

L'anxiété préopératoire: lien entre la mère et l'enfant

Plan

- Introduction
- L'anesthésie
- L'anxiété préopératoire
- Les échelles d'évaluation de l'anxiété
- La présence parentale
- La démarche du CHU de Limoges
- L'évaluation réalisée
- Conclusion

Introduction

La préparation de l'enfant en vue d'une anesthésie est un enjeu pouvant modifier la qualité de prise en charge à l'induction et au réveil, mais aussi de dédramatiser la perception de l'hôpital par l'enfant.

Une procédure d'information et d'accueil permettant aux parents d'accompagner leur enfant jusqu'à la phase d'induction a été mise en place.

Une enquête nous a permis d'évaluer son efficacité.

L'anesthésie

- Elle permet la réalisation du geste chirurgical
- Une consultation à distance de l'opération est obligatoire
- Il en existe plusieurs types: locale, loco régionale, générale
- L'anesthésie générale se fait par inhalation d'un gaz ou par injection médicamenteuse et entraîne une perte de connaissance
- L'équipe d'anesthésie prend en charge en per et en post opératoire immédiat (SSPI) les effets potentiellement liés à l'intervention (douleur...)

L'anxiété préopératoire

- Définition

L'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique en lien avec une intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation.

L'anxiété préopératoire (2)

- **Causes**

Elles varient selon l'âge de l'enfant.

De 1 à 6 ans : séparation d'avec les parents et présence d'inconnus masqués

Après 6 ans : anticipation de la douleur et peur de ne pas se réveiller

L'anxiété peut être transmise à l'enfant par les parents inquiets

En général, les mères sont plus anxieuses que les pères

Il existe beaucoup de facteurs anxiogènes pour les parents à même de modifier leur comportement

L'anxiété préopératoire (3)

- **Manifestations**

Au minimum 23% des enfants et jusqu'à 60% ont un état d'agitation lié à l'anxiété rendant l'induction anesthésique difficile avec:

- la non acceptation du masque lors des inductions aux halogénés
- le refus de la voie veineuse périphérique
- l'agitation
- les cris voire les hurlements
- l'agressivité

L'anxiété préopératoire (4)

- **Conséquences**

Une plus grande fréquence des troubles comportementaux post opératoires à court et moyen terme

Des scores de douleurs plus élevés avec une consommation d'antalgiques plus importante

Une augmentation de la fréquence et du débit cardiaque nécessitant d'augmenter les doses de produits anesthésiques pour un effet identique avec plus d'effets secondaires

Un allongement des délais de réveil

Les échelles d'évaluation

- L'échelle mYPAS (the Modified Yale Preoperative Anxiety Scale)

Elle est validée en français pour les enfants de 2 à 12 ans

La mYPAS comprend 22 items répartis en 5 catégories (activité, comportement verbal, expression, éveil, attitude avec les parents)

Dans toutes les catégories on retient l'item correspondant au niveau d'anxiété de l'enfant. Celles-ci ayant un nombre d'items différent (4 ou 6), des quotients sont calculés puis additionnés afin d'obtenir un score total allant de 0 à 100

Les enfants ayant un score inférieur ou égal à 24 sont considérés comme calmes, et ceux dont le score est strictement supérieur à 24 comme anxieux

- Les échelles type EVA ou EVS

Validées pour la mesure de l'anxiété

Permettent d'obtenir un score chiffré de 0 à 10

S'adressent plutôt aux parents

L'échelle mYPAS

Activité

1. Regarde autour de lui, curieux, peut explorer les objets, ou reste calme
2. N'explore pas, peut regarder vers le bas, remuer nerveusement les mains ou sucer son pouce (son doudou)
3. Se tortille, bouge sur la table, peut repousser le masque
4. Tente de s'échapper, repousse avec les pieds et les mains, peut bouger tout le corps

Vocalisations

1. Pose des questions, fait des commentaires, babille
2. Répond aux questions des adultes mais à voix basse, babille, ou ne fait que des signes de tête
3. Silencieux, aucun son, ne répond pas
4. Pleurniche, se plaint, gémit
5. Pleure, peut crier « non »
6. Pleure et crie sans arrêt (audible à travers le masque)

Expression émotionnelle

1. Heureux, souriant
2. Neutre, pas d'expression faciale visible
3. Inquiet, regard effrayé, triste ou plein de larmes
4. En détresse, pleure, totalement bouleversé, peut avoir les yeux écarquillés

