



---

**Ecole d'I.A.D.E.  
Promotion 2009/2011**

---

**Mon rôle IADE dans la relation de  
confiance: un enjeu dans la gestion de  
l'anxiété du futur opéré.**

---

**Nathalie DRAGAN**



---

**Ecole d'I.A.D.E.  
Promotion 2009/2011**

---

**Mon rôle IADE dans la relation de  
confiance: un enjeu dans la gestion de  
l'anxiété du futur opéré.**

---

**Nathalie DRAGAN**

---

---

## REMERCIEMENTS :

---

---

**A mes parents,**

Que ce travail soit le modeste témoignage de mon amour et de ma reconnaissance pour votre soutien inconditionnel dans tous les instants de ma vie et tout au long de mes études.

**Maman**, merci...

**A Baptiste,**

Merci pour ton soutien durant mes études, merci d'avoir été là et d'avoir trouvé les mots qu'il fallait dans tous les instants...

**A Patricia,**

Merci pour ta sagesse, ton soutien et tes précieux conseils depuis le départ...

**A Monsieur Bocquet**, mon référent de mémoire,

Merci pour votre disponibilité, pour votre aide ainsi que pour la richesse de vos conseils...

**A Madame Williaume,**

Merci pour votre aide informatique, vos relectures attentives et vos conseils...

**Aux IADE et à toutes les personnes** rencontrées durant cette formation, qui ont confirmées mon envie de devenir infirmière anesthésiste...

**Enfin, on y est !!!**

*« Nous ne saurons jamais tout le bien qu'un simple sourire peut-être capable de faire. »*

Anjezë Gonxhe Bojaxhiu, dite Mère Teresa

**DRAGAN**

**Nathalie**

**INFIRMIER ANESTHESISTE**  
Promotion 2009 - 2011

**Mon rôle IADE dans la relation de confiance: un enjeu dans la gestion de l'anxiété du futur opéré.**

**Résumé :** Le patient arrivant au bloc opératoire traverse une situation de crise. L'intervention imminente et l'anesthésie générale qu'il va subir sont source d'anxiété. Le bloc opératoire est vecteur de beaucoup d'interrogations et de peur. La relation de confiance instaurée entre l'équipe d'anesthésie et le patient semblerait bénéfique pour ce dernier. Après avoir clarifié les concepts de l'accueil, du patient, de l'IADE, de l'anxiété et de la relation de confiance ; une enquête auprès des patients a été réalisée afin de connaître leurs attentes lors de l'accueil au bloc opératoire. Le patient est en demande d'une relation de confiance. Les résultats de l'enquête ont permis de proposer des axes d'améliorations visant à répondre aux attentes du futur opéré.

**Mots clés :** patient, IADE, accueil, bloc opératoire, anxiété, relation de confiance.

L'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du C.H.U de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

---

---

# Sommaire

---

---

## Glossaire

## Avant propos

## Introduction

page 1

## Cadre conceptuel

page 3

### 1. La relation

page 4

#### 1.1 Définition générale

page 4

#### 1.2 Dans un lieu particulier : le bloc opératoire

page 4

#### 1.3 Entre deux personnes particulières

page 6

##### 1.3.1 Le patient

page 6

##### 1.3.2 L'IADE

page 9

#### 1.4 A un moment particulier : l'accueil

page 10

#### 1.5 Pour un motif particulier : une anesthésie générale

page 11

### 2. La confiance

page 11

#### 2.1 Définition générale

page 11

#### 2.2 Les conditions de la confiance

page 12

#### 2.3 Les éléments de la confiance

page 14

### 3. L'anxiété

page 15

#### 3.1 Définition

page 15

#### 3.2 Les sources d'anxiété du futur opéré

page 16

#### 3.3 Les conséquences de l'anxiété en anesthésie

page 19

### 4. L'intérêt d'une relation de confiance dans l'accueil du futur opéré anxieux

page 21

**Enquête et résultats** **page 23**

1. Objectifs de la recherche page 24

2. Méthodologie page 24

3. Analyse des résultats page 26

4. Conclusion de l'enquête page 42

**Propositions** **page 43**

**Conclusion** **page 45**

**Bibliographie**

**Annexes**

**Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé.**

**Annexe 2 : Outil de recherche.**

**Annexe 3 : Grille d'élaboration du questionnaire.**

**Annexe 4 : Check-list de la HAS.**

---

---

## GLOSSAIRE :

---

---

<b>ACTH</b>	:	Adrénocorticotrophine Hormone (hormone corticotrope)
<b>ADH</b>	:	Hormone Anti-Diurétique.
<b>HAS</b>	:	Haute Autorité de Santé.
<b>IADE</b>	:	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat <sup>1</sup> .
<b>IBODE</b>	:	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
<b>MAPAR</b>	:	Mises Au Point en Anesthésie Réanimation.
<b>MAR</b>	:	Médecin Anesthésiste Réanimateur.
<b>OCT</b>	:	Ornithine Carbamyl Transférase.
<b>SNIA</b>	:	Syndicat National d'Infirmier Anesthésiste.
<b>SSPI</b>	:	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.

---

<sup>1</sup> Lire partout infirmier et infirmière



---

---

## **AVANT – PROPOS :**

---

---

Dans ma pratique professionnelle, j'ai toujours accordé un grand intérêt à la personne soignée et à l'instauration d'une relation de confiance. Cela me paraît être une base essentielle dans mes soins infirmiers qui prennent alors un sens et deviennent individualisés.

Après l'obtention de mon diplôme d'état d'infirmière, j'ai exercé au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Troyes.

Outre son côté « technique », les urgences sont un lieu de soins ouvert à tous où se côtoient l'abîme de la maladie et le sublime de la guérison. L'urgence n'était pas programmée dans le cours de la vie du patient et provoque un bouleversement. Je me suis souvent interrogée sur la souffrance du patient et de la famille que je prenais en charge. Alors qu'ils avaient programmé leur journée, un événement imprévu les a conduits à l'hôpital, lieu étranger pour eux, de par les personnes, le vocabulaire, les soins, le matériel... J'ai toujours mis un point d'honneur à établir une relation de confiance pour soigner non pas un patient objet, mais un patient qui serait sujet de mes soins.

Aussi quand j'ai décidé d'entreprendre mes études d'IADE, beaucoup de mes collègues ont été surpris par ce choix. L'anesthésie est trop souvent réduite, à tort, à l'art de techniquer et d'endormir les malades.

Au fil de mes premiers jours de stage d'anesthésie, j'ai pu observer de l'anxiété chez les patients arrivant au bloc opératoire. J'ai ressenti l'intime conviction que la relation de confiance avait aussi toute sa place en anesthésie.

---

---

## INTRODUCTION :

---

---

Le patient qui arrive au bloc opératoire est réveillé tôt, laissé à jeun puis préparé pour l'intervention. Un brancardier vient ensuite chercher le futur opéré pour l'emmener au bloc opératoire, lieu mystérieux du grand public se trouvant derrière de grandes portes sur lesquelles on peut lire « interdit au public ». Une fois au bloc, le patient se retrouve allongé sur un brancard, dans une atmosphère froide et très lumineuse.

Le patient attend.

Ensuite, une multitude de personnes (IBODE, anesthésiste, chirurgien, aide-soignant) vient questionner le patient. Puis arrive mon tour : « *bonjour Madame/Monsieur, je suis infirmière, je fais partie de l'équipe d'anesthésie et je vais m'occuper de vous et vous surveiller durant votre intervention* ». C'est ainsi que débute ma relation avec le patient que je vais prendre en charge. Ce rituel d'accueil banal entre deux individus dans la vie quotidienne prend une tout autre ampleur au bloc opératoire.

L'anxiété pré-opératoire est un fait observable quotidiennement par les équipes anesthésiques, notamment lors de l'accueil du patient, et ce, malgré les prémédications reçues. En effet quoi de plus anxiogène que de savoir que l'on va confier sa vie aux équipes d'anesthésie et de chirurgie ?

La prémédication médicamenteuse suffit-elle ? Certainement pas. Une phrase du MAPAR<sup>2</sup> stipule que « *des paroles rassurantes au bloc et un comportement serein de l'anesthésiste sont la prémédication idéale car sans toxicité ni effets secondaires* ».

Outre la prémédication d'anxiolytiques, l'IADE n'aurait-il pas, lui aussi, un rôle à jouer dans l'anxiolyse du patient ?

Ainsi quelle pourrait être la place de la relation de confiance lors de l'accueil du futur opéré au bloc ? L'élaboration d'une relation de confiance entre le patient et l'IADE au moment de l'accueil me semble indispensable. Dès lors, je me pose la question suivante :

**En quoi une relation de confiance IADE / patient lors de l'accueil au bloc opératoire influe-t-elle sur l'anxiété du futur opéré ?**

---

<sup>2</sup> MAPAR. CHU Bicêtre : MAPAR Edition. 2010. p18.

Mes hypothèses sont les suivantes :

- **La relation de confiance instaurée entre l'IADE et le patient au moment de l'accueil au bloc opératoire améliore le vécu de la période péri-opératoire et diminue l'anxiété.**
- **La satisfaction du patient lors de l'accueil est un élément indispensable pour créer une relation de confiance.**
- **La relation de confiance permet une meilleure stabilité anesthésique.**

A travers le cadre conceptuel, je vais tenter de définir la relation de confiance, ses conditions, le contexte très particulier ainsi que les acteurs de cette relation. En effet, le patient est l'acteur principal avec l'IADE.

Dans un deuxième temps, j'exploiterai les résultats de l'enquête réalisée auprès des patients afin de connaître leurs ressentis et leurs besoins par rapport à la relation de confiance et l'anxiété.

Enfin dans un dernier temps, je vais tenter de proposer des axes d'améliorations concernant ma problématique.

## **Cadre conceptuel :**

## **1. La relation :**

### **1.1 Définition générale :**

Le mot « relation » est défini, selon le dictionnaire<sup>3</sup>, comme « *le lien existant entre des choses, des personnes* ». C'est donc une marque de réciprocité entre deux individus, une forme d'interaction.

Toute relation est unique, c'est une sorte de contrat, où chaque personne doit respecter ses engagements. Dans le cas contraire, il y a un risque de rupture de cette relation.

Il existe une multitude de relations (professionnelle, amicale, sentimentale...); dans ce travail, je vais porter mon attention sur une relation bien particulière que je vais maintenant définir.

### **1.2 Dans un lieu particulier : le bloc opératoire :**

Communément, le bloc opératoire est défini comme l'« *ensemble des installations servant aux opérations chirurgicales*<sup>4</sup> ». C'est l'endroit où sont réalisés les gestes médicaux ou chirurgicaux à visée diagnostiques et/ou thérapeutiques.

