

L'enfant en salle d'op : Préparation pré-opératoire l'induction en salle d'opération

M^{me} Patricia Menti

Maître assistant

Haute Ecole Libre de Bruxelles I Iya Prigogine/

Institut Reine Fabiola Bruxelles

M^{me} Anne Melery

Maître assistant spécialisé en Salle d'opération

Haute Ecole Léonard de Vinci - I SEI Bruxelles

L'annonce d'une intervention chirurgicale engendre chez l'enfant une impression de menace, d'agression. La réponse de son organisme face à ces facteurs d'agression va se manifester le plus souvent sous forme d'angoisse, symptôme du stress subi (Antier, 1996). Les répercussions psychologiques globales à moyen et à long terme sont à ce jour connues et ne sont plus négligées. Il existe de nombreuses actions qui concourent à une meilleure préparation préopératoire des enfants et de ses parents. Toutes ont pour but de réduire l'anxiété parentale et celle de l'enfant : information préopératoire par le biais de livres, de jeux, de visite ou de « programme d'éducation », etc. ...

L' impact de cette préparation préopératoire risque pourtant d'être fortement réduit si la prise en charge de l'enfant et de ses parents au quartier opératoire n'est pas optimale et réellement personnalisée et si rien n'est effectué pour essayer de diminuer au maximum le stress et l'angoisse de l'enfant à cet instant précis.

Le **temps d'attente** à l'entrée du bloc opératoire en vue de l'entrée réelle en salle d'opération peut être très variable : de quelques minutes à une heures parfois !

Ce ne devrait pourtant plus être le cas car pendant cette période d'attente l'angoisse de l'enfant risque d'augmenter à nouveau, surtout si l'attente s'effectue dans un environnement froid, impersonnel et inquiétant.

L'appel téléphonique à l'étage qui décide du départ de l'enfant vers le quartier opératoire doit donc viser à rendre cette période la plus courte possible (Glorion, 1992).

Par ailleurs, l'enfant doit pouvoir attendre dans **une salle, une pièce joliment décorée** c'est-à-dire dont les murs sont colorés et sur lesquels sont exposés des dessins ou des affiches, et où une musique agréable est diffusée... Il doit pouvoir **y continuer des activités enfantines** telles que dessiner, jouer avec une poupée ou des blocs de construction, regarder un dessin-animé... **Bénéficier de la présence rassurante de ses parents** est indispensable mais aussi de celle **d'un membre du personnel soignant** qui veille au confort, aux soins d'hygiène, et aux activités ...

L'ensemble de ces éléments permettront à l'enfant d'être moins effrayé par un milieu inconnu « où il se passe des choses bizarres ! » et où circulent « d'étranges petits bonshommes masqués ».

Après une préparation correctement effectuée et un accueil positif à l'entrée du quartier opératoire, **le moment tant redouté arrive cependant** : celui du départ vers la salle d'opération proprement dite ...

A cet instant précis , **l'ensemble des craintes** de l'enfant peuvent resurgir en bloc :

peur de la séparation parentale, peur du milieu inconnu, peur de la perte de contrôle, peur des injections etc... Elles peuvent donner lieu à des comportements perturbés et il n'est pas rare de connaître le **scénario-catastrophe suivant** : un enfant, affolé par la séparation brutale de ses parents, est emmené en salle d'opération pour y être endormi, accompagné par l'anesthésiste et l'infirmière, dont les efforts en vue de le calmer restent souvent vains.

Une **question** vient directement à l'esprit dans un pareil cas :

Pourquoi ne pas permettre à un des deux parents d'accompagner son enfant jusqu'en salle d'opération et être à ses côtés pendant qu'il s'endort, et ainsi éviter les scènes de pleurs et de panique lorsqu'on s'empare du jeune enfant à l'entrée du quartier opératoire ?

Le **sujet** de la présence des parents à l'induction de l'anesthésie est encore largement **controversé**, non seulement dans la littérature mais également au sein des professionnels des quartiers opératoires.

Certains prétendent qu'il n'y a pas de bénéfices pour l'enfant (Baines, 1995), d'autres sont mal à l'aise, gênés dans leurs pratiques, d'autres encore mettent en avant les principes d'hygiène hospitalière difficiles à respecter lorsque les parents entrent en salle d'opération ... D'autres enfin y voient même un risque supplémentaire si l'anesthésiste doit partager son attention entre le petit patient et l'un de ses parents (Larach, 1993).

