**ADÉNOTONSILLECTOMIE : RAPPEL DES INFORMATIONS SUR LES RISQUES CHIRURGICAUX PAR DES AIDE-SOIGNANTS A LA SUITE D’UN CONSENTEMENT ECLAIRÉ**

**Kitcher ED\*1, Searyoh K1, Abaidoo B2, Siale W1, Sackitey S1, Nyamekye E1**

1E.N.T. Unit, Department of Surgery, Korle Bu Teaching Hospital, P.O. Box 77, Korle Bu, Accra, Ghana

2Department of Surgery, Ophthalmology Unit, University of Ghana Medical School, P.O. Box 4236, Accra, Ghana.

**\*** **Auteur Correspondant:** Prof. E.D. Kitcher**,** P.O.Box KB391, Korle Bu, Accra, Ghana

 **Email:** edkitcher@hotmail.com

**Source de financement/soutien** : autofinancement

**Conflit d’intérêt** : Aucun

**RÉSUMÉ**

**Contexte**

Le «consentement éclairé» à la chirurgie a fait l’objet de nombreuses études. Cependant, il n’existe pas de données au niveau local sur le rappel des risques chirurgicaux par les responsables (généralement un parent) des enfants subissant une adénotonsillectomie.

**Objectifs**

Cette étude évalue la compréhension et le rappel des parents/gardiens des risques d’adenotonsillectomies effectuées sur leurs enfants par des médecins. Les deux approches évaluées sont le consentement éclairé verbal ou un format combiné de consentement éclairé verbal et écrit.

**Conception de l'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective, aléatoire et comparative portant sur cinquante parents / tuteurs de patients subissant une amygdalectomie et une adénoïdectomie pour troubles de sommeil obstructifs.

**Cadre de l’étude**

 Departement ORL du centre hospitalier universitaire de Korle Bu, Accra, Ghana.

 **Matériels et Méthodes**

Les parents/gardiens des enfants ont été regroupés de manière aléatoire dans deux groupes différents. Un jour avant l’opération, pour l’un des groupes, le consentement éclairé était verbal et pour l’autre group il était verbal et écrit. Le taux de rappel des parents/gardiens des risques chirurgicaux a été évalué et analysé deux jours après l’opération.

**Résultats**

Cinquante-huit parents ont été randomisés mais 50 ont terminé l’ etude, 22 dans le groupe verbal uniquement et 28 dans le groupe combiné verbal et écrit. Il n’y avait pas de différence significative entre les caractéristiques démographiques des parents/gardiens. Les taux de rappel des risques chirurgicaux pour le groupe de consentement verbal et le groupe de consentement verbal et écrit étaient respectivement de 44.4% et 47.2% et le taux de rappel global des risques chirurgicaux était de 46.0%. Il y avait une corrélation positive significative mais faible entre le rappel des risques chirurgicaux et le niveau d'éducation des parents (Spearman rs=0.306; p = 0.015).

**Conclusion**

Parmi les parents/gardiens des enfants subissant une adénotonsillectomie, le rajout d’une explication écrite à une explication verbal n‘a pas amélioré le taux de rappel de façon considérable. Le taux de rappel global des risques chirurgicaux était de 46.0%. Nous recommandons une étude sur un échantillon plus important.

**Mots clés**

Consentement éclairé, adénotonsillectomie, rappel des risques chirurgicaux, explication verbal, explication écrite.

**Introduction**

Le consentement éclairé à l'adénotonsillectomie signifie demander la permission de l’aide-soignant (qui est généralement un parent) du patient pour cette intervention chirurgicale. L’aide-soignant reçoit toutes les informations sur l'intervention, y compris les avantages et les effets secondaires et les options alternatives du traitement. Suite à cela, l’aide-soignant accorde la permission d'effectuer l'intervention, en tenant compte de toutes les informations fournies.

 Le sujet du consentement éclairé des patients subissant des interventions chirurgicales a fait l'objet de nombreuses recherches. 1-4 Cependant, il existe relativement moins de publications sur le consentement éclairé des patients subissant une intervention chirurgicale pédiatrique.

