

Domaine santé & social

Filière de formation des infirmières et infirmiers

L'ANXIÉTÉ ET LES FUTURS OPÉRÉS



Mémoire de Fin d'Études

Réalisé par

GASANIN Edina

Sous la direction de

SOLIOZ Emmanuel

Sion, juillet 2007

Abstract

Cette recherche traite de l'anxiété que peut vivre un client lors de son entretien à l'unité d'évaluation pré-opératoire et à la veille de son intervention. Après avoir effectué un recueil de données auprès des futurs hospitalisés, j'ai identifié les raisons possibles de l'augmentation du niveau d'anxiété du client.

Mots-clés :

Anxiété – Situation de crise – UEP (unité d'évaluation pré-opératoire) – Période pré-opératoire – Besoins du client – Rôle infirmier

Préambule

Dans un premier temps, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail de recherche.

Je remercie tout le personnel soignant travaillant au sein de l'unité d'évaluation pré-opératoire de m'avoir si bien accueillie et de s'être montrée si collaborante. De plus, je remercie tous les professionnels de la santé des autres services de m'avoir permis d'intervenir auprès des clients dès leur arrivée dans le service.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les clients qui ont répondu à mes questions et du temps qu'ils m'ont accordé pour y répondre.

Pour finir, je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur Solioz, qui a su si bien me guider dans la réalisation de cette étude. Merci de votre patience et de votre présence à chacune de mes nombreuses questions.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

Table des matières

1 INTRODUCTION	1
2 MOTIVATIONS	3
2.1 MOTIVATIONS PERSONNELLES	3
2.2 MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES	3
2.3 MOTIVATIONS POLITIQUES	4
3 PROBLEMATIQUE	5
3.1 QUESTION DE RECHERCHE	6
3.2 HYPOTHÈSES	7
4 CARTE DE REFERENCE	7
4.1 CONSULTATION PRÉ-HOSPITALIÈRE	7
4.1.1 <i>La chirurgie</i>	8
4.1.2 <i>L'anesthésie</i>	9
4.1.3 <i>Rôle infirmier</i>	11
4.2 ANXIÉTÉ	14
4.2.1 <i>Les 4 types d'anxiété</i>	17
4.2.2 <i>Les manifestations psychologiques et symptômes somatiques</i>	17
4.2.3 <i>Rôle infirmier</i>	19
4.2.4 <i>Les mécanismes pour réagir à l'anxiété</i>	21
4.3 CONCEPT DE CRISE	23
4.3.1 <i>Les quatre étapes de crise de Caplan :</i>	25
4.3.2 <i>Rôle Infirmier</i>	26
5 METHODOLOGIE	28
5.1 LA DÉMARCHE	28
5.2 LES OUTILS DE LA RECHERCHE	30
5.2.1 <i>Présentation de l'échantillonnage</i>	30
5.2.2 <i>Echelle de l'évaluation de l'anxiété</i>	30
5.2.3 <i>Evaluation des besoins du client</i>	31

5.3	LA MÉTHODE DE DÉPOUILLEMENT	32
6	ANALYSE	35
6.1	EVALUATION DE L'ANXIÉTÉ	35
6.1.1	<i>Evaluation de l'anxiété situationnelle</i>	35
6.1.2	<i>Evaluation de l'anxiété de personnalité</i>	38
6.2	QUESTIONNAIRE DES BESOINS DU CLIENT	39
7	SYNTHESE	50
7.1.1	<i>Anxiété situationnelle</i>	50
7.1.2	<i>Anxiété de personnalité</i>	50
7.2	EVALUATION DES BESOINS DU CLIENT	51
7.2.1	<i>Besoins du client à la veille de son intervention</i>	51
7.2.2	<i>Besoins du client lors de sa consultation à l'UEP</i>	52
8	CONCLUSION	54
8.1	BILAN PERSONNEL	54
8.2	BILAN MÉTHODOLOGIQUE	55
8.3	BILAN PROFESSIONNEL	57
8.4	MOT DE LA FIN	58
9	BIBLIOGRAPHIE	60
9.1	LIVRE	60
9.2	ARTICLES	61
9.3	CYBEROGRAPHIE	61
10	ANNEXE	63

Table des graphiques

Graphique 1	36
<i>Évaluation du niveau d'anxiété situationnelle à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'opération</i>	
Graphique 2	38
<i>Évaluation du niveau d'anxiété de personnalité à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'intervention</i>	
Graphique 3	40
<i>Comment vous sentez-vous à la veille de l'intervention ?</i>	
Graphique 4	41
<i>En ce moment, ressentez-vous le besoin de parler à quelqu'un ?</i>	
Graphique 5	42
<i>Si oui, à quel sujet voudriez-vous avoir des compléments d'informations ?</i>	
Graphique 6	44
<i>Pendant votre consultation pré-hospitalière, comment qualifieriez-vous votre entretien avec le personnel soignant ?</i>	
Graphique 7	44
<i>Pendant la consultation pré-hospitalière, êtes-vous satisfait des informations reçues ?</i>	
Graphique 8	45
<i>Pensez-vous que les médecins ont répondu à toutes vos questions pendant cet entretien ?</i>	
Graphique 9	47
<i>Selon vous, que vous a apporté de plus la consultation pré-hospitalière ?</i>	
Graphique 10	47
<i>Selon vous, est-ce que la consultation pré-hospitalière est utile ?</i>	

1 Introduction

Ce mémoire de fin d'étude en soins infirmiers vous plonge au cœur de la recherche scientifique quantitative. Il est le fruit de quatre années d'études.

Après avoir effectué trois stages dans des services de chirurgie, j'ai pu constater un problème face à la prise en charge préopératoire d'un client. En effet, j'ai remarqué que l'équipe soignante était attentive à la réalisation des soins techniques car il est important que le client soit prêt pour son intervention. Cependant l'aspect relationnel prenait une part moins importante, car les clients étant de plus en plus nombreux dans un même laps de temps. De ce fait, l'équipe soignante a un moment restreint auprès du client.

De plus j'ai pu constater que les clients qui devaient subir une intervention chirurgicale, avaient peur, étaient anxieux en période préopératoire. Depuis peu, le CHCVs (Centre hospitalier du Centre du Valais) a mis en place une consultation pré-hospitalière. Elle a pour but d'apporter un maximum d'information au sujet de l'intervention et de l'anesthésie ainsi que de répondre aux questions des clients. Malgré cette nouvelle démarche, les clients sont-ils toujours anxieux avant leur intervention ? Quelles sont les raisons qui entraînent cette manifestation de l'anxiété chez les clients ? C'est la question que je me pose et dont je recherche la réponse.

Pour débiter cette recherche, j'exposerai mes motivations personnelles, professionnelles et politiques. En me basant sur mes motivations et la problématique rencontrée sur mes lieux de stages, j'en ai déduit une question de recherche. De cette question, j'ai fixé un objectif et des hypothèses sans oublier les limites que cette recherche comporte.

La problématique définie, j'ai sollicité la collaboration de divers service du CHCVs et obtenu les autorisations nécessaires pour y débiter ma recherche. Après cette démarche, j'ai pu effectuer ma récolte des données auprès des clients afin d'apporter des réponses concrètes à ma question. La récolte se déroulera en deux temps. Dans un premier temps, la récolte des données se fera à l'unité

d'évaluation préopératoire où le client, après obtention de son consentement libre et éclairé, répondra à mon premier questionnaire qui est l'échelle de l'évaluation de l'anxiété de Spielberger. Dans un deuxième temps, le client, à la veille de son intervention, répondra à deux questionnaires différents, en premier à l'échelle de l'évaluation de l'anxiété de Spielberger puis à un questionnaire traitant des besoins du client à la veille de l'intervention. Ce dernier questionnaire me permettra de déterminer les raisons pouvant conduire à un état anxieux chez le client. Le dépouillement des questionnaires suit une logique méthodologique. Ensuite, j'analyserai les données en mentionnant des cadres de recherche théoriques. Puis les éléments principaux de l'analyse seront repris sous forme de synthèse. Pour finir, je terminerai ce mémoire de fin d'étude en faisant un bilan personnel, méthodologique et professionnel.

2 Motivations

Le choix de ma thématique est issu d'une réflexion sur mes motivations personnelles, professionnelles et politiques.

2.1 Motivations personnelles

Ma thématique de recherche traite de l'anxiété ressentie par le client avant la consultation pré-hospitalière et à la veille de son opération. Mon choix s'est porté sur cette thématique car je souhaiterais travailler dans un service de soins aigus. De ce fait cette recherche me sera utile pour améliorer la prise en charge d'un client lors de son arrivé à l'hôpital. Sachant que celui-ci vit une situation nouvelle ou/et menaçante, je pourrai l'accompagner dans son processus de gestion de la situation et de lui apporter les informations dont il a besoin.

Meilleure sera ma prise en charge, plus le client se sentira en sécurité cela évitera des réactions tel que repli sur soi du client, l'incapacité d'apprendre de nouvelles informations et l'incapacité de communiquer avec son entourage.

2.2 Motivations professionnelles

Après avoir fait les trois stages dans le service de chirurgie, je me suis rendu compte que les infirmières* n'ont plus suffisamment le temps de prendre en charge un nouveau client. Une recherche en soins infirmiers, réalisée par des étudiantes infirmières¹, démontre qu'il y a une augmentation de la charge de travail ce qui diminue le temps consacré par l'infirmière auprès du client. Par ailleurs, selon elles, les infirmières resteraient plus dans le faire que dans l'être. Cela signifie que le personnel soignant, par manque de temps, ne s'occupe que peu de l'aspect relationnel avec le client. Il est vrai qu'en tant qu'étudiante, je n'ai pas souvent eu

* Quelque soit le genre utilisé, on comprendra que cela désigne les professionnels des deux sexes.

¹ ANDENMATTEN, Chantal, HERITIER, Chantal, LOMBARDO, Manuella. *Que cache la peur de l'anesthésie ?*, Promo DNII 1998/1999. Sion janvier 1999.

le temps de discuter avec le client à la veille de son intervention, pour connaître ses ressentis et répondre aux questions qu'il se pose.

2.3 Motivations politiques

Je pense que si le client obtient toutes les informations dont il a besoin, celui-ci se sentira plus en sécurité et son anxiété sera diminuée. Le fait que le client diminue son anxiété cela aura un impact sur le coût de son hospitalisation et sur son traitement. En effet, le journal hebdomadaire l'Hebdo du 23 novembre 2006², traite d'un sujet très sensible, les coûts de la santé. Il démontre que, si les clients sont accueillis dans des unités de soins transitoires, après leur séjour dans les soins aigus, cela permettra des économies importantes d'environ quatre à six millions de francs par an. Ces économies deviendraient encore plus importantes, entre vingt à cinquante millions de francs, car les clients auraient moins besoin de visites à domicile du personnel soignant. Pour obtenir ces bénéfices, les unités de soins transitoires se sont centrées sur les besoins du client afin que celui-ci soit plus autonome dans ses activités de la vie quotidienne. Cela m'amène à penser que si le client obtient une prise en charge de qualité avant son hospitalisation, cela diminuera les coûts de la santé. En effet, il a été prouvé dans l'article que les coûts diminuaient en postopératoire. Cela pourrait aussi s'appliquer pendant la période préopératoire.

² L'Hebdo, *Moins de médecins et davantage d'infirmières, c'est mieux et moins cher*, 23.11.2006, Numéro 47, Page 42

3 Problématique

Pendant mes deux stages dans des services de chirurgie et des recherches littéraires, j'ai pu constater que le client était très anxieux lors de son arrivée à l'étage. De plus, j'ai remarqué que l'aspect relationnel n'était que peu pris en compte car, selon des recherches menées par des infirmières³, les infirmières ont que très peu de temps auprès du client. Cela est dû, au fait, que la charge de travail augmente de plus en plus. L'article de l'Hebdo⁴ a démontré la nécessité du rôle infirmier dans l'aspect relationnel. En effet, dans les unités de soins transitoires, les infirmières sont de plus en plus nombreuses. Ce sont elles qui s'occupent essentiellement des clients et les aident dans leurs activités de la vie quotidienne. De plus, elles sont là, lorsque le client ressent le besoin de parler. Le fait de pouvoir parler procure au client un sentiment de sécurité, ce qui diminue son état anxieux et ses appréhensions lors de son retour à domicile ou de son hospitalisation.

Depuis peu, l'UEP (unité d'évaluation préopératoire) a été mis en place au CHCVS⁵, pour avoir un premier contact avec le client et pour obtenir les informations qui seront nécessaires aux anesthésistes et aux chirurgiens s'occupant de l'intervention. Pendant cette consultation le client obtient des informations sur son intervention et pose des questions à ce sujet. Cependant, je me demande si cela suffit pour diminuer l'anxiété du client lors de son hospitalisation.

Après lecture de plusieurs recherches, traitant de l'enseignement⁶ et de la diminution de l'anxiété en préopératoire, m'ont permis de déterminer les principaux

³ ANDENMATTEN, Chantal, HERITIER, Chantal, LOMBARDO, Manuella, op. cit

⁴ L'Hebdo, op. cit.

⁵ CHCVS : centre hospitalier du centre du Valais

⁶ HESPEL, Diane, *Institut médical Edith Cavell : L'information préopératoire du futur opéré*. Bulletin d'Éducation du Patient, Vol.17, n°4, Décembre 1998. DELMAS, Philippe, ARNOL, Chantal, CLOUTIER, Lyne, *L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré*, Recherche en soins infirmiers, N°49, juin 1997.

domaines dans lesquels les clients se posent beaucoup de questions ou ressentent des craintes.

Par ailleurs, lors d'un entretien avec un infirmier anesthésiste, celui-ci m'a confirmé, que si le client avait pu discuter de ses craintes avec le personnel soignant, l'administration de médicament anesthésiant était divisée par deux.

Les trois domaines dans lesquels le client ressent des craintes⁷ :

La chirurgie :

Le client a surtout peur que la chirurgie fasse une atteinte à son pronostic vital. De plus, celui-ci s'inquiète d'avoir mal en postopératoire, de rester invalide selon le type d'intervention, de l'acte chirurgicale et des effets secondaires.

L'anesthésie :

Le client ressent des craintes face à l'anesthésie car il a peur de se réveiller et de ressentir la douleur pendant l'acte chirurgicale. Cependant il craint de ne plus pouvoir se réveiller après l'intervention et de mourir.

Le réveil post-opératoire :

Lors du réveil, le client appréhende les effets secondaires de l'anesthésie surtout des nausées et vomissements. De plus, il craint la douleur.

Tous ces éléments que j'ai pu constater, m'amènent à me demander si, pendant la consultation pré-hospitalière, ces différents points seront traités.

3.1 Question de recherche

Lorsqu'à la veille de son opération, le client présente de l'anxiété, par quoi est-elle induite ?

⁷ ibid.

3.2 Hypothèses

Pendant mon enquête exploratoire, j'ai obtenu des informations concernant la diminution de l'anxiété du client en période préopératoire.

Cela m'amène à poser les hypothèses suivantes :

- ❖ Le manque d'informations entraîne chez le client un sentiment d'insécurité ce qui a pour effet d'augmenter son état d'anxiété.
- ❖ L'intervention, l'hospitalisation est une situation crise ce qui perturbe l'apprentissage cognitif du client. C'est ce qui conduit à une augmentation du niveau d'anxiété du client.
- ❖ Malgré la consultation pré-hospitalière qui a pour but de diminuer l'anxiété du client, celui-ci ressent, à la veille de l'intervention, le besoin de discuter avec le personnel soignant afin d'instaurer un climat de confiance qui lui permettra de mieux gérer cette situation.

4 Présentation du cadre de référence

A travers des concepts et recherches littéraires, je traiterai de la consultation pré-hospitalière en rapport avec la chirurgie, l'anesthésie et le réveil. Cela me sera utile lors de l'élaboration de la grille d'évaluation pour la récolte des données. Puis je traiterai du concept de l'anxiété et de la crise. Dans chacun de ces thèmes, je mettrai en évidence le rôle infirmier par le biais des soins et des surveillances à effectuer.

