestion de la douleur, de la complication d'anesthésie et de la complication de l'intervention chirurgicale.

Nous pouvons cités parmi les facteurs influençant la compréhension de l'information, le niveau d'étude avec plus de 50% de compréhension totale de l'information pour tous ceux qui ont un niveau d'étude supérieur. L'ethnie aussi est un facteur influençant car seulement 37,5% des yoruba ont compris l'information véhiculé lors de la consultation pré anesthésique. La classe ASA du patient ($p = 0,006$) et l'environnement immédiat du patient sont facteurs qui influencent la compréhension de l'information délivré par l'anesthésiste lors de la consultation pré anesthésique.

Au total, nous pouvons conclure que l'anxiété périopératoire est une réalité dans notre milieu hospitalier. Les donneurs d'informations (les DES, les spécialistes en anesthésie réanimation et les professeurs en anesthésie réanimation) doivent faire le nécessaire pour assurer un bon niveau

d'information chez le patient.

La disponibilité d'un formulaire d'information pourrait être une bonne alternative pour pouvoir informer les patients en CPA et pour faciliter leur compréhension.

SUGGESTIONS

- **Aux autorités politico-administratives**

✓ Créer des petits vidéos véhiculant les informations dont le patient à besoins dans toutes les langues du Bénin,

✓ Recruter un personnel suffisant pour diminuer la charge de travail afin d'équilibrer le ratio anesthésiste/patient.

- **A l'endroit des professionnels de santé du CNHU-HKM et du CHUMEL**

✓ Prendre conscience de la responsabilité médicale dans le respect du droit des patients à l'information.

✓ Préférer une relation de soins basée sur le mode informatif,

✓ Informer les patients sur tous les différents termes médicaux dont ils ont besoin,

✓ Communiquer avec les patients de manière à être sûr qu'ils ont un bon niveau d'information

- **A l'endroit des patients en visite pré anesthésique**

✓ S'impliquer dans le processus de soins en s'intéressant à leur état de

santé,

- ✓ Demander de l'aide quand le besoin se fait sentir
- ✓ Rechercher l'information appropriée auprès de personnes ressources.
- ✓ Créer des groupes ou associations de patients souffrants pour la défense de leur droit à l'information.
- ✓ Revendiquer le respect de leur droit à l'information chaque fois qu'ils ne l'ont pas.

REFERENCES

[38] A.M. Fields, C.S. Freiberg, A. Fickenscher, K.H. Shelley, Patients and jargon: are we speaking the same language?, J. Clin. Anesth. 20 (2008) 343–346. doi:10.1016/j.jclinane.2008.02.006.

[40] L. Pratt, A. Seligmann, G. Reader, Physicians' views on the level of medical information among patients, Am. J. Public Health Nations Health. 47 (1957) 1277–1283.
[41] A.W. Seligmann, N.E. McGRATH, L. Pratt, Level of medical information among clinic patients, J. Chronic Dis. 6 (1957) 497–509.
[44] F.C. Redlich, The Patient's Language: An Investigation into the Use of Medical Terms, Yale J. Biol. Med. 17 (1945) 427–453.

[61] B. Briem, T. Karlsson, G. Tryggvason, O. Baldursson, [Public comprehension of medical terminology.], Læknablaðið. 90 (2004) 111–119. [62] L.S. Lehmann, F.L. Brancati, M.C. Chen, D. Roter, A.S. Dobs, The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care, N. Engl. J. Med. 336 (1997) 1150–1155. doi:10.1056/NEJM199704173361606. [

[7] A.Wolff J. Scemama-Clergue. Rev Med Suisse 2002 ; volume - 2.22621
[6] haute autorité de santé (HAS) : recommandation de bonne pratique : délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

[1] Beydon L, Dima

[2] E. Anxiété périopératoire: évaluation et prévention. Prat Anesth Reanim. 2007;11(3):161-0.

[3] Tchoua R. Le confort du patient à l'hopital. Rev afr anesth méd urg. 2018;23(2):1.

[4] C.H. Kindler, L. Szirt, D. Sommer, R. Häusler, W. Langewitz, A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit, Anaesthesia. 60 (2005) 53–59. doi:10.1111/j.1365-2044.2004.03995.x.

[5] Kumar A, Dubey P, Ranjan A. Assessment of Anxiety in Surgical Patients:An Observational Study. Anesth Essays Res. 2019;13(3):503-8.

