

Institut de Formation Nightingale Bagatelle

Mémoire du Diplôme d'État d'Infirmier

**LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ FACE À
L'ANXIÉTÉ DU PATIENT AU BLOC
OPÉRATOIRE**

SANCHEZ, Paul-Adrien

Promotion 2013-2016

Date de la soutenance :

Le 13 juin 2016

« Rencontrer une personne veut dire être tenu en éveil par une énigme. »

Emmanuel Levinas

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Odile François, pour sa gentillesse, son accompagnement et ses précieux conseils qui ont été indispensables à l'élaboration de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour leur soutien et leur bienveillance durant ces trois années riches en émotions.

Et enfin, à mes proches, pour leur bonne humeur, leur présence et leur réconfort, qui m'ont été essentiels pendant la réalisation de ce travail et tout au long de ces études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. LE PHÉNOMÈNE D'ANXIÉTÉ AU BLOC OPÉRATOIRE	2-8
A. La nature du concept d'anxiété	2-3
B. Les différentes manifestations de l'anxiété	3-4
C. La distinction entre l'anxiété et d'autres termes voisins	4-5
D. Les facteurs prévalents de l'anxiété au bloc opératoire	5-7
E. Les différentes attitudes des patients face à leur anxiété	7-8
II. LA RELATION DE SOIN AU BLOC OPÉRATOIRE FACE À L'ANXIÉTÉ	9-17
A. L'accueil et l'information au bloc opératoire	9-10
B. La relation d'aide et le concept de prendre soin	11-13
1) Un type de relation dans un contexte particulier : la relation d'aide	11-12
2) Une relation soignant-soigné dans le but de prendre soin	12-13
C. Une relation qui s'exprime par une communication	13-14
D. Adopter une juste distance professionnelle	15-16
E. L'anxiété, une émotion qui peut s'évaluer ?	17
HYPOTHÈSE ET CADRE DE RECHERCHE	18
CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
RÉSUMÉ ET ABSTRACT	

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, il m'a été demandé de réaliser un mémoire de fin d'étude approfondissant un thème de recherche de notre choix. Afin d'élaborer ce travail, j'ai donc cherché, à l'aide d'une situation rencontrée en stage, un étonnement qui a suscité en moi un important questionnement professionnel. C'est au cours d'un stage que j'ai effectué en deuxième année, au sein d'un service de bloc opératoire, que j'ai remarqué que la majorité des patients adultes pris en charge manifestaient, avant l'acte chirurgical, une certaine anxiété vis-à-vis de cette intervention. C'est ainsi que je me suis aperçu en parallèle que la dimension relationnelle occupait une place très importante dans cet univers assez technique. Grâce à mes recherches et à mes lectures, j'ai en effet pu remarquer que l'anxiété au bloc opératoire est un phénomène très récurrent. En effet, chez l'adulte, entre 60 et 80% d'entre eux manifesteraient une anxiété avant l'acte opératoire¹. Suite à ce constat, je me suis tout d'abord interrogé sur la nature de cette anxiété ainsi qu'à son évolution en tant que concept². Cela m'a donc amené à me poser une première question de départ qui est « *En quoi la phase préopératoire et l'arrivée du patient dans le service sont-elles sources d'anxiété pour le futur opéré ?* ». Cependant, après différentes lectures, je me suis aperçu que le fait d'exposer simplement les causes de cette anxiété limitait mon étude et qu'il était aussi indispensable d'avoir un aperçu sur la façon dont elle est prise en charge par les soignants. Le concept de la relation soignant-soigné face à l'anxiété des patients a par conséquent pris une place de plus en plus importante dans mes recherches, ce qui m'a amené à me questionner sur la nature et l'intérêt de cette prise en charge relationnelle. Ainsi, j'ai établi ma véritable question de départ qui m'a permis de concentrer mon analyse sur cet aspect particulier tout en conservant mes différents éléments de recherche : « **En quoi la relation soignant-soigné influence-t-elle la prise en charge d'un patient anxieux au bloc opératoire ?** ». Toutefois, cet approfondissement s'inscrit toujours dans le contexte de la prise en charge du patient avant son opération, afin d'analyser quelles particularités a cette anxiété durant cette période et d'avoir un aperçu sur la façon dont le soignant peut agir d'un point de vue relationnel. C'est pourquoi dans un premier temps, j'étudierai le concept de l'anxiété d'une façon assez large en le rapprochant du contexte du bloc opératoire et que, toujours dans ce cadre, j'analyserai dans un second temps la dimension relationnelle en exposant les spécificités et les différentes composantes de la relation soignant-soigné face à l'anxiété du patient. Mon étude se terminera sur une hypothèse mise en relation avec la présentation d'une méthode de recherche.

¹ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008.

² Annexe n°3

I. LE PHÉNOMÈNE D'ANXIÉTÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

Je suis donc parti du constat que, dans un service de bloc opératoire et plus spécifiquement avant un acte chirurgical, un patient manifeste une certaine anxiété dans la majorité des cas. Cependant, à quoi correspond-elle ? Quelles en sont les causes et les manifestations ? Quelles stratégies adoptent les patients pour y faire face ? Ces différents éléments conceptuels permettront d'avoir un aperçu plus clair de cette notion.

A) La nature du concept d'anxiété

Tout d'abord, selon le dictionnaire français Larousse, l'anxiété se définit comme un « trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité »³. Cet aspect « indéfinissable » m'a interrogé et m'a poussé à analyser ce terme à travers une perspective davantage soignante. En effet, le principe de l'anxiété est que la situation à laquelle le patient fait face suppose qu'un danger imminent peut survenir, mais que ce dernier n'a pas de place dans la réalité en restant donc interne à la personne. Cette dernière développe face à cette idée un sentiment d'insécurité, de malaise et d'inquiétude que l'on peut qualifier de négatif et qui n'est pas désiré. Toutefois, face à des situations particulières, ce sentiment reste assez inné chez l'être humain, à l'image d'autres émotions tels que la colère, la joie ou la tristesse, car, face à des situations dites anxiogènes, notre système dopaminergique se mettra en place afin que l'on mobilise nos ressources pour y faire face⁴. Cette idée nous ferait penser que l'anxiété est une stratégie instinctive d'adaptation et de protection face à un environnement jugé hostile ou dangereux. Je rappelle donc que cela nous amène à faire la distinction entre une anxiété « normale » et une anxiété « pathologique » car, « lorsque cette caractéristique innée de l'homme devient pathologique, les médecins font alors allusion aux troubles anxieux, lesquels ont des conséquences négatives pour ceux qui en souffrent. »⁵. De plus, Antoine Bioy définit ce concept d'anxiété sur plusieurs niveaux⁶ : le premier niveau correspond à une anxiété légère qui sous-entend que, malgré un sentiment d'inquiétude la personne conserve une attention claire sur ce qui lui arrive. Le second niveau définit une anxiété modérée et ici, la personne anxieuse a plus de mal à analyser son environnement et son niveau d'inquiétude prendra davantage d'ampleur. L'anxiété grave, qui correspond au troisième niveau montre que la personne est pratiquement incapable d'appréhender les différentes informations qui lui sont livrées. Enfin, le dernier niveau se réfère à l'attaque de panique qui se manifeste par une

³ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>

⁴ <http://lesdefinitions.fr/anxiete>

⁵ <http://lesdefinitions.fr/anxiete>

⁶ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, pages 62 et 63

déformation et une interprétation de la réalité ainsi qu'une amplification des stimuli externes. Dans ce dernier cas, la personne atteinte d'une attaque de panique suppose que la communication avec autrui est très difficile à mettre en place, voire impossible. Grâce à cette analyse, nous pouvons déjà affirmer que la manifestation et l'intensité de l'anxiété chez une personne dépendent de sa capacité à analyser et à percevoir les événements qui se produisent et, par extension, la réalité et les informations qui l'entourent.

B) Les différentes manifestations de l'anxiété

L'anxiété peut donc prendre des formes variées et chaque individu va réagir de façon différente face à cette émotion. J'ai d'ailleurs remarqué grâce à mes recherches que les manifestations de l'anxiété se révélaient très variées selon la personne elle-même et l'événement auquel elle est confrontée. En effet, dans le domaine du bloc opératoire, le patient futur opéré n'est pas anxieux de la même façon face à des chirurgies différentes⁷. De plus, lorsqu'un patient éprouve de l'anxiété, nous retrouvons de nombreuses manifestations qui expriment cette émotion. Toutefois, il paraît évident que d'un patient à l'autre, ces différents signes peuvent être variables, mais dans le cadre d'une anxiété dite non pathologique, j'ai pu relever que de façon générale, on observe tout d'abord des manifestations psychiques. Le patient va éprouver un sentiment diffus d'inquiétude, de la fatigue, et peut développer une certaine irritabilité ou des difficultés de concentration⁸. En outre, d'autres types de signes peuvent s'y rajouter comme des manifestations physiques. Dans ce cas, une importante quantité de symptômes peut apparaître. En effet, le patient en question peut constater des

« [...] troubles du sommeil, douleurs musculaires, palpitations, tremblements, mains moites, vertiges, frissons, maux de tête [et] de ventre, diarrhée ou constipation, sensation de serrement au niveau de la poitrine, impression d'étouffer, nœud à l'estomac ou à la gorge, spasmophilie, envie constante d'uriner, etc. »⁹

Cependant, sauf dans le cas d'une anxiété évoluant vers la pathologie, il semble assez peu probable que les patients anxieux au bloc opératoire manifestent tous ces signes physiques à la fois. En effet, durant la phase préopératoire, au moment de sa prise en charge à l'arrivée dans le service de bloc opératoire, je me suis rendu compte que le patient, sous l'effet de l'anxiété, développe un signe particulier qui s'appelle la transe¹⁰, comme l'explique Gilles

⁷ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008

⁸ <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=symptomes-causes>

⁹ <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=symptomes-causes>

¹⁰ BESSON, Gilles. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phrases. *Interbloc*, juillet-septembre 2010, tome XXIX n°3, page 198.