Les méthodes de consentement éclairé varient d'un centre à l'autre. Il peut être administré par une explication verbale dans laquelle il est fourni verbalement toutes les informations nécessaires aux patients. Dans certains centres, des informations écrites sont fournies aux patients et dans d'autres institutions, le consentement éclairé est obtenu après une combinaison d'explications écrites et verbales. Par ailleurs , l'ancienneté des praticiens qui administrent le consentement éclairé à la chirurgie varie. Dans notre établissement, le stagiaire de troisième cycle le plus âgé est chargé d'obtenir le consentement éclairé, alors que dans d'autres centres, le consentement éclairé est obtenu par le praticien le plus expérimenté en charge de l'opération chirurgicale du patient. Le consentement éclairé à l'adénotonsillectomie signifie demander la permission de l’aide-soignant (qui est généralement un parent) du patient pour cette intervention chirurgicale.

Les patients pédiatriques ne sont pas en mesure de fournir un consentement éclairé et, par conséquent, leurs aide-oignants, qui sont généralement des parents ou des tuteurs, le font en leur nom.

 Pioanosi et al 5 ont observé que le rappel parental global des risques associés aux procédures d'oto-rhino-laryngologie pédiatriques courantes n'était que de 30%. Ils ont préconisé des méthodes pour améliorer le rappel parental. Papsin et al 6 ont noté que le rappel du risque pour les aide-oignants en otoplastie pédiatrique était de 40% par rapport à 55,7% avec l'ajout d'informations écrites fournies pendant le processus de consentement éclairé.

 Nadeau et al 7 ont observé que les parents d'enfants subissant une chirurgie de l'oreille, du nez et de la gorge se souviennent de 57,5% des risques conseillés. Ils ont donc recommandé d'utiliser plus de temps pour mettre les parents à l'aise pendant le processus de conseil sur le consentement éclairé afin d'améliorer la compréhension des parents quant aux risques chirurgicaux. De plus, ces chercheurs ont noté que les risques rappelés par les parents maternels étaient significativement meilleurs que les parents paternels. De plus, ils ont également observé une corrélation négative (relation inverse) entre le niveau de scolarité des parents et le score de rappel de risque, les parents ayant un niveau de scolarité inférieur obtenant un score plus élevé à la fois pour le rappel de risque chirurgical préopératoire et postopératoire.

 Li et al 8 ont conclu dans leurs études qu'il y avait 28,6% de rétention parentale des informations verbales fournies pendant le consentement opératoire d'urgence et ont préconisé qu'une documentation appropriée de ce processus était essentielle

Afin d'améliorer le rappel du contenu, Kam et al 9 ont démontré que le conseil téléphonique préopératoire par les médecins débutants améliorait considérablement le rappel des risques chirurgicaux à 71% pour l'amygdalectomie et renforce le consentement éclairé fourni par le consultant principal.

Batuyong et al 10 ont recommandé l'utilisation d'un outil éducatif multimédia interactif, contrôlé par le patient, sur le transfert des connaissances et l'apprentissage par le patient des informations spécifiques à la chirurgie de la déformation de l'oignon afin d'améliorer les connaissances des patients et la compréhension du consentement éclairé pour cette chirurgie.

 Le consentement éclairé du service ORL de l'hôpital universitaire Korle Bu est donné après explication verbale. Il n'y a pas de données locales sur la part des parents à risque chirurgical ou des dispensateurs de soins des patients subissant une adénotonsillectomie qui ont été compris et pourraient se rappeler. De plus, il n'y a pas de données locales sur la méthode la plus efficace pour donner un consentement éclairé à l'adénotonsillectomie. Le bénéfice de l'explication verbale complétée par une explication écrite est inconnu pour les aide-soignants des patients subissant une adénotonsillectomie et il n'y a pas de données locales sur l'effet des facteurs démographiques parentaux.

