

TITRE : Représentation du bloc opératoire : influence sur l'anxiété du futur opéré.

AUTEUR : MAURIN PERROT GERALDINE

Ecole d'infirmiers anesthésistes CHRU de Montpellier Promotion 2012 – 2014

RESUME :

L'anxiété préopératoire est un fait établi. Quel impact la représentation du bloc opératoire a-t-elle sur celle-ci ? Comment le patient vit-il la journée opératoire ? Quelles solutions le patient souhaite-t'il pour améliorer la préparation préopératoire ? La recherche a pour objectif de répondre à ces questions et d'apporter des axes d'améliorations dans la prise en charge du futur opéré.

MOTS CLEFS : patient, anxiété préopératoire, représentation, bloc opératoire

INTRODUCTION :

L'approche d'une intervention chirurgicale est source d'anxiété pour le patient. Le bloc opératoire est un lieu particulier régi par des règles strictes, endroit mystérieux qui suscite l'imaginaire. La preuve en est, cette phrase à l'origine de la recherche concernant le vécu du bloc opératoire : « cela n'a pas été aussi terrible que ce que j'avais imaginé ». Cette phrase a suscité de nombreux questionnements et aboutit à la question suivante : en quoi les représentations du bloc opératoire influencent le ressenti du patient, en préopératoire dans le cadre d'une chirurgie programmée ?

D'après le CNRD¹, l'anxiété préopératoire est un aspect spécifique à l'environnement hospitalier et chirurgical. Le patient confronté à une situation préopératoire sur laquelle il a peu de maîtrise, manifeste un état d'angoisse caractérisé par une sensation de malaise, une réaction de stress dont l'origine n'est pas forcément précise. D'après l'article du CNRD, plusieurs études ont mis en évidence des facteurs de risques : le cancer, le tabagisme, les troubles psychiatriques (troubles anxieux et dépressifs), la douleur préopératoire, les chirurgies intermédiaires, l'appartenance au sexe féminin. A l'inverse, les expériences chirurgicales préalables réduisent le niveau d'anxiété préopératoire.

D'après MILLER², le patient confronté à la situation chirurgicale sur laquelle il a peu de contrôle, va mettre en place des stratégies d'adaptations différentes (coping). Il distingue deux façons de réagir : le monitoring (le sujet est en demande d'informations afin de diminuer l'inquiétude générée par la chirurgie) et le blunting (le sujet utilise la distraction pour faire face à la situation préopératoire).

En ce qui concerne la représentation du bloc opératoire ; il est nécessaire d'explicitier le concept de représentation. L'approche choisie est le domaine cognitif et psychosocial.

¹ Centre national de ressource de lutte contre la douleur, juin 2008 « L'anxiété préopératoire ».

² Miller, S.M. (1979), *Coping with impending stress : psychophysiological and cognitive correlates of choice* cité par CNRD.

Selon P MANNONI, la représentation mentale correspond aux images mentales que construit le sujet dans l'environnement individuel et socio-culturel dans lequel il évolue.

Selon D JODELET, la représentation sociale est une forme de connaissance relative à un sujet ou un objet, elle a un aspect imageant et symbolique, c'est un système d'interprétation qui induit les comportements du sujet. J C ABRIC précise qu'elle est composée d'une partie centrale que constitue les systèmes de valeurs et normes et une partie périphérique composée de principes moins importants. La représentation du bloc opératoire est peu abordée dans la littérature raison pour laquelle j'ai fait le choix de m'y intéresser. JANIE DUFOUR et SYLVIE GOSSELIN l'abordent en mettant en avant l'aspect intrigant, l'abandon à l'autre et la transgression des corps, l'ambivalence entre le bénéfique et le préjudiciable.

L'objectif principal de la recherche est de connaître la représentation qu'on les patients du bloc opératoire et l'influence qu'elle a sur l'anxiété préopératoire, les facteurs qui interagissent sur celles ci. L'objectif secondaire est de connaître le vécu des patients lors de leur passage au bloc opératoire et ce qu'ils attendent des professionnels concernant la préparation préopératoire. L'hypothèse émise étant : la représentation du bloc est composée d'images négatives, ce qui constitue un facteur d'anxiété préopératoire.

METHODE :

L'enquête a été réalisée dans 2 services de chirurgie digestive sur une période de 10 jours. La population étudiée était représentée par des personnes adultes d'âge compris entre 18 ET 65 ans, dans le cadre d'une chirurgie fonctionnelle et programmée en postopératoire. 14 patients ont été interrogés dont 3 ont été exclus de l'étude car ils ne correspondaient pas aux critères sélectionnés. La méthode de collecte des informations a été faite à partir d'un questionnaire d'entretien constitué de 3 parties : la première renseignait sur les caractéristiques personnelles et sociales, la deuxième sur les caractéristiques psycho-médicales. La troisième partie correspondait aux questions sur le ressenti préopératoire, le niveau d'anxiété, la représentation du bloc opératoire, le vécu du jour opératoire et les moyens pour améliorer la préparation préopératoire des patients. L'analyse des données a été réalisée en 2 phases : une analyse quantitative permettant d'établir les principales caractéristiques des patients interrogés et une analyse qualitative basée sur cinq thèmes : l'anxiété préopératoire, la représentation du bloc, le lien entre les deux, le vécu du bloc opératoire et les solutions proposées.

