

**INFIRMIER ANESTHESISTE :
CE TECHNICIEN A-T-IL LE SENS DU RELATIONNEL ?**



Et en particulier, accorde-t-il de l'importance à l'anxiété pré-opératoire du patient ?

ECOLE DES INFIRMIERS ANESTHESISTES
HOPITAL DE LA SALPETRIERE

TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL
DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE

INFIRMIER ANESTHESISTE :
CE TECHNICIEN A-T-IL LE SENS DU RELATIONNEL ?

Et en particulier, accorde-t-il de l'importance à l'anxiété pré-opératoire du patient ?

« Note aux lecteurs » :

Le travail d'intérêt professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'AP-HP, groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, est un travail réalisé au cours de la formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Le travail d'intérêt professionnel ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur et de l'école des infirmiers anesthésistes.

Remerciements :

Je tiens à remercier les personnes suivantes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce Travail d'Intérêt Professionnel :

- **Madame Muriel PINTE**, cadre infirmier anesthésiste, pour sa guidance et sa disponibilité dans la réalisation de ce travail ;
- **Madame Hélène CANTORI**, Directeur du Service des Soins Infirmiers de l'hôpital X, qui m'a autorisée à interviewer les infirmiers anesthésistes travaillant dans ses blocs opératoires ;
- **Les infirmiers anesthésistes** qui m'ont consacré un peu de leur temps pour la réalisation de mon enquête ;
- **Françoise et Philippe** pour leur relecture assidue de ce travail ;
- **Laurent** pour son écoute attentive, sa patience et son soutien si précieux.

SOMMAIRE

<u>1 INTRODUCTION.....</u>	<u>9</u>
<u>2 QUELLES SONT LES PARTS DU RELATIONNEL ET DE LA TECHNICITE QUI MOTIVENT UN INFIRMIER A DEVENIR INFIRMIER ANESTHESISTE ?</u>	<u>12</u>
2.1 INTRODUCTION	12
2.2 UNE FORMATION EXIGEANTE MAIS UNE MOTIVATION A TOUTE EPREUVE	12
2.3 LES DIFFERENTS ARGUMENTS QUI PEUVENT EXPLIQUER LA MOTIVATION D'UN INFIRMIER A DEVENIR INFIRMIER ANESTHESISTE.....	14
2.4 UNE RECHERCHE DE VALORISATION INDENIABLE.....	16
2.5 L'INFIRMIER GARDERA-T-IL SES QUALITES HUMAINES EN SE SPECIALISANT DANS L'ANESTHESIE ?	17
2.6 CONCLUSION	20
<u>3 L'ANXIETE DU PATIENT EN PRE-OPERATOIRE : UN FAIT AVERE POUR LEQUEL L'INFIRMIER ANESTHESISTE A UN ROLE A TENIR</u>	<u>22</u>
3.1 INTRODUCTION	22
3.2 L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE DU PATIENT	23
3.2.1 SA DEFINITION	23
3.2.2 SES CAUSES.....	24
3.2.3 SES MANIFESTATIONS	26
3.2.4 SES REPERCUSSIONS	28
3.2.5 LES MOYENS D'Y PALLIER.....	30
3.3 LE ROLE DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE DU PATIENT EN PRE-OPERATOIRE	35
3.3.1 L'ACCUEIL DU PATIENT ARRIVANT AU BLOC OPERATOIRE : UN MOMENT CLE.....	35

3.3.2	QUELLE PRIORITE LUI ACCORDER DANS LA PHASE PRE-ANESTHESIQUE ?	37
3.4	CONCLUSION	39

4 SUR LE TERRAIN, L'INFIRMIER ANESTHESISTE ACCORDE-T-IL VRAIMENT DE L'IMPORTANCE A L'ANXIETE DU PATIENT QUI ARRIVE AU BLOC OPERATOIRE ?

41

4.1	INTRODUCTION	41
4.2	UNE ENQUETE POUR SE CONFRONTER A LA REALITE DU TERRAIN	42
4.2.1	LE CHOIX DE LA POPULATION	42
4.2.2	LE CHOIX DE L'OUTIL	43
4.2.3	LE CHOIX DU LIEU	45
4.2.4	SON DEROULEMENT	46
4.3	CE QU'EN PENSENT LES INFIRMIERS ANESTHESISTES INTERROGES ...	47
4.3.1	QUANT A LEUR ROLE AU BLOC OPERATOIRE	47
4.3.2	QUANT A L'ACCUEIL DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE	49
4.3.3	QUANT A L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE DU PATIENT	53
4.3.4	QUANT A L'IMAGE QU'ILS ONT DE LEUR PROFESSION	60
4.4	CONCLUSION	62

5 CONCLUSION.....

65

6 BIBLIOGRAPHIE.....

68

6.1	OUVRAGES	68
6.2	REVUES ET ARTICLES	68
6.3	INTERNET	69
6.4	TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES	70

7 ANNEXES.....

72

1 INTRODUCTION

Au sous-sol de l'hôpital, une grande porte à double battant indique avec cet écriteau : « *interdit au public* ».

Une fois à l'intérieur, on est tout d'abord surpris par le froid qu'il y règne. Puis, allongé sur ce brancard inconfortable, on se sent ébloui par une lumière blanche et froide provenant d'un plafond de couleur inhabituelle, verte ou bleue. D'ailleurs, en prêtant un peu plus d'attention à ce lieu sinistre, on se rend compte que les murs aussi ont cette couleur. Ces murs qui manquent si cruellement de fenêtres... Tout autour, plusieurs petits êtres verts ou bleus affublés de chapeau, masque et gants s'agitent.

L'ambiance y est surréaliste mais contrairement aux apparences, il ne s'agit pas d'un scénario de science-fiction mais d'un instant de vie auquel nous serons pratiquement tous confrontés un jour : le passage au bloc opératoire.

Lieu mystérieux et ambigu, le bloc opératoire est à la fois cet endroit par lequel on passe pour améliorer ses conditions de vie, et cet endroit inconnu terriblement angoissant où l'on ne maîtrise rien.

L'expérience professionnelle acquise pendant cinq ans comme infirmière dans des services tels que la médecine oncologique, les urgences ou la réanimation chirurgicale polyvalente, ainsi que celle d'étudiante infirmière anesthésiste, m'ont permis de garder comme fondement essentiel du métier paramédical, la relation avec le patient. Or, dans cet univers de haute technicité qu'est le bloc opératoire, et en particulier en anesthésie, peu de place semble dédiée au contact. Les patients en sont pourtant très demandeurs...

Il est donc essentiel pour moi d'éclaircir un sujet qui a une importance réelle sur le terrain, mais aussi dans le choix d'un infirmier qui se spécialise dans l'anesthésie : l'infirmier anesthésiste a-t-il le sens du relationnel ?

Je m'attacherai dans un premier temps à déterminer les motivations qui poussent un infirmier à devenir infirmier anesthésiste, et dans quelles mesures la part du relationnel et de la technicité interviennent dans ce choix.

Dans un second temps, après avoir ciblé le rôle relationnel de l'infirmier anesthésiste à l'accueil du patient au bloc opératoire, je montrerai en quoi l'anxiété pré-opératoire du patient

est un fait avéré qui a des répercussions mais aussi des solutions. J'insisterai alors sur l'importance du rôle qu'a l'infirmier anesthésiste dans sa prise en charge.

Enfin, par le biais d'une enquête, je confronterai la théorie en terme de gestion de l'anxiété par l'infirmier anesthésiste exposée dans le chapitre précédent, à la réalité du terrain.

2 QUELLES SONT LES PARTS DU RELATIONNEL ET DE LA TECHNICITE QUI MOTIVENT UN INFIRMIER A DEVENIR INFIRMIER ANESTHESISTE ?

2.1 INTRODUCTION

A la question : « pourquoi voulez-vous être infirmier anesthésiste », chaque jeune admis à l'école d'infirmiers anesthésistes a dû répondre. Cette question semble banale et reste pourtant incontournable à tout entretien d'admission ou d'embauche, dès lors qu'il s'agit d'entreprendre une formation, un nouveau travail ou d'occuper un nouveau poste.

Pour devenir infirmière, cette question m'avait paru facile à appréhender car cette profession ne se choisit pas au hasard, et sans parler de vocation, des motivations souvent anciennes et bien ancrées sont nécessaires.

En revanche, les motivations qui entraînent un infirmier vers la formation d'infirmier anesthésiste m'interpellent car cette dernière présente un bon nombre d'exigences.

Après l'énoncé d'un certain nombre d'entre elles et la formulation de la question de départ à mon travail, je vais donc tenter d'expliquer les motivations qui poussent un infirmier à devenir infirmier anesthésiste.

Puis je vérifierai si la motivation qui me paraît être la plus pertinente est compatible avec l'exercice du métier d'infirmier anesthésiste.

Enfin, je conclurai mon questionnement par l'hypothèse retenue pour mon travail. Elle me permettra de le préciser, le cadrer ainsi que de poursuivre et approfondir ma recherche.

2.2 UNE FORMATION EXIGEANTE MAIS UNE MOTIVATION A TOUTE EPREUVE

Ayant commencé depuis quelques mois la formation d'infirmier anesthésiste, j'ai pu constater qu'elle était source de nombreuses exigences.

Ces exigences sont dans un premier temps d'ordre professionnel. Tout d'abord, le concours d'admission est difficile et nécessite de s'y préparer de nombreux mois à l'avance. Certains bénéficient de cours préparatoires organisés par des centres hospitaliers détenant les vingt-deux écoles d'infirmiers anesthésistes françaises, qui s'échelonnent sur presque une année. Malgré cela, certains professionnels échouent et se présentent plusieurs années de suite au concours d'entrée jusqu'à la réussite. Cet acharnement témoigne d'une volonté indéniable de devenir infirmier anesthésiste et d'une forte motivation.

Par ailleurs, la scolarité est également dense et difficile. Après trois mois de formation, on dénombrait déjà deux abandons et 10% de la promotion qui passait le rattrapage de la première évaluation en s'accrochant. De plus, c'est la spécialisation la plus longue de toutes celles accessibles avec le diplôme d'infirmier, soit deux années.

Enfin, passer du statut de professionnel à celui d'étudiant n'est pas aisé non plus, et ce d'autant plus que le cursus professionnel a été long. En effet, il est nécessaire pour prétendre au concours d'avoir une expérience professionnelle d'au moins deux ans, ce qui implique d'être sorti du cursus scolaire. La faculté de réadaptation à la vie étudiante bien différente de la vie professionnelle est donc indispensable à tous ceux qui débutent cette formation. La position assise de l'étudiant en cours s'oppose à l'activité physique de l'infirmier. De même, l'écoute passive de l'étudiant s'oppose à l'action dans les soins de l'infirmier. Et puis la situation d'étudiant est une situation d'apprentissage. Il faut donc accepter de se faire encadrer ce qui implique d'accepter de se remettre en question, d'accepter les critiques et remarques. Il faut savoir s'effacer et rester humble, refaire ses preuves face à des professionnels qui ne nous connaissent pas. Cela n'a rien d'évident quand quelques mois auparavant, nous étions encore le professionnel affirmé avec de l'expérience, parfois même « ressource » du service. Cela nécessite une capacité d'adaptation pointue et une grande disponibilité d'écoute.

Puis les exigences qu'implique la formation sont aussi d'ordre personnel. En effet, beaucoup d'entre nous avons également une vie de famille avec des enfants. Car si l'accession au concours requiert un minimum de deux années d'expérience professionnelle, la majorité en compte plutôt cinq ou dix. Or l'entrée en formation nécessite une réorganisation totale de la vie quotidienne afin de concilier au mieux école et famille. La crèche du petit dernier finalement trouvée au sein de l'hôpital où nous travaillions, se retrouvera peut-être parfois à

l'opposé de notre lieu de stage. Quand on connaît, de surcroît, les difficultés pour circuler à Paris et en région parisienne, il n'y a vraiment rien de simple...

De même, il y a un temps d'études qui se fait à la maison, ce qui implique de consacrer un peu moins de temps qu'à l'ordinaire à sa vie sociale et familiale.

La formation d'infirmier anesthésiste est donc exigeante et source de certaines difficultés. Pourtant, chaque année quelques milliers d'infirmiers se présentent aux concours d'admission des écoles d'infirmiers anesthésistes.

Ces constats m'amènent donc à poser la question de départ à mon travail : « **qu'est-ce qui motive un infirmier à devenir infirmier anesthésiste ?** ».

2.3 LES DIFFERENTS ARGUMENTS QUI PEUVENT EXPLIQUER LA MOTIVATION D'UN INFIRMIER A DEVENIR INFIRMIER ANESTHESISTE

La première qui s'impose comme une évidence, est la volonté d'approfondissement et d'acquisition de nouvelles connaissances et compétences.

En effet, cette motivation est indispensable et nécessaire à toute implication dans une formation, quelle qu'elle soit. Et même si de multiples spécialisations s'offrent à un infirmier désireux de s'enrichir, l'anesthésie est la seule spécialité que l'on ne peut exercer comme infirmier sans avoir le diplôme d'infirmier anesthésiste, comme le stipule l'article R.4311-12 du décret 2004-802 du 29 juillet 2004¹ relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Par exemple, infirmière de bloc opératoire, cadre et puéricultrice peuvent être des spécialisations accessibles comme infirmier en « faisant fonction de ».

Un professionnel dont les centres d'intérêt sont la réanimation, le SAMU, les urgences peut donc logiquement, à un moment donné dans son parcours professionnel, désirer améliorer son niveau de connaissances et compétences et ainsi accéder à cette formation. D'ailleurs, en interrogeant les étudiants de ma promotion, tous ont globalement ce type de cursus.

¹ Cf. Annexe I.

Certains infirmiers peuvent également envisager la profession d'infirmier anesthésiste comme la possibilité d'améliorer leurs horaires de travail.

En effet, un infirmier anesthésiste a des horaires plus réguliers qu'un infirmier, avec moins, voire plus du tout de nuits ni de week-ends. Il travaille majoritairement de jour avec des horaires relativement fixes correspondant aux heures d'ouverture des blocs opératoires de chirurgie programmée. Les nuits et les week-ends existent toujours dans les blocs opératoires qui assurent les urgences, mais ils sont plus rares.

L'infirmier peut également être attiré par l'augmentation de salaire dont peut bénéficier l'infirmier anesthésiste.

En effet, le monde de l'anesthésie manque cruellement d'infirmiers anesthésistes, et on peut imaginer que l'offre est en lien avec la demande. Cela est en réalité surtout le cas dans les établissements privés, où le salaire de l'infirmier anesthésiste avec les gardes et un bon talent de négociateur peut s'élever au double de celui d'un infirmier en début de carrière. Ses responsabilités sont alors accrues et ses conditions de travail pas forcément idéales.

Si l'on s'attarde un peu sur les compétences de l'infirmier anesthésiste, on constate qu'elles accordent une large place à la technique. On peut s'interroger sur un aspect de fuite du patient dans une relation émotionnelle. Trop d'implication psychologique peut déstabiliser un infirmier et l'école d'infirmiers anesthésistes peut s'avérer être comme un refuge, une porte de sortie. Cela dit, les infirmiers ayant un profil technique peuvent être logiquement attirés par cette spécialisation, pour privilégier volontairement l'aspect technique de leur métier à l'aspect relationnel.

D'ailleurs la proportion masculine d'étudiants passe d'une moyenne inférieure à 10% dans les écoles d'infirmiers à environ 50% dans les écoles d'infirmiers anesthésistes. Les hommes se revendiquent volontiers davantage des techniciens que des ardents défenseurs du rôle propre de l'infirmier. On les trouve ainsi en plus grand nombre dans les services de haute technicité telles que la réanimation, les urgences, le SAMU, que dans les services de long séjour ou de médecine.

Cet attrait de la population masculine pour cette spécialisation est même interpellant et mérite que l'on s'y attarde un peu...

La technicité est-elle la seule raison pour expliquer qu'autant d'hommes infirmiers choisissent cette spécialité plutôt qu'une autre ?

2.4 UNE RECHERCHE DE VALORISATION INDENIABLE

Pour l'homme, le travail occupe encore une grande place au sein de sa vie sociale, bien plus que pour la femme. Elle s'épanouit socialement surtout à travers la famille qu'elle fonde, par le biais de la réussite de son couple, de l'éducation de ses enfants... même si la société occidentale actuelle évolue et tend à faire régresser ce constat.