4.1 Consultation pré-hospitalière⁸

Lors de la consultation pré-hospitalière ou l'évaluation préopératoire, le client va rencontrer le chirurgien ainsi que l'anesthésiste. Pendant l'entretien, il recevra

⁸ REMOND, Catherine, *Soins infirmiers en chirurgie*, 2^{ème} Édition Lamarre, Mai 2001.

toutes les informations qui lui seront nécessaires pour comprendre l'intervention que celui-ci va subir.

4.1.1 La chirurgie

Chirurgie⁹ : « *partie de la thérapie qui consiste à pratiquer des manœuvres externes ou opérations sanglantes* ».

La chirurgie est un domaine qui a considérablement évolué depuis ses dernières années. Face à cette évolution, l'infirmière doit s'adapter afin d'administrer des soins préopératoires et post-opératoires de qualité. Il existe différentes techniques de chirurgie et gestes techniques. En fonction de la chirurgie, la prise en charge d'infirmière est différente.

Les techniques chirurgicales :

Chirurgie traditionnelle ou à « ciel ouvert » : c'est une incision qui peut être faite sur plusieurs sites du corps comme sur la paroi abdominale (laparotomie) ou thorax (thoracotomie) ou encore sur la région lombaire (lombotomie).

Chirurgie endoscopique : cette méthode permet d'exécuter des gestes techniques à l'intérieur de l'organe avec une ouverture cutané. Cette technique chirurgicale se fait avec l'aide d'une assistance vidéo.

Chirurgie robotisée : surtout utilisée en neurochirurgie, en orthopédie et en urologie, elle permet au chirurgien de manipuler à distance les instruments par le biais d'une console.

Les gestes techniques :

Les différentes techniques permettent la réalisation des gestes qui sont classés comme suite :

⁹ GARNIER, DELMARE, *Dictionnaire des termes de médecine*, 27^{ème} Edition Maloine, Paris, 2002, page 150.

Les tomies : l'ouverture d'un viscère pour l'exploration de son contenu et le retrait de ce qu'il contient comme une tumeur.

Les stomies : c'est l'abouchement d'un viscère de façon transitoire ou définitive.

Les ectomies : c'est une ablation totale ou partielle d'un organe.

Les plasties : c'est la transformation d'un organe qui a pour but de le réduire, de l'agrandir ou encore de le remplacer.

Les greffes : c'est le remplacement d'un organe ou d'un tissu.

La consultation du chirurgien :

Cette consultation permet au chirurgien d'expliquer plusieurs éléments au client. En effet c'est le moment où le médecin pourra donner les raisons de l'intervention, la nature de l'intervention, les conséquences qu'elle aura sur l'état du client, la durée de son hospitalisation et la date de l'intervention. Tous ces éléments conduisent à obtenir le consentement éclairé du client avant son intervention. Il pourra ainsi signer la feuille en toute connaissance de cause.

4.1.2 L'anesthésie

Anesthésie : « *privation générale ou partielle de la faculté de sentir. Elle est provoquée par un médicament* »¹⁰.

La consultation anesthésique :

Cette consultation a lieu quelques jours avant l'intervention du client. Elle permet d'établir une relation de confiance entre l'anesthésiste et le client.

La consultation représente, pour le client, une occasion de faire connaissance avec la personne qui va « l'endormir ». Selon les divers documents convergents que j'ai lu, j'ai remarqué que l'anesthésie est un passage délicat dans une hospitalisation car le client a peur d'avoir mal et peur de ne pas se réveiller. L'anesthésiste pourra diminuer l'anxiété du client en discutant avec celui-ci tout au long de leur entretien.

¹⁰ *ibid.*, p. 41

La visite pré-anesthésique permet à l'anesthésiste de connaître le client. Pour ce faire celui-ci va procéder à un « interrogatoire ». En effet l'anesthésiste a besoin de connaître tous les antécédents médicaux et chirurgicaux du client, ses allergies connus, son traitement en cours, sa taille et son poids, le fonctionnement de son cœur et de ses poumons ainsi que l'état de ses veines. De plus, l'anesthésiste effectue divers examens. Il va réaliser un bilan biologique, dépister une infection, diagnostiquer et corriger d'éventuels troubles métaboliques, procéder à des examens complémentaires, sélectionner le client selon la classification ASA¹¹, poser le choix de l'anesthésie et, selon les besoins, proposer une autotransfusion.

Le choix de l'anesthésie se fait selon le type d'intervention et, si cela est possible, la volonté du client.

Le choix de l'anesthésie :

L'anesthésie générale : est l'injection d'un anesthésique en intraveineux. La narcose entraîne la perte de conscience. La curarisation engendre un relâchement musculaire.

La rachianesthésie : est une injection d'un petit volume de produit anesthésiant local dans le liquide céphalo-rachidien. Ce procédé permet d'obtenir une analgésie rapide.

La péridurale : est une injection de substance anesthésiante au niveau de l'espace péridural. Cette méthode permet de cibler la localisation de l'action de la substance, soit haute soit basse. Lorsque le cathéter est mis en place il permet l'administration d'analgésique en postopératoire.

Le bloc endoveineux : est une injection intraveineuse d'un anesthésique local au niveau d'un membre préalablement exsanguiné en exerçant une compression en amont.

Le bloc plexique ou tronculaire : est une injection d'un anesthésique local au contact d'un plexus ou d'un tronc nerveux.

¹¹ ASA : (American Society of Anesthesiologists) permet à l'anesthésiste de classer le client selon les cinq stades.

Lors de l'arrivée du client à l'étage, l'anesthésiste revient voir le client. C'est la visite pré-anesthésique. Elle se déroule la veille de l'intervention et permet au médecin de vérifier les résultats des examens et l'efficacité des traitements en préopératoire. De plus, elle permet la prescription d'une prémédication.

La prémédication a pour but de diminuer l'anxiété et la douleur du client, de préparer l'organisme à l'anesthésie et à l'acte chirurgical, à améliorer le confort et la sécurité du client. Elle est administrée souvent par voie orale par confort pour le client, le produit et le dosage dépendent du malade (âge, durée et type d'intervention).

Les trois buts principaux sont :

- ❖ La perte de conscience afin de ne ressentir ni douleur, ni connaître le déroulement de l'intervention.
- ❖ Analgésie : le client ne doit ressentir aucune douleur durant toute l'opération
- ❖ Baisse des réflexes et relâchements musculaires pour pouvoir faire une intervention sans problème.

Les risques suite à l'anesthésie :

Agitation, nausées et vomissements : ils surviennent surtout lorsque le patient n'est pas à jeûn. Des maux de gorge, enrrouement passager ou laryngospasmes : ils surviennent lors d'anesthésie légère ou par excitation de la glotte. Le bronchospasme, le collapsus, le hoquet, un traumatisme dentaire, des troubles passagers de la mémoire.

4.1.3 Rôle infirmier

Lors de la consultation, l'infirmière accueille le client et l'installe. Elle s'assure de la bonne identité de celui-ci. Ensuite, elle prend les paramètres nécessaires aux médecins. Elle rassure le client en lui donnant des explications quant à la suite des événements. Puis, elle inscrit toutes ses actions, les paramètres et les observations faites au sujet du client. Elle fait une anamnèse infirmière, à l'arrivée du client en se basant sur les huit auto-soins de Dorothy Orem.

Période préopératoire :

Selon un ouvrage traitant des soins infirmiers en chirurgie¹² qui a édité une marche à suivre pour la plupart des interventions chirurgicales. Lorsque le client entre à l'hôpital, celui-ci est accueilli par l'infirmière. Celle-ci va l'installer dans sa chambre en lui présentant son nouvel environnement (numéro de la chambre, les toilettes, le placard, le téléphone, la sonnette). Ensuite, elle complète les informations recueillies par l'infirmière de l'unité d'évaluation préopératoire et celles fournies par les médecins. Puis, elle fait une anamnèse d'entrée du client pour apporter des compléments dans son dossier de soins. Lors de l'entrée du client, l'infirmière fournit toutes les informations dont la famille, l'entourage a besoin en plus de les donner au client.

Lorsque le client sera installé dans le lit, l'infirmière peut procéder à différents gestes techniques. Si le client n'a aucun problème de mobilisation, il peut exécuter la plupart des soins lui-même. Elle commence par prendre la tension artérielle, la pulsation, la saturation, le poids et la taille du client. Elle s'assure que les allergies connues du client figurent dans son dossier, ainsi que son traitement médicamenteux. Ensuite, elle lui explique le déroulement des soins. La veille de son intervention, le client doit prendre une douche avec un produit antiseptique (Bétadine) en prenant le soin de bien en mettre partout puis de rincer abondamment. Cette étape, il la refait le matin de l'intervention après une dépilation de la zone à opérer. Le matin de l'intervention, le personnel soignant prépare le client (prémédication, bracelet d'identification, retirer les objets personnels) pour l'amener au bloc opératoire sans oublier de prendre les documents dont les médecins ont besoin.

Tout au long des soins, l'infirmière prend le temps d'écouter le client et de le rassurer en lui donnant des explications sur les questions qu'il se pose.

Période postopératoire :

¹² REMOND, Catherine, op. cit.

La période postopératoire correspond à la fin de l'acte chirurgical. Le réveil du client se fait dans une salle de réveil. Après une anesthésie générale, le client doit bénéficier d'une surveillance spécifique.

Lors du retour du client en chambre, le problème principal que peut rencontrer l'infirmière est la couverture en antalgique du client. En effet, la douleur est la conséquence directe de l'acte chirurgical. Elle n'est pas une complication de l'intervention mais une réponse physiologique de l'organisme.

Au retour de la salle de réveil ou du bloc opératoire, le client est muni d'une PCA¹³ ou d'une PCEA¹⁴. C'est une technique analgésique de la douleur permettant au client de contrôler lui-même son analgésie. Ces appareils demandent une surveillance accrue pour éviter les surdosages de produits qui entraînent des effets secondaires chez les clients. De plus, l'infirmière doit prévenir toutes complications liées au réveil comme l'hypotension, l'hypoventilation, l'hypothermie, les nausées et les vomissements, l'anurie ou encore des lésions nerveuses.

L'acte chirurgical crée une coupure sur la continuité tégumentaire, ce qui nécessite une fermeture et la mise en place d'un pansement pour couvrir la plaie qui peut s'infecter. Les interventions de l'infirmière autour de la plaie doivent être propres en utilisant du matériel stérile. De plus, elle doit observer la progression du processus de cicatrisation de la plaie ce qui évitera des complications.

En d'autre terme, l'infirmière procède à l'élaboration du processus de soin de manière inconsciente car elle recueille les données, les analyse, puis en planifie les soins et les exécute. Afin de savoir si les actions sont appropriées au client, l'infirmière vérifie ses interventions et les réajuste selon les besoins.

¹³ PCA : (Patient Control Analgesia) technique analgésique de la douleur permettant au client de contrôler son analgésie.

¹⁴ PCEA : (Patient Control Epidural Analgesia) même principe que la PCA cependant le produit analgésiant est administré à l'aide de cathéter de péridurale.

4.2 Anxiété

Lors de l'approche d'une situation de conflit, de menace ou de frustration empêchant ainsi la satisfaction d'un besoin ou la réalisation d'un but, le client ressentira un sentiment de tension qui s'exprimera sous forme d'anxiété car chaque être humain cherche à atteindre l'équilibre.

Il existe plusieurs définitions de l'anxiété et de l'angoisse de différents auteurs. Les définitions de Spielberger, May et Roger et Kinget cités par Chalifour¹⁵ qui ont été traitées lors d'une étude sur la relation d'aide en soins infirmiers vont permettre de décrire et de comprendre les origines de l'anxiété.

Avant de citer les différentes définitions, il serait utile de différencier la peur de l'anxiété car, dans le langage professionnel, ces deux termes sont utilisés sous forme de synonymes. En règle générale la peur précède l'état d'anxiété. La peur est d'origine externe à la personne comme par exemple une intervention chirurgicale. De plus, il est possible d'agir sur la source de menace pour l'éliminer. La personne ressent un sentiment d'être en danger en ce qui concerne sa vie et son intégrité. Quant à l'anxiété, elle apparaît après la peur et elle est de source indéterminé et diffuse. Il est, de ce fait, très difficile d'avoir une action directe sur sa cause. Le client ressentira le sentiment de malaise, d'inconfort et de menace diffuse.

Par ailleurs, dans de récents écrits, la plupart des auteurs utilisent le terme d'angoisse et anxiété pour désigner une même réalité. Cependant il existe plusieurs définitions de ces deux termes. L'angoisse¹⁶ est définie comme « *un sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse et pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations très pénibles de constriction épigastrique, une accélération de la respiration et du pouls* ». De plus, l'angoisse représente le degré extrême et permanent de l'émotion, dont l'anxiété est la phase passagère. La personne angoissée tire des conclusions irrationnelles.

¹⁵ CHALIFOUR, Jacques, *La relation, d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique-humaniste*, Édition Lamarre, Paris, 1989, page 77 à 89.

¹⁶ GRAND LAROUSSE ENCYCLOPEDIQUE, Tome premier, Librairie Larousse, Paris, 1960,

L'anxiété est un état d'angoisse. C'est un sentiment d'insécurité devant un danger à venir. Elle s'accompagne souvent de manifestations physiologiques. Les deux termes ont une définition très proche. D'ailleurs Grenier cité par Delmas, Arnol et Cloutier¹⁷ ne fait pas de distinction entre les deux termes. Contrairement à Favez Boutonnier cité dans le même ouvrage¹⁸, qui lui trouve que « *l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement ; L'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable.* »

Les définitions suivantes déterminent les principaux aspects de l'anxiété :

Pour May¹⁹, l'anxiété est une appréhension d'une menace à ses propres valeurs que la personne considère comme essentielle à son existence. Cette anxiété est diffuse, elle diffère de la peur car elle est vague et sans objet. Elle est associée à un sentiment d'incertitude et de désespoir. L'anxiété se transformera en peur lorsque la source de menace sera identifiée.

Pour Roger et Kinget²⁰ l'angoisse est « *un état de malaise ou de tension dont le sujet ne connaît pas la cause* ». De plus, ils rajoutent : « *nous parlons de menace quand l'individu se rend compte soit de façon pleinement consciente, soit de façon subliminale par voie de « subception » de ce que certains éléments de son expérience ne sont pas conformes à l'idée qu'il se faisait de lui-même. La notion de menace correspond donc à la version externe de ce qui - envisagé du cadre de référence interne -, s'indique du nom d'angoisse.[...] L'angoisse constitue la réaction de l'organisme à la « subception » de cet état de désaccord et au danger de prise de conscience - qui exigerait une modification de la structure de moi.* ». En d'autres termes, la personne vit un état d'anxiété lorsqu'elle est en désaccord entre l'image qu'elle a d'elle-même et la réalité. Comme par exemple, un client devant subir une intervention chirurgicale et une hospitalisation de durée indéterminée. Le fait que le client passe d'un statut de personne bien portante à

¹⁷ DELMAS, Philippe, ARNOL, Chantal, Cloutier, Lyne, op. cit

¹⁸ ibid

¹⁹ CHALIFOUR, Jacques, op. cit., page 77 à 89.

²⁰ ibid

une personne malade va modifier sa perception de lui même. Cette rupture entre le soi perçu et le soi réel crée une tension. De cette tension va naître le sentiment d'anxiété. Pour contrer cet état, le client va mettre en place des mécanismes de défenses.

A l'entrée dans un milieu hospitalier, le client ressent de l'inquiétude, peur, stress, anxiété et il existe bien d'autres termes qui désignent les troubles que vit le client avant son opération. Il est nécessaire de soigner le patient dans sa globalité et de ne pas oublier la dimension qui est tout aussi importante que la dimension physique, la dimension psychologique. Ce qui m'amène à la définition de Spielberger²¹ qui donne une vision plus globale de cet état d'angoisse et d'anxiété. Il détermine l'origine de l'anxiété. En effet, l'anxiété se révèle par une tension, une appréhension ou un malaise résultant de l'anticipation d'un danger imminent. Ce mécanisme entraîne une réaction d'alarme (activation du système nerveux central) de l'organisme car celui-ci se sent menacé.

Plusieurs facteurs entraînent un état d'anxiété chez le client lors de son hospitalisation. Le premier étant que l'hôpital est un milieu qu'il ne connaît pas et c'est aussi un lieu où il y règne des règles propres qui peuvent être différentes des habitudes du client. Par exemple les repas sont servis à des heures précises, les proches ne peuvent être présents que pendant des horaires déterminés par l'institution. De plus, le patient est toujours dans un état d'attente : en attente d'un examen, d'un diagnostic, de résultats. Ce qui fait que le client est dans une incertitude continue. Les soins procurés sont aussi un agent anxieux pour le client car l'acte doit être fait par une personne externe.