Souvent considéré comme un vase clos, « *fermé et protégé de l'extérieur*<sup>5</sup> », il s'agit en réalité d'un système protégé par des règles d'hygiène et de fonctionnement visant à garantir la sécurité du geste opératoire.

Familier pour nous, professionnels de santé y exerçant, le bloc opératoire est perçu par le grand public comme un milieu hostile, « *froid, douloureux, impersonnel, mystérieux, où la technique règne en maître*<sup>6</sup> ». La première image que le patient voit en arrivant est un panneau sur lequel on peut lire « interdit au public ». Le bloc est ressenti comme un milieu très anxiogène où, lorsque l'on rentre, on est vite endormi et on ne sait jamais ce qui s'y passe.

---

<sup>3</sup> Le petit Larousse illustré 2002.

<sup>4</sup> Ibid n°3

<sup>5</sup> RIPOCHE S., FALCOU M.C., SAVIGNONI A., KRIEGEL I., La visite pré anesthésique de l'IADE et son influence sur le vécu péri anesthésique du patient *Oxymag* n°94. mai juin 2007. p 4.

<sup>6</sup> BAEV Dian, L'anxiété préopératoire en chirurgie. *Interbloc* Tome XXIV, n°1, mars 2005. p 21.

D'une part, il y a une complexité des locaux avec une diversité de lieux : couloir, salle d'opération, pièce de stockage de matériel, pièces d'utilités... D'autre part, il existe une complexité d'organisation puisque le bloc mobilise énormément de ressources de façon synchrone. Il y cohabite différentes spécialités en activité programmée auxquelles s'ajoutent la gestion des imprévus techniques et organisationnels ainsi que la prise en compte, en temps réel, des urgences.

Peu de publications abordent la représentation du bloc opératoire. Deux d'entre elles font le parallèle entre le bloc opératoire et le théâtre, espace mêlant la réalité à la fiction et à l'imaginaire ; lieux d'inquiétude et d'anxiété.

Dans son travail photographique et documentaire<sup>7</sup>, Sylvie GOSSELIN apparente le bloc à un vaste « *théâtre des opérations* », il s'agit de la traduction de « *operating theater* » (terme utilisé par les Anglais pour désigner le bloc). Elle décrit le bloc comme une gigantesque mise en scène où des règles strictes et un ordre précis des gestes règnent. Tout y est organisé, programmé, « *il n'y a pas de place pour l'improvisation, mais l'imprévu peut surgir à tout moment* ».

Benoît ROSSEL, compare également le bloc au théâtre dans son documentaire<sup>8</sup>. Pour lui, l'intervention chirurgicale semble obéir à une mise en scène dans l'intensité des regards, la rigueur des costumes, la précision des gestes ainsi que dans la violence des éclairages.

Au bloc opératoire, l'art et la science cohabitent, les spécialistes travaillent pour soigner les patients, afin que ceux-ci puissent reprendre le rôle de leur vie.

Une multitude de spécialistes travaillent au bloc, chacun étant un maillon indispensable. Il y a :

- Les chirurgiens, les médecins, les internes, les externes, les IBODES, les infirmiers,
- Les MAR, les IADES,
- Les aides-soignants, les agents de service hospitalier, les brancardiers,
- Les secrétaires, les cadres, les coordinateurs de bloc,
- Les manipulateurs de radiologie,
- Les étudiants, les biomédicaux, les commerciaux...

---

<sup>7</sup> Sylvie GOSSELIN. Le bloc : théâtre des ombres. *Infirmière magazine*, n°255, décembre 2009, p38.

<sup>8</sup> Benoît ROUSSEL. Le théâtre des opérations.

Toutes ces personnes cohabitent professionnellement au bloc opératoire qui devient un véritable microcosme où chacun se ressemble de par sa tenue vestimentaire.

Dans ce lieu si particulier, des liens vont se nouer. Deux personnes vont tisser une relation singulière, il s'agit de l'IADE et du patient.

### **1.3 Entre deux personnes particulières :**

#### **1.3.1 Le patient :**

Le patient est « *une personne qui a de la patience, qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical*<sup>9</sup> ». C'est une personne en perte de santé qui se retrouve, de par son état, dans une situation de crise. Au même titre que le chômage, le divorce, la perte d'un être cher, « *la maladie fait partie des crises de la vie*<sup>10</sup> ».

Chacun d'entre nous sera probablement un jour confronté au bloc opératoire et deviendra patient.

La personne devient, en entrant à l'hôpital, une personne soignée, un patient qui va vivre une situation exceptionnelle, généralement douloureuse dans un univers qui lui est étranger. Même accompagné d'un proche, le patient va être seul dans bon nombre de moments, « *la maladie est peut-être la plus haute des solitudes*<sup>11</sup> ».

Le patient est avant tout une personne, un être de raison, de conscience et de liberté ayant le sens de sa propre identité. Ainsi c'est une personne biopsychosociale qu'il faut soigner dans sa globalité en respectant ses droits et ses besoins.

#### ➤ Droits du patient :

Le patient a des droits reconnus non seulement d'un point de vue national, mais aussi mondial. D'après la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789: « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.*» (Article1).

Le patient hospitalisé n'échappe pas à cet article et conserve ses droits de Citoyen.

---

<sup>9</sup> Ibid n°3.

<sup>10</sup> Hélène Harel-Biraud. *Manuel de psychologie à l'usage des soignants*. Masson 2010. Avant propos.

<sup>11</sup> Recherche en soins infirmiers n°78. septembre 2004. p36.

L'évolution des textes législatifs, avec notamment le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a contribué à modifier la charte de la personne hospitalisée<sup>12</sup>. Ces textes ont permis au patient de devenir acteur des soins et d'être activement impliqué dans la prise en charge de sa santé et de faire valoir ses droits.

➤ Besoins du patient :

Selon Virginia HENDERSON, infirmière américaine, la personne soignée est un être humain qui forme un tout complet présentant 14 besoins fondamentaux d'ordre biopsychosocial. Les 14 besoins fondamentaux sont les suivants :

- 1- Respirer,
- 2- Boire et manger,
- 3- Éliminer,
- 4- Se mouvoir et maintenir une bonne posture,
- 5- Dormir et se reposer,
- 6- Se vêtir et se dévêtir,
- 7- Maintenir la température de son corps dans les limites de la normale,
- 8- Être propre, soigné et protéger ses téguments,
- 9- Éviter les dangers,
- 10- Communiquer,
- 11- Agir selon ses valeurs et ses croyances,
- 12- S'occuper en vue de se réaliser,
- 13- Se divertir, se récréer,
- 14- Apprendre.

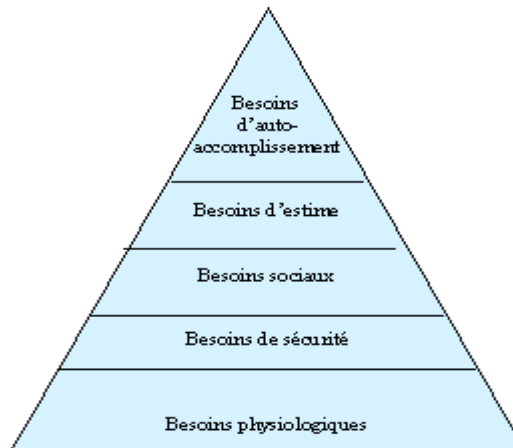
La satisfaction de tous ces besoins permet à la personne d'être indépendante, entière. Un besoin non satisfait aura pour conséquence une dépendance vis-à-vis de la satisfaction de ce besoin. Ainsi à son arrivée au bloc opératoire, certains besoins du patient ne seront pas pleinement satisfaits (boire et manger ; éviter les dangers ; s'occuper en vue de se réaliser ; se divertir) et pourront être source d'anxiété.

---

<sup>12</sup> cf. Annexe 1.



Pour le psychologue américain, Abraham MASLOW, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine.



**Figure 1: Pyramide de Maslow.**

L'homme cherche à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné avant de passer au besoin du niveau supérieur. Il semble évident qu'un patient arrivant au bloc opératoire voit son besoin de sécurité faiblir et, par conséquent, ses besoins deviennent insatisfaits.

Ces deux concepts sont finalement intimement liés puisqu'ils évoquent les besoins des patients, Virginia HENDERSON les cite et les détaille, Abraham MASLOW, quant à lui, les regroupe en unités.

Le patient arrivant au bloc opératoire est donc dans une situation d'insatisfaction, potentiellement anxiogène. Nous verrons dans ce travail quelles en sont les causes et comment y remédier.

### **1.3.2 L'IADE :**

*« L'infirmier anesthésiste est un infirmier diplômé d'état qui a exercé deux ans au minimum sa profession et suivi une formation spécifique dans une école spécialisée.*

*L'infirmier anesthésiste diplômé d'État a un niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence. Il accomplit des soins relevant de son rôle propre et de son rôle sur prescription médicale. Il travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires dans un cadre réglementaire défini et en collaboration avec les médecins anesthésistes réanimateurs dans les différents sites d'anesthésie, en salle de surveillance post-interventionnelle, dans les services d'urgences intra et extrahospitalières<sup>13</sup> ». C'est ainsi qu'est présentée l'IADE par le SNIA. L'IADE est la seule spécialisation infirmière à bénéficier, à ce jour, de l'exclusivité de compétences.*

L'exercice professionnel de l'IADE est réglementé par le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmière, ce dernier inclue le soin relationnel :

– Article R 4311-2

*« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle».*

L'IADE est donc un infirmier hautement spécialisé dans le domaine de l'anesthésie réanimation. Il travaille en étroite collaboration avec le MAR.

Cependant, il ne faut pas oublier que l'IADE conserve son rôle propre auprès des patients pris en charge, comme le rappelle le SNIA : *« L'infirmier anesthésiste accueille le patient à son arrivée au bloc opératoire ou en site d'investigation. Il lui permet d'exprimer ses besoins fondamentaux. Il l'informe sur ses actions. Il répond à ses interrogations et favorise une moindre angoisse. Il veille au confort physique et psychologique du patient».*

---

<sup>13</sup> [http://www.snia.net/lois\\_et\\_reglements/Recommandations/Recommandations-snia-2002.pdf](http://www.snia.net/lois_et_reglements/Recommandations/Recommandations-snia-2002.pdf)

Plus récemment, dans le contexte de la ré-ingénierie du diplôme de la profession d'IADE, le référentiel de compétence stipule dans la compétence 5 :

« Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie [...] »

› 5. Etablir et maintenir une relation de confiance, sécurisante avec le patient tout au long du processus anesthésique.

› 6. Adapter la prise en charge de l'anxiété et de la douleur au contexte spécifique de l'anesthésie<sup>14</sup> »

Souvent perçus comme des « techniciens<sup>15</sup> », les IADE sont des paramédicaux formés pour une prise en charge holistique du patient.

