

L'information préopératoire du futur opéré

par Diane Hespel (1)

Suite à une recherche menée à l'Institut Médical Edith Cavell à Bruxelles pour mettre en évidence les souhaits en information des patients et la nature des informations désirées, un programme d'informations préopératoires incluant la réalisation d'un vidéogramme a été mis en place.

Nous nous centrerons ici essentiellement sur les données relatives aux besoins informatifs des futurs opérés, aux réponses apportées et à l'évaluation d'une de celle-ci, l'intégration d'un vidéogramme éducatif (2).

La situation préopératoire des patients

L'accueil des patients représente immanquablement un souci quotidien pour toutes les unités de soins comme pour le bloc opératoire, même si ce dernier est un service isolé. S'il est vrai que les infirmières de salle d'opération disposent de compétences techniques et technologiques, qu'elles assument un certain nombre de rôles et sont responsables de tous les soins assurés au bloc opératoire, elles doivent en outre assurer la prise en charge physique et psychologique du patient. Or, les infirmières de salle d'opération sont régulièrement confrontées à des patients en état de «malaise». Parmi les termes repris dans la littérature pour décrire ce malaise préopératoire, les plus utilisés sont l'anxiété, la peur, l'angoisse, le stress (3).

Dans le cadre de l'hospitalisation, nous parlerons plutôt d'anxiété étant donné que l'hospitalisation peut être assimilée à quelque chose d'inconnu. En effet, les patients ne sont pas seulement anxieux de l'opération chirurgicale et des suites opératoires (telles que la peur de la douleur, de la mutilation, ...), mais aussi de l'anesthésie (son déroulement, ses conséquences, la douleur qu'elle implique, ...), du bloc opératoire et de la salle de réveil (leur fonctionnement, leur environnement, leur ambiance, la perte de personnalité qu'ils craignent, ...).

La peur exprimée par les patients est probablement liée en grande partie à un manque d'informations. Les causes de ce manque d'informations peuvent être de nature diverse : il peut être dû à un manque de temps du personnel soignant, ou au fait que les informations ne répondent pas aux besoins réels de chaque patient, ou encore à un manque d'uniformité. On peut encore ajouter l'influence des informations erronées ou exagérées (de la part de personnes extérieures) qui n'ont d'autre effet que d'augmenter les craintes des futurs opérés.

Ces craintes peuvent s'exprimer de différentes manières, tant en terme d'intensité que d'expression : que ce soit par la parole (questions multiples, plain-

tes, ...), par le comportement (mains crispées, jambes croisées, ...) ou par des réactions psychosomatiques diverses (tension artérielle élevée, sueur, ...). Elles varient selon les caractéristiques des individus et selon la quantité d'informations dont ils disposent ou non. Par ailleurs, elles sont contraires au bon rétablissement du patient.

De fait, de nombreuses recherches réalisées à ce jour prouvent que l'enseignement préopératoire du patient permet, d'une part, de réduire son anxiété, ce qui l'aide à franchir au mieux cette étape. D'autre part, il favorise un rétablissement plus optimal ce qui peut se traduire, par exemple, par une diminution de la prise d'analgésiques, une amélioration de la qualité des soins en assurant une augmentation de la collaboration du patient, une réduction de ses réactions psychosomatiques préopératoires, une diminution de la durée d'hospitalisation et de convalescence, et enfin une diminution des complications postopératoires (DECCACHE A., 1988).

Par ailleurs, les besoins d'informations du patient ont évolué de façon importante et ne cessent de continuer à croître. De sorte qu'aujourd'hui, l'information et l'éducation prennent une place de plus en plus considérable dans notre société. Il est aussi important de garder à l'esprit que l'avenir de l'hôpital dépendra autant du degré d'humanisation des soins qu'on y prodigue que de leur haute qualité technique.



Mots-clés : information périopératoire, analyse de situation, besoin d'information, vidéo, anxiété, évaluation d'impact.

*N.D.L.R. : Les différentes illustrations de cet article sont extraites du vidéogramme «Vous allez être opéré», un film de Diane Hespel.
Scénario : Jean-Luc Collignon, Marie-Madeleine Leurquin, Centre d'Education du Patient asbl.
Réalisation : Yvon Lammens, producteur-cinéaste, LABSI-MOSQUITO, chaussée de Halle, 80, B-1640 Rhode-Ste-Genèse.*

*(1) Infirmière de salle d'opération, Institut Médical Edith Cavell, rue Edith Cavell, 32, B-1180 Bruxelles.
Tél. : ++ 32 (0)2 340 40 40
Fax : ++ 32 (0)2 340 45 99*

(2) Recherche poursuivie dans le cadre d'un travail de fin d'études «L'information préopératoire du futur opéré», présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre paramédical hospitalier à l'ACN, Bruxelles, 1997.

*(3) CARPENITO L. (1990) définit les termes «anxiété», «peur», «angoisse» comme suit :
- «L'anxiété = état de l'individu ou du groupe qui éprouve une sensation de malaise (appréhension) et une activation du système nerveux autonome en réaction à une menace vague non spécifique.»
- «La peur = état dans lequel un individu ou un groupe éprouve un sentiment de bouleversement physiologique ou émotionnel, dont l'origine est identifiable et perçue comme dangereuse.»
L'auteur signale que la différence entre la peur et l'anxiété correspond à l'origine connue ou inconnue de la menace. La personne anxieuse, contrairement à celle qui éprouve de la peur ne peut identifier la menace avec précision. L'anxiété peut exister seule, mais dans la plupart des cas, elle est présente avec la peur.
L'anxiété correspond à un état de désarroi psychique qui s'exprime par des manifestations physiques diverses que l'on nomme **angoisse**, et qui naît lors du sentiment de l'approche d'un danger inconnu.*

Suite à la page suivante .../...

Bulletin d'Education du Patient, Vol.17, n°4, Décembre 1998.

Des besoins aux réponses

.../... Suite de la page précédente

FAVEZ B. a défini l'anxiété et l'angoisse comme suit : «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.»

Quant au stress, «... c'est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande (stresseur) qui lui est faite.» (SELYE H., 1975).

(4) Cette forme d'apprentissage peut influencer le comportement humain de 3 manières :

- l'observateur peut acquérir de nouveaux patterns de réponses qui n'existaient pas auparavant dans son répertoire comportemental;
- l'observation de comportements et leurs conséquences peuvent renforcer ou diminuer des réponses inhibitrices chez l'observateur;
- le comportement d'autrui peut favoriser l'apparition de réponses antérieurement acquises dans une même classe générale de comportements.

(5) L'audiovisuel permet d'accroître la capacité de mémorisation.