Pourtant il existe des bénéfices potentiels à la présence des parents lors de l'induction de l'anesthésie : moindre nécessité d'une prémédication médicamenteuse (Hannallah, 1994) , réduction de la détresse due à la séparation des parents, réduction de l'anxiété globale immédiate, meilleure coopération possible de l'enfant et réduction des séquelles comportementales à moyen et à long terme (Eckhenoff - 1953, Hickmott 1989).

Faut-il alors oui ou non accepter la présence des parents à l'induction de l'anesthésie ?

Cette présence a-t-elle une influence sur l'angoisse de l'enfant et sur l'induction de l'anesthésie elle-même ?

Une **étude** a été menée à ce sujet au Quartier Opératoire des Cliniques Universitaires Saint Luc (A. Mélery – Prof. F. Veyckemans, 1998)

Nous n'avons pas pu y démontrer, qu'en présence des parents, et au moment même où il s'endort (c'est-à-dire au moment où l'on pose le masque d'anesthésie sur le visage de l'enfant et jusqu'à ce qu'il ferme les yeux), il existe une diminution significative de l'angoisse de l'enfant.

L'instant de la pose du masque sur le visage restant un passage réellement difficile à vivre pour l'enfant.

Nous avons par contre identifié **un moment où la présence des parents semble avoir un effet protecteur sur l'enfant : celui où l'enfant entre dans la salle d'opération.**

Lorsqu'il entre dans la salle d'opération, l'enfant a deux fois moins de risque d'être perturbé (c'est-à-dire décrit comme affolé, excité ou inquiet) dans le cas où un de ses parents se trouve à ses côtés.

C'est un résultat qui prend tout son sens quand on se souvient qu'un des aspects **d'une induction d'anesthésie pédiatrique réussie et bien vécue concerne l'ambiance dans laquelle elle se déroule et la manière dont l'enfant se comporte**

L'étude avait également montré que plus l'enfant est **jeune** (c'est-à-dire plus il se rapproche de l'âge de 1 an) **plus il est angoissé**. Ce résultat confirmait celui de Mac Graw (1994) pour qui la plus grande détresse est observée chez les enfants de moins de 4 ans. Vetter (1993) avait également identifié les enfants

de 2 à 6 ans comme étant les plus susceptibles de présenter des difficultés à vivre la séparation préopératoire de ses parents

Ces notions doivent interpeller car elles vont à l'encontre d'une croyance répandue parmi le personnel soignant : « L'enfant est jeune, il se rend moins compte de ce qui lui arrive ... » Force est de constater que ce n'est pas exact !

C'est également une donnée qui nous permet de nous rendre compte qu'il faut **optimiser la préparation opératoire des jeunes enfants.**

Il faut donc insister, comme Phippen et Papanier Wells (1994), sur l'importance d'une prise en charge pré-et per - opératoire **adaptée à l'âge de l'enfant** : un enfant de moins de 4 ans qui apprend grâce à des choses concrètes doit, par exemple, pouvoir manipuler les éléments pour les apprivoiser. Ainsi, en période préopératoire et en salle d'opération, il est judicieux de lui faire manipuler les électrodes pour l'E.C.G., le masque et le ballonnet du circuit d'anesthésie pédiatrique, l'oxymètre de pouls etc. .

Durant l'étude , nous n'avons pas mis en évidence le transfert de l'anxiété parentale sur celle de l'enfant.

Mais nous avons remarqué que **les enfants s'endormaient de manière significativement plus agitée en présence d'un parent.** Il nous semble donc important de connaître l'origine et la portée de l'anxiété parentale.

Identifier les parents à risque d'anxiété, en période préopératoire, pourrait s'avérer être indispensable. L'avis du personnel soignant de l'étage à ce sujet pourrait être réellement d'un grand secours.

Par ailleurs, il est indispensable de **préparer les parents pour l'accompagnement de leur enfant en salle d'opération.** Ils doivent être informés sur ce qu'ils pourraient ressentir, sur les comportements possibles de leur enfant, sur l'attitude à adopter lors de l'induction (ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter), sur l'environnement architectural qu'ils vont rencontrer, sur le but de certains

appareillages. Ceci devrait être le rôle conjoint de l'anesthésiste et de l'infirmière.

Nous pensons donc, qu'en l'absence de contre-indication formelle, et en tenant compte des incertitudes au sujet d'éventuels incidents, la présence des parents aux côtés de l'enfant ne peut qu'améliorer la qualité des soins prodigués aux enfants lors de leurs passage au quartier opératoire.

Mais il ne faudra jamais forcer un parent à accompagner son enfant à l'induction de l'anesthésie.

Avec discernement et sagesse, il faut évaluer la possibilité pour un enfant d'être accompagné par ses parents ; cela ne doit pas être une contrainte.