Il existe plusieurs types d'anxiété car le degré est variable selon la personnalité du client et de la situation dans laquelle il se trouve. De ce fait il est très important que la prise en charge de cet état d'anxiété soit adaptée afin de ne pas aggraver la situation.

²¹ ibid.

4.2.1 Les 4 types d'anxiété

1. L'anxiété légère :

La personne est attentive à tout ce qui se passe autour d'elle. Son niveau de perception et d'attention est accru. Dans ce stade, le client peut intégrer les informations qu'il reçoit car il est capable d'analyser la situation présente. De plus, il est toujours capable de se servir de ses connaissances et des expériences vécues. A ce stade, le client pose de multiples questions et est tout particulièrement curieux de tout ce qui se passe autour de lui.

2. L'anxiété modérée :

Le client est capable, de manière restreinte, de se concentrer sur sa situation actuelle car son attention devient sélective. A ce stade, l'apprentissage de nouvelles connaissances devient difficile. Le client va se replier sur lui-même. Cette position lui semblera être une position sécurisante.

3. L'anxiété grave :

Le client n'est plus en mesure d'intégrer de nouvelles informations car sa capacité d'apprentissage est entravée par son niveau d'anxiété très élevé. De plus, il est incapable de comprendre sa situation actuelle. La communication avec ses proches devient difficile car il a un discours éparpillé et confus.

4. L'anxiété de panique :

Le client va s'arrêter aux détails et va les amplifier à l'exagération. Il est incapable de comprendre sa situation et rumine les mêmes idées à longueur de la journée. Aucune nouvelle information n'est possible à lui donner.

4.2.2 Les manifestations psychologiques et symptômes somatiques

L'anxiété ou l'angoisse sont des mécanismes diffus. Malgré cela, il est possible de reconnaître certaines manifestations. Ces manifestations peuvent se traduire sur le plan physiologique, cognitif, émotif, social et spirituel. Il est évident que toutes ces manifestations peuvent apparaître dans d'autres situations pathologiques et elles ne doivent pas seulement être reliées à l'anxiété. Toutes ces manifestations vont

se révéler de différente manière car elles seront dépendantes du degré d'anxiété du client.

Manifestations physiologiques :

Le client va être pâle, transpirant, ayant un visage crispé, la bouche sèche, ses mains et ses pieds seront froids, ses pupilles dilatées et sa vision brouillée. Il aura une augmentation de son rythme cardiaque et de sa respiration, de sa pression sanguine, de la tension musculaire qui se traduira par des crampes et des courbatures. Il aura aussi une accélération du processus digestif, une augmentation ou une diminution de l'appétit, une augmentation ou une inhibition de ses mouvements et ses gestes. Il ressentira un besoin fréquent d'uriner par petites quantités. Il se sentira fatigué, faible et se réveillera fréquemment pendant la nuit. De plus il parlera d'une voix incertaine. Il ressentira des palpitations, des douleurs thoraciques, des étourdissements, des bouffées de chaleur et de la difficulté respiratoire. Il aura la gorge serrée ainsi que des problèmes digestifs comme une difficulté à avaler, des nausées, un mauvais goût dans la bouche, des gaz intestinaux et brûlures d'estomac.

Manifestations cognitives :

Lorsqu'une source de menace a été identifiée, le client va mettre en place des mécanismes de défense qui vont l'éloigner de la réalité. Le client aura de la peine à mémoriser les nouvelles informations, sera moins attentif à ce qu'on lui dit et moins concentré sur les choses importantes. Il va plus accorder de l'importance à des petits détails anodins et il ne sera plus capable de raisonner correctement. Sa capacité à résoudre les problèmes rencontrés sera réduite. De plus il aura de la peine à trouver les mots pour s'exprimer et à percevoir la situation vécue dans son ensemble.

Manifestations émotives :

Les sentiments de culpabilité, de honte, de tristesse et d'agressivité sont associés à l'anxiété. Ces sentiments reflètent les manifestations de la menace et de la non réalisation du but fixé. En effet le client peut se sentir coupable d'être dans se lit d'hôpital alors que sa femme et ses enfants sont restés à la maison seuls. Le

sentiment de honte est souvent associé à la peur car le client aura l'impression d'être perçu comme une personne malade ce qui va entraîner chez lui un sentiment de tristesse car il pense avoir perdu ses moyens pour satisfaire ses besoins. La réponse que le client va trouver est l'agressivité car c'est la seule réaction de protestation qu'il pourra exercer suite à ces pertes et frustrations vécues. Lorsque le client est à un degré d'anxiété minimale, il aura un ressenti global sans qu'il soit capable de le nommer. Plus le degré d'anxiété augmente, plus ses sentiments s'accroîtront et envahiront toute sa conscience. Ils se manifesteront sous forme de cris, pleurs et de sentiments de rage. Il ne laissera personne s'approcher de lui.

Manifestations sociales :

Au niveau de son entourage le client peut manifester son anxiété de plusieurs manières. Il aura besoins d'attention qu'il demandera sous diverses formes. Il aura soit besoin de voir du monde, soit qu'il voudra être seul. S'il ressent le besoin d'être seul, il sera intolérant vis-à-vis de son entourage, il les blâmera facilement. Lors de prise de décision, il montrera un sentiment d'insécurité car il ne sait pas quel sera le meilleur choix à faire. C'est pour cela qu'il lui faudra expliquer plusieurs fois les mêmes informations. Il aura ainsi l'impression qu'on fait attention à lui.

Manifestations spirituelles :

Lors de son hospitalisation le client se sentira seul et il lui sera difficile de rentrer en communication avec les autres que ce soit l'équipe soignante, ses amis ou sa famille. Il se posera beaucoup de question sur ses choix de vie actuelle et future. De plus il sera confronté à la mort car il découvre qu'il n'est pas immortel étant donné qu'il est venu à l'hôpital parce qu'il est malade.

4.2.3 Rôle infirmier

Pour toutes ces manifestations précédemment citées, notre rôle est de rassurer le client, de l'accompagner dans cette situation qui lui semble nouvelle et qui remet en cause toute la vision future. En effet le client prend conscience de sa mortalité

et qu'à tout moment de la vie, il peut mourir. Malgré le fait que le client ne parle peu ou qu'il pose des questions autres que le sujet de son intervention, il est important de bien lui expliquer tous les gestes et soins qu'on va lui procurer. Ces explications seront données lors de la consultation pré-hospitalière par des anesthésistes et des chirurgiens. Lors de la première rencontre avec le milieu hospitalier, le client est accueilli par l'infirmière de l'UEP (unité d'évaluation préopératoire). Celle-ci, par le biais de l'observation du comportement du client, est en mesure de détecter son niveau d'anxiété. Puis elle est capable d'adapter sa prise en charge en fonction du malade. Cependant la veille de l'opération c'est à l'infirmière d'accueillir le client et de le mettre en confiance car si celui-ci se sent bien, il sera plus ouvert et plus réceptif aux informations que l'on va lui donner et les soins que l'on va lui procurer. De plus nous devons être attentifs aux signes précurseurs qui nous démontreraient que le client est anxieux. Comme cité ci-dessus, le degré d'anxiété varie. Plus l'on agit rapidement en diminuant cet état d'anxiété, moins le client ressentira les sentiments de culpabilité, de honte, de tristesse qui l'amèneront à de l'agressivité.

Pour plus de précision, le rôle infirmier va être plus spécifique selon le type d'anxiété du client. Les actions infirmières suivantes peuvent aussi être exécutées lorsque le client se trouve à la consultation pré-hospitalière et lors de son hospitalisation.

L'anxiété légère :

Il est important que le client garde certains repères (photos, dessins) afin de ne pas être brusquement séparé avec ses proches. De plus, il faut laisser le client identifier les moments difficiles qu'il est en train de vivre et l'aider à les verbaliser. Avant de débiter les soins, il faut informer le client du déroulement de la journée en mentionnant les soins qui vont lui être procurés et les examens à subir. Lors des soins, lui proposer des exercices respiratoires et de relaxation qui vont lui permettre de mieux gérer la situation.

L'anxiété modérée :

Le rôle infirmier est d'inciter le client à exprimer ses sentiments en l'aidant à découvrir les causes de son anxiété ainsi que d'explorer ses ressources de résoudre le problème. De plus, Il est très important de respecter les moments de silence et les pleurs du client. Cela lui permettra de s'exprimer en créant un climat de confiance. Elle doit aussi être attentive aux mécanismes de défense que le client met ou a déjà mis en place.

L'anxiété grave ou état de panique :

A ce stade, le client n'est plus capable d'intégrer de nouvelles informations et de comprendre sa situation. Le rôle infirmier est de le laisser le malade à exprimer ses ressentis. Pour cela, l'infirmière doit rester auprès de lui en étant calme et l'aider à reconnaître qu'il est anxieux. Elle ne doit surtout pas le rationaliser, ni le raisonner car cela entraînerait un repli sur soi encore plus important de la part du malade. Il n'est pas utile de demander au client de prendre des décisions car celui-ci n'est plus capable de raisonner correctement. Cependant, il ne faut pas toucher le client sans son autorisation, il pourrait prendre cela comme un acte agressif ce qui engendrera de l'agitation voir de l'agressivité chez lui. L'infirmière devra prendre les mesures afin de déterminer si l'état du patient s'améliore (tension artérielle, pulsation, agitation, etc.).

4.2.4 Les mécanismes pour réagir à l'anxiété

Tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à vivre des sentiments d'anxiété plus ou moins intenses. Pour se protéger de ces sentiments de stress, de tension et d'anxiété, chacun de nous utilise de manière consciente ou pas, une multitude de moyens pour y faire face. Chacun de nous gère son angoisse de différentes manières. Certains d'entre nous vont marcher ou se promener. D'autres vont faire du shopping, prendre un bain, faire du sport ou encore faire une séance de relaxation tel que le yoga ou de la médiation. Cependant, les réactions que nous aurons, lors de l'apparition de cet état d'angoisse, seront différentes selon la situation que l'on est en train de vivre à ce moment précis. De ce fait, certaines

personnes seront prises de crises soudaines d'agressivité, de pleurs ou encore d'hilarité. D'autres auront des envies subites et exagérées de bouger en faisant du sport, de dormir, ou encore d'abuser de la nourriture, de tabac, d'alcool ou de drogue.

L'apparition du danger imminent oblige la personne à y faire face. Celle-ci va utiliser toute son énergie de façon consciente et inconsciente pour tenter de faire face à la situation ou de la fuir.

Réactions et actions conscientes de la personne :

Afin de résoudre le problème présent, il existe quelques types de comportements. Ces comportements sont l'attaque, le retrait ou le compromis. Dans le comportement d'attaque, la personne va tenter de supprimer ou de surmonter la situation afin de parvenir à satisfaire ses besoins. Ce comportement peut être soit destructeur soit constructif. Si celui-ci s'avère destructeur, la personne aura un sentiment d'agressivité et d'hostilité envers les autres. Après cette réaction, la personne ressentira de la culpabilité. Si au contraire, le comportement de l'attaque s'avère être constructif, la personne entamera une démarche afin de trouver une solution. Cela entraînera un sentiment d'affirmation de soi et de respect des autres pour la personne concernée.

Dans le comportement du retrait, la personne va s'éloigner de la source de menace ou alors elle va admettre son échec et donc ne pas vouloir satisfaire son besoin. Ses ressentis seront alors la honte, la peur et l'hostilité. Toutefois, le comportement le plus utilisé dans plusieurs situations, qui sont source de menace, est le compromis. Ce comportement consiste soit à retarder la satisfaction du besoin, soit à en modifier les objectifs et en satisfaire que quelques-uns.

Réaction et actions inconscientes de la personne :

Les comportements cités ci-dessus sont mis en place lorsqu'on arrive à déterminer la source de menace et la contrôler par la suite. Cependant si ces comportements ne sont pas suffisants, il faudra contrer cet état de tension, d'angoisse, de stress par d'autres mécanismes de défense afin de se protéger. Ces mécanismes de défense seront mis en place inconsciemment, afin de rendre notre quotidien plus

supportable. Cependant, une utilisation excessive de ces mécanismes aura pour but de masquer, de déformer la réalité au point que la personne ne sera plus capable d'interagir avec son environnement. Avant d'aller plus loin une définition de ceux-ci s'impose.

Les mécanismes de défense sont « *des manœuvres psychologiques inconscientes au service du moi qui ont pour fonction de protéger la personne de son anxiété. Ils servent en quelque sorte d'écran pour falsifier la réalité en la cachant ou en la tendant d'avantage acceptable aux yeux de la personne* »²².

4.3 Concept de crise

Comme vu précédemment, le client doit faire face continuellement à des obstacles, plus ou moins importants, nuisant à la satisfaction de ses besoins quotidiens ou l'obligeant à se dépasser. Lorsque l'individu est confronté à une situation de crise, il affronte le problème en appliquant des mécanismes de défense. Ces mécanismes ont pour conséquence d'augmenter la tension et le degré d'anxiété. Le client devient moins à même de trouver une solution, il devient impuissant face à la réalité.

Si le client n'arrive pas à trouver ses propres ressources pour faire face à la réalité, celui-ci va vivre une période de désorganisation, plus ou moins importante, selon la nature du stimulus stresser. Cette situation entraînera chez le client, un état de crise qui remettra en doute tous ses projets de vie, de ses valeurs et ses certitudes. Dans ce cas, le professionnel n'aura pas pour rôle de donner les ressources au client et à sa famille mais plutôt lui en faciliter l'accès en apportant le soutien environnemental et thérapeutique adéquat.

Caplan définit la crise comme se produisant « *lorsqu'une personne affronte un obstacle qui l'empêche d'atteindre des objectifs de vie importants. Malgré la mise en œuvre des méthodes habituelles utilisées pour résoudre les problèmes, cet obstacle reste et demeure insurmontable pendant un certain temps. Il s'ensuit une*

²² ibid., page 77 à 89.

période de désorganisation, de bouleversement, pendant laquelle l'individu tente de trouver une solution, mais en vain »²³.

D'après Caplan, cité par Aguilera²⁴, l'individu est constamment confronté à la nécessité de résoudre ses problèmes, pour qu'il puisse ainsi préserver son équilibre. Si un déséquilibre se manifeste, cela peut déclencher une crise. Ce déséquilibre peut être provoqué, soit parce que l'individu ne peut trouver d'alternative, soit parce que la résolution du problème demande plus de temps et d'énergie que de coutume. Lorsque qu'un état d'angoisse et d'anxiété apparaît, il est suivi d'un sentiment de culpabilité, de honte, de peur et d'impuissance.

Lors de son entrée à l'hôpital, le client sera confronté à plusieurs stimuli. Ces stimuli peuvent provoquer un état de crise.

Ces stimuli sont les suivants :

L'hospitalisation :

Tout d'abord l'hospitalisation entraîne chez le client une coupure soudaine avec le monde réel. En effet, celui-ci sera dépouillé de ses vêtements, de ses objets familiers et de ses habitudes. Il sera aussi privé de ses responsabilités professionnelles et privées. De plus, le client aura l'impression de passer inaperçu car il fait parti d'un groupe anonyme car chaque client porte le même pyjama et mange la même nourriture. L'institution impose au malade cette dépersonnalisation et par la même occasion une perte de l'identité sociale.

En règle générale, l'hôpital représente pour le grand public un monde mystérieux et inquiétant, où l'accès se fait par de multiples couloirs et ascenseurs. L'arrivée de nouvelles expériences inattendues, mécanisées, dépersonnalisées, entretiennent autour du client, un climat peu rassurant, générateur d'angoisse ou d'inquiétude qui se nourrit du fait que le client est incapable d'apprécier exactement son état et qu'il reste incertain de la gravité et de la durée de sa maladie.

²³ AGUILERA, Donna C, *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, InterÉdition, Paris, 1995

²⁴ *ibid*

Suite à l'hospitalisation, le client est une personne qui souffre, une personne qui a peur.

