

*République Algérienne démocratique & Populaire.*

*Ministre de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique.*

*Université ABDE RAHMAN MIRA*

*Département des sciences infirmières*

*Faculté de médecine*

## *Mémoire professionnelle de fin d'étude*

*Le thème :*

### ***Rôle de l'infirmier dans les soins post – opératoire***

*Etude effectuée au niveau du service chirurgie générale (homme-femme)*

*Elaboré par :*

❖ *Chaia Meriem*

❖ *Bektache Meriem*

*Dirigé par :*

*DR : N. SIFOUR*

*Promotion 2019/2022*

## { Remerciements }

*Tous d'abord, nous remercions sincèrement :*

➤ ***Au Dieu tout puissant :*** *pour nous avoir guidées dans notre travail et nous avoir donné l'effort et la santé pour l'accomplir.*

➤ ***Nous remercions tous ceux qui nous aidé de près ou de loin :***

✓ *Le chef du service de chirurgie générale : professeur D.BENAIBOUCHE.*

✓ *Notre promoteur : DR. N. SIFOUR.*

➤ ***Nous tenons également à remercier :***

✓ *Notre chef de département : DR. BENKUISSEM.*

✓ *Nos enseignants de la première à la troisième année.*

✓ *Tous personnels du service de chirurgie générale.*

✓ *A tous les étudiants de notre promotion en sciences infirmières.*

# *Dédicace :*

*Je dédie cet humble travail à :*

*Mes chers parents, ma mère qui m'a soutenu à chaque étape de ma vie d'étude. Ma mère qui m'a conseillé. Ma vie et mon cœur. Merci pour tout ce que tu m'as donné et continue de donner, je t'aime tellement, qu'Allah te protège. Mon père est mon soutien, ma vie et mon dos dans ce monde, merci pour tout. Souviens-toi toujours que je t'aime tellement. Qu'Allah te protège. Mon père et ma mère tous les mots ne suffisent pas pour vous remercier. Je suis très fière d'être la fille de vous deux. Je vous aime.*

*A moi-même : dédié à mes efforts.*

*Mon frère : Younes, merci d'être avec moi à chaque instant. Je t'aime beaucoup.*

*Mes sœurs : Yasmine et Amal, merci pour votre soutien psychologique, je vous aime beaucoup.*

*Ma cousine : Hassina, merci pour tes conseils, ça m'a beaucoup aidé.*

*A tous ceux qui m'ont aidé et encouragé à continuer.*

***Chaia Meriem***

# *Dédicace :*

*A ma chère Mère Khadija*

*Qui m'a soutien et encouragé durant ces années d'études .Qu'elle trouve ici témoignage de ma profonde reconnaissance.*

*A mon cher père Rabeih*

*Tu as toujours été à mes cotes pour me soutenir et m'encourager.  
Que ce travaille traduit ma Gratitude et mon affection.*

*A mes très chères Frères Tarek et Rayan et mes très belles sœurs  
Sounia, Ifrikya et Alaa.*

*Puisse dieu vous donne santé, bonheur courage et surtout réussite.*

*A mon chère Fiancé : merci pour tous que tu as fait pour moi.*

*Sans oublier ma binôme chaia Meriem et tous mes amis.*

***Bektache Meriem***

# Sommaire

Introduction

Problématique

Objectif de la recherche

Liste des abréviations

## **Partie théorique :**

1. Généralités .....(5)
  - 1.1. La chirurgie viscérale ou digestive .....(5)
  - 1.2. Les types de la chirurgie viscérale .....(6)
  - 1.3. Classification de type de .....(10)  
l'intervention selon ALTEMEIER
  
2. Soins infirmiers post opératoire :
  - 2.1. Définition de terme « soins infirmiers post opératoire » .....(12)
  - 2.2. Les compétences que doit posséder un infirmier .....(12)  
dans la phase post opératoire
  
3. L'infirmier dans la prise en charge et les soins post- opératoire ..... (12)
  - 3.1. Prise en charge et surveillance post opératoire ..... (12)
    - 3.1.1. Période post interventionnel .....(13)
    - 3.1.2. Période post opératoire immédiate ..... (17)
    - 3.1.3. Période post opératoire dans les jours ..... (19)  
suivantes ou à partir de premier jour
  
  - 3.2. Les soins infirmiers .....(21)
    - 3.2.1. Soins de stomie.....(21)
    - 3.2.2. Soins de plaie.....(25)
    - 3.2.3. Sonde naso gastrique.....(27)
    - 3.2.4. Pansements et les drainages .....(28)
    - 3.2.5. Ablation des fils ou des agrafes.....(30)
    - 3.2.6. La réhabilitation précoce .....(31)

4. Rôle de l’infirmier dans la prise en charge psychologique .....(35)	(35)
et éducatif	
4.1. Prise en charge psychologique.....(35)	(35)
4.2. Prise en charge éducatif.....(35)	(35)
5. Rôle de l’infirmier en chirurgie ambulatoire .....(36)	(36)
6. Rôle de l’infirmier à domicile .....(38)	(38)

### **Partie pratique :**

I. Méthodologie ..... (39)	(39)
1. présentation du lieu de l’enquête .....(39)	(39)
2. Période de l’étude ..... (42)	(42)
3. Méthode d’étude ..... (42)	(42)
4. Population ciblée ..... (42)	(42)
5. Critères de sélections ..... (42)	(42)
6. Outil de l’investigation ..... (42)	(42)
7. Caractéristique des questions .....(43)	(43)
8. Déroulement de l’enquête .....(43)	(43)
9. Limites de notre étude .....(43)	(43)
10. Présentation et analyse des résultants..... (44)	(44)
-Suggestion .....(70)	(70)
-Conclusion.....(71)	(71)
-Bibliographie .....(72)	(72)
-Annexe.....(73)	(73)

## I.Introduction:

Après l'intervention chirurgicale, vient la phase post opératoire, qui est une étape très sensible et importante car le patient a perdu la plupart de ses mouvements et de ses capacités, c'est pourquoi une équipe de santé cherche à aider le patient à reprendre son activité et à retrouver sa confiance. Cette prise en charge est dite : Soins post opératoire, elle s'étend de la sortie du patient du bloc opératoire à la récupération et la convalescence de ce dernier.

Ce type de prise en charge nécessite une équipe de soins particulière qui comprend **l'infirmier(ère)**, ce dernier est un professionnel de la santé qui évalue les besoins des patients et les aide à retrouver leur santé.

Sachant que l'infirmier (ère) dispose des soins de nature préventif, curatif et palliatif, on peut dire que le rôle de l'infirmier dans la phase post opératoire est très important et réside dans l'observation du patient avec toutes ses informations de santé comme : paramètres vitaux, l'application d'un certain nombre d'exercices comme changement de pansements et transmettre tous les informations et les changements de santé lié du patient au médecin responsable ,sans oublier son impact psychologique sur le patient et sa famille . Ceci à L'Hôpital, dans les autres unités de soin et même à domicile.

Tout échec ou obstacle à la bonne prise en charge du patient entraîne un retard dans sa réponse au traitement cela conduit souvent à un séjour prolongé à l'hôpital.

La phase post opératoire nécessite un rôle actif de l'infirmier (ère) et des soins de qualité pour un rétablissement précoce du patient et une réduction du coût des soins ce que le raccourcissement de la durées d'incapacité de travail.

Figure01 : suivi de soins après opération. (a)



## **Problématique et question de la recherche :**

Les soins post opératoire est une étape important dans la prise en charge des patients, le rôle de l'infirmier (ère) est multivarié, il agit sur différents axes des soins. Cependant, la qualité de ces soins dépend de plusieurs facteurs qui peuvent être un rapport avec l'infirmier (ère) ou son environnement.

Ainsi, nous posons la question suivante :

**Quels sont les facteurs qui empêchent l'infirmier(ère) à prodiguer des soins de qualité ?**

## **Hypothèses :**

- La charge de travail et le manque du personnel.
- Le manque de formation du personnel soignant.
- La disponibilité du matériel.

**L'objectif de la recherche :**

***Objectif principale :***

-Déterminer le rôle de l'infirmier dans les soins post opératoire.

***Objectifs secondaires :***

-Evaluer la qualité de l'exercice de l'infirmier(ère).

-Améliorer les compétences et connaissances de l'infirmier dans les soins post opératoire.

-Améliorer la qualité des soins pendant cette période.

## **Listes d'abréviations :**

SSPI : Salle de surveillance post interventionnel.

CHUK : Centres Hospitaliers Universitaires KHALIL AMRANE.

SV : Sonde vésicale.

J1 : Jour 01.

POIC : Pseudo - Occlusion intestinale chronique.

IDE : Infirmier diplômé d'état.

HAS : Haute autorités de santé.

PARTIE

THÉORIQUE

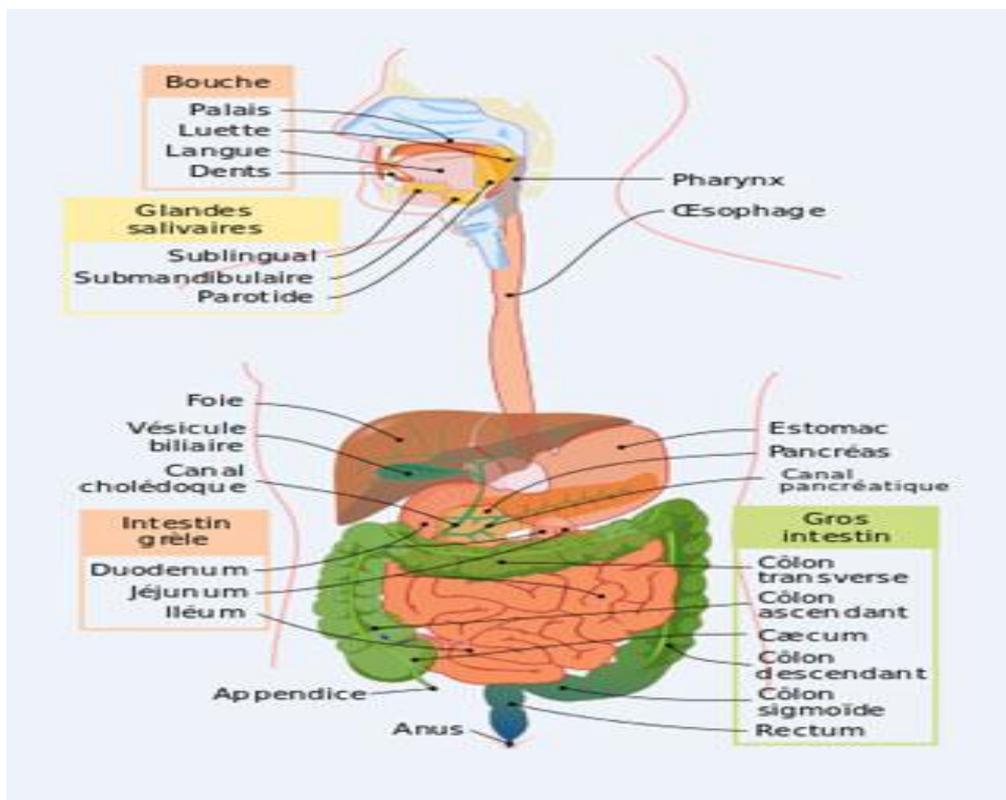
# I .Présentation du cadre théorique :

## 1. Généralités :

### 1.1. La chirurgie Viscérale ou Digestive :

Est une spécialité chirurgicale. Le champ d'action de la chirurgie générale comprend tous les organes du tube digestif. Ainsi que les organes endocrines, il est important à noter que cette chirurgie dépend de L'abord et là nous distinguons ! L'Abord il est invasif ou coelio chirurgie et l'abord invasif ou laparotomie. L'incapacité des patients ainsi que la nécessité des soins infirmiers est différente en fonction de ces abords.

Figure02 : Organes concernés par la chirurgie viscérale ou digestive (b)



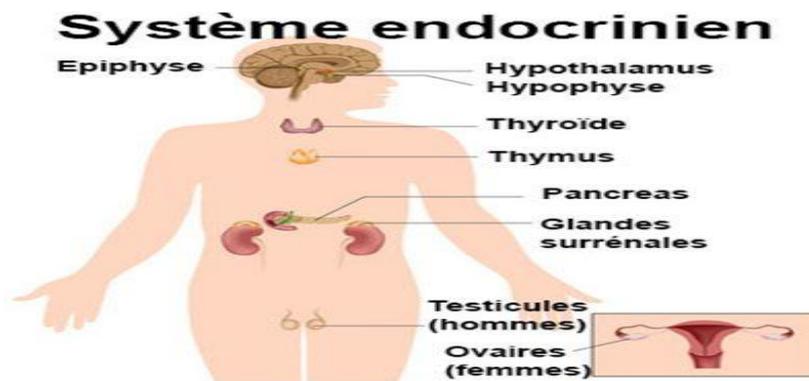
## 1.2. Les types de la chirurgie viscérale :

Il existe de nombreuses chirurgies, nous en citons quelques – unes :

### a. Chirurgie endocrinienne :

La chirurgie endocrinienne est un domaine particulier de la chirurgie viscérale qui traite du traitement chirurgical des troubles endocriniens. Endocrine signifie « dirigé vers l'intérieur » et représente la sécrétion d'hormones dans la circulation sanguine par les glandes. Ces glandes hormonales sont appelées organes endocriniens et comprennent :

Figure03 : Système endocrinienne.(c)



- la glande thyroïde
- la glande parathyroïde
- les glandes surrénales
- la partie endocrine du pancréas (les cellules dites de Langerhans)
- le système neuroendocrinien diffus.

Les maladies pouvant être traitées avec cette chirurgie :

La glande thyroïde est un organe endocrinien situé sous le larynx. La fonction principale de la glande thyroïde est le stockage de l'iode et la production des hormones thyroïdiennes. La chirurgie thyroïdienne est l'une des quatre chirurgies viscérales les plus courantes.

Les quatre glandes parathyroïdes humaines sont situées dans les pôles supérieur et inférieur de la glande thyroïde et sont utilisées pour produire l'hormone parathyroïdienne. L'hormone parathyroïdienne est un régulateur important du métabolisme du calcium dans le corps. Les glandes parathyroïdes sont opérées pour les maladies suivantes :

- hyperparathyroïdie primaire.
- hyperparathyroïdie secondaire. (1)
- Tumeur parathyroïdienne.

- Kyste parathyroïdienne.

Dans les pôles supérieurs des reins se trouvent des glandes dites surrénales responsables de la production d'hormones qui permettent l'équilibre du sucre, de l'eau, et des minéraux. Deux couches constituent ces glandes surrénales, la médulla surrénale et la cortico surrénale.

Les pathologies de la surrénale sont dominées.

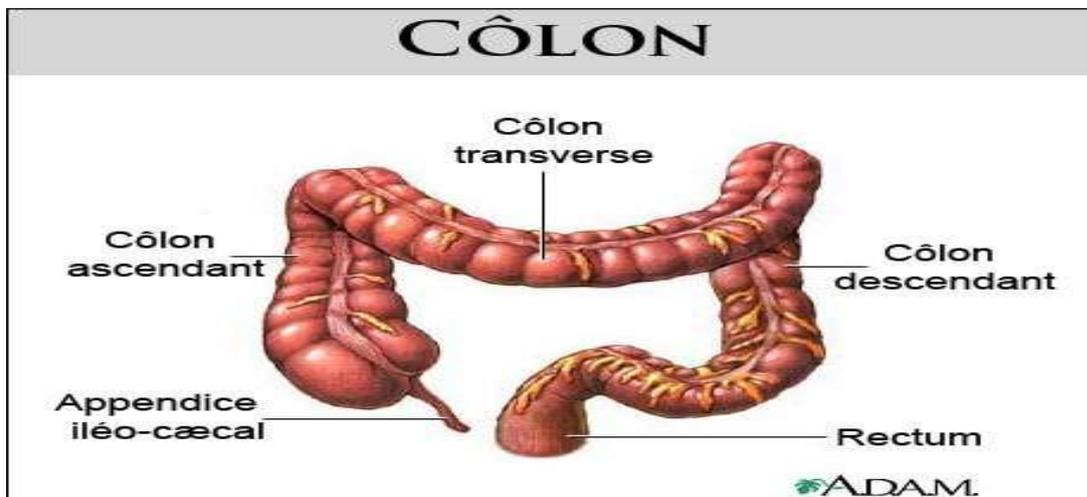
- Syndrome de Conn (tumeurs bénignes du cortex surrénalien)
- Syndrome de Cushing (tumeur surrénalienne ou hypertrophie bilatérale)
- phéochromocytome (tumeur médullaire surrénalienne unilatérale ou bilatérale)
- Incidentalome (tumeur surrénalienne hormoninergique) (1)

Cette chirurgie a bénéficié es progrès de la coelio chirurgie et c'est vue offrir de nouveaux challenges, les patients opérés par cette abord ont moins de douleur et de perte sanguine, la récupération et la sortie de l'hôpital sont précoces.

### **Chirurgie Colo-proctologie :**

Ce domaine d'expertise comprend essentiellement la chirurgie du côlon et du rectum et la marge anale.