RESULTATS :

L'échantillon de patients se caractérise par un âge supérieur à 30 ans, une répartition homme/femme et fumeur/ non-fumeur équivalente ; la présence pour tous d'antécédents chirurgicaux, des antécédents de dépression pour ¼ d'entre eux, la présence d'un accompagnant pour plus de la moitié, un niveau d'information jugé suffisant pour les 3/4 et la présence de douleurs en préopératoire pour la moitié. Les différentes chirurgies sont des cures d'hernies, cure d'événtration, sleeve, abdominoplastie.

J'ai mis en évidence que la plupart des patients ressentaient de l'anxiété préopératoire, que celle-ci se manifestait par des sentiments négatifs. A la différence de mon hypothèse de départ, la représentation de l'enceinte opératoire n'est pas forcément composé d'images

négatives, elle peut être positive..En fonction de la représentation qu'a le patient, le niveau d'anxiété sera différent .L'expérience antérieure n'a pas nécessairement d'impact sur le niveau d'anxiété et je n'ai pas pu mettre en évidence, l'influence des facteurs de risques cité par le CNRD sur le niveau d'anxiété. La vision qu'ont les patients du bloc opératoire est essentiellement descriptive, imagée et symbolique. Le vécu du bloc opératoire par le patient est plutôt positif. Le personnel joue un rôle prépondérant en ce qui concerne l'accueil et l'information. Les solutions proposées par certains patients sont l'information pré et postopératoire (comportement de monitoring), voir le chirurgien et l'anesthésiste vu en consultation pré anesthésique et connaître le personnel. D'autres ne souhaitent rien de particulier ayant ainsi une attitude correspondant au blunting.

DISCUSSION :

J'ai pu obtenir des éléments de réponses à mon questionnement de départ même si je n'ai pas pu confirmer mon hypothèse. Le nombre de patients interrogés n'est pas suffisamment élevé pour pouvoir généraliser les résultats obtenus. Le fait de ne pas avoir pu interroger les patients en deux temps : préopératoire puis postopératoire, ne m'a pas permis d'avoir des éléments de comparaison sur la représentation du bloc avant et après l'intervention chirurgicale. Le fait de ne pas avoir interrogé des patients opérés pour la première fois m'a empêchée de faire la différence entre la représentation du bloc de patient ne connaissant pas cet endroit et ceux qui avait déjà une expérience antérieure. . Comme je l'ai expliqué dans mon travail, j'ai omis de demander aux patients non anxieux en préopératoire si cette absence d'anxiété était en lien avec la représentation qu'ils se faisaient du bloc. Cela m'aurait aidée à répondre à mon questionnement de départ. J'aurai pu également aborder dans mon cadre de recherche, le vécu du bloc opératoire, car il était évoqué dans l'article de Graziella DALSTEIN ; cela m'aurait permis de comparer ensuite les résultats obtenus dans mes entretiens avec ce qu'elle avait elle-même évoqué dans son article.

CONCLUSION :

Au terme de cette réflexion, je me suis demandé ce que ce travail m'apportera dans ma pratique professionnelle quotidienne. L'expérience des patients m'a sensibilisée aux sensations qu'ils perçoivent : sensation désagréable lors du brancardage, l'environnement froid, les lumières, le bruit, le nombre de personnes présentes, la position inconfortable, la répétition des questions, les visages cachés par les masques...Dans ma pratique ces éléments me seront utiles pour réaliser un accueil des patients en cohérence avec ce qu'ils m'ont exprimé : faire en sorte de les accueillir en même temps que l'IBODE afin d'éviter la répétition des questions, se présenter au patient sans le masque, en salle d'opération s'assurer d'avoir une température correcte, limiter les lumières, le bruit, informer le patient au fur et à mesure des soins, faire en sorte qu'ils voient le chirurgien avant l'induction, le renseigner sur les suites opératoires. A la fin de mon travail, j'ai abordé dans les perspectives, l'utilité de la mise en place d'entretien préopératoire dans la prise en charge du patient et son effet positif sur le niveau d'anxiété. Il serait intéressant d'étudier l'impact organisationnel dans les hôpitaux ou clinique qui l'ont mis en place et l'effet sur l'anxiété préopératoire.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Nicolet.M.(2002),*L'infirmier anesthésiste*, Edition Médecine Sciences Flammarion.

Mannoni.P.(2012), *Les représentations sociales*, Edition PUF.

Jodelet D.(Dir), (1989),*Les représentations sociales*, Edition PUF.

Ferragut, E., Colson, P.,(1996) , *La dimension de la souffrance en chirurgie réanimation*, Editions Masson.

Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse (1992) p 667

Blanchet, A., Gotman, A., (2010), *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Edition Armand Colin.

ARTICLES

Dalstein, G. (1995), " L'expérience du bloc opératoire vécu du patient ", *Recherche en soins infirmier*, n°41, p 65-75.

Daumas, L.(2003),"Le bloc opératoire vu par l'opéré : passage au bloc, procédure ou rite", *Interbloc*,n°22 , p 106-109.

Gosselin,S.(2009)," Le bloc, théâtre des ombres", *L'infirmière magazine*, n°255, p38-39

Kindler, CH., Harms, C., Amler, F.(2000) The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concern, *Anesth Analg* 90, p 706-712.

DOCUMENTS EN LIGNE

Centre national de ressource contre la douleur, 2008 "L'anxiété préopératoire"

<http://www.cnrdr.fr/L-anxiété-préopératoire-html/>consulté le 10 janvier 2014

Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012 représentation.

<http://www.cnrtl/etymologie/représentation/>consulté le 11 mars 2014

Dictionnaire de français Larousse, 2014 représentation.

<http://www.larousse.fr/dictionnaire/français/représentation/>consulté le 11 mars 2014