Les études réalisées par la Fondation Roi Baudouin en 1990 (EDUCATION SANTE, 1995), ainsi que les affirmations des agences de publicité citées dans le guide pour l'éducation aux médias audiovisuels (DE SMEDT T., 1990), ont montré que l'audiovisuel permet d'accroître la capacité de mémorisation des individus.

L'étude de la Fondation Roi Baudouin indique que :

- de la lecture d'une brochure ou tous supports écrits, un individu ne mémorise que 10%;
- à l'écoute d'un message audiophonique, il ne retient que 20%;
- à la vue d'une image fixe, il retient 30%;
- à la visualisation d'un film, il retient 50%.

Les pourcentages cités par les agences de publicité sont encore plus élevés :

- d'un texte lu devant un auditoire, un individu ne retient que 25%;
- à la vue d'une image fixe, 50%;
- dans le cas d'un film, 75%.

La mise en place d'un programme d'informations préopératoires

Face à ces différentes considérations, nous avons conçu le projet de réaliser un programme d'informations préopératoires.

L'objectif de ce projet est double : d'une part, améliorer le niveau de satisfaction des patients futurs opérés lors de leur hospitalisation et d'autre part, réduire leur anxiété préopératoire.

Le choix du vidéogramme : avantages

Le choix de la technique s'est porté sur l'audiovisuel et plus particulièrement le vidéogramme, support reconnu comme particulièrement efficace en tant qu'outil pédagogique.

En effet, le vidéogramme favorise les phénomènes de projection et d'identification. L'individu se projette dans le film et s'identifie avec toute sa sensibilité au personnage qui y apparaît.

De plus, la vidéo est une technique d'apprentissage par l'observation du comportement d'une autre personne («modeling»). Cette forme d'apprentissage peut influencer favorablement le comportement du patient. Des auteurs ont montré que le modeling est une technique de réduction de l'anxiété des sujets (MELAMED B.G. et SIEGEL L.J., 1975) (4). Le modeling apporte, dans les situations particulières que constituent les procédures médicales, une information à la fois verbale et imagée sur la démarche médicale et sur la meilleure manière de se comporter (COLLARD M.A., 1988).

Enfin, il est reconnu que la vidéo augmente considérablement la mémorisation (5).

Il faut rester attentif au fait que les taux de mémorisation varient selon l'attrait du public par rapport au sujet traité dans le film, ainsi que selon la qualité de ce dernier.

Ces deux facteurs réunis augmentent encore considérablement le pouvoir de mémorisation.

En outre, si en plus de la visualisation du film, on permet au patient de reformuler verbalement ce qu'il a retenu et appris du film, le taux de mémorisation du message atteint les 80%.

L'utilisation de la vidéo est particulièrement bien adaptée à l'hôpital en offrant au patient de nombreux avantages, dont :

- la possibilité de choisir le nombre et le moment de son visionnement;
- la «visualisation» des explications fournies par le personnel soignant;
- l'amélioration de la qualité des soins en assurant une meilleure collaboration des patients;
- l'uniformisation du message;
- une grande efficacité en situation anxiogène.

La vidéo n'est pas nécessairement adaptée à tous les patients, mais elle peut néanmoins tenir compte en grande partie de leurs besoins. En outre, elle permet de toucher un large public de par sa diffusion dans toutes les chambres d'hospitalisation.



L'élaboration du programme d'informations préopératoires

Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire

Pour mener à bien ce projet, nous avons mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'un représentant de chaque unité de soins (hormis la réanimation, la pédiatrie, la maternité), d'une infirmière de la salle de réveil, de nous-même en tant qu'infirmière de salle d'opération et d'une monitrice de nursing. Un anesthésiste a suivi de près l'avancement des travaux.

Recherche dans la littérature francophone

Cette recherche dans la littérature francophone visait à confirmer ou non le manque d'informations et à mettre en évidence les sujets sur lesquels les patients désirent être informés.

BAUDY G. et NEVEU P. (1994) ont étudié les demandes d'informations de patients en préopératoire. Il ressort de leur étude que ces demandes sont centrées sur le personnel, le temps, le devenir, la technique, la douleur. Par ailleurs, il apparaît que le futur opéré est anxieux et que cette anxiété varie en fonction de sa connaissance du diagnostic médical.

Dans une enquête réalisée par FORTIN-BILOTEAU L. et BRENNAN D. (1993), 50% des patients disent avoir ressenti de l'anxiété en périopératoire malgré la prémédication. Un tiers des patients déclarent ne pas avoir été suffisamment informés en préopératoire et que l'information reçue était trop massive.



«Le futur opéré dit subir un certain nombre d'actes sans bien en comprendre le pourquoi et le comment, ressent une grande frustration, voudrait connaître, participer, être partie prenante car il s'agit de son corps» (élèves de salle d'opération, Caen, 1989).

De manière générale, il ressort des enquêtes consultées que les patients opérés sont généralement informés mais pas suffisamment. S'ils ne posent pas de questions précises, les patients obtiennent des informations erronées ou incomplètes (COPIN V., 1992; MEULEMAN V., 1994; HENROT F., 1994).

Démarche méthodologique

La revue de la littérature ne nous a pas permis de nous faire une idée suffisamment précise de la nature des informations que le patient désire. Or, c'est exactement ce qui nous intéresse pour l'élaboration du programme préopératoire et du contenu de la vidéo. C'est pourquoi, afin de préciser les contenus d'informations utiles pour le patient, nous avons décidé de mettre en place, sur notre terrain, un projet qui repose sur une démarche complète et cohérente de recherche d'informations.

La recherche est composée de trois étapes :

Première étape : l'analyse de situation sur le terrain.

Cette analyse a été réalisée avant la réalisation du vidéogramme. Cette première étape de la recherche comportait différentes enquêtes menées auprès des patients et des soignants.

Deux enquêtes ont été menées auprès de patients, via un entretien semi-dirigé, d'une part, et via une grille d'observation préopératoire remplie par le personnel de salle d'opération, d'autre part. Elles visaient à confirmer ou non le manque d'informations, à analyser la nature des informations reçues et souhaitées, l'importance accordée à l'information, l'impact ressenti des informations reçues, le niveau d'anxiété et les craintes des patients.

L'entretien semi-dirigé abordait :

- le vécu antérieur des patients;
- la façon dont s'est passée la nuit précédant l'intervention chirurgicale;
- la prémédication et ses effets;
- l'analyse générale des besoins en informations préopératoires;
- l'analyse plus ciblée des besoins en informations sur l'anesthésie, la salle d'opération et la salle de réveil;
- l'anxiété et les craintes des patients en préopératoire;
- la satisfaction des patients par rapport à l'information reçue et leur vécu en salle d'opération;
- l'identification des personnes.

