

R RECHERCHE

Lina MAWARD
Nazek AZAR

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE.*

RÉSUMÉ

L'anxiété opératoire constitue un phénomène majeur, perceptible dans ses nombreux symptômes somatiques et ses manifestations psychologiques, ainsi qu'à travers son impact important sur l'état de santé du patient opéré et sur l'ensemble de l'acte chirurgical et ses suites. Depuis plusieurs décennies, ce problème (presque absent au niveau de la recherche scientifique au Liban) fait l'objet d'un vaste effort théorique et de nombreuses études sur le terrain en Amérique du Nord et en Europe.

Dans le cadre de cette enquête, nous avons étudié l'influence de l'information structurée fournie par l'infirmière de bloc, sur l'anxiété du patient en phase préopératoire. Le problème est d'autant plus important et actuel que cette information est quasi absente dans les établissements hospitaliers libanais.

Adoptant pour hypothèse principale que « l'information préopératoire structurée diminue l'anxiété du patient », nous avons voulu étudier aussi les liens éventuels entre les niveaux d'anxiété et les caractéristiques personnelles, socio-culturelles et psycho-médicales des patients (sexe, âge, situation matrimoniale, niveau d'enseignement, habitudes de vie, hospitalisation antérieure, type de chirurgie, type d'anesthésie, etc.). Dans cette même démarche méthodologique, nous avons adopté les échelles de Spielberger pour la mesure de l'anxiété, après avoir obtenu l'autorisation officielle du Professeur Spielberger qui nous a fourni la version arabe certifiée de ses échelles et leur mode d'interprétation. Un questionnaire a servi à identifier les caractéristiques du groupe étudié.

Nous avons choisi pour terrain, le bloc opératoire de l'hôpital Nini de Tripoli, au Liban Nord, et notre enquête s'est déroulée essentiellement au cours des mois de septembre et d'octobre 2003. Au sein de la population du bloc, nous avons constitué un échantillon de 60 patients, par la technique de l'échantillonnage aléatoire, avec des critères d'exclusions bien définis. Par cette même technique, nous avons divisé l'échantillon en deux groupes égaux de 30 patients : le groupe A1 qui sera informé, le groupe A2 qui ne le sera pas et qui servira de groupe témoin.

Les données recueillies par l'enquête ont été intégrées au logiciel SPSS. Les résultats de l'analyse comparative opérée entre les scores d'anxiété des deux groupes A1 et A2, ont permis de confirmer l'hypothèse principale citée ci-dessus. Par contre, ces résultats n'ont pas établi de liens significatifs entre les niveaux d'anxiété et la plupart des caractéristiques du groupe étudié. Cela montre l'impact relativement uniforme et homogène de l'information préopératoire sur les patients, en dépit de leurs différentes caractéristiques.

En confirmant l'hypothèse selon laquelle l'information préopératoire diminue l'anxiété du patient, cette enquête contribue à ouvrir la voie à des conséquences pratiques importantes. Elle débouche sur la recommandation suivante : les établissements hospitaliers libanais gagneraient beaucoup en qualité de soins, en adoptant un protocole pour mise en application du livret de renseignements et de l'entretien préopératoire avec le patient, ce qui permet en plus, de valoriser le rôle de l'infirmière de bloc. L'absence de l'information préopératoire structurée constitue à l'heure actuelle une lacune notable dans le système hospitalier libanais.

Mots clés : anxiété préopératoire – groupe expérimental – information préopératoire – évaluation

SUMMARY

Operation anxiety constitutes a significant phenomenon, detectable in numerous sleep related and psychological symptoms, as in its impact on the patient's health, the operation and post-operation process. For decades this problem (almost unknown in Lebanese scientific research), was the object of a vast theoretical project and numerous North American and European studies.

Within the framework of this investigation, we studied the influence of structured information, provided by operating room nurses, on the patient's anxiety during the preparatory stage. The problem is all the more significant and relevant given that it is all but ignored in Lebanese hospitals.

By adopting the basic hypothesis that "structured preparatory information diminishes the patient's anxiety" we wanted to examine the eventual links between the patient's anxiety level and his/her personal, socio-cultural and psycho-medical characteristics (sex, age, marital status, education, standard of living, medical history, type of surgery, type of anesthesia, etc.).

Using the same methodological approach, we adopted Spielberger's steps in measuring anxiety after having acquired the proper authorization from Professor Spielberger himself, who furnished us with the certified Arabic version of these steps and their interpretation. A questionnaire allowed the identification of test groups' characteristics. We chose our setting the operating theatre at the Nini hospital in Tripoli, North Lebanon. Our investigation essentially began in September/October 2003. We formulated a sample of sixty patients within the operating community by means of a random sampling technique and a well-defined exclusion criteria. With the same technique we divided two groups of thirty patients : group A1 which was informed and A2 which was uninformed and used as test subjects.

The data gathered by the investigation was incorporated into the SPSS software. The results of the comparative analysis operating between the two groups' anxiety scores confirmed the afore-mentioned hypothesis. However, these results did not establish any significant links between anxiety levels and the majority of the test groups' characteristics.

By confirming the hypothesis that preparatory information reduces the patient's anxiety, this investigation has opened the door to important practical consequences leading to the following recommendation : quality health-care in Lebanese hospitals would greatly improve by adopting a protocol of information booklets and preparatory meetings with the patient, with the added benefit of valorizing the role of the operating room nurse. At present, the absence of any structured preparatory information represents a significant deficiency in Lebanese hospitals.

Keywords : comparative research - anxiety - information - preparatory stage

* Travail présenté pour l'obtention d'un diplôme d'études supérieures spécialisée en bloc opératoire

R E C H E R C H E

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

INTRODUCTION

Le présent travail sur l'information préopératoire et l'anxiété du patient du bloc opératoire, trouve ses origines dans notre vécu quotidien tout au long de notre carrière d'infirmière. Depuis une vingtaine d'années nous avons intégré plusieurs hôpitaux, de Beyrouth à Paris en passant par Tripoli et Zghorta, nous avons œuvré dans des services différents et variés, occupé diverses tâches et fonctions. Nous nous sommes toujours trouvés devant cet éternel patient, cet « être hospitalisé » que nous percevons à travers son personnage extérieur et son dossier médical, et dont l'état psychique, les préoccupations intérieures, les interrogations, les peurs, les hantises profondes, nous échappent.

Or, ce patient qui est sorti de sa vie habituelle pour pénétrer dans l'univers hospitalier, clos, spécifique, énigmatique, se trouve dans un moment fort particulier de son existence. Même accompagné d'un proche, il est solitaire – la maladie est peut être la « plus haute des solitudes » –. Si cela est vrai à des degrés différents pour toutes les personnes hospitalisées, il correspond sans doute le plus aux patients du bloc opératoire. Nous faisons nôtre cette description que présente G. Dalstein : *« Je m'interroge sur la souffrance du patient qui traverse mon service. Souvent muet, prostré dans son lit, le malade parle peu ou s'il parle, le discours est difficilement compréhensible. Nous nous efforçons de le soigner au mieux sans comprendre ce qui se passe exactement. Est-il simplement anxieux, craint-il l'intervention en elle-même, l'anesthésie ou les séquelles possibles ? A-t-il été informé, par qui, comment, dans quelles conditions ? Comment a-t-il accepté le pronostic vital ? Autant de facteurs, que nous soignantes ne maîtrisons pas »*. Elle ajoute plus loin : *« En post-opératoire immédiat, une seule chose lui importe : sortir le plus rapidement possible. Cette envie de fuir est-elle en rapport direct avec son vécu au bloc opératoire ? »*¹.

Cette situation du patient du bloc opératoire, si fréquente en Europe, serait-elle différente dans un pays comme le Liban, en fonction des données culturelles et sociales distinctes, propres aux deux types de sociétés ? Cela n'est pas évident. A première vue, on est porté à penser que des traits socio-culturels comme l'individualisme, le relâchement des liens familiaux, la

prépondérance des valeurs matérielles, le rationalisme, relatifs aux sociétés industrielles, ne peuvent qu'accroître l'anxiété et la solitude morale du patient hospitalisé. Mais, en revanche, ces mêmes traits socio-culturels préparent l'individu des sociétés industrielles, dès son plus jeune âge, à vivre son autonomie, voire, sa solitude et assumer tout seul sa destinée humaine. Une telle éducation, un tel système de vie, ne seraient-ils pas plutôt aptes à accroître la capacité du patient à faire face à des situations isolantes et angoissantes comme celle de l'hospitalisation ? Par contre, la solidarité familiale, l'appartenance des individus à des groupes locaux ou confessionnels fort structurés, favoriseraient-elles ou non les capacités psychiques du patient libanais à assumer la situation d'hospitalisation, notamment celle du bloc opératoire où l'individu se retrouve seul, dans un univers scientifique hermétique, qui échappe à l'emprise de la famille et de la communauté ?

De telles interrogations sont loin de pouvoir trancher un problème socio-culturel et psychosocial aussi complexe. Elles sont, néanmoins, suffisamment nuancées pour poser le problème de l'anxiété du patient hospitalisé, dans ses termes et modalités essentiels, dans les deux types de sociétés. Tout porte à croire (données empiriques, approches théoriques, études sur le terrain, témoignages, expériences professionnelles vécues et comparées, y compris la nôtre) que ce problème existe dans les sociétés industrielles (les « sociétés des individus »), comme dans celles familiales et communautaires. Il est possible d'avancer qu'aucune culture qu'elle soit rationaliste, individualiste, technologique, ou bien, spirituelle, conviviale, fataliste, ne saurait faire abstraction de l'anxiété humaine face à la maladie et la mort. Depuis Kierkegaard et l'existentialisme, la notion d'angoisse tient une place de choix dans la pensée du XX^e siècle. Le sentiment d'angoisse est inhérent à l'existence humaine elle-même¹.

A un autre niveau, prendre en compte le phénomène d'anxiété répond à une exigence scientifique et éthique, confirmée depuis longtemps dans la formation infirmière et qui reste malheureusement, pour diverses raisons, peu appliquée.