Souffrance et ignorance :

Ensuite le client souffre, malgré la prise de tranquillisants et d'antalgiques. Cette souffrance n'est pas liée à la douleur que peut ressentir le client mais au manque d'informations dont il a besoin. Cette situation risque de provoquer une relation agressive avec l'équipe soignante ou le client se refermera sur lui même.

Opération comme rupture :

Enfin l'intervention chirurgicale signifie rupture car elle arrache le client à son plan d'avenir, remettant en question ses projets, l'organisation de son existence telle qu'il l'avait envisagée. Elle interrompt le cours normal de la vie. Tout client craint, à sa sortie, de ne pas pouvoir reprendre le cours de sa vie comme auparavant.

De plus, l'opération casse les liens sociaux. En effet, le malade se retrouve subitement seul car elle conduit à une hospitalisation. Il quitte sa maison et la place qu'il tenait au sein du foyer. Il doit aussi quitter ses amis et son travail. Il n'est donc plus capable d'assumer ses obligations au travail ou dans sa famille. Il se fait du souci sur ce qui peut se passer pendant son absence.

Pour finir, le fait de devoir subir une intervention chirurgicale rappelle à l'homme qu'il n'est pas infailible et est le signe de notre condition mortelle. Elle va réveiller l'anxiété chez le client qui peut avoir une réaction déraisonnable telle que l'agressivité, l'arrogance ou l'exigence.

A l'apparition d'une situation de crise, le client peut passer par différentes étapes. Caplan en cite quatre.

4.3.1 Les quatre étapes de crise de Caplan :

Étape 1 : Apparition d'une situation qui oblige le client de devoir faire face produisant une tension. En faisant le lien avec l'anxiété, le client ressentira une angoisse légère c'est-à-dire qu'il sera capable d'intégrer les nouvelles informations reçues.

Étape 2 : Le client essaie de résoudre le problème en utilisant des mécanismes de défense. Si les tentatives de résolution n'aboutissent pas, la tension va augmenter. A ce stade, le niveau d'anxiété sera modéré. Le client ne pourra que difficilement comprendre les informations.

Étape 3 : Cette augmentation de la tension va pousser le client à rechercher d'autres ressources afin de résoudre ce problème.

Étape 4 : Malgré les essais du client pour trouver une solution face à cette nouvelle situation, celui-ci ne réussit pas à résoudre son problème. Cela aura pour conséquence une accumulation de la tension et il se produira une désorganisation émotionnelle qui conduira le client dans un état d'anxiété grave voir à un état de panique. Ce qui veut dire que le client sera incapable de comprendre ce qui lui arrive et ne pourra pas intégrer les nouvelles informations reçues.

4.3.2 Rôle Infirmier

Les situations de crise comme l'anxiété ont un début, un milieu et une fin. L'intervention infirmière sera différente selon les étapes. Si l'intervention se produit au début de la crise, le client pourra plus rapidement revenir à son état de départ, avant la crise.

Lorsque le client est dans une situation de crise, il faut lui apporter une aide et un soutien. L'infirmière a pour rôle d'aider le client à trouver ses propres ressources mais en aucun cas de lui apporter une solution toute faite. Pour ce faire, elle prend le temps de discuter avec le client en essayant de lui faire décrire les événements déclenchants, les sentiments ressentis, les ressources utilisées dans des situations similaires. Par le biais de l'observation du comportement verbal et non verbal du client, elle détermine son degré d'anxiété, de colère et de détresse afin de planifier une intervention. De plus, en prenant le temps de discuter, elle crée une relation de confiance avec le malade ce qui l'aidera à vaincre cette période de crise.

Il est primordial que le client trouve ses propres ressources pour surmonter cette période difficile. Pour ce faire l'infirmière doit l'aider à comprendre ce qu'il lui arrive.

L'infirmière de l'UEP m'a confirmée, par le biais de son expérience, que si le client comprend sa situation, il acceptera les propositions qui lui sont données. Cela évitera un repli sur soi du client. De plus, le fait de savoir ce qui lui arrive, lui permettra d'adapter ses mécanismes de défenses en fonction de la situation.

Toute cette recherche m'amène à connaître les renseignements dont le client aura besoin pour mieux comprendre le déroulement de l'intervention chirurgicale et anesthésique. De plus cela m'a permis de découvrir les étapes que le client traverse lors d'une situation qui lui semble menaçante.

Par ailleurs, cette élaboration du cadre de référence m'a permis d'identifier des outils pour un recueil de données pertinent.

5 Méthodologie

Afin d'apporter des réponses concrètes à la question soulevée, j'expliquerai, dans un premier temps, la démarche qui m'a permis d'aboutir à cette thématique et les personnes qui m'ont apporté des informations. Puis je présenterai les outils utilisés pour récolter les renseignements, en mentionnant l'objectif principal et en présentant l'échantillon de recherche.

5.1 La démarche

Pour aboutir à cette thématique, j'ai discuté avec deux enseignants de la HES-SO Valais, filière soins infirmiers, qui m'ont parlé de cette nouvelle unité d'évaluation préopératoire. Cette discussion m'a permis de démarrer cette recherche. En effet, il m'a semblé important de savoir si les clients, à la veille de leur intervention, ressentaient de l'anxiété et le besoin de parler à quelqu'un au sujet de leur intervention suite à la mise en place de ce nouveau service.

Après cette conversation, j'ai demandé, par le biais d'une lettre, une autorisation pour débiter ma recherche au sein du réseau santé Valais (RSV) à la responsable de ce domaine. Lorsque j'ai obtenu son accord, je suis allé m'entretenir avec un enseignant de la HES-SO Valais, filière soins infirmiers. Celui-ci m'a transmis les coordonnées du médecin anesthésiste et du responsable de l'unité d'évaluation préopératoire.

J'ai eu un premier rendez-vous pour visiter les lieux et pour connaître le déroulement d'une consultation avec les clients. Ce médecin ne voyait pas d'inconvénients à ce que je procède à la récolte des données dans les locaux de l'hôpital. Puis, j'ai pris contact avec la responsable des soins au sein de l'hôpital du CHCVs. Après une discussion d'environ une heure, elle m'a donné son accord pour poursuivre mon travail.

Lorsque j'ai obtenu l'autorisation de poursuivre de la part de tous les responsables concernés, je suis allée à l'unité de l'évaluation préopératoire pour envoyer un courrier aux clients allant subir une intervention chirurgicale. En effet, chaque client

est convoqué, soit par courrier, soit par appel téléphonique à se présenter à l'UEP avant son intervention, selon le jour fixé par le personnel soignant. Dans le courrier adressé à chaque client, je leur faisais parvenir une lettre expliquant²⁵ qui je suis et le but de la recherche. De plus, une lettre demandant au client de bien vouloir signer le formulaire de consentement libre et éclairé si celui-ci veut participer à la recherche et de me la remettre à leur arrivée pour leur rendez-vous à l'unité d'évaluation préopératoire. J'ai débuté mon recueil des données le 16 février 2007 et celle-ci s'est terminée le 2 mars 2007. Lors de l'arrivée du client à l'unité d'évaluation préopératoire, il était, d'abord, pris en charge par le personnel soignant du service. Puis, j'intervenais en me présentant et en redemandant au concerné si celui-ci est d'accord de participer à mon étude. Si le client me donnait une réponse positive alors je pouvais ainsi poursuivre mon étude. Sur les 62 clients présents lors de la période de récolte de données, 36 ont accepté de participer à l'étude.

J'ai procédé à la récolte de données par le biais de questionnaires. Celle-ci s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, au sein de l'unité d'évaluation préopératoire, les clients voulant participer à la recherche, répondaient au questionnaire concernant l'évaluation de l'anxiété selon l'échelle de Spielberger. Puis, lorsque le client était admis dans le service de chirurgie, je revenais le voir et lui redemandais si celui-ci voulait continuer l'étude. Toutes les personnes interrogées, allant subir une intervention chirurgicale et voulant participer à cette recherche, n'avaient pas changé d'avis donc j'ai pu poursuivre mon étude jusqu'à la fin. Pendant cette seconde rencontre, le client répondait, de nouveau, au questionnaire traitant de l'évaluation de son niveau d'anxiété. De plus il répondait aux questions que j'avais élaborées. A la fin des questionnaires, je souhaitais un prompt rétablissement et le remerciais de sa participation.

²⁵ Voir l'annexe 1 « *Étude sur l'anxiété ressenti par le client avant une intervention chirurgicale* »

5.2 Les outils de la recherche

Comme cité précédemment, mon étude s'est déroulée en deux temps. Premièrement, j'ai évalué l'anxiété du client, avant sa consultation avec les médecins de l'unité d'évaluation préopératoire. Puis, à la veille de son intervention, par le biais de **l'échelle de l'évaluation de l'anxiété** inspirée de celle de Spielberger. Deuxièmement, j'ai évalué si le client avait besoin de parler de son intervention avec les professionnels soignants ou avec une personne de son entourage, à la veille de son opération, par le biais d'**un questionnaire**.

5.2.1 Présentation de l'échantillonnage

J'ai ciblé mon échantillon de commodité en prenant en compte comme critères l'âge (18 ans minimum) et la compréhension de la langue.

En effet, le choix de clients majeurs permettait d'éviter la présence de parents qui auraient pu fausser les réponses du client. De plus, j'aurai eu besoin de leur accord ou de celui du représentant légal de l'enfant pour pouvoir interroger le client.

L'entretien de la veille de l'intervention doit se faire au moins un jour après la consultation préopératoire pour des raisons d'organisation.

Le client doit savoir s'exprimer, comprendre et lire le français afin de pouvoir signer le formulaire de consentement libre et éclairé en toutes connaissances de causes et pouvoir répondre aux questionnaires.

Le client doit avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé afin que la recherche se poursuive.

5.2.2 Échelle de l'évaluation de l'anxiété

En me servant de l'échelle de l'évaluation de l'anxiété de Spielberger, j'ai pu l'utiliser auprès des clients. Le but de cette évaluation est de déterminer le niveau d'anxiété du client.

Ce questionnaire est composé de quarante questions. La première vingtaine de questions caractérisant une attitude et évaluant l'anxiété situationnelle du client. La deuxième vingtaine de questions évaluent l'anxiété de personnalité du client. Chacune des deux parties de vingtaine de questions est ensuite subdivisée en deux fois dix questions. Dix questions traduisant l'anxiété du client et les dix autres n'ayant aucun lien avec l'anxiété qui seront intercalés entre elles afin de ne pas induire chez le client des réponses suggérant un niveau d'anxiété plus élevé que la réalité.

Dans cette échelle, Spielberger traite de l'anxiété situationnelle et de personnalité. Afin de ne pas séparer l'échelle, les clients ont répondu aux deux parties de l'évaluation. Cependant, la partie que j'ai évaluée est celle traitant de l'anxiété situationnelle. En effet, je m'intéresse à connaître le niveau de l'anxiété du client avant une situation pouvant déclencher un état anxieux.

Le client devra répondre par l'un des cinq adverbes proposés afin de qualifier son ressenti suite à cette situation perturbante. Le score final est obtenu par la somme des scores des différentes réponses données car chaque réponse correspond à un nombre de points donnés. Les réponses possibles sont :

<input type="checkbox"/>				
1=pas du tout	2=un peu	3=modérément	4=beaucoup	5=énormément

Le niveau de l'anxiété du client est mesuré avant son entretien avec le médecin anesthésiste et le chirurgien ainsi qu'à la veille de son intervention.

5.2.3 Évaluation des besoins du client

En voulant savoir si le client est anxieux à la veille de son intervention, j'ai cherché à connaître les raisons qui lui procurent cet état. Pour ce faire, j'ai élaboré un questionnaire. Le questionnaire est en deux parties et est composé de questions ouvertes et fermées. La première partie traite des émotions que ressent le client et de ses besoins (besoins de parler à quelqu'un, besoin de recevoir un complément

d'information au sujet de son intervention, de l'anesthésie, etc) à la veille de son intervention. Dans la deuxième partie, j'ai ciblé mes questions au sujet de l'unité d'évaluation préopératoire afin d'estimer la nécessité de ce programme qui a été mis en place depuis peu. En effet, on propose beaucoup de choses aux clients mais il faut encore savoir si cela en vaut la peine et si cela leur est utile.

5.3 La méthode de dépouillement

Concernant **le dépouillement de l'évaluation de l'anxiété**, j'ai, tout d'abord, modifié le nombre de points accordés à chaque item. J'ai recodé certains items afin de démontrer le niveau d'anxiété du client avant son entretien à l'évaluation préopératoire et à la veille de son intervention chirurgicale. En effet le questionnaire traitant de l'évaluation de l'anxiété est constitué de deux parties qui ont chacune vingt questions. Dans ces vingt questions, dix ont une connotation positive et les dix autres ont une connotation négative.

Les items positifs sont les suivants :

Anxiété situationnelle : *Je me sens calme, je me sens en sécurité, je me sens tranquille, je me sens reposé, je me sens à l'aise, je me sens sûre de moi, je suis relaxé, je me sens heureux, je me sens joyeux, je me sens bien.*

Anxiété de personnalité : *Je me sens bien, je souhaiterais être aussi heureux que les autres semblent l'être, je me sens reposé, je me sens calme, tranquille et en paix, je suis heureux, je suis porté à prendre mal les choses, je me sens en sécurité, j'essaie de faire face à une crise ou à une difficulté, je suis content, je suis une personne stable.*

Les items négatifs sont les suivants :

Anxiété situationnelle : *Je me sens tendu, je suis triste, je suis préoccupé par des contrariétés actuelles, je me sens anxieux, je me sens nerveux, je suis affolé, je me sens sur le point d'éclater, je me sens surexcité et fébrile, je me sens bouleversé.*

Anxiété de personnalité : *Je me fatigue rapidement, je me sens au bord des larmes, je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider rapidement, je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en voir le bout, je m'en fais pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine, je manque de confiance en moi, je me sens mélancolique, des idées sans importance me passent dans la tête et me tracassent, je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête, je deviens vite tendu et bouleversé quand je songe à mes préoccupations actuelles.*

Pour les items positifs, j'ai défini différemment le nombre de points accordé à chaque réponse du client. Par exemple si le client répond tout à fait calme, cela vaut 1 point au lieu de 5 points. Car cela signifie qu'il n'est pas du tout anxieux. Pour ce faire, les items positifs, j'ai inversé le nombre de points pour chaque réponse obtenu et ont été attribués comme suite :

<input type="checkbox"/>				
5= pas du tout	4= un peu	3= modérément	2= beaucoup	1= énormément

Pour les items ayant une connotation négative et qui démontrent l'anxiété du client, les points accordés commencent par la valeur la plus faible pour la réponse la plus basse. En effet plus le score est élevé plus cela démontre le niveau d'anxiété du client. Les points pour chaque réponse ont été attribués comme suite :

<input type="checkbox"/>				
1= pas du tout	2= un peu	3= modérément	4= beaucoup	5= énormément

Ensuite, j'ai additionné le score par items puis en établissant un score moyen à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'intervention par le biais de logiciels informatiques Le score minimal correspondant à un niveau d'anxiété très bas, voire nul, est de 20 points. Le score maximal correspondant au plus haut niveau d'anxiété est de 100 points. Le score moyen est de 60 points. Par conséquent, en sachant qu'il existe quatre niveaux d'anxiété, je peux faire correspondre ce score à un de ces quatre seuils :

Score de 20 points : pas d'anxiété

Score de 40 points : légère anxiété

Score de 60 points : anxiété modérée

Score de 80 points : anxiété grave

Score de 100 points : état de panique

Concernant **le dépouillement de l'évaluation des besoins** du client, j'ai retranscrit toutes les données brutes recueillies dans le questionnaire sur Excel. Puis, j'ai catégorisé les données initiales en regroupant les dires des clients.

Après le recueil de toutes ces données, je vais les analyser en m'appuyant sur des représentations graphiques.