[6] A.W. Seligmann, N.E. McGRATH, L. Pratt, Level of medical information among clinic patients, J. Chronic Dis. 6 (1957) 497–509.

[7] Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. Anesth Analg. 2000;90(3):706-2.

[8] Wright KD, Stewart SH, Finley GA, Buffett-jerrott SE. Prevention and Intervention Strategies to Alleviate Preoperative Anxiety in Children:A Critical Review. Behav Modif. 2007;31(1):52-9.

[9] M. Blanc-Jouvan, A. Mercatello, D. Long, M.P. Benoit, M. Khadraoui, C. Némoz, M. Gaydarova, J.P. Boissel, J.F. Moskovtchenko, [The value of anesthesia consultation in relation to the single preanesthetic visit], Ann. Fr. Anesthèsie Rèanimation. 18 (1999) 843– 847.

[10] Wattier JM, Barreau O, Devos P, et al. Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions. Ann Fr Anesth Reanim. 2011;30(7-8):533-7.

[11] Aust H, Eberhart L, Sturm T, et al. A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. J Psychosom Res. 2018;111:133-9.

[12] Kamau A, Mung'ayi V, Yonga G. The Effect of a Preanaesthesia Clinic Consultation on Adult Patient Anxiety at a Tertiary Hospital in Kenya:A Cohort Sudy. Afr Health Sci. 2017;17(1):138-6.

[13] Shevde K, Panagopoulos G. A Survey of 800 Patients' Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia. Anesth Analg. 1991;73(2):190-8.

[14] 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 Anesthesiol. 2018;18(1)155.

[15] Tchaou BA, Djidonou A, Tognon TF, et al. Vécu psychologique préopératoire et croyances chez les patients adultes programmés pour une intervention chirurgicale à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin. Ann
Fr Anesth Reanim. 2014;33: 576-0.

[16] Sourzac J, Berger V, Conri V. L'impact de l'hypnose conversationnelle sur l'anxiété pré et post opératoire des patientes en chirurgie gynécologique versus pratique courante:étude comparative. Rech Soins Infirm. 2018;135:83-0.

[17] Yip P, Middleton P, Cyna AM, Carlyle AV. Cochrane Review:Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. A Cochrane Rev J. 2011;6:71-34.

[18] Gavazzi M, De Lattre S, Bernard C, et al. Comment évaluer et gérer la douleur en réanimation ? Congrès de la Société Francaise d'Anesthésie et de Réanimation. 2019.

[19] Wang S-M, Kulkarni L, Dolev J, Kain ZN. Music and Preoperative Anxiety:A Randomized, Controlled Study. Anesth Analg. 2002;94(6):148994.

[20] Chabay E, Chinouilh M, Pignoux C, Fontaine B. Accueil au bloc opératoire:prise en charge de l'anxiété. Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. Elsevier. 2009;51:1-7.

[21] Kim MJ, Oh HK, Lee KC, et al. Effects of an Internet-based informational video on preoperative anxiety in patients with colorectal cancer. Ann Surg Treat Res. 2019;96(6):290-5.

[22] Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)-The First Trial of a German version. Psychosoc Med. 2007;4:Doc01.

[23] Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. Can J Anesth. 2002; 49(8):792-8.

[24] Poirot I. Méthodes d'évaluation des troubles anxieux (2e partie). Médecine du Sommeil. 2005;2(6):37-40.

[25] Schaffer D, Castellanos FX. Troubles anxieux. in: Crocq M, Guelfi JD,editors. DSM-5. Paris:Elseivier Masson. 2015;193-237.

[26] Belon JP. Anxiety and anxiety disorders. Actual Pharm. 2019;58(590):18-
2.

[27] Bridou M, Aguerre C. L'anxiété envers la santé:définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. Ann Med Psychol. 2012;170(6):375-
1.

[28] Gay MC, Marmion D. Lien entre anxiété et complications postopératoires en chirurgie dentaire. Ann Med Psychol. 2009;167(4):264-1.

[29] Bordenave L. Peut-on ne pas prémédiquer ?. Prat Anesth Reanim. 2017;21(2):90-4.

[30] Faiz N, Mouilly M, Ahami AOT, et al. Study of anxiety trait and anxiety state in anemic children: Region of Chefchaouen in northern Morocco. Neuropsychiatr Enf Adolesc. 2020;68:55-7.