D'ailleurs, dans les diagnostics infirmiers regroupés selon les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson (approuvé par l'A.N.A.D.I), la dimension

¹ Graziella DALSTEIN, « L'expérience du bloc-opératoire. Vécu du patient », in Recherche en soins infirmiers, N° 14 juin 1995, p. 65

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

psychique du patient est bien présente à travers les « dangers à éviter », dont l'anxiété, le désespoir, la perturbation de l'estime de soi, la perturbation de l'image corporelle, la peur, le deuil anticipé... Cette dimension psychique est également prise en considération dans les besoins de « communiquer avec ses semblables », d'« agir selon ses croyances et ses valeurs », de « s'occuper en vue de se réaliser », de « se recréer », et d'« apprendre », figurant parmi les besoins fondamentaux du patient.

Le caractère indivisible de la personne humaine est un principe capital des soins médicaux : on ne peut pas réduire l'homme à un « corps malade » qu'il faut soigner, en oubliant sa dimension psychique et morale, son être intérieur, sa spécificité et son identité. « Le bien être émotionnel d'une personne est aussi important pour sa santé que son bien-être physique ou social »². L'infirmière du bloc opératoire « en redonnant du sens au soin et à la relation avec le patient, « désinstrumentalise » la relation. Elle détourne momentanément son attention de ses instruments pour regarder et écouter le patient. Elle supprime ainsi la réification du malade pour lui redonner sa dignité de personne »³.

Si les enquêtes sur le terrain et divers travaux portant sur l'anxiété du patient du bloc opératoire sont assez fréquents en Occident depuis des décennies, un tel effort est resté minime jusqu'à présent au Liban.

Par ailleurs, l'information structurée fournie au patient du bloc opératoire (livret d'enseignement, entretien préopératoire avec l'infirmière...) est quasi-absente dans les hôpitaux du Liban.

Au cas où la présente étude aboutit à confirmer le lien entre l'information préopératoire structurée et la réduction de l'anxiété situationnelle chez les patients du bloc opératoire, nous ne manquerons pas de proposer un protocole dans ce domaine pour mise en application dans nos hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

L'anxiété opératoire

Inquiétude, peur, stress, angoisse ou anxiété, autant de termes pour désigner le trouble que vit le patient du bloc opératoire. Pourtant ce sont les deux derniers termes qui sont le plus souvent adoptés. Toutefois, la distinction, entre angoisse et anxiété n'est pas facile à établir. Le Robert essaie de la déterminer en fonction du « psychique » et du « physique » sans trancher catégoriquement. L'angoisse y est présentée comme un malaise à la fois « physique et psychique », né du « sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée (gorge serrée) ». En revanche, l'anxiété y figure comme un « état d'angoisse (considéré surtout dans son aspect psychique) », ce qui n'élimine pas sa dimension physique. Nous constatons un peu partout ce même flottement dans l'approche des deux termes. Des auteurs, comme R. Grenier, n'apportent pas de distinctions entre angoisse et anxiété⁴. D'autres, tel J. Favez Boutonnier, trouvent que « l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement : l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable ». Elle avoue, toutefois, que distinguer entre angoisse et anxiété est fort subtil, précisant qu'il s'agit là d'une « tâche délicate, puisque dans beaucoup de langues c'est le même mot qui désigne les deux états »⁵. Nous constatons, par exemple, que dans la langue arabe actuelle, c'est le terme « qalaq » qui désigne ce trouble.

¹ Voir Soeren KIERKEGAARD. Le concept de l'angoisse, traduit du danois, Gallimard, Coll. Idées, Paris, 1979 (première édition française par Gallimard en 1935).

² Beverly Witter DU GAS, Introduction aux soins infirmiers, traduit de l'anglais, Editions HRW Ltée, Montréal, 1980, p. 234.

³ Dominique CHRIST, « Le respect du patient au bloc opératoire, éthique de la relation », in Inter bloc, Tome XIX, No 4, Paris, décembre 2000, p. 284.

⁴ Raymond GRENIER, « L'infirmière et le client anxieux », Revue Inf. Canadienne, Mai 1977, citée par Danièle REPPÉLIN, dans « Valeur d'un entretien préopératoire », in Études sur les soins et le service infirmier, Cahier N°6, Lyon, 1980, p. 37.

⁵ Juliette FAVEZ BOUTONNIER, L'angoisse, Col. P.U.F, 3° Ed. Paris, cité par REPPÉLIN, idem.

1- ANGOISSE DE PERSONNALITÉ ET ANXIÉTÉ SITUATIONNELLE

Au-delà des subtilités sémantiques, il faudrait faire la distinction entre deux types d'anxiété (ou d'angoisse) : l'angoisse de personnalité qui constitue un trait permanent de caractère psychique d'un individu, et l'anxiété situationnelle liée à une situation précise dans laquelle se trouve cet individu, tel le patient du bloc opératoire.

Là aussi, il faut se méfier de toute généralisation, de toute conclusion hâtive. En effet, l'angoisse de personnalité diffère énormément d'une personne à une autre, elle possède des degrés et des seuils fort variés et peut évoluer de la simple inquiétude à la névrose d'angoisse, ce « lac noir » qu'évoque Pierre Daco et qui constitue « la souffrance psychique la plus grande et la plus insupportable »⁶. Par ailleurs, il faudrait distinguer au niveau des manifestations, des symptômes et des crises, entre l'angoisse dite « classique », et « l'angoisse des profondeurs ». La première est souvent consciente. « Il s'agit d'une émotion, qui, caractérisée par l'idée d'un danger qui approche, par l'attente d'une catastrophe, peut être physique ou morale. Cette angoisse peut varier en puissance : elle va du malaise moral avec idées noires et inquiétudes vagues : à l'autre bout de la gamme, nous trouvons l'angoisse terrifiante »⁷. Quant à « l'angoisse des profondeurs », elle est « sourde, diffuse », « parfois totalement inconsciente »⁸.

Comment donc percevoir l'anxiété situationnelle, notamment celle du patient du bloc opératoire qui nous préoccupe en premier lieu ? Il est clair que ce type d'anxiété est, lui aussi, fort varié en puissance. Il dépend de deux facteurs qui se conjuguent : la nature de l'angoisse de personnalité chez le patient, ses expériences antérieures d'anxiété, la nature de l'opération chirurgicale, son degré de gravité et ses conséquences éventuelles. L'anxiété opératoire varie ainsi énormément d'un patient à un autre, d'une situation à une autre.

L'anxiété intense du patient « peut devenir incontrôlable et l'individu est incapable de dire ou de faire quoi que ce soit de censé. Son comportement peut être complètement désordonné »⁹. Dans certains cas d'anxiété préopératoire intense, le chirurgien refuse de procéder à l'opération. De même, dans des cas d'anxiété extrême, comme le souligne G. Dalstein (se référant à J. Eckenhoff), des patients qui arrivent au bloc opératoire « ont subi une accumulation de facteurs déclencheurs de stress pathogène » que certains d'entre eux « peuvent éprouver suffisamment d'anxiété pour qu'elle les conduise à la mort »¹⁰.

Par contre, une anxiété faible ou modérée paraît pour certains spécialistes, souhaitable, ayant un effet positif sur le patient du bloc opératoire et sur le déroulement de l'acte chirurgical et ses suites. H. Selye affirme qu'« un niveau d'anxiété modéré avant une intervention chirurgicale est le meilleur gage d'un bon rétablissement physique et émotionnel post-opératoire, parce qu'il provoque chez l'individu un travail d'inquiétude constructive »¹¹. De même, I. Janis, déterminant les différents types d'anxiété opératoire, avance que « la peur anticipée de faible niveau fait voir un genre de personne optimiste face à l'intervention et qui dénie sa peur »¹².

Par ailleurs, deux types d'anxiété sont à signaler à cet égard, la pré et la postopératoire. En se fondant sur des recherches menées par des psychiatres et des psychologues, N. Richon (citée par D. Reppelin), fait la distinction suivante : « L'anxiété pré-opératoire est une réaction normale : une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement, tandis qu'un état d'anxiété post-opératoire survenant après le stress, doit être interprété comme une rupture de l'intégration de la personnalité »¹³. Toutefois, comme nous l'avons signalé plus haut, l'anxiété préopératoire qualifiée ici de « réaction normale », se manifeste à des degrés fort différents, allant des seuils tolérables et même motivants, aux niveaux les plus alarmants.

⁶ Pierre DACO, Les triomphes de la psychanalyse, Ed. Marabout, Paris, 1977, p. 361.

⁷ Idem.

⁸ Op. cit., p. 363.

⁹ Beverly Witter DU GAZ, op. cit., p. 240.

¹⁰ Graziella DALSTEIN, op. cit., p. 66.

¹¹ Hans SELVE, Les stress et la vie, Ed. Gallimard, Paris, 1975.

¹² I. JANIS, Psychological stress : Psychology and behavior studies of surgical patients, New York Wiley, 1968, cité par G. DALSTEIN, op. cit., p. 66.

¹³ Danièle REPELIN, op. cit., p. 38.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

2- SOURCES ET FACTEURS DÉCLENCHEURS DE L'ANXIÉTÉ DU PATIENT

Parmi les sources d'anxiété les plus confirmées, figurent les entraves à la satisfaction des besoins fondamentaux, ainsi que les situations de crise ou de changement auxquelles doit faire face l'individu.

Les personnes en bonne santé considèrent comme acquis leurs processus vitaux (respiration, battements de cœur, système circulatoire, digestion, élimination, motricité...). C'est seulement au moment de la maladie que surgit la peur que quelque chose risque d'entraver tel ou tel processus. Cette peur pourrait évoluer et prendre diverses formes. La détresse des patients provient du fait qu'« ils sont perturbés dans leur fonctionnement physiologique. Parmi les causes les plus fréquentes d'anxiété, citons la douleur, la mort, la défiguration, la perte d'un organe ou de sa fonction ou l'impossibilité de retourner à la vie normale »¹⁴.

En plus, les entraves éventuelles des processus vitaux sont d'autant plus angoissantes qu'elles sont associées dans l'esprit du patient à leurs multiples conséquences, morales, familiales, professionnelles et sociales. « Nous ne devrions jamais oublier que toute entrave à la satisfaction des besoins fondamentaux est une atteinte au moi de la personne humaine »¹⁵. La perte éventuelle de son indépendance « est une menace réelle pour une personne aux prises avec la maladie. Elle peut causer la perte de l'estime de soi, et le client peut penser que, dorénavant, on ne le respectera plus »¹⁶. A cela, il faudrait ajouter des soucis éventuels fort pesants : l'impact de la maladie sur le rôle familial du patient et sur l'ensemble des relations interfamiliales, la peur de ne plus pouvoir poursuivre avec réussite son activité professionnelle, ou pire encore, de devoir cesser cette activité (qui peut être souvent liée à des soucis financiers), la peur de devenir « inutile », en marge de la vie sociale ou de la vie tout court.