L'IADE semble être l'allié parfait du patient de par sa fonction, sous la responsabilité du MAR, de garant de l'homéostasie du patient ; et d'autre part grâce à sa proximité avec l'opéré, « à la tête du patient », du même côté du champ opératoire.

#### **1.4 A un moment particulier : l'accueil**

Le mot accueil vient du verbe accueillir qui signifie « recevoir quelqu'un qui arrive<sup>16</sup> ».

Le rituel de l'accueil est le point de départ de toute relation, il est ainsi le premier maillon de la chaîne de soins. Il s'agit en effet du point de rencontre entre le patient et l'IADE. Cet instant est un moment crucial, il donne le ton. La première impression peut faciliter ou compliquer la suite de la relation soignant /soigné. C'est un instant unique : on n'a pas deux fois l'occasion de faire bonne impression.

Selon les sites, l'accueil du patient peut se faire dans le sas du bloc opératoire, en pré-anesthésie, en SSPI ou dans la salle d'opération. Nous venons de voir que le bloc opératoire est générateur d'anxiété, ainsi on peut penser qu'un accueil réussi peut rattraper une mauvaise impression liée au site, en revanche l'inverse semble moins plausible.

Mais l'accueil du patient au bloc opératoire représente un moment relativement court. Cet instant est parfois parasité par certaines contraintes (temporelles, architecturales, humaines, matériovigilances) pendant lesquelles le patient patiente. Ainsi, au bloc, la technique est une grande consommatrice de temps au détriment de la relation.

---

<sup>14</sup> [http://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-de-competences-du\\_1296.html](http://www.syndicat-infirmier.com/Referentiel-de-competences-du_1296.html)

<sup>15</sup> <http://www.ifcs-grefops.com/upload/publication/fichier/60fichier.pdf>

<sup>16</sup> Ibid n°3.

## **1.5 Pour un motif particulier : une anesthésie générale**

L'anesthésie générale est une technique d'anesthésie, au même titre que l'anesthésie loco-régionale ou l'anesthésie locale. Je souhaite porter ce travail sur l'anesthésie générale.

L'anesthésie générale est un acte médical dont l'objectif principal est la suspension temporaire et réversible de la conscience et de la sensibilité douloureuse afin de permettre le geste médical ou chirurgical. Ainsi, la personne concernée est momentanément suspendue de sa personnalité et de sa capacité à s'exprimer, elle perd subitement le contrôle de sa vie qu'elle se voit dans l'obligation de confier à l'équipe anesthésique.

Il me semble important de préciser que l'anesthésie générale n'est pas un acte thérapeutique en soi, puisqu'elle crée un déséquilibre de l'homéostasie et porte atteinte à l'intégrité du patient. Elle n'a de sens que pour permettre la chirurgie.

La quasi-totalité des auteurs cités dans ce travail s'accorde à dire que l'anesthésie générale est génératrice d'anxiété.

## **2. La confiance :**

### **2.1 Définition générale :**

La confiance se définit communément par « *le sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un<sup>17</sup>* ». C'est l'une des notions les plus difficiles à traiter en sciences sociales et en philosophie, ceci en raison de la part subjective qui s'associe au sentiment intuitif de la relation de confiance.

Plusieurs auteurs ont travaillé sur ce concept :

– Thomas HOBBS, philosophe, définit la confiance comme « *une passion produite par la croyance ou la foi que nous avons en celui de qui nous attendons ou nous espérons du bien<sup>18</sup>* ».

– Pour Diego GAMBETTA, sociologue, « *faire confiance à quelqu'un signifie implicitement que la probabilité qu'il accomplisse une action soit à notre avantage ou, du moins, sans désavantage pour que nous puissions coopérer avec lui<sup>19</sup>* ».

---

<sup>17</sup> Ibid n°3.

<sup>18</sup> Gloria ORRIGI. Qu'est-ce que la confiance ? Paris : chemins philosophiques, 2008. p10.

<sup>19</sup> Ibid n° 18. p16.

Ainsi, « se confier » équivaut à remettre quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui et en s'abandonnant, de la sorte, à sa bienveillance. En faisant confiance, nous donnons un certain pouvoir sur nous, nous mettant ainsi dans un état de vulnérabilité. On comprend alors que la décision de faire confiance implique une prise de risque puisqu'elle comporte une dimension d'attente à propos de quelque chose. C'est donc le sentiment de se sentir suffisamment fort qui va autoriser la personne à cette prise de risque, la confiance aux autres est tributaire de la confiance en soi. Selon Lionel BELLENGER, spécialiste du management, « *il n'y a pas de confiance dans les autres s'il n'y a pas un bon dosage de confiance en soi*<sup>20</sup> ».

La mise en confiance permet de se sentir en sécurité et le besoin de sécurité fait partie des besoins fondamentaux de la personne décrits par MASLOW précédemment. La confiance étant la base de toute relation sociale durable, nous ne pourrions pas vivre sans nous engager avec les autres dans la construction de liens sociaux.

## **2.2 Les conditions de la confiance :**

La confiance interpersonnelle requiert trois facteurs selon Myers<sup>21</sup> :

- Un engagement dans un comportement de confiance sans être certain que l'autre fera de même, chacun prend un risque.
- Personne ne se laisse aller à suivre ses impulsions à exploiter ou à tirer avantage de l'autre.
- Chacun s'engage et négocie ce processus de risque pendant un certain temps.

Ainsi, nous faisons confiance là où nous avons des raisons de penser que l'autre est fiable, là où nous ne craignons pas la conséquence de ses actes.

---

<sup>20</sup> BELLENGER Lionel. La confiance en soi. ESF éditeur. Paris 1994. p98.

<sup>21</sup> Ibid n°20. p95.

Mais lorsqu'il existe un état d'infériorité, d'affaiblissement ou de dépendance, le choix de se soumettre et de donner à l'autre du pouvoir s'impose à nous. C'est le cas des personnes hospitalisées qui remettent leur corps au personnel médical et paramédical, en admettant que tout ce qui sera fait le sera pour leur bien, rejoignant ainsi l'idée d'enchâssement d'intérêts<sup>22</sup> (je fais confiance à quelqu'un si j'ai des raisons de croire qu'il sera dans son intérêt de prendre en compte mes propres intérêts). L'IADE se doit donc d'être digne de confiance.

La confiance n'est pas quelque chose d'automatique, en cas d'échec, d'autres alternatives vont se mettre en place comme la réserve, la vigilance ou bien même la non-coopération.

La confiance pourrait s'apparenter à un art, il faut être digne de confiance pour gagner la confiance de quelqu'un. Pour cela, il n'y a pas de méthode, juste un savoir être.

Cette relation de confiance entre l'IADE et le patient, lors de son accueil, fait partie intégrante du soin relationnel, s'inscrivant dans notre rôle propre.

---

<sup>22</sup> Ibid n°15. p17.

### **2.3 Les éléments de la confiance :**

Walter HESBEEN, infirmier, aborde cette notion qu'il considère comme « *la rencontre d'une personne sur le chemin particulier de vie qui est le sien et de faire un bout de chemin avec elle*<sup>23</sup> ».

Pour cela, certains éléments lui semblent indispensables :

- La chaleur qui permet au patient de percevoir le soignant comme un être chaleureux, qui n'est pas hostile ou distant, qui a le mot, le sourire, le regard adéquats et personnalisés.
- L'écoute qui permet d'accueillir la parole du patient.
- La disponibilité qui témoigne d'une attention particulière, permettant d'écouter sereinement le patient et non de façon artificielle et pressée entre deux tâches.
- La simplicité qui se caractérise par le recours à un langage accessible.
- L'humilité, celle qui témoigne d'un professionnel conscient de ses limites, qui a l'ambition d'apporter de l'aide, sans aucune prétention.
- L'authenticité, celle qui témoigne d'un paramédical exerçant son métier en vérité avec lui-même et, dès lors, en vérité dans le rapport qu'il entretient avec les autres.
- L'humour qui permet de ne pas alourdir une situation, même dramatique ou difficile, témoignant d'un soignant capable de recul.
- La compassion qui permet de partager la souffrance de l'autre, d'en porter une part du fardeau, donc d'alléger celui porté par le patient.

On ne peut pas obtenir la confiance par la force : la confiance se gagne, se construit. Reste à prendre l'initiative du risque, mais cela fait partie de nos missions de soignants ainsi que de notre éventuelle intime conviction...

---

<sup>23</sup> Walter HESBEEN. Prendre soin à l'hôpital. Masson, 1997. p98.

### **3. L'anxiété :**

#### **3.1 Définition :**

Le Petit Larousse définit l'anxiété comme une « *vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement*<sup>24</sup> ».

Dans le langage courant, l'angoisse, l'anxiété, la peur et le stress sont aujourd'hui presque synonymes. Ils correspondent tous à une forme de malaise psychique et physique née du sentiment de l'imminence d'un danger.

##### ➤ Le stress :

Hans SELYE fut l'un des premiers chercheurs à s'être intéressé au stress ou « *syndrome général d'adaptation* » vers le début du vingtième siècle. Il le définit comme « *l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné* ». Le changement brutal survenant dans les habitudes d'une personne, jusque-là bien équilibrée, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et somatique. Le stress est ainsi une réponse défensive d'alarme émanant d'un organisme menacé.

Le « *coping* » désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

Lorsque l'individu est débordé, c'est-à-dire lorsqu'il ne peut pas faire face à la situation stressante, cela se traduit par différents troubles émotionnels et comportementaux. L'angoisse et l'anxiété sont alors la conséquence de ce débordement.

##### ➤ La peur :

La peur est un sentiment accompagnant la prise de conscience du danger imminent. Les états d'angoisse et d'anxiété se manifestent par un sentiment de peur.

---

<sup>24</sup> Ibid n°3.



➤ L'angoisse et l'anxiété :

Jusqu'au début du 20<sup>ème</sup> siècle, l'anxiété était considérée comme le versant psychologique et l'angoisse comme le versant somatique.

Dans le langage contemporain, l'angoisse est décrite comme une forme accentuée de l'anxiété. Il y aurait une différence en terme de chronologie et d'intensité : l'anxiété étant généralement modérée et chronique, là où l'angoisse serait intense et aiguë.

Dans la situation du patient arrivant au bloc opératoire, on peut présumer qu'il se trouve dans une situation de stress plus ou moins dépassée se manifestant par de l'anxiété.

L'anxiété pré-opératoire est un fait observable quotidiennement par les équipes d'anesthésie. En effet, l'arrivée du patient au bloc opératoire est une des étapes d'un long parcours d'accumulation de facteurs déclencheurs de stress ayant commencé lors de l'annonce du diagnostic médical et s'étant poursuivie par la décision d'opérer, la prise des rendez-vous et les diverses consultations spécialisées. Lors de ce parcours, parfois de longue haleine, le phénomène d'anxiété s'est installé.