 Cette étude visait donc à évaluer le rappel par les aide-soignants des risques chirurgicaux d’adénotonsillectomie après explication verbale par rapport aux explications verbales et écrites combinées avant de donner un consentement éclairé

**Patients et méthodes**

Il s'agissait d'un audit clinique comparatif randomisé prospectif du rappel parental des risques chirurgicaux après le consentement éclairé à l'adénotonsillectomie. Cette étude a été réalisée du 1 er Mars 2017 au 31 Mai 2018 au service O.R.L de l'hôpital universitaire Korle Bu à Accra, Ghana. Ce centre sert de centre de soins tertiaires majeur pour les références pour les patients O.R.L des centres de soins de santé secondaires et primaires au Ghana. Ce centre sert également de centre de formation ORL pour les étudiants de premier cycle et de troisième cycle.

 Les sujets de cette étude étaient les dispensateurs de soins des enfants qui ont été inscrits pour une adénotonsillectomie pour trouble du sommeil obstructif (TSO) après l'échec d'un traitement médical.

 Les parents ou les soignants qui ont consenti à ce que leurs enfants subissent une adénotonsillectomie pour le TSO et qui étaient disposés à participer à l'étude ont été inclus. Ils ont signé un consentement éclairé pour participer à l'étude. Les données démographiques des soignants, y compris l'âge, le sexe, la race et le plus haut niveau de scolarité atteint ont été enregistrées.

Une taille d'échantillon pratique de 50 a été utilisée sur la base d'une étude similaire 9 dans laquelle une taille d'échantillon de 43 a été utilisée, composée de 25 groupes témoins et 18 groupes d'étude. Les sujets consécutifs ont été randomisés en utilisant un format de système de scrutin dans lequel chaque sujet a choisi un morceau de papier roulé dans une urne. Le morceau de papier avait une inscription d'un nombre pair ou impair. Les sujets qui ont choisi des nombres impairs ont été assignés au groupe d'étude d'explication verbale et ceux qui ont choisi les nombres pairs ont été assignés au groupe d'étude d'explication verbale et écrite combinée. Pour éviter les biais, la randomisation a été supervisée par un médecin résident sur le site d'étude qui n'était pas membre de l'équipe d'étude. Le premier groupe a eu une explication verbale avant la signature du consentement éclairé la veille de l'adénotonsillectomie. La procédure à effectuer leur a été expliquée, y compris les avantages et les complications associés à la procédure.

Les risques chirurgicaux courants discutés verbalement au cours du processus de consentement éclairé étaient les suivants: perte de sang, blessure mineure aux dents, à la langue ou à d'autres structures de la bouche, douleur à la gorge, changements de la voix, insuffisance vélopharyngée, saignement quelques jours après la sortie de l'hôpital, infection du site opératoire, manque d'apport hydrique adéquat entraînant une déshydratation, incapacité à guérir / corriger l'état du patient.

Le deuxième groupe d'étude des soignants avait une explication verbale et en plus a également reçu une explication écrite des risques chirurgicaux communs pour l'adénotonsillectomie à étudier (Annexe 1). Ils ont également signé un consentement éclairé après avoir eu suffisamment de temps pour étudier l'explication écrite.

Pour chaque participant de chaque groupe, le nombre d'éléments rappelés (sur 9, le score de rappel des risques) a été déterminé et la moyenne calculée pour le groupe. De plus, le taux de rappel des risques, défini comme le score total du groupe divisé par le score maximum possible pour ce groupe, multiplié par cent, a été déterminé.

Le rappel des risques chirurgicaux (RC) pour les deux groupes a été évalué deux jours après l'opération (annexe 2). Les patients sont sortis après l'évaluation RC le deuxième jour postopératoire.

 *Analyses statistiques:*

 L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de la version 20 du logiciel IBM SPSS. Les variables numériques ont été résumées et présentées sous forme de moyenne et d'écart type. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme de pourcentages. Les variables numériques ont été comparées à l'aide du test statistique de l’étudiant; les variables catégorielles ont été comparées à l'aide du test du chi carré. Le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé pour déterminer les relations entre les scores de rappel de risque et l’âge du parent / tuteur et le niveau d’instruction. Les différences étaient considérées comme significatives si p était inférieur à 0,05.

 Le protocole d'étude a été approuvé par le Conseil d'examen institutionnel de l'hôpital universitaire de Korle Bu (ID NO. KBTH000066 / 2016).