Les situations de crise dans lesquelles se trouve l'individu au cours de sa vie déclenchent ou amplifient cette anxiété. Les exemples ne manquent pas : quitter l'école ou la maison pour travailler, se marier, attendre un pre-

mier enfant, devoir se séparer de ses enfants devenus majeurs, l'âge de la ménopause pour la femme, l'âge de la retraite, la perte d'un conjoint, d'un parent ou d'un ami, etc. A cela s'ajoute l'impact angoissant des multiples changements de la vie : difficultés financières, tensions conjugales et familiales, démêlées avec la justice, divers accidents et problèmes... Autant de circonstances stressantes, susceptibles d'intensifier l'angoisse de personnalité et d'aggraver l'anxiété situationnelle chez les patients.

3- FACTEURS D'ANXIÉTÉ INHÉRENTS AU BLOC OPÉRATOIRE

Le bloc opératoire est un espace profondément ambivalent. Il incarne, d'une part, le progrès technique et scientifique le plus impressionnant dans l'histoire de la médecine, laissant le champ libre aux attentes et espoirs les plus audacieux que la longue mémoire de l'humanité n'aurait jamais pu imaginer. D'autre part, il suscite chez le patient, des craintes et des inquiétudes, à la mesure des attentes et espoirs que ce patient porte en lui. D. Christ écrit avec raison : « Le bloc opératoire est un univers de haute technicité, encore plus qu'un service de soins intensifs, très impressionnant au demeurant [...], il s'en dégage presque une odeur de sainteté mêlant éther et encens ! »¹⁷. E. Barnes étend cette ambivalence à l'hôpital tout entier, « lieu redoutable où le corps est soumis à des choses étranges, inexplicables et douloureuses, en même temps qu'un lieu merveilleux où des mains habiles et plus admirables que celles du commun des mortels, procurent miraculeusement le soulagement et la guérison »¹⁸.

Les facteurs d'anxiété propres au bloc opératoire ne manquent pas : l'acte chirurgical en lui-même, l'atteinte à l'intégrité physique, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit (son univers clos, son matériel, son rituel), la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention... « A toutes les

¹⁴ Beverly Witter DU GAS, op. cit., p. 235.

¹⁵ Op cit., p. 236.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Dominique CHRIST, revue Inter bloc, op. cit., p. 281.

¹⁸ Elizabeth BARNES, Les relations humaines à l'hôpital, Ed. Privat, Paris, 1968, p. 17.

étapes qui vont le conduire au bloc opératoire, l'homme malade traverse des états contraignants et déroutants. Il se retrouve devant une situation qu'il ne peut fuir : il doit y faire face. Ces états inhabituels, désagréables, bouleversent sa vie et le forcent à réagir de manière plus ou moins marquée selon sa personnalité»¹⁹.

L'auteur ajoute : «La spécificité d'une personnalité c'est son unité, son identité et sa prise de conscience par rapport au milieu [...] la maladie, la mort, la chirurgie atteignent l'homme dans son intégrité»²⁰.

D. Hespel écrit, de son côté, dans ce même sens (quasi-unanime chez les chercheurs et spécialistes) : «En effet les patients ne sont pas seulement anxieux de l'opération chirurgicale et des suites opératoires (telles que la peur de la douleur, de la mutilation...) mais aussi de l'anesthésie (son déroulement, ses conséquences, la douleur qu'elle implique...), du bloc opératoire et de la salle de réveil (leur fonctionnement, leur ambiance, la perte de personnalité qu'ils craignent...)»²¹.

B. Neuman, se fondant sur le concept de l'homéostasie des systèmes et sur les travaux de Hans Selye, perçoit la protection de la personne contre les agents de stress par un ensemble de lignes de défense et de résistance organisées en cercles concentriques. Ces lignes ont pour fonction de défendre le « noyau central » de l'individu. Elles sont au nombre de trois, partant de l'extérieur vers l'intérieur : la ligne flexible de défense (perméable et en mouvement), la ligne normale de défense (consécutive à l'adoption par la personne de certains modes et habitudes de vie), et la ligne de résistance (qui comprend les caractéristiques particulières de la personne et protège directement le « noyau central »). P. Delmas, C. Arnol et L. Cloutier, dans leur enquête sur l'influence d'un enseignement préparatoire sur l'anxiété du patient adulte opéré²², considèrent que l'intervention chirurgicale et l'anesthésie « sont deux

agents stressants qui peuvent déformer la ligne flexible, puis la ligne normale de défense jusqu'à atteindre le noyau central »²³ du patient.

4 – SYMPTÔMES SOMATIQUES ET MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES DE L'ANXIÉTÉ DU PATIENT

Dans une étude sur les modifications physico-biologiques provoquées par l'anxiété du patient, R. Garnier constate que « les sécrétions de la médullo-surrénale placent le sujet dans un état de vigilance qui se caractérise par des réponses cardio-vasculaires augmentées (élévation du pouls, de la tension artérielle, du débit cardiaque et respiratoire) »²⁴.

De son côté C.D. Spielberger définit les manifestations de l'anxiété comme « un état comportant des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension, perçues consciemment, accompagnées de l'activation ou de l'éveil du système autonome »²⁵.

Ainsi l'anxiété du patient se manifeste de différentes manières « tant en terme d'intensité que d'expression : que ce soit par la parole (questions multiples, plaintes...), par le comportement (mains crispées, jambes croisées...) ou par des réactions psychosomatiques diverses (tension artérielle élevée, sueur...). Elles varient selon les caractéristiques de l'individu »²⁶.

D'une façon plus méthodique et exhaustive, les manifestations de l'anxiété du patient prennent les formes suivantes, sur le double plan physiologique et psychologique :

¹⁹ Graziella DALSTEIN, op. cit., p. 66.

²⁰ Graziella DALSTEIN, op. cit. p. 66

²¹ Diane HESPEL, « L'information préopératoire du futur opéré », in Bulletin d'Éducation du Patient, vol. 17, N° 4, 1998, p. 103.

²² Voir Recherche en Soins Infirmiers. N° 49, Lyon, Juin 1997, p.p. 90-99.

²³ Idem

²⁴ Raymond GARNIER, op. cit., p. 16

²⁵ SPIELBERGER, cité par P. DELMAS, C. ARNOL et L. CLOUTIER, op. cit., p. 91.

²⁶ Diane HESPEL, op. cit., p. 103.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

a – Les symptômes somatiques de l'anxiété

Il ne fait pas de doute que l'anxiété provoque des réactions physiologiques bien identifiées. Celles-ci, certes, varient en nature ou en intensité, selon la personnalité du patient et la gravité de son anxiété situationnelle, et aussi, comme nous l'avons déjà évoqué, selon ses expériences antérieures d'anxiété et comment avoir appris à leur faire face.

Le principal mécanisme auquel l'organisme humain a recours pour affronter l'anxiété est la « réaction d'alarme » provoquée par une décharge d'adrénaline dans le flot sanguin. Il s'agit en premier lieu, d'une stimulation du système nerveux autonome. C'est le système sympathique qui est le plus souvent affecté. Mais si la réaction est plus intense, elle touchera le système parasympathique aussi. En se référant aux travaux d'A. C. Guyton, B.W. Du Gas cite qu'« *en fait, l'individu anxieux peut présenter des signes de tension musculaire, qui résulte du système sympathique et, simultanément, souffrir de diarrhée due à une augmentation de la motilité gastrique, en raison de la suractivité du système parasympathique* »²⁷.

La tension musculaire est, d'ailleurs, l'un des signes les plus fréquents de l'anxiété. Elle se manifeste chez le patient par le « visage tendu » et les « points serrés ». Une tension musculaire plus intense provoque un tic du visage, des bras ou des épaules; elle se révèle aussi par le tremblement des mains, voire, un frisson qui traverse tout le corps. Une tension musculaire excessive aboutit à la crispation des muscles abdominaux et aux « crampes » d'estomac.

Parmi les autres signes liés à la tension musculaire, l'agitation et l'activité fébrile qui servent de moyen pour affronter cette tension (aller et venir de long en large, se ronger les ongles, tapoter la table du bout des doigts, etc...).

Par ailleurs, la transpiration excessive est un symptôme d'anxiété assez fréquent. Elle peut s'accompagner du refroidissement des mains du patient, devenues « moites », de la pâleur de la peau, phénomènes dus au ralentissement de la circulation sanguine périphérique.

Or, l'anxiété provoque des changements bien plus importants au niveau de la circulation sanguine.

L'activité cardiaque s'intensifie, la tension artérielle s'élève.

De même la fonction respiratoire est souvent perturbée (rythme accéléré, respiration irrégulière ou plus profonde).

Il faudrait signaler aussi les symptômes gastro-intestinaux liés à l'anxiété. Outre les « crampes » d'estomac, ou les diarrhées, que nous avons mentionnées ci-dessus, nous citons les nausées, les vomissements, les mictions fréquentes pouvant accompagner le même phénomène.

L'anxiété affecte aussi, de diverses façons, l'activité mentale du patient. Celle-ci peut s'accroître et le patient devient plus alerte que d'habitude, son sommeil risque d'être perturbé par des insomnies ou des cauchemars. Mais dans les cas d'anxiété intense, la perception de la réalité diminue, le patient paraît absent, dispersé, incapable de se concentrer sur tel ou tel sujet, de répondre aux questions qu'on lui pose, totalement absorbé par l'unique souci qui le hante.

Sous l'impact de cette affectation de l'activité mentale et nerveuse, le patient anxieux peut subir des modifications dans sa façon de s'exprimer : un parler rapide ou précipité, hésitations, difficultés à trouver les mots, bégaiements, bredouillages, changements possibles du ton de la voix qui peut s'amplifier, devenir plus aiguë...

Enfin, les études récentes explorent de plus en plus les liens entre l'anxiété et le système immunitaire. « Un des aspects du stress nous semble particulièrement captivant dans la mesure où il a permis récemment de découvrir des fonctions jusqu'alors insoupçonnées de certaines régions cérébrales : il s'agit de ses rapports avec le système immunitaire »²⁸. Le stress agit sur le système nerveux qui agit à son tour sur le système immunitaire.

b – Les manifestations psychologiques de l'anxiété

L'anxiété se manifeste au niveau du comportement du patient de façons différentes et variées.