Cinquante patients ont été interrogés (6) le lendemain de leur intervention.

Une grille d'observation préopératoire a également été mise au point afin d'observer l'anxiété des patients lors de leur installation en salle d'opération. Elle est rem-



plie par le personnel de salle d'opération : une infirmière observe le malade de façon visuelle, auditive et tactile. Une fois le patient endormi et l'intervention démarrée, elle remplit la grille d'observation. Cette grille comprend trois parties : les comportements non verbaux, les comportements verbaux, les signes cliniques.

Un questionnaire auto-administré a été remis aux soignants afin de réaliser une analyse des besoins en informations des futurs opérés du point de vue des soignants. C'est en effet le personnel infirmier qui est probablement le plus sollicité par les patients la veille de l'opération pour répondre à leurs questions.

Ce questionnaire permet de savoir :

- quand, par qui et comment le patient est informé;
- quelles sont les questions que le patient pose le plus souvent;
- comment le personnel soignant informe les patients dans la pratique actuelle.

Ce questionnaire permet ensuite de déterminer ce que serait l'information idéale des patients, en temps, en moyens, en contenus, en personnes. Enfin, ce questionnaire permet de connaître leur avis concernant le projet de la vidéo.

Sept services hospitaliers ont reçu chacun 10 questionnaires. Une représentante de chaque unité de soins a été chargée de distribuer et récolter ces 10 questionnaires, de les dépouiller et de les retranscrire sur un unique exemplaire.

Deuxième étape : l'élaboration du programme informatif.

Cette étape a consisté en l'écriture du scénario du vidéogramme, la réalisation de l'outil et la mise en place du programme informatif.

Troisième étape : l'évaluation de l'impact du vidéogramme.

Cette évaluation a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré rempli, en postopératoire, par trente patients sélectionnés selon les mêmes critères que ceux utilisés lors de la première enquête. Ces patients ont eu l'occasion de voir le film avant l'opération.

Cette enquête a permis de connaître le degré de satisfaction des patients par rapport au film, le degré de préparation déclarée des patients avant l'intervention chirurgicale, le niveau d'anxiété et les craintes des patients.

Des besoins
aux
réponses

(6) **Critères de sélection :**
le patient doit être âgé de plus de 18 ans;
le patient doit subir une intervention chirurgicale programmée;
le patient ne doit pas aller en réanimation postopératoire;
le patient doit parler français;
le patient doit rentrer à l'hôpital la veille de l'intervention;
le patient doit rester minimum deux nuits postopératoire;
Toutes les disciplines chirurgicales seront prises en compte;
l'intervention chirurgicale ne peut être décidée en cours d'hospitalisation;
le patient ne doit pas être un membre du personnel ou de la famille du personnel;
le patient doit marquer son accord;
d'autre part, il n'y a pas de restriction quant au sexe du patient, au nombre d'interventions déjà subies, au type d'anesthésie pratiquée.

«Qu'est-ce qui vous a le mieux aidé à vivre votre passage au bloc opératoire de façon générale ?»

- L'attitude encourageante du personnel infirmier et médical (30%).
- Le courage, la détermination, ou ma volonté pour faire face à l'hospitalisation et à l'intervention chirurgicale (24%).
- L'entourage familial (15%).
- Les médicaments préopératoires (15%).
- Les conditions de l'intervention (13%).
- L'environnement de la salle d'opération (4%).

Résultats

Analyse de situation auprès des patients

L'échantillon de personnes interviewées est composé de 48% de femmes (soit 24 patientes) et de 52% d'hommes (soit 26 patients). L'âge se répartit comme suit dans l'échantillon : moins de 20 ans (2%), de 20 à 29 ans (14%), de 30 à 39 ans (18%), de 40 à 49 ans (22%), de 50 à 59 ans (12%) et plus de 60 ans (32%).

Cent pourcents de l'échantillon a reçu une prémédication le jour de l'intervention (50 patients). Quarante-huit pourcents de l'échantillon a pris un somnifère la veille (24 patients).

Deux patients sur trois (33 patients) ont pu dormir la veille de l'opération, tandis que un patient sur trois (17 patients) n'a que peu ou pas dormi. Parmi ceux qui n'ont pas ou peu dormi, plus de la moitié (soit 11) invoquent le stress. Les deux autres raisons invoquées sont le manque de confort et le manque d'anti-douleurs.



reçues les ont aidés à mieux vivre chaque étape précitée (cfr. tableaux 1 et 2).

Bien que 2/3 des patients considèrent qu'ils doivent recevoir une information sur les 3 étapes, les informations données concernent principalement l'anesthésie (peu d'informations sont fournies concernant la salle d'opération et la salle de réveil).

Plus ou moins 3/4 des personnes qui ont reçu l'information sur l'anesthésie (29/36) et la salle de réveil (17/23), considèrent que ces informations leur ont permis de mieux vivre ces deux étapes.

Par contre, pour la salle d'opération, il n'y a qu'une seule personne parmi celles qui ont reçu l'information (1/17) qui considère que celle-ci lui a permis de mieux vivre ce passage. Notons que 11 personnes ne se souviennent plus si l'information reçue concernant la salle d'opération les a aidés. Ceci est probablement dû au fait que les patients ne se souviennent pas de leur passage en salle d'opération, sauf en cas de péridurale.

Nous avons également interrogé les patients sur ce qui les avait aidés à mieux vivre leur passage au bloc opératoire («Qu'est-ce qui vous a le mieux aidé à vivre votre passage au bloc opératoire de façon générale ?»). Quarante et un patients sur 50 ont répondu à cette question, totalisant 53 réponses (certains patients en ayant cité plusieurs). La réponse la plus citée (30% des réponses, soit 16 patients) est l'attitude encourageante du personnel infirmier et médical. Ceci est assez important car cela démontre à quel point les relations avec les patients sont capitales mais aussi valorisantes pour le personnel soignant. Vingt quatre pourcents des réponses (13 patients) citent le courage, la détermination, ou leur volonté pour faire face à l'hospitalisation et à l'intervention chirurgicale. L'importance de ces chiffres est assez étonnante. «L'entourage familial» et «les médicaments préopératoires» représentent chacun 15% des réponses, soit 8 patients. «Les conditions de l'intervention» a été cité par 7 patients (13% des réponses). L'environnement de la salle d'opération a été cité par 2 patients (soit 4% des réponses).

B. Deuxième analyse : La manière dont l'information est diffusée

Il s'agit d'analyser quand l'information a été donnée, par qui et par quel moyen. On compare cette manière de faire à la façon dont le patient aurait souhaité obtenir l'information (cfr. tableau 3, page suivante).