**Résultats**

 Au total, cinquante-huit (58) parents / tuteurs ont été initialement recrutés pour l'étude, mais huit patients n'ont pas pu terminer l'étude. Les huit parents / tuteurs (sept du groupe d'explication verbale et un du groupe combiné verbal et écrit) n'étaient pas disponibles pour participer à l'évaluation postopératoire en raison des urgences domestiques. Même si huit autres dispensateurs de soins étaient disponibles pour les remplacer, ils ne pouvaient pas répondre aux critères de l'étude. Par conséquent, cinquante (50) parents / tuteurs composés de quarante-huit femmes et deux hommes ont terminé l'étude. Vingt-deux (22) participants avaient une explication verbale et vingt-huit (28) avaient une combinaison d'explications verbales et écrites avant de signer le consentement éclairé.

L'âge moyen des sujets était de 36,2 ans (écart-type de 5,8) avec une fourchette de 23 à 58 ans. Ceux qui avaient fait des études supérieures constituaient le groupe le plus important, 22 (44,0%). Il n'y avait aucune différence significative dans les caractéristiques démographiques des deux groupes (tableau 1). le score moyen de rappel de risque pour le groupe d'explication verbale et le groupe d'explications verbales et écrites était respectivement de 4,0 (SD1,3) et 4,2 (SD1,7). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux (p = 0,650) (tableau 2).le taux de rappel de risque global pour tous les sujets était de 46,0%; le taux de rappel pour le groupe d'explications verbales était de 44,0% et celui pour le groupe combiné d'explications verbales et écrites était de 47,2%; la différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,624). l'analyse de l'association entre les caractéristiques démographiques et le score de rappel du risque a montré une corrélation positive faible mais significative entre le score de rappel du risque et le niveau de scolarité des parents (Spearman rs = 0,306; p = 0,015). Il y avait une très faible corrélation négative et non significative entre le score de rappel du risque et l'âge du parent / tuteur (Spearman rs = -0,149; p = 0,151). Les risques chirurgicaux les plus courants rappelés par les parents / soignants des deux groupes étaient les saignements et les blessures mineures à la langue et aux dents. le moins souvent identifié dans chacun des deux groupes était «le manque de liquide corporel adéquat≫.

**Discussion**

Il s'agit de notre première étude locale sur le consentement éclairé en adénotonsillectomie pédiatrique. Il y avait plus de parents maternels (96%) que de parents paternels (4%), ce qui est similaire aux résultats de Nadeau et al 7. Les risques chirurgicaux les plus fréquemment rappelés étaient les saignements, les blessures mineures aux dents et à d’autres structures de la bouche et les saignements après la sortie. Nos résultats étaient similaires à ceux de Ferius-Tores et al 11 qui ont noté que les patients se souviendront généralement des complications qui semblent graves et potentiellement mortelles.

 Le taux de rappel de risque global pour tous les sujets était de 46,0%, similaire aux résultats de Henry et al 12 qui avaient un rappel de risque global de 43% mais inférieur à celui de Nadeau et al 7 (57% de taux de rappel de risque global). L'absence de toute différence significative entre les taux de rappel de risque des deux groupes est cohérente avec les résultats de Papsin et al 6. L'absence de toute différence significative peut être due à une haute qualité de communication verbale ou à un manque de compréhension améliorée de la communication écrite par rapport au verbal. Il est également possible que la taille des échantillons ne soit pas suffisamment grande pour avoir détecté de réelles différences.

Les taux de rappel des risques chirurgicaux avec l'utilisation des fiches d'information sur les risques chirurgicaux ont montré des résultats mitigés. Certaines études ont montré que les documents sur le risque chirurgical peuvent améliorer le rappel des patients 13. Cependant, Dawes 14, Kerrigan et al 15, Hekkenberget et al 16, Brown et al 17 et Stanley et al 18 n'ont trouvé aucune amélioration statistiquement significative du rappel du risque chirurgical avec l'utilisation des fiches d'informations sur les risques chirurgicaux, conformes à nos résultats