L'homme se valorise encore aujourd'hui, beaucoup par son travail. Or la place de l'infirmier au sein de l'équipe soignante est encore bancal. Le travail de recherche que j'avais effectué à l'école d'infirmières traitait de l'influence du pouvoir médical sur la collaboration infirmière-médecin, et avait démontré que le pouvoir médical était encore présent, dans une certaine mesure, dans les têtes des infirmiers. Il se concluait par le constat que l'infirmier du 21^e siècle avait encore bien des difficultés à affirmer son identité, et notamment par rapport au médecin.

L'infirmier anesthésiste, de part son niveau d'étude et son décret de compétence, est plus valorisé qu'un infirmier, et occupe une place au sein de l'équipe soignante également plus valorisante qu'un infirmier. D'autre part, la collaboration infirmier anesthésiste-médecin anesthésiste, au regard de leurs connaissances médicales et techniques, est beaucoup plus étroite que celle infirmier-médecin. L'infirmier anesthésiste a également plus d'autonomie par rapport au médecin que l'infirmier. En effet, même si le médecin anesthésiste est le seul prescripteur de l'acte anesthésique et que sa présence au côté de l'infirmier anesthésiste est légalement indispensable aux moments clés de l'anesthésie (induction et réveil), l'infirmier anesthésiste est habilité à mener une anesthésie de bout en bout. Et il n'est pas rare d'entendre l'infirmier anesthésiste affirmer qu'il préfère être seul pour gérer la conduite de l'anesthésie, sous prétexte qu'il n'a pas fait « deux ans d'études supplémentaires pour avoir un médecin constamment sur le dos ». Il est d'ailleurs bien souvent plongé dans la dernière revue scientifique ou le dernier rapport de la SFAR², à l'affût de la dernière technique ou dernière nouveauté.

² SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

L'infirmier anesthésiste a volontiers un discours extrêmement valorisant de sa profession qu'il oppose souvent à celle d'infirmière de bloc opératoire « asservie » et « simple exécutante ». On peut d'ailleurs également s'interroger sur le « pouvoir » et la « maîtrise » de l'infirmier anesthésiste sur le patient. Avec des médicaments, le patient est soumis à l'infirmier anesthésiste. Recherche-t-il un rapport « dominant-dominé » ?

Je pense donc qu'une motivation qui incite l'infirmier à se spécialiser dans l'anesthésie, et qui entraîne notamment autant d'hommes dans ce sillage, est la volonté d'être valorisé.

Mais cette volonté de se valoriser et d'être valorisé ne me paraît pas pour autant spécifique à la population masculine. Elle est peut-être davantage exprimée par les hommes et ils sont peut-être moins pudiques concernant ce désir d'ascension promotionnelle, compte-tenu de la place qu'ils accordent à leur vie professionnelle dans la société.

Mais quoi de plus naturel que le désir de se valoriser dès lors que l'on entreprend une formation pour acquérir des connaissances et des responsabilités supplémentaires ? Cela correspond à la définition quasi littérale du terme « valoriser » : « prendre de la valeur », « acquérir une valeur supplémentaire ».

Cette recherche de valorisation est en lien avec l'attrait pour la technique et la volonté de se hisser un peu plus au niveau du « rang médical » par l'acquisition de connaissances pointues et d'une responsabilité accrue. D'ailleurs, après enquête auprès des étudiants de ma promotion, nombreux sont ceux qui avaient entamé un cycle d'études médicales avant leurs études d'infirmiers...

Mais les qualités techniques sont-elles les seules exigées par le métier d'infirmier anesthésiste ?

2.5 L'INFIRMIER GARDERA-T-IL SES QUALITES HUMAINES EN SE SPECIALISANT DANS L'ANESTHESIE ?

L'infirmier anesthésiste a un rôle relationnel incontestable. C'est un infirmier anesthésique diplômé d'Etat qui prend soin, dans un contexte péri-anesthésique, de la personne dans sa dimension holistique.

Christophe Debout, infirmier anesthésiste, conseiller de santé, décline ainsi la mission technique et relationnelle de l'infirmier anesthésiste qui « *est souvent perçu comme un expert de la technique au sein de la profession infirmière. Bien que la prégnance de la technologie soit indéniable au sein de cette spécialité, c'est bien l'exercice quotidien du rôle propre qui marque cette profession d'une empreinte infirmière et la distingue de celle d'un technicien d'anesthésie. L'anesthésie est un domaine dont l'aspect technique ne doit pas être mis en opposition avec l'approche relationnelle mais bien en complémentarité* »³.

Il se situe dès l'accueil du patient au bloc opératoire, car l'infirmier anesthésiste est souvent le premier interlocuteur du patient. Ce rôle relationnel se poursuit au moment de l'induction anesthésique jusqu'à la phase clé du réveil qui se fera dans la continuité du climat de confiance, de sécurité et de détente qu'aura su instaurer l'infirmier anesthésiste.

Il est également prépondérant lors de la réalisation d'une anesthésie loco-régionale, aussi bien pendant le geste technique que lors de l'intervention chirurgicale. Par exemple, il est aisé d'imaginer la source d'anxiété générée par le bruit de la scie ou du bistouri électrique lors d'une chirurgie prothétique de la hanche chez un patient sous rachianesthésie.

D'ailleurs, et de manière générale, même si le contact avec le patient est souvent bref, il a beaucoup d'importance et doit être de qualité.

En effet, l'anxiété du patient en pré-opératoire est un fait établi. L'utilisation d'un questionnaire évaluant l'anxiété pré-anesthésique lors d'une étude néerlandaise évalue l'incidence de celle-ci à 32% d'une population de patients consultant avant une chirurgie mineure⁴. Dans une autre étude effectuée par Graziella DALSTEIN évaluant le vécu pré-opératoire du patient, 50% d'entre eux disent avoir ressenti de l'anxiété en période pré-opératoire⁵. Cette anxiété pré-opératoire peut être majeure à l'arrivée au bloc opératoire et c'est pour cette raison qu'une prémédication de type anxiolytique est prescrite par le médecin anesthésiste de façon systématique, quelques heures avant l'intervention chirurgicale.

³ DEBOUT Christophe - Page de l'ANFIIDE n°12 - Revue de l'infirmière, n°49, mai 1999, P71.

⁴ NOERMAN N., VAN DAM F., MULLER MJ., OOSTING H. - The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale - Anesth Anal, 1996, P445-451.

⁵ DALSTEIN Graziella - L'expérience du bloc opératoire, vécu du patient - Inter Bloc, Tome XIV, n°4, décembre 1995, P62-68.

C'est pourquoi l'infirmier anesthésiste doit avoir un rôle relationnel primordial dans l'accueil du patient au bloc opératoire, rôle que j'ai d'ailleurs pu constater à l'occasion d'une expérience personnelle en milieu de première année pour une appendicectomie en urgence. En effet, en plus de la douleur et de l'appréhension du geste chirurgical qui s'annonçait complexe, l'idée de passer « de l'autre côté de la barrière » me rendait nerveuse. J'avais les mains moites et froides, la langue sèche, je frissonnais en salle de réveil où j'attendais avant d'être prise en charge au bloc. C'était un samedi à 23H et l'infirmière anesthésiste de garde a été formidable. Elle est venue discuter avec moi pendant vingt minutes avant de rentrer en salle. J'ai pu lui exprimer mon inquiétude, elle a été rassurante, douce, souriante. Je me suis endormie calmement et réveillée calmement. Le premier souvenir que je garde du réveil est sa phrase rassurante : « *tout s'est bien passé* ».

Certes les soins relationnels sont une construction qui s'établit dans le temps avec l'acquisition de connaissances, de l'expérience. On comprend bien que l'infirmier anesthésiste, compte-tenu du peu de temps qu'il passe avec le patient au bloc opératoire, ne puisse pas mettre en place cette relation d'accompagnement patient-soignant. En revanche, il peut avoir une démarche relationnelle qui, à l'opposition des connaissances techniques et médicales, s'apparente davantage aux racines de notre profession infirmière. Prendre soin, le nursing, autant de concepts que beaucoup de personnes dans ma promotion ne veulent plus entendre !

On peut alors se demander si la spécialisation d'un infirmier en anesthésie a un impact sur la prise en charge « humaine » du patient.

Et de façon plus précise, afin de cadrer davantage mon travail, on peut se demander si l'anxiété du patient en pré-opératoire est bien gérée par l'infirmier anesthésiste, voire gérée tout simplement.

Quels procédés utilisent-ils, quels mots ? L'infirmier anesthésiste reste-t-il enfermé dans sa prise en charge anesthésique à l'accueil du patient (interrogatoire usuel : vérification du jeûne, du Mallampati...) ou met-il en place un dialogue adapté à l'état émotionnel du patient ? Prend-il le temps de l'écouter ? Est-ce que ce moment clé qu'est l'accueil du patient au bloc opératoire a une importance pour lui ?

2.6 CONCLUSION

Accéder à la formation d'infirmier anesthésiste n'est pas forcément aisé pour un infirmier. Le parcours est parfois long et difficile, et une fois le concours en poche, les contraintes se multiplient (scolaires, personnelles, familiales...).

Cependant, la motivation d'un infirmier qui veut se spécialiser dans l'anesthésie est souvent infaillible et s'explique notamment par un profond désir de valorisation. Cette recherche de valorisation se fait surtout en lien avec l'acquisition de nouvelles techniques, de connaissances médicales et de responsabilités.

Mais ne se fait-elle pas au dépend des qualités humaines que possède tout bon infirmier, qualités également exigées pour exercer le métier d'infirmier anesthésiste ? La technique ne prend-elle pas le pas sur le relationnel au point de l'éluder ?

Je garderai donc comme hypothèse à mon travail d'intérêt professionnel la question suivante : « **la prise en charge de l'anxiété du patient en pré-opératoire est-elle une priorité pour l'infirmier anesthésiste ?** »

3 L'ANXIETE DU PATIENT EN PRE-OPERATOIRE : UN FAIT AVERE POUR LEQUEL L'INFIRMIER ANESTHESISTE A UN ROLE A TENIR

3.1 INTRODUCTION

L'anesthésie est une spécialité de « haut vol » où la technicité est prédominante dans les tâches quotidiennes de l'infirmier anesthésiste. Une grande partie de son temps de travail est consacré à la maîtrise d'un environnement technique avec des soucis tels que la sécurité, la maintenance ou l'entretien.

D'ailleurs, la notion du temps est importante puisque l'infirmier anesthésiste dépend d'un programme opératoire, et la rencontre avec le patient est souvent furtive. Pourtant, la plupart du temps anxieux, le patient arrivant au bloc opératoire est avide d'échanges, de communication, de contact.

L'infirmier anesthésiste y-est-il réceptif ? Accorde-t-il de l'importance à la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient ? Est-ce une priorité pour lui au sein de sa prise en charge « technique » ?

Avant d'y répondre en testant mon hypothèse de travail sur le terrain, je vais tout d'abord la définir, la développer, expliquer ce qu'elle sous-entend.

Ainsi, dans un premier temps, je vous parlerai de l'anxiété pré-opératoire du patient. Après l'avoir définie, j'évoquerai ses multiples causes, les moyens par lesquels elle s'exprime et ses répercussions. Il en découlera logiquement la nécessité de sa prise en charge et j'aborderai donc les moyens de pallier à cette anxiété pré-opératoire.

Puis, dans un second temps, j'insisterai sur le rôle de l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient, et évoquerai la place qu'il doit accorder à ce rôle, dans sa prise en charge pré-anesthésique du patient.

Par ailleurs, je tiens à préciser que ce travail concerne exclusivement la prise en charge des patients adultes.

3.2 L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE DU PATIENT

3.2.1 SA DEFINITION

D'après l'encyclopédie Larousse, l'anxiété se définit comme « *une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement* »⁶. « *C'est un désarroi psychique ressenti face à un danger indéterminé et imminent s'accompagnant par un sentiment d'insécurité* »⁷.

L'anxiété est un sentiment pénible d'attente, et sa présence signale que nous craignons quelque chose dans la situation actuelle ou dans une situation à venir, que quelque chose nous tracasse.

Mais au-delà des subtilités sémantiques, il faut faire la distinction entre deux types d'anxiété : l'anxiété 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 arrivant au bloc opératoire.

L'anxiété pré-opératoire, qui nous préoccupe ici, est donc une forme d'anxiété situationnelle.

D'après la psychologue Danièle REPPÉLIN, « *l'anxiété pré-opératoire est une réaction normale, une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement* »⁸. En effet, Danièle LARIVEY ajoute qu'« *il est normal pour un être humain d'avoir des préoccupations et des émotions* »⁹. Dans la vie, nous sommes continuellement touchés par des choses qui se passent, des choses qui nous importent. Cela donne lieu à des émotions, et peut générer de l'anxiété.

Une anxiété faible ou modérée paraît même souhaitable pour certains spécialistes, ayant un effet positif sur le patient qui va au bloc opératoire quant au déroulement de l'acte anesthésique, de l'acte chirurgical et de ses suites. Ainsi Hans SELYE affirme qu'« *un niveau d'anxiété modéré avant une intervention chirurgicale est le meilleur gage de bon*

⁶ Dictionnaire Encyclopédie Illustré, Edition Larousse, 1997, 1690P.

⁷ Petit Larousse illustré, Edition Larousse, 1984, 1798P.

⁸ REPPÉLIN Danièle – Valeur d'un entretien pré-opératoire – Etudes sur les soins et le service infirmier, cahier N°6, Lyon, 1980, P37.

⁹ LARIVEY Michelle - L'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mental – <http://redpsy.com/infopsy/anxiete.html>, 2002, 14/07/2006.

rétablissement physique et émotionnel post-opératoire, parce qu'il provoque chez l'individu un travail d'inquiétude constructive »¹⁰. Cette inquiétude peut permettre une mobilisation des forces physiques et mentales. Par exemple, l'élévation du rythme cardiaque et respiratoire (cf. chapitre « 3.2.3 ses manifestations ») permet de mieux oxygéner les muscles. C'est une réaction animale en préparation à la fuite ou au combat à un danger.

Toutefois, l'anxiété pré-opératoire, cette « réaction normale » qui peut avoir un seuil tolérable et même motivant, se manifeste à des degrés forts différents d'un patient à un autre et d'une situation à une autre. Elle peut également atteindre des niveaux alarmants.

De quels facteurs dépend donc cette anxiété ? Qu'est-ce qui provoque son apparition en pré-opératoire chez le patient ?

3.2.2 SES CAUSES

Parmi les sources d'anxiété les plus confirmées, figurent les entraves à la satisfaction des besoins fondamentaux auxquels doit faire face l'individu.

Dian BAEV, neuropsychologue, résume l'anxiété pré-opératoire en chirurgie comme « *la conséquence de la menace sur l'intégrité biologique et la survie du patient par l'affection médicale et l'intervention chirurgicale* »¹¹. En effet, 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. Parmi les causes les plus fréquentes de dysfonctionnement physiologique, Beverly Witter DU GAS cite « *la douleur, la mort, la défiguration, la perte d'un organe ou de sa fonction, ou l'impossibilité de retourner à la vie normale* »¹².

Ces entraves éventuelles des processus vitaux sont d'autant plus source d'anxiété qu'elles sont associées dans l'esprit du patient à leurs multiples conséquences.

¹⁰ SELYE Hans - Les stress et la vie - Edition Gallimard, Paris, 1975, 464P.

¹¹ BAEV Dian – Sciences Humaines, l'anxiété pré-opératoire en chirurgie- Inter Bloc, Tome XXIII, n°1, mars 2004, P38-40.

¹² MAWARD Lina, AZAR Nazek - Etude comparative de l'anxiété entre les patients informés et non informés en période préopératoire – Recherche, n°78, septembre 2004, P35-58, citation de Beverly Witter DU GAS.

Tout d'abord des conséquences d'ordre moral, en lien avec la personnalité du patient, son vécu de la maladie, ses antécédents, sa peur du diagnostic.

La maladie peut également avoir un impact familial, avec une perturbation du rôle familial du patient et de l'ensemble des relations inter-familiales. L'hospitalisation d'une mère au foyer dont le mari travaille nécessitera la réorganisation de la cellule familiale, avec tous les soucis que peuvent poser la recherche rapide d'un mode de garde, l'explication de sa nécessité aux enfants un peu déboussolés.

Les conséquences peuvent être aussi professionnelles avec la peur de ne plus pouvoir poursuivre avec réussite son activité professionnelle, ou pire encore, de devoir cesser cette activité. Les problèmes d'absences injustifiées peuvent également se poser avec la préoccupation de l'annonce de la maladie à son employeur.