Besson. Cet état psychologique particulier est une manifestation externe de son anxiété car le patient va réagir différemment aux stimuli extérieurs. En effet, il va être dans un état constant de « focalisation [et de] fixation de l'attention [...] sur les craintes liées à l'événement qui va survenir. »¹¹. Nous pouvons en déduire que le patient anxieux adoptera un comportement qui le poussera à avoir une vision négative et menaçante de son environnement et donc de la réalité, dans le sens où il la percevra non pas de façon objective, mais en faisant intervenir ses inquiétudes dans cette interprétation. Cette idée prouve bien, comme je l'avais démontré auparavant, que les manifestations de l'anxiété découlent en partie de la capacité du patient à analyser la réalité qui l'entoure, dans le cas présent avec l'exemple du bloc opératoire. Ainsi, nous pouvons en déduire que les manifestations de l'anxiété chez le patient sont multiples mais prennent des formes différentes selon le contexte dans lequel il se trouve.

C) La distinction entre l'anxiété et d'autres termes voisins

Dans le langage courant, on observe qu'il peut exister une certaine confusion entre l'anxiété et d'autres émotions comme la peur et l'angoisse¹². En effet, dans la vie de tous les jours, les individus ont tendance à employer ces termes indistinctement les uns des autres, car, il faut en effet admettre qu'ils possèdent, dans leur sens, des aspects similaires. Il me semble donc intéressant d'analyser les différences que l'on peut rencontrer avec ces termes. Tout d'abord, l'anxiété et l'angoisse se rapprochent davantage car ces deux émotions supposent que la personne est face à l'inquiétude d'un événement qui ne s'est pas encore produit. A l'inverse, la peur désigne « une réaction à un danger plus ou moins menaçant, qui peut être présent et visible ou bien suggéré par certains indices »¹³. Cela nous permet de voir que la peur, à l'instar de l'anxiété et de l'angoisse, se caractérise par un danger réel et physiquement observable. De plus, une personne qui manifeste de la peur n'aura pas les mêmes réactions que dans le cas où elle éprouve de l'anxiété ou de l'angoisse : elle adoptera en effet différentes « stratégie[s] de réponse »¹⁴ face à l'événement comme la fuite, l'immobilité ou encore de l'agressivité. Par ailleurs, d'après mes recherches, l'angoisse est un terme avoisinant le concept d'anxiété car cette émotion est en fait une forme de l'anxiété qui aura pris beaucoup plus d'ampleur¹⁵ et qui suppose donc davantage de répercussions¹⁶. En effet, dans les deux cas, et contrairement à la

¹¹ BESSON, Gilles. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phrases. Interbloc, juillet-septembre 2010, tome XXIX n°3, page 198

¹² ANDRÉ, Christophe. Le sens des mots : angoisse ou anxiété ? *Psychologies*, éd. électronique. Janvier 2003

¹³ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, page 61

¹⁴ Ibid page 61

¹⁵ Ibid page 60

¹⁶ ANDRÉ, Christophe. Le sens des mots : angoisse ou anxiété ? *Psychologies*, éd. électronique. Janvier 2003

peur, le danger n'a pas de place dans la réalité physique mais, selon Christophe André, le sentiment d'angoisse suggère que la personne connaît « une expérience psychologique ponctuelle, déstabilisante et intense, faite d'un sentiment de perte de contrôle »¹⁷. Par cette citation, nous observons bien le caractère bref et sévère de cette émotion car en effet, le terme d'angoisse peut se caractériser par ce que l'on appelle une crise d'angoisse qui « ... se produit de façon spontanée et imprévisible. Elle dure quelques minutes ou quelques heures ... »¹⁸. D'ailleurs, nous constatons ici une différence importante avec l'anxiété car cette dernière ne possède pas cet aspect de « crise », mais se précise comme ayant un caractère moins intense et perturbant que l'angoisse. En effet, le sentiment d'anxiété ne va pas empêcher la personne d'être consciente et d'adapter cette émotion à sa vie quotidienne, même face à un événement inhabituel. Cependant, même si des différences séparent l'anxiété et l'angoisse, ces deux émotions sont voisines car l'anxiété constitue une étape vers l'angoisse. Ces distinctions entre ces différents termes qui se ressemblent nous permet donc d'avoir une véritable vision de ce qu'est réellement l'anxiété et ainsi, de mieux la comprendre et l'appréhender.

D) Les facteurs prévalents de l'anxiété au bloc opératoire

Avant une opération chirurgicale, il semble évident de reconnaître que le patient concerné va éprouver une anxiété pour une multitude de raisons. C'est pourquoi il me paraît important de relever et d'expliquer les principales causes de cette émotion. Tout d'abord, j'ai remarqué grâce à mes recherches qu'environ 85% des personnes opérées déclarent avoir éprouvé une anxiété avant l'acte opératoire en raison de l'anesthésie générale¹⁹. En effet, cet acte suppose que la personne opérée va subir une perte de contrôle au niveau de son intégrité physique en acceptant l'administration d'une sédation artificielle et chimique. Cela peut induire une anxiété chez le patient car ce dernier va permettre à d'autres personnes d'avoir un certain pouvoir et une emprise sur son propre corps. De plus, cette crainte de l'anesthésie rassemble d'autres facteurs qui pourraient engendrer une anxiété chez le patient comme « ... la peur de mourir à cause de l'anesthésie [...] [et] celle de ne pas se réveiller après »²⁰. En effet, cette crainte pourrait s'expliquer par le fait que l'individu va être face à un événement extraordinaire qu'il ne rencontre pas régulièrement dans sa vie courante. Cependant, des données statistiques nous informent que depuis une vingtaine d'années, « le risque de ne pas se réveiller et de mourir des complications de l'anesthésie s'élevait à 1 pour 10 000 dans les

¹⁷ ANDRÉ, Christophe. Le sens des mots : angoisse ou anxiété ? *Psychologies*, éd. électronique. Janvier 2003

¹⁸ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, page 60

¹⁹ JOUAN, Anne. Anesthésie générale : la crainte persiste. *Le figaro santé*, éd. électronique. 13 juin 2010

²⁰ JOUAN, Anne. Anesthésie générale : la crainte persiste. *Le figaro santé*, éd. électronique. 13 juin 2010

pays riches. En 2000, ce chiffre tombait à 1 pour 200 000 », explique le professeur Alexandre Mignon²¹. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons de cette crainte : est-ce une représentation négative de l'anesthésie qui n'a pas eu encore le temps d'évoluer ? Par ailleurs, une autre raison pourrait expliquer l'anxiété des patients avant l'acte chirurgical : il s'agit de l'environnement auquel le patient est confronté à l'arrivée au bloc opératoire. En effet, nous remarquons qu'un certain aspect de ce lieu inconnu va venir susciter son anxiété²² : le patient va se retrouver dans un univers très technique où de nombreuses règles et protocoles le régissent. Cette idée peut nous amener à penser que cette haute technicité est possiblement perçue comme impressionnante en constituant un choc et donc un sentiment d'anxiété pour le patient. Par ailleurs, j'ai remarqué grâce à mes recherches que l'univers du bloc opératoire est un lieu très réglementé mais qui peut aussi connaître une certaine désorganisation, une agitation ambiante et même des « dysfonctionnements organisationnels »²³ ce qui pourrait avoir des conséquences sur l'état psychique du patient. En effet, cette idée et mes propres observations m'ont amené à penser que l'anxiété du patient au bloc opératoire dépendait également de l'ambiance générale qui y régnait. L'agitation dans cet environnement peut se révéler très importante en raison du va-et-vient des professionnels, des patients et de divers imprévus, ce qui nous amène à émettre l'hypothèse que le patient va ressentir cette agitation comme agressive et imprévue. Enfin, la prémédication, qui est un médicament anxiolytique initialement utilisé pour apaiser l'anxiété du patient avant l'acte opératoire, est de nos jours régulièrement prescrite à titre préventif pour la plupart des patients²⁴. Cependant, mes recherches²⁵ m'ont indiqué que ce procédé pouvait, à l'inverse de l'effet attendu, induire une certaine anxiété chez les patients du fait des effets secondaires possibles. En effet, dans le cas d'une administration de benzodiazépine, le patient sera davantage confus et désorienté de par l'action sédatrice du médicament dans l'organisme et cet effet peut avoir pour conséquence une majoration de l'anxiété. Toutefois, de nombreux autres facteurs de l'anxiété peuvent apparaître comme la douleur après l'opération, le risque de complications, d'erreurs et d'échec durant l'intervention, ou encore l'état de dépendance liée à l'hospitalisation²⁶. Cette multitude de

²¹ JOUAN, Anne. Anesthésie générale : la crainte persiste. *Le figaro santé*, éd. électronique. 13 juin 2010

²² MAWARD, Lina ; AZAR, Nazek. Étude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2004, n°78, page 39

²³ Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété / CHABAY, E. ... *et al. Elsevier Masson*, éd. électronique. 2009

²⁴ FRÉOUR, Pauline. Avons-nous tous besoin d'anxiolytiques avant une opération ? *Le figaro santé*, éd. électronique. 12 mars 2015.

