



SCHOEVAERTS Dominique

Infirmières en chirurgie orthopédique au quartier opératoire, nous sommes quotidiennement confrontées à l'anxiété préopératoire des futurs opérés. L'accueil personnalisé destiné à établir un climat de confiance propice à l'endormissement des patients ne permet pas toujours de les apaiser. Cette situation récurrente nous a interpellé et nous a motivé à chercher une solution qui s'inscrit dans le cadre de nos actions autonomes infirmières.

Présentation en atelier

**AFEDI 22èmes Journées
d'Etudes Européennes**

VERSAILLES

30/11/2012

Mots clés

Démarche en soins infirmiers-Anxiété

préopératoire-Echelles d'évaluation de l'anxiété-

Dossier infirmier-Infirmière de consultation.

Présentation

1. Introduction

Infirmières en chirurgie orthopédique au quartier opératoire, nous sommes quotidiennement confrontées à l'anxiété préopératoire des patients. Ses répercussions délétères psychologiques et physiques sont décrites dans la littérature¹. En peropératoire, elle induit la nécessité d'augmenter la posologie des drogues anesthésiques pouvant provoquer une augmentation des effets secondaires propres à chaque classe pharmacologique. En postopératoire, en modifiant les fonctions endocriniennes et immunologiques, elle retarde la cicatrisation de la plaie chirurgicale et abaisse le seuil de la douleur. Ces complications ont également un impact financier par l'allongement de la durée d'hospitalisation.

L'intérêt de la prise en charge de l'anxiété préopératoire trouve tout son sens face à ce constat.

La démarche de soins infirmiers structurée caractérisée par la rédaction d'un plan thérapeutique infirmier, s'est imposée à nous comme une solution possible au problème. Sachant que ce processus permet d'assurer la qualité, la coordination et la continuité des soins infirmiers².

A partir de ce concept, une question de recherche a vu le jour.

Nous l'avons énoncée de la façon suivante :

« En quoi une démarche en soins infirmiers peut-elle réduire l'anxiété préopératoire ? »

2. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de notre travail a été articulé autour des quatre concepts fondamentaux en soins infirmiers : *la personne, l'environnement, le soin et la santé.*

Parmi les concepts mis en évidence dans notre problématique, nous distinguons :

¹LANDAIS, A., SFEZ, M., et al., Techniques anesthésiques et prise en charge du patient, Rueil-Malmaison, Lamare 2004, p.15

²DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., et al., DIAGNOSTICS INFIRMIERS interventions et bases relationnelles, Bruxelles, de boeck, 2009, pp.7-8-10

La personne

- **Le futur opéré**

Et plus précisément de patient atteint de gonarthrose en attente d'une prothèse du genou.

L'environnement

- **L'itinéraire préopératoire du futur opéré**

Est constitué de ces différentes étapes : la consultation de chirurgie et d'anesthésie, l'unité de chirurgie orthopédique et le quartier opératoire.

Le soin

- **La préparation préopératoire psychologique organisée dans une démarche de soins infirmiers structurée individualisée**

La préparation psychologique préopératoire peut se faire par une approche simple, en établissant une relation humaine qui est l'essence même du métier de soignant³.

Cette relation va s'installer dès l'accueil et se poursuivre de jour en jour. Elle peut prendre du temps à s'installer. L'empathie dont fait preuve l'infirmière laisse une place privilégiée aux temps d'écoute et d'explication de la pathologie et de l'intervention. Le langage à une fonction psychothérapeutique, il permet de calmer l'anxiété car parler de l'inconnu permet de le démystifier⁴. Un patient préparé peut mobiliser certaines stratégies d'adaptation⁵ simples, qui peuvent également réduire l'anxiété. Ces stratégies cognitives sont : l'imagerie mentale, la pensée positive et la diversion.

Cette préparation est organisée dans une démarche en soins infirmiers structurée individualisée.

Celle-ci est le fondement des interventions infirmières, elle est à la base de l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Il s'agit d'une démarche intellectuelle, qui n'est pas une

³ PAIROUX, F., L'anxiété chez la personne adulte dans Eduction du Patient et Enjeux de Santé, Volume 25, n°2, 2007, p.28

⁴BAEV, D., Sciences humaines, l'anxiété préopératoire en chirurgie dans Inter bloc, France, Tome XXIII, n°1, mars 2004, p.40

⁵SMELTZER, S., BARE B., SOINS INFIRMIERS EN MEDECINE ET CHIRURGIE BRUNNER. SUDDARTH Généralité, Bruxelles, de boeck, 4ème édition, 2006, p.593

méthode de travail mais un processus de résolution de problèmes dans le domaine des soins infirmiers, permettant à l'infirmière de répondre aux besoins du patient⁶.