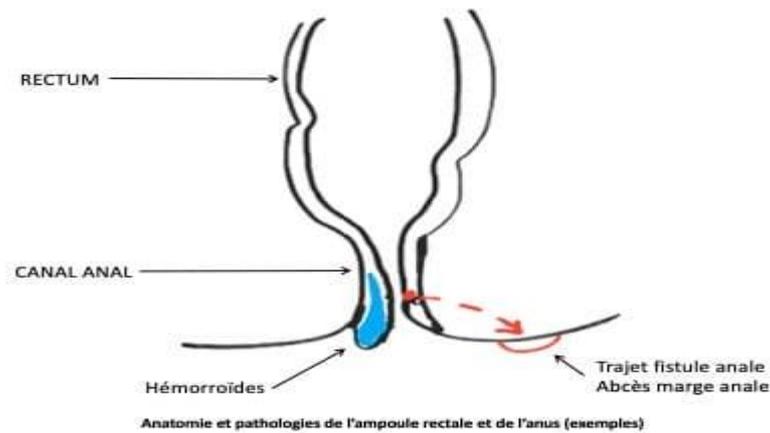
Figure 04 : Anatomie du gros intestin. (d)



### Proctologie

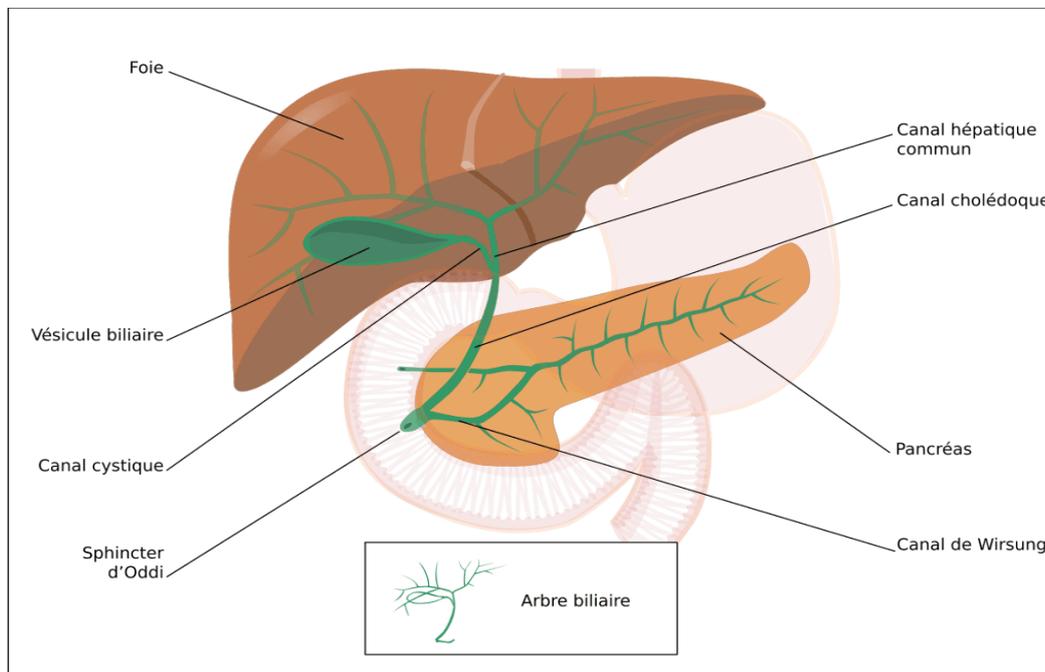
La proctologie prend en charge le dysfonctionnement et le traitement du sphincter et du plancher pelvien (périnéal). Elle s'applique, entre autres, au prolapsus rectal (interne et externe), aux hémorroïdes, aux fissures anales, aux fistules et aux abcès périnéaux, ainsi qu'à toutes les formes d'incontinence. (2)

Figure05 : anatomie et pathologies de l'ampoule rectale et de l'anus. (e)



### b. Hépatobiliaire et pancréas :

Figure06 : Voies biliaires (f)

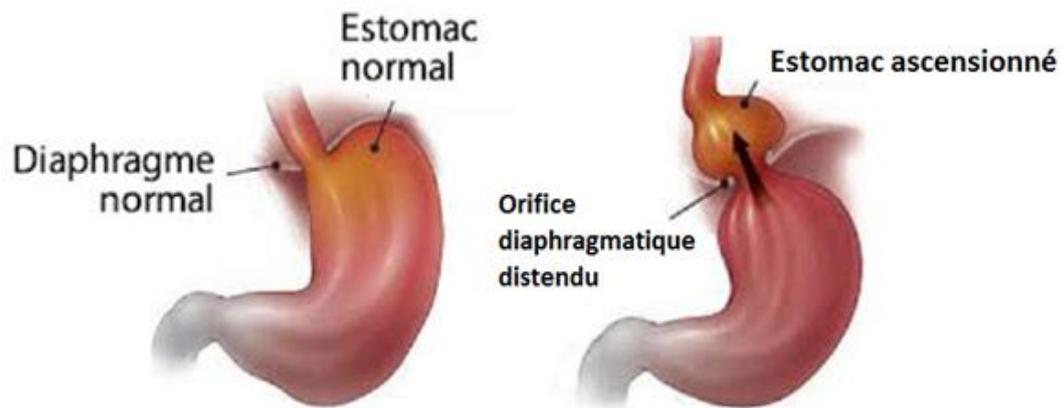


La chirurgie hépatobiliaire et pancréatique est une spécialité qui traite les maladies du foie, de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas. Ce domaine particulier nécessite une équipe interdisciplinaire de chirurgiens, gastro-entérologues, radiologues, anesthésistes, réanimateurs, oncologues et pathologistes. Des centres de compétences comme le CHUK bénéficient de cette expertise et peuvent réaliser des chirurgies hépatobiliaires et pancréatiques plus importantes. (3)

### c. Chirurgie de l'Œsophage et de l'Estomac :

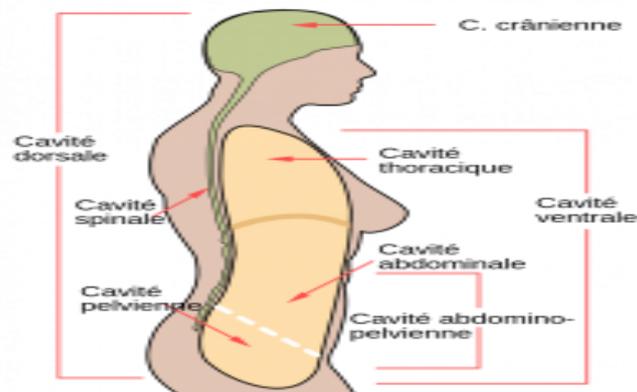
La chirurgie gastro-œsophagienne traite les affections œsophagiennes et gastriques. Elle s'intéresse principalement aux conditions médicales liées aux tumeurs, aux hernies hiatales et au reflux gastro-œsophagien. (4)

**Figure07** : Hernie hiatale (g)



### E. chirurgie des cavités péritonéale et pelvienne :

**Figure 08** : cavité péritonéale (h)



### **1.3. Classification de type de l'intervention chirurgicale selon ALTEMEIER :**

#### **Classification d'ALTEMEIER**

**(Classe de contamination des interventions chirurgicales)**

**(Extrait du "guide des infections nosocomiales", CCLIN Paris Nord)**

Il permet de répartir les interventions chirurgicales selon le risque de contamination et d'infection postopératoire :

Chirurgie propre :

Classe I

- Sans ouverture de viscères creux
- Pas de notion de traumatisme ou d'inflammation probable.

Chirurgie propre contaminée

Classe II

- Ouverture de viscères creux avec contamination minimale
- Rupture d'asepsie minimale

Chirurgie contaminée

Classe III

- Contamination importante par le contenu intestinal
- Rupture d'asepsie franche
- Plaie traumatique récente datant de moins de 4 heures
- Appareil génito-urinaire ou biliaire ouvert avec bile ou urine infectée.

Chirurgie sale

Classe IV :

- Plaie traumatique datant de plus de 4 heures et / ou avec tissus dévitalisés
- Contamination fécale
- Corps étranger
- Viscère perforé
- Inflammation aiguë bactérienne sans pus
- Présence de pus.

## **Classification d'ALTEMEIER**

**(Classe de contamination des interventions chirurgicales)**

**(Autrement formulée)**

**(Extrait de : Céline Dupin " Antiseptie préopératoires : la Chlorhexidine alcoolique, médaille d'or " publié le 11/01/2010 JIM)**

Chirurgie propre

Classe I

Une incision primaire fermée, non traumatique, inflammation ou échec de la technique aseptique. En l'absence d'ouverture de l'oropharynx, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire ou des voies respiratoires.

Chirurgie propre contaminée

Classe II

Ouverture de l'appareil génito-urinaire sans cultures urinaires positives ; orifices respiratoires, tractus gastro-intestinal en bon état, pas de contamination anormale. Ouverture du pharynx ou des voies biliaires en l'absence de bile infectée ; rupture minime du drainage stérile et mécanique.

Chirurgie contaminée

Classe III

Plaies traumatiques récentes (moins de 4 heures) ; bile ouverte ou organes urogénitaux en présence de bile ou d'urine infectée ; contamination importante par le contenu du tractus gastro-intestinal ; rupture importante dans des conditions stériles ; inflammation aiguë sans pus

Chirurgie sale

Classe IV

Plaies traumatiques sales ou traitées tardivement (4 heures ou plus) ; présence de tissu inactivé, inflammation bactérienne avec pus, contamination fécale ou corps étranger ; .viscères perforés. (5).

## **2. Soins infirmier post opératoire :**

### **2.1. Définition de terme « soins infirmiers post opératoire » :**

En chirurgie, la phase postopératoire est une étape importante non moins importante que l'opération elle-même. Les soins sont prodigués par une infirmière qualifiée pour un retour plus rapide du patient, l'infirmière doit donc être familiarisée avec les concepts de gestion de

cette phase.

Les soins infirmiers commencent dès la fin de l'intervention jusqu'à la phase de récupération complète du patient, la phase de soins postopératoires se poursuit jusqu'au retour du patient dans son état antérieur et nécessite une surveillance étroite afin de déceler la moindre anomalie résultant de l'intervention.

La surveillance et le suivi du patient se poursuivent même après sa sortie de l'hôpital, et cela est effectué par une infirmière libérale. (6)

## **2.2. Les compétences que doit posséder un infirmier dans la phase post opératoire :**

- Connaissances spécifiques de chaque intervention.
- Connaissances de la surveillance d'un patient ayant été anesthésié.
- Avoir des connaissances pharmacologiques ex : antibiotique, antalgique anticoagulants.....(7)
- Etre observateur, écouteur et prêt pour toutes sortes de problèmes et de complications.
- L'infirmier doit avoir une très bonne connaissance sur les différents matériels utiliser (oxygénothérapie : matériel, indication .....).
- L'infirmier dispose d'une mine d'informations sur cette étape et sur le suivi du patient et les éventuelles complications qu'il peut traverser.
- Etre capable de communiquer avec les autres membres de l'équipe soignante et avec la famille de patient.
- Etre rapide en cas de danger pour le patient ou afin de répondre à ses besoins.
- En fin, l'infirmier doit être responsable !

## **3. l'infirmier dans la prise en charge et les soins post opératoire :**

### **3.1. Prise en charge et surveillance post opératoire :**

Ace stade, l'infirmier suit pas à pas l'état du patient, sans oublier l'étape de lui apporter un confort à tous égards. Nous allons donc l'étudier en trois phases :

#### **3.1.1. Période post interventionnel :**

✓ **Définition et caractéristique de la salle de réveil SSPI :**

La salle de réveil est attenante au bloc opératoire. Ceux qui sont encore affectés par l'anesthésie ou qui se remettent d'une anesthésie sont des infirmières expérimentées et hautement qualifiées qui disposent d'un équipement spécialisé, d'un suivi et d'un soutien hémodynamique et pulmonaire, et de médicaments. Placées à proximité des anesthésistes et des chirurgiens. La salle de réveil doit être calme et propre, sans équipement inutile. Il est peint dans des couleurs apaisantes et confortables et dispose d'un éclairage indirect. Le plafond est insonorisé et les équipements sont conçus pour éviter ou limiter le bruit (poufs en plastique, tables, lits avec pare-chocs en caoutchouc). Il offre un espace isolé pour les personnes atteintes de maladies infectieuses. La salle de réveil doit également être bien ventilée.

Tous ces éléments concourent au bien-être psychologique et physique de la personne. Les lits en salle de réveil doivent permettre un accès facile à la personne. Ils doivent être sécuritaires et faciles à déplacer, et être placés de façon à simplifier les soins en cas d'état de choc. Ils doivent être pourvus d'accessoires utiles comme une tige à soluté, des ridelles et des freins. Dans les centres où les dossiers ne sont pas informatisés, les lits doivent également être pourvus d'un support pour le rangement du dossier. (8)

✓ **L'infirmier dans l'accueil et l'admission de la personne en salle de réveil :**

Installation et accueil du patient ;

- Lit chauffé
- Respecter la pudeur du patient, il n'est pas seul dans en SSPI
- Respecter l'alignement du corps
- Mettre le monitoring en place (9)
- l'infirmier dans la salle de réveil doit : assurer l'ouverture de la SSPI, cherche à fournir et équiper tous les outils et du matériel comme : scope, aspiration, oxygène, ...Vérifier la fonctionnalité des appareils et de présence de tous matériels nécessaire (pour réchauffer, de soins courant). (10)
- Respirateur avec alarmes de suppression.
- Surveiller la curarisation
- Le premier paramètre vital doit être noté.
- Perfusion : vérification des solutés en cours et de la perméabilité de la voie veineuse.

- Redon ou système de drainages ; mise en déclivité, vérification du vide, vérification de la quantité et l'aspect.
- Sonde gastrique : l'infirmier doit vérifier la position de la sonde, de la perméabilité, et de la quantité.
- Sonde urinaire : mise en déclivité, vérification de la quantité et de l'aspect. (11)

L'infirmière qui admet la personne en salle de réveil passe en revue les points suivants avec l'anesthésiologiste:

- Le diagnostic médical et la nature de l'intervention chirurgicale.
- Les antécédents médicaux pertinents et les allergies.
- L'âge de la personne et son état général, la perméabilité de ses voies respiratoires et ses signes vitaux.
- Les anesthésiques et autres médicaments reçus pendant l'intervention (opioïdes et autres analgésiques, myorelaxants, antibiotiques)
- Les complications survenues en salle d'opération susceptibles d'avoir une incidence sur les soins postopératoires (hémorragie importante, choc, arrêt cardiaque)
- Les conditions pathologiques constatées (si l'opération a révélé la malignité d'une tumeur, l'infirmière doit savoir si la personne ou la famille ont été informées).
- Les solutions administrées, les pertes sanguines estimées et leur remplacement
- La présence de tubes, de drains, de sondes ou d'autres dispositifs.
- Les données particulières qui devront être signalées, le cas échéant, au chirurgien ou à l'anesthésiologiste (pression artérielle ou fréquence cardiaque au-dessus au-dessous d'un seuil donné). (8)

✓ **La surveillance post interventionnel :**

Surveillance respiratoire en fonction des risques liés à l'anesthésie :

- Contrôler la conscience (Score de Glasgow, réponses aux ordres simples).

Figure09 : Score de Glasgow. (i)

SCORE DE GLASGOW : 3 à 15	
<b>REPONSE VERBALE</b>	Orientée : 5
	Confuse : 4
	Incohérente : 3
	Incompréhensible : 2
	Aucune réponse : 1
<b>REPONSE MOTRICE</b>	A la demande : 6
	A la douleur :
	adaptée : 5
	retrait : 4
	flexion : 3
extension : 2	
nulle : 1	
<b>OUVERTURE DES YEUX</b>	Spontanée : 4
	A l'appel : 3
	A la douleur : 2
	Nulle : 1

- Contrôler la coloration du patient, sa fréquence, son rythme et son amplitude ventilatoires.
- S'assurer que le patient est bien sédaté et qu'il est bien adapté à sa ventilation.
- La saturation en oxygène ( $>95 \leq 100$ ) pour les patients sans pathologie respiratoire particulière.
- Vérifier la position de la sonde, du masque Ou des lunettes d'oxygène
- Vérifier le débit d'oxygène au débit-litre.
- La position adaptée du patient (assis, demi-assis, décubitus dorsal, latéral) en fonction de l'intervention.
- Surveillance des drains thoraciques (vérifier la présence de fils de bourse) et de l'étanchéité du circuit aspiratif. (7)

#### Neurologique :

- Appréciation du degré de réveil qui est fonction (élimination des drogues, type d'intervention et la durée, état général du patient et des tares préexistantes).
- Vérifier que le patient comprend ce qu'on lui dit.
- Réponse à l'ordre simple.
- Récupération de ses réflexes.
- Appréciation de l'état de conscience :(12)

#### Réveil immédiate :

- récupération de la conscience et des réflexes vitaux
- évaluation par des scores (aldrete)
- sortie de sspi

#### Réveil intermédiaire

- récupération psychomotrice (coordination sensorimotrice, station debout, marche....)
- tests psychomoteurs
- retours à domicile

#### Réveil complet

- récupération intégrale des fonctions cognitives (mémoire, attention, raisonnement, planification...)
- vie de relation autonome, prise de décision, conduite automobile....
- évaluation par des tests cognitifs. (13)
- Connaitre les 03 stades de réveil après une anesthésie : réveil immédiate, intermédiaire, et complet. En SSPI = réveil immédiate et recherché. (14).

✓ **Critères de la sortie :**

• La décision de sortie du patient est prise par le personnel médical, Cette décision peut être prise sous la condition de réalisation d'un score de sortie validé, appréciant donc l'autonomie du patient et l'absence de toute complication(15) et que les signes généraux sont stables et bien sûr tout ça sous responsabilité de l'infirmier.

• La prescription de sortie peut prendre la forme suivante :

"J'autorise la sortie de la SSPI du patient et son retour dans son service d'origine après validation de l'ensemble des paramètres du score de retour à l'autonomie, l'application de cette prescription revenant alors aux infirmières de SSPI. (...) Cette procédure ne se conçoit que si les infirmières de SSPI ont été formées à l'évaluation des paramètres de ce score (...)". (15).

Figure10 : Le score d'aldrete (j)

<b>Le score d'Aldrete</b>		
	<b>Score</b>	<b>Signes cliniques</b>
Activité motrice	2	Mobilise ses 4 membres
	1	Mobilise 2 membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires + toux
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Circulation	2	PA systolique $\pm$ 20% valeur préop
	1	PA systolique $\pm$ 20-50% valeur préop
	0	PA systolique $\pm$ 50% valeur préop
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel de son nom
	0	Aucun réveil à l'appel
Coloration Saturation en oxygène	2	Normal ou rose SpO2 > 92% en air ambiant
	1	Coloration anormale O2 nécessaire pour maintenir SpO2>90 %
	0	Cyanose franche SpO2 < 90 % sous O2

**Sortie SSPI si score = 9 ou 10** **Score d'Aldrete modifié**

➤ le score d'Aldrete est une méthode utilisée pour déterminer si un patient est prêt de sortir de salle de réveil(9) et après vérifier l'élimination des effets des agents anesthésiques. (10)

➤ Sans oublier de s'assurer que toutes les informations de patient sont échangées entre le personnel soignant (infirmiers, chirurgiens et anesthésistes) avec les services d'hospitalisation. (14)

### **3.1.2. Période post opératoire immédiate :**

**Cette période concerne les premières 24h .Elle comprend les éléments suivantes :**

✓ **retour du patient au service :**

-La chambre de patient doit être bien équipé de tous les matériel nécessaire (ex; matériel de l'oxygénation.....)(16) et pour le lit : refaire le lit avec literie propre, prévoir un matelas anti escarre si besoins et prévoir 2 à 3 couvertures sur le lit.et établir une fiche de surveillance. (17)

Les patients doivent être tranquillement placés dans leur lit en décubitus dorsal, tête à côte ou côte à côte, sauf contre-indication.

Couvrir l'opéré car le réveil est très souvent frileux mais en proscrivant les bouillottes. Immobiliser le bras perfusé ou en le maintenant.

Suivre les consignes postopératoires pour fournir des informations sur le type d'intervention et d'anesthésie, ce qui s'est passé au bloc opératoire, les drains, les prescriptions d'analgésiques et d'antibiotiques, les médicaments déjà pris, la quantité et la qualité des électrolytes de l'eau prélevés. Reprise du régime alimentaire pour planifier les séances de conseil ultérieure. (18)

✓ **Surveillance:**

**a) La surveillance des risques hémorragiques liés à l'intervention :**

L'infirmiers doit surveiller la tension artérielle et la pulsation, l'observation de la coloration du facies et de extrémités du patient, en particulier de ses clus-de –sac conjonctivaux.

Surveillance de drainage : aspect et la quantité.

Surveillance de pansement.

Conserver les poches de transfusion sanguin si le geste est fait (ou autotransfusion). (7)

**b) La surveillance du risque infection :**

Les signes évocateurs d'une infection sont généralement secondaires hormis le cas de l'intervention septique.

Pour une surveillance générale : prise de la température au retour de la SSPI, en fonction du résultat on ajustera les autres prises.

Pour la surveillance locale : de ou des voies veineuses périphérique, de ou des plaies chirurgicale.