²⁵ BEN MEFTA, Riadh. Prémédication anxiolytique. *Département d'Anesthésie du CHIPS*, éd. électronique. 18 mai 2010

²⁶ DALSTEIN, Graziella. L'expérience du bloc-opératoire, vécu du patient. *Recherche en soins infirmiers*, juin 1995, n°41, page 66

facteurs rencontrés dans mes recherches m'a donc poussé à limiter mon analyse aux principales causes de l'anxiété chez le patient en phase préopératoire, mais cela nous montre bien que celle-ci peut avoir beaucoup d'explications.

E) Les différentes attitudes des patients face à leur anxiété

Outre les facteurs pouvant induire de l'anxiété chez le patient avant l'intervention chirurgicale, il me semblait également intéressant d'avoir un aperçu plus clair à propos des stratégies qu'il met en place lorsqu'il est face à cet événement. Mes recherches m'ont indiqué que, de façon générale, face à une situation stressante et anxiogène, la personne va mettre en place, de façon inconsciente, des stratégies d'adaptation afin de se défendre contre cette émotion²⁷. Antoine Bioy et Damien Fouques développent ce mode de fonctionnement à l'aide d'un concept qui se nomme le coping²⁸. Ils parlent de ce coping comme d'une stratégie d'ajustement qui « a pour fonction de réduire ou de supprimer la détresse émotionnelle induite par [un] événement et [de] traiter la source de cette détresse »²⁹. Nous voyons bien qu'ici, cette stratégie est une réaction manifestée par le patient pour faire face et, en quelque sorte, se défendre contre l'événement jugé comme une détresse : nous pouvons donc faire le parallèle avec l'anxiété, qui peut se caractériser par ce genre de situation. Parmi les différents modèles de coping existant, Antoine Bioy et Laurencine Piquemal-Vieu se rejoignent³⁰ sur une stratégie de coping établie par Lazarus et Folkman en 1984 qui définit que cette stratégie d'adaptation peut prendre deux orientations différentes. En effet, elle peut être d'une part centrée sur le problème lui-même et dans ce cas l'individu va développer ses capacités pour le résoudre concrètement. D'autre part, elle peut être centrée sur l'émotion et ici, la personne face au stress ou à l'anxiété va prendre davantage de distance avec la menace perçue en tentant de contrôler les tensions émotionnelles qui se jouent en elle et en recherchant l'aide de l'autre³¹. Cependant, outre ce modèle, le coping rassemble un grand nombre de théories différentes et il est compliqué de définir celle qui serait préférable à une autre³². Ainsi, mes lectures m'ont orienté vers un type de coping spécifique à l'anxiété du patient au bloc opératoire qui se rapproche également du modèle de base expliqué ci-dessus. En effet, Rémy Amoureux présente autre théorie qui explique que le patient anxieux peut mettre en place de

²⁷ <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/ladaptation-psychologique-stress/quelle-evaluation-situation>

²⁸ BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2009, pages 102 à 107

²⁹ Ibid page 103

³⁰ PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier. Recherche en soins infirmiers, décembre 2001, n°67, page 89

³¹ BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2009, pages 104 et 105

³² PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier. Recherche en soins infirmiers, décembre 2001, n°67, page 94

façon interne deux stratégies différentes de coping afin de se défendre contre cet événement menaçant³³ : elles se nomment le monitoring et le blunting. La première stratégie utilise un procédé qui est la recherche de l'information par la sollicitation de ressources externes : le patient va chercher à obtenir des informations sur son état et ce qui l'entoure en employant un mode de pensée rationnelle, ce qui aura donc théoriquement pour cause de diminuer son anxiété. Le blunting quant à lui suppose que la personne anxieuse va plutôt adopter une attitude utilisant le divertissement comme moyen de défense contre l'anxiété afin d'échapper à elle. De plus, comme le souligne Olivier Luminet dans son ouvrage³⁴, dans un premier temps, la personne adoptera une stratégie ou l'autre en fonction de la conscience qu'il a de la situation menaçante. Il considère d'abord que le monitoring va induire chez le patient une exagération de sa détresse émotionnelle car, à force de trop rechercher l'information, l'individu peut avoir tendance à s'inquiéter davantage, mais d'un autre côté, cela aurait comme avantage qu'il sera plus vigilant et concentré sur son environnement. Le blunting suggérerait à l'inverse que la personne mettra en place une plus grande distanciation entre elle-même et l'agent anxiogène³⁵ en le fuyant : à force de rechercher la distraction, il est possible qu'il mette en place des mécanismes de défense tels que le déni ou l'évitement émotionnel en réinterprétant positivement la situation. Cependant, Amouroux et Luminet suggèrent tous deux qu'à court terme, les stratégies de distraction de type blunting se révèlent plus efficaces que le monitoring, mais que, dans les deux cas « le caractère adaptatif ou dysfonctionnel d'un mode de réponse dépend en grande partie de la perspective temporelle adoptée (court, moyen ou long terme) »³⁶. Enfin, cela nous amène donc à conclure que, de façon générale, cette théorie est pertinente dans le contexte de l'anxiété avant l'opération mais, comme l'évoque Luminet, il serait restrictif de réduire toute la complexité des réactions émotionnelles en deux groupes.

Cette première partie nous démontre bien que l'anxiété au bloc opératoire est un phénomène complexe qui peut prendre différentes formes et s'exprimer de façon hétérogène selon les individus. Mais comment prendre en charge cette anxiété d'un point de vue soignant ? Quelles sont les spécificités de la relation de soin au bloc opératoire ?

³³ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008.

³⁴ LUMINET, Olivier. Psychologie des émotions : confrontation et évitement. De Boeck, 2008, pages 49 à 51

³⁵ Ibid page 50

³⁶ Ibid page 50

II. LA RELATION DE SOIN AU BLOC OPÉRATOIRE FACE À L'ANXIÉTÉ

Avec cette vision plus claire de ce que représente l'anxiété, ses manifestations, ses facteurs et les moyens d'y faire face pour les patients, il me paraît donc intéressant et cohérent d'analyser sa prise en charge par l'infirmier de façon relationnelle. Cependant, quelle relation de soin utiliser face à cela et dans quel but ? À quels concepts doit se référer le soignant pour la prendre en charge ? Quelle posture et communication adopter face à cette émotion ? Ces pistes de réflexion nous permettront d'avoir un éclairage sur les spécificités de cette relation.

A) L'accueil et l'information au bloc opératoire

Lorsque le patient arrive au bloc opératoire, nous avons donc démontré qu'il pénètre dans un lieu inconnu, inquiétant et qui peut être source d'anxiété pour le futur opéré. L'infirmier prenant en charge ces patients sera donc amené, dans une première mission, à les accueillir. Cet accueil dans le service est tout d'abord indispensable pour garantir leur sécurité en suivant une Check-list³⁷ préétablie. Cependant, il sera aussi un point clé dans la prise en charge relationnelle du patient et, par extension, de son anxiété. En effet, ce concept d'accueil se caractérise « comme la première étape de la prise en soin d'un patient dont il gardera un souvenir et qui peut influencer la suite des interactions de soin »³⁸. Nous pouvons donc en déduire que cet accueil est un élément qui permet d'assurer une certaine continuité dans une prise en charge relationnelle de qualité, tout en étant indispensable à la sécurité du patient par la vérification de tous les éléments nécessaires au bon déroulement de son opération.

« Une personne (un patient, un étudiant...) qui arrive dans un milieu inconnu, qu'elle ne maîtrise pas, est dans une position relationnelle asymétrique qui engendre une inégalité des rôles. C'est une période d'incertitude qui rend la personne vulnérable. L'objectif de cet accueil est de rétablir une relation symétrique afin que la personne soit acteur, partenaire dans la situation, qu'elle s'adapte à un nouvel environnement [...] »³⁹

Par cette citation, nous pouvons faire le parallèle avec le contexte du bloc opératoire par l'arrivée du patient dans ce lieu inconnu et anxiogène et en déduire que, dans ce service, l'accueil avant l'opération est capital dans la construction d'une relation de soin et dans le fait qu'il va permettre également à la personne de mieux s'adapter à un environnement nouveau. De plus, Monique Formarier et Ljiljana Jovic proposent une structure théorique de cet accueil

³⁷ Annexe n°1

³⁸ Les concepts en sciences infirmières / sous la direction de FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Mallet Conseil, 2009, page 46

³⁹ Ibid page 46

en le définissant selon trois étapes et en le rattachant à d'autres concepts voisins⁴⁰. La première vise à donner à la personne des repères et des informations dans le but que cela lui prodigue une certaine sécurité et de l'autonomie. La deuxième consiste à entreprendre une démarche pour avoir une meilleure connaissance de la personne afin d'appréhender « ses représentations, ses objectifs, ses ressources, [et] ses besoins »⁴¹ et de construire son accompagnement. Enfin, la troisième étape de l'accueil serait, pour le soignant, d'aider le patient dans l'élaboration de ses stratégies de défense face à l'anxiété comme le coping. Comme je l'ai analysé, ce concept permet au patient de faire face à son anxiété dans le contexte du bloc opératoire mais l'idée précédente nous ferait penser que le soignant a également un rôle dans cette élaboration, qui serait donc d'aider le patient à mobiliser ses différentes ressources dans le but qu'il puisse mettre en place ces stratégies. D'autre part, cet accueil, mis en place par l'infirmier sur son rôle propre, se caractérise également par des informations données au patient concernant les étapes par lesquelles il va passer et la façon dont vont se dérouler les choses. Dans cet univers inconnu, on pourrait d'abord penser, comme le suggèrent Lina Maward et Nazek Azar dans leur article⁴² qu'un apport d'informations serait utile et profitable au patient pour qu'il ait une meilleure connaissance de son environnement dans le but de réduire son anxiété. Afin d'appuyer cette idée, Abraham Maslow et Virginia Henderson, bien qu'ils aient différentes théories sur les besoins fondamentaux de l'individu, se rejoignent en expliquant que l'information donnée aux patients fait partie de ces besoins et constitue même, comme nous l'avons vu précédemment, une sécurité morale pour eux⁴³. Finalement, nous pouvons retenir qu'au sein du bloc opératoire l'accueil est un acte de soin à part entière qui, par sa fonction de permettre au patient de mieux connaître son environnement, diminuera son anxiété en lui donnant diverses informations dont il a besoin. Toutefois, comme cet instant privilégié avec le patient aurait pour objectif de prendre en charge cette anxiété, nous pouvons en déduire qu'une certaine relation s'installe entre le patient et le soignant.