²⁷ B.W. Du GAS, op. cit., p. 238.

²⁸ Michel HABIB, Bases neurologiques des comportements, Ed. Masson, 3^e éd, Paris 1998, p. 175.

Beaucoup de patients qualifiés de « difficiles » ou de « trop exigeants », souffrent en réalité d'anxiété. Ils réagissent à leurs craintes par un comportement hostile, porté à la colère, à l'insatisfaction et à la critique excessive.

Certains expriment verbalement leur peur, d'une façon plus ou moins explicite. Mais d'autres, en revanche, ont tendance à camoufler leur anxiété ou à la nier totalement, évitant systématiquement dans leurs paroles tout ce qui se rapporte à elle, affirmant même le contraire, minimisant la gravité de leur cas ou s'en moquant.

Par contre, l'anxiété du patient peut s'exprimer par des pleurs, révélant un sentiment d'impuissance face aux problèmes qui lui sont posés et qu'il n'arrive pas à surmonter. Ces pleurs ressemblent souvent à un appel au secours.

L. BRUNNER et D. SUDDARTH constatent que « *chaque individu exprime ses craintes de façon différente. Par exemple, une personne peut exprimer son anxiété en posant beaucoup de questions, en les répétant sans cesse, même lorsqu'elle a obtenu une réponse. Une autre personne peut réagir en se renfermant en elle-même, en évitant tout contact et en s'obstinant à lire un livre. Une autre encore ne cessera de parler de choses insignifiantes* »²⁹.

Des recherches sur les symptômes de l'anxiété opératoire ont été menées en Europe et en Amérique du Nord. L'une des plus classiques est celle de Graham et Conley qui fait apparaître 26 signes de comportement considérés comme des manifestations physiologiques et psychologiques évidentes de l'anxiété. « *Le résultat de cette étude présente une échelle d'indicateurs psychologiques plus faible (expression verbale et spécifique de la peur et de l'angoisse) que les manifestations physiologiques (se ronger les ongles, se mordre les lèvres, tremblements des mains...)* »³⁰.

CHAPITRE DEUXIÈME

Approche méthodologique

La description et l'analyse de l'anxiété opératoire que nous avons menées, aboutissent nécessairement à la question essentielle suivante : comment remédier à cette anxiété ?

Quatre procédés, de nature pharmacologique ou psychologique, entrent en jeu dans ce domaine : la prémédication, la technique de la relaxation, la consultation préanesthésique et l'information préopératoire structurée fournie par l'infirmière du bloc. C'est cette dernière qui nous préoccupe dans cette étude.

1 – Problématique : impact de l'information préopératoire structurée sur l'anxiété du patient

La problématique de cette enquête sur le terrain repose sur la question fondamentale suivante : parmi les procédés psychologiques d'anxiolyse, dans quelle mesure l'information structurée fournie par l'infirmière de bloc, serait-elle apte à diminuer l'anxiété situationnelle du patient ?

Cette question est d'autant plus importante que l'enseignement préopératoire structuré est quasi-absent dans les hôpitaux du Liban, ce qui donne à une telle problématique toute sa valeur actuelle et lui attache une finalité pratique, susceptible d'améliorer la qualité des soins, d'une part, et de valoriser le rôle de l'infirmière de bloc, de l'autre.

Ainsi, cette enquête, comme nous l'avons déjà évoqué, pourrait aboutir à proposer un protocole pour mise en application.

²⁹ Lillian BRUNNER et Doris SUDDARTH, Soins infirmiers en médecine-chirurgie, traduit de l'anglais, Édition du Renouveau Pédagogique, 2^e édition, Ottawa, 1985, p. 252.

³⁰ L. GRAHAM, E. CONLEY, « Évaluation of anxiety and care in adult surgical patients », in Nursing Research, April 1971-PN 3, cité par Danièle REPELLEIN, op. cit., p. 38.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

Par ailleurs, la problématique de l'impact de l'information structurée sur l'anxiété opératoire, trouve sa justification dans les données psychologiques, éthiques, médico-juridiques et expérimentales suivantes :

- a – L'information préopératoire apporte une réponse à la peur de l'inconnu. Celle-ci étant l'axe fondamental de l'anxiété opératoire, autour duquel pivotent les multiples sources et facteurs d'anxiété que nous avons décrits dans le chapitre précédent. « *Ce fait corrobore la suggestion de Kalish dans son exemple de l'homme curieux, où le besoin de connaître est, en importance, le deuxième des besoins fondamentaux* »³¹.
- b – Cette information ne permet pas seulement de renseigner le patient. Elle possède une autre fonction psychologique, non moins importante, celle de permettre au patient à travers, le dialogue, de s'exprimer et d'extérioriser ses craintes. C'est dans cette double fonction (renseigner et permettre l'extériorisation) qu'elle fait face à l'anxiété.
- c – Elle œuvre également, au niveau médico-éthique, pour l'humanisation et la personnalisation de la relation avec le patient. Cette dimension revêt un caractère primordial dans l'univers hospitalier moderne, menacé de plus en plus par la prédominance de la technicité, l'anonymat, le manque de temps et le « travail en série ».
- d – Enfin, l'information du patient constitue un droit garanti par la loi. Dans le cadre de la jurisprudence française, par exemple « *le patient a droit à des soins de santé, mais également à l'intimité, à la confidentialité et à son intégrité psychique et corporelle* ». Pour cela, « *il doit pouvoir donner un consentement éclairé et volontaire et non pas subir un geste qu'il n'aurait pas compris* »³².

Outre ces données conceptuelles et théoriques fort importantes, la problématique information structurée – anxiété opératoire, trouve sa légitimité scientifique dans les résultats concrets fournis par les enquêtes sur le terrain menées en Occident. D. Hespel résume l'apport de tels travaux en ces termes : « *De fait, de nombreuses recherches réalisées à ce jour, prouvent que l'enseignement préopératoire du patient permet*

d'une part, de réduire son anxiété, ce qui l'aide à franchir au mieux cette étape. D'autre part, il favorise un rétablissement plus optimal du patient », que l'auteur ne manque pas de décrire dans ses multiples aspects.³³

Peut-on espérer aboutir à des conclusions similaires dans le contexte socio-culturel libanais actuel, notamment dans le milieu qui fait l'objet de cette enquête ?

2 – Hypothèses et interrogations

Nous référant aux données conceptuelles et au patrimoine de recherche déjà cités, nous avançons dans cette enquête l'hypothèse directrice suivante :

L'information préopératoire structurée fournie par l'infirmière de bloc, diminue l'anxiété du patient opéré.

Nous ajoutons à cette hypothèse un ensemble d'interrogations inhérentes à la question suivante :

Quels sont les liens possibles entre les niveaux d'anxiété opératoire et les facteurs personnels, médicaux, professionnels et socio-culturels propres au patient opéré ?

A la lumière de la problématique, de l'hypothèse directrice et des interrogations ainsi adoptées, nous avons choisi les techniques d'enquête et les modes d'exécution présentés ci-dessous.

3 – Terrain, population choisie et échantillonnage

Nous avons mené notre enquête dans le bloc opératoire de l'hôpital Nini, à Tripoli, au Liban – Nord. Notre choix s'est porté sur cet hôpital privé à but lucratif, fondé en 1960, pour les raisons suivantes :

³¹ B.W. DU GAS, op. cit., p. 235.

³² Graziella DALSTEIN, op. cit., p. 66.

³³ Diane HESPEL, op. cit., p. 103.

a – L'hôpital Nini est l'un des rares établissements hospitaliers de Tripoli à avoir une clientèle largement multiconfessionnelle et multirégionale. En plus, cette clientèle englobe la plupart des couches sociales de la ville et de son environnement. Cette diversité, fort importante pour notre enquête, s'explique par l'emplacement de l'hôpital Nini (intégré à Tripoli et en même temps ouvert à l'extérieur) et par le caractère nettement multiconfessionnel de son corps soignant et administratif.

b – Les facilités d'action que nous avons pu obtenir dans cet établissement, vu que l'une d'entre nous y tient le rôle de directrice de soins infirmiers.

Notre enquête, qui s'est déroulée essentiellement au cours des mois de septembre et d'octobre 2003, a porté sur la population des patients du bloc opératoire de l'hôpital Nini, situé au 3^e étage. Ce bloc comporte essentiellement quatre salles : salle de chirurgie orthopédique, salle de chirurgie ophtalmique, salle de chirurgie générale et salle de chirurgie septique, allant de la petite chirurgie à la prothèse totale ou grande chirurgie. Ce bloc fonctionne six jours par semaine, en opérations programmées ou urgentes. D'autres parties du bloc opératoire n'entrent pas dans notre enquête, notamment celle de chirurgie cardiaque intégrée au 4^e étage et celle de chirurgie gynécologique intégrée au 2^e étage de l'hôpital.

L'échantillonnage que nous avons opéré dans cette population porte les caractéristiques suivantes :

- a – Un échantillon de 60 patients a participé à cette étude, répartis en deux groupes :
- Un groupe de 30 patients qui ont bénéficié d'une information préopératoire structurée. Ils composent le groupe A1.
 - Un groupe témoin de 30 patients qui n'ont pas bénéficié de cette information. Ils forment le groupe A2.

L'échantillon ainsi composé et réparti, a été formé au hasard – échantillonnage aléatoire – qui tire sa représentativité du fait que chaque individu d'une population choisie a une chance égale d'être sélectionné³⁴.

Pour cela, nous avons appliqué la technique suivante : selon la chronologie de leur admission à l'hôpital, le premier patient intègre le groupe A1, le deuxième le groupe A2, le troisième le groupe A1, le quatrième A2 etc... jusqu'au nombre 60.