Enfin, la perte de « bonne santé » chez le patient peut avoir des conséquences sociales, résultantes de toutes celles citées précédemment. Surgit alors la peur de devenir inutile, en marge de la vie sociale ou de la vie tout court.

Mais au-delà de toutes ces circonstances génératrices d'anxiété situationnelle chez le patient en pré-opératoire, il y a aussi tous les 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, et d'autre part, il suscite chez le patient des craintes et des inquiétudes. Elizabeth BARNES dit « *c'est un 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* »¹³. Le bloc opératoire est en réalité très souvent perçu comme un lieu froid, impersonnel où la technique règne en maître.

Les craintes du patient sont donc en premier lieu liées à l'environnement du bloc opératoire, cet univers clos avec tout ce matériel, son rituel, son personnel inconnu qui se cache derrière une charlotte et un masque. En effet, le patient connaît son chirurgien, le choisit même parfois, le revoit plusieurs fois au fil des examens et des consultations. En revanche, ce n'est pas toujours le même anesthésiste que celui qu'il a vu en consultation ou la

¹³ BARNES Elizabeth – Les relations humaines à l'hôpital – Edition Privat, Paris, 1968, 168P.

veille, il ne connaît pas les brancardiers, les infirmiers anesthésistes, les infirmières de bloc opératoire...

L'acte chirurgical en lui-même peut aussi être source d'anxiété pré-opératoire, avec des inquiétudes comme la peur de souffrir au réveil ou les jours suivants, la peur de l'atteinte à l'intégrité physique, la peur de l'échec possible de l'intervention, la peur des séquelles incertaines liées à l'intervention...

Enfin, l'anesthésie peut être vécue comme un danger pour le patient. En effet, l'anesthésie en privant le patient de toute sensation, c'est bien là sa définition, le prive aussi de toute son autonomie. Il devient alors complètement dépendant d'autrui. Martine NICOLET décrit ce recours indispensable au soignant comme « *un sentiment ambivalent de dépendance et d'aliénation. Etre ainsi à la merci de l'autre représente un danger et peut provoquer de l'anxiété qui, si elle n'est pas entendue, peut enfermer le sujet dans une peur insupportable, jusqu'à la peur de mourir* »¹⁴.

Etre endormi peut faire appréhender la mort. Les patients, avant d'être endormis, expriment d'ailleurs très souvent leur peur de ne pas se réveiller.

Comme nous venons de le voir, les causes à l'anxiété pré-opératoire peuvent donc être multiples. Et c'est d'ailleurs la multiplication de celles-ci qui intensifie et aggrave l'anxiété situationnelle des patients.

Mais comment la détecter, comment se manifeste-t-elle ?

3.2.3 SES MANIFESTATIONS

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 du système autonome* »¹⁵.

Ainsi, l'anxiété se manifeste de différentes manières, et de façon méthodique, je distinguerai les manifestations psychologiques, des manifestations physiologiques et somatiques.

¹⁴ NICOLET Martine - L'infirmier anesthésiste – Edition Médecine-Sciences Flammarion, 2003, 233P.

¹⁵ SPIELBERGER C.D. – L'influence d'un enseignement pré-opératoire sur l'anxiété du patient opéré - Recherche en Soins Infirmiers, n°49, juin 1997, P90-99.

D'un point de vue psychologique, l'anxiété se manifeste au niveau du comportement de façons différentes et variées.

Certains expriment verbalement leur peur, d'une façon plus ou moins explicite. La façon de s'exprimer peut d'ailleurs subir des modifications : parler rapide ou précipité, hésitations, difficultés à trouver les mots, bégaiements, bredouillements, changement possible du ton de la voix qui peut s'amplifier ou devenir plus aiguë...

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.

L'anxiété pré-opératoire 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, que m'évoquent la prise en charge de jeunes patientes en chirurgie ambulatoire pour des interruptions volontaires de grossesse, ressemblent souvent à un appel au secours.

Enfin, certains patients peuvent réagir à leurs craintes par un comportement hostile, porté à la colère, à l'insatisfaction, à la critique excessive.

Comme le constatent Lilian BRUNNER et Doris SUDDARTH « *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 si elle a obtenu une réponse. Une autre personne peut réagir en se refermant sur elle-même, en évitant tout contact et en s'obstinant à lire un livre. Une autre encore ne cessera de parler de choses insignifiantes* »¹⁶.

Sur le plan physiologique, l'anxiété provoque des réactions bien identifiées. Elles varient cependant en intensité ou en nature selon la gravité de l'anxiété situationnelle du patient.

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 la circulation sanguine. Il s'agit d'une stimulation du système nerveux autonome, système neurovégétatif. C'est le système sympathique qui est le plus souvent affecté, mais si la réaction est plus intense, elle touchera le système parasympathique aussi.

¹⁶ BRUNER Lilian et SUDDARTH Doris – Soins infirmiers en médecine-chirurgie, traduit de l'anglais, Edition du Renouveau Pédagogique, 2^e édition, Ottawa, 1985, 252P.

Ainsi, Beverly Witter DU GAS explique que « *l'individu anxieux peut présenter des signes de tension musculaire qui résultent du système sympathique et, simultanément, souffrir de diarrhée due à une augmentation de la motilité gastrique, en raison de la suractivité du système parasympathique* »¹⁷.

La tension musculaire est d'ailleurs l'un des signes les plus fréquents de l'anxiété pré-opératoire. Elle se manifeste chez le patient par le « visage tendu » et les « points serrés », 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.

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, le pouls s'accélère et le patient décrit subjectivement des palpitations.

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

Enfin, outre les crampes d'estomac et les diarrhées que j'ai mentionnées ci-dessus, les nausées et les vomissements sont des symptômes gastro-intestinaux qui peuvent être liés à l'anxiété. De même, les mictions fréquentes sont un signe d'anxiété. Qui n'a jamais posé un bassin ou donné un urinal à un patient juste avant l'induction anesthésique, pour « quelques gouttes », alors qu'il avait uriné avant de descendre au bloc opératoire ?

L'anxiété pré-opératoire s'exprime donc de multiples façons. Et en plus de ses manifestations psychologiques, l'anxiété a des effets incontestables sur l'organisme.

On peut alors se demander si elle a des répercussions, des conséquences sur la prise en charge anesthésique et chirurgicale.

3.2.4 SES REPERCUSSIONS

L'anxiété du patient en pré-opératoire a effectivement un impact sur la prise en charge anesthésique.

¹⁷ MAWARD Lina, AZAR Nazek, Op. cit.

D'après Michel CHAUVIN, « *il y a une corrélation positive entre l'anxiolyse et la facilité d'induction, et la diminution des besoins en agents anesthésiques* »¹⁸. Cela signifie par conséquent qu'un patient anxieux est plus difficile à endormir, et qu'il nécessitera de doses plus importantes de médicaments. Chacun de nous l'a effectivement constaté sur le terrain. Un patient anxieux lutte au moment de l'induction, résiste, garde les yeux grands ouverts jusqu'à ce que les agents anesthésiques aient eu raison de lui. Cela n'est pas anodin lorsqu'on connaît la puissance des médicaments utilisés en anesthésie et les effets secondaires qu'ils induisent (hypotension, nausées, vomissements...).

De plus, Y MANTZ, Y.LEPORT et V.GUELLEC affirment que « *l'évaluation de l'anxiété pré-opératoire et son traitement constituent un élément important pouvant retentir sur la récupération post-anesthésique* »¹⁹. Ainsi, il en résulte qu'un malade anxieux se réveillera plus « mal » qu'un malade serein, probablement plus agité. Une fois de plus, c'est un constat fréquemment observé au bloc opératoire. C'est d'ailleurs pour cette raison que les moyens de contention utilisés en per-opératoire pour éviter le risque de chute du patient, sont parfois renforcés au réveil. De même, la présence d'un brancardier à proximité de la salle d'intervention au moment du réveil d'un patient anxieux, est toujours bienveillante. Alain LANDAIS, qui fait référence aux travaux de DEARDOFF et REEVES, confirme que « *la préparation psychologique à l'intervention a des bénéfices tels la diminution de l'angoisse après la chirurgie et une douleur, et donc une analgésie, moins importante* »²⁰.

Quant aux conséquences de l'anxiété sur la prise en charge chirurgicale, elles sont plus incertaines. Selon Michel CHAUVIN, « *la relation est beaucoup plus incertaine entre le degré d'anxiété et les suites post-opératoires. De nombreux autres facteurs interfèrent dans les suites opératoires* »²¹. En revanche, Alain LANDAIS nous dit dans son ouvrage que « *plusieurs auteurs ont mis en évidence qu'une anxiété pré-opératoire était un facteur délétère quant aux suites opératoires immédiates ou à moyen terme. Elle augmente les*

¹⁸ CHAUVIN Michel – Buts de la prémédication : anxiolyse, extrait des JEPU, Consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention de B. RIOU et P. CORIAT – Edition Arnette, Paris, 1997.

¹⁹ MANTZ J., LEPORTE Y. Et GUELLEC V. – Conférences d'actualisation 2003 – Edition Elsevier SAS, Paris, 2003, P219-230 : « optimisation de la récupération après anesthésie générale ».

²⁰ LANDAIS Alain, sous la direction de Claude SAINT-MAURICE – Cours IADE – Editions Lamarre, Tome 3, Paris, 2004, 323P.

²¹ CHAUVIN Michel, Op. cit.

complications post-opératoires, détériore le processus de guérison et augmente la durée du séjour hospitalier »²².

Cependant, Dan BAEV, neuro-psychologue affirme que l'anxiété pré-opératoire a des conséquences sur la santé. Il explique que « *les modifications physiologiques causées par l'anxiété sont à l'origine des troubles fonctionnels qui aboutissent à la maladie psychosomatique* »²³. Ainsi, l'absence d'une prise en charge adéquate de l'anxiété en pré-opératoire peut aboutir à la maladie psychosomatique.

Mais quoiqu'il en soit, en dehors de toutes les répercussions que peut avoir l'anxiété pré-opératoire sur le patient, son contrôle, en plus de faire partie intégrante du rôle propre des personnels de santé, doit être un objectif humain. Ce sentiment d'insécurité indéfinissable, ce désarroi constitue un phénomène majeur, perceptible dans ses nombreux symptômes somatiques et ses manifestations psychologiques, qui ne doit pas être tolérable. La prise en charge de l'anxiété doit être un automatisme devant tout patient.

Attardons-nous alors sur les différents aspects de cette prise en charge.

3.2.5 LES MOYENS D'Y PALLIER

La prise en charge de l'anxiété pré-opératoire commence par son évaluation. Elle se fait par le biais de la consultation chirurgicale et surtout lors de la consultation pré-anesthésique et de la visite pré-anesthésique.

En effet, la période pré-anesthésique est essentielle car elle permet au médecin anesthésiste réanimateur d'effectuer l'évaluation pré-opératoire du patient, et a notamment comme finalité d'offrir au patient une sécurité optimale et un meilleur confort.

La consultation pré-anesthésique, qui est une obligation légale en France depuis décembre 1994²⁴, est réalisée par un médecin anesthésiste au moins huit jours avant les actes programmés non urgents. Elle permet de prendre connaissance avec le patient et a, entre autres, l'objectif de définir une stratégie d'anxiolyse adaptée au patient. D'après S.

²² LANDAIS Alain, Op. cit.

²³ BAEV Dian – Sciences Humaines, l'anxiété pré-opératoire en chirurgie- Inter Bloc, Tome XXIII, n°1, mars 2004, P38-40.

²⁴ Cf. Annexe II.

JOHANNET, cette consultation a un effet « contact ». Ainsi elle affirme que « *les échanges avec le patient permettent de mieux le connaître et de répondre à ses attentes. Elle permet de cerner les traits élémentaires de personnalité et notamment de dépister une composante anxieuse* »²⁵.

La visite pré-anesthésique est, elle aussi, obligatoire²⁶ et s'ajoute à la consultation. Elle se déroule si possible la veille de l'intervention, sinon dans les heures qui précèdent celle-ci. Le médecin anesthésiste fait alors un dernier bilan des différentes données recueillies sur le patient. Puis il confirme définitivement sa stratégie anesthésique prévue lors de la consultation, et notamment celle d'anxiolyse, ou bien il l'adapte à l'état actuel du patient.

Après son évaluation, le deuxième axe de prise en charge de l'anxiété pré-opératoire est son traitement. Différents moyens sont alors utilisables.

Le premier, en plus d'être le plus simple et le plus naturel, est accessible à tous puisqu'il repose sur des qualités humaines telles que : être à l'écoute, chaleureux, réassurant par le dialogue...

La relaxation est aussi utilisable, via la musique, la vidéo, la respiration.

L'hypnose est également un outil thérapeutique efficace en voie de développement. Je ne peux pas l'occulter dans mon travail, car il suffit de noter « anxiété pré-opératoire » dans un moteur de recherche sur Internet, et d'emblée de multiples liens sur l'hypnose s'affichent.

Comme le dit Jean-Pierre GADBOIS « *l'état hypnotique est en fait un phénomène physiologique et spontané dans lequel nous évoluons plusieurs fois par jour. Il peut s'agir d'un état de rêverie : lecture passionnante, voyage dans un train...* »²⁷. Le sujet se déconnecte de la réalité environnante, tout en étant présent ici, mais aussi ailleurs, là-bas.

Le but du médecin est de cultiver, d'entretenir ce phénomène, à la demande du patient, dans un but thérapeutique. Jean-Pierre GADBOIS précise qu'« *il s'agit, sans suggestion intrusive, et en respectant intégralement son écologie psychique, d'aider un sujet à trouver des solutions à un niveau inconscient, de résoudre le ou les problèmes qui le bloquent* »²⁸.

²⁵ JOHANNET S. – Effets indirects et inattendus de la consultation d'anesthésie, extrait du JEPU, consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention de B. RIOU et P. CORIAT – Edition Arnette, Paris, 1997.

²⁶ Cf. Annexe II.

²⁷ GADBOIS Jean-Pierre – Gérer son handicap - <http://perso.orange.fr/jeanpierre.gadbois/hypnose.htm>, 2006, 10/07/2006.

²⁸ GADBOIS Jean-Pierre, Op. cit.

Cette nouvelle hypnose, dont Milton ERICKSON, psychiatre américain fut l'initiateur permet d'agir sur la composante psychosomatique de bon nombre d'affections. Françoise PLATIAU, licenciée en psychologie et hypnothérapeute, précise qu' « *elle est notamment efficace en anesthésie et permet de diminuer l'anxiété pré-opératoire* »²⁹.

La prémédication pharmacologique est aussi un moyen constant utilisé pour diminuer l'anxiété du patient dans les dernières heures pré-opératoire. Elle est décidée dans son type, son mode et ses horaires d'administration lors de la consultation anesthésique. Elle est confirmée lors de la visite pré-anesthésique. La voie d'administration la plus usuelle est la voie orale car elle offre une efficacité équivalente à la voie intra-veineuse, et un meilleur confort au patient. La prémédication est prescrite le plus souvent pour être administrée la veille au soir de l'intervention et le matin de l'anesthésie (environ deux heures avant l'heure prévue de l'induction). Les agents anxiolytiques les plus couramment utilisés sont les benzodiazépines, qui ont l'avantage de procurer de surcroît un effet amnésique non négligeable en post-opératoire au regard de l'anxiété pré-opératoire, et l'hydroxyzine (Atarax*).

Mais le moyen de pallier le mieux à l'anxiété pré-opératoire réside dans l'information. Comme Lina MAWARD et Nazek AZAR le prouvent dans leur étude comparative de l'anxiété entre les patients informés et non informés en période pré-opératoire³⁰, la plupart des études montrent que plus les patients sont informés, plus ils sont calmes durant leur hospitalisation et à l'arrivée au bloc opératoire. Graziella DALSTEIN nous rappelle d'ailleurs que « *dans la pyramide de Masslov, l'information correspond à un besoin de sécurité morale. Elle est une obligation pour que l'individu s'assume pleinement. Pour Henderson, le besoin de se renseigner est le quatorzième point fondamental à assurer pour une prise en charge globale de l'homme malade* »³¹. C'est pour cette raison que d'un point de vue législatif, notamment grâce à la Charte du patient hospitalisé³², a été mis en place le consentement éclairé du patient. Par ailleurs, l'article L.1111-2 du code de la Santé Publique introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule

²⁹ PLATIAU Françoise – Utilisations de l'hypnose - <http://www.francoise-platiau.be/phobie.htm>, 2006, 10/07/2006.

³⁰ MAWARD Lina et AZAR Nazek, Op. cit.

³¹ DALSTEIN Graziella, Op. cit.