Il est important de noter qu'il existe deux types d'anxiété :

- l'anxiété trait ou de personnalité qui constitue un trait permanent de caractère psychique de l'individu et,
- l'anxiété état ou situationnelle qui est liée à une situation précise dans laquelle se trouve le patient.

**3.2 Les sources d'anxiété du futur opéré :**

Chez l'adulte, la prévalence de l'anxiété préopératoire varierait entre 60 et 80% selon les études. Le contexte joue probablement un rôle important. Ainsi, l'anxiété serait plus importante en chirurgie cardiaque, reconstructrice, esthétique, carcinologique mais aussi en neurochirurgie et dans le cadre d'une anesthésie pour un acte à visée diagnostique.

Le sexe féminin et le jeune âge sont également des facteurs de risque d'anxiété, tout comme les soins apportés sans explications.

Les expériences chirurgicales préalables réduisent le niveau d'anxiété pré-opératoire. Au contraire, une anesthésie précédente mal vécue sera source d'anxiété.

Beaucoup de patients se renseignent concernant leur santé. Internet est une source intarissable d'informations dont la qualité peut-être variable et génératrice d'anxiété. Ainsi, si l'on tape « anesthésie » sur n'importe quel moteur de recherche, certains résultats de recherche peuvent s'avérer anxiogène (vidéo de l'intubation, explication des conséquences des drogues d'anesthésie...).

Le cas Jean Pierre Chevènement, victime d'un choc anaphylactique au curare en 1998, a créé un choc dans l'opinion publique. L'anesthésie générale fait toujours peur malgré des progrès indéniables réalisés en sécurité anesthésique, comme le démontre le résultat d'une enquête publiée dans le figaro le 14 juin 2010<sup>25</sup>.

Alors, finalement, quelles sont les sources d'anxiété du futur opéré ?

Les facteurs d'anxiété ne manquent pas : le bloc opératoire lui-même (nous avons précédemment évoqué le concept du bloc opératoire et ses représentations), l'anesthésie, la chirurgie ainsi que les suites de l'intervention chirurgicale.

➤ Le bloc opératoire :

Outre toutes les représentations anxiogènes évoquées précédemment, lors de l'arrivée au bloc opératoire, le patient est principalement soumis à des stimulations visuelles, auditives, kinesthésiques et olfactives pouvant-être source d'anxiété.

Le célèbre anagramme VAKO<sup>26</sup> permet de répertorier toutes ces stimulations :

– Les stimulations visuelles : un personnel en grand nombre, masqué, cagoulé, anonyme, du matériel médicochirurgical stocké dans les couloirs, la visualisation de la sortie du patient précédent intubé/ventilé, l'arrivée dans une salle d'opération sur-éclairée, le scialytique dirigé vers le visage du patient, la visualisation pour le patient de sa propre nudité, des champs opératoires, de l'instrumentation en cours de préparation.

– Les stimulations auditives : le langage, les conversations du personnel peuvent-être inadaptées, le bruit des instruments, déballage du matériel, les diverses alarmes (téléphone, bips).

– Les stimulations kinesthésiques : la température au bloc opératoire, l'installation inconfortable, le badigeonnage, les ponctions, l'installation du monitoring, la mise en place de la plaque de bistouri.

– Les stimulations olfactives : les odeurs médicales.

<sup>25</sup> <http://www.lefigaro.fr/sante/2010/06/13/01004-20100613ARTFIG00269-anesthesie-generale-la-crainte-persiste.php>

<sup>26</sup> <http://intelligence.eu.com/cfhtb2009/procs/abstracts/000074.pdf>

➤ L'anesthésie générale :

Le sommeil artificiel provoqué par les agents anesthésiques oblige le patient à perdre le contrôle de sa vie pendant un temps et à s'abandonner à un inconnu. L'équipe d'anesthésie pilote le voyage et gère l'homéostasie du patient.

Cet état de dépendance et de vulnérabilité ne fait qu'accroître l'anxiété pré-opératoire. Les causes d'anxiété liées à l'anesthésie le plus fréquemment retrouvées dans la littérature<sup>27 28 29</sup> sont :

- le temps d'attente avant de passer au bloc opératoire,
- la peur de l'inconnu, de la perte du contrôle de la situation,
- la peur de la ponction veineuse,
- la peur de mourir à cause de l'anesthésie,
- la peur de ne pas se réveiller après,
- la peur de se réveiller au milieu de l'intervention,
- la peur de présenter des nausées ou des vomissements post-opératoire,
- la peur de la fatigue post-opératoire
- la peur de la douleur post-opératoire,
- autres : peur de l'intubation, des erreurs lors de l'administration des médicaments d'anesthésie, de la perturbation du besoin d'éliminer....

➤ La chirurgie ainsi que les suites de l'intervention chirurgicale<sup>30</sup> :

Les causes d'anxiété le plus souvent retrouvées dans la littérature concernant la chirurgie sont :

- la peur de l'erreur médicale,
- la peur des infections nosocomiales,
- la peur de l'échec possible de l'intervention ou de ses complications,
- la peur de l'atteinte à l'intégrité physique, du handicap,
- l'impossibilité de retrouver une vie normale.

---

<sup>27</sup> Recherche en soins infirmiers n°78. p39.

<sup>28</sup> Inter bloc n°4/95 Tome XIV p63.

<sup>29</sup> Inter bloc n°1 Tome XXIII p38.

<sup>30</sup> Ibid n° 27; 28; 29.

Les sources d'anxiété énumérées précédemment ne sont pas exhaustives, mais prouvent à quel point le passage au bloc peut-être anxiogène. L'arrivée au bloc opératoire est alors un moment d'exacerbation de l'anxiété situationnelle puisque le patient est confronté à ce qu'il redoutait tant : l'expérience chirurgicale.

### **3.3 Les conséquences de l'anxiété en anesthésie :**

Les conséquences de l'anxiété sur l'organisme sont multiples. On retrouve essentiellement des conséquences somatiques, psychosomatiques et comportementales :

- **conséquences somatiques :**

- une sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline ayant pour conséquence :
  - Une tachycardie avec un risque de surconsommation d'oxygène, d'ischémie.
  - Une hypertension artérielle avec un risque de décompensation de pathologie cardio-vasculaire.
  - Une hyperglycémie avec risque de découverte ou de déséquilibre de diabète.
  - Un ralentissement du péristaltisme abdominal avec baisse de sécrétions gastriques engendrant un risque d'ulcère gastrique.
- une stimulation du système réticulé avec pour conséquence :
  - Une vigilance accrue.
  - Des difficultés d'endormissement.
  - Une gêne à l'accommodation.
- Une stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire avec pour conséquence :
  - Une sécrétion d'ACTH et donc de cortisol, antagoniste de l'insuline, déséquilibrant un diabète existant ou révélant une insulino-pénie.
  - Une sécrétion d'ADH responsable d'une concentration des urines source d'infection urinaire.
  - Une sécrétion d'hormones thyroïdiennes (T3 et T4) augmentant ainsi le métabolisme de base
  - Une stimulation de système rénine-angiotensine-aldostérone.

➤ Une découverte d'une pathologie génétique sous-jacente, hyperammoniémie de jeûne révélant un déficit partiel en OCT.

- **conséquences psychosomatiques :**

Cela se manifeste par des réapparitions de pathologies chroniques préexistantes comme un psoriasis, un herpès, une boulimie.

- **conséquences comportementales :**

Il s'agit pour le patient de mettre en place des stratégies défensives pouvant entraîner des troubles du comportement plus ou moins graves comme l'agressivité, la régression, les conduites obsessionnelles, phobiques pouvant même aller jusqu'au déni.

Outre ces manifestations, l'anxiété a des répercussions sur la pratique de l'anesthésie.

D'après des constatations professionnelles sur le terrain et selon Michel CHAUVIN, « *il existe une corrélation positive entre l'anxiolyse et la facilité d'induction, et la diminution des produits anesthésiques*<sup>31</sup> », en effet, un patient anxieux lutte contre l'anesthésie au moment de l'induction, les doses injectées sont donc plus importantes. C'est à prendre en compte lorsqu'on connaît la puissance et les effets de ces produits. Il existe donc un risque d'accroissement de la morbidité pour le patient anxieux.

Autre constat, le patient se réveille dans le même état d'esprit qu'au moment de l'induction comme l'ont confirmés Y.MANTZ, Y.LEPORT et V. GUELLEC : « *l'évaluation de l'anxiété pré opératoire et son traitement constituent un élément important pouvant retentir sur la répercussion post anesthésique*<sup>32</sup> ».

Nous avons donc tout intérêt, nous IADE, d'influer sur cette anxiété pré-opératoire.

---

<sup>31</sup> CHAUVIN Michel - Buts de la prémédication : anxiolyse - extrait des JEPU, Consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention de B. RIOU et P.CORIAT - Edition Arnette, Paris, 1997

<sup>32</sup> Y.MANTZ, Y.LEFORT et V.GUELLEC – Conférences d'actualisation 2003 – édition Elsevier – Paris 2003. p219.

#### **4. L'intérêt d'une relation de confiance dans l'accueil du futur opéré anxieux :**

➤ Synthèse des constats :

A son arrivée au bloc opératoire, le patient subit, seul, une situation de crise exceptionnelle. Il va devoir se confier au corps médical. Aux chirurgiens, il va confier l'objet de son mal, aux équipes d'anesthésie dont l'IADE fait partie, il va confier sa vie.

Son équilibre intérieur est menacé, et malgré ses efforts d'adaptation l'anxiété se manifeste, avec toutes les conséquences anesthésiques que l'on connaît.

Quoi de plus angoissant que de confier sa vie ?

Il faut une bonne dose de confiance en l'équipe médico-chirurgicale pour pouvoir envisager sereinement de donner cette chose si précieuse qu'est la vie. La relation instaurée entre l'IADE et le patient aux prémices de leur rencontre au bloc va être décisive et va donner le ton de l'alliance.

En effet, dans cette épreuve, l'IADE se distingue comme l'allié parfait en lequel le patient peut avoir confiance. L'IADE doit alors se montrer digne de confiance et être à la hauteur des attentes et besoins du futur opéré.

➤ Bénéfices d'une relation de confiance :

Selon Michel Chauvin, la prémédication associe deux composantes : L'approche psychologique et la prémédication pharmacologique, mais il précise aussi que « *La prescription de médicaments seuls est moins efficace qu'une préparation psychologique seule par le dialogue et l'information*<sup>33</sup> ».