[31] Palazzolo JÔ, Arnaud J. Anxiété et performance: De la théorie à la pratique. Ann Med Psychol. 2013;171(6):382-388.

[32] Marjorie D. L ' humour face à l ' anxiété préopératoire « Faites de beaux rêves ».[Mémoire; Médecine humaine et pathologie]. ISFI d'Arras. 2017.

[33] Rumani J. Prise en charge de l'anxiété en odontologie pédiatrique:Alternatives à l'utilisation des substances médicamenteuses. [Mémoire, Médecine humaine et pathologie]. DUMAS. 2016.

[34] Miller SM. Coping with Impending Stress:Psychophysiological and Cognitive Correlates of Choice. Psychophysiology. 1979;16(6):572-1.

[35] Robert B. Mesure de l'anxiété préopératoire par l'échelle visuelle analogique. [Mémoire]. CHU de Poitiers. 2017.

[36] Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernández A, et al. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Health Qual Life Outcomes. 2017; 15(1):120.

[37] Yumul R, Ahdout J, Goodman A, et al. Assessment Of Preoperative Anxiety Using Visual Facial Anxiety Scale:An Alternative To The Verbal Rating Scale? Med Res Arch. 2015;2(2):8-15

[38] Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, et al. Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Nephrol Ther. 2009;5(3):193-0.

[39] Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Hoosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Anesth Analg 1996; 82(3):445–51.

[40] Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevila X, et al. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Health Qual Life Outcomes. 2013;11:166.

[41] Lemaitre S, Blumen-Ohana E, Akesbi J, et al. Evaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients necessitant une chirugie filtrante du glaucome. J Fr Ophtalmol. 2014;37:47-3.

[42] Haberer JP. Consultation préanesthésique. Encycl Méd Chir. AnesthésieRéanimation. 36-375.A.05. 2012.

[43] Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. Minerva Anestesiol. 2018;84(11):1307-17.

[44] Dureuil B. La prémédication en 2015 chez l'adulte. Med Conf Essential. 2015;1-20.

[45] Diallo D, Coulibaly M. Patients en consultation d'anesthésie : profil clinique et risque opératoire. [Thèse, Medecine]. Faculté de Medecine et d'Odontostomatologie. 2013.

[46] Minville V, Tran C, Albaladejo P. Preanaesthetic consultation:The essentials. Prat Anesth Reanim. 2013;17(2):106-11.

[47] Mitchoagan E. Classification «ASA» et évènement indésirable perioperatoire en chirurgie d'urgence au CHU GABRIEL TOURE. [Thèse,Mdecine]. Faculté de Medecine et d'Odonto-stomatologie. 2019.

[48] Bachelart M, Bioy A. Alliance thérapeutique, douleur et méthodes corporelles. Thérapie à médiation corporelle et douleur. 2013;61-3.

[49] Kavak Akelma F, Altınsoy S, Arslan MT, et al. Effect of favorite music on postoperative anxiety and pain. Der Anaesth. 2020;

[50] Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. Eur J Med Res. 2018;23(1).

[51] Kassogué A,Beye SA,Mangané MI et al. L'anxiété préopératoire en milieu chirurgical africain:cas du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Gabriel Touré au Mali. Rev afr anesth méd urg. 2018;23(2):3-8.

[52] Kuzminskaitė V, Kaklauskaitė J, Petkevičiūtė J. Incidence and features of preoperative anxiety in patients undergoing elective non-cardiac surgery. Acta med Litu 2019;26(1):93-100.

[53] Abadi F, Abadi F, Fereidouni Z, et al. Effect of Acupressure on Preoperative Cesarean Section Anxiety. J Acupunct Meridian Stud. 2018;11(6):361-66.

[54] Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, et al. Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26:e3107.

[55] Ndoli MJ, Rampanjato M, Aguemon AR. Evaluation des effets du dichlorate d'hydroxyzine sur l'anxiete préopératoire et appréciation de l'information donnée aux malades. 2012;69:15-3.

[56] Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical rating. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30:758-3.

[57] Egbohou P, Tomta K, Mouzou T, et al. Profil épidémiologique des patients en consultation d'anesthésie au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Med Afr noire. 2014;61(8):51-5.

[58] Mackenzie JW. Daycase anaesthesia and anxiety A study of anxiety profiles amongst patients attending a Day Bed Unit. Anaesthesia. 1989;44: 437-40.