- Recherche des sécrétions purulentes, des rougeurs, des signes de lymphangite :
- aspect des écoulements dans les dispositifs de drainage (ex : drains de Redon, lames....)
- l'infirmier de la prescription d'antibiotique, du dosage, du débit, surveillance de l'apparition d'effets indésirables. (7)

**c) Surveillance des troubles digestifs :**

Nausées, vomissements, pouvant être des effets secondaires des antalgiques, ou un dysfonctionnement du matériel d'aspiration gastrique(19). L'infirmier doit vérifier la présence, la quantité et Vérifier présence et apparition, noter fréquence et quantité(12).si SNG en place : vérifier l'écoulement, la couleur, l'aspect et vérifier l'étanchéité et le positionnement. . Ensuite, le traitement approprié est donné selon la prescription médicale(les antiémétiques). (20)

**d) Surveillance des Drainages et Sondes :**

- a) Drains : Les numéroter, Vérifier l'aspiration, Noter les quantités
- b) Urines : Vérifier et noter les quantités d'urines, Faire attention au globe vésical, La vérification de l'émission d'urine est important. (12)

**e) Risque de lâchage de sutures internes avec risque de péritonite et externe avec éviscération ;**

Surveillance et contre-mesures liées aux interventions chirurgicales, aux défauts de cicatrisation et aux efforts importants au niveau des muscles abdominaux :

Surveillance de la douleur, pire que d'habitude, si le soulagement de la douleur ne peut pas se calmer avec les antalgiques ne pas hésiter à contacter l'anesthésiste ou le chirurgien. Surveillance de la température corporelle, du pouls et de la tension artérielle. Surveillance actuelle à divers niveaux de drainage. Assurez-vous de signaler toute différence identifiable par rapport à la veille. Palpation de l'abdomen. Surveillance de pansement. (20)

**f) La reprise de l'alimentation :**

L'objectif du soutien nutritionnel postopératoire est de maintenir un état nutritionnel optimal pendant la phase catabolique. Pendant ce temps, le patient est exposé à des réactions inflammatoires et endocriniennes à la suite d'une intervention chirurgicale, et la perte d'appétit est également proportionnelle en intensité et en durée. Affecte la sévérité de l'intervention chirurgicale et contribue à la malnutrition et à la détérioration de l'état de santé général.

A cet égard, la reprise de l'alimentation après une chirurgie gastro-intestinale doit se faire le

plus tôt possible dans les premières 24 heures post-opératoire, en fonction de la tolérance du patient, sauf contre-indications chirurgicales. La prise en charge nutritionnelle prend en charge la voie orale et est adaptée en fonction de la sévérité de la dénutrition. (21)

### **3.1.2. Période post opératoire dans les jours suivants ou à partir de premier jour :**

#### **✓ La surveillance :**

**a) Surveillance de la douleur :** La période entre 12h et le 36 h post opératoire c'est la période le plus fréquent concernant la douleur.

EVA afin d'adapter le traitement antalgique et le faire modifier par le médecin si nécessaire.

-De J1 à la fin du séjour.

-Expliquer la prise des antalgiques et donner des

Horaires de prise. (7)

**b) Surveillance de la fonction respiratoire :** Risque de dépression respiratoire associé à la consommation d'opioïdes, risque d'atteinte pulmonaire associé au repos et à la douleur, risque d'épanchement pleural associé à la chirurgie.

Il faut :

Surveillance de la fréquence respiratoire et de la saturation en oxygène.

Apprécier la présence de dyspnée, de polypnée et en avertir le médecin.

Surveillance de l'encombrement respiratoire.

Stimuler le patient à la mobilisation et à la position assise. (20)

**c) surveillance de reprise du transit :** Risque de stase gastrique et de non reprise du transit à cause de l'iléus paralytique post-opératoire.

Surveillances et actions :

Apprécier la reprise du transit : s'assurer de l'apparition de gaz vers le troisième – quatrième jour puis des selles vers le 5ème – 6ème jours. Surveiller l'absence de météorisme abdominal, d'éruclatations, de douleur. Proposer des vessies de glace. Vérifier la souplesse du ventre. Mettre en place les prescriptions médicales de Débridat\* entre autres. (20)

**d) Surveillance des constantes :** La tension artérielle, les pouls, température .De jour 1 jusqu'à la fin du séjour. (19)

**e) Surveillance de la diurèse :**

Diurèse des 24h pour tous les patients perfusés (bilan entrées-sorties), voire diurèse horaire si nécessaire (traitement diurétique, œdèmes ou troubles de la diurèse)

-Surveillance de la sonde vésicale pour les interventions lourdes

-Ablation de la SV sur prescription médicale

- Quand le patient est dé perfusé sauf traitement Particulier ou troubles persistants

-En protocole, ablation après transit normal(19)

**F) Surveillance de la sonde naso gastrique :** Quantité, aspect et couleur du liquide. Vérifier le bon fonctionnement de la sonde et du matériel d'aspiration .Effectuer les soins de sondes..... (19)

**G) Surveillance des drainages des pansements...**

**h) Favoriser la cicatrisation de la plaie :**

- Au début, vérifier le pansement de temps en temps pour dépister

D'éventuelle hémorragie ;

-Signaler tout écoulement.

- Effectuer les pansements avec asepsie.

- Toute plaie ouverte doit être protégée.

- Eviter les infections nosocomiales par :

- Stérilisation parfaite du matériel
- Utilisation de matériels à usage unique
- Utiliser des antiseptiques efficaces
- Isolement du malade a plaie septique
- Désinfection des locaux, des lits

- Eviter le retard de l'ablation des drains, de fils, d'agrafes qui Influencent la cicatrisation.

Protection de l'intégrité de la peau :

- Au début, la peau ne doit pas présenter ni chaleur ni rougeur ni Œdème dans la zone de l'incision ;

- La plaie ne doit pas saigner.

- La peau doit cicatriser parfaitement. (22)

**D) Surveillance de l'équilibre hydro électrolytique :**

Vérifiez le calendrier et le débit de la perfusion. Contrôle diurétique : Quantité par 3 heures, horaire si sonde (Vérifier l'étanchéité, la fonctionnalité, soins de sonde/trois heures). Vérifier la sonde gastrique (perméabilité, volume, etc.).Respect du jeûner. Surveillance des stomies.Effectuer un bilan d'entrées et de sorties. (7)

**J) Surveillance de fistule digestive :**

Lié à l'intervention chirurgicale : il faut :

Surveillance des douleurs abdominales.

Surveillance des drainages.

Surveillance de la température.

Préparer le patient pour les examens complémentaires prescrits comme le scanner ou l'échographie abdominale. (20)

**K) Surveillance de risque de dénutrition** : en cas de l'absence de nutrition entérale peut causer un retard de cicatrisation. Donc, il faut reprendre l'alimentation progressivement sur prescription médicale, Surveiller l'albuminémie et la pré albuminémie sur prescription médicale. (20)

**L) Surveillance de risque liée à l'alitement** : Surveiller l'apparition de signes de phlébite, surtout si le patient était déjà alité pendant la période préopératoire. Les symptômes sont : gonflement, induration, fièvre, douleur au mollet avec dors flexion des pieds (difficilement observable pour de multiples raisons : dissociation des traces de pouls et de température,). Ce signe peut également être vu dans les membres Supérieur. En cas de suspicion de phlébite, prévenir le médecin et ne surtout plus lever le patient.

Respect de la prescription d'anticoagulants, du dosage (exemples: Sous-cutanée de Lovenox, seringue auto pulsée d'Héparine), Surveillance de l'apparition d'effets secondaires.

-Atteinte de l'intégrité cutanée :

Afin de prévenir l'apparition de ce risque : des soins hygiène, des frictions, des massages, des changements de position, des réfections de lits seront pratiqués très régulièrement. (7)

**M) Les soins de nursing :**

- Si le patient est à jeun depuis longtemps, l'infirmier doit fournir des soins de bouche.
- Aide à la toilette pour certains patients.
- Soins hygiène comme hygiène du lit.
- Réfection du lit.
- Prévention d'escarres par matelas anti-escarre, lever précoce le premier lever doit être réalisé à partir de j1 post opératoire en présence de l'infirmier. (19)

**3.2. Les soins infirmiers :**

**3.2.1. Soins de Stomie :**

✓ **Définition** : Une stomie est une ouverture dans le gros intestin ou l'intestin grêle qui permet aux selles de passer lorsqu'elles ne peuvent pas traverser les voies naturelles. Cela peut être fait pendant une intervention chirurgicale pour enlever une tumeur qui a envahi l'intestin grêle, le côlon ou le rectum. Il vient de l'estomac.

Plus précisément, une partie du côlon ou de l'intestin grêle est directement reliée à la peau de l'abdomen, niveau auquel une ouverture est créée pour former une stomie. Par conséquent, les selles sont drainées du côlon ou de l'intestin grêle par la stomie et recueillies dans une poche spéciale collée à l'estomac autour de la stomie. Parfois le terme "anus artificiel" est utilisé. (23)

Les stomies correspondent à la mise à la peau de l'intestin sous forme d'un anus artificiel : iléostomie quand on parle de l'intestin grêle ou le plus souvent colostomie quand on parle de colon(24).La gastrostomie peut être réalisée chirurgicalement, par voie endoscopique ou de façon radiologique. La jéjunostomie est réalisée chirurgicalement en dessous d'un obstacle duodénal(25).Les stomies peuvent être définitive ou temporaire. (26)

✓ **Indication :**

a) Des lésions tumorales :

Cancer du côlon ou syndrome de Lynch

Cancer du rectum

Envahissement d'un cancer (de l'appareil génital ou vessie).

b) Des causes médicales :

Les maladies inflammatoires

- Recto colique hémorragique ou colite ulcéreuse (maladie inflammatoire chronique intestinale qui affecte le côlon et le rectum)
- Maladie de Crohn (maladie inflammatoire chronique du système digestif. Elle est le plus souvent installée à la jonction de l'intestin grêle et du gros intestin)
- Entérite nécrosante (maladie inflammatoire de l'intestin grêle due à une bactérie)
- Sigmoïdite (maladie inflammatoire du sigmoïde, ou dernière partie du côlon)
- Endométriose (présence de fragments de l'intérieur de l'utérus (endomètre) en dehors de leur localisation normale)
- Diverticulose colique (maladie du côlon se caractérisant par la présence de diverticules à l'intérieur de celui-ci)
- Polypose familiale diffuse (maladie qui affecte le côlon, le rectum par la présence de polypes).

c)Des causes traumatiques :

-Plaies graves de l'appareil digestif quel que soit l'origine.

-Colostomie de décharge pour le traitement d'escarre du sacrum.

d) Causes congénitales :

- Imperforation anale
- Absence de rectum
- Maladie de Hirschsprung ou mégacôlon
- Pseudo-occlusion intestinale chronique (POIC). (26)

✓ **Soins et surveillance :**

Surveillance :

- Surveillance de la couleur de la stomie (risque de nécrose)
  - Surveillance des selles et des gaz (reprise du transit)
  - Surveillance du débit si iléostomie =débit plus important= risque de déshydratation.
  - Appareillage avec le matériel adapté
  - Surveillance de la peau périphérique. (les selles brûlent et peuvent léser la peau = douleurs + difficultés d'appareillage).
  - Education du patient stomisé (27) : Apprendre au patient à effectuer les soins seul ou avec l'aide d'un poche' Hospitalisation est très courte dix à quinze jours, ce qui laisse peu de temps au patient pour l'enseignement de son autonomie .exemple : observer et comprendre ce que fait l'infirmière, se familiariser avec les matériels par le toucher et la vue, effectue les gestes techniques comme : la toilette, la préparation et la pose du nouvel appareillage et de ses accessoires éventuels. Savoir comment agir en cas de difficultés, c'est à dire contacter un médecin ou une infirmière stomathérapeute pour évaluer la situation (douleur, fuites...).
- (28)

Soin :

- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Installer le patient
- Protéger le lit
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Préparer le matériel nécessaire pour le soin
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique
- Mettre les gants non stériles
- Vider la poche (si vidable)
- Décoller doucement la poche du haut vers le bas

- Observer le contenu et jeter la poche dans le sac à déchets
- Laver la stomie et la peau à l'eau avec les lingettes ou les compresses
- Observer la stomie, les points de suture et la peau.
- Si nécessaire raser le pourtour de la stomie.
- Sécher soigneusement la peau par tamponnements avec des compresses.
- Changer les gants non stériles.
- Découper la plaque de base ou la poche selon le modèle de découpe.
- Contrôler la grandeur de la découpe.
- Remettre les gants
- Bien sécher la peau à l'aide de lingette ou de compresses
- Appliquer de la pâte protectrice et/ou l'anneau sur le pourtour de la stomie, si selles liquides
- Coller la poche ou la plaque de base en tirant la peau pour éviter les plis (qui pourraient favoriser les fuites)
- Lisser la plaque ou la poche pour qu'elle adhère bien à la peau.
- Adapter la poche sur la plaque de base (appareillage 2 pièces)
- Si poche vidable, fermer le clamp intégré ou pincer le bas de la poche avec le clamp, ne pas l'enrouler ni la plier sous le clamp (sauf poche spécifique en Pédiatrie)
- Adapter la ceinture de fixation, si nécessaire
- S'assurer de la bonne adhérence ou fixation de la poche
- Enlever les gants
- Se frictionner les mains avec la solution hydro-alcoolique. (29)

✓ **C'est quoi une infirmière stomathérapeute ?**

Son rôle est d'assurer des soins de qualité en termes d'information, d'éducation thérapeutique, de soins techniques et relationnels auprès des patients.

- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des projets éducatifs afin de favoriser le retour à l'autonomie des patients et améliorer leur qualité de vie,
- Apporter une écoute et un soutien psychologique auprès des malades et de leurs proches,
- Prévenir, dépister et traiter les complications et en informer le corps médical,
- Utiliser et gérer le matériel de façon optimale. (30)

### 3.2.2. Soins de plaie

#### Matériel

1 solution/gel hydro-alcoolique pour la désinfection des mains

- 1 boîte de gants non stériles
- 1 masque de soins
- 1 antiseptique pour l'antisepsie cutanée (tableau des antiseptiques et désinfectants) ou NaCl 0.9%. Selon des recommandations internationales, il ne faut pas utiliser d'agents antimicrobiens topiques pour les plaies chirurgicales qui cicatrisent, ceci dans le but premier de réduire le risque d'infection du site opératoire.
- 1 protection pour le lit si nécessaire
- 1 set de désinfection
- 1 pincette anatomique stérile
- 1 pansement film polyuréthane avec compresse intégrée ou compresses stérile et adhésif

#### DEROULEMENT DU SOIN

- Mettre le masque de soin.
- Se désinfecter les mains.
- Mettre la protection pour le lit si nécessaire.
- Se désinfecter les mains.
- Ouvrir le set de désinfection et y disposer le matériel de façon aseptique.
- Se désinfecter les mains.
- Mettre les gants non stériles.
- Retirer le pansement et observer son aspect.
- Retirer les gants et se désinfecter les mains.
- Observer la plaie et son pourtour.
- Mettre les gants pour l'antisepsie d'une plaie infectée ou en présence d'un écoulement.
  
- Pour une plaie aseptique:

A l'aide de tampons et de la pincette, désinfecter largement la plaie sans appuyer, de la zone la moins contaminée vers la plus contaminée, c'est-à-dire de l'incision vers la peau environnante avec autant de tampons qu'il est nécessaire (les compresses doivent reposer sur une surface désinfectée)

- Pour la plaie septique :

A l'aide de tampons et de la pincette, désinfecter largement la plaie sans appuyer, de la zone la moins contaminée vers la plus contaminée, c'est-à-dire de la peau environnante vers la plaie ou le drain avec autant de tampons qu'il est nécessaire.

- Laisser sécher/agir l'antiseptique ou laisser sécher le NaCl 0.9%

- Appliquer le pansement le plus adéquat pour la plaie et de ses caractéristiques :

- Plaie chirurgicale fermée sans écoulement : laisser à l'air ou pansement sec type Opsite post-op<sup>TM</sup> ou compresses + adhésif hypoallergique ou autre

- Plaie chirurgicale fermée avec écoulement : compresses +/- pansement absorbant + adhésif hypoallergique ou autre plaie chirurgicale avec déhiscence : pansement et produit topique selon le lit de la plaie pour favoriser la cicatrisation

- Plaie chirurgicale avec drain : réfection du pansement

- Retirer le masque, les gants et se désinfecter les mains

## SOINS ET SURVEILLANCES

- Intégrité du pansement : pas de signe inflammatoire et absence d'écoulement.

- Présence d'exsudat, de saignement

- Rougeur cutanée

- Douleur

- Signe de séparation des berges de la suture (déhiscence).

Education patient :

Les principaux conseils à donner au patient sont :

- D'observer la plaie quotidiennement et de vérifier son apparence, la présence d'écoulement, l'état de la peau environnante et les changements de couleur de la cicatrice (évolution de rouge à rose et à long terme, de rose à blanc argenté)

- De communiquer avec l'infirmière ou le chirurgien en présence des signes et symptômes tel que :

- Rougeur, œdème, changement de type et de quantité d'écoulement, augmentation de la douleur, chaleur et induration au site de la plaie
- Ouverture partielle ou complète des bords de la plaie
- Fièvre persistante depuis quelques jours (31)

### 3.2.3. Sonde naso gastrique :

✓ Définition : La SNG est un tube flexible qui passe normalement par le nez. Il peut également passer par la bouche si le patient est sous sédation ou à un traumatisme facial. Il descend dans l'œsophage et s'arrête à l'estomac.

✓ Indication ; Protection du tractus gastro-intestinal, en particulier après une chirurgie gastro-intestinale. Le SNG permet l'aspiration des sécrétions gastriques, hépatiques et pancréatiques. Elle dépasse 2 litres par jour et peut stagner dans l'estomac. En fait, l'abus opiacés et la chirurgie gastro-intestinale peuvent arrêter le péristaltisme intestinal, ce qui peut entraîner une stagnation des liquides et dans l'estomac et une dilatation des organes creux. Le risque principal étant un lâchage de suture à cause de la tension exercée sur celle-ci notamment dans les chirurgies œsophagiennes et gastriques.... (32)

#### ✓ Matériels

- sonde nasogastrique de 12 à 18 F ou sonde de Salem
- seringue de gavage
- sparadrap
- stéthoscope
- lubrifiant siliconé
- haricot en cas de vomissement(33)

#### ✓ Technique

- Informer le patient
- Préparer le système d'aspiration et le brancher
- Bien installer le patient position assise ou demi-assise
- Protéger l'environnement (Réniforme, absorbex, tablier)
- Donner un verre d'eau au patient
- Prendre les mesures pour positionner la sonde dans l'estomac (nez oreille estomac)
- Mettre ses gants (non stérile)
- Aider le patient à pencher la tête en avant
- Insérer la sonde par le nez, lorsque le patient sent la sonde dans la gorge, Il doit déglutir (peut s'aider avec une gorgée d'eau).
- Descendre la sonde jusqu'au numéro précédemment repéré.
- Vérifier le positionnement de la sonde en injectant de l'air à l'aide de la seringue de gavage en ayant placé le stéthoscope au niveau de l'estomac on doit entendre des « bulles».
- Fixer la sonde au nez avec du sparadrap, et à la blouse avec 'épingle à nourrice. (27)

✓ Surveillance

- Vérifier la position de la SNG à chaque prise de service. Cette surveillance fait partie de la prise en charge globale du patient.
- Les strips doivent être changés au moins une fois par 24 heures (voire plus s'ils sont souillés) et la sonde surveillée au niveau de son point d'entrée pour vérifier l'absence d'escarre et de points de pression trop importants.
- Penser à réaliser des soins de bouche plusieurs fois par 24 heures (minimum 3 fois)
- L'aspect et la quantité du liquide doivent être relevés au moins une fois par 24h (souvent le matin à 8h) voir plus en cas de prescription.
- Surveiller l'absence de nausées et/ou de vomissements et la reprise de transit.
- L'aspiration douce à -20mbar fait l'objet d'une prescription médicale.
- Si la SNG est placée en aspiration douce, la prise d'air doit être ouverte. Si la SNG est placée en siphonage, la prise d'air est clampée.
- En cas d'écoulements importants supérieur à 1litre, le médecin doit être prévenu de manière à mettre en place une compensation volume/volume des pertes. (32)

### **3.2.4. Pansements et les drainages :**

✓ Changements de Pansements :

Matériels :

- Chariot de pansement continent : gants propre, gants stérile, compresse stérile, Bétadine, sérum physiologique, eau oxygéné, sparadrap, ciseaux, ....