6 Analyse

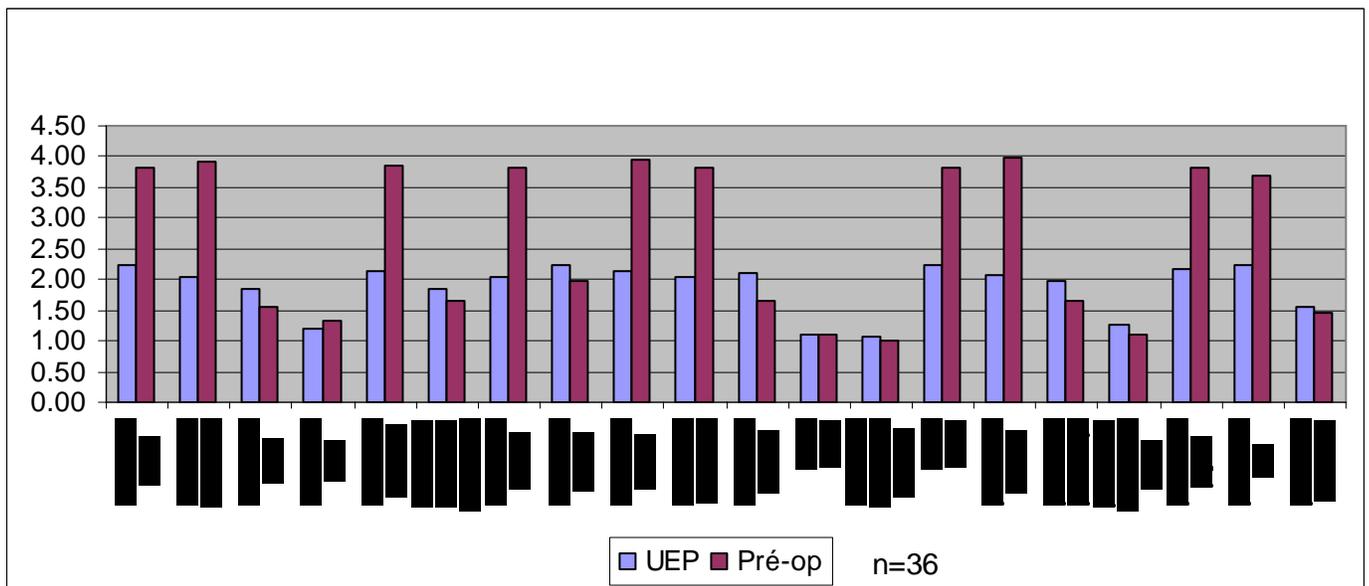
Après avoir décrit ma méthodologie, je vais présenter dans ce chapitre les résultats issus de la récolte des données.

6.1 Évaluation de l'anxiété

Voici la première partie de l'évaluation de l'anxiété. Ce graphique contient les données de **l'évaluation de l'anxiété situationnelle** à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'intervention.

6.1.1 Évaluation de l'anxiété situationnelle

C'est un comparatif entre le ressenti des clients avant leur entretien à l'UEP (unité d'évaluation préopératoire) et à la veille de leur intervention chirurgicale.



Graphique 1 : Évaluation du niveau d'anxiété situationnelle à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'opération.

Par le biais de ce graphique, j'ai pu constater que les clients avaient une augmentation, de manière générale, du niveau d'anxiété par item. En effet, j'ai remarqué que le client qui arrivait à l'unité d'évaluation préopératoire, était anxieux. Cependant son degré d'anxiété augmente à la veille de son intervention. Comme

citée précédemment dans le paragraphe traitant de la méthode dépouillement, j'ai utilisé un autre logiciel informatique permettant un traitement statistique des données (StatView 5.0) afin d'obtenir une moyenne de tous les clients à l'UEP et à la veille de leur intervention sur chaque item. Puis cela m'a permis aussi d'obtenir une moyenne totale du niveau d'anxiété lors de ces deux moments. Je peux ainsi affirmer que le niveau d'anxiété situationnelle est de 37.56 lors de l'entretien à l'unité préopératoire et de 52.97 à la veille de l'intervention. Cela signifie qu'il y a une augmentation d'environ 20 % du niveau d'anxiété des clients et cela représente une différence significative (test T de Student, valeur $p < .0001$). Cependant, comme l'indique le score, le degré d'anxiété situationnelle des clients est sous le seuil moyen. Cela démontre que les clients se situent entre un niveau d'anxiété légère à modérée.

En me référant au cadre de recherche traitant de la situation de crise et de l'anxiété, je peux affirmer que, le fait, que le client ressente de l'anxiété, même si celle-ci est sous le seuil moyen, peut être provoqué par un changement dans le déroulement de sa vie et par l'attente d'une annonce concernant son état de santé et l'opération. Ce changement entraîne chez le client un état d'anxiété qui peut varier en fonction du jugement du client face à la situation. En effet, un obstacle, nuisant sur la satisfaction des besoins du futur opéré, l'oblige à y faire face. Pour ce faire, celui-ci va mettre en place les mécanismes de défense. Comme cités dans mon cadre de recherche les mécanismes de défenses sont « *des manœuvres psychologiques inconscientes au service du moi qui ont pour fonction de protéger la personne de son anxiété. Ils servent en quelque sorte d'écran pour falsifier la réalité en la cachant ou en la tendant d'avantage acceptable aux yeux de la personne* »²⁶. Ces mécanismes de défenses vont permettre au client de gérer la situation et d'utiliser ses propres ressources.

Ce graphique me permet de me rendre compte que malgré toutes les informations que le client a obtenues lors de son rendez-vous à l'unité d'évaluation préopératoire, celui-ci est anxieux à la veille de son intervention. Donc en tant que

²⁶ *ibid.*, page 77 à 89

professionnel soignant, il m'est important de reconnaître que le client puisse avoir certains ressentis vis-à-vis de la situation qui le mette mal à l'aise ou qu'il ne se sente pas bien. Ainsi je pourrai procéder à une prise en charge adaptée selon les besoins du client. Une de mes hypothèses disait que le manque d'informations entraîne chez le client un sentiment d'insécurité ce qui a pour effet d'augmenter son état d'anxiété. Cette hypothèse s'avère plus ou moins incorrecte car, je le démontrerai plus loin dans l'analyse, un petit nombre de clients ressentent le besoin d'obtenir plus d'information au sujet de domaines bien précis.

Il est vrai que les clients sont plus anxieux à la veille de leur intervention. Cependant, ils ne se sentent pas affolés au point d'éclater. D'après mes recherches, au sujet de l'anxiété, les clients présentaient une anxiété légère à modéré. Je peux affirmer cela, après avoir calculé les moyennes avec l'aide d'un logiciel de traitement statistique et en me basant sur mon observation clinique lors de mon arrivée auprès du client en chambre, celui-ci n'était pas replié sur lui-même et incapable de répondre aux questionnaires. Bien au contraire, ils étaient tous capable d'y répondre et en mesure de me parler d'une manière cohérente. De plus, le positionnement des clients dans leur lit me laissait à penser qu'ils n'étaient pas en état d'anxiété grave voir dans un état de panique.

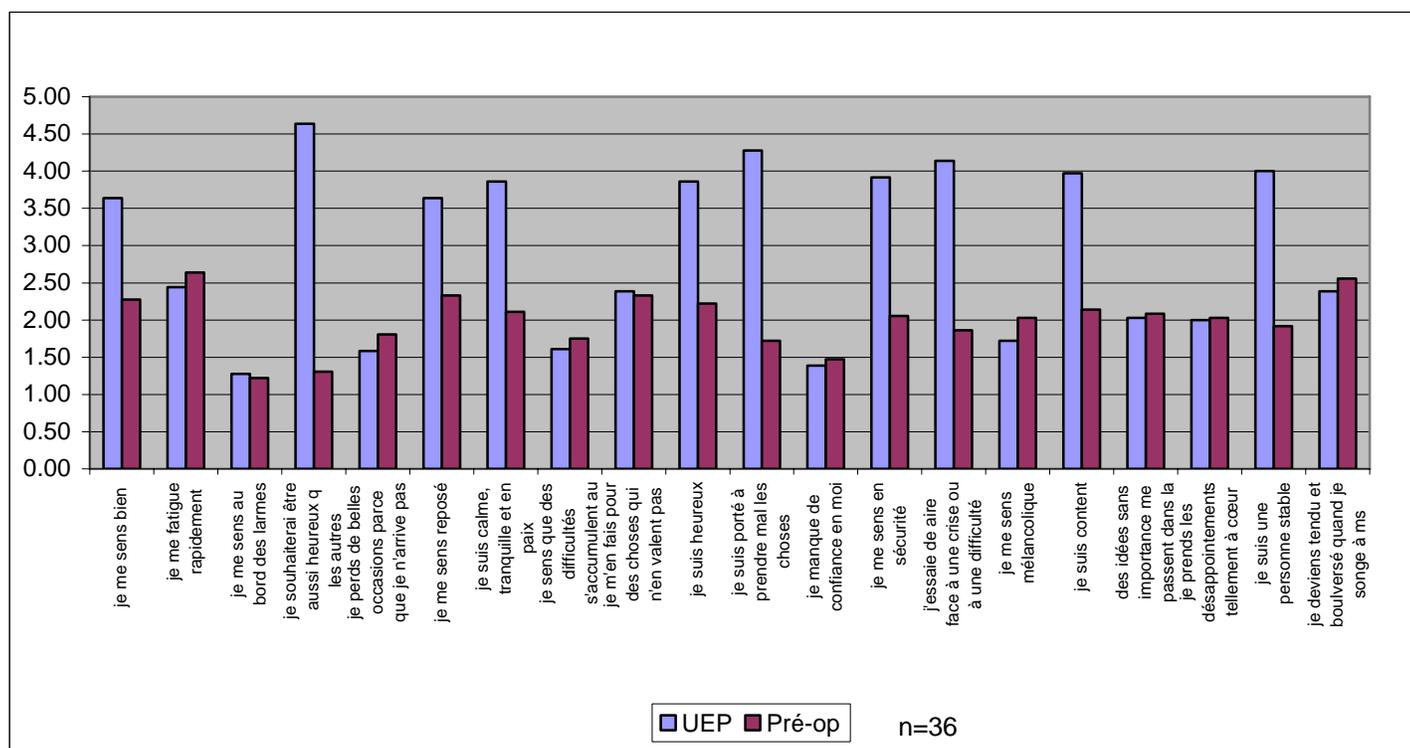
Soit au moment de la consultation pré-hospitalière, soit à la veille de l'intervention, par le biais de mon observation, j'ai pu remarquer que certains clients ressentaient le besoin de parler avec quelqu'un au sujet de leur hospitalisation, de leur opération qui était imminente et de tout autres choses ne concernant pas forcément la situation qu'ils étaient en train de vivre. Cela conforte mon idée que les clients sont anxieux du fait que tous ces changements entraînent une hospitalisation et une opération.

Je viens d'expliquer les raisons qui influencent sur le niveau d'anxiété du client face à une situation nouvelle et jugé par le client comme bouleversante. Cependant, je ne peux pas séparer la deuxième partie du questionnaire qui traite du niveau d'anxiété de personnalité. Il est vrai que je ne me suis pas intéressée à cette partie autant qu'à la première.

Malgré cela, il m'a semblé important de savoir si les clients étaient de nature anxieuse, c'est-à-dire qu'ils se faisaient du souci pour tout et pour rien. Cela va modifier mon analyse si le client est constamment anxieux, cette situation n'aura pas un impact aussi important que pour un autre individu et ma prise en charge sera différente. En effet, un client présentant un niveau d'anxiété élevé face à un changement soudain dans sa vie n'aura pas les mêmes besoins qu'un client ayant un niveau d'anxiété élevé constamment. Donc ma prise en charge devra être adaptée en fonction des besoins du malade.

6.1.2 Évaluation de l'anxiété de personnalité

Voici la deuxième partie de l'évaluation de l'anxiété. Ce graphique contient les données de l'évaluation de l'anxiété de personnalité à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'intervention.



Graphique 2 : Évaluation du niveau d'anxiété de personnalité à l'unité d'évaluation préopératoire et à la veille de l'intervention.

Lorsque j'ai rentré toutes les données sur Excel et que je les ai insérées sous forme de graphique, j'ai été très surprise. En effet, j'ai constaté que les clients se

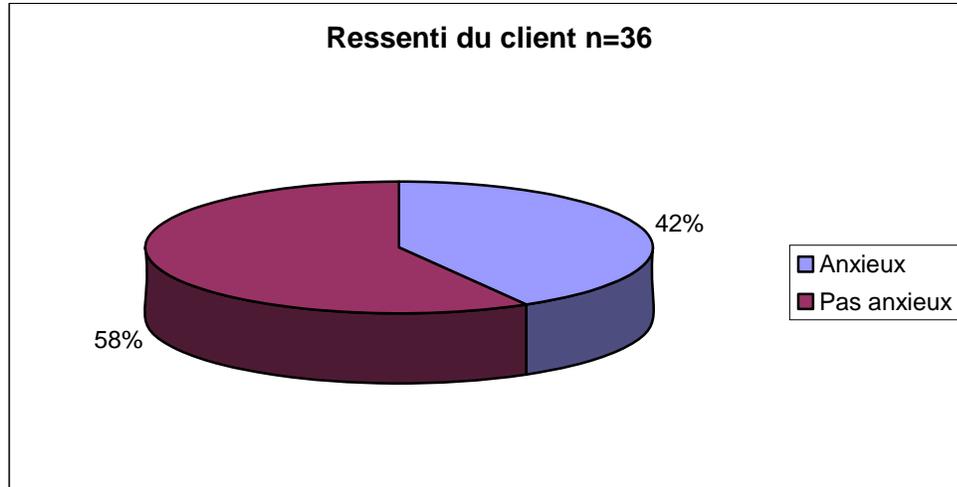
trouvaient, de manière générale par items, plus anxieux dans la vie de tous les jours, lors de leur entretien à l'unité d'évaluation préopératoire qu'à la veille de leur intervention. De plus en effectuant un test de Student sur les moyennes, il apparaît une différence significative entre les deux moments du recueil des données.

Je n'ai pas trouvé de raisons à ces données. Est-ce que cela serait provoqué par l'augmentation du niveau d'anxiété situationnelle du client ? Il est possible que le client ne sachant plus comment gérer cette situation bouleversante, donne des réponses incohérentes. De plus, lorsque j'ai développé les manifestations et symptômes somatiques qu'entraîne l'anxiété, j'ai remarqué que le client peut mettre en place des mécanismes de défense qui vont l'éloigner de la réalité. Le client aura de la peine à mémoriser de nouvelles informations et sera moins attentif à ce qu'on lui dit. Ce qui m'amène à penser que lorsque j'ai présenté les questionnaires aux clients, à cause de leur niveau d'anxiété situationnelle élevée, ceux-ci ont répondu de manière incongrue.

6.2 Questionnaire des besoins du client

En ce qui concerne le **questionnaire traitant des besoins** du client, j'ai fait un graphique pour chacune des questions posées afin de mieux s'apercevoir des ressentis, des besoins et des attentes du client. Les clients ont pu répondre au deuxième questionnaire, après avoir répondu au premier.

La première partie du **questionnaire traitant des besoins du client à la veille de son intervention**. Dans la première question, j'ai souhaité savoir comment est-ce que le client se sentait, avec ses propres termes. S'il ne savait pas que me répondre plusieurs propositions s'offraient à lui. Celui-ci avait le choix entre anxieux, craintif, confiant, calme et paniqué. Toutes les données reçues, je les catégorisées sous deux entêtes : anxieux et pas anxieux. Sous la catégorie « anxieux », j'ai regroupé les propositions suivantes : anxieux, craintif, paniqué. Le reste des propositions, calme et confiant, je les ai catégorisées sous « pas anxieux ». Voici les graphiques qui les représentent.

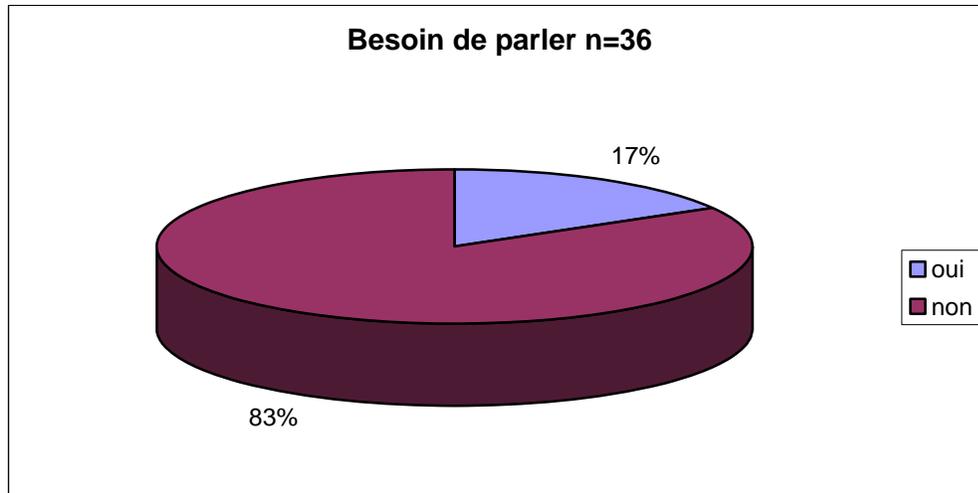


Graphique 3 : Comment vous sentez-vous à la veille de l'intervention ?