La mise en confiance du futur opéré est donc un élément fondamental et pourrait s'apparenter à une sorte d'anxiolyse non médicamenteuse. Elle s'inscrit dans une prise en charge de qualité lorsque l'on connaît les multiples répercussions que peut engendrer l'anxiété.

---

<sup>33</sup> Buts de la prémédication : anxiolyse – extrait des JEPU, Consultation d'anesthésie et la préparation du malade à l'intervention, Arnette, Paris, 1997.

Parallèlement, le bénéfice tiré de cette relation peut-être aussi perçu comme une expérience positive, ou du moins non négative, du passage au bloc opératoire et permettrait de diminuer l'anxiété pré-opératoire pour les expériences futures.

Dès lors, je me pose les questions suivantes :

- **Qu'attend le futur opéré de la relation avec l'IADE au moment de l'accueil ?**
- **Quelles sont les attentes du patient lors de son accueil au bloc opératoire par l'IADE pour favoriser la relation de confiance ?**
- **Quel genre de relation de confiance permettrait au patient de diminuer son anxiété ?**

Par conséquent, après avoir répondu à ces interrogations, je serais en mesure de répondre à la question suivante, d'intérêt IADE :

- **Comment l'IADE peut-il accueillir son patient pour optimiser la relation de confiance et, ainsi, influencer sur l'anxiété ?**

## **Enquête et résultats :**



## **1. Objectifs de la recherche :**

Après avoir établi mes concepts, j'ai souhaité enquêter avec pour objectif de pouvoir valider mes hypothèses, partiellement confirmées par ma recherche conceptuelle et surtout de pouvoir répondre aux questionnements issus de cette recherche. J'ai souhaité interroger les principales personnes concernées par ce travail, à savoir les patients.

Les hypothèses initiales étaient les suivantes :

- La relation de confiance instaurée entre l'IADE et le patient au moment de l'accueil au bloc opératoire améliore le vécu de la période péri-opératoire et diminue l'anxiété.
- La satisfaction du patient lors de l'accueil est un élément indispensable pour créer une relation de confiance.
- La relation de confiance permet une meilleure stabilité anesthésique.

Les questionnements émanant de la recherche conceptuelle étaient, quant à eux les suivants :

- Qu'attend le futur opéré de la relation avec l'IADE au moment de l'accueil ?
- Quelles sont les attentes du patient lors de son accueil au bloc opératoire par l'IADE pour favoriser la relation de confiance ?
- Quel genre de relation de confiance permettrait au patient de diminuer son anxiété ?

## **2. Méthodologie :**

### ➤ Choix de l'outil :

Afin d'interroger les patients, j'ai cherché l'outil d'exploration qui serait le plus adapté à ma recherche, j'ai choisi l'entretien. En effet, c'est un instrument d'investigation spécifique qui aide à mettre en évidence des faits particuliers. L'entretien permet de ne pas contenir le patient dans la trame d'un banal questionnaire, mais d'investiguer le vécu, le ressenti et de bien pouvoir définir avec les personnes le sens des termes utilisés ainsi que d'aller plus loin dans la discussion, chose que ne permet pas le questionnaire. En cela, l'entretien m'avait paru être l'outil le plus complet et le plus polyvalent.

➤ Choix de la population

Le travail conceptuel était orienté sur une population adulte en chirurgie programmée dans le cadre d'une anesthésie générale.

J'ai restreint mon enquête autour d'une seule spécialité chirurgicale, dans une même structure, afin de pouvoir comparer les mêmes choses. Chaque chirurgie a ses spécificités anxieuses, je voulais donc partir sur une base unique.

Lors de mon stage optionnel de deuxième année de formation, je suis allée en neuro-chirurgie au Centre Hospitalier Universitaire de Reims. Je me suis vite aperçue que le contexte même de la chirurgie était très anxiogène pour les patients, chose confirmée par les patients accueillis dès les premiers jours de stage ainsi que par les professionnels du terrain.

La pathologie touche le crâne ou le rachis.

Les patients venant au bloc opératoire pour une chirurgie du crâne, commande centrale indispensable à notre corps, connaissent les risques encourus en cas d'incident chirurgical, la gravité allant de possibles crises comitiales jusqu'à l'engagement cérébral.

Les patients bénéficiant d'une chirurgie du rachis arrivent au bloc après un long parcours de douleur physique (propre à la pathologie : hernie discale, canal lombaire étroit,...) et psychologique (arrêt de travail lié à l'impotence et à la douleur, souffrance de se voir diminuer...). Ceci n'est qu'un bref aperçu de l'état dans lequel peut se trouver le patient arrivant au bloc opératoire de neuro-chirurgie.

Au départ, je souhaitais restreindre ma recherche sur la chirurgie du crâne, cependant, au vu de l'irrégularité numéraire de l'activité hebdomadaire, il m'aurait été difficile de recueillir une quinzaine d'entretiens sur la période d'enquête choisie. J'ai donc décidé d'étendre mon enquête auprès de patient ayant subi une chirurgie du crâne ou du rachis.

➤ Modalité de l'enquête :

Les entretiens ont eu lieu dans la semaine du 31 janvier au 4 février 2011 après mon temps de stage, dans les chambres des patients.

J'ai choisi d'enquêter en post-opératoire afin de pouvoir recueillir l'expérience des patients.

Avec leurs accords et après une brève présentation du thème de mon travail, j'ai procédé aux entretiens<sup>34</sup>. Ces derniers ont duré entre 10 et 25 minutes selon la richesse de l'échange. Suite au refus d'enregistrement des entretiens par les deux premiers patients, j'ai décidé de ne pas proposer cette méthode et donc de tout noter sur papier. Cela m'a contraint à prendre beaucoup de notes, afin de ne pas oublier le contenu de la conversation et à mener l'entretien en même temps.

J'ai réalisé 15 entretiens, un cas a été exclu (chirurgie du crâne) puisque le patient présentait des troubles neurologiques ne lui permettant pas de se souvenir de la période pré-opératoire.

### **3. Analyse des résultats :**

Je vais procéder à l'analyse de chaque question, en rappelant, à chaque fois :

- L'objectif de la question,
- L'intitulé de la question,
- Le dépouillement et les données exprimées en pourcentage,
- L'analyse des réponses.

Par mesure de clarté, une grille d'élaboration<sup>35</sup> du questionnaire a été réalisée afin de pouvoir faire les liens entre mes hypothèses, les questions posées aux patients ainsi que les objectifs spécifiques de chaque question.

---

<sup>34</sup> Cf. annexe n°2.

<sup>35</sup> Cf. annexe n°3.

## Question 1 :

J'ai cherché, à travers cette question, à pouvoir connaître et déterminer la population étudiée.

Etes vous :

Un homme : **50%**.

Une femme : **50%**.

Age : moyenne d'âge : **54.5 ans, population allant de 31 à 74 ans.**

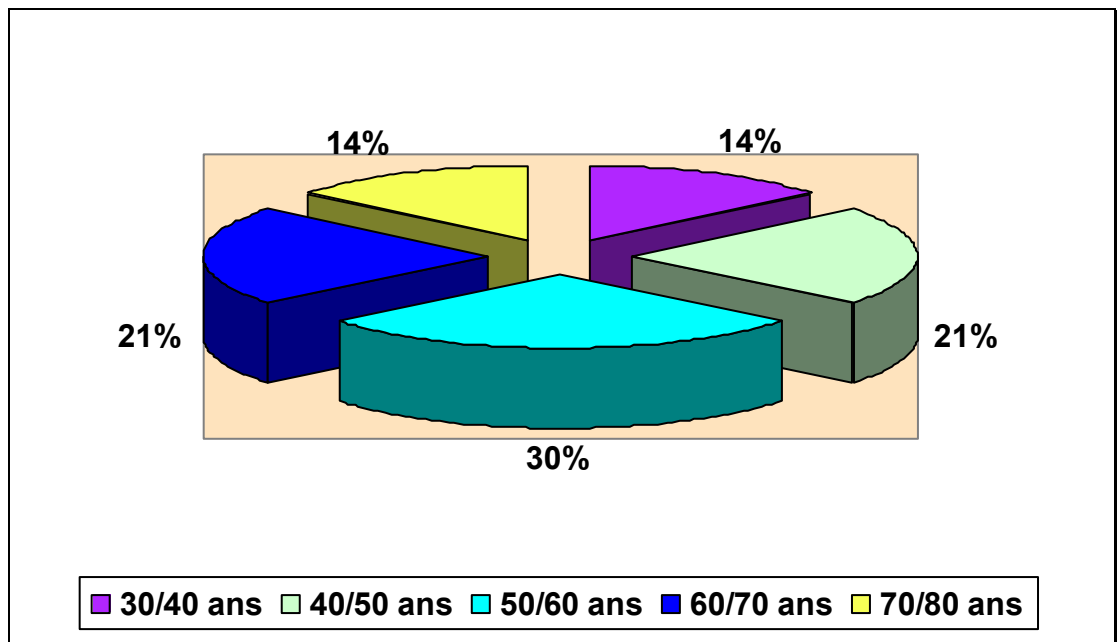


Figure 2: Age de la population étudiée.

Type d'intervention : **chirurgie du crâne : 35.7%.**

**chirurgie du rachis : 64.3%.**

L'échantillon des personnes interrogées est diversifié, il y a autant d'hommes que de femmes, la quasi-totalité des tranches d'âge adultes est représentée (hormis la tranche 20/30 ans), les âges allant de 31 à 74 ans, la moyenne d'âge est de 54,4 ans.

Ces valeurs correspondent aux résultats que j'escomptais, ainsi, l'étude reflétera le discours du patient en général.

## Question 2 :

J'ai voulu savoir, à travers cette question, si les patients se sont sentis anxieux à leur arrivée au bloc opératoire et la manière dont cela se manifestait. Pour ce faire, j'ai posé une question fermée, suivie d'items caractéristiques d'anxiété<sup>36</sup>.

Lors de votre arrivée au bloc opératoire, étiez-vous anxieux ?