Le plus important, c'est que la relation de confiance qui existe entre l'enfant et ses parents ne soit pas brisée, quelque soit le moyen utilisé pour y parvenir.

L'infirmière pédiatrique à l'étage et l'infirmière de salle d'opération ont un rôle conjoint à jouer dans l'accueil de l'enfant et de ses parents lors d'une intervention chirurgicale.

Elles doivent tout mettre en oeuvre afin d'humaniser les services hospitaliers et surtout le quartier opératoire trop longtemps considéré comme « hyperteknique » et doivent personnaliser au maximum la prise en charge des enfants et de leurs parents.

Les « **trucs-astuces et principes** » qui suivent peuvent aider le personnel soignant à y arriver, et ce spécifiquement au bloc opératoire. Certains d'entre eux peuvent cependant convenir à de nombreuses autres situations de soins.

- L'enfant qui arrive au bloc opératoire doit avoir le sentiment d'être **attendu et reconnu par tous ceux qui vont être amenés à s'occuper de lui**

(Ratti,1997), et pas seulement par l'anesthésiste. C'est ainsi que pourrait être imaginée l'existence d'une visite préopératoire réalisée par l'infirmière de salle d'opération. Son but serait, non seulement de collecter des informations nécessaires à l'intervention du lendemain au sujet de l'enfant mais également d'évaluer le niveau de connaissance de l'enfant et de ses parents et de fournir les compléments d'information nécessaires. (Ratti,1997 – Glorion, 1992)

- L'enfant sera accueilli, à l'entrée du bloc opératoire par des **visages souriants**. Les **masques chirurgicaux** seront **abaissés**. Appeler l'enfant par son **prénom** (Glorion, 1992) et éviter de passer l'enfant de bras à bras (si de nombreux visages défilent, il pourrait s'affoler) (Antier, 1996).
- L'enfant doit pénétrer en salle en compagnie de son « **doudou** », d'un jouet, d'une peluche, d'une couverture favorite qu'il pourra garder près de lui jusqu'à l'endormissement (Damron et Stetson, 1985 –Holt et Maxwell, 1991 – Glorion, 1992 – Phippen et Papanier Wells, 1994 – Antier, 1996 – Ratti, 1997), et vêtu de son **propre pyjama** ; les enfants sont en général bouleversés quand on leur retire leurs effets personnels (Phippen et Papanier Wells, 1994 – Damron et stetson,1985 – Holt et Maxwell,1991)
- Communiquer avec l'enfant par la **voix** mais aussi par le **regard** et le **toucher** (le tact étant probablement la dernière perception à être abolie lors de l'utilisation des anesthésiques volatiles / De plus, selon Tandonnet (1988) l'enfant en état de stress n'écoute pas , il est comme sourd il ne peut entendre.)

- Faire régner le **calme**, diffuser une musique d'ambiance, bannir les lumières violentes (Glorion, 1992, Ratti,1997 et Antier, 1996)
- **Une seule personne à la fois** doit s'adresser à l'enfant (pour éviter une moindre compréhension liée à la présence de plusieurs canaux de communication)
- Utiliser une **méthode adaptée à l'âge de l'enfant pour l'informer** : les petits ont besoin de manipuler les objets, de faire semblant, les plus grands (à partir de 4 ans environ) ont besoin d'explications précises et détaillées.
- Il peut être utile de préciser **3 éléments aux enfants de 3 ans et plus** (Mac Graw, 1994) ; le personnel soignant peut déjà le faire à l'étage : *ils vont s'endormir avant que ne commence la chirurgie proprement dite, ils ne vont pas avoir mal pendant l'opération, et ils vont se réveiller après l'opération.*

2 médecins ont publiés des **recommandations lors de la prise en charge d'enfant en situation de stress**. Elles peuvent donc s'appliquer au bloc opératoire comme ailleurs.

Pour le **Dr Tandonnet**, attaché de cours à l'université de Paris V et membre de la Société française de relaxation psychothérapeutique (1988) et qui s'occupe d'enfants âgés de 2 ans à 8 ans, « un enfant mis en situation thérapeutique, c'est-à-dire stressante, est un enfant gagné par la peur et il est tout à fait conscient que cette peur existe. L'adulte augmente son angoisse en lui demandant de nier cette peur. Il doit au contraire essayer de la prendre en charge en

l'acceptant, en la reconnaissant, en l'observant, donc en laissant l'enfant s'exprimer et en lui disant que l'adulte comprend cette peur et qu'il l'accepte . ».