Déroulements de soins :

- Informer le patient sur le geste
- Le patient doit être allongé
- Effectuer lavage simple des mains
- Porter des gantes propre
- Enlever le pansement précède
- Vérifier et observer la plaie (infecté ou pas)
- Retirer les gants propres et effectuer lavage simple des mains
- Porter des gantes stérile
- Dans un compresse stérile mettre une quantité de sérum et mettez-le sur la plaie à partir de la zone le plus propre au point le mois propre.

- Sécher bien
- Si l'eau oxygéné est appliqué, ils doivent mettre après le sérum est sécher pour éviter l'absence de l'effet avec la Bétadine
- Mettre la Bétadine
- Sécher les bords
- Mettre les compresses (compressif ou pas selon la plaie)
- Mettre sparadrap
- Rassemblez les outilles et les déchets
- Enlever les gantes
- Effectuer lavage des mains.

✓ Drainages :

➤ **Définition et but :**

Le drain est un tube, une lame ou une mèche en caoutchouc, en silicone ou en plastique qui relie l'intérieur du corps à l'extérieur, permettant un écoulement continu de liquide: sang, sucs digestifs, pus, bile, selles, sérosités, urine. .. Placé dans une plaie traumatique ou chirurgicale, une cavité naturelle ou une cavité créée par une infection, une intervention chirurgicale ou un traumatisme.

La vidange a pour but de faciliter l'évacuation des liquides vers l'extérieur ou éviter la constitution d'une collection anormale. (34)

➤ **Surveillance et prise en charge :**

Surveillance efficacité du drainage :

- Quantité de liquide recueilli (/24h)
- « Qualité » liquide recueilli : couleur, aspect, odeur, ... (35)

Soins locaux : cela inclut le pansement

Matériel : boit de pansement, compresse, Bétadine, flacon d'alcool modifié à 70 degrés, pansement hypo-allergique, 1 paire de gants non stérile, rouleaux de sparadrap 2 et 10 cm et 1 pansement absorbex.

Technique :

- prévenir le patient de soin
- installer le patient dans le lit
- mettre de pansement absorbex près du thorax coté pansement

- installer le matériel sur plateau du chariot
- mettre des gants à usage unique
- enlever le pansement
- enlever les gants, le mettre à la poubelle
- ouvrir le plateau à pansement
- verser de la Bétadine dans la cupule
- désinfecter la peau autour du drain, de l'intérieure vers l'extérieure.
- Désinfecter le drain de la peau vers l'extérieure.
- Sécher la peau
- Couper deux compresses au  $\frac{3}{4}$  dans leur largeur.
- Glisser une compresse dessous, fente vers le haut, entre la peau et le drain.
- Mettre l'autre compresse dessus, fente vers le bas en glissant la fente jusqu' au drain.
- Appliquer le pansement adhésif
- Réinstaller le patient, effectuer le changement de tout ou partie du système de drainage. (36).
- Pour l'ablation de drain fait sur une prescription médicale et presque la même méthode appliquer : préparer le matériel (deux gants à usage unique, compresse, lame pesturé, Bétadine, sérum physiologique, sparadrap). Informer le patient, installer le patient, on enlève le pansement de drainage, enlève les gants, porter une autre perte de gant, nous tenons la lame et retirons le fils de bas en haut. une fois terminé, nous demandons au patient de bien respirer, on dessine lentement le drain, puis on fait un pansement simple avec compresse et sérum et on le sèche, puis le Bétadine. en fin, on met quelques compresse sur la plaie, et mettre sparadrap dessus. Nous ramassons les déchets, enlevons les gants et nous l'avons les mains.

### **3.2.5. Ablation des fils ou des agrafes**

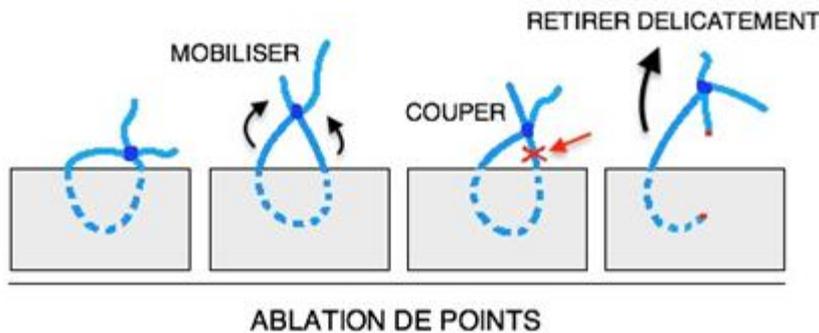
Se fait sur une plaie cicatrisée. 5 à 10jours après leur mise en place.

✓ Ablation des fils:

-Suture à points séparés: saisir le nœud du premier fil à l'aide de la pince stérile; le soulever au-dessus de la peau pour le décoller; couper un des brins du fil au ras de la peau et tirer déposer les sutures sur une compresse, puis les jeter dans le sac poubelle

Surjet: couper le premier fil du cote oppose au nœud, puis tirer doucement ; couper le deuxième fil du même côté que le nœud au ras de la peau et tirer le fil en évitant de faire passer la partie externe du fil par l'intérieur de la peau ; vérifier l'ablation totale du fil.

Figure04 : Technique d'ablation de fils (k)



✓ Ablation des agrafes:

Desserrer les agrafes, en fonction du protocole de service; puis ôter les agrafes à l'aide de la pince de Michel, à raison d'une sur deux ; avec la pince à disséquer, maintenir l'agrafe, ouvrir la pince de Michel et la glisser au milieu de l'agrafe; fermer la pince doucement et les griffes de l'agrafe se relèvent sans provoquer de douleur; déposer chaque agrafe enlevée sur une compresse. (28)

✓ Réfection du pansement :

Désinfecter bien la plaie, et assurer que toute la plaie est cicatrisée

Vérifier le retrait de chaque fils.

Refermer le pansement ou le laisser à l'aire libre.

✓ Surveillance :

Vérifier l'absence de signes inflammatoires du parfois à l'infection d'un fil oublié sous la peau (chaleur, douleur, rougeur, œdème).

Contrôler l'absence de chéloïde, pouvant être provoquée par l'oubli d'un fil (ne s'infectant peut être pas, mais formant un kyste). (7)

### 3.2.6. La réhabilitation précoce :

✓ Les concepts de la réhabilitation précoce :

Le terme « réhabilitation postopératoire » correspond à un concept qui vise amener un patient à l'état de santé physique et psychique le plus proche possible de celui avant l'intervention chirurgicale. La gestion des soins postopératoires a été longtemps totalement empirique, reposant essentiellement sur des habitudes apprises et perpétuées de génération en génération, comme le fait d'attendre la reprise des gaz pour réalimenter un patient opéré. Puis la médecine factuelle est apparue, et certains anesthésistes et chirurgiens, en particulier

le Dr Henrik Kehlet, chirurgien digestif danois, pionnier du concept dans les années 1990, ont soumis les pratiques préopératoires à ce nouvel éclairage scientifique. Il s'agissait de remettre en question certains dogmes en vue d'améliorer et de réorganiser les soins préopératoires en s'appuyant sur des preuves scientifiques. Partant du constat que tout acte chirurgical mené de manière conventionnelle est associé à un stress physiologique et psychologique pour le patient, Henrik Kehlet a voulu définir comment obtenir qu'une intervention techniquement réussie débouche sur des suites simples et aboutisse à un bon résultat fonctionnel? Il semblait inéluctable d'évoluer vers une moindre agression chirurgicale. Ce concept développé par H. Kehlet est désigné actuellement sous les termes suivants : « Réhabilitation améliorée », « Réhabilitation précoce » ou « Réhabilitation rapide » pour les expressions françaises ; « Fast Track Surgery » ou plus récemment « ERAS » (Enhanced Recovery After Surgery) dans la littérature anglo-saxonne. Il admet comme objectifs de diminuer la survenue de complications postopératoires chirurgicales et médicales, en réduisant au maximum l'impact physiologique de la chirurgie sur le patient, et de ce fait la durée d'hospitalisation. La qualité des soins ne doit pas en être impacter négativement. La réhabilitation précoce vise à améliorer et accélérer la convalescence postopératoire tout en préservant voire en améliorant la qualité des soins, la qualité de vie et le niveau d'autonomie. Sous cette impulsion, de nouvelles avancées scientifiques ont ainsi eu lieu dans le domaine de l'analgésie et de la chirurgie durant ces 15 dernières années. (37).

Donc on peut résumer les avantages de la réhabilitation précoce à ces points :

- Diminution des complications postopératoires liées à l'immobilisation.
- Diminution des risques d'infections nosocomiales liés à l'hospitalisation.
- Retour rapide dans l'environnement familial.
- Reprise d'une vie normale en toute sécurité. (38)

✓ Le rôle de l'infirmier :

Infirmier, ainsi que l'autre équipe soignante, cherche à atteindre une grande audience en matière de la réhabilitation, alors quelles sont ses missions ?

□ Durant la phase postopératoire, le patient reçoit des analgésiques en épidurale au niveau mi-thoracique. Le patient n'est pas muni de sonde nasogastrique, il doit se nourrir par voie orale rapidement et tenter de prévenir les nausées et les vomissements. Le programme vise à éviter les surcharges hydro sodées, ne demande pas l'administration

d'analgésiques opioïdes, prône une mobilisation rapide, la stimulation de la mobilité de l'intestin, la vérification de la compliance et des résultats et l'ablation précoce du cathéter.

(39)

• Mobilisation du patient dès que possible avec un lever dans l'après-midi (40):Premier lever

➤ Objectif principale : -prévenir les complications décubitus.

➤ Déroulement du premier lever :

Préparation de la chambre :

-Organiser la de façon à pouvoir circuler librement.

-Préparer un fauteuil ou une chaise.

Préparation du matériel:

-Potence roulante en cas de perfusion

-Etrier (attache) pour la poche de sonde si la personne est sondée

-Matériel nécessaire à la prise du constant tensiomètre, stéthoscope

Thermomètre montre avec trotteuse

-Haricot (il y a souvent des nausées au premier lever)

-feuille de surveillance

Préparation psychologique:

-lui expliquer la veille, programmer l'heure.

-Le prévenir cette appréhension, sur son pathologie

-Lui expliquer et le rassurer en lui expliquant l'intérêt de premier levé et pourquoi

Ne craint rien (autonomie, rééducation qui doit être rapide)

Préparation de la personne

-Prévoir un pyjama ou une chaise adaptée (veiller à respecter la pudeur)

- Pantoufles.

-Couverture si besoin pour couvrir la personne au fauteuil.

-Pose de bandages de contention si prescrits.

• Déroulement:

1<sup>er</sup> temps:

-Prise des constantes au repos.

-Rassurer la personne.

-Différer le lever en cas de problème.

2ème temps:

- Position assise au bord du lit.
- S'assurer de la présence d'un médecin dans le service.
- Prise des constantes.
- Mouvement des jambes.
- Mettre au patient sa robe de chambre et son pantoufle.

3ème temps:

- Aide le patient à se mettre en position debout.
- Rassurer.
- Soutenir le patient.
- Accompagner jusqu' au fauteuil (que doit être près du lit).
- Prise des constantes. Observées, écouté.
- Réfection de lit.

4ème temps:

- Recoucher le patient (Enlever les bas de contention).
- Prise des constantes(41).
- Proposition d'ingestion d'aliments liquides très rapidement sans attendre la reprise des gaz.
- Si sonde urinaire :
- Ablation immédiate en post-opératoire (selon intervention).
- Ablation le lendemain si péridurale.
- Dès que l'état de santé le permet et en l'absence de toute complication chirurgicale, la sortie sera envisagée.
- L'adhésion et la compréhension du patient sont essentielles pour la réussite de cette prise en charge : (40)
- l'infirmier doit expliquer au patient et à sa famille toutes les étapes qu'il va traverser pendant la phase post opératoire et rôle de la réhabilitation précoce dans la rééducation des complication et problème post opératoire , l'infirmier aussi doit expliquer tous les aspects positifs de cette rééducation pour s'assurer que le patient accepte son état après la chirurgie et accepte également l'idée de ce traitement : plus le patient dans un stade avancé d'acceptation ,plus le taux de réussite de cette prise en charge est élevé .

## **4. Rôle de l'infirmier dans la prise en charge psychologique et éducatif :**

### **4.1. Prise en charge psychologique :**

- Du patient : il faut veiller à le rassurer, le calmer et le respecter son repos en minimisant l'agression extérieures comme le bruit, la lumière vive(7) ... Si le patient est inquiet pour son séjour à l'hôpital ou pour sa santé, l'infirmier doit veiller à lui prodiguer les conseils utiles et lui fournir tous les moyens de son confort psychologique, les moindres choses lui riant au nez et ne paraissant pas une personnalité colérique ou indifférente.
- De la famille : le mieux est d'établir des relations de qualité dès l'accueil du patient dans le service afin de minimiser les inquiétudes de sa famille(7). Essayez toujours d'agir avec bonté avec eux et rassurez –les sur l'Etat du patient afin qu'ils sachent que le patient est entre des bonnes mains.

### **4.2. Prise en charge éducatif :**

#### **• Pendant leur séjour à l'hôpital :**

-Éduquer les patients sur l'hygiène au niveau de la cicatrice. Veuillez lui faire savoir qu'il peut prendre une douche et ne peut pas prendre de bain pendant 3 semaines.

- Formation au bain de siège

- Formation en soins de stomie (coopération avec un stomathérapeute)

- Éducation et information sur la prise de médicaments (analgésiques, traitement de la Constipation etc...)

- Adhésion à l'éducation nutritionnelle et au régime prescrit par le chirurgien.

-L'intervention du diététicien doit se faire dès le début de la réalimentation (19)

#### **• Lors de leur sortie :**

L'infirmier doit informer et expliquer sur les éléments suivants :  
Le traitement et les soins à poursuivre (soins à domicile ou soins de kinésithérapie...) le régime alimentaire un arrêt de travail des conseils d'hygiène de vie, de mouvements interdits... . L'IDE remet à la personne ses documents personnels, un rendez-vous pour la visite post opératoire ou ablation des fils.....(18).

## **5. Rôle de l'infirmier en chirurgie ambulatoire :**

### **5.1. Définition selon HAS (Haute Autorité de Santé) :**

Ainsi que le précisent les articles D. 6121-301-1, R.6121-4 du code de la santé publique, la chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation complète

Dont l'objectif est de permettre le retour à domicile du patient le jour même de son intervention : « ... dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4,

D'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement...». (42)

### **5.2. Rôle de l'infirmier :**

Les infirmières en chirurgie ambulatoire ont les mêmes fonctions que les infirmières en Service de chirurgie traditionnelle. Il y a une différence, mais elle doit l'analyser. Obtenez une image très rapide de la situation du patient, évaluez le problème avant sa sortie, c'est-à-dire le jour même afin que les suites opératoires se déroulent dans les meilleures conditions possibles. En post opératoire (gestion de la douleur, surveillance propre à la chirurgie, reprise alimentaire, conseil de sortie, et éducation pour les soins post opératoires). (43).l'infirmier faire aussi la réhabilitation précoce pour diminuer la durée de e séjour à l'hôpital .Avant ca sortie l'infirmier donne le numéros de téléphone en cas de problème et le lendemain , dans la matinée :elle reprend tous les dossiers des patient de la veille , et les appels à tour de rôle pour assurer qu' ils vont bien .par la suite le suivi post opératoire est complété par une infirmière libérale.(44)

## **6. Rôle de l'infirmier à domicile :**

Le rôle de l'infirmier à domicile est aussi essentiel que celui de l'infirmière hospitalière, c'est pourquoi le suivi du patient après sa sortie de l'hôpital ou après une chirurgie ambulatoire est très important pour assurer le rétablissement complet du patient et assurer sa sécurité de tous les problèmes post opératoire .parmi les choses les plus importantes que l'infirmière fait dans cet espace :

-l'infirmier évalue l'état de santé de patient à la recherche et détection des complications post opératoire. Elle examine et vérifier la plaie chirurgicale, la fonction respiratoire ...assurer l'efficacité du traitement de la douleur antalgique..., l'état liquidien et nutritionnel et aider le patient à reprendre son activité précédente. L'infirmier évaluer également les capacités de la personne et des membres de sa famille à changer le pansement et les appareils de drainage, les stomies ....et à administrer les médicaments

prescrits .travailler pour répondre aux besoins du patient avec la participation de sa famille .l'infirmier renforcer l'enseignement reçu et rappelle à la personne l'importance des rendez-vous de suivi .elle la renseigne sur les signes ou symptômes qui doivent être signalés ou chirurgien .l'infirmier évaluer également le degré de rétablissement et retour du patient et tient à rassurer le patient et sa famille et à expliquer toute évolution de l'état de santé du patient.(8)

-l'infirmier aussi le relais entre le corps médicale et le patient ou sa famille. Il est attentif au confort émotionnel de la personne et est à l'écoute de ses besoins ou difficultés .informer le patient sur sa maladie et son traitement ainsi que de le conseiller. (45)

En peut dire que l'infirmier est très nécessaire dans la vie saine.

**PARTIE**

**PRATIQUE**

## **Partie pratique:**

### **I .La méthodologie:**

#### **1. Présentation du lieu de l'enquête :**

Notre étude a été effectuée au service de chirurgie générale de Chu de Bejaia {Khelil Amrane}. Il comporte deux unités : unité homme et unité femme.

Le lieu inclus aussi la salle de réveil.

##### ❖ Salle de réveil :

C'est une salle au bloc opératoire équipée pour recevoir des patients après une chirurgie. C'est un lieu où les patients séjournent jusqu'à leur réveil complet. Elle assure le transit entre le bloc opératoire et le service.

##### ✓ Matériels :

- Scope
- Aspiration
- Sources d'oxygène
- Chariot de soin
- Autres matériels : Potence, thermomètre, tensiomètre ....

##### ✓ Personnel infirmiers (ères): Il y'a cinq infirmiers (ères) :

- Un infirmier (ère) travaille de huit heures du matin à cinq heures d'après-midi.
- Quatre infirmiers (ère) font un travail du 24h.

##### ✓ Capacité : 3 lits.

##### ❖ Service :

##### ✓ Capacité :

#### **Unité Femme :**

- Cinq (03) chambres d'hospitalisations.
- Douze (12) lits d'hospitalisations.
- Infirmier affectés au service femme : Un infirmier.

## **Unité Homme :**

- Quatre(04) chambres d'hospitalisation.
- Quatorze (14) lits d'hospitalisation.
- Infirmier affectés au service homme : un infirmier.

### ✓ Matériels :

- Un chariot de soin.
- Un chariot d'urgence.
- Chariot des dossiers.
- ECG.
- Scopes.
- Aspirateur.
- Une armoire pour les produits médicamenteuses.
- Sources d'oxygène.
- Auto clave.
- Autres : tensiomètre, thermomètre, potence,...