Selon ce graphique et mes observations, j'ai pu constater que nombreux sont les clients qui se disent pas du tout anxieux à la veille de leur intervention. Cependant, lors de l'évaluation du niveau d'anxiété, j'ai pu remarquer que les clients avaient une augmentation de leur degré d'anxiété. Comme je l'ai expliqué précédemment, les réponses, que j'ai pu récolter, seraient peut-être modifiées par l'augmentation du niveau d'anxiété qui peut interagir sur les dires du client.

42 % des clients ont répondu être anxieux à la veille de leur intervention, ce qui représente 15 personnes sur 36.

Dans la deuxième question, j'ai recherché à savoir si le client ressentait le besoin de parler à quelqu'un. Si sa réponse s'avère positive, j'ai demandé à connaître la ou les personnes avec lesquelles il voudrait discuter et si leur conversation seraient en lien avec l'intervention. Voici ce que me démontre le graphique.



Graphique 4 : En ce moment, ressentez-vous le besoin de parler à quelqu'un ?

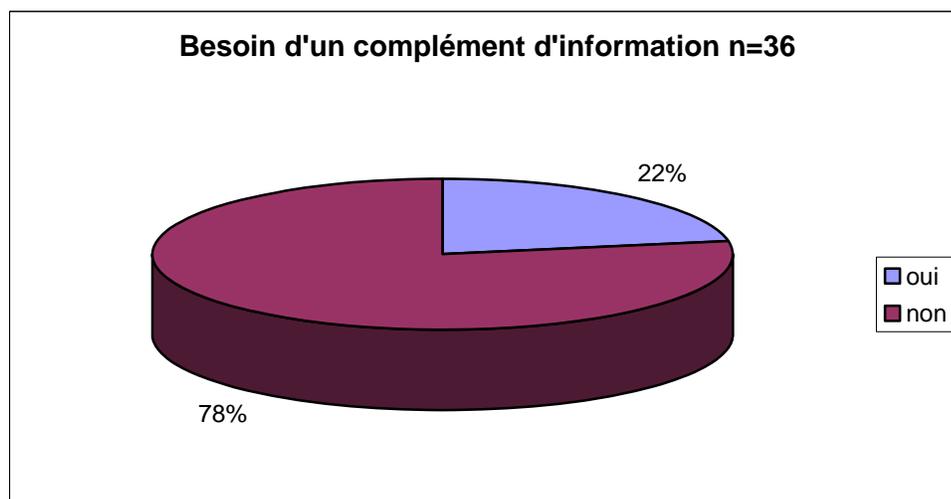
Ce qui apparaît très nettement sur ce graphique, c'est que seulement 17 % des clients interrogés, soit six d'entre eux, ressentaient le besoin de parler à la veille de leur intervention. Ils voulaient discuter, essentiellement, avec le personnel soignant (médecin, infirmière) et cette conversation concernait l'intervention.

Ce graphique me permet aussi de constater que, malgré l'augmentation du niveau d'anxiété, que très peu de clients ressentent le besoin de parler à l'entourage. Ils préfèrent rester un moment seul, sans que quelqu'un vienne les déranger. Dans un questionnaire recueilli, un client m'a affirmé que le fait de discuter avec son entourage ne lui a apporté que des informations erronées. Cela l'a rendu très tendu et anxieux concernant la suite des événements de son intervention.

Comme je l'ai cité précédemment et que j'ai pu constater par le biais du graphique 1, 15 personnes sur 36 se disent anxieuses. De ces 15 personnes, j'ai remarqué, en me référant aux données recueillies par le biais du questionnaire, que seulement 6 d'entre elles ressentent le besoin de parler à l'entourage, aux personnels médicales. Le fait de parler à une autre personne diminue l'anxiété car, comme le démontre Caplan dans ses 4 étapes de la crise, la personne peut parler de ses craintes et des besoins qui seraient insatisfaits. De plus, elle pourra obtenir de la part de son interlocuteur un réconfort et des informations qui lui seraient nécessaires pour affronter ces obstacles qui sont l'hospitalisation et l'intervention.

Une de mes hypothèses disait que malgré la consultation pré-hospitalière qui a pour but de diminuer l'anxiété du client, celui-ci ressent, à la veille de l'intervention, le besoin de discuter avec le personnel soignant afin que le client se sente à l'aise qui lui permettra de mieux gérer la situation. Vu que les clients ne veulent pas, selon ce que démontre ce graphique, ou ne sont qu'un petit pourcentage à ressentir le besoin de parler au personnel soignant au sujet de l'intervention, cette hypothèse ne s'avère pas exacte. Malgré le fait que peu de clients ressentent le besoin de parler, notre rôle infirmier est de proposer aux clients un moment de discussion pour qu'ils parlent de leurs appréhensions, pour qu'ils se sentent écoutés et compris.

Néanmoins lorsque j'ai posé la troisième question, je me suis rendu compte que plus de clients ressentaient le besoin de parler et de recevoir de complément d'information et de pouvoir poser des questions au sujet des suites de hospitalisation.



Graphique 5 : Si oui, à quel sujet voudriez-vous avoir des compléments d'informations ?

En effet, comme le démontre ce graphique, j'ai remarqué que les clients étaient plus nombreux à vouloir recevoir un complément d'information sur différents sujets concernant leur intervention. Les clients n'ont pas forcément besoin de parler mais ils veulent obtenir des réponses à leurs questions et un complément d'informations. Je peux constater que 22 % des clients souhaiteraient recevoir un complément d'informations. En recherchant dans les questionnaires, j'ai pu

remarquer que dans les 22 % des clients qui souhaiteraient recevoir un complément d'information, ceux sont ces mêmes clients qui ressentaient le besoin de parler à quelqu'un à la veille de leur intervention.

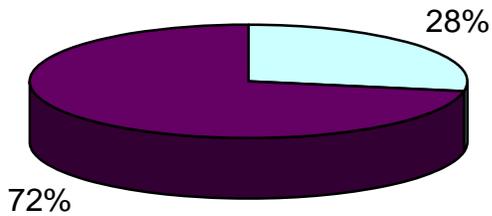
Les clients ont demandé un complément d'information sur plusieurs sujets bien différents. Les besoins des clients se concentraient essentiellement sur le déroulement et la durée de l'hospitalisation. De plus, les clients voulaient connaître les conséquences de l'intervention et son déroulement. Les sujets qui préoccupent les malades concernent donc leur motif d'hospitalisation qui est l'intervention. Pourtant, lorsque je leur présentais les questionnaires, j'ai pu remarquer que les clients voulaient des informations.

Dans cette première partie du questionnaire, je me suis centrée sur les besoins du client à la veille de son intervention et sur le fait de connaître les raisons qui pourraient engendrer chez le malade une augmentation de son niveau d'anxiété. En faisant une analyse de tous ces graphiques, j'ai remarqué que les clients étaient peu nombreux à se dire anxieux à la veille de leur intervention. De plus, peu d'entre eux avaient envie de parler à quelqu'un de l'entourage que ça soit un membre de la famille ou encore le personnel soignant. Cependant, ils étaient plus nombreux à obtenir un complément d'information au sujet de l'intervention.

Dans la deuxième partie du questionnaire traitant des besoins du client lors de l'unité d'évaluation préopératoire, j'ai voulu connaître la manière dont s'est déroulé leur entretien.

Lors des deux premières questions, j'ai cherché à connaître le niveau de satisfaction du client, face à l'unité d'évaluation préopératoire. En effet, le fait de créer un climat de confiance permet aux clients un meilleur apprentissage cognitif car ils peuvent plus facilement poser des questions si une chose leur paraît incompréhensible. Voici, par le biais de graphiques, le niveau de satisfaction des clients.

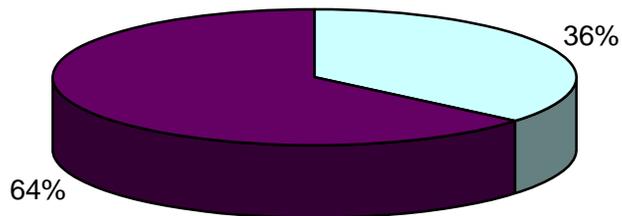
Niveau de satisfaction de l'entretien avec le personnel soignant n=36



■ Pas du tout satisfait ■ Peu satisfait ■ Sans opinion ■ Satisfait ■ Très satisfait

Graphique 6 : Pendant votre consultation pré-hospitalière, comment qualifieriez-vous votre entretien avec le personnel soignant ?

Niveau de satisfaction des informations reçues n=36

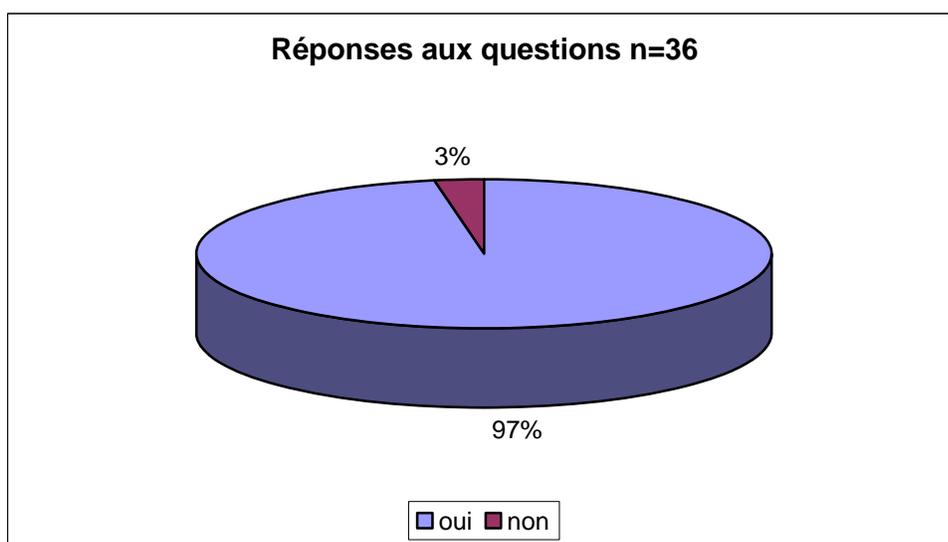


■ Pas du tout satisfait ■ Peu satisfait ■ Sans opinion ■ Satisfait ■ Très satisfait

Graphique 7 : Pendant la consultation pré-hospitalière, êtes-vous satisfait des informations reçues ?

En ce qui concerne le niveau de satisfaction des clients, lors de leur entretien à l'unité d'évaluation préopératoire, ils sont tout à fait satisfaits de leur rencontre avec le personnel soignant et des informations reçues. Cette information m'est utile à connaître car le fait que le client ait instauré une relation qui le mette à l'aise avec les professionnels de la santé, cela diminue son niveau d'anxiété.

Pourtant, comme le prouve le graphique sur l'évaluation du niveau d'anxiété, les clients sont plus anxieux à la veille de leur intervention. Malgré que les professionnels de la santé ont instauré un climat permettant aux clients de s'exprimer cela ne change rien au fait que les clients, la veille de leur intervention, soient anxieux. Peut-être que cela est dû au fait que le personnel soignant n'a pas répondu à toutes les questions que se pose le client. Donc pour en avoir le cœur net, j'ai posé une question traitant de ce sujet. Ce qui m'amène à présenter le graphique suivant.



Graphique 8 : Pensez-vous que les médecins ont répondu à toutes vos questions pendant cet entretien ?

Comme l'illustre ce graphique, je peux en déduire que pratiquement tous les clients ont pu obtenir des réponses à leur question. Sauf une personne m'a dit que cela n'était pas le cas car elle se sentait gênée de poser ce genre de question et qu'elle le demanderait au moment voulu.

Apparemment, presque tous les clients ont obtenu les réponses aux questions qu'ils se posaient. Mais alors pourquoi seraient-ils anxieux à la veille de leur intervention ? Moi, je pense que cela est probablement dû au fait que le client est en train de vivre un changement dans sa vie, une période de crise qui le force à adapter ses mécanismes de défenses pour arriver à affronter cette nouvelle situation qui le perturbe. En me référant au cadre de recherche traitant de la crise, je peux confirmer que l'hospitalisation, la souffrance et l'ignorance ainsi que l'opération entraîne, chez les clients, une augmentation de leur degré d'anxiété car ceux-ci vivent une situation qui les force à réagir vite afin de la résoudre.

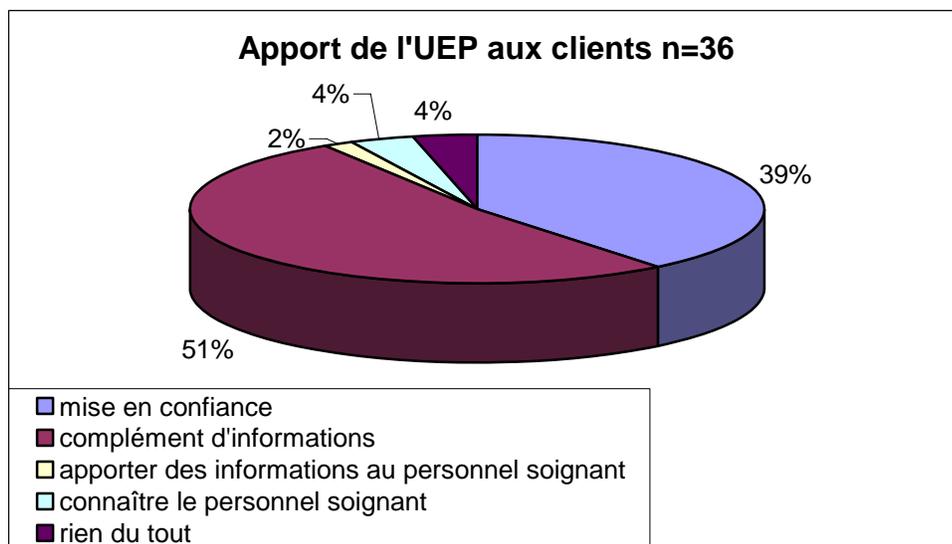
Le client étant en période de crise, la prise en charge à lui proposer est de l'aider à trouver ses propres ressources et une écoute passive et active. Il est vrai que le sentiment d'être écouté et d'être compris diminue le niveau d'anxiété. Au lieu d'administrer un traitement médicamenteux (anxiolytique), il serait peut être plus important de discuter un moment avec le client. En discutant avec un infirmier anesthésiste, celui-ci m'a affirmé, par son expérience, que le fait de discuter avec le malade, diminuait de moitié l'administration de produit anesthésique. De plus, lors de la lecture de l'article de L'Hebdo²⁷, j'ai remarqué que les professionnels de la santé s'intéressaient beaucoup à obtenir une prise en charge adaptée, selon les clients, dès leur sortie. Il a même été prouvé que cela diminuait les coûts de la santé. Si cette prise en charge était faite, dès que le client est au courant de son intervention. Cela aura un impact sur la diminution du coût de la santé.

Le CHCVs a déjà ouvert cette voie puisque l'institution a créé cette unité d'évaluation préopératoire, malgré cela les clients sont tout de même anxieux. Comme je l'ai cité dans les paragraphes précédents, les clients vivent une situation de crise. Il est donc normal que ceux-ci soient dans un niveau d'anxiété léger voir modéré. En visualisant ces graphiques et en remarquant que le niveau d'anxiété augmente, je me demande si l'unité d'évaluation a un effet sur les clients.