³² Cf. Annexe III.

que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus »³³.

L'information commence lors de la consultation chirurgicale. Lorsque le malade a pu exprimer tout ce qu'il pensait nécessaire et que le médecin a fait son diagnostic, alors celui-ci doit être expliqué au patient. L'énoncé du diagnostic et de l'intervention chirurgicale tend en principe à calmer l'anxiété, car nommer l'inconnu, c'est déjà un peu le connaître. Il fait moins peur.

Puis la consultation pré-anesthésique est un moment de choix pour informer le patient. Et comme le précise Michel CHAUVIN, « informer est essentiel dans un but médico-légal mais aussi dans un but thérapeutique pour rassurer le patient »³⁴. La description des procédures anesthésiques et chirurgicales envisagées doit être précise mais sobre pour laisser place aux questions du patient. L'habituelle abondance de questions complémentaires d'ordre chirurgical n'est pas forcément liée à l'insuffisance d'information reçue de l'opérateur, mais au fait que le patient n'a pas eu le temps d'assimiler le débit d'information à haute valeur émotionnelle qu'il a pu recevoir de la consultation chirurgicale. La réflexion et le retour du futur opéré parmi les siens génèrent obligatoirement des interrogations complémentaires qui doivent être soumises au médecin anesthésiste et auxquelles il doit répondre de son mieux. Il doit employer des expressions simples même si le patient emploie des termes techniques, car il n'est pas certain qu'il en comprenne exactement le sens. La vulgarisation par voie de presse, de radio ou de télévision a rendu un certain nombre de mots familiers au public non médical, mais ils sont souvent mal interprétés. La SFAR recommande que « le médecin anesthésiste-réanimateur adapte ses propos au contexte médical, à la psychologie et au contexte socio-culturel du patient. Il n'existe pas de formule toute faite »³⁵.

Enfin, la visite pré-anesthésique est un des derniers moments avant l'intervention pour que le médecin anesthésiste réponde aux ultimes questions du patient. Elle doit être réalisée avec sérieux. D'ailleurs Michel CHAUVIN précise que « la valeur et l'efficacité de

³³ Cf. Annexe IV.

³⁴ CHAUVIN Michel, Op. cit.

³⁵ Référentiels en anesthésie-réanimation réunis par la SFAR, Edition Elsevier, 1997, P221-229.

l'information ont été démontrées par de nombreuses études. La prescription seule de médicament est moins efficace qu'une visite seule »³⁶.

L'information a donc un rôle capital dans la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire. Mais outre l'importance du temps que prennent le chirurgien et le médecin anesthésiste pour faire leur consultation, et celle de la visite du médecin anesthésiste qui passe voir le patient la veille pour répondre à ses dernières questions, l'information doit se faire à tous les niveaux. D'ailleurs, l'article L.1111-2 du code de la Santé Publique introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précise que « *l'information des usagers de santé incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* »³⁷.

En effet, il me semble que l'anxiété pré-opératoire est l'affaire de tous et que sa solution réside dans une prise en charge pluridisciplinaire. Il est important que les aides-soignantes ne parlent pas de leur vie de famille en refaisant le lit du futur opéré, que les infirmières ne déposent pas le matin de l'intervention le flacon de bétadine sur l'adaptable du patient sans lui expliquer en quoi consiste la douche bétadinée, que les brancardiers ne descendent pas les patients au bloc opératoire à 7H du matin alors que le personnel du bloc arrive après eux, que l'infirmière de bloc opératoire ne colle pas sa plaque de bistouri sur la cuisse du patient sans le prévenir que ça va « le glacer », etc.

L'infirmier anesthésiste a lui aussi un rôle à tenir dans la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire. Mais quel est-il ?

³⁶ CHAUVIN Michel, Op. cit.

³⁷ Cf. Annexe IV.

3.3 LE ROLE DE L'INFIRMIER ANESTHESISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE DU PATIENT EN PRE-OPERATOIRE

3.3.1 L'ACCUEIL DU PATIENT ARRIVANT AU BLOC OPERATOIRE : UN MOMENT CLE

Malgré l'information pré-opératoire faite dans la plupart des cas et la prémédication pharmacologique, la « descente » au bloc opératoire reste une période anxiogène.

A cet instant, le patient prend connaissance de l'environnement chirurgical, et prend conscience de son hostilité (froid, nudité du patient, inconfort physique général, absence de visage). A cela s'ajoute le début de l'agression physique : électrodes du scope, brassard à tension, pince du saturomètre, mais surtout pose de la perfusion.

L'accueil du patient est donc un moment clé qui doit être de qualité, afin de réduire l'anxiété pré-opératoire résiduelle du patient et lui garantir un confort optimal à l'induction. L'infirmier anesthésiste, un des premiers interlocuteurs du patient qui arrive au bloc, et celui qui le suit et l'accompagne jusqu'à son « endormissement », joue donc un rôle prépondérant dans cet accueil.

D'un point de vue strictement législatif, l'article 2 du décret de compétence du 29 juillet 2004 relatif aux règles professionnelles de l'infirmier stipule que « *les soins infirmiers ont pour objet [...], de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, en tenant compte de la personnalité de celles-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »³⁸. De même, l'article 5 de ce même décret ajoute que « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* »³⁹. Parmi les soins cités, on trouve : « *l'entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire, l'aide et le soutien psychologique, l'observation et la surveillance des troubles du comportement* »⁴⁰.

³⁸ Cf. Annexe I.

³⁹ Cf. Annexe I.

⁴⁰ Cf. Annexe I.

La recherche, l'identification des besoins du patient et la réponse à ces besoins, non seulement physiques mais également psychologiques et relationnels, relèvent du rôle propre de l'infirmier anesthésiste. Celui-ci doit assurer une prise en charge globale de la personne soignée qu'il doit considérer comme unique dans ses composantes bio-psycho-sociales. La gestion de l'anxiété du patient en pré-opératoire entre dans le cadre de cette prise en charge par le biais de soins d'ordre relationnel. Et comme le recommande le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, ces soins doivent être basés sur l'information et le soutien psychologique : « *L'infirmier anesthésiste accueille le patient à son arrivée au bloc opératoire. Il lui permet d'exprimer ses besoins fondamentaux. Il l'informe sur ses actions. Il répond à ses interrogations et favorise une moindre angoisse. Il veille au confort physique et psychologique du patient* »⁴¹.

Dans l'idéal, il serait souhaitable que l'infirmier anesthésiste puisse rencontrer le patient avant l'intervention chirurgicale, afin d'expliquer précisément et avec des mots simples, le déroulement de l'anesthésie et de la chirurgie. Cependant, l'organisation des blocs opératoires ne permet pas aux équipes d'infirmiers anesthésistes cette rencontre préalable avec les patients. Or, ces derniers, le plus souvent prémédiqués, arrivent au bloc opératoire un peu déconnectés de la réalité sous l'effet des anxiolytiques. La phase pré-opératoire immédiate se montre donc peu propice à une préparation adaptée à la singularité de chaque patient. Toutefois, dans cet espace temps extrêmement court qui précède l'anesthésie, l'infirmier anesthésiste peut malgré tout participer à redonner un sentiment de protection. Et d'après Martine NICOLET, « *c'est en offrant cette réassurance que l'infirmier anesthésiste participe à une anesthésie de qualité* »⁴².

Divers moyens peuvent ainsi participer à l'apaisement du patient. Tout d'abord, l'infirmier anesthésiste doit se présenter. Il doit se montrer à l'écoute, être attentif à d'éventuels signes d'inquiétude, parler au patient, lui offrir des regards non pas intrusifs mais de compassion. Il doit lui expliquer le déroulement de la prise en charge pré-anesthésique (le transfert en salle, l'installation, l'induction) ainsi que celui de l'anesthésie et du réveil. Il doit lui expliquer les gestes réalisés sans nier la violence qu'ils représentent souvent, ce qui permet

⁴¹ SNIA – Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste- <http://www.snia.net/>, 2002, 2006, 25/07/2006.

⁴² NICOLET Martine, Op. cit.

à la personne qui les subit de situer l'acte comme un soin et non comme une agression. Il doit installer le patient dans le calme et être particulièrement vigilant à l'environnement sonore lors de l'induction anesthésique. Il doit installer le patient avec douceur avec le souci permanent de respecter sa pudeur, en le recouvrant et le réchauffant.

Selon Martine NICOLET, tous ces moyens « *permettent au patient de limiter sa peur et de mieux vivre l'intervention* »⁴³. Elle ajoute qu'ils « *contribuent à faire associer le patient aux soins qui sont dispensés et à s'endormir plus sereinement* »⁴⁴.

Cependant, dans le court laps de temps que possède l'infirmier anesthésiste pour accueillir le patient, il doit également respecter une procédure de contrôle et d'évaluation du patient, immuable et indispensable (identité, respect du jeûne, allergie, traitement en cours, retrait du matériel prothétique...). En effet, le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes recommande pour l'accueil du patient que « *l'infirmier anesthésiste respecte les procédures de contrôle de l'identité du patient et de la concordance avec les éléments du dossier en vigueur dans le service. Il applique le protocole de prise en charge du patient. Il procède à l'évaluation des éléments techniques pour la mise en œuvre de sa mission, si l'état du patient a évolué depuis l'examen médical et si cela est le cas, il en prévient le médecin anesthésiste-réanimateur responsable de l'anesthésie* »⁴⁵.

Quelle place l'infirmier anesthésiste doit-il ou peut-il alors accorder, à la prise en charge de l'anxiété du patient lors de son accueil au bloc opératoire ?

3.3.2 QUELLE PRIORITE LUI ACCORDER DANS LA PHASE PRE-ANESTHESIQUE ?

L'accueil du patient est un acte qui dépend de chacun, selon son expérience, sa sensibilité, sa disponibilité, et dont dépend la qualité de la communication. Ainsi Anne DARD précise que « *la capacité d'observation et la qualité du message délivré au patient tiennent souvent à la personnalité, l'expression ou l'humeur de l'infirmier anesthésiste qui réalise l'accueil* »⁴⁶. Elle ajoute que « *les infirmiers anesthésistes possèdent, au-delà de leurs*

⁴³ NICOLET Martine, Op. cit.

⁴⁴ NICOLET Martine, Op. cit.

⁴⁵ SNIA, Op. cit.

⁴⁶ DARD Anne – L'accueil du patient au bloc opératoire – Inter bloc, tome 24, n°1, mars 2005, P4-22.

compétences communes, une sensibilité et une expérience propres qui conditionnent une partie de leur discours et leur implication dans l'accueil et la prise en charge du futur opéré »⁴⁷.

En effet, les qualités humaines exigées pour un accueil de qualité du patient sont propres à chacun et variables d'un professionnel à un autre. Certains infirmiers anesthésistes pourront entretenir une communication réduite à des informations indirectes et techniques, et en cela, nier la présence du patient en le considérant comme un objet de soin.

Cependant, ces actes relationnels comme la présence réelle et chaleureuse, l'empathie, sont inhérents à la profession infirmière. Ainsi, comme tout infirmier, l'infirmier anesthésiste doit avoir ce comportement attentif au patient anxieux. D'après Martine NICOLET, « *ce comportement attentif à l'autre résulte d'un véritable professionnalisme* »⁴⁸.

Et c'est parce que la prise en charge de l'anxiété du patient en pré-opératoire par l'infirmier anesthésiste repose sur la qualité de l'accueil, obtenue par une démarche relationnelle (information et soutien psychologique du patient), qu'elle doit être prioritaire. Ces soins d'ordre relationnel que doit dispenser l'infirmier anesthésiste à l'accueil du patient ne remplacent pas les procédures de contrôle et le protocole de prise en charge pré-anesthésique. Ils se superposent aux soins techniques. D'ailleurs, l'article 2 du décret de compétence du 29 juillet 2004 relatif aux règles professionnelles de l'infirmier, indique clairement que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »⁴⁹.

C'est pourquoi, la prise en charge de l'anxiété du patient arrivant au bloc doit être pour l'infirmier anesthésiste une préoccupation permanente. Il doit s'interroger en permanence sur le travail qu'il accomplit et chercher à se remettre constamment en question, afin de ne pas se laisser submerger par la toute-puissance dont il peut faire preuve par le seul fait de participer à l'anesthésie de quelqu'un d'autre.

La prise en charge de l'anxiété du patient arrivant au bloc doit être pour l'infirmier anesthésiste une priorité.

⁴⁷ DARD Anne, Op. cit.

⁴⁸ NICOLET Martine, Op. cit.

⁴⁹ Cf. Annexe I.

3.4 CONCLUSION

L'anxiété pré-opératoire est une notion avérée, quasi permanente pour chaque futur opéré. Si son seuil est tolérable pour certains, correspondant à une « réaction normale » à l'annonce de la maladie et de l'intervention chirurgicale, elle peut pour d'autres, prendre de l'ampleur et devenir alarmante.

Ses manifestations sont multiples et variables d'un patient à un autre, tant sur le plan psychologique que sur le plan physique. Quant à ses étiologies, elles sont toutes aussi nombreuses : morales, sociales, familiales, professionnelles, en plus de celles inhérentes au bloc opératoire liées à l'environnement, l'acte chirurgical et ses répercussions, et l'anesthésie.

En plus de la pénibilité et du désarroi que l'anxiété pré-opératoire engendre, elle a un impact non négligeable sur la prise en charge anesthésique et la récupération post-opératoire du patient. C'est notamment pour ces raisons, qu'elle doit être prise en charge de manière constante et généralisée à tous les patients.

Les moyens de pallier à cette anxiété sont multiples, mais celui que je retiendrai comme prioritaire est l'information donnée au patient. Et celle-ci doit se faire à tous les niveaux, aussi bien par le médecin anesthésiste et le chirurgien, que par l'infirmière d'étage et le brancardier. La prise en charge de l'anxiété pré-opératoire doit être pluridisciplinaire.

L'infirmier anesthésiste joue donc, lui aussi, un rôle clé dans la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire, qui se situe à l'accueil du patient. La qualité de l'accueil repose elle aussi sur l'information, mais également sur les qualités humaines que doit posséder tout bon infirmier anesthésiste, qualités inhérentes à la profession infirmière. Cette prise en charge de l'anxiété, que l'infirmier anesthésiste effectue par le biais d'une démarche relationnelle, doit être pour lui une préoccupation permanente.

La prise en charge de l'anxiété pré-opératoire doit donc être une priorité pour l'infirmier anesthésiste. Mais cette affirmation n'est en somme qu'une hypothèse, alors se confirme-t-elle sur le terrain ?

4 SUR LE TERRAIN, L'INFIRMIER ANESTHESISTE ACCORDE-T-IL VRAIMENT DE L'IMPORTANCE A L'ANXIETE DU PATIENT QUI ARRIVE AU BLOC OPERATOIRE ?

4.1 INTRODUCTION

Malgré une littérature riche sur l'anxiété pré-opératoire ainsi que sur les bienfaits du construit relationnel, de l'information donnée au patient et de son accueil au bloc opératoire, en pratique, les infirmiers anesthésistes offrent-ils une relation de qualité au patient ? La technique n'est-elle finalement pas consommatrice de temps au détriment du relationnel ? Les compétences relationnelles de l'infirmier anesthésiste suffisent-elles vraiment, ou est-ce que des moyens externes tels que l'architecture ou l'organisation du service s'avèrent nécessaire à une prise en charge optimale de l'anxiété pré-opératoire du patient ?

Afin d'y répondre, et ainsi affirmer ou infirmer mon hypothèse de travail, j'ai élaboré et réalisé une enquête auprès des professionnels concernés sur le terrain.

Je vous présenterai donc dans un premier temps les critères qui ont déterminé l'élaboration et la réalisation de cette enquête. Parmi eux : le choix de la population, le choix de l'outil et le choix du lieu. De même, je vous ferai part de son déroulement, notamment à travers les impératifs administratifs qu'il a fallu remplir, les conditions d'enquête, les limites rencontrées...

Puis dans un second temps, je procéderai à la retranscription et à l'analyse de l'enquête, analyse que je ferai en lien avec le cadre théorique de l'hypothèse de travail, exposé dans le chapitre précédent.

La synthèse de cette analyse me permettra d'infirmer ou d'affirmer mon hypothèse de travail, tout en sachant que cette conclusion sera relative à la validité de l'enquête. En effet, compte-tenu de sa faible valeur quantitative, cette conclusion n'aura qu'une valeur indicative.