(La somme des réponses oui et non correspond à l'ensemble de l'échantillon, soit 100%)

	ANESTHÉSIE		SALLE OPÉRATION		SALLE DE RÉVEIL	
	oui	non	oui	non	oui	non
ONT REÇU	72%(36)	28%(14)	34%(17)	66%(33)	46%(23)	54%(27)
INFOS= DEVOIR	78%(39)	22%(11)	64%(32)	36%(18)	76%(38)	22%(11)*

*un patient (2% de l'échantillon) n'a pas répondu

Tableau 1 : Importance de l'information.

ANALYSE DU BESOIN D'INFORMATIONS

Trois types d'analyse ont été réalisés, et ce pour les trois étapes par lesquelles le patient passera obligatoirement : l'anesthésie, la salle d'opération et la salle de réveil. Il faut tenir compte à la lecture des résultats que cette enquête a été réalisée le jour suivant l'intervention : il est possible que les réponses des patients auraient été différentes s'ils avaient pu s'exprimer lors de ces différentes étapes.

A. Première analyse : l'importance de l'information

Cette analyse permet de vérifier si les patients ont reçu des informations, s'ils considèrent que c'est un devoir des soignants, s'ils considèrent que les informations

Tableau 2 : L'information reçue a-t-elle aidé les patients à mieux vivre les trois étapes ?

	ANESTHÉSIE	SALLE OPÉRATION	SALLE DE RÉVEIL
Plutôt oui et nettement oui	58%(29)	2%(1)	34%(17)
Indifférent	8%(4)	2%(1)	10%(5)
Plutôt non et nettement non	2%(1)	0%(0)	0%(0)
Sans réponse	30%(15)	74%(37)	56%(28)
Ne se souvient pas	2%(1)	22%(11)	0%(0)
Total	100%(50)	100%(50)	100%(50)

Des besoins aux réponses

En ce qui concerne l'anesthésie, la majorité des patients qui ont reçu de l'information sur l'anesthésie l'ont reçue avant l'hospitalisation (29/36). Les autres l'ont reçue la veille de l'opération (7/36).

Par contre, on voit que la majorité des patients s'étant prononcés sur la «manière idéale» de diffusion de l'information auraient désiré obtenir cette information la veille de l'opération (25/37).

Tous les patients qui ont reçu l'information ont été informés par l'anesthésiste. La majorité des patients qui ont marqué un choix désiraient l'obtenir de cette personne (28/39), mais on constate tout de même qu'une personne sur quatre aurait préféré l'obtenir soit par le médecin traitant (4/39), soit par le chirurgien (6/39). Ceci provient probablement du fait que les patients sont plus proches de leur médecin et qu'ils ne connaissent pas l'anesthésiste qui leur est souvent «imposé» par le chirurgien.

Tous les patients informés, à l'exception d'une personne, ont été informés lors d'un entretien, ce qui était désiré par environ deux tiers des patients qui se sont prononcés (26/39). Neuf personnes auraient, toutefois, apprécié l'utilisation d'un vidéogramme.

En ce qui concerne la salle d'opération, 17 personnes seulement déclarent avoir reçu des informations à ce sujet. Etant donné ce faible nombre, il est difficile de procéder à des comparaisons entre le réel et l'idéal.

Comme pour l'anesthésie, c'est la veille qu'un grand nombre de patients, qui marquent un choix, désirent être informés (17/33). Le chirurgien et, dans une moindre mesure, les infirmières de salle d'opération sont considérés par les patients comme les personnes les plus aptes à leur fournir l'information sur la salle d'opération.

La moitié des patients qui ont répondu, désirent être informés lors d'un entretien et l'autre moitié par film vidéo. L'importance du film vidéo se justifie dans ce cas-ci par le fait que les patients désirent avoir une meilleure idée de ce à quoi ressemble une salle d'opération (installation, environnement, ...).

En ce qui concerne la salle de réveil, deux tiers des patients ayant reçu l'information l'ont reçue encore une fois la veille de l'opération (15/23), soit une proportion comparable à celle des répondants qui désirent l'obtenir la veille (27/38).

La majorité des personnes qui ont reçu l'information l'ont reçue de l'anesthésiste (13/23). Ceci s'explique par le fait que le passage en salle de réveil est une conséquence de l'anesthésie. Par contre, les souhaits des patients sont assez divers, puisque 14/38 aimeraient la recevoir de l'anesthésiste, 10/38 du chirurgien et 10/38 de l'infirmière de salle d'opération.

La grande majorité des personnes qui ont été informés à propos du réveil l'ont été lors d'un entretien (19/23) et c'est effectivement le moyen souhaité par le plus grand nombre de patients (23/38), bien que 14 personnes sur 38 auraient souhaité voir un film vidéo.

C. Troisième analyse : Les informations les plus importantes pour les patients

Très peu de patients désirent obtenir des informations supplémentaires par rapport à celles qu'ils ont reçues : on note tout de même 9 répondants pour l'anesthésie, 7 pour la salle de réveil et une seule personne pour la salle d'opération.

Nous nous permettons toutefois de relativiser ces résultats : en effet, les patients ayant été interrogés le lendemain de leur opération, ils se sentaient rassurés et, bien que nous ne puissions le prouver, moins concernés par le besoin d'informations.

Concernant l'anesthésie, parmi les informations considérées comme les plus importantes, les catégories citées le plus souvent sont les médicaments (9/27), les mesures de sécurité (7/27), les conditions de l'opération (6/27), le type d'anesthésie et ses effets (5/27). Parmi les informations supplémentaires demandées par certains patients, on retrouve essentiellement deux des catégories précitées : le type d'anesthésie et ses effets, d'une part, et les médicaments, d'autre part. Par ailleurs, certains patients souhaitent également recevoir des informations concernant l'emploi et l'utilité de la perfusion.

Tableau 3 : Diffusion de l'information.