### ✓ Documents :

- Registre d'hospitalisation.
- Cahier de nuit (homme- femme).
- Registre de visite (homme-femme).
- Dossier des patients.
- Cahier de consigne.
- Autres registre : admission, sortie...

### ✓ Personnels :

- Professeur : Pr. BENAIBOUCHE.
- Deux (02) maîtres assistants.
- Sept(07) assistants.
- Treize (13) résidents.
- Quatorze (14) internes.
- Neuf (09) infirmiers (ères).
- Sept (07) ATS (aides- soignants).

- Un agent de sécurité.
- Trois(03) agents d'hygiène.

✓ Les pathologies chirurgicales dans le service :

**Les cancers :**

- Cancer d'estomac
- Cancer de : rectum, colon, voie biliaires, foie.
- Cancer du pancréas.
- Cancer de l'œsophage.
- Cancer du canal anal.
- Tumeur hépatique.

**Programmée :**

- Eventration.
- Hernie crurale.
- Hernie inguinale.
- Hernie bilatérale.
- Hernie ombilicale.
- Hernie hiatale.
- Vésicule biliaire (LV)....
- Kyste hydatique du foie.
- Adénocarcinome du sigmoïde.
- Fistule anale.
- Maladie de crhon.

**Urgence :**

- Cholécystite.
- Pancréatite.
- Appendicite.
- L'invagination.
- Occlusion intestinale.
- Hernie étranglée.
- Kyste pilonidal.
- Perforation grelique.

- Volvulus de colon pelvien.
- Prolapsus rectal.

## **2. La période de l'étude :**

Notre étude s'étale du 20 février 2022 jusqu'au 15 avril.

## **3. Méthode d'étude :**

Il s'agit d'une étude statistique descriptive.

## **4. Population ciblée :**

Neuf (09) infirmiers (ères) (infirmier spécialisés de santé publique (ISSP) et infirmier de santé publique (ISP)) qui travaillent dans le service de chirurgie générale et cinq (05) infirmiers (ère) de la salle de réveil.

## **5. Critères de sélections :**

-On a inclus dans notre recherche : tous infirmiers (ères) travaillant dans le service de la chirurgie générale et les infirmiers (ères) de la salle de réveil.

-On a exclus le personnel médical et administratif, les infirmiers des autres services.

## **6. L'outil de l'investigation :**

Un questionnaire de vingt-quatre (24) questions (16 pour les infirmiers du service et 08 pour les infirmiers de la salle de réveil) et une question facultative adressé aux infirmiers (ères) de service et de salle de réveil.

## **7. Caractéristiques des questions :**

Constitue de vingt-quatre (24) questions et une question facultative, dont quinze (15) à réponses fermées, six (06) à choix multiples, six (02) à réponses ouvertes et une question à réponse fermée avec réponse courte.

- ❖ Le nombre d'exemplaire distribuée : 14 exemplaires.
- ❖ Le nombre d'exemplaire récupéré : 12 exemplaires.
- ❖ Le nombre d'exemplaire traité : 12 exemplaires.

## **8. Déroulement de l'enquête:**

### **• Révision et correction :**

Nombreuses corrections apportées par notre promoteur de mémoire avant son application.

- **Recueil des données :**

Le questionnaire prévu pour cette enquête, une fois conçu, il est remis aux infirmiers qui représente l'échantillon de l'étude 12 infirmiers (4 de salle de réveil et 08 du service) puis nous avons procédé au recueil des données en vue d'être analysé, et essayer d'en tirer leurs relation avec les hypothèses émises ultérieurement.

## **9. Limites de notre étude (les difficultés que nous avons rencontrées) :**

- Comme les questions n'avaient pas reçu de réponse à temps, nous avons dû nous rendre plusieurs fois à l'hôpital.
- Certaines infirmiers (ères) ont perdu leur copie et d'autres n'ont pas répondu.
- Petite taille de l'échantillon.

## 9. Présentations et analyses des résultats :

### ✓ Infirmiers (ères) de salle de réveil :

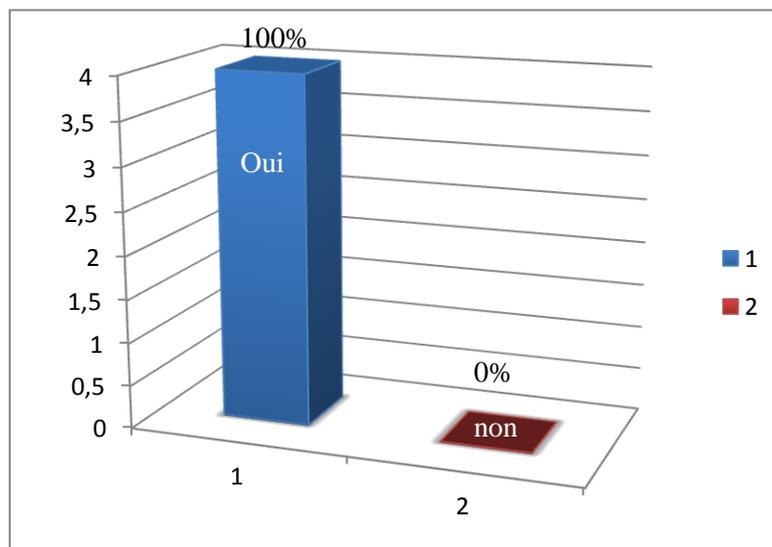
**Question N°1 : Le nombre d'heures de travail est-il trop élevé pour vous ?**

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
<b>oui</b>	4	100%
<b>Non</b>	0	0
<b>Totale</b>	4	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu que les heures de travail sont trop élevés pour-ils.

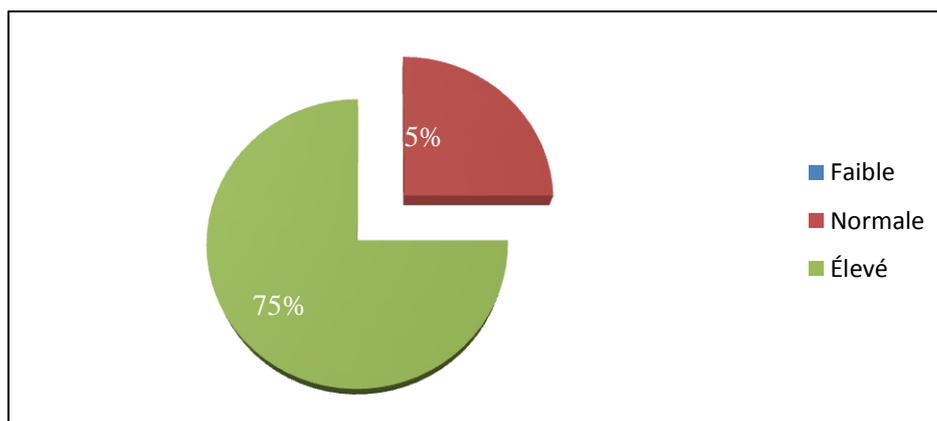
## Question N°2 : Comment décriviez-vous le nombre des patients que vous recevez par jour ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Faible	0	0%
Normale	1	25%
Élevé	3	75%
Totale	4	100

Représentation graphique :



**Interprétation :**

75% ont répondu qu'ils reçoivent un grand nombre de patients par jour, tandis que 25% ont répondu qu'ils reçoivent un pourcentage moyen.

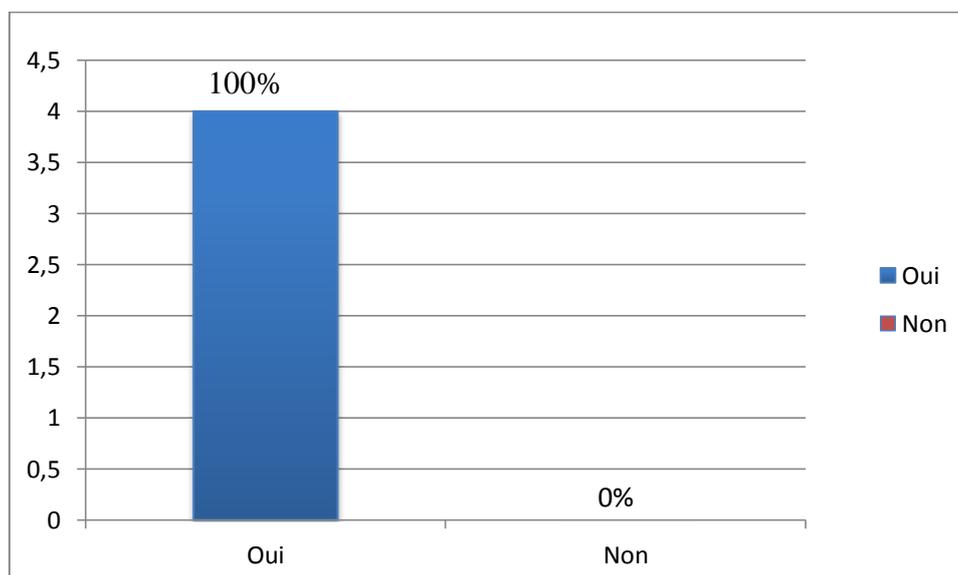
### Question N°3: Trouvez-vous le nombre des infirmiers (ères) peu par rapport au nombre des patients que vous recevez ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	4	100%
Non	0	0%
totale	4	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu que le nombre des infirmiers peu par rapport au nombre des patients qu'ils reçoivent.

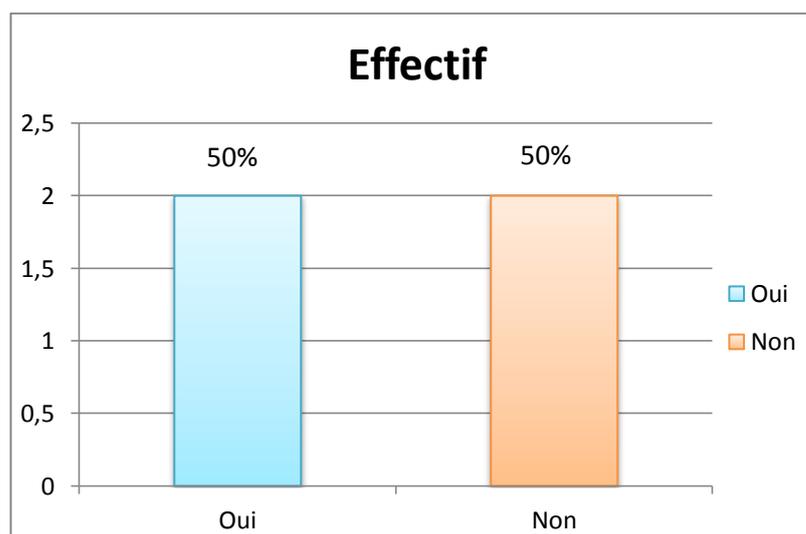
## Question N°4: Vérifier vous l'efficacité des appareils avant de recevoir le patient ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	2	50%
Non	2	50%
totale	4	100%

Représentation graphique



### Interprétation :

50% des infirmiers ont répondu qu'ils vérifient l'efficacité des appareils avant de recevoir le patient, alors que les 50% restants ne vérifient pas.

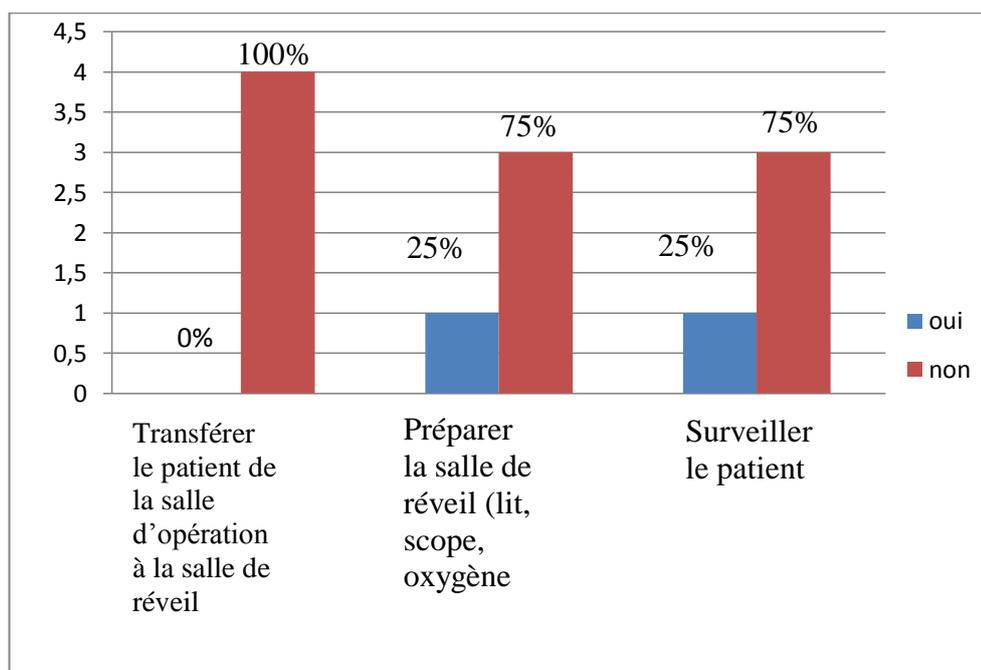
## Question N°5 : Êtes- vous satisfait de la disponibilité de matériels pour :

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères)

Représentation tabulaire :

Réponses	Transférer le patient de la salle d'opération à la salle de réveil		- Préparer la salle de réveil (lit, scope, oxygène...)		Surveiller le patient	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Oui	0	0%	1	25%	1	25%
Non	4	100%	3	75%	3	75%
Totale	4	100%	4	100%	4	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

Pour transférer le patient de la salle d'opération à la salle de réveil : 100% des infirmiers ont répondu qu'ils ne sont pas satisfaits de la disponibilité de matériels .pour préparer la salle de réveil : 25% des infirmiers répondu qu'ils sont satisfaits ,75% ont répondu qu'ils n'sont pas satisfaits. Pour la surveillance du patient : 75% des infirmiers ont répondu qu'ils ne sont satisfaits pas de la disponibilité du matériel.

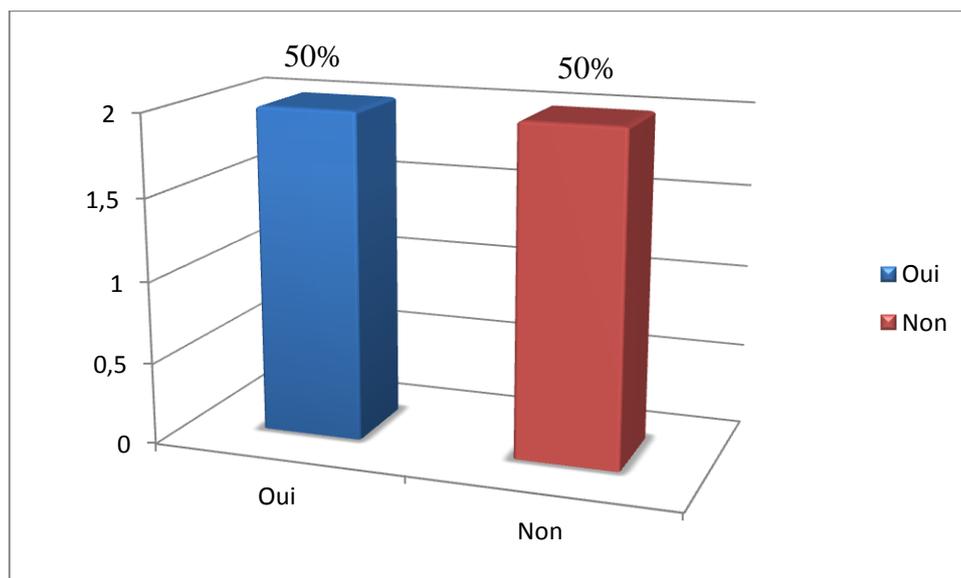
**Question N°6 : Appliquer-vous les critères d'admission du patient en salle de réveil (nature de l'intervention, les anesthésiques et autres médicaments reçu pendant l'intervention, présence de drains, sondes.....) ?**

Répartition des résultats selon les réponses des Infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	2	50%
Non	2	50%
totale	4	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

Pour l'application des critères d'admission du patient en salle de réveil : 50% ont répondu qu'ils appliquent ces caractéristiques et les autres 50% ne les appliquent pas.

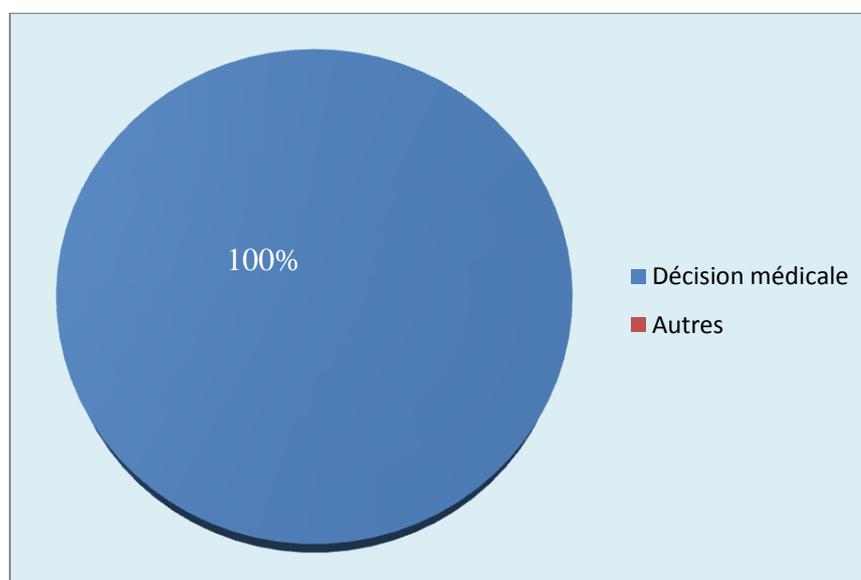
## Question N°7 : Quels sont les critères que vous adoptez pour la sortie du patient de la salle de réveil SSPI ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Décision médicale	4	100%
Autres	0	0%
Totale	4	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

100% des infirmiers ont répondu que les critères de la sortie du patient de la salle de réveil est une décision médicale.

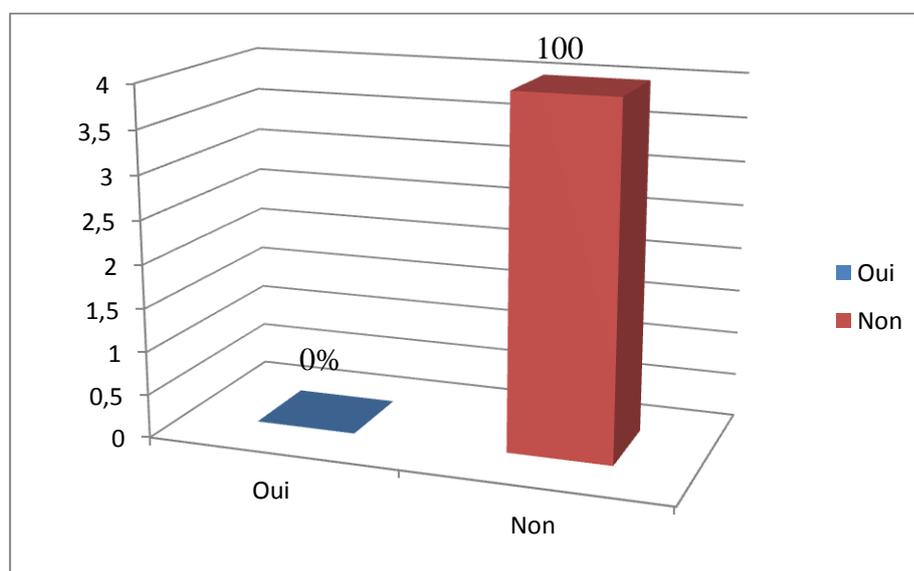
## Question N°8:Participez- vous à des formations continues pour améliorer la pratique de soin ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	0	0%
Non	4	100%
totale	4	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

100% des infirmiers ont répondu qu'ils ne participent pas à la formation continue afin d'améliorer la pratique des soins.