- b – Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :
- Les patients âgés de moins de 18 ans et plus de 70 ans
 - Les opérations à cœur-ouvert
 - Les opérations de gynécologie
 - Les admissions en urgence

4 – L'information structurée

L'information structurée se distingue de l'information ordinaire, ou élémentaire, que reçoit le patient du bloc opératoire, par son caractère à la fois, dense, exhaustif et personnalisé. Elle comporte dans cette enquête deux éléments complémentaires : le livret de renseignements et l'entretien préopératoire de l'infirmière de bloc avec le patient.

a – Le livret de renseignements

Ce livret peut ne pas être inclus à l'information préopératoire, dite structurée, dans les hôpitaux et les pays où il est institutionnalisé et adapté aux besoins des patients opérés. Mais dans le cas de l'hôpital Nini, comme dans la quasi-totalité des établissements hospitaliers du Liban, ce livret n'existe pas. Pour cela, nous l'avons constitué et intégré à l'information structurée de cette enquête. Il est composé de quatre volets :

- 1 – Les mesures que le patient doit respecter avant une opération programmée.
- 2 – Les renseignements relatifs à la phase préparatoire de l'opération.
- 3 – Les renseignements propres à l'acte chirurgical et son environnement.
- 4 – Les conseils et les mesures postopératoires à suivre et à respecter après la sortie de l'hôpital.

b – L'entretien préopératoire effectué par l'infirmière du bloc se fonde sur le contenu du livret, communiqué la veille au patient (Voir, plus loin, les détails fournis sur « le déroulement de l'enquête »). Au cours de cet entretien, l'infirmière établit un dialogue personnalisé avec le patient, répond à ses

³⁴ Théodore CAPLOW, L'enquête sociologique, Ed. Armand Colin, 2e édition, Paris, 1972, p.p. 235-240.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

questions et clarifie les points restés vagues pour lui, ou ceux qui concernent tout particulièrement son cas.

Parmi les multiples approches possibles de l'entretien, nous avons adopté une approche mixte s'inspirant à la fois de la tendance psychologique et de la tendance pédagogique. Cette approche consiste d'une part, à laisser le patient exprimer ses craintes, ses angoisses et ses préjugés face à l'intervention chirurgicale, et de l'autre, à lui fournir un enseignement systématique.³⁵

Par ailleurs, il faudrait noter que les grandes lignes du livret de renseignements et de l'entretien préopératoire, ont été formulées et adaptées, à partir de deux sources essentielles : le modèle du « contenu de l'entretien avec le futur opéré » fourni par « l'Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État » de France (UNAIBODE)³⁶, et le « plan d'enseignement préopératoire » élaboré par Delmas, Arnol et Cloutier à partir de programmes d'enseignements utilisés aux U.S.A.³⁷.

En plus, avant d'adopter le texte final du livret de renseignements, nous l'avons fait tester sur le terrain par un chirurgien général, un chirurgien orthopédiste, un directeur management de la qualité, une directrice adjointe et une infirmière de bloc opératoire.

5 – Instrument de mesure de l'anxiété : les échelles de Spielberger

Pour mesurer l'anxiété préopératoire des patients de l'échantillon constitué (groupe A1 informé et groupe A2 non informé), nous avons opté pour les échelles de Spielberger, dont l'efficacité scientifique a été prouvée dans des enquêtes sur l'anxiété effectuées aux U.S.A et en Europe depuis 1970 jusqu'à nos jours. (ANNEXE 1)

Mais, nous avons tenu, auparavant, à obtenir l'autorisation de Spielberger lui-même pour l'utilisation de ses échelles dans le cadre de notre enquête. Toute une correspondance a eu lieu entre le Professeur Spielberger (actuellement Directeur du « Center for Research in

Behavioral Medicine and Health Psychology », University of South Florida, U.S.A) et nous-mêmes, au cours de l'été 2003.

L'autorisation de Spielberger nous a été accordée. En plus, le professeur américain nous a adressé la version arabe de ses échelles, officiellement adoptée par lui et déjà appliquée en Jordanie, en Egypte et au Liban. De même, Spielberger nous a fait parvenir le mode d'interprétation de ses échelles.

6 – Le questionnaire : anxiété et facteurs personnels et socio-culturels

Nous avons voulu, dans le cadre de cette enquête, jeter plus de lumière sur l'anxiété préopératoire en essayant de la lier aux facteurs personnels et socio-culturels relatifs aux membres de l'échantillon étudié. Pour cela, parallèlement à l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle, nous avons établi un questionnaire adressé aux membres des groupes A1 et A2, permettant de lier l'anxiété préopératoire des patients aux données essentielles suivantes (ANNEXE 2) :

- Identité personnelle (sexe, âge, situation matrimoniale)
- Activité professionnelle
- Niveau d'enseignement
- Certaines habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme)
- Attitude à l'arrivée à l'hôpital.
- Douleur à l'arrivée
- Type de chirurgie
- Type d'anesthésie

7 – Le déroulement de l'enquête

La veille de l'opération, les membres du groupe A1 font la connaissance de l'infirmière de bloc, qui va les accueillir le lendemain. Elle leur remet par la même occasion le livret de renseignements.

³⁵ Voir P. DELMAS, C. ARNOL et L. CLOUTIER, op. cit., p. 92.

³⁶ UNAIBODE, l'infirmière de bloc opératoire, Ed. Masson, Paris, 1996, p. 20.

³⁷ P. DELMAS, C. ARNOL et L. CLOUTIER, op. cit., p. 93 et P. 99.

Le lendemain matin, avant la prémédication, le questionnaire pour la collecte des données est effectué avec les membres des groupes A1 et A2. Au cours de cette même étape, l'infirmière de bloc effectue l'entretien préopératoire uniquement avec les membres du groupe A1.

Dans une deuxième phase (également antérieure à la prémédication), l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle est mise en exécution. Elle est adressée aux membres des deux groupes A1 et A2 de l'échantillon.

8 – Mode d'analyse statistique

Pour l'analyse statistique, les données de l'enquête ont été collectées sur une base de données avec le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Elles ont fait l'objet par la suite de vérification et de confirmation.

Il faudrait noter que dans le cadre du logiciel SPSS, l'analyse comparative de deux moyennes est effectuée par « T Test » (test des deux moyennes), l'analyse comparative de plus de deux moyennes, par ANOVA (Analyse de variance).

Au terme du T test, ou d'ANOVA, le P-Value obtenu indique si la différence entre les moyennes comparées est significative (inférieure à 0.05) ou non significative (supérieure à 0.05).

CHAPITRE TROISIÈME

Caractéristiques personnelles et socio-culturelles du groupe étudié

Avant de procéder à la mesure de l'anxiété situationnelle selon l'échelle de Spielberger, nous allons mener dans le présent chapitre une approche descriptive de l'échantillon, non point à priori, mais selon les résultats précis et concrets fournis par l'enquête. Ces résultats nous permettent à présent d'avoir une image exacte du groupe représentatif étudié, au niveau de l'état civil, de la condition socio-culturelle, de certaines habitudes de vie et enfin, de la situation psychomédicale des patients.

1 – État civil

Nous avons pris en considération dans ce domaine trois critères essentiels : le sexe, l'âge et la situation matrimoniale des patients.

- a) – S'agissant du sexe, c'est la population féminine qui domine, avec 33 femmes contre 27 hommes sur le total de 60 personnes dont se compose le groupe étudié, soit une proportion de 55 % contre 45 %. Cette prédominance féminine reste toutefois modérée et relative, l'écart étant de 10 % seulement, ce qui donne à l'échantillon un caractère toujours équilibré.
- b) – Quant aux catégories d'âge que nous avons établies, celle des 17 à 30 ans vient à égalité avec celle des 31 à 50 ans, avec 25 patients pour chacune. Ce qui laisse 10 patients seulement pour la catégorie des 51 à 70 ans. La population de l'échantillon est donc jeune, comportant plus de 83 % de moins de 51 ans. La catégorie relativement « âgée », située entre 51 et 70 ans, ne représente que 16,6 % de l'ensemble.
- c) – Au niveau de la situation matrimoniale, un équilibre assez net se présente entre célibataires et mariés, étant respectivement de 31 et de 38 personnes sur 60 (donc, une proportion de 51,6 % pour les premiers et de 46,6 % pour les seconds). Les veufs sont ainsi réduits à la proportion minimale de 1,6 % (une personne seulement).

2 – Condition socio-culturelle

Parmi les nombreux critères possibles dans ce domaine, nous en avons retenu deux essentiels : le niveau d'enseignement et l'activité professionnelle.

- a) – Pour le niveau d'enseignement, nous constatons l'existence d'une très faible proportion de personnes « illettrées » (3 personnes sur 60 seulement), ne représentant que 5 % de l'ensemble. Les plus nombreux sont ceux qui ont acquis un enseignement primaire ou complémentaire (avec 41,6 %), suivis par les titulaires du baccalauréat (28,3 %), et enfin les titulaires d'un diplôme universitaire (25 %). On ne peut que souligner ce dernier indice révélant que le quart du groupe étudié est formé d'universitaires

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

b) – Quant aux résultats relatifs à l'activité professionnelle, ils révèlent une proportion fort importante de personnes situées en dehors du monde du travail. Sans être majoritaires, les « sans activité professionnelle » représentent quand même 46,6 % de l'ensemble (28 patients). Cette catégorie, dans laquelle se mêlent les mères de familles, les chômeurs et les retraités, tend à s'équilibrer relativement avec ceux qui exercent une activité professionnelle et qui ne représentent que 53,3 % de l'échantillon (32 patients), répartis entre salariés (28,3 %) et « professions libres » (25 %).

3 – Certaines habitudes de vie

Notre attention s'est tout particulièrement portée dans ce domaine sur les habitudes de tabagisme et de consommation d'alcool.

a) – Pour le tabagisme, nous constatons un parfait équilibre entre les tabagiques et les non tabagiques, chacune des deux catégories représentant 50 % de l'ensemble. Cela montre, qu'en dépit des campagnes publicitaires et de l'information anti-tabac lancées depuis des années, la moitié d'un échantillon représentatif des patients du bloc opératoire, reste toujours tabagique. Ce résultat est d'autant plus significatif que les gens illettrés ne forment que 5 % du groupe, qui compte par contre comme nous l'avons vu, 25 % d'universitaires et 28,3 % de bacheliers.

b) – Les résultats relatifs à la consommation d'alcool révèlent, de leur côté, une très forte majorité de non consommateurs (50 personnes, représentant plus de 83 % du groupe), contre 10 personnes seulement de consommateurs (représentant une faible minorité de 16,6). Cela peut s'expliquer par la prédominance féminine dans l'échantillon (55 %), d'une part, et par des considérations d'ordre religieux, de l'autre.