Il nous éclaire sur les attitudes à adopter en présence d'enfants gagné par l'angoisse pré-opératoire et énumère 4 principes à respecter :

- Accepter le peur que le geste médical ou chirurgical génère chez l'enfant et autoriser celui-ci à l'exprimer pour pouvoir ainsi la prendre en charge
- Ne pas mentir à l'enfant avec des phrases du genre « Tu ne sentiras rien ! ». Ces mots qui se veulent sécurisant trompent l'enfant
- Ne pas surprendre l'enfant, le prévenir de tout geste qu'il va subir
- Donner à l'enfant, un délai, un espace-temps à la sensation douloureuse ou désagréable qu'il va vivre, c'est à dire une précision concrète que l'enfant peut contrôler, exemple : suivre le trajet des aiguilles sur une montre, compter jusqu'à dix... L'enfant va ainsi mémoriser uniquement le temps correspondant à la douleur et non pas le geste thérapeutique dans son intégralité.

P. Tandonnet précise cependant un problème fréquemment rencontré dans cette situation : « L'enfant en état de stress n'écoute pas ! Il est comme sourd. Il ne peut entendre ». Il conseille alors de faire appel à des techniques d'approches non-verbales (par exemple le toucher, le regard) qui visent à créer un climat de confiance permettant alors d'entrer en communication.

Le **Dr Mc Graw** (1994) nous indique d'autres règles à respecter lors d'entretiens et de prise en charge professionnels avec des enfants et qui peuvent s'avérer très utiles lors de situations stressantes :

- Ne pas parler à l'enfant d'un manière condescendante
- Ne pas donner l'impression à l'enfant que ses sentiments, ses inquiétudes, ses idées sont des enfantillages

- Ne pas rire d'un enfant sans être totalement sûr que celui-ci à l'intention d'être drôle
- Ne pas taquiner un enfant à moins de bien le connaître
- Faciliter les premières rencontres en se mettant à hauteur de l'enfant et ou en conversant à voie basse

On ne supprimera sans doute totalement jamais tous les hurlements et cris à l'entrée des quartiers opératoires ou dans les couloirs des blocs.

Mais il faut espérer qu'à l'avenir, le personnel soignant mieux informé et mieux formé soit le moteur de changements pour une prise en charge optimale et accueillante des enfants au bloc opératoire et, qu'à l'avenir également des directives institutionnelles plus claires permettent et incitent l'accès aux parents à l'induction de l'anesthésie.

Bibliographie

- Antier F, 1996. L'infirmière de bloc opératoire face à l'angoisse de l'opéré Interbloc 3 Tome HV : 53-57.
- Damron C., Stetson P., 1985 A preoperative teaching program AORN Journal V41-2 : 352-354
- Eckenhoff J, 1953 Relationship of anaesthesia to postoperative personality changes in children American Journal Dis child 86 : 587-591
- Glorion B., Greffier, 1992 Accueil de l'enfant au bloc opératoire Inter Bloc 2 Tome XI : 48 - 49
- Hannallah R, 1994 Who benefits when parent are present during anaesthesia induction in their children ? Canadian Journal of anaesthesia 41-4 : 271-275
- Hannallah R, 1995 Pediatric ambulatory anesthesia : Role of parents journal of Clinical Anesthesia 7 : 595-597
- Hickmott KC, 1989 Anaesthetic induction in children : the effects of maternal presence on mood and subsequent behaviour European journal of anaesthesiology 6 : 145-155
- Holt and Maxwell, 1991 Pediatric orientation programs - Hospital Tours Allay children's fears AORN Journal V 54 -3 : 530-538
- Larach M, 1993 Should parents be permitted to be present for induction of anaesthesia in children ? Anesthesiology Review XX - 4 : 141-146

- Mc Graw T, 1994 Preparing children for the operating room : psychological issues Canadian Journal of anesthesia 41 : 1094 -1103.
- Mélery A, «Maman ne me laisse pas ou l'influence de la présence des parents à l'induction de l'anesthésie sur l'angoisse de l'enfant et sur l'induction de l'anesthésie elle-même » - UCL ,Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, 1998.
- Phippen MI et Papanier-Wells M ,1994 Perioperative nursing practise WB Saunders Company, Philadelphia, 1067 p
- Ratti G., 1997 Prise en charge de la phase d'induction en anesthésie pédiatrique dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Vincent-de Paul (Paris) chez l'enfant porteur de polycaries Oxymag : 16-18
- Tandonnet P.,1988 La relaxation préopératoire chez l'enfant Journal de Pédiatrie et de puériculture 8 : 498-500
- Vetter TR. , 1993 The epidemiology and selective identification of children at risk for preoperative anxiety reactions Anesth. Analg. 77 : 96-99