✓ **Infirmiers (ères) de service :**

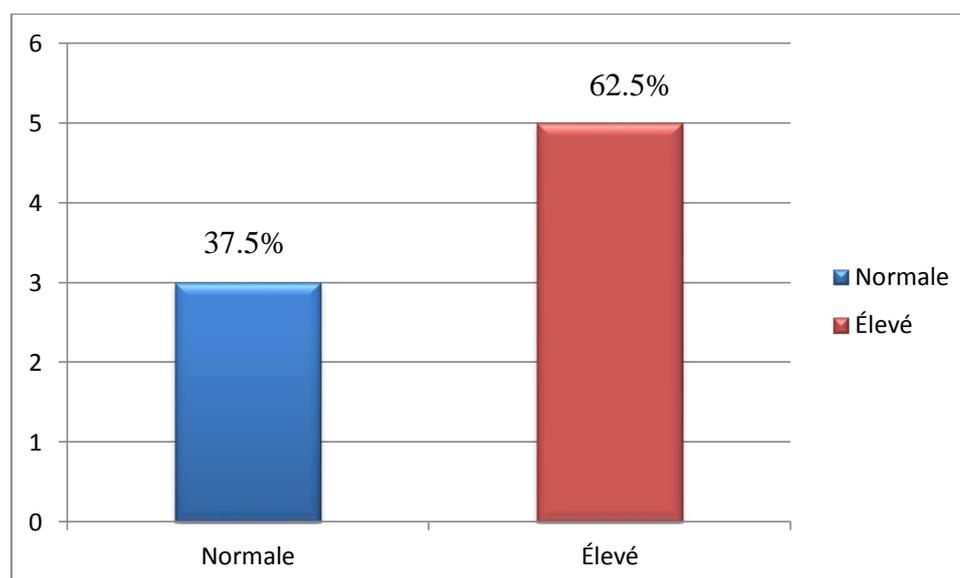
**Question N°09 : Comment décrivez-vous les heures de travail par jour ?**

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers (ères).

**Représentation tabulaire :**

Réponses	Effectif	Fréquence
Normale	3	37.5%
Élevé	5	62.5%
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique :**



**Interprétation :**

37.5% des infirmiers trouvent que le nombre d'heures travaillées par jour est normal et 62.5% trouvent que le nombre d'heures de travail par jour est élevé.

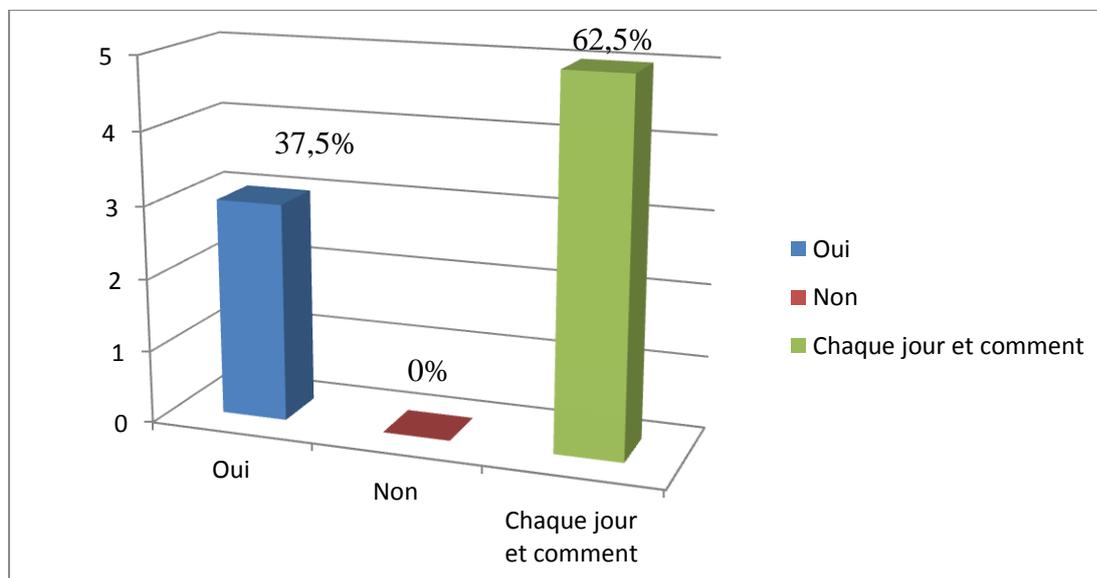
## Question N°10 : recevez –vous un grand nombre des patients par jour ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	3	37,5%
Non	0	0%
Chaque jour et comment	5	62,5%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

37.5% des infirmiers ont répondu qu'il reçoit un grand nombre des patients par jour, et 62.5% ont répondu que le nombre des patients varie d'un jour à l'autre.

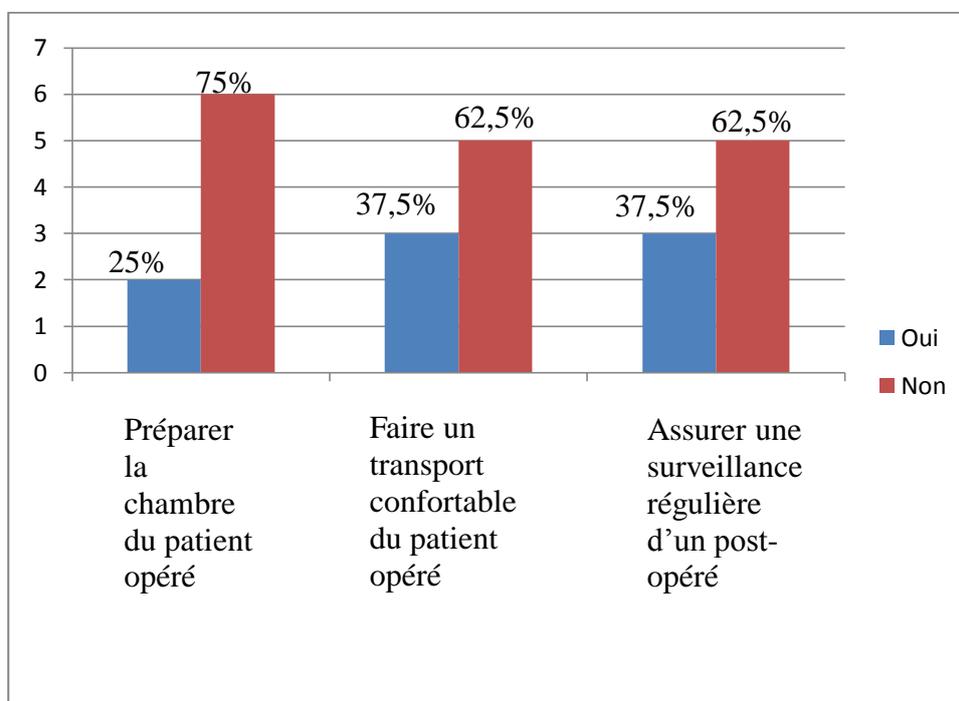
## Question N°11 : Avez-vous le matériels nécessaire pour :

Répartition des résultats selon les réponses des Infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Préparer la chambre du patient opéré		Faire un transport confortable du patient opéré		Assurer une surveillance régulière d'un post- opéré	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Oui	2	25%	3	37.5%	3	37.5%
Non	6	75%	5	62.5%	5	62.5%
<b>Totale</b>	8	100%	8	100%	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

Pour préparer la chambre d'opéré, 75% des infirmiers ont répondu que les matériels ne sont pas disponibles et 25% ont répondu par Oui. Pour faire un transport confortable du patient opéré : 37.5% des infirmiers ont répondu par oui et 62.5% par non. Pour une surveillance régulière du post- opéré : 37.5% des infirmiers ont répondu par oui et 62.5% ont répondu par non.

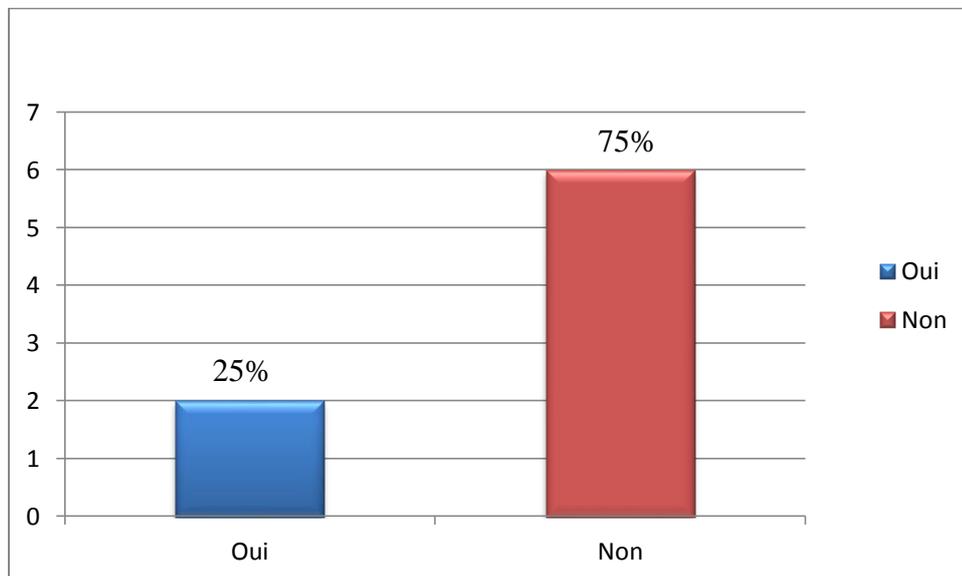
## Question N°12 : Êtes-vous satisfait de la disponibilité du matériel dans le service ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	2	25%
Non	6	75%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

25% des infirmiers ont répondu qu'ils sont satisfaits de la disponibilité du matériel dans le service et 75% ont répondu qu'ils ne sont pas satisfaits.

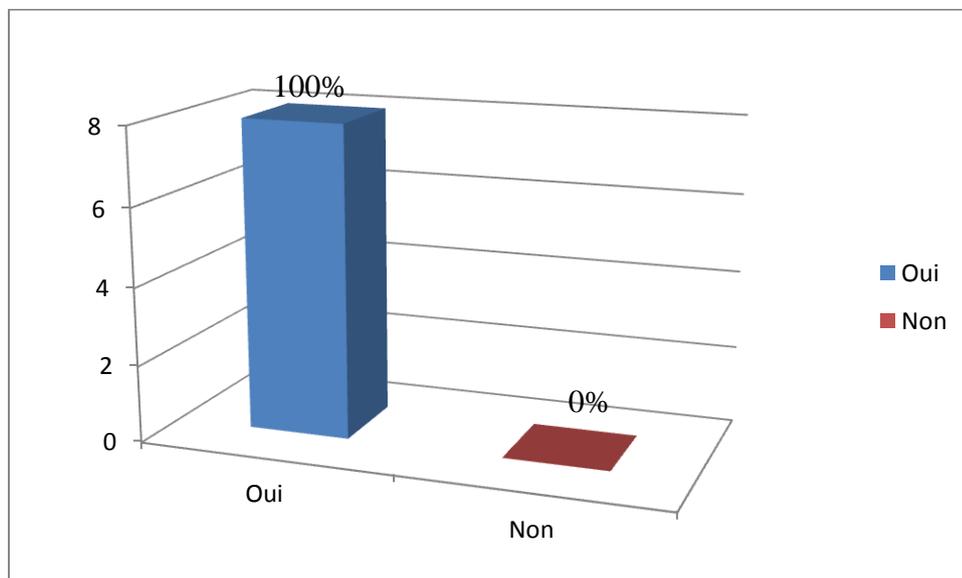
### Question N°13 :Assurez-vous un suivi périodique des patients ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	8	100%
Non	0	0%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu qu'ils font un suivi périodique du patient.

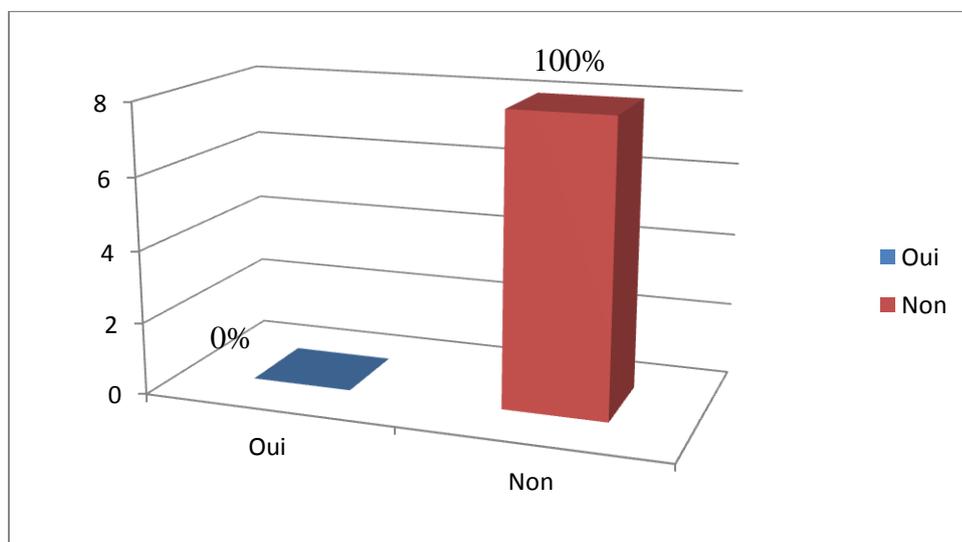
## Question N°14 : Avez-vous suffisamment de temps pour respecter les horaires de soin ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	0	0%
Non	8	100%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu qu'ils n'ont pas assez de temps pour respecter les heures de soins.

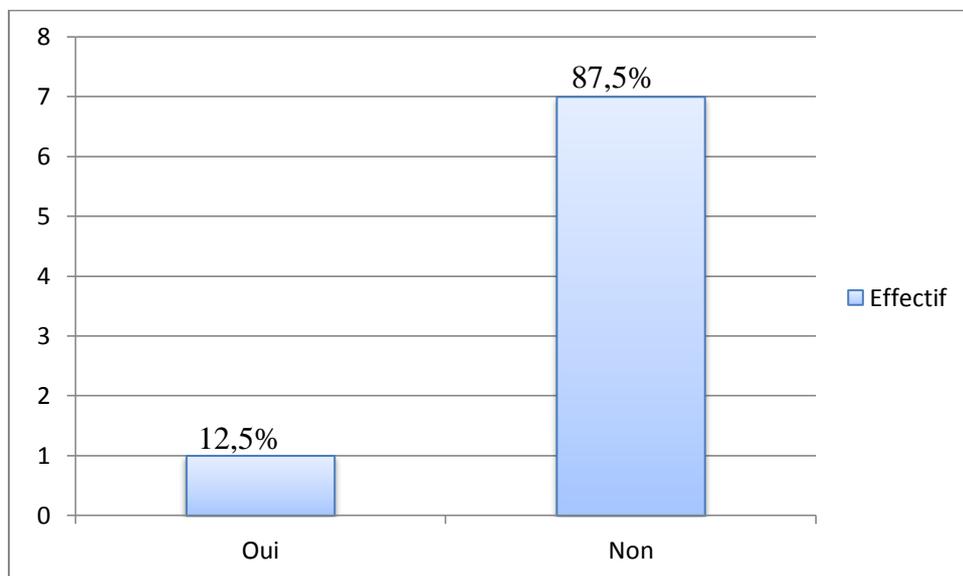
## Question N°15 : Toutes les conditions sont-elles disponibles à respecter les règles hygiènes

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	1	12.5%
Non	7	87.5%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

12.5% des infirmiers ont répondu que toutes les conditions sont disponibles pour respecter les règles hygiènes et 87.5% ont répondu par non.

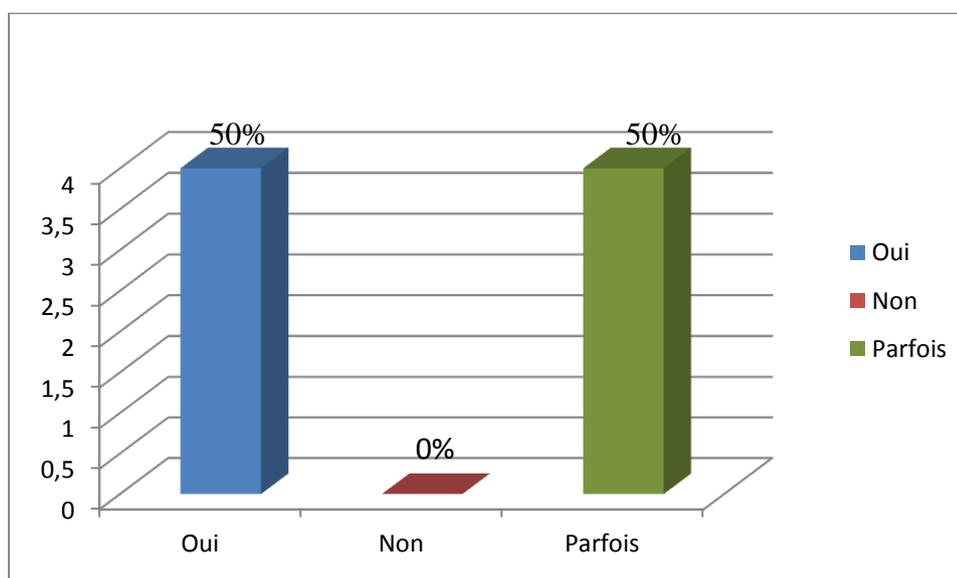
## Question N°16: Expliquer-vous au patient le type d'acte que vous allez faire ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	4	50%
Non	0	0%
Parfois	4	50%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

50% des infirmiers ont répondu qu'ils informent le patient du type d'acte qu'ils vont faire, 50% ont répondu [parfois].