Oui : **85.7%**

Non : **14.3%**

Manifestiez-vous :

Les mains moites,	<b>50%</b>
Des sueurs,	<b>28.6%</b>
La gorge serrée,	<b>42.9%</b>
La bouche sèche,	<b>78.6%</b>
Des palpitations,	<b>64.3 %</b>
Des tremblements,	<b>21.4%</b>
Des maux de tête, de ventre, autre,	<b>14.3%</b>
De la nervosité, de l'impatience,	<b>64.3%</b>
Le besoin d'uriner,	<b>14.3%</b>
Des désagréments digestifs : nausées, gargouillements	<b>aucun patient</b>
Autres : pleurs :	<b>7.1%</b>
Manque d'air :	<b>21.4%</b>

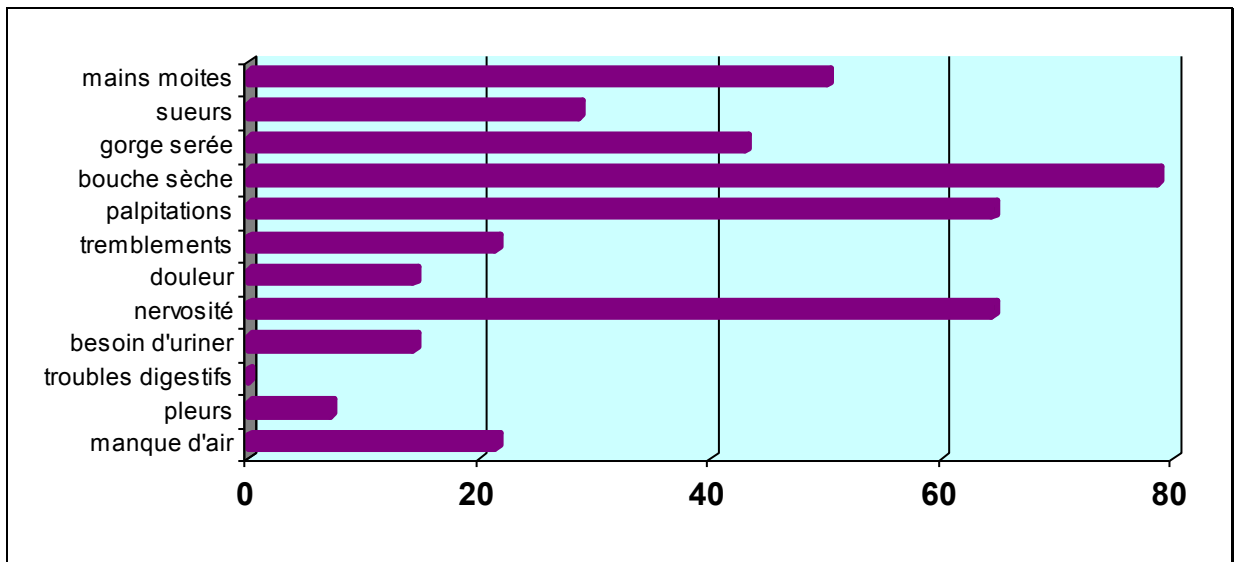


Figure 3: Signes de manifestations d'anxiété.

<sup>36</sup> <http://www.zestress.com/services/stress/manifestation-stress.php>

85.7% des personnes interrogées ont affirmé avoir été anxieuses, puis en citant la liste des manifestations d'anxiété, on se rend compte que toutes les personnes ont au moins affirmé un item d'anxiété. Une des personnes qui se disait non anxieuse au début de cette question a finalement conclu qu'elle était certainement plus anxieuse qu'elle ne l'avait pensé (les 85.7% prennent en compte cette personne). Cette personne présente peut-être une anxiété trait dans sa personnalité.

Cette question valide l'hypothèse que l'anxiété pré-opératoire est un fait réel, confirmé par les patients, et ce malgré la prémédication reçue. En effet, tous les patients ont reçu la même prémédication, à savoir de l'Atarax®.

Même les patients se sentant non anxieux manifestent des signes d'anxiété.

Les items « gorge serrée » et « bouche sèche » sont à analyser avec prudence puisque les conditions de l'anesthésie générale requièrent le jeûne. Cette situation entraîne donc forcément un phénomène de gorge serrée et de bouche sèche.

Lors des entretiens, je me suis rendue compte que la question, tel quelle, n'était pas pertinente, dans un but de réajustement, j'ai donc cherché à connaître les raisons de l'anxiété des patients.

Cette anxiété est décrite comme étant un « *moment d'état désagréable* », « *une sensation désagréable* », « *un mal être* ». Voici la synthèse des réponses obtenues :

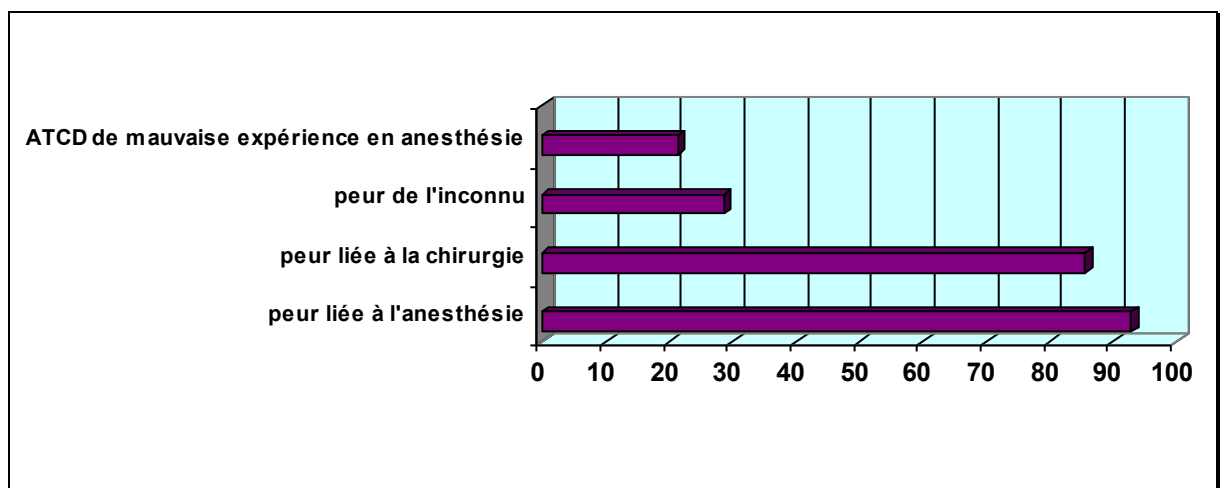


Figure 4: Sources d'anxiété des patients.

L'anesthésie et la chirurgie font peur aux patients. Lorsque le patient évoque sa peur de l'anesthésie, il parle de la peur des aiguilles, de la peur des erreurs de dilution et de dosage des médicaments, de la peur de ne pas se réveiller, de mourir ainsi que de la peur d'avoir mal.

Les sources de peur liées à la chirurgie se centrent plus sur la peur de l'échec de l'intervention avec la survenue de complications post-opératoires.

La peur de l'inconnu est quant à elle bien distincte des deux autres peurs par les patients, elle concerne la peur de se retrouver dans un milieu inconnu et « froid », ainsi que la peur de la nudité.

Les patients ayant eu une mauvaise expérience en anesthésie ont redouté ce nouveau passage au bloc opératoire. Deux patients ont un souvenir ancien d'une induction au masque lors de leur enfance évoquant un sentiment de suffocation. Le troisième évoque un problème de ponction veineuse très difficile. Dans tous les cas, les patients redoutent le passage au bloc opératoire.

Cependant, cette question ne permet pas de savoir si l'on parle de l'anxiété trait ou de l'anxiété état du patient. Cette question atteint ainsi ses limites et ne permet pas de savoir si l'anxiété relevée est simplement liée à la chirurgie ou à un terrain anxieux prédisposé.

### Question 3 :

Cette question a plusieurs objectifs. Lorsque ce travail était encore en phase d'ébauche, plusieurs personnes m'ont dit que « *le patient vient au bloc se faire opérer et non discuter...* ». Or l'accueil et la discussion sont la base fondamentale lors de l'instauration d'une relation. Je souhaiterais également, à travers cette question, savoir comment le patient arrivant au bloc opératoire aimerait être accueilli, par quelle procédure. En effet, souvent, les personnels du bloc opératoire se présentent au patient au fur et à mesure de leurs disponibilités, réitérant parfois les mêmes questions.

#### Comment souhaiteriez-vous être accueilli ?

Par un simple échange « professionnel » : **aucun patient**  
Par quelqu'un qui devance vos besoins, qui engage une relation : **100%**

Par une seule personne, qui serait un intermédiaire entre vous et l'équipe : **92.2%**  
Par toute l'équipe qui vous prendra en charge  
Au fur et à mesure de leurs possibilités : **aucun patient**  
Ensemble : **21.4%**

Lors de l'échange, il est ressorti que les patients souhaitent être accueillis par une personne souhaitant créer une relation.

Unanimement, les patients ont confirmé le caractère anxiogène émanant de la succession de protagonistes, pas souvent identifiés ni identifiables ainsi que de la répétition des questionnements. Il ressort des entretiens que le masque porté par les soignants est très anxiogène pour les patients. Un accueil successif du patient par les membres de l'équipe n'est pas souhaité par les personnes interrogées.

Les patients souhaitent idéalement être accueillis par une voire plusieurs personnes mais en même temps, et ce afin de créer une unicité de la période de l'accueil.

Les patients semblent voire une plus value à ce qu'une personne fasse l'intermédiaire entre eux et le reste de l'équipe afin de minimiser toute source d'anxiété liée aux vérifications d'usage et divers questionnements.



21,4% des personnes interrogées apprécieraient d'être accueillis par plusieurs membres de l'équipe en même temps. Conformément aux textes et dans le cadre de la sécurité du patient au bloc opératoire, il convient de réaliser la check-List de l'HAS<sup>37</sup>.

Cette période d'accueil du patient pourrait se révéler un moment idéal, pour l'IADE et l'IBODE, pour se rencontrer autour du patient afin de débiter optimalement la prise en charge. Le bénéfice tiré profiterait à chaque parti. Le patient connaîtrait les paramédicaux qui vont prendre soin de lui, et cela permettrait de croiser les informations concernant le futur opéré entre les IADE et les IBODE.

---

<sup>37</sup> cf. annexe n°4.

### Question 4 :

Cette question avait pour objectif de faire ressortir les principales attentes du patient lors de son accueil au bloc opératoire. Pour ce faire, j'ai repris les critères de Walter HESBEEN, étudiés dans le cadre conceptuel. Pour chaque item, j'ai redonné la définition du mot afin de pouvoir, tous, parler de la même chose.