La santé

- **La réduction de l'anxiété préopératoire**

- L'anxiété

L'anxiété est une émotion normale, décrite comme étant un vague malaise souvent sans objet, accompagné d'une réponse du système autonome, qui induit une réaction de l'individu face à une menace ou un danger imminent.

- Les émotions

Les émotions sont indispensables à la vie, elles ont quatre grandes fonctions, elles sont un support à la décision, une source d'information, un outil à l'adaptation et elles poussent à l'action.

- L'anxiété préopératoire

L'anxiété préopératoire est générée par la maladie et l'intervention chirurgicale. Dans ce cas le patient est dans l'impossibilité d'agir sur la pathologie et il serait déraisonnable de fuir l'intervention. L'impossibilité d'action va engendrer l'anxiété préopératoire⁷. Il est important de préciser que l'anxiété préopératoire n'est pas une peur de l'anesthésie et/ou de l'intervention, le patient est « (...) plongé dans un monde qu'il ne connaît pas et dont il ne maîtrise pas les règles (...) »⁸ ce qui provoque de l'anxiété. A ce tableau anxiogène va venir se greffer les facteurs favorisants de l'anxiété propres à chaque patient, comme par exemple le sexe l'âge la douleur chronique.

- L'anxiété pathologique

L'anxiété est dite pathologique lorsqu'elle n'est plus stimulante pour la pensée, mais inhibitrice. Toute intervention chirurgicale peut conduire à une anxiété, pouvant aller jusqu'à

⁶DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., et al., DIAGNOSTICS INFIRMIERS interventions et bases relationnelles, Bruxelles, de boeck, 2009, pp.7-8-10

⁷BAEV Dian, op.cit., p.38

⁸ANNEQUIN, D., GALINSKI, M., L'anxiété préopératoire, 2008, Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, consulté le 10 juin 2012 <http://www.cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>, p.2

un trouble anxieux⁹ et donner des troubles mentaux¹⁰ comme : l'attaque de panique, l'état de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée ou encore, les troubles anxieux.

3. Cadre contextuel

Nous avons centré la partie contextuelle du travail sur la démarche en soins infirmiers et son intérêt dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Nous avons colligé nos informations au fil de rencontres, d'observations, d'enquêtes et d'une formation.

Dans un premier temps, nous avons, avec l'aide du personnel infirmier du quartier opératoire en orthopédie, objectivé notre problématique par une enquête quantitative. Dans un second temps, sachant que notre travail vise à réduire l'anxiété préopératoire, nous avons rencontré une psychologue afin d'obtenir certains éclaircissements par rapport à la prise en charge du patient anxieux. Nous avons également suivi une formation institutionnelle intitulée : « Communication, émotion, action » dans le but d'améliorer nos connaissances et d'optimiser la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Dans un troisième temps, nous avons suivi le parcours du futur opéré et y avons mené une observation non-structurée. Enfin dans un quatrième temps, nous avons par des entretiens semi-dirigés auprès du personnel infirmier des unités de soins et du bloc opératoire en orthopédie effectué une enquête qualitative.

4. Présentation et analyse des données de l'investigation

- **Enquête quantitative**

L'enquête quantitative menée d'octobre à décembre 2011, a permis de mesurer l'anxiété préopératoire de cent patients en attente d'une prothèse du genou. Les patients ont évalué leur anxiété à l'aide de l'échelle visuelle analogique = EVA. Pour rappel l'EVA permet au patient de quantifier son anxiété, le sujet est invité à placer une croix ou déplacer un curseur sur une ligne de 10 cm verticale ou horizontale. Cette ligne (réglette) oppose deux situations : « pas d'anxiété » et « anxiété maximale ressentie ». Le verso de la réglette est gradué de 0 à 10, sachant que « 0 » signifie : pas d'anxiété, « 5 » une anxiété modérée et « 10 » l'anxiété maximale que le patient peut ressentir.

⁹BAEV Dian, op.cit., p.38

¹⁰AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2005, 4ème édition, pp.493-494

Elle met en évidence que 28% des patients concernés par l'enquête présente une anxiété inhabituelle dont il faut tenir compte.