[59] Fournier B, Lecluze J, Colat ML, et al. Anxiety and satisfaction after implantable chamber placement for cancer. Med Palliat. 2019;18:21-5.

[60] Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients - Experience of a single unit. Acta Anaesthesiol Taiwanica. 2012;50(1):3-6.

[61] Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative NeedsBased Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery:A Randomized Controlled Trial. World J Surg. 2018;42(3):666-4.

[62] Albaladejo P, Mann C, Moine P, et al. Impact d'une feuille d'information sur la satisfaction des patients en anesthesie. Ann Fr Anesth Reanim. 2000;19(4):242-8.

[63] Lemaître S, González-Candial M. Evaluation of anxiety and pain in eyelid surgery patients:a pilot study. Can J Ophthalmol. 2019;54(6):723-6.

[64] Albaladejo P, M.A.nn C, Ribeyrolles D, et al. La satisfaction du patient en anesthésie:≪ Rassuré mais pas informé ≫. Ann Fr Anesth Reanim. 1998;17:996.

[65] Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. Acta Anaesthesiol Scand. 2001;45(3):298-7.

[66] WILDAF – Bénin, WANEP Bénin, RIFONGA Bénin

Rapport alternative : le Bénin et la convention des nations unies de Novembre 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Cotonou WILDAF – BENIN ; 2005

[67] Jackan M. Les conséquences de l'article 7 de la charte des droits et libertés pour les défenses en soins de santé au Canada. Ottawa : Université d'ottawa ; 2002

ANNEXE

Annexe 1 : Classification ASA

- ASA 1: patient sain
- ASA 2: patient présentant une affection systémique modérée (diabète équilibré, hypertension contrôlée, anémie, bronchite chronique, obésité morbide)
- ASA 3: patient présentant une affection systémique sévère qui limite l'activité (angor, BPCO, ATCD d'IDM)
- ASA 4: patient présentant une pathologie avec risque vital permanant (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale anurique)
- ASA 5 patient dont l'espérance de vie n'excède pas 24h

Annexe 2 : Fiche d'enquête

Consultation d'anesthésie : évaluation de l'information délivrée aux patients

Identification :

Date De L'enquête :

Site De Collecte CNHU ☐ CHU-MEL ☐

I- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1- Age de l'enquêté ☐

2- Sexe de l'enquêté Masculin ☐ Féminin ☐

3- Principale langue parlée o Français o Goun o Fon o Yoruba

Langue secondaire :

4- Niveau d'instruction

Aucune instruction ☐

Primaire ☐

Secondaire 1 ☐

Secondaire 2 ☐

BAC ☐

Licence ☐

BTS ☐

Master ☐

Doctorat ☐

5-Profession

Employée d'état ☐ Ouvrier ☐

Employée dans le privé Etudiant ☐

Artisan ☐ Elève ☐

Ménagère ☐

Préciser autre profession :

6-Vivez-vous avec des personnes exerçantes dans le corps médical

OUI ☐ NON ☐

Si oui préciser:

II- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

7- Antécédents d'anesthésie antérieure Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser

Anesthésie locorégionale ☐ Anesthésie générale ☐ Les deux ☐

8-Motif de consultation :

9- Classe ASA du patient

ASA I : patient ne présentant aucune anomalie systémique ☐

ASA II : patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction ☐

ASA III : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraine pas d'incapacité ☐

ASA VI : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction invalidante et qui met en jeu le pronostic vital ☐

III- PERSONNE QUI A DONNEE L'INFORMATION

10-Personne qui a donné l'information

DES ☐

Spécialiste en anesthésie-réanimation ☐

Professeur en anesthésie-réanimation ☐

IV- INFORMATIONS RELATIVES A L'INTERVENTION, A L'ANESTHESIE ET A LA DOULEUR

11- Avez-Vous Eté Informé Du Type D'intervention/Acte Opératoire

Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser le type d'intervention :

12- Avez-vous été informé de l'indication opératoire ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser l'indication :

13-Avez-vous reçu des informations sur le déroulement de l'intervention ?

Oui ☐ Non ☐

14-Avez-vous reçu des informations sur les différentes complications de l'acte ?

Oui ☐ Non ☐

15-Avez-vous compris les informations reçues sur l'intervention a subir?

Pas du tout ☐ Partiellement compris ☐ Totalement compris ☐

16-Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations sur l'intervention ?

Oui ☐ Non ☐

17-Avez-vous été informé du type d'anesthésie à subir ?