Quels éléments vous semblent-il importants de percevoir de la personne qui vous accueille :

De la chaleur	<b>100%</b>
De l'écoute,	<b>100%</b>
De la disponibilité,	<b>100%</b>
De la simplicité d'accès,	<b>92.9%</b>
De l'humilité,	<b>28.6%</b>
De l'authenticité,	<b>50%</b>
De l'humour,	<b>71.4%</b>
De la compassion,	<b>0%</b>
Un regard,	<b>100%</b>
Un sourire,	<b>85.7%</b>
Le toucher,	<b>35.7%</b>
Etre accueilli par quelqu'un de déjà connu,	<b>78.6%</b>
Autre : se présenter	<b>42.9%</b>
retirer son masque	<b>35.7%</b>
rassurer	<b>42.9%</b>

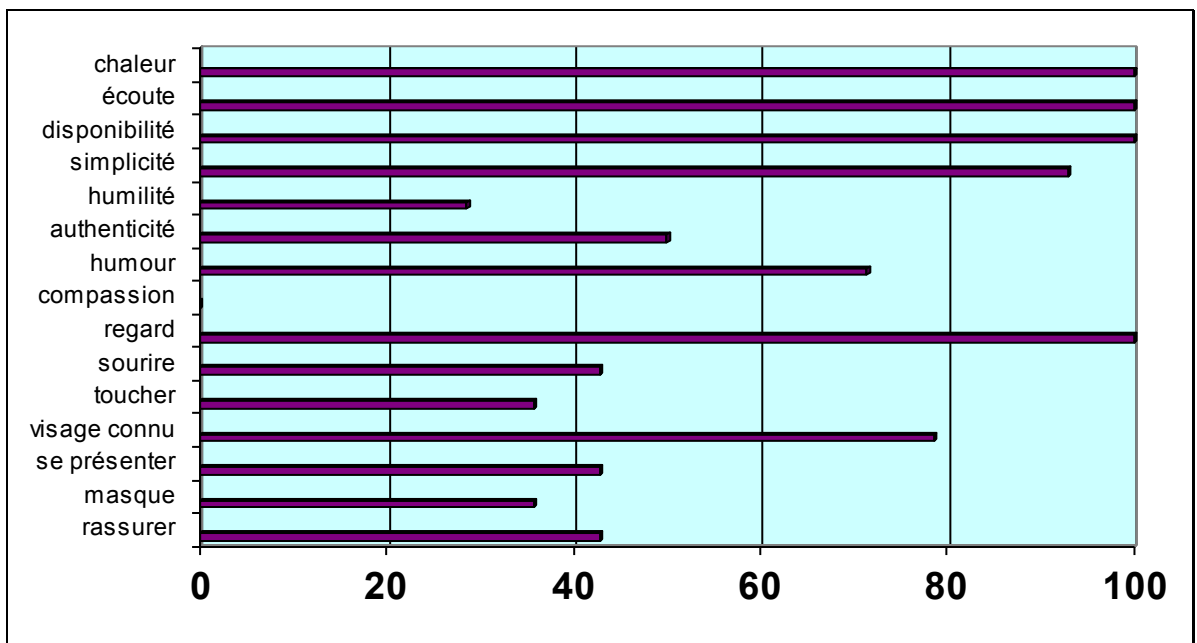


Figure 5: Qualités recherchées chez les professionnels par les patients.

Certaines réponses étaient prévisibles comme la chaleur, l'écoute et la disponibilité. Ces attitudes sont observables quotidiennement au bloc opératoire.

Lors de l'étude des concepts, l'item humour m'avait fait sourire, en effet, j'avais trouvé cette attitude en décalage avec la situation dans laquelle peut se trouver le patient. 71.4% des patients souhaitent que le professionnel possède ce critère. Cependant, on ne peut pas intégrer de l'humour avec tout le monde ni avec n'importe quel sujet. J'en conclus que l'humour a peut-être été confondu avec le fait de faire sourire le patient.

Le patient est également attentif aux gestes et attitudes des professionnels. Il porte une grande attention à la manière dont on l'accueille avec notamment l'importance du non verbal comme le regard, le retrait du masque, le sourire.

Certaines attentes sont variables d'un patient à l'autre comme l'humour, le toucher, en effet cela peut-être perçu comme une agression supplémentaire par certains patients. Cela confirme les attentes et le caractère unique de chaque patient, nécessitant un accueil individualisé.

Des qualificatifs comme l'humilité et la compassion n'ont pas été des qualités validantes auprès des personnes interrogées. Il s'agit là de termes fort que j'ai peut-être mal définis auprès des patients ou bien cela ne fait pas parti de leurs attentes.

Globalement, il ressort deux principales attentes du patient, d'une part la simplicité de la relation avec le retrait du masque, le fait de s'identifier au patient, de montrer son authenticité et d'autre part d'être rassuré avec des attitudes d'empathie comme la chaleur, l'écoute, la disponibilité. En somme, le patient recherche de la bienveillance.

## Question 5 :

Cette question avait pour but de valider la légitimité de ce travail, à savoir si le patient éprouve réellement le besoin d'une relation de confiance avec les membres de l'équipe d'anesthésie.

Eprouvez-vous le besoin de faire confiance à la personne qui vous endort ?

Oui	<b>92.9%</b>
Non	<b>7.1%</b>

7.1% soit une personne de l'échantillon interrogé ne valide pas cette hypothèse. Selon la personne interrogée, elle se remet aux mains du corps médical qui est qualifié pour ce type de prise en charge. Cependant, l'idée de se remettre aux mains du corps médical n'est-il pas l'amorce d'une relation de confiance ? Le fait d'accepter de partager quelque chose avec l'autre conditionne la relation de confiance.

92.9% des personnes interrogées confirment la nécessité d'instaurer une relation de confiance avec la personne qui va les endormir. Les patients m'ont, souvent, spontanément répondu « *oui, il faut quand même qu'elle me réveille....* ».

Ainsi selon les patients, la relation de confiance est primordiale puisqu'elle permet :

- d'être rassuré, de diminuer l'anxiété : **57.1%**
- de s'endormir sereinement : **42.9%**
- de savoir que la personne sera bienveillante, se savoir entre de bonne mains (*prendra les bonnes décisions, saura quoi faire en cas de problème*) : **78.6%**
- de confier sa vie/santé au professionnel de santé : **42.9%** (une personne a même employé le terme de « *responsabilité morale* » de l'équipe envers le patient).

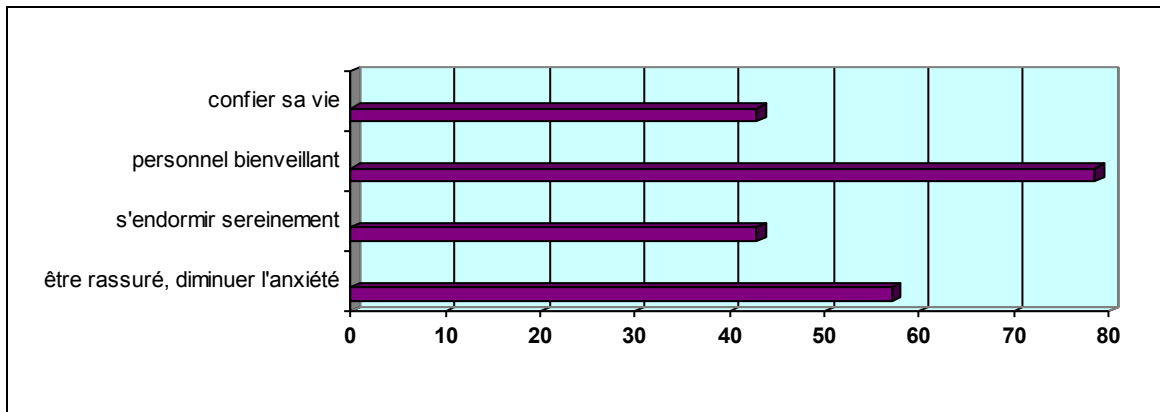


Figure 6: Causes de nécessité d'instauration d'une relation de confiance d'après les patients.

Il ne faut pas oublier que certains patients, en cas d'hospitalisation, sont amenés à venir de loin, ils sont donc privés des visites et du soutien de leur entourage. A travers les entretiens réalisés, j'ai pu observer la solitude et le besoin de réassurance éprouvés par les patients la veille et le matin de l'intervention. En effet, les patients verbalisent l'imminence de la prise en charge au bloc opératoire et du caractère anxiogène qu'elle impose. Ils réalisent parfaitement la phase de perte de contrôle de leur vie.

Dans cette phase d'arrivée au bloc opératoire, ils vont la confier temporairement aux équipes d'anesthésie. Il ressort des entretiens qu'ils recherchent de la réassurance, de la bienveillance et du professionnalisme dans les équipes anesthésiques. Ainsi la relation de confiance est primordiale entre le patient et les soignants. Dans ce processus, l'IADE me semble être l'allié parfait du patient puisque ce sera lui qui, avec le MAR, sera aux commandes de la gestion de l'homéostasie, et par conséquent de la vie du patient.

## Question 6 :

Cette question avait pour objectif, de savoir si l'instauration d'une relation de confiance précoce, en pré-opératoire, IADE / futur opéré semblerait bénéfique aux yeux des patients

Le fait d'avoir vu l'IADE qui participera à votre anesthésie la veille de votre opération aurait-il diminué votre anxiété ?

Oui **78.6%**  
Non **21.4%**

Pourquoi ?

- pouvoir poser les questions non demandées au médecin **42.9%**
- instaurer une relation de confiance, un suivi **35.7%**
- identifier la personne **42.9%**
- être rassuré, considéré, écouté, entendu **50%**
- occuper le temps **14.3%**
- passer une meilleure nuit **21.4%**

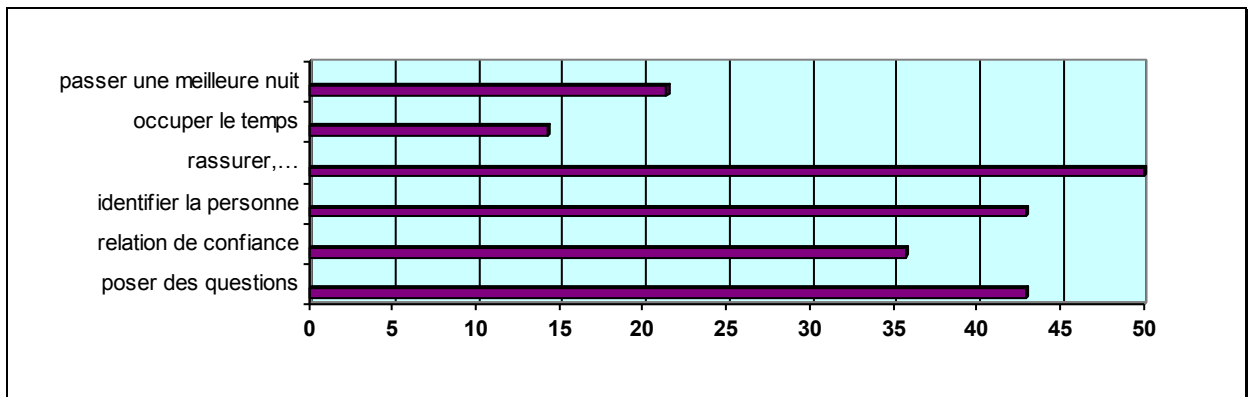


Figure 7 : Motifs de besoin de relation de confiance selon les personnes interrogées.