- **Observation non-structurée**

L'observation non-structurée met en évidence :

- Le manque de liens entre les différents services.
- L'information spécifique préopératoire est donnée une seule fois oralement par les différents spécialistes.
- La présence de l'anxiété préopératoire.
- La démarche en soins infirmiers individualisée et structurée tel qu'elle nous a été enseignée n'est pas appliquée.
- La non-évaluation de l'anxiété préopératoire par des échelles d'évaluation.
- Le manque de temps réservé au soin relationnel dans les unités de soins d'orthopédie.

- **Enquête qualitative**

L'enquête qualitative met en évidence que :

- L'information préopératoire est signalée par la majorité du personnel comme étant une solution à la réduction de l'anxiété préopératoire.
- Le personnel infirmier des unités de soins signale la charge supplémentaire que représente un patient anxieux et que les soins de bases laissent peu de temps au soin relationnel.
- Le personnel infirmier du bloc opératoire préconise la rencontre des patients la veille de leur intervention, l'amélioration de l'accueil et du sas d'accueil au bloc opératoire, afin de réduire l'anxiété des patients.

5. Propositions d'amélioration

- **La démarche en soins infirmiers**

La démarche en soins infirmiers individualisée et structurée peut être une solution à la problématique. Par l'élaboration, l'application et l'évaluation de plans de soins infirmiers, elle répond aux besoins du patient. Elle va favoriser la relation humaine par le temps d'écoute et d'explication de l'intervention et de l'anesthésie. Elle va permettre d'informer de façon ciblée et individuelle le patient. Elle est le lien entre les différents intervenants.

Pour l'optimiser, il est indispensable de la débiter le plus tôt possible. L'idéal serait la création d'une double consultation infirmière.

- **L'infirmière de consultation**

Voici comment nous imaginons l'organisation de ces consultations. Pour le confort des patients, ces consultations infirmières peuvent se programmer le même jour que les consultations médicales. La première consultation infirmière peut s'organiser après la consultation de chirurgie. L'infirmière par son entretien d'accueil peut débiter la démarche de soins infirmiers individualisée et structurée. Elle y collecte les données par l'anamnèse et l'évaluation de l'état émotionnel du patient. On peut envisager d'effectuer cette évaluation par l'échelle de Spielberger. Pour rappel cette échelle, adaptée aux consultations, permet la mise en évidence d'une anxiété situationnelle et d'une anxiété de personnalité. Si une anxiété de trait est objectivée par l'évaluation, le patient peut être orienté vers une psychologue. Par l'analyse des données, l'infirmière met en évidence les diagnostics infirmiers et planifie les interventions infirmières. La deuxième consultation infirmière peut se dérouler après la consultation d'anesthésie. Cette consultation va permettre à l'infirmière d'évaluer les résultats des interventions planifiées lors de la première consultation et éventuellement fixer de nouveaux objectifs. La démarche en soins infirmiers comprend également l'information préopératoire individualisée¹¹. Comme nous pouvons le lire dans le BRUNNER-SUDDARTH, l'information préopératoire personnalisée répondant aux besoins de chaque futur opéré, doit commencer le plus tôt possible. Pour ce faire, nous devons entreprendre cet enseignement dès la consultation de chirurgie et elle s'achève lorsque la personne arrive au quartier opératoire. Pour que cette information puisse être assimilée et pour que la personne puisse poser les questions au fur et à mesure qu'elles se manifestent, elle doit s'échelonner dans le temps¹². Elle doit faire appel à différentes techniques d'apprentissage : présentation orale, documents audiovisuels, brochure... Nous devons prévoir un numéro de téléphone qui permet aux patients, de nous contacter en cas de besoins avant leur hospitalisation. L'anamnèse, l'évaluation émotionnelle, la démarche en soins infirmiers individualisée structurée ainsi que le contenu de l'information préopératoire doivent figurer dans le dossier infirmier informatisé.

¹¹SMELTZER, S., BARE B., op.cit., p.579

¹²SMELTZER, S., BARE B., op.cit., p.591

- **Le dossier infirmier informatisé**

Le dossier infirmier informatisé est « (...) un outil permettant la continuité des soins infirmiers. ¹³» Il sensibilise, responsabilise le personnel infirmier et permet la traçabilité des soins infirmiers. Il optimalise la prise en charge du patient en assurant ainsi sa qualité. Il est le lien entre les différents acteurs et le patient. Il est le reflet de la démarche en soins infirmiers.

6. Conclusion

La démarche en soins infirmiers individualisée structurée débutée en consultation infirmière utilisant le dossier infirmier informatisé comme lien entre les infirmières et le patient, nous semble être une solution, en adéquation avec notre rôle infirmier autonome et la réduction des durées d'hospitalisation liées aux progrès techniques et au contexte économique actuel dans les institutions de soins.