4.2 UNE ENQUETE POUR SE CONFRONTER A LA REALITE DU TERRAIN

4.2.1 LE CHOIX DE LA POPULATION

Comme le précise le libellé de l'hypothèse, c'est aux infirmiers anesthésistes que je m'adresse. Mon choix s'est initialement porté sur cette population pour une première raison simple, qui correspond à mon évolution professionnelle. En effet, à quelques mois de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, il m'est intéressant d'avoir un regard critique et analytique sur ma future profession.

D'autre part, la place qu'occupe le relationnel dans la prise en charge anesthésique du patient est une réelle préoccupation pour moi. La démarche anesthésique qui consiste à couper court à tout type de relation « psychologique » par le fait d'endormir me pose problème. En effet, j'ai toujours pris soin de mettre au premier plan la relation avec le patient lors de ma pratique professionnelle antérieure, et il me paraît inconcevable de réduire le travail de l'infirmier anesthésiste à des tâches techniques. Si celui-ci se résumait à injecter un hypnotique comme si l'on appuyait sur l'interrupteur du langage, alors je me serais trompée d'orientation professionnelle... Mais je suis persuadée du contraire !

En toute logique, j'ai donc choisi de réaliser mes enquêtes auprès d'infirmiers anesthésistes, sous-entendu également infirmières anesthésistes.

Il est vrai que tout au long de mon travail, je n'ai parlé que d'infirmiers anesthésistes, car dans tous les écrits, le genre masculin est toujours utilisé pour citer la profession. C'est peut-être dû au fait que la gent masculine était initialement majoritaire au sein de la population d'infirmiers anesthésistes... En tout cas, dans l'hypothèse où ce constat était vrai il y a quelques années, il tend fortement à régresser aujourd'hui.

Derrière « infirmier anesthésiste », il faut donc lire à chaque fois « infirmier-infirmière anesthésiste ». D'ailleurs, je n'ai pas retenu le sexe comme critère de sélection pour le choix des personnes interrogées.

En outre, par extension, il m'a semblé que la détermination de critères pour le choix des infirmiers anesthésistes interrogés n'était pas nécessaire. En effet, la prise en charge de l'anxiété en pré-opératoire se base principalement pour l'infirmier anesthésiste sur ses qualités

relationnelles, or celles-ci sont propre à chacun et dépendent de sa personnalité. Cela rend impossible la sélection d'un profil type d'infirmier anesthésiste.

J'ai donc choisi d'interroger les infirmiers anesthésistes qui, après sollicitation, étaient intéressés par mon travail et désiraient répondre à mes questions.

4.2.2 LE CHOIX DE L'OUTIL

C'est aussi parce que chaque infirmier anesthésiste a une personnalité propre qui détermine ses qualités relationnelles, qu'il m'importait d'avoir l'opinion personnelle des infirmiers anesthésistes que j'allais interroger. Je ne voulais pas qu'ils soient influencés dans leurs réponses, notamment par leurs collègues.

Mon choix s'est donc arrêté sur l'entretien personnel semi-directif. Il se définit par un tête-à-tête entre deux personnes où l'une transmet des informations à l'autre. C'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant le processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec un but fixé. Il a un caractère confidentiel qui permet d'établir une relation de confiance avec l'interviewé. Celui-ci se dévoile au fur et à mesure du déroulement de l'entretien et donne des informations de plus en plus précises.

L'entretien semi-directif à l'avantage de mettre en avant la spontanéité, et donc la sincérité, des réponses verbales et comportementales de l'interviewé. D'autre part, il nécessite pour l'interviewer de développer sa capacité d'écoute, d'avoir une attitude ouverte et porter de l'intérêt à ce qui est dit. Il est donc particulièrement adapté au thème « relationnel » de l'enquête, à l'inverse d'outils plus impersonnels comme le questionnaire ou l'observation.

En revanche, il implique des difficultés telles que ne porter aucun jugement, arriver à encourager l'interviewé à dire ce qu'il pense réellement sans l'orienter ou l'influencer, accepter les silences, les attentes, les idées différentes des siennes,... L'utilisation de cet outil nécessite sa relative maîtrise afin de rester le plus objectif possible.

J'ai donc élaboré une grille d'entretien⁵⁰ comportant neuf questions.

La première question concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste au bloc opératoire est volontairement très ouverte. Elle permet d'appréhender d'emblée si l'aspect relationnel, et en

⁵⁰ Cf. Annexe V.

particulier l'anxiété pré-opératoire, a une place au quotidien dans le travail de l'infirmier anesthésiste interrogé. Est-il évoqué en première intention ? Les autres questions fonctionnent « en entonnoir » et amènent progressivement les infirmiers anesthésistes au sujet du travail.

Ainsi, les questions 2, 3 et 4, relatives à l'accueil du patient au bloc opératoire, sont plus précises et permettent de cadrer l'infirmier anesthésiste interrogé sur ce thème. Toutefois, elles occultent dans leur énoncé la notion d'anxiété afin de constater si l'infirmier anesthésiste entretenu l'aborde spontanément.

Puis les quatre questions suivantes sont délibérément centrées sur le sujet qui me préoccupe, à savoir la place qu'accorde l'infirmier anesthésiste à l'anxiété pré-opératoire du patient. La question 5 s'attache à l'identification de l'anxiété pré-opératoire du patient par l'infirmier anesthésiste. La question 6 teste les connaissances de l'infirmier anesthésiste concernant les répercussions de l'anxiété pré-opératoire du patient. La question 7 s'attarde sur les actions que l'infirmier anesthésiste met en place pour réduire cette anxiété. Quant à la question 8, elle permet de déceler d'éventuelles envies, frustrations, satisfactions au regard de la gestion de l'anxiété pré-opératoire dans le service. Les réponses à ces questions me permettront de nuancer ou de renforcer l'analyse des réponses précédentes, apportées spontanément par les infirmiers anesthésistes interrogés.

Enfin et en guise de conclusion, la question 9 permet de mettre en lien l'importance qu'ils accordent à l'anxiété du patient en pré-opératoire, avec leur vision de la profession : plutôt technique, plutôt relationnelle ou les deux ?

Par ailleurs, l'interrogatoire des infirmiers anesthésistes par rapport à leur âge, leur sexe et la date d'obtention de leur diplôme m'apporte des éléments qui pourront être utiles à l'analyse de l'enquête.

Notons qu'avant de réaliser les entretiens, cet outil a été testé auprès de deux infirmiers anesthésistes lors d'un stage qui s'est déroulé au mois d'octobre, afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions.

4.2.3 LE CHOIX DU LIEU

Le sujet traitant de la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient par l'infirmier anesthésiste, le bloc opératoire s'est imposé comme lieu de réalisation pour l'enquête.

Par ailleurs, son choix me paraissait important puisque la diversité structurale des blocs (présence de sas de pré-induction ou non), le rythme des interventions programmées, l'effectif du personnel, sont autant de facteurs qui peuvent influencer la prise en charge de l'anxiété du patient par l'infirmier anesthésiste. Cependant, compte-tenu du faible nombre d'entretiens que je devais réaliser, j'ai finalement pensé qu'il serait intéressant de ne les réaliser que dans un seul hôpital. Cela me permettait d'envisager si le terrain et ses contraintes avaient réellement une influence sur le travail de l'infirmier anesthésiste, en matière de prise en charge de l'anxiété.

J'ai donc choisi de réaliser mon enquête dans l'hôpital que je nommerai X. Ce choix a été guidé par ma tutrice qui y travaille comme cadre infirmier anesthésiste. En effet, elle a trouvé intéressant d'appréhender le sujet dans les blocs opératoires de son établissement par le biais de mon travail. Dans ce contexte, je tiens à rappeler comme une évidence que l'anonymat des personnes interrogées sera préservé.

D'autre part, le département d'Anesthésie Réanimation de cet hôpital a réalisé un petit livret d'information médicale⁵¹ destiné au patient, qui lui est remis lors de sa consultation d'anesthésie. Il explique les différents types d'anesthésie, la surveillance qu'elle requiert pendant la durée de l'intervention et pendant le réveil, ses risques... Ce souci d'information qui dépasse le cadre de la simple consultation avec l'obligation médico-légale d'informer le patient, témoigne implicitement de l'implication des médecins anesthésistes réanimateurs de cet établissement dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire des patients.

Il m'a donc semblé intéressant de constater si cette préoccupation médicale se prolongeait au bloc opératoire, à travers la prise en charge du patient par l'infirmier anesthésiste.

⁵¹ Cf. Annexe VI.

4.2.4 SON DEROULEMENT

Afin de réaliser les entretiens de mon enquête, il m'a fallu l'autorisation de la Directrice des Soins Infirmiers de l'hôpital concerné.

Cet impératif administratif rempli, j'ai contacté ma tutrice, cadre infirmier des blocs opératoires de cet hôpital, qui s'est chargée de présenter mon travail aux infirmiers anesthésistes de la structure. Notons que le sujet du travail n'a pas été appréhendé comme la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient par l'infirmier anesthésiste, mais par l'accueil du patient au bloc opératoire, et ceci pour ne pas induire de réponses trop formatées. Rester évasif sur le thème de l'enquête permet à l'interviewé de ne pas préparer ses réponses et d'être le plus honnête possible.

J'ai programmé la date de réalisation de ces entretiens lors d'une journée de repos, afin d'être libre de toute contrainte horaire.

Ils ont eu lieu le 20 novembre 2006 auprès de six infirmiers anesthésistes qui se sont présentés à moi spontanément ce jour là. Ils ont duré en moyenne quinze à vingt minutes et, à l'exception d'un, se sont déroulés dans des conditions très satisfaisantes, c'est à dire dans des endroits calmes, sans intervention intempestive de protagonistes extérieurs, et au cours d'un moment de pause des infirmiers anesthésistes. En effet, trois d'entre eux ont eu lieu dans la salle de détente du Bloc opératoire d'Urologie-Thoracique, deux dans la salle de détente du bloc opératoire de Gynécologie-Maternité, et le dernier dans une des salles d'interventions du bloc opératoire de Digestif.

Par ailleurs, quatre des six infirmiers anesthésistes interrogés m'ont permis d'enregistrer les entretiens à l'aide d'un dictaphone, ce qui a facilité leur déroulement, puisque je n'ai pas eu à prendre de notes pour ceux là. L'entretien qui s'est déroulé en salle d'intervention n'a pas permis cet enregistrement, et un infirmier anesthésiste n'a pas souhaité être enregistré.

Je n'observe d'emblée pas de limite à cette enquête. En effet, les infirmiers anesthésistes ont répondu facilement aux questions et même avec un vif intérêt pour certains, « *lassés de remplir des questionnaires traitant de sujets habituellement très techniques* ». De plus, la population interrogée est assez hétérogène : deux femmes et un homme d'environ 50 ans avec 22 à 27 années d'expérience professionnelle en anesthésie, une femme de 45 ans avec

seulement 8 ans d'expérience professionnelle en anesthésie, un homme de 33 ans diplômé en anesthésie depuis quatre ans, et enfin une jeune femme de 28 ans tout juste diplômée.

Par ailleurs, j'ai recueilli assez d'informations pour procéder à l'analyse de l'enquête.

4.3 CE QU'EN PENSENT LES INFIRMIERS ANESTHESISTES INTERROGES

Après avoir présenté la « forme » de l'enquête, je vais désormais en présenter le « fond » et l'analyser.

Pour cela, question par question, je procéderai à la retranscription de ce que les infirmiers anesthésistes m'ont dit et j'en ferai l'analyse en lien avec le cadre théorique de mon hypothèse exposé dans le chapitre précédent. Toutefois, je séparerai les questions par la première qui appréhende le rôle que pensent tenir les infirmiers anesthésistes interrogés au bloc opératoire, les questions 2, 3 et 4 qui abordent plus généralement l'accueil du patient au bloc opératoire par l'infirmier anesthésiste, puis les quatre suivantes qui ciblent directement l'anxiété pré-opératoire du patient. Je finirai par la neuvième question qui nous donnera la vision globale que les infirmiers anesthésistes interrogés ont de leur profession, puis conclurai cette analyse quant à la validité de mon hypothèse.

4.3.1 QUANT A LEUR ROLE AU BLOC OPERATOIRE

A la question 1 « **Décrivez brièvement votre rôle en tant qu'infirmier anesthésiste au bloc opératoire** », la plupart des infirmiers anesthésistes interrogés se sont accordés à dire qu'il est « *très varié* ». Certains l'ont précisé par « *la sécurité, la préparation de la salle, la surveillance et le maintien de l'anesthésie, le réveil, la gestion de la pharmacie* ».

Par ailleurs, la moitié d'entre eux ont ajouté que « *l'infirmier anesthésiste est un peu la bonne à tout faire, quand il y a un interne, des étudiants, un anesthésiste dans la salle, on est la quatrième roue du carrosse* », « *notre travail est laissé à l'appréciation de certains médecins anesthésistes* », « *globalement, on est les larbins des anesthésistes* », « *on remplit quand même pas mal de tâches domestiques* ». A l'inverse, la jeune diplômée a décrit son rôle comme « *une participation à l'anesthésie* ».

Toutefois, il est important de noter que les infirmiers anesthésistes ont eu des difficultés à répondre à cette question. Beaucoup ont pris le temps d’y réfléchir, ont attendu que je la reformule. Ainsi, je leur ai demandé ce qu’ils répondraient à un public non averti qui les interrogerait sur leur métier. Le mot « brièvement » ne les a manifestement pas aidé. L’un d’entre eux m’a expliqué : *« c’est dur de répondre à cette question car le rôle de l’infirmier anesthésiste se modifie avec les années, l’expérience, le vécu personnel par rapport à la maladie, l’accident, le vécu d’une anesthésie... »*.

D’emblée, je constate à travers cette première question que l’aspect relationnel n’apparaît pas du tout dans la description du rôle de l’infirmier anesthésiste, pour ces six professionnels interrogés. Le mot « accueil » n’a pas été cité une seule fois, alors que le thème annoncé de l’entretien (l’accueil du patient au bloc opératoire) aurait pu l’induire. Toutefois, l’infirmier anesthésiste qui m’a confié que son rôle se modifie dans le temps, a peut-être sous-entendu qu’il adapte sa prise en charge du patient selon son vécu et ses expériences personnelles. Et par ce biais, on peut penser qu’il a conscience de son rôle relationnel qu’il affine avec le temps et l’expérience.

En outre, cette question s’est apparentée pour trois infirmiers anesthésistes à une forme d’exutoire sur leur travail avec le médecin, qu’ils ne semblent manifestement pas toujours très bien vivre... Il est d’ailleurs amusant de constater que ces trois personnes ont toutes entre 45 et 50 ans et une vingtaine d’années d’expérience professionnelle. Il est possible que la richesse de leurs compétences ou le souvenir du pouvoir médical ancestral, rendent leur positionnement vis à vis du médecin difficile. A l’opposé, la jeune infirmière anesthésiste qui « participe à l’anesthésie », a une description de son travail avec le médecin anesthésiste s’apparentant volontiers à de la collaboration. Mais ceci sort du sujet qui nous préoccupe...

Dans un premier temps, les infirmiers anesthésistes interrogés ne semblent donc pas avoir une vision très relationnelle de leur profession, mais davantage technique ou organisationnelle. Cependant, cette première question était volontairement très évasive et à priori un peu problématique pour eux.

Cette première impression se confirme-t-elle dans leur prise en charge du patient qui arrive au bloc opératoire ?

4.3.2 QUANT A L'ACCUEIL DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

A la question 2 « **Quels sont par ordre de priorité, les actions que vous effectuez lorsque vous accueillez un patient au bloc opératoire ?** », cinq des six infirmiers interrogés ont répondu d'emblée « *d'abord je dis bonjour au patient* », « *je regarde le patient et je lui dis bonjour* », « *je lui dis bonjour et je me présente, je donne ma fonction* ». Puis la plupart l'« *installent et le réchauffent* ». Ensuite, globalement et plus ou moins dans le désordre, ils m'ont dit : « *on pose le monitoring et la perfusion après* », « *on lit le dossier et on l'interroge* ». Une infirmière anesthésiste a insisté sur l'importance de monitorer le patient avant de le perfuser car « *en général, ils ont la trouille et on n'est pas à l'abri du malaise vagal à la pose de la perfusion* ».