4 – Situation psycho-médicale

Les cinq critères que nous avons retenus dans ce domaine (anxiété observable à l'arrivée, douleur à l'arrivée, hospitalisation antérieure, type de chirurgie et type d'anesthésie), se présentent comme suit :

a) – L'attitude observable des patients de l'échantillon à leur arrivée à l'hôpital montre qu'une grande majorité de ceux-ci est plutôt « calme », ne manifestant aucune fièvre, névrosité ou agitation extérieure. La catégorie qualifiée de « calme » comprend 40 personnes (une proportion d'environ 66 % de l'ensemble), contre 20 personnes qui ont manifesté des signes extérieurs d'« anxiété », soit environ 33 % (donc deux tiers de « calmes » contre un tiers d'« anxieux »).

b) – Par ailleurs, la même proportion indiquée ci-dessus caractérise le phénomène de douleur à l'arrivée : absence de douleur pour les deux tiers de l'échantillon (40 personnes), présence de douleur pour un tiers seulement (20 personnes). Il faudrait préciser, toutefois, que la catégorie « calme » observée ci-dessus, ne correspond pas nécessairement à la catégorie « sans douleur » (ce ne sont pas forcément les mêmes personnes).

c) – S'agissant de l'hospitalisation antérieure, l'enquête montre que la grande majorité des patients du bloc opératoire étudiés, a déjà été hospitalisée dans le passé. Cette catégorie s'élève à 42 personnes (soit 70 % de l'ensemble), contre 18 personnes n'ayant pas connu d'hospitalisation antérieure (soit 30 %).

d) – Quant aux type de chirurgie, c'est la chirurgie digestive qui vient en premier lieu pour les patients de l'échantillon (28 personnes, soit un peu moins que la moitié), suivie par la chirurgie O.R.L (16 personnes, soit un peu plus que le quart). Viennent ensuite la chirurgie tumorale (7 cas), la chirurgie orthopédique (5 cas), la chirurgie ophtalmique (2 cas) et autres chirurgies (2 cas) – Reste à mentionner que les opérations à cœur ouvert et les opérations de gynécologie sont exclues à l'avance de l'échantillon étudié (voir dans Chapitre Deuxième, les critères d'exclusion retenus).

e) – Reste enfin le type d'anesthésie. L'enquête a montré une très forte prédominance de l'anesthésie générale (40 cas, soit les deux tiers de l'ensemble). L'anesthésie rachidienne/épidurale vient en deuxième lieu (avec 18 cas, soit un peu moins que le tiers). Quant à l'anesthésie locale, elle reste très fortement minoritaire, ne concernant que deux cas seulement, soit un peu plus de 3 %.

CHAPITRE QUATRIÈME

Interprétation et analyse des niveaux d'anxiété

Le présent chapitre tient une place privilégiée dans cette étude. L'enquête, complexe et minutieuse, que nous avons menée sur l'échantillon de 60 patients du bloc opératoire, a été axée en premier lieu sur l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle. Une fois cette anxiété mesurée et interprétée, elle sera liée aux caractéristiques personnelles et socio-culturelles de l'échantillon. Quels sont les résultats que nous avons obtenus au terme de l'analyse des données fournies par l'enquête dans le cadre du programme SPSS ? A quel point ces résultats confirment-ils ou infirment-ils l'hypothèse principale que nous avons adoptée ? Quelles réponses ont-ils apportées à nos interrogations ?

1 – Interprétation de l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle des groupes A1 et A2

Nous rappelons brièvement que l'échantillon de 60 personnes a été divisé en deux groupes égaux, A1 et A2, le groupe A1 ayant reçu l'information préopératoire structurée, le groupe A2 servant de groupe témoin.

Il faudrait préciser que le test de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle se décompose en 20 vocables caractérisant chacun une attitude : 10 d'entre eux traduisent les divers aspects de l'anxiété (les numéros 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18), tandis que les autres, intercalés entre les premiers, sont liés à des attitudes non anxieuses (les numéros 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20)

Chacun des 20 vocables, qu'il soit « positif » ou « négatif » est affecté d'une échelle d'intensité allant de 1 à 4 points.

Par exemple, les réponses possibles au vocable numéro 1, « je me sens calme », sont :

Pas du tout = 1
Un peu = 2
Moyennement = 3
Enormément = 4

Nous avons appliqué pour l'interprétation de l'échelle, la démarche suivante :

Pour l'ensemble des 10 vocables traduisant l'anxiété, le score minimal des réponses est de +10 points et le score maximal de +40 points.

Par contre, pour l'ensemble des 10 vocables traduisant la « non anxiété », le score minimal des réponses est de -40 points et le score maximal de -10 points.

Le score d'anxiété de chaque patient est obtenu en additionnant les points qu'il a eus pour les deux catégories (vocables d'« anxiété » et vocables de « non anxiété »).

Une constante de 30 points a été ajoutée, aboutissant à un score d'anxiété allant de 0 (anxiété minimale) à 60 (anxiété maximale) : voir Figure 1 pour le groupe A1 et Figure 2 pour le groupe A2.

Ensuite, l'analyse comparative des scores d'anxiété des deux groupes de l'échantillon, A1 et A2, a été effectuée comme suit :

a) Nous avons dégagé, tout d'abord, la valeur moyenne de l'ensemble des scores d'anxiété du groupe A1 (enseigné) et du groupe A2 (non enseigné), ce qui nous a donné :

- Une moyenne de 14,96 points pour le groupe A1
- Une moyenne de 22,53 points pour le groupe A2

Pour juger si la différence entre ces moyennes est significative ou non significative, nous avons appliqué la méthode du « test des deux moyennes » (T-test). – voir, à cet effet, Chapitre Deuxième, « Mode d'analyse statistique ».

La valeur P-value obtenue au terme de cette approche comparative est de 0.012 – donc inférieure à 0.05 – révélant une différence significative entre les scores d'anxiété du groupe A1 (enseigné) et du groupe A2 (non enseigné).

Cela nous permet de formuler la conclusion majeure suivante :

Les résultats de l'enquête vérifient l'hypothèse principale que nous avons adoptée : l'information préopératoire structurée fournie par l'infirmière de bloc, diminue d'une façon significative l'anxiété du patient opéré.

**ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS
ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE**

Figure 1
Distribution des scores d'anxiété situationnelle
pour le groupe A1 (enseigné)

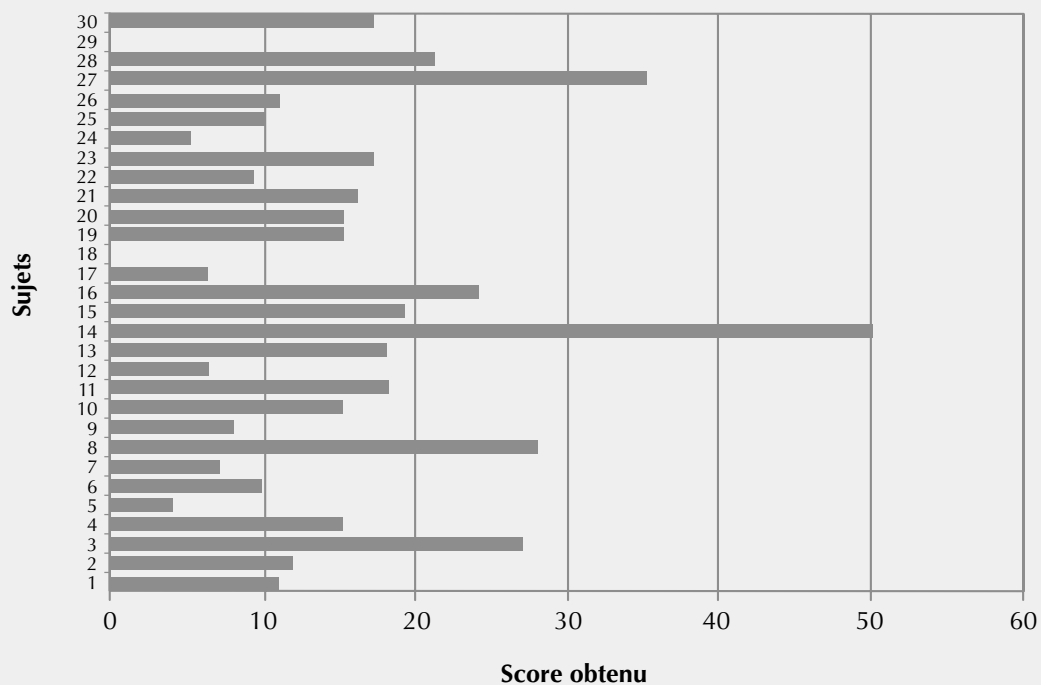


Figure 2
Distribution des scores d'anxiété situationnelle
pour le groupe A2 (Non enseigné)

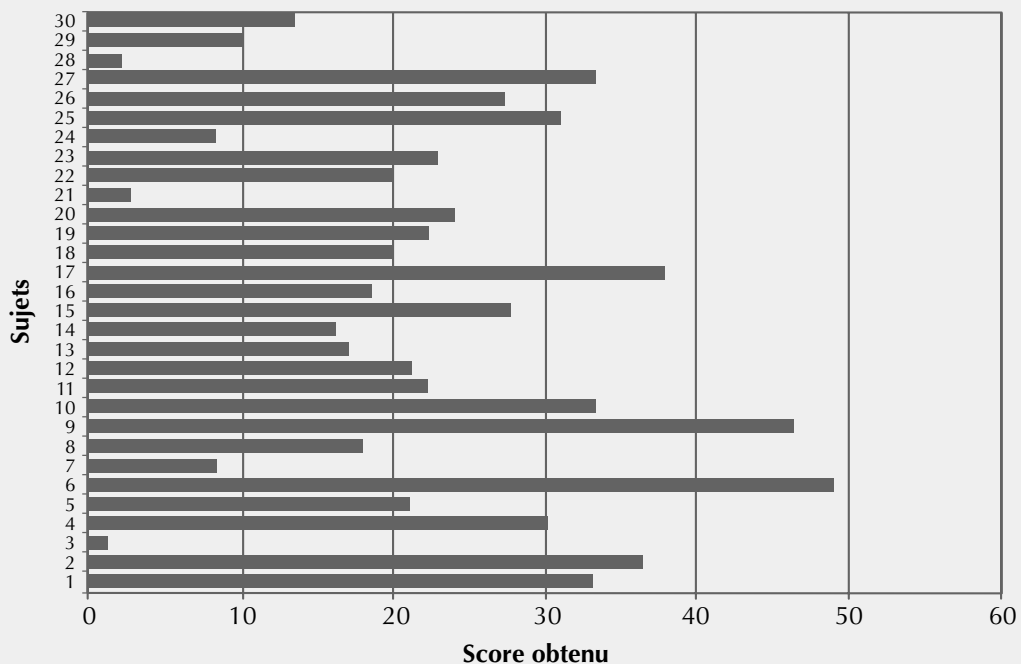


Tableau 1
Sexe et anxiété

Sexe	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Male	16	0.115	Différence non significative
Femelle	21		