Nos résultats ont démontré que le fait de compléter l'explication verbale par des informations écrites n'améliore pas le rappel des risques expliqués dans le processus d'obtention du consentement éclairé. Il est nécessaire de mener des études avec des échantillons de plus grande taille pour confirmer ou réfuter ces résultats. Jusqu'à ce que cela soit fait, le service ORL devra peut-être poursuivre sa pratique actuelle consistant à n'utiliser que des explications verbales avant d'obtenir un consentement éclairé pour l'adénotonsillectomie pédiatrique. Afin d’améliorer le taux de rappel dans le service, il faudrait consacrer plus de temps à mettre l’esprit des parents à l’aise pendant le processus d’explication verbale avant d’obtenir un consentement éclairé. Les futures études devraient également se concentrer sur l'évaluation du rappel de risque en utilisant des explications verbales qui commencent à la clinique externe et sont répétées plusieurs fois avant l'admission pour l'adénotonsillectomie. Quelle que soit la méthode d'explication utilisée, une documentation minutieuse du contenu de l'explication dans les dossiers des patients est une preuve cruciale dans la défense médico-légale, car la plupart des parents sont incapables de se rappeler la plupart du contenu des explications données.

Les résultats d'une corrélation positive faible mais significative entre les scores de rappel des risques et le niveau de scolarité contrastent avec les résultats de Nadeau et al. Ils ont observé une corrélation négative entre les scores de rappel de risque et le niveau d'éducation. Leurs résultats étaient dus à des facteurs de confusion chez les sujets de niveau inférieur qui avaient reçu une formation militaire. Les résultats d'une corrélation positive faible mais significative entre les scores de rappel des risques et le niveau d'éducation dans notre étude peuvent être dus à la petite taille des échantillons des groupes étudiés. Une taille d'échantillon plus grande peut refléter fidèlement la relation entre les deux variables.

 La limite de cette étude est notre incapacité à contrôler le taux d'attrition des parents / tuteurs en raison d'urgences domestiques imprévues. Cela a entraîné une disparité importante dans la taille des échantillons dans les bras de l'étude.

**Conclusion**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans le rappel des informations parentales des principaux risques chirurgicaux pour l'adénotonsillectomie entre l'explication verbale et la combinaison d'explications verbales et écrites avant d'obtenir le consentement éclairé. Le taux global de rappel des risques était de 46,0%. Il y avait une corrélation positive significative entre les scores de rappel de risque et le niveau de scolarité des parents. Une étude avec des échantillons de plus grande taille est recommandée pour confirmer ces résultats.