(en nombre de personnes)	Manière dont l'information est diffusée Réponse des patients ayant reçu l'information			Manière idéale de diffusion Réponse des 50 patients		
	Anesth.	S. op.	S. réveil	Anesth.	S. op.	S. réveil
1) QUAND						
Avant l'hospitalisation	29	2	6	10	11	8
La veille de l'opération	7	0	15	25	17	27
Le jour de l'opération	0	1	1	1	4	3
Autre	-	-	-	1	1	0
Ne se souvient plus	0	14	1	-	-	-
ne sait pas	-	-	-	13	17	12
Total	36	17	23	50	50	50
2) PAR QUI						
Médecin traitant	0	1	1	4	2	3
Chirurgien	0	0	2	6	15	10
Anesthésiste	36	0	13	28	4	14
Infirmière s. op.	0	0	1	1	10	10
Famille	0	1	3	0	0	0
Autre patient	0	0	1	0	1	0
Autre	-	-	-	0	0	1
Ne se souvient plus	0	15	2	-	-	-
ne sait pas	-	-	-	11	17	12
Total	36	17	23	50	50	50
3) COMMENT						
Lecture d'un article	1	0	0	3	1	1
Conversation	35	3	19	26	16	23
Film vidéo	0	0	0	9	16	14
Expérience antérieure	0	0	4	0	0	0
Autre	-	-	-	1	0	0
Ne se souvient plus	0	14	0	-	-	-
ne sait pas	-	-	-	11	17	12
Total	36	17	23	50	50	50

Des besoins aux réponses



Enfin, en fonction de leur parcours personnel, certains réclament des précisions concernant le déroulement et les effets de la péridurale, la préparation préopératoire à l'unité de soins, le réveil, les conditions de l'opération.

Concernant la salle de réveil, les catégories sont les mêmes entre les informations jugées les plus importantes et les informations supplémentaires demandées : les raisons de l'installation en salle de réveil, les types de surveillance, la durée du passage du patient en salle de réveil, la gestion de la douleur, ...

Concernant la salle d'opération, la majorité des patients (49/50) n'a pas répondu à cette question.

Nous avons demandé aux patients «quelles étaient, de manière générale, les informations qu'ils auraient voulu recevoir en plus ?». Il y a eu peu de réponses dans l'ensemble (17 répondants). Il semble que lorsqu'il s'agit de questions ouvertes, d'ordre général, les patients éprouvent plus de difficultés à y répondre. Malgré cela, on remarque que 7 personnes sur les 17 ayant répondu auraient aimé obtenir des informations sur la technique et sur la durée de l'opération.

ANALYSE DES CRAINTES ET DE L'ANXIÉTÉ DES PATIENTS

Deux questions ont été posées aux patients pour déterminer leur anxiété :

- Une question sur leur niveau d'anxiété général avant de descendre en salle d'opération : «Comment vous sentiez-vous avant de descendre en salle d'opération?».
- Une question sur les craintes qu'ils ont ressenties par rapport à différents aspects de leur hospitalisation : «Avez-vous une crainte avant de descendre en salle d'opération concernant ... l'opération, ... l'anesthésie, ... la salle d'opération, ... la salle de réveil?».

Tableau 4 : Craintes des patients lors des différentes étapes (enquête «prévidéo»).

	beaucoup	un peu	presque pas et pas du tout	Ne se souvient pas	Total
Opération	12% (6)	20% (10)	68% (34)	0% (0)	100% (50)
Anesthésie	20% (10)	12% (6)	68% (34)	0% (0)	100% (50)
Salle d'opération	2% (1)	6% (3)	84% (41)	10% (5)	100% (50)
Salle de réveil	4% (2)	2% (1)	88% (44)	6% (3)	100% (50)

() = nombre de patients

Sur une échelle qui va de 0 à 10, le niveau d'anxiété moyen déclaré par l'échantillon est de 4. Trente et une personnes (62%) ont une anxiété inférieure à cette moyenne, une personne (2%) a une anxiété correspondant à la moyenne et 18 personnes (36%) ont une anxiété supérieure à la moyenne. Ces résultats nous semblent relativement sous-estimer l'anxiété. En effet, il convient de relativiser ces résultats par le fait que les patients ont dû eux-mêmes évaluer leur niveau d'anxiété. Or, chaque patient peut avoir une perception différente de l'échelle d'anxiété d'une part, et d'autre part, encore une fois, comme l'opération est terminée, ils ont probablement tendance à minimiser leur anxiété. On peut également reprocher à cette manière de mesurer l'anxiété de ne pas avoir tenté de distinguer l'anxiété habituelle des patients de leur anxiété situationnelle, de sorte qu'aucune pondération n'a pu être effectuée.

On constate que pour l'anesthésie et l'opération, 1/3 des personnes a ressenti beaucoup ou un peu de crainte, alors que pour la salle d'opération et la salle de réveil, 90% n'en avaient pas. Ce sont donc l'opération et l'anesthésie qui sont principalement sources de crainte chez les patients (cfr. tableau 4). Ceci peut s'expliquer par le fait que ce qui inquiète plus particulièrement les patients concerne ce qui sera fait à leur corps.

Sur 50 personnes, 23 personnes ont ressenti de la crainte pour l'anesthésie et/ou l'opération : 9 personnes pour les deux, 7 personnes pour l'anesthésie uniquement, 7 personnes pour l'opération uniquement.

D'après la grille d'observation, peu de patients ont présenté de nombreux signes d'anxiété et l'anxiété globale était inférieure à celle relevée par les interviews. Même lorsque les patients se disaient très anxieux, cela n'était pas observé lors de leur installation en salle d'opération. La prémédication joue donc un rôle très important et pourrait expliquer les résultats obtenus avec la grille d'observation. Nous avons donc décidé de ne pas renouveler cette observation lors de la seconde enquête postvidéo.

Nous insistons cependant encore une fois sur le fait que ce n'est donc pas parce que les patients ne montraient que peu ou pas de signes d'anxiété lors de leur installation en salle d'opération qu'ils n'étaient pas pour autant anxieux la veille ou même quelques heures avant leur opération. Cette constatation nous a été confirmée par les infirmières des différents services hospitaliers qui ont vu leurs patients et l'état dans lequel ils étaient avant de recevoir leur prémédication. Il aurait donc été intéressant d'utiliser cette grille avant le passage en salle d'opération.

CONCLUSIONS

Cette première partie de l'analyse de situation nous a montré que la plupart des patients interrogés manifestent le désir de recevoir des informations sur les différentes étapes liées à leur opération. L'importance de l'information nous a encore été confirmée par le fait qu'environ 3/4 des patients qui ont reçu de l'information (sur l'anesthésie et la salle de réveil) considèrent que celle-ci leur a permis de mieux vivre leur opération.

Concernant le mode de diffusion de l'information, la majorité des patients interrogés donnent la préférence au dialogue avec le personnel médical et paramédical. Le film vidéo est également considéré comme un bon moyen de diffusion de l'information. La vidéo ne peut cependant en aucun cas se substituer aux relations patients - personnel médical et paramédical, dont l'importance a été soulignée par les patients.