⁴⁰ Les concepts en sciences infirmières / sous la direction de FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Mallet Conseil, 2009, page 47

⁴¹ Ibid page 47

⁴² MAWARD, Lina ; AZAR, Nazek. Étude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. Recherche en soins infirmiers, septembre 2004, n°78, pages 53 et 54

⁴³ DALSTEIN, Graziella. L'expérience du bloc-opératoire, vécu du patient. Recherche en soins infirmiers, juin 1995, n°41, page 66

B) La relation d'aide et le concept de prendre soin

1) Un type de relation dans un contexte particulier : la relation d'aide

L'accueil au bloc opératoire est donc un élément qui va venir construire une relation entre le patient et le soignant. Cependant nous pouvons d'abord nous interroger sur ce que représente réellement cet échange. Est-ce une véritable relation ou une simple interaction ? En effet, l'accueil au bloc opératoire suppose que l'échange qui va se produire entre le patient et le soignant sera limité dans le temps car cet accueil représente une étape assez courte dans le parcours du patient au sein du service. Mes lectures m'ont appris qu'une interaction suppose « une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges »⁴⁴. Toutefois, dans le cadre de la prise en charge d'un patient en situation d'anxiété, cette dernière nous indique que le patient en question se trouve dans une position de fragilité. C'est pourquoi l'infirmier sera probablement amené à établir une véritable relation avec ce patient et pas seulement une simple interaction afin de prendre en charge cette anxiété. De plus, par rapport à la limitation dans le temps qu'implique cet accueil, j'ai appris que selon William W. Hartup « [...] ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction »⁴⁵. Cette idée nous amène donc à penser que le temps certes limité qui encadre cet échange ne permet pas de le définir comme une interaction. En effet, c'est plutôt la nature de ce que vont exprimer l'infirmier et le patient dans le cadre de cette anxiété qui vont nous guider vers l'idée qu'il s'agit bien d'une relation qui se construit. En outre, mes recherches m'ont indiqué que, dans un tel contexte, la relation qui unit le soignant et le patient se rapprochait davantage d'un type de relation soignant-soigné qui est la relation d'aide : dans son ouvrage⁴⁶, Alexandre Manoukian nous parle dans un premier temps de la relation d'aide comme d'un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle en instaurant une relation de confiance et en respectant certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie et l'absence de jugement. Avec cette large définition, on aurait du mal à penser qu'elle puisse s'appliquer à la prise en charge de l'anxiété lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. Cependant, d'autres auteurs tels que Antoine Bioy et Damien Fouques précisent l'objectif de la relation d'aide qui serait « de mobiliser chez le patient les ressources nécessaires pour

⁴⁴ FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers, 2007, n°89 page 34

⁴⁵ FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers, 2007, n°89 page 34

⁴⁶ MANOUKIAN, Alexandre. La relation soignant-soigné. Lamarre, 2014, pages 53 et 54

résoudre une difficulté pouvant se poser »⁴⁷, ainsi que de « rassurer le patient, diminuer sa peur et son anxiété [...] »⁴⁸. De plus, Manoukian nous précise bien qu'une relation d'aide, malgré le long travail qu'elle suppose peut tout à fait se mettre en place dans une courte durée⁴⁹, à l'image du bloc opératoire. Ainsi, le soignant face au patient anxieux adoptera dans un premier temps une attitude empathique avec lui. Selon Roger Mucchielli, l'empathie est « l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre »⁵⁰. Cela nous ferait donc penser que le soignant va être dans la capacité de pouvoir identifier ce que ressent le patient, en outre son anxiété, en se mettant à sa place. De plus, avoir une attitude empathique dans le cadre d'une relation d'aide suppose que le patient anxieux se sentira « ... plus en confiance, en face d'un soignant qui tente de le comprendre ... »⁵¹, ce qui suppose que le soignant sera en adéquation avec les besoins et la demande du patient. Ces éléments nous indiquent donc bien que la relation d'aide a tout son sens dans le contexte du bloc opératoire afin que le soignant, à l'aide d'une compréhension empathique notamment, puisse aider le patient à faire face à son anxiété.

2) Une relation soignant-soigné dans le but du prendre soin

Ainsi, comme nous pouvons considérer que la relation d'aide est un type de relation soignant-soigné, cela m'a poussé à m'intéresser à un concept qui serait lié à la relation de soin qui existe entre le soignant et le patient. Il s'agit du *prendre soin*, développé et mis en corrélation avec notre système de santé actuel par Walter Hesse, infirmier et docteur en santé public, dans son ouvrage⁵². Ici, cet auteur nous dit que le prendre soin, véritable valeur selon lui, est une notion très complexe qui se définirait comme un art qui viserait « [...] à combiner des éléments de connaissances, d'habileté, de savoir-être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière »⁵³. Cette définition rassemble beaucoup de notions qui nous poussent à rapprocher ce concept d'une relation de soin. En effet, nous pouvons déjà relever le terme de « venir en aide », qui rappelle la relation d'aide explicitée ci-dessus. De plus, l'expression « situation singulière » suggérerait que la personne vit quelque chose de particulier et d'hors du commun, à l'image du sentiment d'anxiété à l'approche d'une opération chirurgicale. Face à ces idées, nous pouvons donc

⁴⁷ BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2009, page 180

⁴⁸ Ibid page 180

⁴⁹ MANOUKIAN, Alexandre. La relation soignant-soigné. Lamarre, 2014, page 53

⁵⁰ Les concepts en sciences infirmières / sous la direction de FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Mallet Conseil, 2009, page 154

⁵¹ BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2009, page 181

⁵² HESSE, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Masson, 1997

⁵³ Ibid page 35

penser que le concept du prendre soin peut avoir sa place dans n'importe quel environnement puisqu'il suffit qu'il y ait les deux variables essentielles pour qu'il existe : le soignant et le soigné. Grâce à cela, le soignant va donc pouvoir s'inscrire dans une perspective où une véritable relation soignant-soigné sera mise en place dans le cadre d'un accompagnement particulier. Ceci nous amène à penser que le prendre soin serait un concept de référence dans les rapports « sains » entre les soignants et les patients. Par ailleurs, d'autres auteurs se sont intéressés à ce concept comme Jean Watson, qui élabore en 1988 différents attributs au prendre soin comme par exemple des valeurs humanistes et altruistes, une prise de conscience de soi et des autres, l'acceptation et l'expression de sentiments positifs et négatifs (l'anxiété par exemple), le développement d'une relation d'aide et de confiance ou encore l'assistance dans la satisfaction des besoins humains⁵⁴. Cette approche est également intéressante car les notions que j'ai explicitées comme la relation d'aide, le besoin de sécurité morale et d'information, ou encore l'expression de l'anxiété rejoignent les théories des différents auteurs en admettant qu'une relation soignant-soigné s'appuierait sur le concept du prendre soin pour être de qualité.

C) Une relation qui s'exprime par une communication

Grâce à mes différentes recherches, nous avons maintenant une vision plus claire des différents concepts qui encadrent la relation soignant-soigné, plus spécifiquement dans la prise en charge d'un patient anxieux. Mais quelles sont les composantes exactes de cette relation ? Comment se caractérise-t-elle de façon concrète ? Dans un premier temps, il est évident de convenir que dans une relation de soin, les différents acteurs vont communiquer entre eux. Mais comment se manifeste cette communication ? Dans son ouvrage⁵⁵, Antoine Bioy explique bien qu'il ne peut y avoir d'apport de soin sans communiquer avec le patient et que cette dimension est essentielle à l'instauration d'une relation soignant-soigné. Cette communication va tout d'abord s'exprimer dans un registre non-verbal, c'est-à-dire sans employer de mot, ce que Bioy appelle « le langage du corps »⁵⁶. L'importance est mise sur ce point car ce mode de communication est le plus souvent inconscient et fait donc preuve de sincérité. Selon Bioy, il va passer par différents filtres. La distance physique que mettent en place les deux acteurs, appelé la proxémie, va tout d'abord définir dans quel contexte les personnes vont communiquer selon l'espace qui existe entre les deux : la communication sera-

⁵⁴ Les concepts en sciences infirmières / sous la direction de FORMARIER, Monique ; JOVIC, Ljiljana. Mallet Conseil, 2009, page 98