Oui ☐ Non ☐

18-Avez-vous été informé de la technique d'anesthésie à subir?

Oui ☐ Non ☐

19-Avez-vous été informé des complications de l'anesthésie ?

Oui ☐ Non ☐

20-Avez-vous compris les informations reçues sur l'anesthésie?

Pas du tout ☐ Partiellement compris ☐ Totalement compris ☐

21-Avez-vous été informé du jeune préopératoire ?

Oui ☐ Non ☐

22-Avez-vous été informé de la gestion de la douleur post opératoire ?

Oui ☐ Non ☐

23-Avez-vous compris les informations reçues sur la douleur?

Pas du tout ☐ Partiellement compris ☐ Totalement compris ☐

24-Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations sur l'anesthésie et la douleur post opératoire?

Oui ☐ Non ☐

25-Avez-vous reçu toutes les réponses à vos questions au cours de la consultation

d'anesthésie ?

Pas du tout ☐ Partiellement Reçus ☐ Totalement reçus ☐

26- Avez-vous l'impression que la consultation d'anesthésie vous a été utile ?

Pas du tout ☐ Partiellement utile ☐ Totalement utile ☐

27- Avez-vous été rassuré par la consultation d'anesthésie ?

Pas du tout ☐ Partiellement rassuré ☐ Totalement rassuré ☐

28- Quelle est actuellement votre niveau d'information après la consultation pré anesthésique

N'a pas changé ☐ Mauvais ☐ Moyen ☐

Bon ☐

Annexe 3 : Autorisations de recherches

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

01 BP: 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

N°0878/MS/CNHU-HKM/DGA/DAM

Cotonou, le 12 AOU 2020

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de recueil de données.

Références : - Bordereau N° 135/MS/CNHU-HKM/DAM/CUPAR du 07 août 2020.
- Bordereau N° 228/MS/CNHU-HKM/DGA/DAM du 06 août 2020.
- Lettre de Mademoiselle HOUNVENOU Esther en date du 14 juillet 2020.

Dans le cadre de son travail de fin d'études portant sur le thème « **Evaluation de l'information données aux patients lors de la consultation d'anesthésie**», Mademoiselle **HOUNVENOU Esther**, étudiante en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à recueillir des données auprès des patients qui seront programmés pour une consultation d'anesthésie à la **Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie et de Réanimation** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA de Cotonou.

Le Chef de Clinique et les Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux informations.

La présente note de service est valable du **17 août au 17 octobre 2020 inclus.**

NB : Les dossiers médicaux doivent être consultés sur place.

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Le Directeur Général HKM

Koffi Alexandre SOSSOU

Ampliations :

- Directrice Générale Adjointe
- Directeur des Ressources Humaines
- Chef de la CUPAR
- Surveillants
- Intéressée
- Archives (02)
- Chrono

G

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU – MEL)
****
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
****
SERVICE GESTION PREVISIONNELLE, FORMATION ET EVALUATION
****

01 BP 10
COTONOU
Tél. : +229 21-34-96-38 / 65 19 38
hounvenou@gmail.com
lokolo@gmail.com

intertek
0015494-00

N° 2095 /2020/MS/CHU-MEL/DRH/SGPFE/SA

Cotonou, le 21 JUIL 2020

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Je soussigné **Lambert LOKO TONOUDJI**, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), autorise la nommée **HOUNVENOU Esther,** étudiante en septième année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi, à collecter dans ledit centre, des données dans le cadre de sa recherche qui porte sur le thème **« EVALUATION DE L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS LORS DE LA CONSULTATION D'ANESTHESIE »** pendant la période allant du 21 Juillet 2020 au 15 Septembre 2020.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Lambert LOKO TONOUDJI

AMPLIATIONS
Direction des Affaires Médicales 1
Service Anesthésie -Réanimation 1
Intéressée 1
Chrono/Archives 1