Le dialogue, moyen le plus utilisé en général et dans le cas particulier de notre échantillon, n'est pas nécessairement toujours le moyen le plus approprié. En effet, nous avons constaté que si une majorité de patients a reçu de l'information sur l'anesthésie, ce n'était pas le cas pour les salles d'opération et de réveil. Par ailleurs, l'information n'a pas été divulguée uniformément auprès des patients, de sorte qu'ils n'ont pas nécessairement reçu toute l'information qu'ils auraient désirée obtenir. Ceci nous amène à dire que l'emploi d'un film vidéo permettrait non seulement d'uniformiser l'information apportée aux patients, mais également de leur apporter un maximum d'informations, au moment où ils le souhaitent le plus, à savoir, la veille de l'opération. On peut faire l'hypothèse qu'avant son hospitalisation, le patient est plus concerné par l'opération en elle-même c'est-à-dire par le diagnostic opératoire ou par les conséquences d'une telle intervention, que par le déroulement matériel de cette intervention. Ce n'est qu'une fois entré à l'hôpital qu'il prend conscience des différentes étapes par lesquelles il va passer et ce n'est qu'alors qu'il désire être informé sur celles-ci.

L'analyse de l'anxiété générale des patients et la crainte qu'ils manifestent à l'égard de chaque étape de leur opération (surtout l'anesthésie et l'opération) nous a confortée dans notre idée qu'un programme d'information préopératoire général (intégrant un vidéogramme) peut être utile.

Les patients déclarent, en effet, que l'information préopératoire (même incomplète) les a aidés à mieux vivre leur passage au bloc opératoire.

Analyse de situation auprès des soignants

Les résultats de l'enquête auprès des soignants ont surtout servi à l'élaboration du contenu du vidéogramme.

Les informations jugées importantes, insuffisantes et réclamées par les soignants correspondent aux informations considérées comme telles par les patients.

Le projet de la réalisation d'un vidéogramme est accueilli positivement pour autant qu'il soit accompagné d'un support écrit, qu'il soit réalisé avec sérieux, qu'il soit clair, précis, cohérent, simple et accessible à tous. Les avantages du projet semblent bien compris et ressentis.

Réalisation de l'outil vidéo et mise en place du programme informatif

Le groupe de travail s'est réuni une dizaine de fois afin d'analyser, de la manière la plus pertinente et la



plus objective qu'il soit, le fruit des différentes enquêtes. Ce travail a permis de déterminer un premier «plan» d'informations préopératoires que devra contenir la vidéo (cfr. colonnette ci-contre).

Sur base de ce plan, la suite du travail a consisté en l'écriture du scénario du vidéogramme. Pour ce faire, nous avons fait appel à des professionnels en éducation à la santé et en audiovisuel afin de transmettre l'information au patient de la façon la plus pédagogique possible. La vidéo a ensuite été réalisée par un réalisateur spécialisé en films médicaux.

La vidéo «Vous allez être opéré» est adressée à tous les patients (adultes) devant subir une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit (toute discipline chirurgicale confondue). Elle passe sur un canal vidéo interne à l'institut 3 fois par jour. Les patients sont informés de l'existence de la vidéo par une brochure d'accueil mais aussi par le personnel médical et paramédical. La durée de la vidéo est limitée à 20 minutes. Elle décrit le déroulement des différentes étapes et les soins pré, per et postopératoires. Elle est complétée par les échanges oraux avec les différents professionnels : chirurgien, anesthésiste, infirmières, ...

Ce travail a permis à différents membres du personnel et aux infirmières de salle d'opération de prendre part à un projet d'éducation à la santé du patient et de concrétiser sur le terrain des tâches éducatives qui font partie des missions prioritaires des infirmières.

Evaluation de l'impact du vidéogramme

Trente patients ont répondu à un questionnaire auto-administré. L'échantillon est composé de 50% d'hommes (15 patients) et de 50% de femmes



Des besoins aux réponses

Mise en commun des résultats obtenus auprès des patients et des soignants : contenus d'informations

1. L'anesthésie

- Explication sur le type, la technique et les effets de l'anesthésie (+ le déroulement) : la péridurale, l'anesthésie générale, l'association péridurale et générale.
- Les médicaments : la prémédication, la perfusion (emploi, utilité, effets), les anti-douleurs et anti-nausées.
- L'organisation du temps.
- La préparation préopératoire : les soins préopératoires, les médicaments préopératoires.
- Les mesures de sécurité.

2. La salle d'opération

- La présence, le rôle et les fonctions du personnel de salle d'opération : les infirmières, le brancardier.
- L'accueil et l'installation en salle d'opération.
- La description du quartier opératoire.
- L'organisation du temps.
- L'organisation du quartier.
- Description et fonction de la zone de transfert.
- Description et «atmosphère» d'une salle d'opération.
- L'appareillage : les appareils de surveillance, l'appareillage du patient.
- Le règlement d'accès au quartier.

3. La salle de réveil

- L'objectif de la salle de réveil.
- La présence et le rôle du personnel de la salle de réveil.
- La surveillance et le déroulement du réveil : les soins, l'état de conscience, les médicaments, la réorientation spatio-temporelle.
- La durée prévue du passage et du réveil.
- La description et «l'atmosphère» d'une salle de réveil.
- Le ressenti du patient durant la période de réveil.
- La situation du réveil par rapport au bloc opératoire.
- La possibilité d'avoir des informations au réveil sur le déroulement de l'opération.
- Les droits de visites et les droits de nouvelles.

4. Le retour en chambre

Les premiers soins postopératoires à l'unité de soins.

Des besoins aux réponses

Bibliographie

BAUDY G., NEVEUP. (1994), *L'accueil du malade au bloc opératoire*, in *Soins chirurgie*, n°156, pp.33-37.

CARPENITO L. (1990), *Le diagnostic infirmier. Du concept à la pratique clinique*, MEDSI/Mc Graw-Hill, Paris, pp. 582-606.

COLLARD M.A. (1988), *L'apport de l'information procédurale et sensorielle et du modeling*, in *Bulletin d'Education du Patient*, vol.7, n°3, pp.70-72.

COPIN V. (1992), *De la conception à l'évaluation d'une brochure d'information préopératoire*, Travail de fin d'études de cadre paramédical hospitalier non publié, A.C.N., Bruxelles, 134 p.

DECCACHE A. (1988), *Besoins et effets en information préopératoire*, in *Bulletin d'Education du Patient*, vol.7, n°1-2, pp.20-22.

DE SMEDT T. (1990), *Comprendre l'audiovisuel*, in *Médiathèque de la Communauté française de Belgique, Guide pour l'Education aux Médias Audiovisuels. S'initier, s'informer, se former*, p.18.

EDUCATION SANTE (1995), *Guide pour les campagnes de promotion de la santé à la radio et à la télévision*, in *Education Santé*, n°103, p.3.

FAVEZB., *L'angoisse*, P.U.F., 3ème édition, p.37.

(Suite page 118 ...)