**Références**

1. Ethics Committee of the American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. Informed consent. Otololaryngol Head Neck Surg 1996; 115:179- 185.
2. Betti S, Sironi A, Saino G, Ricci C, Bonavina L. Effect of the informed consent process on anxiety and comprehension of patients undergoing oesophageal and gastrointestinal surgery. J Gastrointest Surg 2011; 15:922-7.
3. Degerliyurt K, Gunsolley JC, Laskin DM. Informed consent: what do patients really want to know. J Oral Maxillofac Surg 2010; 68:1849-52.
4. Tait AR, Voepel-Lewis T, Chetcuti SJ, Brennan-Martinez C, Levine R. Enhancing patient understanding of medical procedures: evaluation of an interactive multimedia program with in-line exercises. Int J Med Inform 2014; 83:376-84.
5. Pianosi K, Gorodzinsky AY, Chorney JM, Corsten G, Johnson LB, Hong P. Informed Consent in Pediatric Otolaryngology: What Risks and Benefits Do Parents Recall? Otolaryngol Head Neck Surg 2016; 155:332-9.
6. Papsin E, Haworth R, Chorney JM, Bezuhly M, Hong P. Pediatric otoplasty and informed consent: do information handouts improve parental risk recall? Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014; 78:2258-61.
7. Nadeau DP, Rich JN, Brietzke SE . Informed consent in pediatric surgery: Do parents understand the risks? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2010; 136:265-9.
8. Li FX, Nah SA, Low Y. Informed consent for emergency surgery--how much do parents truly remember? J Pediatr Surg 2014; 49:795-7.
9. Kam J, Harrop E, Parmar P, Kim R, Leith N, Gunawardena I. Structured preoperative phone counselling by junior medical staff for improving the consent process for Tonsillectomy. Otolaryngol Head and Neck Surg 2016; 155:1040-1045.
10. Batuyong ED, Jowett AJ, Wickramasinghe N, Beischer AD . Using multimedia to enhance the consent process for bunion correction surgery. ANZ J Surg 2014; 84:249-54.
11. Ferrús-Torres E, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Informed consent in oral surgery: the value of written information. J Oral Maxillofac Surg 2011; 69:54-8.
12. Henry E, Brown T, Bartlett C, Massoud E, Bance M . Informed consent in otologic surgery: prospective randomized study comparing risk recall with an illustrated handout and a non-illustrated handout. J Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 37:273-8.
13. Aremu SK, Alabi BS, Segun-Busari S. The role of informed consent in risks recall in otorhinolaryngology surgeries: verbal (nonintervention) vs written (intervention) summaries of risks. Am J Otolaryngol 2011; 32:485-9
14. Dawes PJ, Davison P. Informed consent: what do patients want to know? J R Soc Med 1994; 87; 149-152.
15. Kerrigan DD, Thevasagayam RS, Woods TO. Who's afraid of informed consent? BMJ 1993; 306:298-300.
16. Hekkenberg RJ, Irish JC, Rotstein LE, Brown DH, Gullane PJ. Informed consent in head and neck surgery: how much do patients actually remember? J Otolaryngol 1997; 26:155- 159.
17. Brown TF, Massoud E, Bance M ~~(2003)~~. Informed consent in otologic surgery: prospective study of risk recall by patients and impact of written summaries of risk. J Otolaryngol 2003; 32:368-372.
18. Stanley BM, Walters DJ, Maddern GJ. Informed consent: how much information is enough? Aust N Z J Surg 1998; 68:788- 791.

**Tableau 1: Caractéristiques des aide-soignants des patients subissant une adénotonsillectomie**

|  |
| --- |
| **Caractéristiques Explication Explication verbale+ Total Valeur p** **verbale écrite** **N (%) N (%) N (%)**  |

**Âge :**

**Moyen (SD) ans** 36.4 (5.9) 36.0 (5.9) 0.813\*

**Sexe:**

Homme - 2 (7.1) 2 (4.0)

Femme 22 (100.0) 26 (92.9) 48 (96.0)

Total 22 (100.0) 28 (100.0) 50 (100.0) 0.497**@**

**Niveau d’éducation:**

Aucun 1 (4.5) 1 (3.6) 2 (4.0)

Primaire 1 (4.5) 1 (3.6) 2 (4.0)

Collège 3 (13.6) 2 (7.1) 5 (10.0)

Lycée 6 (27.3) 11 (39.3) 17 (34.0)

Formation professionnelle 1 (4.5) 1 (3.6) 2 (4.0)

Études supérieures 10 (45.5) 12 (42.9) 22 (44.0)

Total 22 (100.0) 28 (100.0) 50 (100.0) 0.950**@**

|  |
| --- |
| \* t-test de Student. **@** test du chi carré |

**Tableau 2:** **Rappel des informations aux soignants sur les principaux risques chirurgicaux d'adénotonsillectomie entre l'explication verbale et les explications verbales et écrites des risques chirurgicaux**

|  |
| --- |
| **Risques Explication verbale Explication verbale + écrite Valeur p chirurgicaux N (%) N (%)** |
|  |