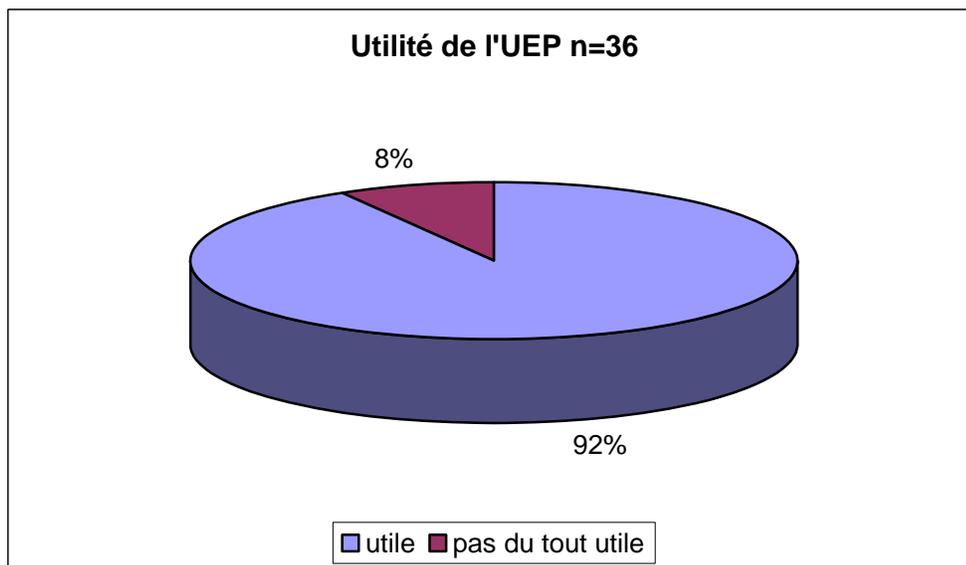
Les deux dernières questions de mon questionnaire traitent des apports de l'UEP auprès des clients et de son utilité. Au sujet de la question concernant les apports

²⁷ L'Hebdo, op. cit

de l'UEP, j'ai pris les dires des clients et les ai mis sous forme de graphiques. Les dires des clients sont les suivants : mise en confiance, complément d'informations, apporter des informations au personnel soignant, connaître le personnel soignant ou rien du tout. Les dires des clients sont présentés sous forme de graphiques, que voici :



Graphique 9 : Selon vous, que vous a apporté de plus la consultation pré-hospitalière ?



Graphique 10 : Selon vous, est-ce que la consultation pré-hospitalière est utile ?

Comme le prouvent ces deux graphiques, 92 % des clients jugent que la consultation pré hospitalière à l'unité d'évaluation préopératoire est utile.

Seulement 8 % ce qui représente trois clients sur 36 trouvent que la consultation ne leur a été d'aucune utilité car ils avaient eu des opérations similaires. De plus, ils n'avaient pas besoin des informations données par les médecins, ils disaient connaître tout sur une telle opération. Cependant, 4 % des clients disent que cet entretien ne leur a rien apporté.

Dans le graphique 9 figurent les éléments qui peuvent être apportés pendant la consultation aux clients. Comme je peux le constater, par le biais du tableau, une majorité des clients ont trouvé auprès du personnel soignant des informations au sujet de leur future hospitalisation. De plus, beaucoup se disent mis en confiance par les médecins quant aux événements à venir pour leur opération. Un petit pourcentage de clients vient à cette consultation pour renseigner les médecins et connaître le personnel soignant. En effet, ils disent venir pour apporter des éléments sur leur état de santé qui seront utiles aux médecins pour mieux les soigner et en même temps, ils peuvent faire connaissance avec les professionnels de la santé.

Malgré le fait qu'une grande majorité des clients se sentent mis en confiance et ont obtenu toutes les informations concernant leur intervention, ils n'en restent pas moins anxieux à la veille de leur hospitalisation. Selon mes recherches et les explications que j'ai données précédemment, je peux dire que l'augmentation du niveau d'anxiété est provoquée chez les clients parce que ceux-ci sont en train de vivre une situation qui bouleverse leur quotidien et qui les force à instaurer des mécanismes pour résoudre cette nouvelle situation.

Après avoir analysé toutes les questions des deux questionnaires, je peux affirmer que, les clients que j'ai interrogés, étaient anxieux lors de leur entretien à l'unité d'évaluation préopératoire et que le niveau d'anxiété augmentait à la veille de leur intervention. Cela n'est ni dû à un manque d'informations, ni à un manque de discussion avec le personnel soignant au sujet de leur intervention. Cette augmentation du degré d'anxiété est essentiellement provoquée par le fait que les clients sont en train de vivre une situation de crise qui les force à instaurer des

mécanismes de défenses et à trouver les ressources nécessaires pouvant les aider à résoudre cette situation bouleversante.

7 Synthèse des résultats

Dans ce chapitre, je reprends les éléments principaux, décrit auparavant dans l'analyse des données obtenues.

J'ai pu interroger 36 clients sur les 62 possibles. Comme présenté ci-dessus, j'ai élaboré deux questionnaires différents mais qui ont le même but. Celui de déterminer le niveau d'anxiété du client et les causes qui provoqueraient cet état. Tout d'abord, le premier questionnaire est l'échelle de l'évaluation du niveau d'anxiété qui est séparé en deux parties et j'en fais une synthèse ci-dessous.

7.1.1 Anxiété situationnelle

Dans cette première partie de l'échelle de l'évaluation, j'ai constaté, par le biais de tableau, que les clients étaient anxieux lors de leur arrivée à l'unité d'évaluation préopératoire. Ce niveau d'anxiété augmentait à la veille de l'intervention. J'ai alors cherché qu'elle en serait la cause. En me basant sur mon cadre de référence et en ayant, au préalable, émis des hypothèses, je pensais que cette augmentation était provoqué par un manque d'information et par le fait que le personnel soignant n'offre pas la possibilité aux clients de parler de cette nouvelle situation qu'ils sont en train de vivre. En fait, il s'avère que cela n'est pas la raison qui engendre cette augmentation du niveau d'anxiété. La véritable raison sera déterminée lorsque je ferai la synthèse du questionnaire traitant des besoins du client.

7.1.2 Anxiété de personnalité

Dans la deuxième partie de cette échelle de l'évaluation de l'anxiété, les questions posées cherchent à définir si les clients questionnés sont de « nature » anxieuse. En recueillant les données et en les transposant sur des tableaux, j'ai constaté que les clients se disaient être de « nature » moins anxieuse à la veille de leur intervention. Je pense que ce changement de raisonnement peut être une conséquence de l'augmentation du niveau d'anxiété situationnelle. En effet, comme je le démontre dans mon cadre de référence, un niveau d'anxiété élevé entraîne, chez le client, la mise en place des mécanismes de défense qui vont

l'éloigner de la réalité. De plus, il sera moins attentif à ce qu'on lui dit et sera moins concentré sur les choses importantes. Il aura une altération de son raisonnement et de sa capacité de percevoir la situation dans son ensemble. Plus le degré d'anxiété augmente, plus le client sera submergé par ce sentiment dont il ne peut définir l'origine. De ce fait, le client donne des réponses qui sont, peut-être, faussées à cause de son niveau d'anxiété.

7.2 Évaluation des besoins du client

Après avoir constaté que les clients étaient bel et bien anxieux à la veille de leur opération, j'ai cherché à en connaître les causes. Pour ce faire, j'ai élaboré un questionnaire traitant des besoins du client. Il est composé de deux parties. L'une traitant des besoins du client à la veille de son intervention et l'autre traitant ses besoins lors de sa consultation à l'unité d'évaluation préopératoire.

7.2.1 Besoins du client à la veille de son intervention

Dans cette partie du questionnaire, j'ai cherché à connaître les besoins des clients à la veille de leur intervention qui pourraient engendrer une augmentation de l'anxiété. En effet, en me basant sur mes hypothèses, je suis partie du fait que les clients n'avaient pas l'occasion de pouvoir parler au personnel soignant au sujet des événements qu'ils sont en train de vivre. De plus, ils n'ont pas la possibilité de réentendre des informations sur leur intervention, malgré qu'ils les ont obtenus lors de leur consultation à l'unité d'évaluation préopératoire. Ce raisonnement peut expliquer le fait que les clients soient plus anxieux avant leur intervention.

Cependant, en élaborant les graphiques avec les données recueillies, j'ai remarqué que très peu de clients ressentaient le besoin de parler à quelqu'un. De plus, peu d'entre eux ressentent l'utilité de recevoir un complément d'informations au sujet de l'hospitalisation et de l'intervention. J'en déduis donc que l'élévation du degré d'anxiété n'est pas provoquée par un manque d'informations ni par un besoin de parler avec les professionnels de la santé à la veille de leur opération.

Donc si l'accroissement du degré d'anxiété n'est pas provoqué pour les raisons indiquées ci-dessus, alors quelles en seraient les autres conséquences ? Cette question m'a poussé à développer la deuxième partie de mon questionnaire qui traite des besoins du client lors de son entretien à l'unité d'évaluation préopératoire.

7.2.2 Besoins du client lors de sa consultation à l'UEP

En élaborant ce questionnaire, je me suis demandée tout ce qui pourrait engendrer de l'anxiété chez le client. Donc je suis partie de l'hypothèse que le niveau d'anxiété pouvait augmenter parce que le client n'a pas pu, lors de son entretien à l'unité d'évaluation préopératoire, instaurer un climat dans lequel il se sentirait à l'aise avec les professionnels de la santé.

De ce fait, j'ai posé aux clients quelques questions sur leur entretien. A ma grande surprise, la majorité des futurs hospitalisés a pu créer un climat où le client se sent à l'aise avec le personnel soignant et a pu poser aux médecins toutes les questions auxquelles ils n'avaient de réponses. De plus, ils jugent que cet entretien est utile car ils ont été mis en confiance, ont pu obtenir des compléments d'informations au sujet de leur intervention et ont pu rencontrer le personnel soignant.

Par conséquent, toute cette démarche m'a prouvé, avec l'aide du questionnaire, que les clients n'étaient pas anxieux à cause d'un manque d'informations au sujet de l'intervention, ni par une insatisfaction du besoin de parler lors de leur entrée à l'hôpital et encore moins par une incapacité à créer un climat de confiance avec les professionnels de la santé.

Cependant ceux-ci sont anxieux, mais à cause de quoi ? Je ne trouve qu'une explication à cette question qui est aussi une de mes hypothèses de départ. Cette hypothèse stipulait que le client est anxieux parce que l'intervention, l'hospitalisation est une situation crise qui perturbe le déroulement de sa vie et le force à mettre en place des mécanismes de défense qui pourront l'aider à résoudre cette situation.

En conclusion et pour répondre à ma question de départ, la seule raison qui provoque chez le client cet accroissement du niveau d'anxiété est le fait que le client vit une situation qui le bouleverse et qui menace à la satisfaction de ses besoins ce qui a pour conséquence de produire un sentiment d'anxiété. En me référant à mon cadre de référence, j'ai pu remarquer de l'anxiété se manifestait sous forme psychologique et avait des symptômes somatiques. L'anxiété entraîne des manifestations physiologiques, cognitives, émotives, sociales et spirituelles. Dans un cadre purement théorique, toutes ces manifestations interagissent entre elles ce qui provoque, chez le client, un sentiment de confusion, d'agitation et un sentiment d'être complètement désemparé et ne plus savoir comment gérer cette situation. Cependant, les clients que j'ai pu interroger étaient anxieux mais ce niveau était inférieur au score moyen du degré d'anxiété.

8 Conclusion

Afin de conclure ce travail, je vais dresser un bilan personnel, méthodologique et professionnel de cette recherche.

8.1 Bilan personnel

En me référant aux neuf compétences que j'ai travaillées tout au long de mes quatre années de scolarités, ce travail m'a permis de les développer d'une autre manière, par le biais d'une étude écrite. Pour ce mémoire, j'ai proposé une problématique issue du terrain. Puis, pour obtenir des éléments de réponses, je me suis rendu sur le terrain avec des questionnaires adressés aux clients souhaitant participer à l'enquête. Cette manière de faire m'a permis de vérifier mes hypothèses, tout en respectant les différentes dimensions.

Au départ, je ne comprenais pas ce que cette manière de faire allait m'apporter de plus. Puis, je me suis rendu compte que plus j'avancais dans mon travail, plus les choses devenaient plus faciles et je comprenais les raisons de ce mémoire. J'ai pu découvrir, par moi-même et par le biais de professionnels, la situation dans laquelle se trouvent les clients avant leur opération.

Ce travail m'a permis de percevoir les besoins du client et ses ressentis à la veille de l'intervention. Il est vrai que je pensais, même avant de commencer cette recherche, que le client était anxieux. Cependant, je ne connaissais pas les raisons exactes qui engendraient un niveau d'anxiété élevé. De plus, cela m'a permis de mettre par écrit, en m'aidant d'un cadre de référence théorique et des données recueillies auprès des clients, les éléments qui entraînaient chez les clients de l'anxiété et de décrire la prise en charge de chacun de ces futurs opérés.

Par le biais de cette étude, j'ai eu l'occasion d'élaborer du début jusqu'à la fin une recherche. Au départ, cela m'était très difficile car j'ai changé de thématique en cours de route et cela me paraissait tellement abstrait que je me demandai, si j'allais voir le bout de ce travail. Lorsque je me suis intéressée à cette thématique traitant de l'anxiété, cela m'a paru bien plus facile car je me suis investi dans

quelque chose qui n'avait pas encore été traité par une étudiante et lorsque j'ai élaboré les outils de recueil, tout est devenu plus concret. De plus, les professionnels rencontrés dans les deux milieux de soins où je me suis rendue, m'ont donné la possibilité de travailler dans leurs locaux et m'ont permis un accès facilité aux informations dont j'ai eu besoin. Par ailleurs, ils m'ont tout de suite mis en confiance ce qui a permis à un meilleur contact.

En d'autres termes et malgré mon départ sur ce travail un peu difficile, j'ai apprécié le faire. Je me suis investi dans cette recherche afin qu'elle puisse être utilisée par d'autres personnes.

8.2 Bilan méthodologique

En ce qui concerne la méthodologie, il ne m'a pas été difficile de suivre la démarche proposée par monsieur Solioz durant les cours dispensés lors de ma formation. Cependant, quelques chapitres m'ont posés un petit problème. Je vais en faire un bref résumé de mes facilités et difficultés rencontrées pour chaque chapitre.

En ce qui concerne les motivations, comme j'ai changé de thématique, elles ont quelque peu aussi changées. J'ai dû faire une auto-évaluation pour me rendre compte des véritables raisons qui me poussaient à traiter de l'anxiété. Ma première thématique traitait des représentations des clients face à l'anesthésie. Ma motivation personnelle était le fait que, dans un futur plus ou moins proche, je souhaite faire une formation d'infirmière anesthésiste. Après quelques discussions avec diverses personnes du milieu de soins, je me suis rendu compte que cette thématique était trop restreinte car elle ne traite que d'un sujet et il se peut que les clients aient une représentation tout à fait positive de l'anesthésie. De plus, il se pourrait que le sujet dont ils ressentaient le plus de craintes, soit la chirurgie ou tout autre chose. Il faut d'abord reconnaître le fait que les clients sont anxieux avant leur intervention, puis chercher à en connaître les raisons. En fait les deux thématiques se rejoignent car, comme le démontre la recherche, le client est

anxieux à la veille de son intervention et cette étude démontre que les clients ne sont pas forcément anxieux à cause de l'anesthésie mais bien d'autre chose.

Ensuite le chapitre qui m'a posé le plus de difficultés est celui traitant de la problématique car dans cette partie, je devais formuler ma question de recherche. En fait, je savais de quel sujet je voulais traiter, pourtant je n'arrivais pas à élaborer une question pertinente et mesurable. Après de nombreuses tentatives, j'ai, tout de même, réussi à poser ma question qui était pertinente et mesurable par le biais de questionnaire.

En ce qui concerne la méthodologie à adopter pour ce travail, je savais dès le départ ce que je voulais faire et je connaissais le but de ma recherche. Je n'ai eu aucun problème à rentrer en contact avec les responsables afin d'obtenir leur autorisation pour commencer cette étude. Connaissant le but de ma recherche, les outils de recueils ne m'ont pas posé de problème pour les élaborer. Ce qui m'a posé un petit embarras c'est de situer le moment exact et la chronologie des questionnaires à faire remplir aux clients. Comme ma recherche se passe en deux temps, je présentais seulement l'échelle de l'évaluation du niveau d'anxiété, lors de l'arrivée du client à sa consultation à l'unité d'évaluation pré-opératoire. A la veille de l'intervention, je présentais de nouveau, en premier, l'échelle puis le questionnaire des besoins.