H

Table des matières

DEDICACES……I
REMERCIEMENTS……V
HOMMAGES……VII
SOMMAIRE……...XI
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS……. XII
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX……XIV
INTRODUCTION……1
1. GENERALITES……..……..4
1.1. Définition et concepts…….……5
1.2. Cartographie de l'information médicale …….……6
1.2.1. Nature de l'information médicale ……6
1.2.2. Composantes du droit des patients à l'information …….……8
1.2.3. Les modalités de transmission de l'information médicale …….....10
1.3. La consultation pré anesthésique (CPA)……..……..12
1.4. Visite pré anesthésique (VPA)…….....13
1.5. Historique du droit à l'information…….…...13
1.5.1. Pays en développement…….…….14
1.5.2. Pays développés……..……15
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE……18
2.1. Cadre d'étude…….…19
2.1.1. Le CHU-MEL…….....19
2.1.2. Le CNHU/HKM……..……21
2.2. Méthodes d'étude……..….23
2.2.1. Type et durée de l'étude……..……23
2.2.2. Population d'étude……..…24
2.2.3. Echantillonnage……...……24
2.2.4.Opérationnalisation des variables …….....24
2.2.4.1 Variable dépendante……..…...24

2.2.4.2 Variables indépendantes……..……....25

2.2.5. Collecte des données…….……...…...25

2.2.5.1. Outils de collecte des données ……25

2.2.5.2. Source de données……25

2.2.5.3. Technique de collecte……..25

2.2.6. Traitement et analyse des données……..…...26

2.2.7. Considérations éthiques……..……26

2.2.7.1 Dispositions administratives……..……...26

2.2.7.2 Dispositions pratiques sur le terrain…….…..……26

3. RESULTATS……....27

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques……...…29

3.1.1.Age…….……..……29

3.1.2. Le sexe…….. …….....29

3.1.3. La langue parlée et le niveau d'instruction…….……....30

3.1.4. Profession et patients vivant avec des personnes exerçantes dans le corps médical…….. .30

3.2. Caractéristiques cliniques des patients et la personne ayant délivrée l'information…….…….....….31

3.2.1. Antécédents d'anesthésie antérieure……..…31

3.2.2. La classe ASA du patient……...……..……..….32

3.2.3. Personnes qui a donnée l'information……....32

3.3. Information relative à l'intervention, l'anesthésie et à la douleur……..33

3.3.1. Quelque information relative à l'intervention ……...33

3.3.2. Compréhension sur les informations reçus sur l'intervention à subir.....34

3.3.3. Besoins de plus d'information sur l'intervention ou non……...…34

3.3.4. Quelque information relative à l'anesthésie…….…..35

3.3.5. Information par rapport au jeune opératoire…….……..35

3.3.6. Information par rapport à la gestion de la douleur post opératoire……..36

3.3.7. Compréhension sur les informations reçus sur la douleur …….....36

3.3.8. Besoins d'information sur la douleur post opératoire et l'anesthésie……...…37

3.3.9. Compréhension et l'utilité de la consultation d'anesthésie……37

3.4. Croissement des variables avec le niveau d'information……..…38

3.4.1. Croissement entre les variables âge et le niveau d'information…....38

3.4.2. Croissement entre les variables sexe et le niveau d'information …….....39

3.4.3. Croissement entre les variables niveau d'étude et le niveau d'information ……..…39

3.4.4. Croissement entre les variables langue parlée et le niveau d'information……..……..41

3.4.5. Croissement entre les variables patiente qui vivent avec des personnes exerçants dans le corps médicale et le niveau d'information ……..…...42

3.4.6. Croissement entre les variables classe ASA des patients et le niveau d'information ……...……....43

3.4.7. Croissement entre les variables antécédent d'anesthésie et le niveau d'information ……...……....44

3.4.8. Croissement entre les variables Motif de consultation et le niveau d'information …….....44

4. DISCUSSION……...……46

4.1. Profil sociodémographique et clinique……47
4.1.1. Age ……..……...49
4.1.2. Sexe……...49
4.1.3. Niveau d'étude ……50
4.1.4. Antécédent d'anesthésie antérieure……...48
4.1.5. Classe ASA du patient……...49
4.2. Le niveau d'information des patients après la consultation d'anesthésie……..52
4.3. La compréhension des patients par rapport à l'information reçus….53
4.4. Identification des facteurs influençant la compréhension de l'information chez les patients …….....53
4.4.1. Facteurs sociodémographiques et cliniques……...……55
4.4.1.1. Facteurs sociodémographiques……53
4.4.1.2. Facteurs cliniques……
4.5. Proposition d'un support d'information adapter à notre contexte…...57
CONCLUSION ET SUGGESTIONS……..……59
REFERENCES ……...63
ANNEXES……A
TABLE DES MATIERES……I

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Informer le patient avant l'acte opératoire est de nos jours primordial en médecine. La perspective de se faire opérer, la peur de souffrir ou de mourir et l'idée de devoir rester à l'hôpital peuvent engendrer beaucoup de chose chez le patient. Cependant, la préparation psychologique du patient avant l'intervention chirurgicale demeure vraisemblablement le remède le plus efficace. Cette préparation passe inéluctablement par l'établissement d'une communication effective entre l'anesthésiste et le patient. Cette mise en confiance du patient permettra à ce dernier d'avoir un bon niveau d'information.