Etat d'éveil apparent

1. Alerté, regarde occasionnellement autour de lui, observe ce que fait l'anesthésiste (pourrait être détendu)
2. Renfermé sur lui-même, tranquillement assis, peut sucer son pouce, ou visage tourné vers l'adulte
3. Vigilant, regarde rapidement tout autour de lui, peut sursauter aux bruits, yeux grands ouverts, corps tendu
3. Etat de panique, pleurniche, peut pleurer ou repousser les autres, se détourne

Utilisation des parents

1. Cherche le parent, demande et accepte le réconfort, peut se blottir contre le parent
2. Regarde calmement les parents, observe ce qui se passe, ne cherche pas le contact ou le réconfort, l'accepte s'il est proposé
3. Garde le parent à distance, peut se de' tourner activement du parent ou le repousser

La présence parentale

- Elle est souhaitée par 1 parent sur 2
- La préparation des parents est indispensable
- Elle réduit l'anxiété des enfants
- Elle n'exclue pas la prémédication
- Elle est peu répandue en France du fait de freins:
 - locaux non adaptés
 - peur d'être gênés dans les gestes à réaliser
 - crainte des infections nosocomiales
 - difficulté à gérer le stress des parents
 - appréhension des soignants d'être jugés

La démarche du CHU de Limoges

- Lors de la consultation d'anesthésie

L'Anesthésiste informe lors de sa consultation de l'existence d'une procédure d'accueil et d'information et des possibilités offertes

Les parents et les enfants qui le souhaitent sont pris en charge par une Aide Soignante de SSPI afin de visionner un film explicatif et répondre à leurs questions

- Le jour de l'intervention

Les parents et l'enfant sont accueillis dans le sas de transfert du bloc opératoire, spécifiquement aménagé, par une AS de SSPI

Le parent qui accompagne est habillé (combinaison, masque...)

Le parent reste avec l'enfant dans le bloc opératoire jusqu'à son endormissement

Il est ensuite conduit dans une salle d'attente proche de la SSPI

Au réveil de l'enfant, les parents rentrent à tour de rôle en SSPI

FILM A INCLURE

L'évaluation réalisée

- Méthodologie

L'enquête réalisée sur 19 enfants (15 avec procédure et 4 sans) incluait des enfants de 2 à 12 ans devant subir une intervention chirurgicale programmée, prémédiqués au Midazolam, et accompagnés de leur mère.

Ont été exclues la chirurgie en urgence, les enfants déficients mentaux et autistes, ceux ayant déjà été opérés à l'HME, et ceux accompagnés par leur père.

Un groupe est composé d'enfants et de mères ayant profité de la procédure mise en place à l'HME, un autre n'ayant pas profité de cette procédure.

Le niveau d'anxiété des mères est mesuré par l'aide soignante dans le sas d'accueil avec une échelle EVA de 0 à 10. L'anxiété est faible en dessous de 4, modérée entre 4 et 6, et forte au dessus de 6.

Le niveau d'anxiété de l'enfant est mesuré par l'IADE avec l'Echelle MYPAS sur la table opératoire au moment de l'induction anesthésique.

L'évaluation réalisée (2)

- Résultats

Il en ressort que les enfants informés et accompagnés sont moins anxieux (60%) que ceux qui ne le sont pas (75%).

Les mères n'accompagnant pas les enfants ont une anxiété plus forte (50% d'EVA > 6 contre 13%).

Le pourcentage d'enfants anxieux croît avec le niveau d'anxiété des mères. 50% d'enfants sont anxieux pour une EVA < 4. Ce chiffre monte à 66% pour une EVA entre 4 et 6, et à 75% si le score est > 6.

Le score MYPASS moyen est de 30,7 pour des mères peu anxieuses, de 34,1 si l'anxiété est modérée, et de 42 lorsque l'EVA est au dessus de 6.

Il y a donc corrélation entre l'anxiété des mères et celle des enfants, et une information avec une procédure adaptée réduisent l'anxiété tant de la mère que de l'enfant.

L'évaluation réalisée (3)

- Biais

Faible échantillonnage

Population hors procédure sous représentée

Echantillon non représentatif de l'ensemble de la population accueillie

Conclusion

- L'anxiété de la mère se répercute en préopératoire sur l'enfant
- Une information précoce et adaptée avec présence de la mère à l'induction permettent de réduire l'anxiété de la mère et de l'enfant, avec pour conséquence un meilleur endormissement et un meilleur réveil de l'enfant
- Le vécu de l'hospitalisation et la satisfaction de l'enfant et des parents peuvent être améliorés. Ceci est habituellement considéré comme un critère de qualité de la prise en charge
- Une recherche paramédicale avec une méthodologie plus rigoureuse, visant à valider scientifiquement notre démarche et à faire évoluer les pratiques, est en cours