T-test

Tableau 2
Age et anxiété

Age	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
17-30	17,4	0.191	Différence non significative
31-50	17,5		
51-70	25		

ANOVA

Tableau 3
Situation matrimoniale et anxiété

Situation matrimoniale	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Célibataire	17	0.16	Différence non significative
Marié	21		

T-test

Tableau 4
Niveau d'enseignement et anxiété

Niveau d'enseignement	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Illettré	49	0.0001	Différence significative
Etudes primaires ou complémentaires	17		
Baccalauréat	18		
Diplôme universitaire	17		

ANOVA

Tableau 5
Activité professionnelle et anxiété

Activité professionnelle	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Sans activité professionnelle	21	0.43	Différence non significative
Salarié	18		
Profession libre	16		

ANOVA

Tableau 6
Tabagisme et anxiété

Tabagisme	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Tabagique	20	0.58	Différence non significative
Non tabagique	18		

T-test

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

2 – Anxiété et facteurs caractéristiques de l'échantillon

Si cette enquête a permis de vérifier l'hypothèse principale sur l'anxiété et l'information pré-opératoire, elle n'a pas abouti, en revanche, à des liens « significatifs » entre les niveaux d'anxiété, d'une part, et la très grande majorité des caractéristiques de l'échantillon étudié (état civil, condition socio-culturelle, habitudes de vie, situation psycho-médicale des patients), développées dans le chapitre précédent, de l'autre. Les différences, certes, existent, dans la quasi-totalité des cas, mais elles ne sont pas jugées « significatives » par les techniques du logiciel SPSS.

La même méthode d'analyse statistique adoptée ci-dessus a été appliquée pour l'étude des relations éventuelles entre « niveaux d'anxiété » et « caractéristiques » de l'échantillon, pris cette fois-ci dans son ensemble sans distinction entre les groupes A1 et A2 (calcul des moyennes des scores d'anxiété, analyse comparative par T-test ou ANOVA, obtention de P-value établissant si la différence est significative (inférieure à 0,05) ou non significative (supérieure à 0,05).

Les résultats suivants sont obtenus :

a) – Relations non significatives

- Pour le facteur sexe, nous ne trouvons pas de différences significatives entre l'anxiété masculine et l'anxiété féminine (Tableau 1).
- Pour le facteur âge, également, pas de différence significative entre les niveaux d'anxiété des plus jeunes, des moins jeunes et des plus âgés de l'échantillon (Tableau 2).
- La situation matrimoniale ne montre pas, non plus, une différence significative, entre les niveaux d'anxiété des célibataires ou des mariés (les veufs sont trop peu nombreux – 1 patient sur 60 – pour constituer une catégorie) (Tableau 3).
- Même conclusion pour l'activité professionnelle, qui ne relève pas de différence significative entre l'anxiété des « sans activité », des « salariés » et des « professions libres » (Tableau 5).
- De même, le tabagisme ne semble pas agir d'une façon significative sur les niveaux d'anxiété (Tableau 6).

- Conclusion similaire pour la consommation ou la non consommation d'alcool (Tableau 7).
- Enfin, les variables hospitalisation antérieure, type de chirurgie, et type d'anesthésie ne semblent pas avoir d'incidence significative sur la différence entre les niveaux d'anxiété (Tableaux 10, 11 et 12).

b) – Relations significatives

Par contre, les variables suivantes révèlent des liens significatifs :

- Concernant l'attitude à l'arrivée à l'hôpital, l'analyse permet de conclure que : les niveaux d'anxiété recueillis au bout de l'enquête sont restés, d'une façon significative, plus élevés chez les manifestement « anxieux » que chez les manifestement « calmes » à leur arrivée à l'hôpital (Tableau 8).
- De même pour la douleur à l'arrivée : les niveaux d'anxiété recueillis au bout de l'enquête restent, d'une façon significative, plus élevés chez les patients arrivés à l'hôpital « avec douleur » que chez ceux arrivés « sans douleur » (Tableau 9).
- Par ailleurs, concernant le niveau d'enseignement, nous constatons que les niveaux d'anxiété des « illettrés » sont, d'une façon significative, plus élevés que ceux des « instruits » (dans le sens le plus étendu du terme, allant des études primaires ou complémentaires, au baccalauréat, aux diplômes universitaires) (Tableau 10).

Il faudrait, toutefois, tempérer ce résultat, par le fait que les « illettrés » ne forment qu'une très faible minorité – 5 % seulement de l'échantillon – (figure 4, dans chapitre troisième). La différence des niveaux d'anxiété entre les trois catégories de patients « instruits » est, elle aussi, non significative.

Le caractère non significatif de la grande majorité des facteurs énumérés ci-dessus, mène à la conclusion suivante : l'information préopératoire structurée fournie aux patients, semble avoir eu un effet relativement uniforme et homogène, assez indépendant dans la grande majorité des cas, des caractéristiques du groupe étudié.

Tableau 7
Consommation d'alcool et anxiété

Consommation d'alcool	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Consommateur	17	0.7	Différence non significative
Non consommateur	19		

T-test

Tableau 8
Attitude à l'arrivée et anxiété

Attitude à l'arrivée	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Calme	16	0.01	Différence significative
Anxieux	24		

T-test

Tableau 9
Douleur à l'arrivée et anxiété

Douleur à l'arrivée	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Non	16	0.13	Différence significative
Oui	24		

T-test

Tableau 10
Hospitalisation antérieure et anxiété

Hospitalisation antérieure	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Oui	19	0.49	Différence non significative
Non	17		

T-test

Tableau 11
Type de chirurgie et anxiété

Type de chirurgie	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Digestive + Orthopédique	18	0.88	Différence non significative
Ophthalmique + ORL	19		
Autre	20		

ANOVA

Tableau 12
Type d'anesthésie et anxiété

Type d'anesthésie	Score d'anxiété	P-Value	Evaluation
Générale	18	0.5	Différence non significative
Locale + Rachidienne /Epidurale	20		

T-test

³⁸ Voir, entre autres, la conclusion de Diane HESPEL sur l'apport de ces travaux, op. cit., p. 103.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

CONCLUSION

En confirmant l'hypothèse principale que nous avons adoptée, la présente enquête ouvre des perspectives importantes, sur le double plan théorique et pratique.

Elle s'inscrit, tout d'abord, dans la lignée de nombreuses études sur le terrain, réalisées en Europe et en Amérique du Nord, qui montrent l'impact positif de l'information préopératoire structurée sur les niveaux d'anxiété des patients³⁸, en leur permettant de se renseigner pour faire face à la peur de l'inconnu, d'une part, et d'extérioriser par le dialogue leurs craintes et hantises, de l'autre.

Cette recherche contribue, dans une autre perspective, à clarifier un peu plus le problème théorique suivant : les différences culturelles, socio-économiques, familiales, psychologiques, éthiques et mentales, entre les sociétés industrialisées de type occidental, et la société libanaise, ne modifient pas dans le contexte de cette dernière, l'action positive de l'information préopératoire structurée sur l'anxiété des patients.

Quant aux conséquences pratiques éventuelles de la présente enquête, elles ne manqueraient pas d'avoir un impact important sur la qualité des soins au bloc opératoire, tant au niveau des patients qu'à celui du rôle de l'infirmière.

Ayant vécu cette enquête dans tous ses détails, les observations que nous avons recueillies sur le terrain, s'ajoutent aux résultats scientifiques de l'étude, pour nous permettre d'avancer en toute conviction la proposition suivante : les établissements hospitaliers libanais gagneraient beaucoup en qualité de soins, en adoptant un protocole pour mise en application du livret de renseignements et de l'entretien préopératoire du patient avec l'infirmière de bloc. L'absence de l'information préopératoire structurée constitue à l'heure actuelle, une lacune importante dans le système hospitalier libanais.

Les résultats scientifiques de l'enquête, obtenus avec rigueur, impartialité et objectivité, nous encouragent à révéler certaines observations précieuses,

recueillies sur le terrain, portant sur l'état du patient informé, ses jugements et réactions. Nous étions frappées par le soulagement manifeste de la quasi-totalité des patients du groupe enseigné (A1), après avoir reçu et lu le livret de renseignements, et pour avoir fait de près la connaissance de l'infirmière de bloc et obtenu les informations personnalisées sur : la programmation et le déroulement de l'acte chirurgical, le type d'anesthésie, le personnel du bloc, les modes de transfert, l'architecture des locaux, les appareils, ainsi que les conseils pratiques et les réponses apportées aux questions particulières qui préoccupent chacun d'eux. Nous avons pu observer également combien les patients sont sécurisés en retrouvant au bloc l'infirmière qu'ils connaissent déjà, et comment, dans leur comportement et leurs gestes, ils ont suivi les conseils bénéfiques qui leur ont été fournis. Leurs impressions et jugements après l'opération, confirment encore plus, leur satisfaction vis-à-vis de l'information préopératoire qu'ils ont eue.

Même satisfaction du côté de l'infirmière de bloc. Il ne fait aucun doute que l'information opératoire qu'elle fournit aux patients, valorise son rôle d'une façon fort significative. Cet acte lui permet, tout d'abord, de sortir de l'univers clos, purement technique, du bloc, pour établir une relation humaine et personnalisée avec les patients à opérer. Elle cesse ainsi d'être un simple agent exécutif et instrumental, pour intégrer davantage l'ensemble du processus chirurgical dans ses dimensions à la fois techniques, psychiques, éthiques et humaines. Sa personnalité s'en trouvera enrichie à tous les niveaux, sa motivation accrue : elle y gagnera, certes, en efficacité, épanouissement et qualité de travail.