Un seul infirmier anesthésiste a limité ses actions à l'« *interrogatoire pré-anesthésique, la pose de la perfusion, l'installation du monitoring* ». Les cinq autres, en plus de la citation des actions qu'ils effectuent prioritairement quand le patient arrive au bloc, ont été très logorrhéiques dans leur réponse à cette question. Ainsi, ils ont ajouté « *on n'entre pas le patient en salle s'il n'y a pas l'infirmière de bloc ou le médecin anesthésiste, car ça peut majorer son anxiété de le faire attendre* », « *j'aime bien discuter avec les patients ; j'y suis passé deux fois et la sempiternelle question « vous êtes bien à jeûn ? » peut déjà avoir un effet de stress, surtout qu'on n'est pas toujours le premier à poser la question...* ». Une infirmière anesthésiste a précisé d'ailleurs qu'« *on a tendance à peu parler en anesthésie, ça manque un peu* ».

Trois autres m'ont confié : « *j'ai un contact assez facile avec le patient, peut-être parce que je suis infirmière ; je plaisante, je lui explique ce que je fais* », « *j'informe le patient, je lui explique ce que je fais ou ce qu'on va lui faire, je lui ré-explique s'il n'a pas compris* », « *je parle beaucoup, mais il faut quand même veiller à ne pas donner trop d'informations car ça peut générer de la panique chez certains patients* ». Un infirmier anesthésiste a ajouté de surcroît « *je discute avec le patient s'il a envie de discuter, je m'adapte* ».

Je retire de cette deuxième question que la prise en charge de l'anxiété du patient qui arrive au bloc est une réelle préoccupation pour la grande majorité des infirmiers anesthésistes interrogés.

En effet, il est presque époustouflant de constater que cinq des six infirmiers interrogés m'ont dit spontanément qu'ils accueillent le patient en lui disant bonjour et en se présentant.

Certes, cela paraît aller de soi dans la pratique quotidienne d'un infirmier anesthésiste courtois et poli, mais ce sont des réflexes automatiques et penser à les mentionner lors d'un interrogatoire qui cible « les actions que vous effectuez » est remarquable.

D'autre part, chacun d'entre eux a abordé des éléments importants dans la prise en charge de l'anxiété par l'infirmier anesthésiste, tels que l'information et son adaptation à l'état du patient et à sa personnalité, la communication, la mise en confiance par l'installation et le réchauffement. Trois des six infirmiers anesthésistes interrogés ont même cité dès cette question les mots « *anxiété, panique, stress* ».

Enfin, une infirmière anesthésiste a fait une remarque très intéressante en disant « *j'ai un contact assez facile avec le patient, peut-être parce que je suis infirmière* ». Elle a pointé ici l'essence même de sa profession paramédicale : la dimension relationnelle du soin à travers, notamment, le contact avec le patient.

Les réponses à cette deuxième question ne nous confortent pas du tout dans la première impression « peu relationnelle » que nous avons eu de ces infirmiers anesthésistes interrogés. Ils semblent au contraire accorder beaucoup d'importance à la dimension humaine de leur prise en charge, notamment à l'accueil du patient au bloc opératoire avec le souci d'apaiser son anxiété.

Qu'en est-il des questions suivantes ?

A la question 3 « **Quelles questions posez-vous au patient lors de votre interrogatoire pré-anesthésique ?** », un infirmier anesthésiste m'a répondu : « *je ne fais pas d'interrogatoire car sa multiplication génère de l'anxiété ; d'autres le feront à ma place ; la relation verbale suffit à voir à qui l'on a affaire* ». Tous les autres vérifient « *l'identité, la date de naissance, le jeûn, l'absence de lentilles de contact et de prothèses dentaires, la prise et l'arrêt de traitements éventuels, le côté à opérer, la notion d'allergie connue* ».

Seule une infirmière anesthésiste demande « *si le patient a déjà été opéré, s'il est stressé* ». Elle a ajouté : « *j'amorce souvent mon dialogue par cette question, l'angoisse de l'intervention* ». Et un autre infirmier anesthésiste demande « *s'ils ont pris la prémédication et l'effet que ça leur a fait* ».

Je constate par cette troisième question que seulement la moitié des infirmiers anesthésistes accordent de l'importance à l'anxiété pré-opératoire du patient lors de leur interrogatoire pré-anesthésique. Un des infirmiers anesthésistes le fait d'ailleurs d'une manière que je pense peu appropriée, puisque le Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes recommande vivement cet interrogatoire à l'accueil du patient⁵².

De plus, cinq des six infirmiers anesthésistes interrogés ont occulté de vérifier la prise de la prémédication anxiolytique par le patient, alors que c'est un élément majeur dans la diminution de son anxiété lorsqu'il arrive au bloc opératoire.

Cependant, compte tenu de la démarche relationnelle que ces infirmiers anesthésistes entreprennent dès l'arrivée du patient au bloc opératoire, comme nous l'avons constaté précédemment, nous pouvons penser que le dialogue avec le patient leur suffit à jauger son état émotionnel. C'est d'ailleurs ce que nous a affirmé l'infirmier anesthésiste qui n'effectue pas d'interrogatoire pré-anesthésique : « *la relation verbale suffit à voir à qui l'on a affaire* ». Ainsi pour eux, cet interrogatoire se résumerait juste à une procédure de contrôle et d'évaluation purement médicale voire médico-légale, ce qui expliquerait leurs réponses.

Il aurait donc été intéressant que je demande à ces infirmiers anesthésistes ce que représentait pour eux cet interrogatoire pré-anesthésique : une procédure immuable et médico-légale ou un vecteur d'entrée en contact avec le patient ? Mais manifestement, et au vu de la question précédente, ils n'ont pas besoin de ce vecteur pour communiquer avec le patient...

A la question 4 « **Quelle importance accordez-vous à l'accueil du patient au bloc opératoire, et pourquoi ?** », tous ont utilisé le mot « *primordial* ». Un infirmier anesthésiste m'a expliqué anecdotiquement que « *l'accueil est la première impression que l'on a quand on arrive au bloc opératoire ; si l'on est accueilli comme un chien dans un jeu de quilles, on n'a qu'une envie, celle de repartir ; et comme on sait très bien que l'on ne peut pas repartir, ça génère un sentiment d'angoisse, de mal-être* ». Un autre a ajouté qu'« *il faut vraiment privilégier le contact* ».

Certains infirmiers anesthésistes ont apporté leur expérience personnelle et m'ont confié que « *pour y être passé alors qu'on ne m'a pas adressé la parole, j'ai trouvé ça hyper angoissant ; puis j'ai vécu des blocs où les gens ont discuté avec moi et j'ai trouvé ça hyper*

⁵² Cf. citation du SNIA page 26 de ce travail.

sympa », « *des gens de ma famille qui ont été opérés m'ont dit ne rien avoir compris à ce qu'il s'était passé* ». Cette infirmière anesthésiste a ajouté : « *du coup, je me mets à la place du patient, j'aimerais être rassurée avant d'être endormie ; cela ne prend pas beaucoup de temps mais c'est indispensable* ». Un infirmier anesthésiste pense même que « *les gens s'en souviendront et vous remercieront* ».

Un autre infirmier anesthésiste a précisé que « *l'accueil, le relationnel, sont une affaire d'organisation mais aussi et surtout d'équipe. Même le brancardier est concerné. Ca doit être linéaire : une bonne prise en charge dans les étages et une bonne prise en charge au bloc* ».

Enfin la moitié des infirmiers anesthésistes interrogés se sont accordés à dire qu'« *un bon accueil favorise une bonne anesthésie* ».

Les réponses à cette question confirment bien que l'accueil du patient au bloc opératoire est un moment capital dans la prise en charge de ces six infirmiers anesthésistes interrogés. Et ils ont par ailleurs tous insisté sur l'importance de ce moment dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient.

Leur attitude est quasi empathique puisque la majorité d'entre eux se mettent à la place du patient et agissent avec lui comme ils aimeraient qu'on le fasse avec eux.

D'autre part, un infirmier anesthésiste a touché du doigt un aspect intéressant de la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient, qui est l'esprit d'équipe. En effet, comme je l'ai expliqué dans le chapitre précédent, pour que cette prise en charge soit efficace, elle doit être l'affaire de tous. « *Cela doit être linéaire* » comme l'a dit cet infirmier anesthésiste.

Enfin, au-delà de l'impact d'un accueil de qualité dans la diminution de l'anxiété pré-opératoire du patient, trois infirmiers anesthésistes ont fait la corrélation entre l'accueil et la qualité de l'anesthésie. Ils ont donc conscience que l'anxiété a un impact sur la prise en charge anesthésique. L'une d'entre eux a d'ailleurs précisé : « *je suis convaincue qu'un patient rassuré, qui a été installé dans le calme, réchauffé, s'endort mieux et qu'il se réveille mieux ; il ne gardera pas de traumatismes par rapport à son vécu de l'anesthésie* ».

Au terme des trois questions traitant de l'accueil du patient au bloc opératoire, on constate que la majorité voire la totalité des infirmiers anesthésistes interrogés ne cantonnent pas l'accueil au moment des dernières vérifications pré-anesthésiques. Outre la notion de sécurité qu'ils ont largement évoquée au travers de la troisième question concernant

l'interrogatoire pré-anesthésique, ces infirmiers anesthésistes abordent l'accueil du patient qui arrive au bloc opératoire avec une vraie démarche relationnelle. Elle allie le confort, l'information et le dialogue.

On se rend déjà compte à ce stade de l'analyse, que cette démarche relationnelle cible principalement l'anxiété pré-opératoire du patient. Qu'en est-il alors de leurs connaissances à ce sujet ?

4.3.3 QUANT A L'ANXIETE PRE-OPERATOIRE DU PATIENT

A la première partie de la question 5 « **Pensez-vous qu'en pré-opératoire, les patients sont toujours anxieux ?** », la moitié des infirmiers anesthésistes interrogés ont considéré que non. Ils ont précisé leur réponse en disant : « *s'ils sont bien prémédiqués, ils ne sont pas anxieux* », « *les gens ne sont pas tous de nature anxieuse* ». L'un d'entre eux a quand même ajouté que « *malgré tout, la fonction d'infirmier anesthésiste est anxiogène et le cadre du bloc opératoire participe à la genèse de l'anxiété* ».

L'autre moitié a pensé que oui et l'a justifié en disant : « *c'est systématique, même si certains font genre « moi ça va », quand on les endort ils sont morts de trouille ; on est des êtres humains, quand on doit se faire opérer, ce n'est pas une partie de plaisir et cela fait peur ; je n'ai jamais endormi de gens qui rigolaient* », « *s'ils n'ont pas peur de l'anesthésie, ils ont peur de la chirurgie, de la maladie, de la douleur ou de l'inconnu* ». Une infirmière anesthésiste a ajouté « *quand je leur demande s'ils sont stressés, aucun patient ne m'a encore répondu « non, non, ça va ! »* ». Ces trois infirmiers anesthésistes ont ajouté tout de même que « *la prémédication joue quand même un grand rôle* ».

Je retire de cette question que la moitié seulement des infirmiers anesthésistes interrogés ont estimé que l'anxiété est une constante chez tous les patients qui arrivent au bloc opératoire. Ceux là l'ont expliqué en évoquant les multiples facteurs qui en sont à l'origine, tels le lieu qu'est le bloc opératoire, l'anesthésie, la chirurgie, la douleur ou encore l'inconnu.

Mais parmi les trois infirmiers anesthésistes qui n'en sont pas persuadés, l'un a ajouté un bémol à sa réponse en précisant que l'anxiété est inhérente au bloc opératoire. Puis les trois se sont accordés à dire, que l'absence d'anxiété chez certains patients est intimement liée à l'efficacité de sa prémédication anxiolytique. Ils ne nient donc pas l'existence de cette anxiété

et ce constat se corrèle bien avec la qualité de l'accueil qu'ils mettent en place à l'arrivée du patient au bloc opératoire.

Savent-ils par ailleurs la déceler ?

A la deuxième partie de la question 5 « **Qu'est-ce qui vous permet de déceler cette anxiété ?** », cinq infirmiers anesthésistes sur les six interrogés ont cité « *la verbalisation du patient, spontanée ou pas* ». Certains ont précisé cette verbalisation en donnant l'exemple du « *patient logorrhéique, qui pose plein de questions* ».

Quatre d'entre eux décèlent cette anxiété à travers le comportement du patient. « *Le visage est parfois crispé* », « *quand on les perfuse, ils sont très contractés* », « *ils ont parfois une attitude froide ou agressive* ». Un infirmier anesthésiste a évoqué « *la transpiration* » ou « *quand on les scope, on se rend bien compte que la tension est élevée et le pouls un peu rapide* ».

Tous se sont accordés à dire que « *l'évaluation clinique prime sur le contact, le feeling* ».

A priori, tous ces infirmiers anesthésistes ont une parfaite connaissance des manifestations de l'anxiété. Ils abordent son expression d'un point de vue psychologique par le biais du comportement (verbalisation, agressivité), et d'un point de vue physiologique par le biais de la tension musculaire (visage crispé, bras contracté lors de la perfusion), de la transpiration, de la tension qui s'élève ou du pouls qui s'accélère.

Par ailleurs, leur évaluation paraît objective puisqu'ils s'appuient davantage sur des éléments cliniques que sur une impression subjective du patient, « *au feeling* », comme ces infirmiers anesthésistes l'ont précisé.

En connaissent-ils maintenant les conséquences ?

A la question 6 « **Pensez-vous que l'anxiété pré-opératoire du patient a des répercussions sur sa prise en charge anesthésique et chirurgicale ? Si oui, lesquelles ?** », tous les infirmiers anesthésistes interrogés ont répondu oui.

Ils l'ont tous expliqué en disant : « *un patient bien prémédiqué, tranquilisé, calme, ne s'oppose pas à l'anesthésie ; l'induction anesthésique va dans le sens de l'état général du patient à ce moment là* », « *un endormissement agité se répercute sur le réveil qui est agité* ».

Une infirmière anesthésiste a même ajouté que « *tous les anesthésistes vous le diront, un malade qui s'endort anxieux se réveille agité, c'est élémentaire !* ».

Trois d'entre eux ont précisé que « *des malades anxieux ont besoin d'une dose deux fois plus importante de Diprivan*⁵³ pour être endormis* ».

Au travers de cette question, il s'avère que tous les infirmiers anesthésistes ont conscience et ont déjà vécu les effets de l'anxiété du patient sur sa prise en charge anesthésique, notamment à l'induction (augmentation de la dose d'hypnotique) et au réveil. La moitié d'entre eux avait d'ailleurs déjà évoqué les répercussions de cette anxiété sur la conduite de l'anesthésie par le biais de la quatrième question en disant « *un bon accueil favorise une bonne anesthésie* ».

Aucun des infirmiers anesthésistes interrogés n'a parlé des éventuelles répercussions de l'anxiété pré-opératoire du patient sur sa prise en charge chirurgicale. Il est vrai qu'elles sont plus incertaines et n'ont pas d'influence sur leur prise en charge anesthésique en tant que telle. J'aurai pu, en outre, insister davantage sur l'aspect de cette question...

Après avoir constaté la solidité des connaissances des infirmiers anesthésistes interrogés en matière d'anxiété pré-opératoire du patient qui arrive au bloc opératoire, je vais désormais m'attarder avec la question suivante, sur le rôle qu'ils pensent tenir dans la gestion de cette anxiété. D'ailleurs, notons que par le biais des questions précédentes portant sur l'accueil du patient au bloc opératoire, ces infirmiers anesthésistes se sont déjà implicitement beaucoup livrés sur le sujet.

Alors, leurs réponses se recoupent-elles et ont-ils des choses à ajouter ?

A la question 7 « **Pensez-vous que l'infirmier anesthésiste a un rôle à tenir dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient ? Si oui, lequel et par quels moyens ?** », tous les infirmiers anesthésistes interrogés ont vivement répondu oui et se sont largement exprimés sur cette question, comme ils l'avaient fait pour la deuxième.

Deux infirmiers anesthésistes m'ont expliqué que « *en consultation d'anesthésie, les médecins parlent au patient dans leur langage, puis comme ce sont des docteurs, ils n'osent parfois pas poser toutes leurs questions ; au final, ils arrivent au bloc pas toujours très bien*

⁵³ Médicament anesthésique (hypnotique non barbiturique) utilisé couramment pour l'induction intra-veineuse de l'anesthésie.

informés », « c'est hyper important, car quand les patients arrivent, ils n'ont souvent pas tout compris ; ils sont vus en cinq minutes top chrono à la consultation d'anesthésie ».