⁵⁵ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, pages 50 à 58

⁵⁶ Ibid page 53

t-elle intime, personnelle ou sociale ? De plus les différentes expressions faciales et le regard laisseront transparaître des émotions que l'émetteur enverra au récepteur grâce à la mobilité de notre visage : sourcils, yeux, front par exemple. Les gestes et les postures seront aussi des moyens d'envoyer des messages avec par exemple le positionnement des mains et des bras, le fait d'être debout ou assis, de pencher notre dos, etc... Il existe de nombreuses attitudes physiques qui vont être de véritables informations sur ce que ressent et communique la personne. Par ailleurs, un autre composant de la communication non-verbale prend aussi une importance dans la mise en place d'une relation de soin : il s'agit du toucher. Ce contact physique, s'il est bien maîtrisé, selon Bioy, sera bénéfique dans la relation avec le patient car un sentiment de sécurité et de confiance naîtra dans cette approche. En intervenant dans son espace intime, le soignant prend donc un risque mais si le patient est réceptif au toucher, cela contribuera à renforcer la relation entre les deux acteurs en faisant passer un message de calme et de douceur⁵⁷. Face à ces différentes idées, nous pouvons penser que la communication non verbale serait importante à mettre en place, surtout lorsque le patient ferait preuve d'anxiété, avec une particularité pour le toucher. De plus, nous pouvons également nous interroger sur la communication verbale que le soignant met en place dans ce contexte particulier. En effet, face à un patient anxieux au bloc opératoire, une attention particulière doit être prodiguée, mais quels mots employer face à l'anxiété ? Dans son article⁵⁸, Gilles Besson nous explique qu'un langage verbal approprié pourrait contribuer à prendre en charge l'anxiété du patient en évitant de la majorer. En effet, comme nous l'avons expliqué dans la première partie, le patient anxieux arrivant dans le service du bloc opératoire serait dans un état secondaire qui s'appelle la transe. La particularité est que les mots à connotation négative employés par le soignant tels que « peur » ou « mal » auront beaucoup d'impact sur le patient : par exemple, dans la phrase « n'ayez pas peur », le patient n'entendra que le mot « peur » et cela accroîtra son sentiment d'anxiété. Les phrases affirmatives seraient donc davantage adaptées, en employant des mots positifs et rassurants, tout en expliquant précisément ce que l'on est en train de faire et dans quel but. Cela nous montre donc bien que la communication verbale est naturellement importante au bloc opératoire car, face au patient anxieux, il apparaît judicieux de bien choisir les phrases et les mots employés.

⁵⁷ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, pages 58 et 59

⁵⁸ BESSON, Gilles. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases. Interbloc, juillet-septembre 2010, tome XXIX, n°3, page 198

D) Adopter une juste distance professionnelle

Ainsi, la communication aussi bien verbale que non verbale serait l'expression même de la relation soignant-soigné et nous avons vu qu'elle revêt des caractéristiques différentes face à un patient anxieux. Mais, à ce jour, quelle distance professionnelle prend le soignant par rapport au patient d'un point de vue relationnel ? Existe-t-il des limites à cette relation ? Nous avons étudié précédemment la notion de distance physique comme un élément d'une communication non verbale entre deux personnes, mais qu'en est-il de la distance professionnelle ? Dans son ouvrage⁵⁹, Pascal Prayez nous dit qu'aujourd'hui, les soignants auraient tendance à mettre volontairement ou inconsciemment une distance professionnelle excessive entre eux et les patients avec l'idée de se protéger émotionnellement. Prayez affirme par conséquent qu'il y a deux types de distance professionnelle qu'adoptent les soignants : d'une part, cette distance trop grande dite défensive, qui appauvrit la relation de soin et d'autre part, un distance professionnelle juste, où les soignant parviendraient à prendre en compte la dimension affective du soin et donc à construire une relation soignant-soigné de qualité. En effet, cet auteur nous dit bien que cette juste distance existe et qu'elle pourrait se définir « comme la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places. »⁶⁰. Cette citation nous montre bien qu'en adoptant une bonne distance, le soignant parviendra à entrer en relation avec quelqu'un, même si lui et le patient sont dans des positions inégales⁶¹ : le premier possède un savoir, une expertise particulière et le second voit son état de santé et ses besoins fondamentaux altérés. Cependant, les soignants seraient donc également susceptibles de mettre en place une trop grande distance avec le patient : Prayez évoque le problème « d'une détresse ressentie au travail »⁶², qui les pousseraient à construire certains mécanismes de défenses afin de préserver leur équilibre personnel. Parmi ces mécanismes, on peut suggérer qu'il en existe un qui aurait davantage de place au bloc opératoire et qui se nomme la banalisation. Il se définit comme « faire preuve d'indifférence, de désintérêt face au patient : « c'est pareil pour tout le monde ». »⁶³. En effet, face au nombre important de patients anxieux qu'il est amené à voir chaque jour, on pourrait penser que l'infirmier, dans le but de se protéger et de ne plus faire face à ce problème, banaliserait cette émotion en se disant que c'est une attitude devenue normale. Ainsi, une distance trop grande se crée entre le soignant et le patient et la place de la relation soignant-soigné sera réduite. Dans le but

⁵⁹ Distance professionnelle et qualité du soin / sous la direction de PRAYEZ, Pascal. Lamarre, 2009

⁶⁰ Distance professionnelle et qualité du soin / sous la direction de PRAYEZ, Pascal. Lamarre, 2009, page 75

⁶¹ Ibid page 46

⁶² Ibid page 135

⁶³ Ibid page 136

d'établir une juste distance, Prayez évoque⁶⁴ un type de relation soignant-soigné que nous avons développé et rapproché du contexte du bloc opératoire : la relation d'aide. Il nous dit que cette relation, face à l'inégalité des places qu'occupent le patient et le soignant, permettrait à ce dernier d'avoir une posture relationnelle basée sur l'écoute et le respect. Cela nous amène donc à penser que le fait de développer une relation d'aide permettrait d'établir une juste distance professionnelle. Cependant, l'auteur nuance son propos en nous disant⁶⁵ que cette relation d'aide est un don du soignant au patient : si ce don est trop grand, l'inégalité entre les deux acteurs relationnels sera encore plus grande car à force de s'investir dans cette relation, le soignant induirait chez le patient une position encore plus vulnérable et donc davantage déséquilibrée. De plus, toujours dans le but de trouver une juste distance professionnelle, Prayez nous parle de double-écoute : « Il s'agit d'être présent à ce que le patient exprime, puis de reconnaître ce qui se passe en soi. »⁶⁶. En effet, la relation d'aide et ses composantes telles que l'écoute active et l'empathie permettraient déjà d'écouter réellement les émotions du patient en étant centré sur lui. De plus, en écoutant également nos émotions et nos pensées, nous serions dans la capacité de mettre une distance intérieure entre ce que l'on pense et ce que l'on dit. Cette prise de conscience serait utile dans le fait d'être authentique avec soi-même en visualisant réellement ce que l'on ressent et ce que l'on désire mais également de visualiser le patient dans sa propre vérité et singularité :

« Ressentir en soi les deux pôles de la rencontre permet de reformuler les paroles prononcées, de valider les sentiments exprimés, d'accepter le rythme de l'autre, d'émettre des hypothèses prudentes sur ce qu'il peut ressentir lorsqu'il ne s'exprime pas, de respecter ses défenses pour entendre réellement ce dont il a besoin. Cela permet de donner, sans aller au-delà de ce que l'autre peut ou veut recevoir, de donner avec tact et mesure. »⁶⁷

Réussir à adopter cette double-écoute permet donc dans un premier temps de mieux se connaître soi-même en acceptant ses émotions et également d'avoir une posture et une juste distance professionnelle avec le patient, grâce à cette relation d'aide qu'on pourrait donc appliquer aisément à un patient anxieux. La distance professionnelle qui existe entre le patient et le soignant pourrait être, d'un côté, injuste de par leurs positions inégales et en comprenant les limites qu'elle possède. Toutefois, en employant une relation de soin adaptée à chacun et notamment la relation d'aide, il paraît acceptable que le soignant puisse mettre en place une distance qui serait la plus juste possible.

⁶⁴ Distance professionnelle et qualité du soin / sous la direction de PRAYEZ, Pascal. Lamarre, 2009, page 60

⁶⁵ Ibid page 61 à 63

⁶⁶ Ibid page 70

⁶⁷ Ibid page 71

E) L'anxiété, une émotion qui peut s'évaluer ?