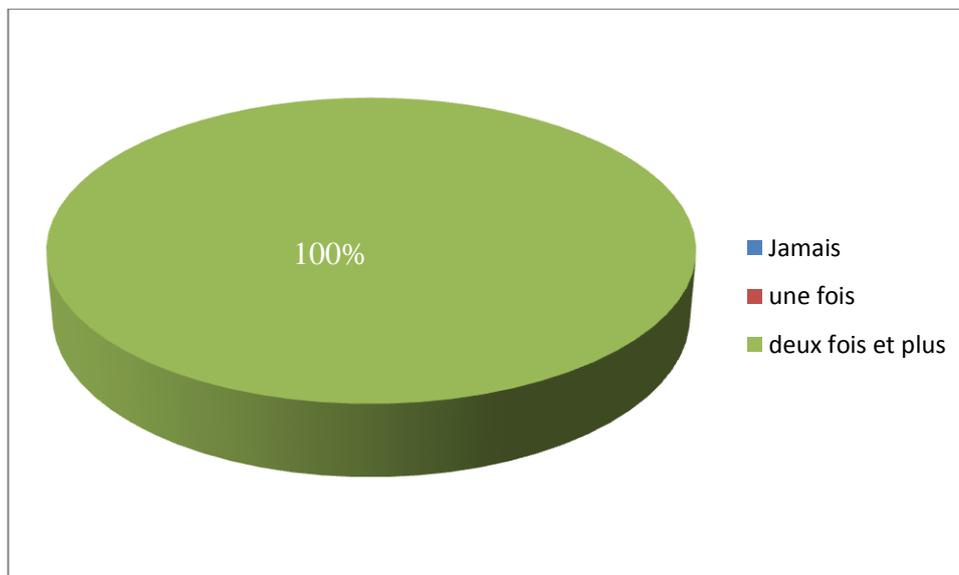
## Question N°17 : Lorsque vous effectuez des tâches, Quelle est la fréquence du lavage des mains que vous adoptez?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Jamais	0	0%
une fois	0	0%
deux fois et plus	8	100%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu qu'ils se lavent les mains deux fois ou plus.

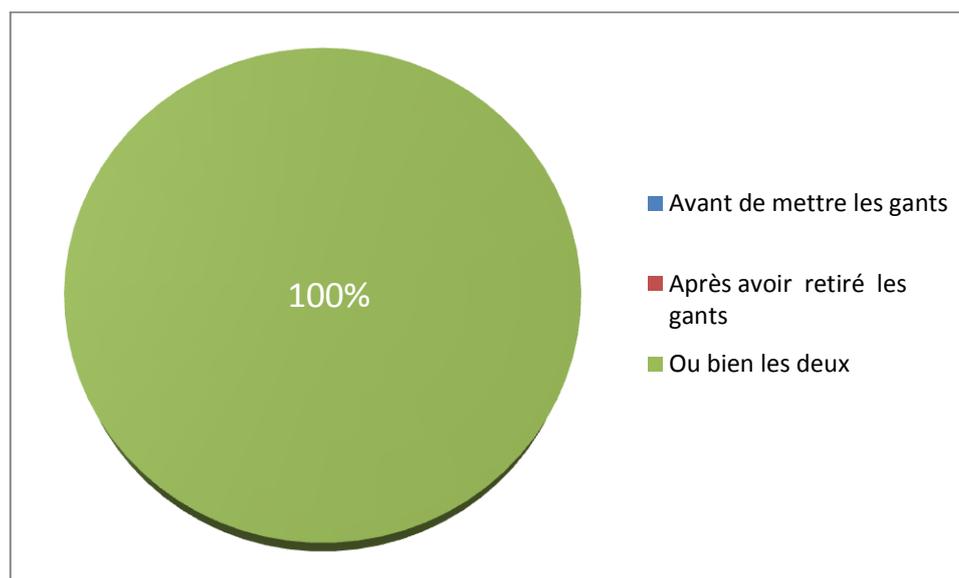
## Question N°18 : Lors du changement de pansement : lavez – vous les mains, à quel moment ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Avant de mettre les gants	0	0%
Après avoir retiré les gants	0	0%
Ou bien les deux	8	100%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu qu'ils se lavent les mains lors de changement de pansement, avant de mettre les gantes et après avoir retiré les gants.

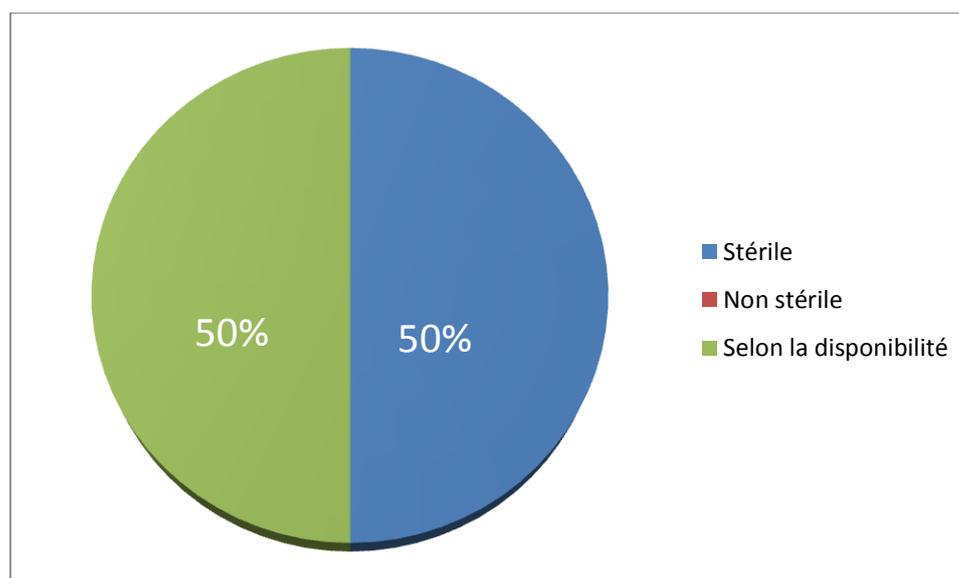
## Question N°19 :portez-vous des gants stériles ou bien non stériles lors du changement de pansement ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Stérile	4	50%
Non stérile	0	0%
Selon la disponibilité	4	50%
totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

50% des infirmiers ont répondu qu'ils portent des gants stériles lorsqu'ils changent le pansement, tandis qu'un autre 50% ont répondu en fonction de la disponibilité des gants dans le service (stérile, non stérile).

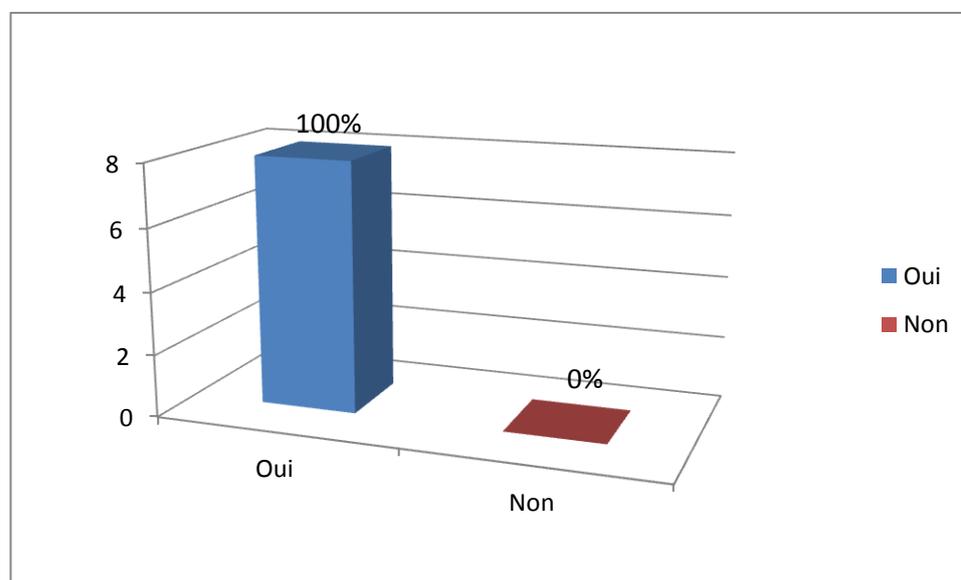
## Question N°20:Pratiquez-vous le lever précoce pour les patients ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	8	100%
Non	0	0%
totale	8	100%

Représentation graphique :



### Interprétation :

100% des infirmiers ont répondu qu'ils appliquent le lever précoce du patient.

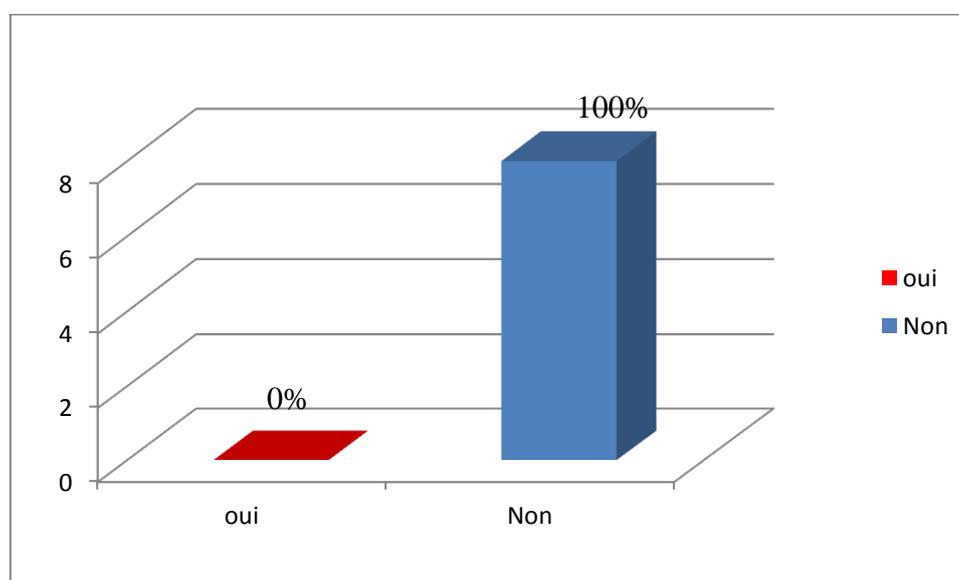
## Question N° 21 : Y a-t-il un stomathérapeute dans service ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
oui	0	0%
Non	8	100%
totale	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

100% des infirmiers ont répondu que le stomathérapeute n'est pas disponible dans le service.

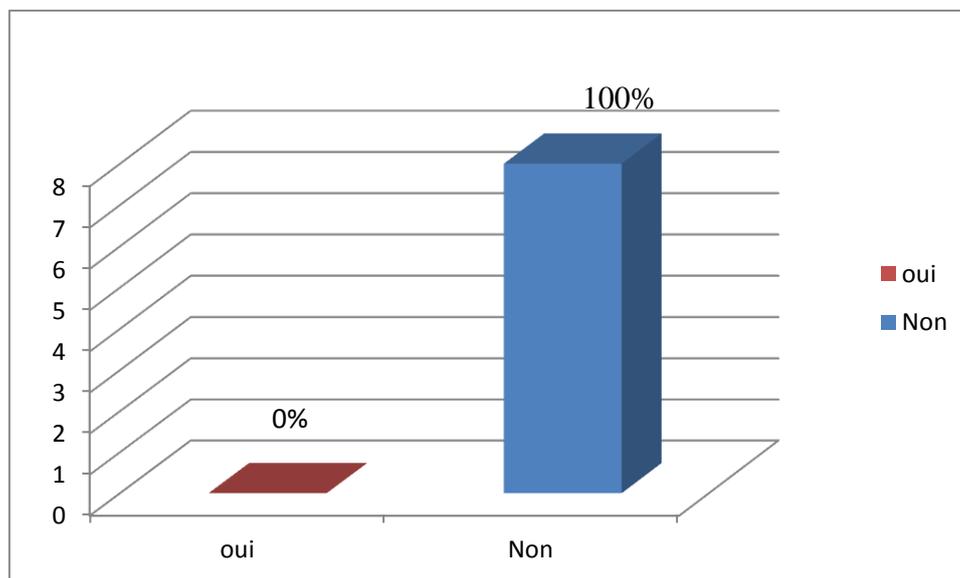
## Question N°22 : Avez-vous déjà participé à une formation continue sur l'acquisition de bonne pratique de soin et amélioration de leurs qualités ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
oui	0	0%
Non	8	100%
totale	8	100%

Représentation graphique:



### Interprétation :

On trouve 100% répondent qu'ils n'ont pas participant de la formation continue pour améliorer la pratique des soins.

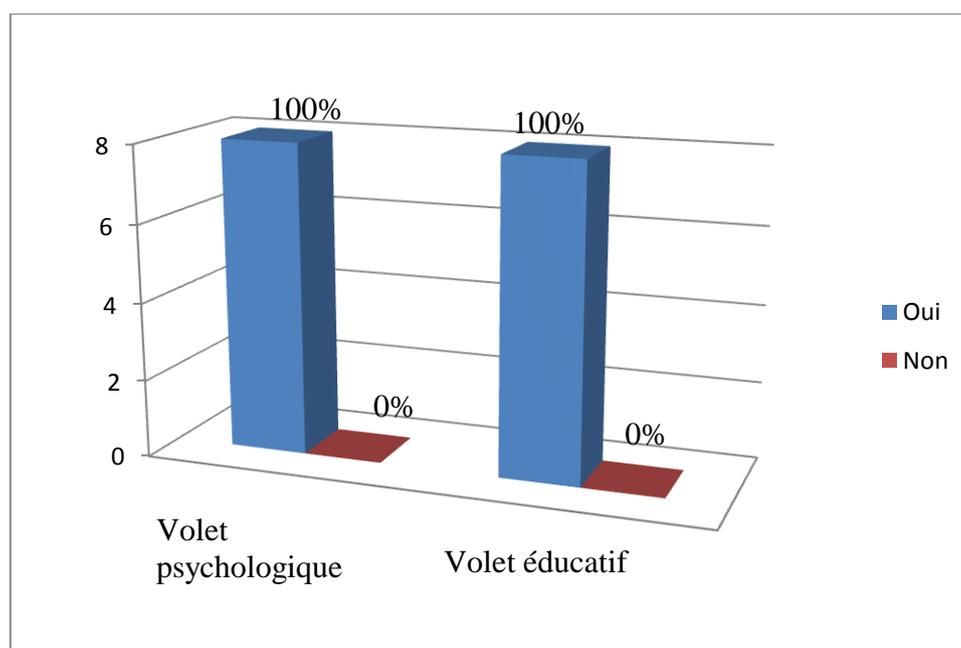
## Question N°23: Aidez-vous le patient et sa famille sur le volet psychologique et éducatif ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

réponses	Volet psychologique		Volet éducatif	
	effectif	fréquence	effectif	fréquence
Oui	8	100%	8	100%
Non	0	0%	0	0%
Totale	8	100%	8	100%

Représentation graphique :



**Interprétation :**

Pour l'aide dans le volet psychologique : 100% des infirmiers ont répondu par oui et dans le volet éducatif aussi 100% des infirmiers ont répondu par oui.

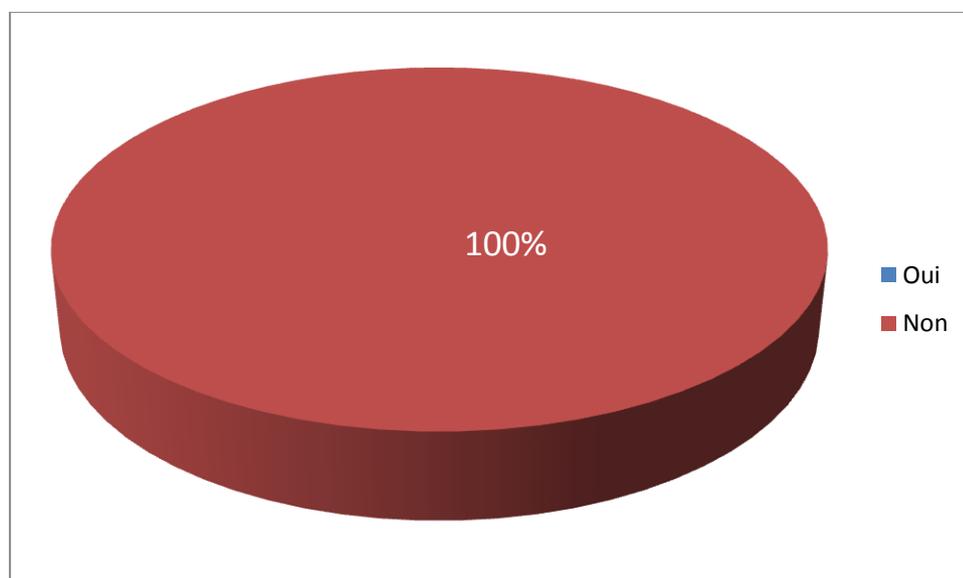
## Question N°24 : Existe –il un service de soin à domicile ?

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

Représentation tabulaire :

Réponses	Effectif	Fréquence
Oui	0	0%
Non	8	100%
Totale	8	100%

Représentation graphique :



Interprétation :

100% des infirmiers ont répondu qu'il n'existe pas les soins à domicile.

✓ Question facultative :

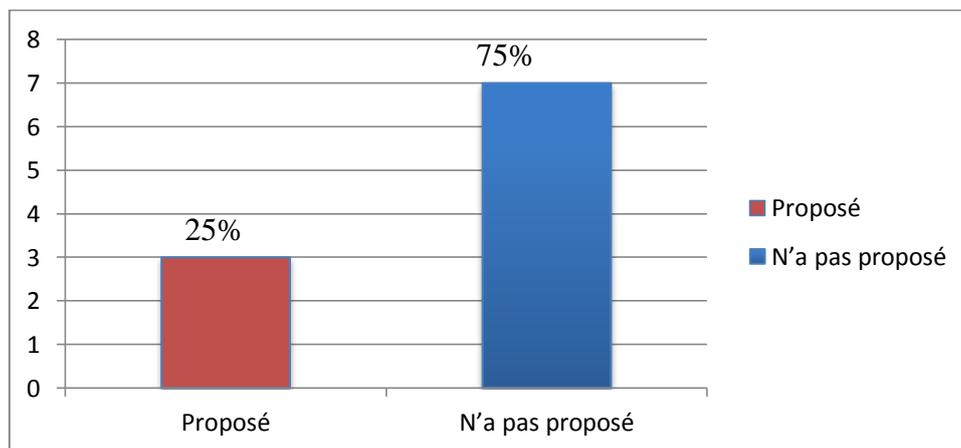
**Question N°25 :Avez-vous des propositions pour améliorer la qualité des soins ?**

Répartition des résultats selon les réponses des infirmiers(ères).

**Représentation tabulaire :**

Réponses	Effectif	Fréquence
Proposé	3	25%
N'a pas proposé	7	75%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique :**



**Les propositions sont :**

- Augmenter le nombre d'infirmiers dans le service.
- Matériel adéquat pour le service.
- organiser des formations continue.
- Organisation de travail.

**Interprétation :**

25% des infirmiers sont donner des propositions et 75% sont pas proposé.

## **Synthèse globale :**

- ❖ La plupart des infirmiers trouvent que le nombre d'heures travaillées par jour est élevé.
- ❖ Le nombre des patients reçus par jour est élevé par la moitié des infirmiers et le nombre des patients varie selon les jours pour une autre moitié.
- ❖ Il y a un manque des infirmiers.
- ❖ La moitié des infirmiers ne surveillent pas l'efficacité des appareils.
- ❖ La plupart des infirmiers ne sont pas satisfaits de la disponibilité de matériels dans le service.
- ❖ La plupart des infirmiers ont des difficultés dans certain formation.
- ❖ Les infirmiers assurent le suivi de patient.
- ❖ Les horaires de soin d'un post opéré n'est pas donnés à temps et cela dû à l'intensité du travail.
- ❖ Le manque de condition et de possibilité dans l'application des règles d'hygiènes dans l'application des règles d'hygiènes est un frein à l'application des bons pratique des soins (le manque d'eau de façon régulier.
- ❖ Informer le patient du type d'acte que vous allez faire est obligation (alors qu'il y a des infirmiers qui répondent par [parfois]).
- ❖ Les infirmiers à une bonne formation de le côté d'hygiène.
- ❖ Le lever précoce d'un post- opéré c'est un rôle de l'infirmier.
- ❖ Nous avons remarqué que l'indisponibilité de stomathérapeute dans le service a conduit l'infirmier à exercer ses fonctions (soins des stomies) .
- ❖ L'application de volet éducative et psychologique pour améliorer l'état du patient c'est des éléments réalisés par l'infirmier.
- ❖ L'indispensabilité des soins à domicile affecte l'achèvement des soins pour le patient opéré.