Dans une étude sur les facteurs d'anxiété inhérents au bloc opératoire, Dominique CHRIST, du Centre de traumatologie et d'orthopédie d'Illkirch-Graffenstaden (Alsace)³⁹, analyse le phénomène de dépersonnalisation dans le bloc opératoire en le liant à sa structure, son fonctionnement, ses techniques et ses vêtements. Elle dévoile, entre autres, que les infirmières qui optent pour travailler au bloc, le font pour deux raisons : l'attrait de la technicité et l'évitement de la relation avec le patient et sa famille. Elles sont d'accord pour constater que le bloc opératoire est l'endroit idéal pour fuir la relation avec

³⁹ Dominique CHRIST, Inter-bloc. op. cit.

le patient, « cette fuite étant perçue comme un confort ». Car elle leur assure la protection contre : les malheurs et les douleurs des autres, l'embarras au cas où l'opération se passe mal, la surcharge émotionnelle, les doutes et les angoisses personnelles que suscite la relation à l'autre.

Or, nous avons constaté à l'hôpital Nini de Tripoli – où la présente enquête a eu lieu – que l'attitude des infirmières à l'égard du travail au bloc opératoire diffère beaucoup de celle du groupe décrit par D. CHRIST. Les infirmières de l'hôpital Nini ont tendance à éviter le travail au bloc, justement pour ne pas être coupées du patient et de son environnement. L'infirmière de l'hôpital Nini – et peut-être l'infirmière libanaise en général – aurait besoin, pour des raisons culturelles, d'envisager le patient, non pas en tant qu'être anonyme, mais en tant que personne possédant une identité et un rôle social qui lui sont propres. Or, c'est cette même attitude qu'on cherche actuellement à faire revivre, autant que possible, dans les hôpitaux des pays industrialisés, sans que cela se réalise aux dépens du rôle technique de l'infirmière de bloc.

L'information préopératoire structurée, une fois instaurée dans nos établissements hospitaliers, contribuera à valoriser la relation tripartite, patient-infirmière-bloc opératoire, dans un souci commun de personnalisation, d'humanisation et d'efficacité.

Cela œuvrera, certes, pour une meilleure qualité des soins de santé et une meilleure image de l'hôpital.

Nous espérons, enfin, que cette étude contribuera à attirer l'attention des chercheurs libanais en soins infirmiers sur l'importance du problème de l'anxiété opératoire. D'autres enquêtes sur le terrain devraient traiter ce même problème dans les diverses régions du Liban, pour pouvoir constituer une vision d'ensemble et aboutir à des conclusions plus exhaustives. D'autres aspects de l'anxiété opératoire peuvent être, également, étudiés. Si nous avons opté dans cette enquête pour l'étude de l'impact de l'information structurée sur l'anxiété du patient en phase préopératoire, il est tout à fait utile et important que d'autres travaux traitent l'anxiété post opératoire, ou même périopératoire, en fonction de l'enseignement structuré fourni au patient. Par ailleurs, les facteurs personnels, socio-culturels et psycho-médicaux que nous avons pris en compte (sexe, âge, situation matrimoniale, niveau d'enseignement, activité professionnelle, tabagisme, consommation d'alcool, attitude à l'arrivée, etc...), ne sont pas les

seuls possibles. D'autres paramètres seraient envisageables pour d'autres perspectives, tels les liens éventuels entre les niveaux d'anxiété et les facteurs agissant sur le psychisme des patients au cours de la période précédant l'opération. sur le double plan personnel et familial (décès, accidents graves, maladies, difficultés financières, problèmes conjugaux, conflits avec les enfants, etc...). Dans une autre orientation, la recherche pourra mettre l'accent davantage sur l'anxiété de personnalité dans sa relation avec l'anxiété situationnelle, quoique l'échantillonnage aléatoire - que nous avons adopté pour l'étude de l'anxiété situationnelle - inclut forcément les divers niveaux de l'anxiété de personnalité, car il tire sa représentativité du fait que chaque individu d'une population choisie a une chance égale d'être sélectionné.

BIBLIOGRAPHIE

A-Ouvrages

- 1-ADAM P., HERZLICH C., Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, Paris, 1994.
- 2-AKNIN N., SION MA, et autres, Soins infirmiers (II). Démarches relationnelles et éducatives, initiation à la recherche, Nouveaux Cahiers de l'Infirmière, Masson, Paris, 1998.
- 3-BARNES E., Les relations humaines à l'hôpital, Privat, Paris, 1968.
- 4-BOUDON R., Les méthodes en sociologie, PUF, coll. Que sais-je?, 5^{ème} éd., Paris, 1980.
- 5-BERNARD J., C'est de l'homme qu'il s'agit, Le Seuil, Paris, 1990.
- 6-BRUNNER L., SUDDARTH D., Soins infirmiers en médecine-chirurgie, Renouveau Pédagogique, 2^{ème} éd., Ottawa, 1985.
- 7-CAPLOW T., L'enquête sociologique, Armand Colin, 2^{ème} éd., Paris, 1972.
- 8-CHAMPAUL TG, SORDELET, L'infirmière de bloc opératoire, UNAIBODE, Masson, Paris, 1996.
- 9-DACO P., Les triomphes de la psychanalyse, Marabout, Paris, 1977.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

10-DEFOOR A., Manuel méthodologique de recherche,
Centre de recherche 68

B- Revues et périodiques

23-CHRIST D., « Le respect du patient ou bloc opératoire, éthique de la relation », in Inter bloc, Tome XIX, No 4, décembre 2000.

24-DALSTEIN G., « L'expérience du bloc opératoire. Vécu du patient ». in Recherche en soins infirmiers, N° 14. juin 1995

25-DEIMAS P. ARNOL C. CLOUTIER L., « L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte », in Recherche en soins infirmiers, N° 49. juin 1997.

26-GRAHAM L., CONLEY E., « Evaluation of anxiety and care in adult surgical patients », in Nursing Research, April 1971.

27-GRENIER R., « L'infirmière et le client anxieux », in Revue Infirmière Canadienne, Mai 1977.

28-HESPEL D., « L'information préopératoire du futur opéré », in Bulletin d'éducation du patient, vol.17, N° 4.

29-REPELIN D., « Valeur d'un entretien préopératoire », in Études sur les soins et le service infirmier, Cahier N° 6, 1980.

30-SIROIS F., « L'angoisse chez les patients en attente de chirurgie cardiaque », in Soins chirurgie. No 312, février 1992.

31-SPEICH C., « Comment contribuer à diminuer l'anxiété ? », in Soins infirmiers, No 11, 1998.

ANNEXE 1 : ÉCHELLES DE SPIELBERGER

Version française du test de SPIELBERGER sur l'anxiété situationnelle, traduit par BERGERON

Questionnaire d'évaluation personnelle

Nom Date

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encrer le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est à dire à ce moment précis.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme.....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e)	1	2	3	4
4. Je suis triste	1	2	3	4
5. Je me sens tranqui(le)	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e).....	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des contrariétés possibles	1	2	3	4
8. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
9. Je me sens anxieux	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux.....	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e)	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater	1	2	3	4
15. Je suis relaxé(e).....	1	2	3	4
16. Je me sens heureux.....	1	2	3	4
17. Je me sens préoccupé(e)	1	2	3	4
18. Je me sens surexcité(e) et fébrile	1	2	3	4
19. Je me sens joyeux.....	1	2	3	4
20. Je me sens bien	1	2	3	4

**ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ANXIÉTÉ, ENTRE PATIENTS INFORMÉS
ET NON INFORMÉS EN PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE**

ANNEXE : 2

Collecte des données

N° : _____

- 1 – Nom et prénom : _____
- 2 – A reçu un enseignement pré-op : Non Oui
- 3 – Age : _____
- 4 – Sexe : _____ Homme Femme
- 5 – Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Veuf (ve)
- 6 – Niveau : Illettré Et. prim. ou comp. 2^{ème} partie
 Diplôme universitaire d'enseignement
- 7 – Activité Sans activité Salarié Travail libre professionnelle
- 8 – Hospitalisation antérieure : Non Oui
- 9 – Douleur à l'arrivée : Non Oui
- 10 – Comportement à l'arrivée : Calme Anxieux
- 11 – Chirurgie : Digestive Orthopédique Ophtalmique
 ORL Tumorale Autre
- 12 – Anesthésie : Générale Locale Rach./Ep.
 Loco-régionale
- 13 – Antécédents :
Médicaux : _____
Chirurgicaux : _____
Médicaments en cours : _____
- Évaluation de l'enseignement : Neutre Bonne Excellente
- 14 – Tabagisme : Non Oui
- 15 – Consommation d'alcool : Non Oui

ANNEXE 3

Revue des systèmes :

O.R.L.	Pas de plainte			
1 – Tête	<input type="radio"/> céphalée	2 – Oreilles	<input type="radio"/> Surdité	<input type="radio"/> Douleur des oreilles
3 – Yeux :	<input type="radio"/> glaucome	<input type="radio"/> cataracte	4 – Larynx

(Myopie, Hypermétropie, presbytie)

5 – Nez :

Problème sinusaux.....

Angine Laryngite

Epistaxis

Cardio-respiratoire	<input type="radio"/> Pas de plainte		
<input type="radio"/> Douleur thoracique	<input type="radio"/> Dyspnée nocturne	<input type="radio"/> Palpitation	<input type="radio"/> Crachats
<input type="radio"/> Toux	<input type="radio"/> Dyspnée d'effort	<input type="radio"/> Autres.....	

Gastro-intestinal	<input type="radio"/> Pas de plainte		
<input type="radio"/> Constipation	<input type="radio"/> Reflux	<input type="radio"/> Brûlure de l'œsophage	Diarrhée
<input type="radio"/> Hernie	<input type="radio"/> Autres.....		

Génito-urinaire	Pas de plainte		
<input type="radio"/> Dysurie	<input type="radio"/> Pollakiurie	<input type="radio"/> Hématurie	Incontinent
<input type="radio"/> Calcul	<input type="radio"/> Brûlures	Autres.....	

Locomoteur	Pas de plainte		
<input type="radio"/> Douleur (spécifier)	<input type="radio"/> Articulaire	<input type="radio"/> Lombaire	Cervicale
<input type="radio"/> Autres.....			

Neurologie	Pas de plainte		
<input type="radio"/> Vertige	<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Convulsion	
<input type="radio"/> Autres.....			

Endocrinologie	Pas de plainte		
<input type="radio"/> Goitre	<input type="radio"/> Autres :.....		

Signature de l'infirmière :

Date :.../.../...

Heure :