Nous avons vu précédemment qu'il existe différents types d'anxiété selon leur intensité et qu'elle pouvait s'exprimer différemment selon les individus. Cependant, à l'aide de quels outils le soignant serait en mesure de l'évaluer, la qualifier et la quantifier ? Qu'est-ce qui fait dire au soignant qu'un patient est en situation d'anxiété ? Rémy Amouroux nous indique⁶⁸, qu'en France, il n'existe pour l'instant pas d'échelles psychologiques validées officiellement pour évaluer spécifiquement l'anxiété préopératoire de l'adulte contrairement à l'enfant. Cependant, Amouroux révèle que les anglo-saxons ont développé de nombreux tests afin d'estimer cette anxiété précise. Dans ces pays, il existe en effet des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation qui sont utilisées. Il en existe pour les enfants comme l'échelle d'hétéro-évaluation (faite par les soignant) qui s'appelle la modified Yale Preoperative Anxiety Scale⁶⁹ et également d'autres destinées aux adultes comme la State and Trait Anxiety Index⁷⁰ qui est une échelle d'auto-évaluation, que le patient remplit lui-même. Cependant, selon mes recherches, l'usage de cette dernière échelle ne semble pas adapté à une utilisation clinique⁷¹ mais davantage pour une méthodologie de recherche. Par ailleurs, d'autres échelles qui sont traduites en français existent également comme par exemple l'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) qui rassemble 6 questions simples d'auto-évaluation. Les 3 premières questions portent sur l'anesthésie et les 3 dernières sur l'intervention. Son usage semblerait plus simple et rapide du fait du nombre réduit de questions. De plus, des recherches⁷² ont prouvé que cette échelle représente un outil utile d'évaluation de l'anxiété préopératoire en y associant une autre échelle que l'on connaît tous et qui est très simple d'usage : l'EVA (échelle visuelle analogique), une échelle cotée de 0 à 10 initialement utilisée couramment pour évaluer la douleur physique. Tout cela nous amène donc à penser que, de nos jours, l'anxiété préopératoire en France aurait tendance à ne pas être évaluée correctement du fait qu'il n'existe pas une échelle de référence pour ce type d'anxiété. Cependant, on remarque que les anglo-saxons seraient plus avancés dans ce domaine grâce aux nombreuses échelles qu'ils ont pu proposer à la recherche ou à une utilisation clinique. Cependant, à l'aide d'outils accessibles tels que l'EVA ou quelques questions simples, on peut penser que l'anxiété pourrait, en France, s'évaluer assez aisément.

⁶⁸ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008.

⁶⁹ <http://www.adarpef.org/site/pratique/echelles-scores/mypas.htm>

⁷⁰ Annexe n°2

⁷¹ AMOUROUX R. ; ROUSSEAU-SALVADOR C. ; ANNEQUIN D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *HAL archives-ouvertes*, éd. électronique. 26 mars 2009

⁷² Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété / CHABAY, E. ... *et al. Elsevier Masson*, éd. électronique. 2009.

HYPOTHÈSE ET MÉTHODE DE RECHERCHE

Cette réflexion et ce travail m'ont finalement poussé à élaborer une hypothèse de recherche qui serait :

« Au sein du service du bloc opératoire et dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut, grâce à la mise en place d'une relation soignant-soigné et d'une communication adaptée, contribuer à réduire l'anxiété du patient avant l'acte chirurgical. »

Dans le but de vérifier ou à l'inverse d'infirmer cette hypothèse, je vais présenter une simulation d'un cadre de recherche que je pourrais mettre en œuvre de façon concrète. Il s'agit de mener une enquête particulière sur le terrain, dans un lieu donné, durant un moment précis et auprès de telles personnes. Cette enquête se déroulerait donc au sein d'un service de bloc opératoire d'un centre hospitalier, dans la salle de transfert. Cet endroit constitue une étape dans le parcours chirurgical du patient qui se situe entre le service de chirurgie et la salle d'opération. Il fait donc partie intégrante du service de bloc opératoire. Les patients sont conduits dans cette salle afin que le personnel infirmier effectue les vérifications nécessaires avant l'entrée au bloc. La population cible sera constituée de tous les patients adultes dont leur intervention est programmée au jour de l'enquête sans choisir de spécialités chirurgicales particulières. L'enquête se déroulera donc tout au long de la journée, de la première à la dernière intervention prévue.

L'objectif serait dans un premier temps, à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation, d'observer le comportement des infirmiers vis-à-vis des futurs opérés et de voir quelles attitudes, communication, gestes ou paroles ils expriment et si ces derniers auraient un impact sur l'anxiété des patients. Dans un second temps, juste avant que les patients entrent en salle d'opération, il s'agirait de mener auprès de chacun d'eux, l'un après l'autre, un entretien semi-directif d'une durée de 10 minutes environ afin de ne pas retarder la programmation et l'organisation du service. Cet entretien serait composé de questions ouvertes et fermées qui porteraient d'une part sur leur état psychique avant l'opération afin d'y déceler ou non une anxiété. Une autre partie serait consacrée à leurs impressions afin de savoir comment ils ont perçu cette prise en charge relationnelle par l'infirmier du service et s'ils ont eu le sentiment d'avoir été écoutés, soutenus et d'être moins anxieux après cet accueil. Les résultats de cette enquête nous permettraient donc de voir tout d'abord si les infirmiers du service arrivent à construire une relation soignant-soigné appropriée et ensuite, de dire si oui ou non cette relation contribuerait à réduire l'anxiété d'un patient en période préopératoire.

CONCLUSION

En conclusion, cette réflexion nous apprend qu'il y a, derrière chaque patient qui va subir une opération chirurgicale, un être humain dans sa propre identité et ses représentations et qui peut éventuellement se trouver en situation de souffrance et d'anxiété. Nous avons vu que cette dernière peut prendre des formes différentes selon les individus et se manifester de façon variable. Cependant, cela nous apprend que ce sentiment dépend également d'une multitude de facteurs plus ou moins anxiogènes en fonction des patients et que ces derniers peuvent, de façon inconsciente, développer des stratégies d'adaptation afin d'y faire face. Notre rôle de soignant est dans un premier temps de parvenir du mieux possible à cerner et identifier tous ces éléments car, avec cette connaissance, la prise en charge se constituera au plus proche du patient. En effet, l'infirmier au bloc opératoire a tout d'abord un rôle essentiel d'accueil, car c'est dans ce dernier qu'il parviendra déjà à combler un besoin fondamental de l'être humain qui est l'information. Par la suite, face à cette anxiété, le concept de relation soignant-soigné fera son apparition. Un concept très large qui, dans la théorie nous paraît assez abstrait, mais à l'aide d'outils tels que la relation d'aide et ses caractéristiques, l'infirmier parviendra à s'inscrire dans une perspective humaniste et soignante : émergera alors le concept du prendre soin. Toutefois, cette relation va se déterminer et se caractériser par une communication entre les deux acteurs : un échange va alors se créer, aussi bien verbalement que physiquement, et il va donc y avoir une véritable diffusion de toute l'aide que l'infirmier va apporter au patient, en choisissant les mots justes. Cette communication s'encadre aussi à travers une distance professionnelle, un concept lié à la relation d'aide qui aidera le soignant à trouver un juste positionnement relationnel lors de cet entretien. Enfin, la question de l'évaluation de l'anxiété pendant cette période se pose toujours, car en France, seule l'interprétation subjective de chacun suffirait pour le moment, mais nous avons vu qu'avec des moyens simples et accessibles, cette évaluation pourrait être mise en place. Tout compte fait, on pourrait donc penser que ces différents éléments sont une véritable richesse pour la profession infirmière, car le soignant n'aurait plus qu'un simple rôle d'exécutant technique auprès des patients, mais parviendrait à solliciter ses connaissances et sa compétence afin de devenir un authentique acteur relationnel. Pour finir, afin d'ouvrir ce sujet, nous pouvons nous interroger à présent sur les répercussions que cette anxiété préopératoire pourrait avoir sur la suite du parcours chirurgical du patient : a-t-elle des conséquences pendant l'intervention, sur le réveil du patient ou durant sa période de convalescence ? Est-ce que le patient s'en souviendra et aura donc une représentation négative de sa prise en charge ? Comment l'infirmier serait susceptible de réagir face à ces éventuelles conséquences ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NÈGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 3^{ème} édition, Péronnas, 2013. (IFSI Formations Paramédicales) 158 pages.
- Distance professionnelle et qualité du soin / PRAYEZ, Pascal ... *et al.* Lamarre, 2^{ème} édition, Rueil- Malmaison, 2009. (Fonction Cadre de Santé) 287 pages.
- Les concepts en sciences infirmières / FORMARIER, Monique ... *et al.* Mallet Conseil, Lyon, 2009. (ARSI) 291 pages.
- HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Masson, Paris, 1997. 195 pages.
- MANOUKIAN, Alexandre. La relation soignant-soigné. Lamarre, 4^{ème} édition, Paris, 2014. (Exercice Professionnel Infirmier) 201 pages.
- BIOY, Antoine ; FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Bréal, 2^{ème} édition, Rosny, 2009. (IFSI Formations Paramédicales) 319 pages.
- LUMINET, Olivier. Psychologie des émotions : confrontations et évitement. De Boeck, Bruxelles, 2002. (Ouvertures Psychologiques) 256 pages (pages 49, 50 et 51).

Articles de revues

- DALSTEIN, Graziella. L'expérience du bloc-opératoire vécu du patient. Recherche en soins infirmiers, juin 1995, n°41, pages 65 à 75.
- PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier. Recherche en soins infirmiers, décembre 2001, n°67, pages 84 à 98.
- MAWARD, Lina ; AZAR, Nazek. Étude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. Recherche en soins infirmiers, septembre 2004, n°78, pages 35 à 58.
- FORMARIER, Monique. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers, juin 2007, n°89, pages 33 à 42.
- BESSON, Gilles. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phrases. Interbloc, juillet-septembre 2010, tome XXIX n°3, pages 197 et 198
- LOISANCE, Daniel. L'évolution de la chirurgie au XXe siècle. Revue Hospitalière de France, décembre 2001, n°483, pages 40 à 45.