Sensibilisé par l'intérêt de l'optimisation de la prise en charge des patients orthopédiques, l'institution hospitalière dans laquelle nous avons mené notre recherche, étudie actuellement l'opportunité d'engager une infirmière coordinatrice en orthopédie. Il s'agit pour nous d'un signal fort en ligne avec les propositions énoncées ci-avant et constitue pour nous une source de motivation importante.

¹³AGENCE FEDERALE POUR LA SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE, Le dossier infirmier hospitalier arrêté royal du 28-12-2006, 13-12-2011, Service Public Fédéral (SPF), consulté en juillet 2012, <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/Computerizationofhealthprofessionals/Nursing/nursingdossier/index.htm?fodnlang=fr>

7. Bibliographie

• Articles

- ANTOINE-WERY, B., Consultation infirmière préopératoire au centre hospitalier de Luxembourg dans Objectif soins, France, n°134, mars 2005, p.p. 20-22
- BAEV, D., Sciences humaines, l'anxiété préopératoire en chirurgie dans Inter bloc, France, Tome XXIII, n°1, mars 2004, p.p.38-40
- BOURGEOIS, F., L'entretien d'accueil, une rencontre soignant-soigné dans La revue de l'infirmière, France, n° 163, septembre 2010, p.p.43-44
- BUONOMO Marie-Pierre, Entretien préopératoire, retour à l'essentiel pour l'équipe de bloc dans Inter bloc, Paris, Tome XXIV, n°1, mars 2005, p.p.11-13
- HOFFMANN-WILD, E, Le soin relationnel côté infirmier(e) et côté patient dans SOINS, France, n°680, novembre 2003, p.p.41-43
- LEOPHONTE, P., DELON, S., EFFETS DE LA PREPERATION SUR L'ANXIETE AVANT LA FIBROSCOPIE dans Recherche en soins infirmiers, France, n°60, mars 2000, p.p.50-65
- PAIROUX, F., L'anxiété chez la personne adulte dans Education du Patient et Enjeux de Santé, Volume 25, n°2, 2007, p.p.26-28
- RIOUFOL, M-O, SOINS RELATIONNELS Personne qui manifeste de l'anxiété ou de la peur dans SOINS, France, n°680, novembre 2003, p.57

• Livres

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2005, 4ème édition, 1065 p.
- BLOCH, H., CHEMAMA, R., et al., LAROUSSE Grand dictionnaire de la PSYCHOLOGIE, Paris, Larousse-Bordas, 1999, 1^{ère} édition, 1062 p.
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M., et al, Méthodes et échelles d'évaluation des comportements, Issy les Molineaux EAP, 1985, 286p.
- DELAMARE, J., et al, GARNIER DELAMARE DICTIONNAIRE ILLUSTRÉ DES TERMES DE MEDECINE, Paris, Maloine, 2009, 30ème édition, 1054 p.
- DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., et al., DIAGNOSTICS INFIRMIERS interventions et bases relationnelles, Bruxelles, de boeck, 2009, 1091 p.

- LANDAIS, A., SFEZ, M. et al., Techniques anesthésiques et prise en charge du patient, Rueil-Malmaison, Lamare, 2004, 323 p.
- SMELTZER, S., BARE B., SOINS INFIRMIERS EN MEDECINE ET CHIRURGIE BRUNNER. SUDDARTH Généralité, Bruxelles, de boeck, 4ème édition, 2006, 656p.
- **Notes de cours**
- EQUATIONS CONSULTING, Formation : Communication, émotion, action. Faites de vos émotions vos alliées !, Cliniques Universitaires Saint Luc, 2012, 51 p.
- **Sources internet**
- AGENCE FEDERALE POUR LA SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE, Le dossier infirmier hospitalier arrêté royal du 28-12-2006, 13-12-2011, Service Public Fédéral (SPF), consulté en juillet 2012, <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Telematics/Computerizationofhealthprofessionals/Nursing/nursingdossier/index.htm?fodnlang=fr>
- ANNEQUIN, D., GALINSKI, M., L'anxiété préopératoire, 2008, Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, consulté en juin 2012 <http://www.cnrld.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>
- CHABAY, E., CHINOUILH, M. et al., Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété, 2009, Service d'anesthésie hôpital d'instruction des armées Robert-Picqué, consulté en février 2012 , http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html -
- CREPIN, N., DELERUE, F., Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger, 2009, IRBMS
Institut Régional du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé, consulté en juin 2012, <http://www.irbms.com/rubriques/Psychologie/test-questionnaire-anxiete-generale-spielberger.php>