**Risques:**

\*Saignement immédiat 20 (90.9) 25 (89.3) 0.849

Saignement quelques jours

après la sortie de l'hôpital 17 (77.3) 19 (67.9) 0.462

Douleur à la gorge 11 (50.0) 17 (60.7) 0.449

Infection 6 (27.3) 10 (35.7) 0.525

Manque de liquide corporel adéquat 1 (4.5) 3 (10.7) 0.425

Incapacité à guérir 4 (18.2) 4 (14.3) 0.709

ǂ Blessure mineure 13 (59.1) 17 (60.7) 0.907

Changement de la voix 10 (45.5) 14 (50.0) 0.749

Régurgitations nasales 6 (27.3) 10 (35.7) 0.525

Total 88 (44.4) 119 (47.2) 0.690

|  |
| --- |
| \*Saignement immédiat dans les 24 suivant l’intervention. ǂ Blessure mineure aux dents, à la langue ou à d'autres structures de la bouche. Score moyen pour les explications verbales = 4.0 (SD 1.3).Score moyen pour les explications verbales et écrites = 4.2 (SD 1.7).Taux de rappel de risque pour l’explication verbale = [88/198] X 100% = 44.4%Taux de rappel de risque pour les explications verbales et écrites = [119/252] X 100% = 47.2%Taux de rappel total pour les deux groupes combinés = [(88+119)**/**450] X 100% = 46.0% |

**ANNEXE I**

 **RISQUES CHIRURGICAUX POUR LES RENSEIGNEMENTS SUR L'ADÉNOTONSILLECTOMIE**

 Cher parent / dispensateur de soins,

 Votre enfant a des troubles du sommeil et devra retirer certains tissus de la gorge appelés amygdales et végétations adénoïdes. L'opération est une adénotonsillectomie. Cette opération est le traitement de cette condition. Cependant, il existe quelques risques chirurgicaux qui ne devraient pas vous effrayer car toutes les précautions sont prises pour éviter la plupart de ces risques. Ces risques chirurgicaux se produisent rarement chez la plupart des patients que nous avons opérés jusqu'à présent. Vous devez cependant être conscient de ces risques pour vous permettre de prendre un consentement à l'adénotonsillectomie. Les risques chirurgicaux sont:

1. Perte de sang - cela peut se produire quelques heures après l'opération. Nous pouvons arrêter cette perte de sang.
2. Les saignements peuvent survenir quelques jours après la sortie de l'hôpital (cela se produit si le patient refuse de manger - nos patients sont normalement libérés lorsqu'ils sont capables de se nourrir correctement).
3. Gorge douloureuse (nous administrerons des analgésiques pour résoudre ce problème).
4. Infection du site opératoire (cela se produit lorsque le patient est incapable de se nourrir très bien). Nous évitons cela en administrant des médicaments analgésiques puissants et adéquats pour permettre au patient de se nourrir sans douleur dans la gorge.
5. Manque de liquide corporel adéquat. (déshydratation): cela se produit lorsque le patient refuse de prendre suffisamment d'eau et de nourriture (nous évitons cela en encourageant une consommation adéquate de liquides et d'aliments)
6. Incapacité à guérir / de corriger l'état du patient (dans certains cas, cela peut être dû à d'autres conditions qui doivent être identifiées et traitées).
7. Blessures mineures aux dents, à la langue ou à d'autres structures de la bouche (il s'agit d'un problème évitable et nous prenons toujours les précautions nécessaires).
8. Changements de la voix - la voix peut avoir un ton nasal (cela s’améliore avec le temps).
9. Insuffisance vélopharyngée - cela signifie que lorsque le patient se nourrit, une partie de la nourriture peut sortir par le nez (nous évitons cela en examinant le patient pour détecter un défaut dans le toît de la bouche (palais) sous anesthésie avant l'opération).

**ANNEXE II.**

 **Évaluation du questionnaire de rappel des risques chirurgicaux - le 2e jour postopératoire.**

RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES RELATIVES AUX RISQUES CHIRURGICAUX POUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DE VOTRE ENFANT QUI ONT ÉTÉ DISCUTÉES AVEC VOUS À LA CLINIQUE ORL.

 **Veuillez répondre OUI ou NON aux questions suivantes.**

Vous souvenez-vous des risques chirurgicaux suivants de l'adénotonsillectomie?

 1. Saignement immédiat dans les 24 heures suivant l'opération.

 2. Saignement quelques jours après la sortie.

 3. Gorge douloureuse.

 4. Infection.

 5. Manque de liquide corporel adéquat. (déshydratation)

 6. Incapacité à guérir / de corriger l'état du patient

 7. Blessures mineures aux dents, à la langue ou à d'autres structures de la bouche,

 8. Changements de la voix - la voix peut avoir un ton nasal

 9. Régurgitation nasale (lorsque le patient se nourrit, une partie de la nourriture peut sortir par le nez)