Trois d'entre eux ont précisé que *« ce côté relationnel est bien spécifique à l'infirmier, et j'ai rarement été déçue par le comportement des infirmiers anesthésistes à ce sujet », « l'infirmier a appris l'empathie, il sait s'adapter aux patients », « le relationnel est inhérent à la profession, l'infirmier a une approche globale du patient ».* Ils ont ajouté : *« je ne vois pas souvent les médecins parler aux patients », « c'est là qu'on peut gagner du terrain par rapport aux médecins anesthésistes, sur le soutien psychologique », « l'infirmier anesthésiste a cette vision globale de l'anesthésie que n'a pas forcément le médecin anesthésiste ».*

Deux infirmiers anesthésistes ont résumé ce rôle en me confiant : *« on a tous un rôle, l'infirmier anesthésiste n'est que le maillon d'une grande chaîne, et la chaîne ne vaut que par son maillon le plus faible », « on a un rôle de dernier ressort ».*

Quant aux moyens qu'ils utilisent pour gérer cette anxiété, tous ont répondu : *« accueillir le patient », « le rassurer avec des paroles positives, en essayant de le réchauffer », « l'informer », « lui expliquer à quoi sert le scope, les lumières, que la table est froide et dure », « si le patient n'a jamais été endormi, lui expliquer comment cela se passe », « dialoguer avec lui s'il le souhaite, s'adapter », « ou l'endormir vite et dans le calme ».*

Certains ont ajouté qu' *« il ne faut pas voir le patient comme un numéro, il suffit parfois de parler cinq minutes avec lui », « il ne faut pas hésiter à attendre le chirurgien avant d'endormir le patient, quitte à perdre du temps, ça établit une relation de confiance ».* Une infirmière anesthésiste m'a fait part de son expérience et m'a expliqué qu' *« avant, les infirmiers anesthésistes allaient voir les patients la veille, se présentaient, leur expliquaient ce qui allait se passer ; c'était deux ou trois paroles et c'était formidable ! ».*

Trois d'entre eux ont conclu que *« ça ne prend pas beaucoup de temps », « on peut facilement le faire en faisant autre chose, en scopant, en perfusant ».* Et deux ont ajouté que *« si parfois le rôle relationnel a des limites, on peut faire une benzodiazépine⁵⁴ avec l'accord du médecin anesthésiste ».*

⁵⁴ Agent anxiolytique couramment utilisé comme prémédication pharmacologique en pré-opératoire.

Les réponses à cette septième question sont très riches et ne font que conforter l'importance que ces infirmiers anesthésistes accordent à la dimension humaine de leur travail, et de ce fait, à la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient.

En effet, dans un premier temps et comme ils nous l'avaient confié en répondant à la cinquième question, ils ont tout à fait conscience que la plupart des patients arrivant au bloc opératoire sont anxieux, malgré l'information qu'ils ont reçue préalablement à la consultation d'anesthésie. Ils avaient d'ailleurs également évoqué les causes de cette anxiété par le biais de la cinquième question.

Ensuite, ils ont bien défini leur rôle d'infirmier anesthésiste comme s'inscrivant dans un travail d'équipe, et que ce rôle est d'autant plus important qu'il est le dernier intervenant de cette équipe. Un infirmier anesthésiste avait d'ailleurs déjà évoqué ce point dans la quatrième question en disant : *« l'accueil, le relationnel, sont une affaire d'organisation mais aussi et surtout d'équipe. Même le brancardier est concerné. Cela doit être linéaire : une bonne prise en charge dans les étages et une bonne prise en charge au bloc »*.

Puis la plupart d'entre eux se sont accordés à dire que ce rôle est inhérent à leur profession paramédicale et qu'il s'imposait comme une évidence. Il s'agit de leur rôle propre qu'ils ont d'ailleurs opposé à la prise en charge anesthésique du médecin anesthésiste, en estimant qu'elle n'est pas toujours globale. La moitié des infirmiers anesthésistes interrogés a même précisé que cette démarche relationnelle ne leur prenait pas beaucoup de temps et n'occultait pas le reste de leur prise en charge anesthésique. En effet, comme je l'ai précédemment expliqué dans le cadre théorique de ce travail, les soins d'ordre relationnel dispensés par l'infirmier anesthésiste à l'accueil du patient ne remplacent pas les procédures de contrôle et le protocole de prise en charge anesthésique. Ils se superposent aux soins techniques.

D'autre part, les moyens que ces infirmiers anesthésistes mettent en œuvre pour pallier à l'anxiété pré-opératoire du patient, sont tous ceux que j'avais évoqués dans le chapitre précédent, à savoir l'information, le soutien psychologique par la conduite de réassurance (réchauffement, paroles positives, attente du chirurgien), l'empathie et les qualités humaines telles que l'écoute. Une infirmière anesthésiste a même évoqué l'idéal de la rencontre entre l'infirmier anesthésiste et le patient la veille de l'intervention chirurgicale.

Enfin, deux infirmiers anesthésistes ont parlé de l'intérêt des moyens pharmacologiques pour diminuer l'anxiété pré-opératoire du patient, en dernier recours, quand l'aspect

relationnel n'a pas suffi. Et c'est justement une bonne synthèse du rôle relationnel que ces infirmiers anesthésistes s'attribuent en terme de gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient. En effet, ils ont bien conscience qu'il est primordial, indispensable, et se situe au premier plan des moyens pour gérer cette anxiété résiduelle du patient qui arrive au bloc opératoire. C'est seulement quand ce rôle est dépassé, qu'il atteint ses limites, qu'ils envisagent d'autres moyens pour apaiser l'anxiété du patient comme « *une benzodiazépine* », « *l'endormir vite et dans le calme* ».

A ce terme de l'entretien et de son analyse, on constate donc que les infirmiers anesthésistes interrogés ont une prise en charge de l'anxiété pré-opératoire du patient quasi idéale. Ont-ils par ailleurs, des choses à ajouter à ce sujet ?

A la question 8 « **Avez-vous des remarques ou suggestions en matière de gestion de l'anxiété dans votre service ?** », les infirmiers anesthésistes interrogés ont d'abord fait le constat de ce qui les gêne dans leur service (rappelons qu'ils travaillent dans le même hôpital mais dans trois blocs opératoires différents et de situations géographiques différentes).

Tout d'abord sur l'aspect des locaux qu'ils jugent « *sales, vieux et sans lumière* ». Une infirmière anesthésiste a ajouté : « *c'est un fourbi ce bloc !* ».

Ils m'ont ensuite expliqué les conditions d'arrivée du patient au bloc opératoire : « *le patient passe dehors en brancard pour venir au bloc, même l'hiver ou quand il pleut !* », « *certains arrivent et sont déjà hypothermiques* ».

Puis, ils m'ont expliqué les conditions d'attente du patient au bloc opératoire : « *le patient arrive dans le couloir du bloc où il est entre guillemets stocké, perché comme du bétail* », *parce qu'il n'y a pas d'autre mot* », « *c'est très mal fait, les patients restent à l'entrée et voient une armada de gens qui rentrent et sortent, sans savoir qui sont ces gens* », « *ils voient et entendent tout le monde, c'est très désagréable* ». Un infirmier anesthésiste travaillant dans le bloc d'urologie a ajouté que « *les patients sont souvent installés sur des tables gynécologiques qui ne sont pas rangées dans le même sens, alors quand on sait que cet espace d'attente est mixte... Il n'y a vraiment aucune notion d'intimité !* ».

La jeune infirmière anesthésiste, tout juste diplômée, a enfin évoqué le manque de temps : « *on manque souvent de temps, le temps de ramener le patient au réveil et le suivant*

est déjà installé en salle ; quand il y a un interne ou un étudiant, c'est possible et c'est satisfaisant ; le temps est un facteur déterminant, sinon c'est un travail à la chaîne ».

Une seule infirmière anesthésiste a abordé un point positif en terme de gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient dans son service, en citant « *l'existence d'un livret d'information⁵⁵ délivré à la consultation d'anesthésie* ».

Enfin, les infirmiers anesthésistes interrogés ont évoqué une multitude de solutions envisageables qu'ils ont qualifiées de « *moyens simples* », « *moyens faciles* ». Par exemple sur le plan architectural: « *un box d'isolement pour l'accueil* », « *une salle d'attente isolée avec un circuit entrée-sortie* », « *faire attention au visuel avec des locaux agréables, lumineux, éclairés* », « *de la lumière douce pour rendre l'attente moins pénible* ». Une infirmière anesthésiste a d'ailleurs ajouté que « *une bonne organisation de service permet de dégager du temps pour faire l'accueil correctement* ».

Ils ont également insisté sur le plan humain en disant : « *il faut installer une couverture chauffante aux patients dès qu'ils arrivent* », « *il faut faire attention à ce que le patient perçoit de nous* », « *il faut que le personnel se présente, porte un badge qui l'identifie* », « *il ne faut pas l'interroger comme au commissariat* ». Un infirmier anesthésiste a même affirmé qu'« *il faut revoir l'accompagnement sur toute la chaîne (hospitalisation, équipe soignante, brancardiers), et surtout au niveau des brancardiers car ce sont les premiers interlocuteurs du bloc pour le patient* ».

Pour terminer, tous se sont accordés à dire qu'« *il faut faire descendre les malades au moment où on va les opérer, pas une ou deux heures avant* », « *il faut faire venir le malade au dernier moment et donc prévoir des brancardiers en nombre* », ou qu'« *il faut que les patients aient leur prémédication dans les étages juste avant de descendre et pas à 7H du matin pour une intervention qui aura lieu l'après-midi* ».

Les réponses des infirmiers anesthésistes à cette question sont particulièrement intéressantes, et ceci pour deux raisons.

⁵⁵ Cf. Annexe VI.

La première raison est que l'intérêt qu'ils ont porté à cette question par le biais de toutes leurs remarques ou suggestions, montre à quel point la prise en charge de l'anxiété du patient qui arrive au bloc opératoire a de l'importance pour eux et est prioritaire.

La deuxième raison est que l'on constate à travers le tableau un peu noir que ces infirmiers anesthésistes ont brossé de leur service en matière d'accueil, que leurs conditions d'accueil et de gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient ne sont pas idéales. Et pourtant, la prise en charge de cette anxiété à leur niveau est remarquable, comme on l'a constaté tout au long de l'analyse des entretiens que ces infirmiers anesthésistes m'ont accordés. J'en conclus donc, que la prise en charge par l'infirmier anesthésiste de l'anxiété du patient qui arrive au bloc opératoire ne dépend pas de son environnement.

En effet, il aurait été facile pour eux de se cacher derrière l'organisation du service, manifestement pas optimale quant à l'accueil du patient au bloc opératoire, pour justifier un accueil de mauvaise qualité faute de moyens. Mais il n'en est rien. La prise en charge de l'anxiété pré-opératoire par l'infirmier anesthésiste d'un patient qui arrive au bloc opératoire, dépend donc exclusivement de ses qualités personnelles, tant humaines que professionnelles. Et ce point est particulièrement important à mes yeux, car le choix de devenir infirmier, puis de se spécialiser dans l'anesthésie doit être dicté par les qualités relationnelles que l'on possède et qui sont exigées par la profession infirmière. C'est indispensable au devenir d'un infirmier anesthésiste de qualité !

Afin de terminer l'analyse de mon enquête, et en guise de conclusion, attardons-nous enfin sur l'image que ces infirmiers anesthésistes interrogés ont de leur profession.

4.3.4 QUANT A L'IMAGE QU'ILS ONT DE LEUR PROFESSION

A la question 9 « **L'infirmier anesthésiste est décrit dans la littérature comme étant plus technicien que relationnel, qu'en pensez-vous ?** », tous ont réfuté cette description. D'après eux, « *la littérature est souvent écrite par les médecins, or ils n'ont pas toujours le contact qu'a l'infirmier avec le patient* », « *ce qui se dit dans la littérature était valable il y a vingt ou trente ans* ». En effet, une infirmière anesthésiste avec vingt-sept ans d'expérience professionnelle m'a confié qu'« *aujourd'hui, au vu du nouveau décret, l'infirmier anesthésiste n'est pas plus technicien qu'une infirmière en réanimation* ». Elle a ajouté : « *avant, on jouait les petits docteurs* ». Deux autres infirmiers anesthésistes pensent

également qu' « *un infirmier anesthésiste est un bon technicien mais pas plus qu'un infirmier en réanimation* ».

Puis chacun à leur tour et à leur manière, ils m'ont expliqué et ont revendiqué que « *le relationnel est aussi important que la technique* », « *il ne faut pas se cacher derrière la technique, n'oublions pas que nous sommes des infirmiers* », « *beaucoup choisissent cette profession par goût pour la technique et pour être plus reconnus par les autres paramédicaux mais c'est un leurre ; c'est surtout le rôle relationnel qui prime et est inhérent à la profession infirmière* ». Une infirmière anesthésiste m'a confié que « *par rapport au malade, je ne me situe pas comme une technicienne mais comme une professionnelle qui va lui expliquer les choses, l'accompagner dans son endormissement et son réveil : c'est ça l'approche infirmière du patient* ». Un infirmier anesthésiste a ajouté anecdotiquement qu' « *il en existe des cow-boys, mais ceux là ne sont pas des bons infirmiers anesthésistes* ».

Quant à un autre, il a précisé que « *le contact par rapport à l'infirmier est plus court mais plus intense, il faut avoir en quelques minutes trouvé les bons mots* ». Il a ajouté : « *je pensais être frustré par le manque de contact en devenant infirmier anesthésiste, mais j'ai constaté que le rôle relationnel avait une grande importance, encore plus que dans un service classique comme infirmier* ».

Deux infirmiers m'ont enfin dit une phrase qui sonne comme un slogan : « *le relationnel est au service de la technique* ». L'un d'entre eux a expliqué ainsi qu'« *un patient en confiance va être par exemple plus facile à perfuser* ».

Au travers de cette dernière question, on a vraiment le sentiment que tous ces infirmiers anesthésistes interrogés ont un réel recul sur leur profession. Tous en ont une analyse fine, en situant l'infirmier anesthésiste comme un bon technicien qui possède un sens du relationnel indiscutable inhérent aux racines de la profession infirmière.

D'ailleurs, ils n'ont quasiment jamais avancé l'expérience, le vécu comme des facteurs déterminants à cette prise en charge humaine du patient. En effet, comme je l'ai dit précédemment, ces qualités relationnelles exigées par la profession doivent déjà constituer le bagage de chaque personne qui accède aux études d'infirmier ou d'infirmier anesthésiste. Certes, ces qualités évoluent avec le temps, l'expérience, la sensibilité et la disponibilité de chacun. Mais comme l'affirme Martine NICOLET⁵⁶, « *ce comportement attentif à l'autre*

⁵⁶ NICOLET Martine, Op. cit.

résulte d'un véritable professionnalisme ». Je constate par exemple, que la jeune infirmière anesthésiste diplômée depuis seulement quelques mois, même si elle se plaint du manque de temps pour avoir le sentiment de bien accueillir le patient au bloc opératoire, a la volonté farouche de bien faire les choses : *« je fais ce métier parce que j'aime la technique mais surtout parce que j'aime beaucoup le contact avec les patients, alors j'essaye de faire les deux, même si je n'ai pas toujours le temps »*. Elle a ajouté : *« ça prend peu de temps, mais l'accueil, c'est vraiment indispensable »*.

Je finirai par la phrase : *« le relationnel est au service de la technique »*. En effet, outre le fait que l'anxiété pré-opératoire du patient soit intolérable sur le plan humain, les infirmiers anesthésistes ont bien pointé du doigt l'intérêt de sa prise en charge au regard de ses répercussions. Un infirmier anesthésiste l'a résumé en disant : *« un patient calme est bien plus facile à travailler »*. Alors définitivement, il n'y a vraiment aucune raison que l'infirmier anesthésiste ne prenne pas en charge l'anxiété du patient qui arrive au bloc opératoire. Et tous ces infirmiers anesthésistes interrogés l'ont bien compris.

4.4 CONCLUSION

La réalisation de six entretiens interrogeant les infirmiers anesthésistes sur leur rôle au bloc opératoire, en particulier lors de l'accueil du patient et en matière de gestion de son anxiété pré-opératoire, ainsi que sur la vision de leur profession, m'a permis au regard de l'analyse, d'affirmer mon hypothèse. La prise en charge de l'anxiété du patient en pré-opératoire est bien une priorité pour ces six infirmiers anesthésistes.

Notons que je n'ai pas rencontré de limites particulières qui auraient pu s'interposer comme obstacle à l'interprétation des entretiens et à l'affirmation de mon hypothèse. Cependant, il est évident que cette conclusion est toute relative à la faible valeur quantitative de l'enquête, et qu'elle n'est peut-être pas du tout représentative de la population des infirmiers anesthésistes.