Figure 1 : Niveau de «Préparation» des patients avant leur opération.



(15 patientes). Vingt-sept personnes ont reçu une anesthésie générale (90%), les autres personnes ayant reçu une anesthésie générale et péridurale (2 personnes) et une anesthésie locale (1 personne). L'âge des personnes interrogées se répartit comme suit : moins de 20 ans (7%), de 20 à 29 ans (20%), de 30 à 39 ans (23%), de 40 à 49 ans (27%), de 50 à 59 ans (13%), plus de 60 ans (10%).

Analyse du niveau de préparation des patients à leur opération

Plusieurs moments ont été proposés aux patients afin de voir à quel moment ils se sentaient le mieux préparés, étant entendu qu'ils visionnaient le film vidéo lors de leur première journée d'hospitalisation.

Le niveau déclaré de préparation des patients est représenté sur une échelle qui varie de 0 à 10 (où 10 est le niveau maximum de préparation). A leur arrivée à l'hôpital, le niveau moyen de préparation à l'opération correspond à 5,5. A la fin de la première journée, le niveau moyen correspond à 8,4, de même qu'avant de descendre en salle d'opération.

On observe (cfr. figure 1) que le nombre de patients se considérant comme très bien préparés (Niveau 10) est le plus élevé à la fin de la 1ère journée et avant de descendre en salle d'opération (avec respectivement 11 et 12 patients). Par contre à leur arrivée à l'hôpital, on constate que 7 patients ne se sentaient pas du tout préparés (Niveau 0), que le nombre de patients «moins bien» ou «moyennement préparés» est plus élevé que pour les deux autres périodes.

De façon générale, nous pouvons donc constater que le niveau de préparation des patients évolue fortement au cours de la première journée de son hospitalisation. Le patient a eu, entre son arrivée à l'hôpital et son opération, le loisir de rencontrer différents membres du personnel médical et paramédical pouvant à tour de rôle l'informer sur les différents sujets qui le préoccupent. De plus, il a eu la possibilité de voir la vidéo «Vous allez être opéré» qui lui apporte les informations complémentaires à celles données par le personnel. Le dispositif expérimental mis en place ne nous permet toutefois pas d'isoler le rôle du vidéo-gramme dans cette préparation.

Analyse des «éléments» qui ont aidé le patient à «mieux vivre» son passage en salle d'opération

Différentes propositions ont été données aux patients, ce qui leur permet entre autres de donner un ordre de «préférence» concernant les modes de diffusion de l'information ou de préparation à l'opération.

L'aide apportée par les différentes méthodes est représentée par une échelle qui varie de 0 à 10 (où 10 est le niveau maximum de l'aide).

Il est très intéressant de constater que la première place est remportée par le film vidéo, ce qui nous amène à penser qu'il joue un rôle intéressant dans la préparation des patients à leur intervention chirurgicale. Viennent ensuite le soutien de l'entourage, le contact avec les infirmières des services hospitaliers, les rencontres avec l'anesthésiste et le chirurgien. Les expériences antérieures apportent beaucoup moins : avoir été opéré dans le passé ne semble pas aider les patients à «mieux vivre» une nouvelle opération.

	Moyenne
Rencontre avec le chirurgien	7.9
Rencontre avec l'anesthésiste	8.0
Rencontre avec les infirmières	8.3
Expériences antérieures	5.5
Film «vous allez être opéré»	9.0
Soutien de l'entourage	8.3
Autres	0.0

Tableau 5 : mesure des différents types d'aide apportés aux patients

Analyse de la satisfaction des patients par rapport au film «Vous allez être opéré»

Les résultats sont plus que satisfaisants puisque 94% des patients interrogés ont une bonne ou une très bonne impression générale du film.

Si l'on regroupe les «Oui, tout-à-fait» et les «Plutôt oui», tous les patients interrogés déclarent que le film reprend toutes les informations nécessaires. Par



	non pas du tout	non	plutôt non	plutôt oui	oui tout à fait	total
le film reprend-il toutes les infos nécessaires?	0%	0%	0%	43% (13)	57% (17)	100% (30)*
certaines informations sont-elles superflues?	27% (8)	47% (14)	10% (3)	10% (3)	3% (1)	*97% (29)
informations utiles?	0%	3% (1)	7% (2)	23% (7)	63% (19)	*96% (29)
film = aide à la préparation	0%	13% (4)	7% (2)	43% (13)	33% (10)	*96% (29)
film correspond au vécu?	0%	0%	0%	43% (13)	50% (15)	*93% (28)
film compréhensible?	0%	0%	0%	17% (5)	83% (25)	100% (30)
personnages crédibles?	0%	0%	3% (1)	33% (10)	63% (19)	100% (30)
personnages naturels?	3% (1)	3% (1)	3% (1)	37% (11)	53% (16)	100% (30)
personnages proches de la réalité?	0%	3% (1)	3% (1)	37% (11)	57% (17)	100% (30)
film trop long?	40% (12)	47% (14)	7% (2)	7% (2)	0%	100% (30)
film trop court?	43% (13)	43% (13)	7% (2)	7% (2)	0%	100% (30)

* Ne correspond pas à 100% car il manque les sans réponses

Tableau 6 : Jugement de la qualité pédagogique du film.

ailleurs, 90% des patients considèrent ces informations utiles. Trois quarts des patients (76%) pensent que le film les a aidés (cfr. tableau 6). Il serait toutefois intéressant de comprendre les raisons du choix «Plutôt oui» par rapport au «Oui, tout-à-fait».

Analyse des craintes et de l'anxiété des patients

La comparaison entre le groupe «contrôle» (patients interrogés avant la réalisation du vidéogramme) et le groupe «expérimental» (patients ayant visionné le vidéogramme) est difficile du fait que les deux groupes ne sont pas tout-à-fait comparables. En effet, parmi les trente patients du groupe expérimental, il y a proportionnellement plus de patients ayant subi une anesthésie générale que lors de la première enquête (respectivement 90% contre 76%), et à l'inverse, il n'y a pas de patients ayant subi une péridurale alors qu'il y en avait 18% dans la première enquête (Chi-carré = 5, 8861, p = 0, 0153). Par ailleurs, la structure d'âge des patients du groupe expérimental est différente par rapport au groupe contrôle : le groupe contrôle comporte presque significativement plus de patients âgés de plus de 49 ans que le groupe expérimental (44% contre 23%) (Chi-carré = 3, 4654, p = 0, 0627).

Nous allons toutefois procéder à quelques comparaisons. Le niveau d'anxiété général des patients du

groupe «expérimental» à différents moments de leur séjour à l'hôpital a été analysé par des échelles allant de 0 à 10. Les données n'ayant actuellement pas fait l'objet de tests statistiques, nous ne les présenterons pas dans cet article.