Objectif : Evaluer le niveau d'information des patients après la consultation d'anesthésie.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale analytique. La collecte des données avait porté sur une durée de 3 mois environ, allant du 21/07/2020 au 17/10/2020. Nous avons opté pour un recensement exhaustif de tous les patients ayant consultés durant la période concernée et qui répondent aux critères d'inclusion. Toutes les données recueillies durant la période de l'étude, ont été stockées et codifiées pour l'analyse statistique ; les données statistiques collectées ont été traitées, saisies et analysées dans un format Excel, Epi-info et SPSS. Cette analyse statistique est descriptive et analytique.

Résultats : Les résultats de cette étude ont montré que 86,6% ; 89,7% ; 87,9% ; 80,4% de notre population totale ont respectivement un niveau élevé du type d'intervention, de l'indication opératoire, du type d'anesthésie et du technique d'anesthésie. Par contre, 64,3% ; 80,4% de notre population d'étude ont respectivement un faible niveau de la gestion de la douleur et de la complication d'anesthésie. Nous pouvons cités parmi les facteurs associés à la compréhension de l'information le niveau d'instruction avec 100% de compréhension totale de l'information pour tous ceux qui ont un niveau doctoral. La langue parlée est aussi un facteur influençant car seulement 37,5% des yoruba ont compris l'information véhiculé lors de la consultation pré anesthésique. La classe ASA du patient ($p = 0,006$) et le motif de consultation ($p = 0,015$) sont aussi des facteurs qui influencent la compréhension de l'information délivré par l'anesthésiste lors de la consultation pré anesthésique.

Conclusion : Cette étude montre un niveau d'information bas chez certains patients après la consultation pré anesthésique au CNHU-HKM et au CHU-MEL. Les donneurs d'informations (les des, les spécialistes en anesthésie réanimation et les professeurs en anesthésie réanimation) doivent faire le nécessaire pour assurer un bon niveau d'information chez tous les patients.

Mots clés : Consultation pré anesthésique, information, patient.

ABSTRACT

Introduction: Informing the patient before the surgery is essential in medicine today. The prospect of having surgery, the fear of suffering or dying, and the idea of having to stay in hospital can create a lot of things in the patient. However, the patient's psychological preparation before surgery is likely to be the most effective remedy. This preparation inevitably involves establishing effective communication between the anesthesiologist and the patient. This confidence building will allow the patient to have a good level of information.

Objective: To assess the level of patient information after the anesthesia consultation.

Method: This was a cross-sectional analytical study. The data collection lasted approximately 3 months, from 21/07/2020 to 17/10/2020. We opted for a comprehensive census of all patients who had consulted during the relevant period and who met the inclusion criteria. All data collected during the study period were stored and coded for statistical analysis; the collected statistical data were processed, captured and analysed in Excel, Epi-info and SPSS format. This statistical analysis is descriptive and analytical.

Results: The results of this study showed that 86.6%; 89.7%; 87.9%; 80.4% of our total population have respectively a high level of the type of intervention, the surgical indication, the type of anesthesia and the anesthesia technique. In contrast, 64.3%; 80.4% of our study population have a low level of pain management and anesthesia complication, respectively. We can cite among the factors associated with understanding the information the level of education with 100% total understanding of the information for all those who have a doctoral level. The spoken language is also an influencing factor because only 37.5% of Yoruba understood the information conveyed during the pre-anesthetic consultation. The patient's ASA class ($p = 0.006$) and the reason for consultation ($p = 0.015$) are also factors that influence the understanding of the information provided by the anesthesiologist during the pre-anesthetic consultation.

Conclusion: This study shows a low level of information in some patients after the pre-anesthetic consultation at CNHU-HKM and CHU-MEL. The information providers (the des, resuscitation anesthesia specialists and resuscitation anesthesia teachers) must take the necessary steps to ensure a good level of information in all patients.

Keywords: Pre anesthetic consultation, information, patient.