Mais si je la prends telle qu'elle est, je suis vraiment ravie de cette conclusion. Et de surcroît parce que le travail de fin d'études que j'avais effectué à l'école d'infirmière en 2000 sur la collaboration infirmière-médecin, dressait un tableau beaucoup plus pessimiste de la

situation. En effet, j'avais constaté que les infirmières avaient encore à l'époque bien des difficultés à trouver leur propre identité, et à imposer leur spécificité par le biais de leur rôle propre en développant la prise en compte de la personne.

Le temps passe et fait évoluer les mentalités infirmières de façon positive, ce dont je me réjouis !

5 CONCLUSION

Se spécialiser en tant qu'infirmier anesthésiste est une démarche très motivante. Le contenu de la formation est très riche et la pratique professionnelle l'est tout autant.

Mais dans ce lieu qu'est le bloc opératoire et par le biais des soins que réalise l'infirmier anesthésiste, la technicité est souvent placée en avant. C'est ce qui attire beaucoup d'infirmiers vers l'anesthésie. Or, dans cet univers qui s'apparente parfois à un scénario de quatrième dimension pour une personne non avertie comme le patient, il en est une autre primordiale qu'il ne faut pas oublier : la dimension humaine.

Soigner le patient dans sa globalité est une responsabilité qui incombe pleinement à l'infirmier anesthésiste, de part les racines de sa profession.

Or, l'anxiété est une notion quasi permanente pour chaque futur opéré qui « descend » au bloc opératoire, et ceci malgré l'information médicale donnée en consultation et l'utilisation de moyens pharmacologiques. L'infirmier anesthésiste, dernier maillon de la chaîne des soignants pour le patient qui arrive au bloc opératoire, a donc un rôle clé à jouer.

Ce rôle dans la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire, se situe à l'accueil du patient au bloc opératoire. Il doit être une préoccupation permanente pour chaque infirmier anesthésiste, qu'il effectue par le biais d'une démarche relationnelle. L'idéal étant que le patient garde en mémoire, non pas l'image d'une personne qui l'a installé sur la table d'opération, lui a posé la perfusion ou installé un monitoring, mais celle d'une personne qui a pris le temps de parler avec lui, de l'écouter, de le rassurer, de soulager ses peurs, qui a pu répondre à ses questions.

Tous les infirmiers anesthésistes interrogés dans ce travail ont cette réelle préoccupation et telle est l'image de l'infirmière anesthésiste que je souhaite devenir : être qualifiée dans la maîtrise des techniques anesthésiques et compétente dans mon domaine, tout en gardant ce lien avec le patient. La dimension humaine du soin ne peut et ne doit pas disparaître au dépend de la technique en anesthésie.

Il serait toutefois intéressant de mettre en évidence l'efficacité réelle du soutien psychologique qu'effectuent les infirmiers anesthésistes auprès des patients, en interrogeant ces derniers au bloc opératoire. En effet, bien que les infirmiers anesthésistes enquêtés soient

persuadés du rôle capital qu'ils ont dans la lutte contre l'anxiété pré-opératoire du patient, les contraintes environnementales ou organisationnelles qu'ils évoquent ne sont-elles pas en réalité de véritables freins à leur bonne volonté ?

Certes, les risques d'aller à l'encontre d'une prise en charge de qualité de l'anxiété pré-opératoire du patient existent, mais je suis persuadée que la plupart des professionnels veulent donner une image empathique et chaleureuse de l'infirmier anesthésiste. Et c'est à nous de faire en sorte qu'elle le soit et le reste, avec l'éternel souci du bien-être pour le patient.

6 BIBLIOGRAPHIE

6.1 OUVRAGES

- **BARNES Elizabeth** - Les relations humaines à l'hôpital - Edition Privat, Paris, 1968, 168P.
- **BRUNER Lilian et SUDDARTH Doris** - Soins infirmiers en médecine-chirurgie, traduit de l'anglais - Edition du Renouveau Pédagogique, 2^e édition, Ottawa, 1985, 252P.
- **Dictionnaire Encyclopédie Illustré**, Edition Larousse, 1997, 1690P.
- **LANDAIS Alain, sous la direction de Claude SAINT-MAURICE** - Cours IADE - Edition Lamarre, Tome 3, Paris, 2004, 323P.
- **MANTZ J., LEPORTE Y. Et GUELLEC V.** - Conférences d'actualisation 2003 - Edition Elsevier SAS, Paris, 2003, P219-230 : « optimisation de la récupération après anesthésie générale ».
- **NICOLET Martine** - L'infirmier anesthésiste - Edition Médecine-Sciences Flammarion, 2003, 233P.
- **NOERMAN N., VAN DAM F., MULLER MJ., OOSTING H.** - The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale - Anesth Anal, 1996, P445-451.
- **Petit Larousse illustré**, Edition Larousse, 1984, 1798P.
- **Référentiels en anesthésie-réanimation réunis pas la SFAR**, Edition Elsevier, 1997, P221-229.
- **RIOU B. et CORIAT P.** - JEPU, Consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention - Edition Arnette, Paris, 1997.
- **SELYE Hans** - Les stress et la vie - Edition Gallimard, Paris, 1975, 464P.

6.2 REVUES ET ARTICLES

- **BAEV Dian** - Sciences Humaines, l'anxiété pré-opératoire en chirurgie- Inter Bloc, Tome XXIII, n°1, mars 2004, P38-40.
- **DALSTEIN Graziella** - L'expérience du bloc opératoire, vécu du patient – Inter Bloc, Tome XIV, n°4, décembre 1995, P62-68.

- **DARD Anne** - L'accueil du patient au bloc opératoire - Inter bloc, tome 24, n°1, mars 2005, P4-22
- **DEBOUT Christophe** - Page de l'ANFIIDE n°12 - Revue de l'infirmière, n°49, mai 1999, P71.
- **MAWARD Lina, AZAR Nazek** - Etude comparative de l'anxiété entre les patients informés et non informés en période préopératoire – Recherche, n°78, septembre 2004, P35-58.
- **REPELIN Danièle** - Valeur d'un entretien pré-opératoire - Etudes sur les soins et le service infirmier, cahier N°6, Lyon, 1980, P37.
- **SPIELBERGER C.D.** - L'influence d'un enseignement pré-opératoire sur l'anxiété du patient opéré - Recherche en Soins Infirmiers, n°49, juin 1997, P90-99.

6.3 INTERNET

- **GADBOIS Jean-Pierre** - Gérer son handicap -
<http://perso.orange.fr/jeanpierre.gadbois/hypnose.htm>, 2006, 10/07/2006.
- **LARIVEY Michelle** - L'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mental -
<http://redpsy.com/infopsy/anxiete.html>, 2002, 14/07/2006.
- **PLATIAU Françoise** - Utilisations de l'hypnose -
<http://www.francoise-platiau.be/phobie.htm>, 2006, 10/07/2006.
- **RAUX Mathieu** - L'information pré-anesthésique de l'adulte, exemple des pratiques du DAR Pitié Salpêtrière -
<http://infodoc.inserm.fr/ethique/Travaux.nsf/0/c049fa68e3340b67c12569a400557aab?OpenDocument&ExpandSection=9,8,4,12,5>, 2000, 14/07/2006.
- **SNIA** - Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste -
<http://www.snia.net/>, 2002, 2006, 25/07/2006.

6.4 TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- **Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.
- **Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle N°95-22 du 6 mai 1995** relative aux droits des patients hospitalisés.
- **Loi du 4 mars 2002** relative à la première partie du code de la Santé Publique.
- **Décret 2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V du code de la Santé Publique.

7 ANNEXES

<u>ANNEXE I</u> :.....	73
-------------------------------	----

EXTRAITS DU DECRET 2004-802 DU 29 JUILLET 2004 RELATIF AUX PARTIES IV ET V DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

<u>ANNEXE II</u> :.....	77
--------------------------------	----

EXTRAITS DU DECRET N°94-1050 DU 5 DECEMBRE 1994 RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN CE QUI CONCERNE LA PRATIQUE DE L'ANESTHESIE.

<u>ANNEXE III</u> :.....	79
---------------------------------	----

EXTRAITS DE LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE ANNEXEE A LA CIRCULAIRE MINISTERIELLE N°95-22 DU 6 MAI 1995 RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES.

<u>ANNEXE IV</u> :.....	82
--------------------------------	----

EXTRAITS DE LA LOI N°2002-303 DU 4 MARS 2002 RELATIVE A LA PREMIERE PARTIE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

<u>ANNEXE V</u> :.....	84
-------------------------------	----

GRILLE D'ENTRETIEN.

<u>ANNEXE VI</u> :.....	85
--------------------------------	----

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE (réalisée avec la collaboration d'Astra Zeneca).

ANNEXE I

EXTRAITS DU DECRET 2004-802 DU 29 JUILLET 2004 RELATIF AUX PARTIES IV ET V DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

LIVRE III : AUXILIAIRES MEDICAUX

TITRE I : PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIERE

CHAPITRE I : EXERCICE DE LA PROFESSION

SECTION I : ACTES PROFESSIONNELS

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
- a) Urines : glycosurie, acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH
- b) Sang : glycémie, acétonémie ;

- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation per-opératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance post-interventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

ANNEXE II

EXTRAITS DU DECRET N°94-1050 DU 5 DECEMBRE 1994 RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN CE QUI CONCERNE LA PRATIQUE DE L'ANESTHESIE

PARAGRAPHE 1

Article D. 712-40

Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :

- 1° Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;
- 2° Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;
- 3° Une surveillance continue après l'intervention ;
- 4° Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

PARAGRAPHE 2

Article D. 712-41

La consultation pré-anesthésique mentionnée au 1° de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée :

- a) Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier: dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 ;
- b) Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale: soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des

éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

ANNEXE III

EXTRAITS DE LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE ANNEXEE A LA CIRCULAIRE MINISTERIELLE N°95-22 DU 6 MAI 1995 RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

Article 1 : De l'accès au service public hospitalier. (...)

Article 2 : Des soins. (...)

Article 3 : De l'accès à l'information du patient et de ses proches.

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Le secret médical n'est pas opposable au patient. Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci.

Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences.

Comme le suggère l'article 4 de la Charte de l'enfant hospitalisé, les mineurs sont informés des actes et examens nécessaires à leur état de santé, en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension, dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Les majeurs protégés bénéficient d'une information appropriée. La famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables. Pour des raisons légitimes et qui doivent demeurer exceptionnelles, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un pronostic ou d'un diagnostic grave. Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, mais, à moins que le patient n'ait préalablement interdit, notamment au cours d'entretiens avec le médecin, cette révélation ou désigné les tiers

auxquels elle doit être faite, les proches doivent généralement en être prévenus. De même, la volonté du patient de ne pas être informé de son état de santé doit être respectée.

Article 4 : Du principe général du consentement préalable.

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable.

C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir.

Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur.

Il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir, des risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

Tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable peut saisir le Procureur de la République, afin de provoquer les mesures d'assistance éducative permettant de donner les soins qui s'imposent. La Charte de l'enfant hospitalisé suggère que si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur. Toutefois, l'attention est appelée sur le fait que dans certains cas, précisés par le juge, il convient également de recueillir le consentement des représentants légaux. Le Médecin responsable a la capacité de saisir le Procureur de la République si la santé ou l'intégrité corporelle du majeur protégé

risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci.

Article 5 : Du consentement spécifique pour certains actes. (...)

Article 6 : De la liberté individuelle. (...)

Article 7 : Du respect de la personne et de son intimité. (...)

Article 8 : Du droit à la vie privée et à la confidentialité. (...)

Article 9 : De l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux. (...)

Article 10 : Des voies de recours. (...)

ANNEXE IV

EXTRAITS DE LA LOI N°2002-303 DU 4 MARS 2002 RELATIVE A LA PREMIERE PARTIE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

LIVRE I : PROTECTION DES PERSONNES EN MATIERE DE SANTE

TITRE II : DEMOCRATIE SANITAIRE

CHAPITRE PRELIMINAIRE : DROITS DE LA PERSONNE

Article L. 1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

(...)

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article . Cette preuve peut être apportée par tout moyen...

Article L. 1111-4

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.(...)

Article L. 1111-7

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans. (...)

ANNEXE V

GRILLE D'ENTRETIEN

Age : ; Sexe : ; Année d'obtention du DE d'infirmier anesthésiste : .

1. Décrivez brièvement votre rôle en tant qu'infirmier anesthésiste au bloc opératoire.

2. Quels sont par ordre de priorité, les actions que vous effectuez lorsque vous accueillez un patient au bloc opératoire ?

3. Quelles questions posez-vous au patient lors de votre interrogatoire pré-anesthésique ?

4. Quelle importance accordez-vous à l'accueil du patient au bloc opératoire, et pourquoi ?

5. Pensez-vous qu'en pré-opératoire, les patients sont toujours anxieux ?
=> Qu'est-ce qui vous permet de déceler cette anxiété ?

6. Pensez-vous que l'anxiété pré-opératoire du patient a des répercussions sur sa prise en charge anesthésique et chirurgicale ?
=> Si oui, lesquelles ?

7. Pensez-vous que l'infirmier anesthésiste a un rôle à tenir dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient ?
=> Si oui, lequel et par quels moyens ?
=> Si non, pourquoi ?

8. Avez-vous des remarques ou suggestions en matière de gestion de l'anxiété dans votre service ?

9. L'infirmier anesthésiste est décrit dans la littérature comme étant plus technicien que relationnel, qu'en pensez-vous ?

ANNEXE VI

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE

(réalisée avec la collaboration d'Astra Zeneca)

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous recommandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par l'Anesthésiste-Réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalise et acte d'y répondre.

QU'EST-CE QUE L'ANESTHESIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...) en supprimant la douleur. Il existe deux types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale.

L'anesthésie générale est produite par l'injection de médicaments par voie intraveineuse ou/et par la respiration de vapeurs anesthésiques à l'aide d'un dispositif approprié. **L'anesthésie loco-régionale** permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire pour la compléter. **La rachianesthésie** et **l'anesthésie péridurale** sont deux formes particulières d'anesthésie loco-régionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou loco-régionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une **consultation** plusieurs jours à l'avance et une **visite** pré-anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un Anesthésiste-Réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugez utile à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera proposé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et

du résultat des **examens complémentaires** éventuellement prescrits (électrocardiogramme, radiographie pulmonaire, examens sanguins). Le choix final relève de la décision et de la responsabilité de l'Anesthésiste-Réanimateur qui pratiquera l'anesthésie. Des informations sur le traitement de la **douleur** post-opératoire vous seront également fournies. Pendant cet entretien, n'oubliez pas de signaler toutes réactions tant au cours d'une précédente anesthésie que d'une prise de médicament.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et votre réveil ?

L'anesthésie, quel que soit le type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de **surveillance post-interventionnelle** (salle de réveil) avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel qualifié, sous la responsabilité d'un Anesthésiste-Réanimateur.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHESIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période de réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont respectées. L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer **des maux de gorge** ou un enrrouement passagers. **Des traumatismes dentaires** sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire

particulière. Une rougeur au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours. La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des **compressions**, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent progressivement dans l'ordre. Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur plusieurs dizaines de milliers d'anesthésies.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie loco-régionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficultés. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur plusieurs dizaines de milliers d'anesthésies.

Au cours de l'anesthésie loco-régionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

QU'EN EST-IL DE LA TRANSFUSION ?

Sil existe une forte probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel.

RESUME

Au bloc opératoire, la technicité règne en maître. Pourtant, chaque patient qui y « descend » est en proie à une anxiété quasi inéluctable qu'il est intolérable d'occulter.

Si le choix de devenir infirmier ne se fait pas au hasard car il exige des qualités humaines indispensables à la prise en charge globale du patient, celui de devenir infirmier anesthésiste ne doit pas se faire par le privilège de la technique au dépend de cette dimension humaine inhérente aux racines de la profession. Le rôle relationnel de l'infirmier anesthésiste est incontestable, et la prise en charge de l'anxiété du patient qui arrive au bloc opératoire doit être pour lui une priorité.

Une enquête réalisée auprès de six infirmiers anesthésistes, par le biais d'entretiens semi-directifs, m'a permis de constater que cette prise en charge est réelle sur le terrain. Leur volonté de donner au patient une image chaleureuse de l'infirmier anesthésiste est omniprésente.

Tel est le profil d'infirmière anesthésiste que je veux devenir : compétente dans la maîtrise des techniques anesthésiques tout en privilégiant le contact avec le patient. Et il me semble important de garder en permanence à l'esprit, que notre objectif en tant que soignant est unique : agir dans l'intérêt du patient.