## Discussion :

- ✚ Les nombres d'heures de travail par jour, en plus de recevoir un grand nombre des patients par jour, et la pénurie d'infirmiers par rapport au nombre des patient, et enfin le travail des taches de quelqu'un d'autres, cela entraine un surmenage pour l'infirmier.
  - ✓ Avec ces informations, nous confirmons la validité de la première hypothèse .Donc, la charge de travail et manque de personnel est l'un des facteurs qui empêchent l'infirmier à prodiguer des soins de qualité.
  
- ✚ Bien que l'infirmier ait une bonne formation sur plusieurs aspects (hygiène, soins de côte psychologique et éducatif...) il lui manque encore plusieurs aspects pour mettre en place des soins de qualité.
  - ✓ Ainsi, nous arrivons de la confirmation de deuxième hypothèse, le manque de formation considéré comme un facteur qui empêche les meilleurs soins.
  
- ✚ Le manque de matériel nécessaire pour assurer la sécurité et le confort du patient opéré est un obstacle à la meilleure prise en charge.
  - ✓ Ainsi, Nous avons confirmé la troisième hypothèse Donc, l'insuffisance du matériel est un obstacle pour que l'infirmier n'applique pas des soins de qualité.

Après cette petite enquête et après savoir confirmer l'hypothèse, nous pouvons dire qu'il est vrai qu'il existe des facteurs qui empêchent l'infirmier à prodiguer des soins de qualité.

## Suggestion :

Pour prodiguer des soins de qualité, nous avons proposons :

- Augmenter le nombre d'infirmiers dans la salle de réveil ou bien dans le service tout en réduisant les heures de travail.
- Organiser des formations périodiques et continues pour sensibiliser à la qualité des soins et aux moyens de l'améliorer.
- Tenter de fournir le matériel nécessaire pour assurer des soins de qualités.
- Réaliser une planification du travail de prise en charge des patients opérés.

## **Conclusion:**

Les soins post opératoires sont un point important dans le monde de la chirurgie et le rôle de l'infirmier y est central, ces soins doivent être appliqués correctement et sans aucun obstacle afin d'obtenir des soins de qualité au service du patient a tous égard.

Le rôle de l'infirmier et des facteurs externes liés à l'environnement affecte considérablement la qualité des soins. L'amélioration de ce dernier est une nécessité pour le patient et enfin nous espérons fournir toutes les suggestions que nous avons mentionnées afin de prodiguer des soins de qualité.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie:

- (1) : PRIMO MEDICO. Disponible sur :<https://www.primomedico.com/fr/cure/chirurgie-endocrinienne/> (consulté le 02/03/2022 à 16 :00 h).
- (2) Swiss Medical Network, Disponible sur :<https://www.swissmedical.net/nos-specialites/colo-proctologie/> (Consulté le 03/03/2022 à 18 :00)
- (3) Prof. N. Halkic, Dre E. Uldry, Dr E. Melloul et Prof. N. Demartines .Disponible sur :<https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/patients-et-familles/hepatobiliaire-et-pancreas> (Consulté le 04/03/2022 à 11 :00)
- (4) <https://www.chirurgien-digestif.com/chirurgie-de-loesophage-et-de-lestomac#:~:text=La%20chirurgie%20oesogastrique%20traite%20les,li%C3%A9es%20au%20reflux%20gastro%20oesophagien.>(Consulté le 04/03/2022 à 13 :00)
- (5) Mise en page et publication par Dr Aly Abbara,Mise à jour : 24 Septembre, 2012.Disponible sur :[https://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/classification\\_altemeier.html](https://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/classification_altemeier.html) (Consulté le 05/03/2022 à 8 :00)
- (6) Annuaire des infirmiers .Disponible sur :<https://www.annuairedesinfirmiers.com/soins-infirmiers-post-operatoires/>(consulté le 11/03/2022 à 11 :00)
- (7) Pascal HALLOUËT, Jérôme EGGERS et Evelyne MALAQUIN-PAVAN, Fiches de soins infirmiers, 4e édition, Elsevier Masson SAS\_62, rue Camille Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex, juillet 2012, imprimé en Italie par Trento. Page 226,265, 269, 270, 271,272.
- (8) Brunner et Suddarth.Suzanne C.Smeltzer et Brenda G. Bare, version française sous la direction de Sophie Longpré et Bruno Pilot, avec autres participants, Soins infirmiers

Médecine et chirurgie ,5e édition, volume01 , édition originale anglaise publiée par Lippincott williams & Wilkins /Wolters Kluwer, 2011, imprimé au canada ,page 661, 636,637,

- (9) Salle de surveillance post interventionnel.. Disponible sur : [https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/sspi-2017\\_1506950598592-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/sspi-2017_1506950598592-pdf) (Consulté le 12/03/2022 à 15 :00)
- (10) Fonctionnement et surveillance en SSPI.. Disponible sur : <https://www.iefsante.eu/wp-content/uploads/2021/03/Module-1-La-surveillance-en-SSPI.pdf> (Consulté le 12/03/2021 à 18:00).
- (11) Belkhiri Ilham et Ferhati Kenza, La planification des soins post opératoire, Mémoire de fin d'étude, Infirmier de santé publique, Institut national de formation supérieur paramédicale de Biskra, Algérie, promotion : 2012/2015, page 23,24 .Disponible sur : <https://paramedz.com/infirmier-memoire/memoire-infirmier-la-planification-des-soins-post-operatoire/#:~:text=La%20planification%20des%20soins%20infirmiers,de%20la%20de%20marche%20des%20soins.> (Consulté le 12/03/2022 à 22 :00)
- (12) Soins infirmiers en post opératoire immédiate .Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/1198100/> (Consulté le 03/ 04/ 2022 à 7 :00)
- (13) Pr. Sztark. Disponible sur : [https://reanesth.chu-bordeaux.fr/prog/defindex.php?idCor=Cor\\_0b26171abc29137b3e599557356304f3&plein\\_ecran=1](https://reanesth.chu-bordeaux.fr/prog/defindex.php?idCor=Cor_0b26171abc29137b3e599557356304f3&plein_ecran=1) (Consulté le 03/04/2022 a 17 :30)
- (14) Dr Danielle TARTARY, IDE en SSPI. Disponible sur : [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Role\\_IDE\\_SSPI\\_19\\_JUIN\\_2008\\_Montbeliard\\_Dr\\_Tartary\\_.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Role_IDE_SSPI_19_JUIN_2008_Montbeliard_Dr_Tartary_.pdf). (consulté le 17/ 04 /2022 à 19 :02)

(15) La sortie de SSPI. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/qui-fait-quoi-en-salle-de-reveil-anesthesie/la-sortie-de-sspi>. (consulté le 19/04/2022 à 12 :00)

(16) LES SOINS PRE/PER/POST OPERATOIRES. Disponible sur : <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2019/11/LES-SOINS-PRE.pdf> (Consulté le 19/04/2022 à 17 :00)

(17) Préparation de la chambre. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/3417370/pr%C3%A9paration-de-la-chambre-de-l-op%C3%A9r%C3%A9>. (consulté le 22/04/2022 à 15 :00)

(18) Guide IDE, le guide pratique de l'infirmière, Soins pré et post opératoires, Disponible sur : <https://guide-ide.com/soins-pre-et-post-operatoires/>. (consulté le 27/04/2022 à 10 :00)

(19) Dr Hamdi Boubaker, Soins pré-post opératoire. Disponible sur : [http://urgencemonastir.com/telechargements/files/service\\_urgence\\_monastir\\_file\\_322.pdf](http://urgencemonastir.com/telechargements/files/service_urgence_monastir_file_322.pdf) (consulté le 28/04/2022 à 11 :30)

(20) Soins infirmiers généraux en chirurgie digestive. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/soins-infirmiers-generaux-en-chirurgie-digestive.html> (consulté le 30/04/2022 à 09 :30)

(21) Nestlé Health Science Disponible sur : <https://www.nestlehealthscience.fr/notre-expertise/hospitalisation/chirurgie-digestive> Date de publication 11/10/2021, (consulté le 2/05/2022 à 07 :00)

(22) Soins infirmiers en chirurgie, Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/sanaesanaa75/cours-soins-infirmiers-en-chirurgie-premiere-partie> (consulté le 2/05/2022 à 10 :00)

(23) La stomie digestive. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chirurgie/La-stomie-digestive> (consulté le 2/05/2022 à 15 :00)

(24) Disponible sur : <https://www.chirurgie-viscerale-saint-etienne.com/colon-rectum/stomies-ileostomies-colostomies/> (consulté le 3/05/2022 à 18 :00)

(25) Disponible sur : <https://www.actusoins.com/343198/soins-de-stomies-les-stomies-digestives.html> (consulté le 3/05/2022 à 22 :00)

- (26) Disponible sur : <https://www.fsk.fr/stomies-2/stomiesdigest.html#:~:text=II%20existe%20principalement%20deux%20types,permet%20l%27%20A9vacuation%20des%20selles>. (consulté le 4/ 05 /2022 à 20 :00)
- (27) Amélie Bourassin, soins infirmiers en chirurgie digestive. Disponible sur : <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2020/10/2019-DI-MONTE-BOURRASSIN-Les-soins-infirmiers-en-chirurgie-digestive.pdf> (consulté le 4/ 05 /2022 à 23 :00)
- (28) Hépto –gastro-entérologie, Edition Estem.Group de Boeck .grand jeu « UE 2 en pratique » .2ter . rue des chantiers .75005 paris. 2010. Page 150, 151,197.
- (29) HUG. Disponible sur : <https://www.hug.ch/procedures-de-soins/soins-au-patient-porteur-de-colostomie-ileostomie> . (consulté le 06/ 05 /2022 à 8 :00)
- (30) Infirmier stomathérapeute. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-stomatherapeute.html> . (consulté le 06/ 05 /2022 à 11 :00)
- (31) Disponible sur : [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes\\_de\\_soins/MDS\\_PLAIES\\_Plaie\\_chirurgicale\\_pansement.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dso/documents/Methodes_de_soins/MDS_PLAIES_Plaie_chirurgicale_pansement.pdf) (consulté le 06/ 05 /2022 à 17 :00)
- (32) Pose et surveillance d'une sonde nasogastrique. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/pose-et-surveillance-dune-sonde-naso-gastrique.html> , 09.03.10 Mise à jour le 12.03.10.(consulté le 06/ 05 /2022 à 15 :00)
- (33) Fiche technique - Pose de sonde nasogastrique (SNG). Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/protocoles/fiche-technique-pose-de-sonde-naso-gastrique-sng.html> ,16.04.09 Mise à jour le 15.07.10.(consulté le 10/ 05 /2022 à 11 :15)
- (34) Disponible sur : <https://bronchite.ooreka.fr/astuce/voir/569931/drain-medical> (consulté le 11/ 05 /2022 à 7 :00)

- (35) Drainages et soins infirmiers dans les processus obstructifs. Disponible sur : <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2017/10/2017-Drainages-et-soins-infirmiers-en-processus-obstructifs.pdf> (consulté le 11/ 05 /2022 à 9:00)
- (36) Saad Djebail et Bahri Oussama .Soins et surveillance du système de drainage chez un malade hospitalisé. Mémoire professionnel. infirmier de la sante publique. Promotion :2010/2013.page 32,33. Disponible sur : <https://paramedz.com/infirmier-memoire/memoire-infirmier-soins-et-surveillance-du-systeme-de-drainage-chez-un-malade-hospitalisee/>
- (37) Laetitia Ottolenghi .Réhabilitation post opératoire.Disponible sur : <https://reanesth.chu-bordeaux.fr/JARCA/JARCA-d-antan/JARCA-2014/Actualit%C3%A9s-en-anesth%C3%A9sie/05-Ottolenghi.pdf/> .PDF page02. (consulté le 11/ 05 /2022 à 19:00)
- (38) La récupération rapide des patients après la chirurgie Disponible sur : <https://www.centre-chirurgie-orthopedique-sportive-94.com/La-recuperation-rapide-des-patients-apres-chirurgie-RRAC/> (consulté le 13/ 05 /2022 à 11:00)
- (39) Ariana Fernandes et Loana Sanchez .L'impact du programme Fast-Track sur le vécu des patient et des proches. Travail de Bachelor déposé et soutenu à Lausanne en 2016 en vue de l'obtention d'un Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers. Disponible sur : [https://doc.rero.ch/record/278146/files/HESAV\\_TB\\_Fernandes\\_2016.pdf](https://doc.rero.ch/record/278146/files/HESAV_TB_Fernandes_2016.pdf) (consulté le 14/ 05 /2022 à 19:00)
- (40) Dr Charles BALLEREAU .Fast – track ou réhabilitation précoce. Disponible sur : <https://www.oncomel.org/fichs/13697.pdf> (consulté le 13/ 05 /2022 à 23:00)
- (41) MIMI ASMA.ZEROUAL REKIA. Premier lever du malade opéré, état des lieux de la pratique des infirmiers, mémoire professionnel, infirmier de la sante publique, institut national de formation supérieure paramédicale de Biskra .promotion2010/2013.Algérie . page 25, 26,27.Disponible sur : <https://paramedz.com/infirmier-memoire/memoire-infirmier-premier-lever-du-malade-opere-etat-des-lieux-de-la-pratique-des-infirmiers/>

(42) Chirurgie ambulatoire Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf) .(consulté le 14/05 /2022 à 15:00)

(43) Dothée Océanne, L'information du patient, une étape essentielle dans sa prise en charge .institut de formation en soins infirmiers XAVIER ARNOZAN- Chu BORDEAUX. Promotion 2008-2009. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-oceanne-dothee.pdf>(consulté le 17/ 05 /2022 à 22:00)

(44) Les infirmières, pivots de la chirurgie ambulatoire. Disponible sur : <https://www.actusoins.com/279334/infirmieres-pivots-de-chirurgie-ambulatoire.html#:~:text=En%20ambulatoire%2C%20la%20prise%20en,%C2%BB%2C%20fait%20savoir%20Marie%20Lesur>. (Consulté le 15/ 05 /2022 à 10:00)

(45) Infirmier (ère) à domicile. Disponible sur : <https://metiers.siep.be/metier/infirmierere-a-domicile/#:~:text=L'infirmier%20%C3%A0%20domicile%20est,ainsi%20que%20de%20le%20conseiller>. (consulté le 30/ 05 /2022 à 23:00)

- (a) <https://www.infirmier-nord-toulouse.fr/suivi-soins-apres-operation-toulouse/>
- (b) <https://polyclinique-kerio.com/specialites/chirurgie/digestive-et-vice-erale-et-bariatrique/>
- (c) <https://www.docteurcllic.com/encyclopedie/fonction-endocrinienne.aspx>
- (d) <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-colon-6869/>
- (e) <https://chirparis.fr/pathologies-chirurgie-viscerale-paris/proctologie-paris/>
- (f) <https://foie-pancreas-strasbourg.eu/techniques-chirurgicales/voies-biliaires/>
- (g) <https://www.specialiste-hernie.com/hernie-hiatale-et-reflux-gastro-oesophagien/>
- (h) <http://dico-sciences-animales.cirad.fr/liste-mots.php?fiche=1168&def=cavit%C3%A9>
- (i) <http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/42-sc-glasgow.html>
- (j) [https://nanopdf.com/download/la-sspi\\_pdf](https://nanopdf.com/download/la-sspi_pdf)

# ANNEXES

## Questionnaire aux infirmiers(ères)de salle de réveil et de service :

### Partie 01 : Les infirmiers(ères) de SSPI

**Q31.**Le nombre d'heures de travail est-il trop élevé pour vous ?

Oui                       Non

**Q2.**Comment décriviez-vous le nombre des patients que vous recevez par jour ?

Faible                       Normale                       Élevé

**Q3.**Trouvez-vous le nombre des infirmiers (ères) peu par rapport au nombre des patients que vous recevez ?

Oui                       Non

**Q4.** Vérifier vous l'efficacité des appareils avant de recevoir le patient ?

Oui                       Non

**Q5.** Êtes- vous satisfait de la disponibilité de matériels pour :

- Transférer le patient de la salle d'opération à la salle de réveil       Oui       Non
- Préparer la salle de réveil (lit, scope, oxygène... )                       Oui       Non
- Surveiller le patient     Oui       Non

**Q6.** Appliquer-vous les critères d'admission du patient en salle de réveil (nature de L'intervention, les anesthésiques et autres médicaments reçu pendant l'intervention, présence de drains, sondes.....) ?

Oui                       Non

**Q7.** Quels sont les critères que vous adoptez pour la sortie du patient de la salle de réveil SSPI ?

.....

**Q8.**Participez- vous à des formations continues pour améliorer la pratique de soin ?

Oui                       Non

## **Partie02 : Les infirmiers (ères) de service**

**Q9.**Comment décrivez-vous les heures de travail par jour ?

.....

**Q10.**recevez –vous un grand nombre des patients par jour ?

Oui                       Non                       Chaque jour et comment

**Q11.** Avez-vous le matériels nécessaire pour :

-Préparer la chambre du patient opéré                       Oui                       Non

-Faire un transport confortable du patient opéré                       Oui                       Non

-Assurer une surveillance régulière d'un post- opéré                       Oui                       Non

**Q12.** Êtes-vous satisfait de la disponibilité du matériel dans le service ?

Oui                       Non

**Q13.**Assurez-vous un suivi périodique des patients ?

Oui                       Non

**Q14.**Avez-vous suffisamment de temps pour respecter les horaires de soin ?

Oui                       Non

**Q15.**Toutes les conditions sont-elles disponibles à respecter les règles hygiènes ?

Oui                       Non

**Q16.** Expliquer-vous au patient le type d'acte que vous allez faire ?

Oui                       Non                       parfois

**Q17.**Lorsque vous effectuez des tâches, Quelle est la fréquence du lavage des mains que vous adoptez?

Jamais                       une fois                       deux fois et plus

**Q18.** Lors du changement de pansement : lavez –vous les mains, à quel moment ?

Avant de mettre les gants.

Après avoir retiré les gants.

Ou bien les deux.

**Q19.**portez-vous des gants stériles ou bien non stériles lors du changement de pansement ?

Stérile

Non stérile

Selon la disponibilité

**Q20.**Pratiguez-vous le lever précoce pour les patient?

Oui

Non

**Q21.** Y a-t-il un stomathérapeute dans service ?

Oui

Non

Si Non, qui fait les soins de stomie ?

.....

**Q22.** Avez-vous déjà participé à une formation continue sur l'acquisition de bonne pratique de soin et amélioration de leurs qualités ?

Oui

Non

**Q23.**Aidez-vous le patient et sa famille sur le volet psychologique et éducatif ?

-Volet psychologique

Oui

Non

- Volet éducatif

Oui

Non

**Q24.**Existe –il un service de soin à domicile ?

Oui

Non

### **Partie03 : Question facultative (question 25)**

-Avez-vous des propositions pour améliorer la qualité des soins post opératoire ?

Proposé

N'a pas proposé

Si oui, mentionner-les .....

*Merci pour votre participation*