Articles issus d'internet

- AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008. Disponibilité : <<http://cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>>
- AMOUROUX, R. ; ROUSSEAU-SALVADOR, C. ; ANNEQUIN, D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *HAL archives-ouvertes*, éd. électronique. 26 mars 2009. Disponibilité : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document>>
- ANDRÉ, Christophe. Le sens des mots : angoisse ou anxiété ? *Psychologies*, éd. électronique. Janvier 2003. Disponibilité : <<http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Anxiete-Phobies/Articles-et-Dossiers/Faire-face-a-nos-angoisses/Le-sens-des-mots-angoisse-ou-anxiete>>
- JOUAN, Anne. Anesthésie générale : la crainte persiste. *Le figaro santé*, éd. électronique. 13 juin 2010. Disponibilité : <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/06/13/10262-anesthesie-generale-crainte-persiste>>
- Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété / CHABAY, E. ... *et al. Elsevier Masson*, éd. électronique. 2009. Disponibilité : <<http://jpmis2.free.fr/Divers/SFAR%202009/dossier/2009/pdf/c0006.fm.pdf>>
- FRÉOUR, Pauline. Avons-nous tous besoin d'anxiolytiques avant une opération ? *Le figaro santé*, éd. électronique. 12 mars 2015. Disponibilité : <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/03/12/23499-avons-nous-tous-besoin-danxiolytiques-avant-operation>>
- BEN MEFTAHA, Riadh. Prémédication anxiolytique. *Département d'Anesthésie du CHIPS*, éd. électronique. 18 mai 2010. Disponibilité : <<http://www.anesth-chips.fr/biblios/article/premedication-anxiolytique>>
- PITTE, Morgan. La relation d'aide. *Soins-infirmiers.com*, éd. électronique, mis à jour le 30 août 2008. Disponibilité : <http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php>

Documentation électronique

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
- <http://lesdefinitions.fr/anxiete>
- <http://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete.html?pb=symptomes-causes>

- <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/ladaptation-psychologique-stress/quelle-evaluation-situation>
- <http://www.adarpef.org/site/pratique/echelles-scores/mypas.htm>
- <http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux/>
- <http://www.tempo-medical.fr/bipolaire/point-cle/821>

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 : Check-List de contrôle préopératoire, établie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016

ANNEXE N°2 : Échelle de l'anxiété : questionnaire d'auto-évaluation STAI (State and Trait Anxiety Index) forme Y-A, créée par Charles Spielberger en 1972

ANNEXE N°3 : Note d'étape de recherche

ANNEXE N°1 : CHECK-LIST DE CONTRÔLE PRÉOPÉRATOIRE, ÉTABLIE PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) EN 2016

Bloc : Salle :
 Date d'intervention : Heure (début) :
 Chirurgien « intervenant » :
 Anesthésiste « intervenant » :
 Coordinateur(s) *check-list* :

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016



Identification du patient
 Étiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1	L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* L'intervention et le site opératoire sont confirmés : idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4	L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> Le patient présente-t-il un : risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
Le rôle du coordinateur <i>check-list</i> sous la responsabilité du(ES) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la <i>check-list</i> que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.	
N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention NR : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention	
AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>time-out</i>) sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérabilité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> N/A
ATTENTION SI ENFANT ! Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. Autorisation d'opérer signée. Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille. Prévention de l'hypothermie. Seuils d'alerte en post-op définis.	
APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A</i>
11	Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la <i>check-list</i> a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordinateur CL	



Mode d'emploi

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS version 2016 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et, en ce sens, n'est pas modifiable. En revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1	Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitévigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.)
3	L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.
4	La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations / procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépliation éventuelle précisant le mode).
5	Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.
6	L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ; ■ en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7	Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site d'intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient. Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
8	Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé <i>time-out</i>), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ; ■ sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ; ■ sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).
9	L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
10	L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires. Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas d'écart avec la <i>check-list</i> , la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau. La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la <i>check-list</i> , relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la <i>check-list</i> .

1	POINTS CLÉS POUR UN ENFANT
➤	Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
➤	Disposer d'une autorisation d'opérer signée.
➤	Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.
➤	Prévenir l'hypothermie peropératoire.
➤	Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.

**ANNEXE N°2 : ÉCHELLE DE L'ANXIÉTÉ : QUESTIONNAIRE
D'AUTO-ÉVALUATION STAI (STATE AND TRAIT ANXIETY INDEX)
FORME Y-A, CRÉÉE PAR CHARLES SPIELBERGER EN 1972**

	Non	Plutôt oui	Plutôt non	Oui
1 Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je suis tendu, crispé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me sens surmené.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je me sens ému, bouleversé, contrarié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Je me sens content.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Je me sens effrayé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Je me sens à mon aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Je sens que j'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Je me sens nerveux, irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 J'ai la frousse, la trouille j'ai peur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Je me sens indécis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Je suis décontracté, détendu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Je suis satisfait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Je suis inquiet, soucieux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOURCE : <<http://urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/interet-du-melange-equimolaire-doxygene-et-de-protoxyde-dazote-meopa-dans-les-biopsies-tran.html>>

N.B : Cette série de questions concerne uniquement l'anxiété dite « état », celle qu'on éprouve subitement, à un moment donné, qui est donc une réaction à un événement. Spielberger a établi une autre série de 20 questions, de forme Y-B, se rapprochant plus de l'anxiété dite « trait », c'est-à-dire ressentie quotidiennement par la personne et qui serait un indicateur par rapport à la survenue de troubles psychopathologiques comme un syndrome dépressif ou un trouble anxieux généralisé. Normalement, ces deux séries sont rassemblées en une seule car, par cela, Spielberger voulait faire la différence entre ces deux types d'anxiété. Je n'ai retenu ici que celle dont je parle dans ce travail, car l'anxiété préopératoire s'installe durant une période précise.

ANNEXE N°3 : NOTE D'ÉTAPE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Tout d'abord, je rappelle que le thème de mon mémoire se situe dans le ressenti du patient par rapport au domaine du bloc opératoire. Mes expériences m'ont interpellé sur la réaction que peuvent avoir certains patients lorsqu'ils doivent se faire opérer. Dans ce contexte, j'étudierai également la relation qu'il peut exister entre le soignant et le patient.

I. SITUATION D'APPEL

Cette situation s'est présentée durant mon premier stage de 2ème année, au sein du bloc opératoire de l'hôpital de Langon. Je venais d'arriver dans la salle de transfert afin de prendre en charge un patient de 80 ans, Mr D, hospitalisé la veille dans le cadre d'une prothèse totale de hanche. Après être entré dans cette salle et m'être présenté, j'explique au patient comment vont se dérouler les choses, les différentes questions que je vais lui poser et les étapes par lesquelles il va devoir passer jusqu'à ce qu'il réintègre son service. Durant l'entretien préopératoire, je suis donc la check-list en lui posant successivement les questions nécessaires et en procédant à la vérification de son dossier.

Pendant cet entretien, je remarque déjà que le patient en question développe au fur et à mesure une certaine inquiétude et une agitation qui s'accroît plus le temps passe. En effet, Mr D me pose beaucoup de questions à propos de son parcours et des différentes étapes au bloc : « Comment va-t-on m'endormir ? Vais-je avoir mal ? L'opération va-t-elle durer longtemps ? Est-ce que ça sera bientôt terminé ? ... ». Je remarque également qu'il me pose certaines questions plusieurs fois de suite, que le ton de sa voix est tremblant, et que ses expressions faciales (visage crispé, hésitant, regard paniqué) me laissent penser qu'il manifeste une certaine anxiété. L'agitation était assez importante dans la salle (plusieurs patients et soignants sont dans la salle, avec un certain va et vient) et le patient me demandait qui étaient toutes ces personnes qui entraient et sortaient. Mr D manifestait également une certaine confusion par rapport aux questions qu'il posait parfois plusieurs fois, mais aussi par rapport au fait qu'il présentait une certaine lenteur de réflexion car il prenait quand même un bon moment avant de répondre à des questions simples et ne semblait pas toujours comprendre ce qu'on lui transmettait comme information. Ensuite, Mr D fut emmené directement dans la salle d'intervention où on l'installa sur la table d'opération. Il fut monitoré et pris en charge par l'infirmière anesthésiste qui lui expliqua à nouveau comment se dérouleront les choses. L'anxiété du patient semblait avoir pris davantage d'ampleur car il posait de plus en plus de

questions sur ce qui l'entourait, avec un faciès inquiet. Après quelques minutes d'attente, le médecin anesthésiste arriva pour procéder à la sédation de Mr D.

II. QUESTIONNEMENTS

- Est-ce que, d'un point de vue général, le domaine hospitalier et plus précisément le service du bloc opératoire peuvent influencer l'état d'esprit chez le patient en induisant chez lui une certaine inquiétude et anxiété de par la découverte d'un environnement, de règles et de protocoles inconnus ?
- Comment peut se définir l'anxiété chez le patient et quelles peuvent être les différences entre d'autres émotions assez proches comme la peur ou l'angoisse ?
- Comment va se manifester un état anxieux chez le patient et quels sont les différents moyens que l'on peut mettre en place, de par notre rôle propre en tant qu'infirmier afin d'essayer d'atténuer cette anxiété et de rassurer le patient en matière de relation de soin et de communication ?
- Quel type de relation va-t-on mettre en place pour un patient qui serait susceptible de manifester de l'anxiété ?
- Quelle est la limite entre une anxiété perçue comme « normale », c'est-à-dire en tant que sentiment du quotidien, et une anxiété vue comme étant pathologique dans le sens où elle nécessite une prise en charge médicale ?