Si l'on s'interroge sur les craintes des patients lors des différentes étapes en salle d'opération, on constate, comme pour la première enquête, que la crainte est la plus importante pour l'anesthésie (46%) et l'opération (40%). Pour la salle d'opération et la salle de réveil, près de 80% des patients n'éprouvent presque pas ou pas du tout de craintes (cfr. tableau 7).

Par rapport à la première enquête, il y a proportionnellement moins de patients qui sont très anxieux pour l'anesthésie (13% contre 20%) mais un plus grand pourcentage qui le sont un peu (Chi-carré = 5, 7638, p = 0, 0560). Pour l'opération, les pourcentages de patients très anxieux sont semblables (13% contre 12%).

Conclusions de l'enquête postvidéo

Cette seconde enquête nous a permis de constater que la plupart des patients se sentent bien préparés à l'opération à la fin de leur première journée d'hospitalisation et qu'ils ont reçu toute l'information désirée au cours de cette journée. Les patients ont également estimé que le vidéogramme les a aidés à mieux vivre

Tableau 7 : Crainte des patients lors des différentes étapes en salle d'opération (enquête postvidéo).



Étapes	Beaucoup	un peu	presque pas	pas du tout	total*
Opération	13% (4)	27% (8)	23% (7)	37% (11)	100% (30)
Anesthésie	13% (4)	33% (10)	17% (5)	33% (10)	96% (29)
Salle d'opération	0% (0)	13% (4)	13% (4)	70% (21)	96% (29)
Salle de réveil	3% (1)	17% (5)	17% (5)	60% (18)	97% (29)

* La différence par rapport à 100% est due aux sans réponses.

(... Suite de la page 114)

FORTIN-BILOTEAUL., BRENNAN D. (1993), *L'infirmière en salle d'opération et l'humanisation des soins, Visites pré- et postopératoires*, in *AFISO*, n°19, pp.7-12.

HENROT F. (1994), *Introduction de la relation d'aide au quartier opératoire par un accueil personnalisé*, Travail de fin d'études de cadre paramédical hospitalier non publié, A.C.N., Bruxelles, 98 p.

MELAMED B.G., SIEGEL L.J. (1975), *Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°43, pp.511-521.

MEULEMAN V. (1994), *Préparation du patient à l'intervention chirurgicale, que peut apporter la sophrologie ?*, Travail de fin d'études de cadre paramédical hospitalier, non publié, A.C.N., Bruxelles, p.64.

Promotion des élèves de salle d'opération 1988-1989, *Bloc opératoire, mode d'emploi*, in *Inter bloc*, n°4, décembre 89, tome 8, Association des enseignants des écoles d'infirmières de salle d'opération, Caen, pp.13-17.

SELIE H. (1975), *Le stress et la vie. Le problème de l'adaptation*, Gallimard, Paris.

leur passage en salle d'opération.

Conclusions générales

Au vu de ces résultats et bien qu'il faille rester prudent dans leur interprétation, il semble que la vidéo est un bon moyen de diffusion de l'information, et que cette information semble exercer une influence positive sur le niveau d'anxiété des patients concernant l'anesthésie (ceci restant toutefois à vérifier de manière plus rigoureuse).

Les échos reçus par l'intermédiaire des chirurgiens et anesthésistes sont plus qu'encourageants : les patients ayant visionné le film en préopératoire se disent ravis et enchantés des informations reçues. Ils confirment que le vidéogramme correspond à 100% à la réalité.

Il est utile d'insister sur le fait que la vidéo ne peut en aucun cas remplacer les relations patients - personnel médical et paramédical, qui restent quoi qu'il arrive primordiales.

A ce jour, les problèmes rencontrés sont :

- le manque d'audience dû à des patients peu informés de l'existence du vidéogramme;
- des retards et parfois même l'oubli de la diffusion du film.

Face à ces inconvénients, nous souhaiterions, et cela par le biais de nouvelles enquêtes et organisations de travail améliorer la diffusion du film :

- rechercher le nombre idéal de passages du film par jour, ainsi que les heures idéales de passage;
- rechercher un ou plusieurs moyens efficaces pour informer le patient de l'existence du film;
- prévoir un lecteur de cassettes destiné uniquement à la lecture du vidéogramme avec programmation;



- envisager une diffusion du film avant l'hospitalisation du patient;
- obtenir une meilleure collaboration du personnel infirmier par une meilleure implication.

Ces différentes pistes d'amélioration ont pour objectif d'offrir la possibilité à tous les patients de visionner le film avant leur opération et non après, comme cela se présente régulièrement.

Il serait également intéressant de mesurer l'impact du vidéogramme sur le niveau d'anxiété des patients à différents moments de leur hospitalisation, par un dispositif expérimental comportant un groupe contrôle et un groupe expérimental comparables, avec prétest et posttest dans chacun des groupes. Certaines échelles devraient être revues au niveau des craintes : entre « beaucoup » et « un peu », des nuances seraient à introduire.

Ces pistes et objectifs ont pour but ultime de répondre aux besoins et souhaits de tous les patients afin de les aider de notre mieux. ■

France : Centre Régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient (CERFEP)

Le Centre Régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient (CERFEP) est une structure mise en place début 1997, au sein du service Promotion de la Santé de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Nord-Picardie (CRAM Nord-Picardie), associant des partenaires de diverses institutions de la santé et de la formation.

Selon les termes du projet de création de cette structure, il s'agit de s'engager dans une « politique volontariste de qualité des soins fondée sur le concept d'éducation du patient, en particulier dans les établissements de santé. Cette politique, qui s'inscrit dans le long terme, implique un processus de changement en profondeur des cultures, des organisations et des pratiques liées aux soins. Elle s'appuie essentiellement sur les initiatives des équipes de soins et sur un dispositif original d'accompagnement des projets et de formation des acteurs. »



Dans ce cadre, les axes de développement retenus par le comité de pilotage du CERFEP ont permis la mise en oeuvre :

- d'un Centre de ressources documentaires;
- d'un Diplôme Universitaire en Education du Patient (DUEP), en partenariat avec les Universités de Lille I, Lille II et Lille III;
- d'actions de formation initiale dans des Instituts de Formation en Soins Infirmiers;
- de démarches d'accompagnement méthodologique de projets d'équipes soignantes dans le domaine de l'éducation du patient.

Pour plus de renseignements : Centre Régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient (CERFEP), Cram Nord-Picardie, allée Vauban, 11, F-59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.
Tél. : ++ 33 (0)3 20 05 63 96
Fax : ++ 33 (0)3 20 05 62 50