Le chapitre « Analyse » n'a pas été de tout repos. En effet, le fait de recueillir les données, les représenter sous forme de graphique et les mettre en relation avec mon cadre de référence que j'avais préalablement posé, n'était pas sans difficulté. Je n'ai souvent eu l'occasion de mettre par écrit les différents liens entre la réalité et les données théoriques de diverses références littéraires. Cette partie m'a pris le plus de temps. Cependant c'est elle qui a été la plus bénéfique parce que j'ai pu constater, par le biais de tableau, le niveau d'anxiété des clients et les raisons pouvant entraîner cet état. Le résultat que j'ai obtenu m'a surpris, même en sachant que les clients étaient anxieux à la veille de leur intervention. En fait ce qui m'a surpris, c'est les raisons qui engendrent cet état. Je pensais que cela était dû au fait que les clients n'ont pas eu l'occasion d'obtenir les informations dont ils

auraient eu besoin. Ou encore cela serait peut-être provoqué par le fait que la charge de travail de l'infirmière augmente de plus en plus ce qui a pour effet de limiter la durée de sa présence auprès des clients.

J'ai ensuite repris les éléments importants de chaque partie dans une synthèse. J'ai fait cette synthèse en reprenant les questions, les unes après les autres, et j'ai essayé de ressortir les éléments exprimant l'essentiel des données recueillies auprès des clients. Ce qui m'a paru faire une répétition des éléments que j'avais préalablement décrit en détail dans le chapitre précédent.

Tout ce mémoire de fin d'étude n'a pas eu que des points négatifs, il y en a aussi des positifs. En effet, j'ai pu poser une question de départ après m'être renseignée et entretenue auprès des professionnelles de la santé qui m'ont guidé vers cette thématique. J'ai pu élaborer un questionnaire et en analyser les résultats. De plus, par le biais de ce travail, j'ai dû me responsabiliser afin de réaliser mon mémoire et de le rendre dans le délai imposé.

8.3 Bilan professionnel

Voici pour les deux bilans traitant du bilan personnel et du bilan méthodologique. Maintenant je vais parler du bilan professionnel que m'a apporté ce mémoire de fin d'étude.

Ce travail me sera aussi utile dans ma future profession. En effet, pour ma future profession, je voudrai travailler dans un milieu de soins aigus. Cela me permettra de reconnaître que le client est anxieux à la veille de son intervention et d'en connaître les raisons.

En arrivant à reconnaître les besoins du client en discutant avec lui je pourrai lui offrir une prise en charge adaptée à sa situation. Comme j'ai effectué toute une recherche au sujet du rôle infirmier lorsque le client vit une situation de crise et est anxieux, je pense avoir appris certaines choses qui me seront utiles dans ma pratique des soins infirmiers. De plus, par le biais de cette étude, les étudiants en soins infirmiers et les autres professionnels de la santé pourront découvrir la prise en charge décrite dans divers cadres théorique que j'ai pu lire, pour gérer ce genre

de situation. Pour le cadre de référence, j'ai fait beaucoup de recherche afin de déterminer la prise en charge adéquate pour les clients. De ce fait, je pense avoir certaines bases afin de pouvoir travailler avec des futurs opérés.

L'élaboration de cette étude m'a fait comprendre que les soins infirmiers peuvent toujours évoluer en fonction des besoins des clients. Il est donc nécessaire d'évaluer les soins que je propose aux clients pour savoir si ceux-ci correspondent à leurs attentes et à leurs besoins. En effet, il est inutile de suppléer à certains auto-soins du malade si celui-ci est tout a fait capable de le faire seul. Il faut rechercher à ce que le client retrouve son autonomie le plus rapidement possible. L'article de l'Hebdo, que j'ai cité dans le paragraphe traitant de mes motivations politiques, affirme que l'hospitalisation des clients est de plus en plus de courte durée, donc il faut que ceux-ci récupèrent leur autonomie rapidement. Il est donc indispensable que le client, en rentrant à son domicile, soit capable de subvenir à ses besoins.

Le rôle d'une infirmière n'est pas que procurer des soins aux clients. En effet, l'infirmière peut poursuivre une formation continue qui lui permettra de se spécialiser dans le domaine de son choix. Étant donné que je souhaiterai, dans quelques années, me spécialiser dans le domaine de l'anesthésie, je trouve que la réalisation de ce mémoire de fin d'étude me sera très utile car je posséderai une méthodologie qui m'a déjà servie auparavant.

8.4 Mot de la fin

En effectuant cette recherche, je me suis rendu compte que, durant toute la formation, j'ai appris à travailler par analyse systémique. Cette manière de faire doit se poursuivre dans ma future profession. En effet, cela me procure une grande capacité d'analyse. Il est vrai que les plans de soins m'offrent une vision globale du client de ses capacités, de ses limites et de ses déficits.

Je pense que ce travail m'offre l'occasion de m'apercevoir ce qu'est vraiment la capacité d'analyse que possède une infirmière. En effet, le rôle de l'infirmière n'est pas seulement l'exécution des gestes techniques, elle doit aussi planifier, élaborer

des soins, juger de leur nécessité, les évaluer et les réajuster selon les besoins. Tout au long des années d'étude, les enseignants m'ont appris que les infirmières n'étaient pas que des exécutantes mais aussi des réflexives. Je pense qu'il faut le rester, malgré le fait qu'après des années dans un service, la question ne se pose plus concernant l'exécution de certains soins.

Pour conclure toute cette recherche, j'espère que son contenu attirera de nombreuses personnes à le lire et à en utiliser les théories qu'il renferme. Toutefois, cette étude n'incarne pas l'absolue vérité. Pour moi, elle m'a apporté de riches connaissances sur un domaine que je vais bientôt pratiquer. Sur ces mots, je clos ce dernier chapitre en espérant que la lecture de mon mémoire vous ait procuré autant de plaisir que j'ai eu à l'élaborer.

9 Bibliographie

9.1 Livre

AGUILERA, Donna C, *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, InterÉdition, Paris, 1995

ALBERT, Éric, CHNEIWEISS, Laurent, *L'anxiété au quotidien*, Édition Odile Jacob, Paris, Octobre 1990

BINDEFELD, John, *L'univers médico-chirurgical*, Édition des Presses de Lutence, 1987

BIOY, Antoine, Bourgeois, Françoise, NEGRE, Isabelle, *Communication et anxiété : Communication soignant- soigné : repère pratique*, Breal, Paris, 2003

BOMPARD-PORTE, Michèle, *De l'angoisse : psychanalyse individuelles et collectives*, Armand Colin Éditeur, Paris, 2004

CHALIFOUR, Jacques, *La relation, d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistiques- humaniste*, Édition Lamarre, Paris, 1989.

DE CLERQ, Michel, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, Paris, 1997

DUBIED, Pierre-Luigi, *L'angoisse et la mort*, Édition Labor et Fides, Genève, 1991

GARNIER, DELMARE, *Dictionnaire des termes de médecine*, 27^{ème} éd., Édition Maloine, Paris, 2002

GRAND LAROUSSE Encyclopédique, *Tome premier*, Librairie Larousse, Larousse, Paris, 1960

GUIMELLI, Christian. *La pensée sociale : Que sais-je ?* 1^{ère} édition. Presses Universitaires de France, Paris, 1999

REMOND, Catherine, *Soins infirmiers en chirurgie*, 2^{ème} éd., Édition Lamarre, Paris, Mai 2001.

9.2 Articles

ANDENMATTEN, Chantal, HERITIER, Chantal, LOMBARDO, Manuella. *Que cache la peur de l'anesthésie ?* Promo DNII 1998/1999. Sion janvier 1999.

BLOT, P, VOGLOZIN, J, *La consultation anesthésique préopératoire*, Soins chirurgie, N°117, Novembre 1990, page 5

HESPEL, Diane, *Institut médical Edith Cavell : L'information préopératoire du futur opéré*. Bulletin d'Éducation du Patient, Vol.17, n°4, Décembre 1998.

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

DELMAS, Philippe, ARNOL, Chantal, CLOUTIER, Lyne, *L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré*, Recherche en soins infirmiers, N°49, juin 1997.

JOURNAC, Claire, *L'infirmière anesthésiste et sa représentation : 2 modèles de référence ?*, Recherche en soins infirmiers, N° 43, Décembre 1995.

LEBRIS, H, TRISTAN, P, *Anesthésie*, Soins chirurgie, N° 110, Avril 1990, page 19

L'HEBDO, *Moins de médecins et davantage d'infirmières, c'est mieux et moins cher*, N° 47, page 42.

MAWARD, Lina. AZAR, Nazek. *Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire*, Recherche en soins infirmiers, N°78, septembre 2004.

9.3 Cyberographie

Société française d'anesthésie et de réanimation. [en ligne] <<http://www.sfar.org/s/>> (site consulté le 15.06.2006)

Troubles-anxieux.com. Phobies, panique, anxiété, etc. [en ligne] <<http://www.troubles-anxieux.com/munch.jpg>> (site consulté le 20.04.07)

10 Annexe

ANNEXE N°1 : Étude sur l'anxiété ressenti par les client avant une intervention chirurgicale. Feuille d'information destinée aux personnes participant à l'étude.

ANNEXE N°2 : Étude sur l'anxiété ressenti par les clients avant une intervention chirurgicale. Formulaire de consentement éclairé pour les clients participant-e-s à l'étude

ANNEXE N°3 : Échelle de l'évaluation de l'anxiété de Spielberger

ANNEXE N°4 : Évaluation des besoins du client

**ETUDE SUR L'ANXIETE RESSENTI PAR LES CLIENTS AVANT UNE
INTERVENTION CHIRURGICALE**

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière HES, je m'intéresse au vécu du patient dans un contexte pré-opératoire. A cet effet, j'aimerais comprendre comment le patient vit les moments qui le séparent de l'intervention chirurgicale.

Cette étude a pour but de connaître les raisons qui peuvent amener le client à ressentir de l'anxiété, ainsi que ce qui lui permet de la gérer. La connaissance de ces éléments devrait permettre une meilleure prise en charge de vos besoins.

Par cette lettre, je souhaite vous donner toutes les informations nécessaires à cette étude, et vous permettre ainsi de choisir librement si vous souhaitez y participer.

Bien entendu, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative quand à votre prise en charge durant votre séjour à l'hôpital. Par ailleurs, si dans un premier temps, votre réponse s'avère positive, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous forme d'une enquête et sera effectuées avant la consultation pré-hospitalière et à la veille de votre intervention. Si vous acceptez d'y participer, vous répondrez à un bref questionnaire lors de la consultation en UEP et à la veille de votre opération. Cela se déroulera au CHCVs. Toutes les données resteront anonymes et seront détruites dès la fin de l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez le formulaire ci-joint qui confirmera votre accord (consentement libre et éclairé). A tout moment de l'enquête, vous pourrez refuser de continuer si cela ne vous convient pas, et ceci sans aucune justification de votre part.

Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche seront analysées de manière strictement anonymes et confidentielles.

Je vous remercie de l'attention portée aux informations contenues dans cette lettre, et reste à votre entière disposition pour tout complément d'information.

Edina GASANIN

Contact : Edina Gasnin, étudiante à la Haute école valaisanne, Domaine Santé et Social, Filière infirmier-ère, Grand-Champsec 7. 1950 Sion, Natel : 078/ 913. 47.
53

**ETUDE SUR L'ANXIETE RESSENTI PAR LES CLIENTS AVANT UNE
INTERVENTION CHIRURGICALE**

Formulaire de consentement éclairé pour les clients participant-e-s à l'étude

Le (la) soussigné(e) :

- ❖ Certifie être informé(e) sur le déroulement et l'objectif de l'étude ci-dessus.
- ❖ Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- ❖ Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- ❖ Certifie avoir été informé qu'il (elle) peut interrompre tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- ❖ Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans une revue professionnelle, l'anonymat de ces données étant garanti.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Contact : Edina Gasanin, Etudiante de la Haute Ecole Santé- Sociale, filière infirmier-ère, Grand-Champsec 7, 1950 Sion, Natel : 078/ 913. 47. 53

ANNEXE N°3

ECHELLE DE L'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ DE SPIELBERGER

Nom :

Date :

Consigne : voici quelques énoncés que les gens utilisent pour se décrire. Lisez chaque énoncé puis cochez à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez à ce moment précis.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Donnez la réponse qui semble décrire vos sentiments en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Énormément
1) Je me sens calme					
2) Je me sens en sécurité					
3) Je me sens tendu					
4) Je suis triste					
5) Je me sens tranquille					
6) Je suis préoccupé par des contrariétés actuelles					
7) Je me sens reposé					
8) Je me sens anxieux					

9) Je me sens à l'aise					
10) Je me sens sûre de moi					
11) Je me sens nerveux					
12) Je suis affolé					
13) Je me sens sur le point d'éclater					
14) Je suis relaxé					
15) Je me sens heureux					
16) Je me sens préoccupé					
17) Je me sens surexcité et fébrile					
18) Je me sens joyeux					
19) Je me sens bien					
20) Je me sens bouleversé					

Consigne : voici quelques énoncés que les gens utilisent pour se décrire. Lisez chaque énoncé puis cochez à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez de façon générale.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Donnez la réponse qui semble décrire vos sentiments de façon générale.

	Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Énormément
21) Je me sens bien					
22) Je me fatigue rapidement					
23) Je me sens au bord des larmes					
24) Je souhaiterais être aussi heureux que les autres semblent l'être.					
25) Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider rapidement					
26) Je me sens reposé					
27) Je suis calme, tranquille et en paix					
28) Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en voir le bout.					
29) Je m'en fais pour des					

choses qui n'en valent pas vraiment la peine.					
30) Je suis heureux					
31) Je suis porté à prendre mal les choses					
32) Je manque de confiance en moi					
33) Je me sens en sécurité					
34) J'essaie de faire face à une crise ou à une difficulté					
35) Je me sens mélancolique					
36) Je suis content					
37) Des idées sans importance me passent dans la tête et me tracassent					
38) Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête.					
39) Je suis une personne stable					
40) Je deviens tendu et bouleversé quand je songe à mes préoccupations actuelles					

ANNEXE N°4

EVALUATION DES BESOINS DU CLIENT

A la veille de l'opération :

1. Comment vous sentez-vous à la veille de l'intervention ? (plusieurs réponses possibles)

.....
.....

Autres propositions :

Anxieux

Craintif

Confiant

Calme

Paniqué

2. En ce moment, ressentez-vous le besoin de parler à quelqu'un ?

Oui

Non

3. Si oui, quelle est la personne à laquelle vous voudriez parler ? (Plusieurs réponses possibles)

.....
.....

4. Est-ce que votre conversation aura un lien avec votre intervention ?

Oui

Non

5. En ce moment, auriez-vous besoin de recevoir un complément d'information quant à votre opération ?

Oui

Non

6. Si oui, à quel sujet voudriez-vous avoir des compléments d'informations ?

Un complément sur le genre d'anesthésie

Un complément sur la durée de l'anesthésie et de la chirurgie

Un complément sur les risques anesthésiques

Un complément sur le réveil

Un complément sur la douleur après l'intervention

Un complément sur l'opération

Un complément sur les conséquences de l'intervention

Un complément sur le déroulement de l'hospitalisation

Un complément sur les soins apportés avant l'opération

Un complément sur la durée de l'hospitalisation

Autres :

La consultation pré-hospitalière :

7. Pendant votre consultation pré-hospitalière, comment qualifierez-vous votre entretien avec le personnel soignant ?

Très satisfait Satisfait Sans opinion Peu satisfait Pas du tout satisfait

8. Pendant la consultation pré-hospitalière, êtes-vous satisfait des informations reçues ?

Très satisfait Satisfait Sans opinion Peu satisfait Pas du tout satisfait

9. Pensez-vous que les médecins ont répondu à toutes vos questions pendant cet entretien ?

Oui

Non

10. Si non, quelles sont les questions restées en suspens ?

.....
.....
.....
.....

11. Selon vous, que vous a apporté de plus la consultation pré-hospitalière ?

.....
.....
.....
.....

12. Selon vous, est-ce que la consultation pré-hospitalière est utile ?

.....
.....
.....
.....