III. PHASE EXPLORATOIRE, CONTEXTUALISATION ET CHEMINEMENT

Afin de donner des repères historiques à mon thème, j'ai tout d'abord fait quelques recherches par rapport à **l'évolution du concept d'anxiété** : Aujourd'hui, avec la classification des troubles mentaux et l'entrée des troubles anxieux dans la nosographie psychiatrique en 1980, elle a trouvé sa propre place et sa propre définition. En effet, il y a aujourd'hui une distinction entre l'anxiété normale et l'anxiété pathologique : nous trouvons donc d'un côté les troubles anxieux qui regroupent plusieurs maladies psychiatriques¹ telles que les troubles anxieux phobiques, l'anxiété généralisée ou encore les troubles obsessionnels compulsifs, et l'anxiété dite « normale », qui est plutôt qualifiée d'état psychique transitoire face à la crainte

¹ <http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux/>

d'un événement particulier². Par ailleurs, l'évolution et l'étude des sciences infirmières et des soins relationnels a donné aux soignants de véritables moyens de prévention de l'anxiété. Par ailleurs, je me suis également intéressé à **l'histoire de la chirurgie** à travers les âges, qui n'a pas cessé d'évoluer avec le temps. Face au progrès de la science et de la connaissance médicale, elle est maintenant très standardisée et protocolisée mais toujours en constante évolution avec les nouvelles technologies : Le XXe et le XXIe siècles représentent donc pour la chirurgie un essor considérable³. De plus, cet environnement très technique qu'est le bloc opératoire répond à des exigences et des règles précises et immuables. Nos connaissances à ce jour sur l'activité des bactéries, sur les infections et les risques liés à la chirurgie renforcent ces règles et le fait d'en connaître autant sur les risques et les complications nous pousse à être très respectueux de ces protocoles.

Au niveau de mon **cheminement**, j'ai débuté mes recherches dans le domaine de la relation de soin et de la communication avec le patient. Les lectures que j'ai faites m'ont apprises qu'une relation de soin revêt des sens différents selon le contexte général, l'objectif de la relation et les modes de communication utilisés. J'ai appris qu'il ne pouvait y avoir de soin ou de prise en charge sans relation soignant-soigné et également que cette dernière dépendait de nombreux facteurs psychologiques, sociaux ou physiques par exemple⁴. Malgré les possibles difficultés rencontrées dans une relation, je me suis aperçu qu'il existe différentes attitudes de communication comme par exemple l'empathie, l'écoute, ou encore la congruence⁵. Le concept d'empathie, qui met l'écoute au cœur de la relation en aidant le patient à identifier ses difficultés et ses solutions, a mené ma réflexion vers la relation d'aide. Succinctement, la relation d'aide a pour but d'aider les patients à mobiliser leurs ressources dans le but de mieux vivre une situation difficile. C'est « un soin puisqu'elle permet de rassurer le patient, de diminuer sa peur et son **anxiété** face à la maladie et au traitement"⁶.

Après cette étude sur la relation d'aide, le terme d'anxiété a donc fait son apparition. Mes lectures m'ont dans un premier temps donné une définition détaillée de ce qu'est l'anxiété en faisant la distinction avec des concepts proches comme l'angoisse et la peur : l'anxiété est « une réaction à un danger souvent non spécifié ou inconnu pour la personne, l'objet de ce danger se situe souvent dans le champ imaginaire des représentations. Il va provoquer chez la personne un vague sentiment de malaise, d'inquiétude, de doute, de crainte, de terreur ou

² <http://www.tempo-medical.fr/bipolaire/point-cle/821>

³ LOISANCE, Daniel. L'évolution de la chirurgie au XXe siècle. Revue Hospitalière de France, décembre 2001, n°483, pages 40 et 41

⁴ MANOUKIAN, Alexandre. La relation soignant-soigné. Lamarre, 2014, page 5

⁵ BIOY, Antoine ; BOURGEOIS, Françoise ; NEGRE, Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013, pages 34 à 38

⁶ PITTE Morgan. La relation d'aide. *Soins-infirmiers.com*, éd. électronique, mis à jour le 30 août 2008

d'appréhension ». Cependant l'angoisse est une forme d'anxiété aiguë et la peur quant à elle se définit comme une réaction à un danger réel et visible⁷. Suite à cela, mes lectures m'ont orienté vers un autre axe : le fait que cette anxiété était souvent rencontrée à l'hôpital de par la découverte d'un environnement inconnu, de nombreuses règles à intégrer, ou le fait que le patient était placé dans un état d'attente continuelle : « étrangeté des lieux, position d'attente, inconfort de l'incertitude, tous ces éléments favorisent les expressions anxieuses chez les patients confrontés au soin »⁸.

Suite à cette constatation, le questionnement qui a émergé en moi était : est-ce que le domaine du bloc opératoire est un lieu particulier pouvant provoquer l'anxiété chez le patient ? Mes différentes lectures m'ont donc appris qu'en effet, le bloc opératoire était perçu comme inquiétant pour le patient⁹, mais que la phase préopératoire était aussi à elle seule source d'anxiété : pour diverses raisons, le patient adulte va se retrouver dans un monde qu'il ne connaît pas et dont il ne maîtrise pas les règles. C'est cette confrontation avec la situation préopératoire qui induit un état d'anxiété. Il s'agit donc d'une sensation de malaise et de stress qui peut rester confuse¹⁰. Par ailleurs, j'ai appris que la personne en phase préopératoire qui est en situation d'anxiété va adopter principalement deux stratégies différentes pour y faire face. On distingue en effet le *blunting* pouvant s'apparenter à la distraction en réinterprétant positivement les événements afin de ne plus penser à la situation anxieuse ; et le *monitoring* qui signifie que la personne va plutôt avoir tendance à rechercher l'information dans le but de diminuer son incertitude concernant l'anxiété générée par cette expérience¹¹.

QUESTION DE DEPART

Après ce raisonnement et ces recherches, j'ai donc pu établir ma question de départ qui est : ***En quoi la période préopératoire et l'arrivée du patient dans le service sont-elles sources d'anxiété pour le futur opéré ?***

Mots-clés : Anxiété – Bloc opératoire – Relation de soin – Phase préopératoire – Chirurgie – Communication.

⁷ BIOY Antoine ; BOURGEOIS Françoise ; NEGRE Isabelle. Communication soignant-soigné : repères et pratiques. Bréal, 2013 pages 60 et 61

⁸ Ibid page 61

⁹ BESSON, Gilles. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases. Interbloc, juillet-septembre 2010, tome XXIX, n°3, page 197

¹⁰ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008.

¹¹ AMOUROUX, Rémy. L'anxiété préopératoire. *Centre National de Ressources et de lutte contre la douleur*, éd. électronique. 30 juin 2008.

RÉSUMÉ

Durant son exercice professionnel, l'infirmier au bloc opératoire peut être amené à rencontrer et s'occuper de patients qui manifestent une certaine anxiété. Cette dernière, je l'ai constatée durant un stage de formation qui s'est déroulé au sein d'un service de bloc opératoire. J'ai choisi ce sujet car j'ai réalisé qu'il pouvait être difficile pour les soignants de l'appréhender et de la prendre en charge. Grâce à mes recherches, j'ai appris que cette anxiété peut s'exprimer de différentes manières et trouve son origine parmi une multitude de facteurs. De plus, les patients peuvent être amenés à se protéger inconsciemment de cette anxiété en installant des stratégies d'adaptation. Face à cela, le rôle du soignant sera de mettre en place une relation soignant-soigné authentique avec ce patient et un accueil de qualité tout en respectant une communication adaptée et une juste distance professionnelle. Cette attitude particulière va s'inscrire dans une perspective de prendre soin en prodiguant aux patients une véritable relation d'aide. Dans l'optique de démontrer que cette relation soignant-soigné a un réel impact positif sur l'anxiété des patients, une étude sur le terrain pourrait se mettre en place. Il s'agit d'observer l'attitude des soignants à l'égard des patients afin de voir s'ils adoptent cette posture soignante particulière puis de mener auprès des patients des entretiens pour vérifier si cette prise en charge a donc eu un effet positif sur leur état psychique. En conclusion, ce travail m'a appris comment cet état d'esprit qu'est l'anxiété pouvait se développer et être pris en charge par l'infirmier sur son rôle propre à l'aide de ses compétences relationnelles. L'objectif est par conséquent de démontrer que la dimension relationnelle est une connaissance et un savoir-être soignant essentiels au bien-être du patient, et que cet investissement trouve particulièrement sa place dans cet univers très technique.

Mots clés : Anxiété, relation soignant-soigné, accueil, communication, prendre soin

ABSTRACT

This study deals with nurse-patient relationship inside the operating room towards patients' anxiety. I chose this subject because during my first second year internship, I had daily to face patients' anxiety and I realized that it could be difficult for nurses to find a proper behaviour in front of this kind of situation. Anxiety seems to be frequent in this context and the important for this study is, therefore, to demonstrate that nurses are in the ability to understand this anxiety and support it. The aim of this study would be to have a clearer overview of what is actually anxiety and to deduce that, with the creation of a nurse-patient relationship, nurses can indeed help to reduce patient anxiety before surgery. Thanks to my research, regarding this situation, I learned that nurses' role is to welcome patients adequately while respecting an appropriate communication and a just professional distance with patients. Finally, this particular attitude will permit nurses to take part in a perspective of Caring by providing a true helping relationship to patients. To confirm or refute this, I will put up a survey in the field with nurses of an operating room service as with patients who are about to undergo surgery. Initially, there will be an observation step in order to see what attitudes nurses have with patients. Besides, in a second phase, interviews will be conducted with patients to see if the nurse-patient relationship will have had a positive impact on patients' anxiety. To conclude, this work allowed me to have a better understanding of what is really patients' anxiety before surgery and to see that, with the creation of an adapted nurse-patient relationship, nurses may have a humanist attitude on their own part and that they may create a trustful connexion with patients.

Key words : Anxiety, nurse-patient relationship, welcome, communication, caring