Cette question m'a beaucoup appris. Dans un premier temps, les patients m'ont expliqués qu'ils ne connaissaient pas la profession IADE et qu'ils pensaient que seul le MAR gérait l'anesthésie. Je leur ai donc expliqué en quoi consistait notre profession et notre collaboration avec le MAR. Ainsi 78.6% des personnes interrogées désirerait la visite d'un IADE la veille de l'intervention, en complément de celle du MAR.

Les patients ont beaucoup d'interrogations concernant leur anesthésie (est-ce que je vais avoir mal ? où va-t-on me poser la perfusion ? est-ce que je vais réussir à uriner en post-opératoire ? comment ça va se passer au bloc ?...) qu'ils n'ont pas posé au MAR, faute d'oubli, de temps ou bien de peur. En effet, leurs interrogations portent sur des choses pratiques, des petits détails qu'ils n'osent pas forcément aborder avec le MAR.

L'idée de la visite d'un paramédical a séduit beaucoup de personnes interrogées, cette situation leur permettrait de savoir, concrètement, qui va les accueillir le lendemain matin au bloc opératoire, de poser d'éventuelles questions d'être rassuré par rapport aux craintes. En somme, cela permettrait de débiter une relation de confiance bénéfique pour les deux partis. D'une part le patient serait moins anxieux et certains pensent même que ce genre de visite leur aurait peut-être permis de mieux dormir et d'arriver au bloc opératoire plus sereinement, puisque renseignés sur leurs craintes. D'autre part, l'IADE en rencontrant le patient la veille pourrait consulter le dossier et rencontrer son patient. Cela permettrait d'anticiper certains éléments dans la préparation de la salle en vue d'accueillir sécuritairement le patient (ponction veineuse difficile, allergie à certains antibiotiques, ventilation ou intubation difficile prévisible...). Cette rencontre pré-anesthésique entre l'IADE et son patient permettrait de débiter l'alliance thérapeutique avant l'arrivée au bloc opératoire.

Enfin, 14.3% des patients avouent que ce type de visite leurs permettrait d'atténuer l'anxiété liée à la solitude, en effet les patients se sont retrouvés seuls dans une chambre d'hôpital la veille de leur intervention, loin des leurs.

Cela rejoint l'idée évoquée dans la partie conceptuelle concernant la solitude du patient à l'hôpital.

Au fil de l'entretien, j'ai demandé aux patients s'ils auraient, par ailleurs, souhaité la visite de l'IADE le matin de leur intervention, les réponses étaient moins franches (85.7% de réponses négatives), la totalité des patients a regretté le fait d'avoir été réveillée si tôt et de devoir patienter ensuite.

Cependant, la mise en place d'un IADE de « visite pré-anesthésique » pourrait soulever un problème de responsabilité. Il s'agirait donc de bien définir le contenu de ces visites et de se demander où sont les limites des réponses que pourrait donner l'IADE.

Les patients ne souhaitant pas de visite IADE ont estimé avoir eu assez d'informations de la part du MAR. Enfin entre les derniers bilans à effectuer et les diverses examens, ils ne jugent pas nécessaire de la venue de l'IADE la veille de l'intervention.

La majorité des patients apprécierait une visite de l'IADE la veille de leur intervention, en complément de la visite pré-anesthésique effectuée par le MAR.



## Question 7 :

Cette question avait pour but de recueillir le ressenti immédiat du patient concernant sa prise en charge et savoir si cette dernière s'est avérée anxiolytique ou non.

Est-ce que l'accueil reçu de la part de l'équipe d'anesthésie lors de votre arrivée au bloc opératoire a diminué votre anxiété ?

Oui **78.6%**  
Non **21.4%**

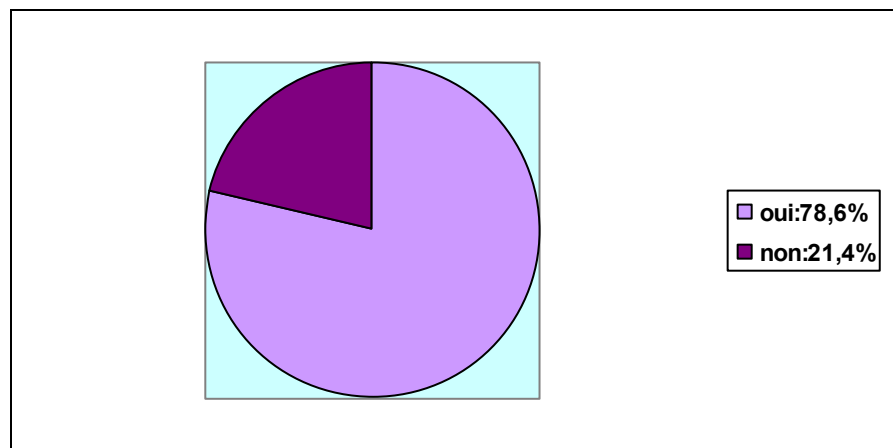


Figure 8 : Satisfaction de l'accueil reçu à l'arrivée au bloc opératoire.

Dans la structure étudiée, l'ensemble des médicaux et paramédicaux se présentent et s'identifient faisant partie de l'équipe d'anesthésie ou de chirurgie.

Si l'on ne considère que l'aspect relationnel et le premier contact avec les soignants, la totalité des patients s'accorde à dire que l'accueil prodigué par l'équipe paramédicale a contribué à diminuer l'anxiété pré-opératoire. Les patients ont apprécié la disponibilité et la « *chaleur* » de l'équipe soignante.

Pour 57.1% des patients l'accueil reçu a permis de « *détourner l'attention* » de l'intervention imminente, en parlant de choses et d'autres et en se sentant « *à l'aise, en confiance* ». Les patients (42.9%) ont apprécié d'être accueillis par une « *équipe sympathique* », « *non stressée* » et qui a pris le temps de « *se poser* » pour procéder à l'accueil, « *dédramatiser* » (35.7%) les craintes et « *rassurer* » (71.4%).

Au départ, cette question avait simplement pour but de faire le lien entre l'accueil reçu et l'impact positif que cela peut avoir sur la satisfaction du patient dans le cadre de l'anxiolyse. Cependant en explorant les 21.4% des personnes non satisfaites de l'accueil reçu, les propos tenus sont très intéressants. D'un point de vue relationnel, la prise en charge ne pose aucun souci. En revanche, certains éléments ont été facteur d'anxiété lors de l'accueil au bloc opératoire comme :

- l'attente (« *longue lorsque l'on attends* ») que quelqu'un vienne les accueillir après leur arrivée au bloc opératoire,
- la position décubitus dorsal stricte obligeant à regarder le plafond,
- les allées et venues de personnel masqué,
- se retrouver dos à la circulation,
- avoir le dossier sur les jambes, empêchant de bouger,
- avoir froid,
- la venue, successive, de toutes les personnes soignantes, posant les mêmes questions, obligeant le patient à répéter les mêmes réponses,
- être accueillis par des personnes qui ne se présentent pas,
- ne pas voir le visage des personnes qui parlent (masque, positionnement des soignants en dehors du champ de vision du patient),
- après un temps d'attente, « *une période d'agitation avant de m'endormir* ».

Il s'agit de parasites, d'éléments perturbateurs, qui, seul ou accumulés contribuent à augmenter l'anxiété, préexistante, du patient arrivant au bloc opératoire. Certaines choses semblent inhérentes à l'organisation du bloc opératoire comme l'attente qui, parfois, s'impose au patient, malgré la meilleure des volontés de l'équipe soignante (imprévu, urgence, problème technique...). Pour d'autres, en revanche, il revient à toute l'équipe du bloc opératoire de mettre en place des stratégies pour améliorer le temps d'attente du patient et veiller à son confort, tout en imposant une présence rassurante. Ces actions relèvent, notamment du rôle propre de l'IADE. Pour répondre aux attentes évoquées précédemment par les patients interrogées, l'IADE n'a pas besoin de prescriptions médicales, il s'agit de gestes relevant du rôle propre infirmier. En cela, l'IADE est l'allié parfait du patient au bloc opératoire.

#### **4. Conclusion de l'enquête :**

L'échange réalisé avec les patients dans le cadre de ce travail a été très constructif et riche de par le suivi du patient permettant un retour concernant la prise en charge et le ressenti du patient.

Il ressort clairement de l'enquête quatre axes.

Le patient arrivant au bloc opératoire éprouve de l'anxiété, et ce malgré la prémédication médicamenteuse reçue.

Le futur opéré est très réceptif au détail et chaque petit inconfort devient vite source d'anxiété supplémentaire. L'accueil au bloc opératoire est un moment crucial.

Un accueil personnalisé et chaleureux par un soignant bienveillant est souhaité par les personnes interrogées afin de créer une relation de confiance. Il me semble intéressant de choisir l'IADE comme étant cette personne, pour des raisons citées précédemment. L'accueil devrait être précoce, dès l'arrivée du patient au bloc opératoire pour éviter une période de latence entre l'arrivée au bloc opératoire et l'accueil. En cela, un IADE d'accueil au bloc pourrait-être une plus value.

Enfin, les patients apprécieraient, dans le cadre de leur prise en charge au bloc opératoire, de rencontrer l'IADE qui va participer à l'anesthésie avant de descendre au bloc opératoire. Ainsi la relation de confiance serait renforcée et permettrait ainsi de majorer l'anxiolyse de façon non médicamenteuse.

Au terme de ce travail de recherche mes hypothèses sont validées :

- La satisfaction du patient lors de l'accueil est un élément indispensable pour créer une relation de confiance.
- La relation de confiance instaurée entre l'IADE et le patient au moment de l'accueil au bloc opératoire améliore le vécu de la période péri-opératoire et diminue l'anxiété.
- La relation de confiance permet une meilleure stabilité anesthésique.
- Le futur opéré est en demande de relation de confiance et de bienveillance de la part des soignants dont l'IADE fait partie.

## **Propositions :**

Afin de répondre, au mieux, aux besoins du patient, je souhaiterais soumettre plusieurs propositions visant à améliorer l'accueil du futur opéré au bloc opératoire. Cela permettrait de favoriser l'instauration d'une relation de confiance et ainsi diminuer l'anxiété.

- Identification de l'IADE par un badge avec une photo et l'identification « infirmière anesthésiste », permettant ainsi de nous identifier clairement.
- Un accueil précoce dès l'arrivée au bloc opératoire du patient, en nommant un IADE référent attribué à ce poste, afin d'éviter tout intervalle libre propice à l'anxiété.
- Une brochure adressée aux IADES pour non pas critiquer leurs pratiques, mais pour les sensibiliser aux « petits détails » n'échappant pas aux patients. Cela pourrait se réaliser sous forme d'audits bisannuels par exemple, répertoriant le retour d'expérience des patients.
- Consultation avancée de l'IADE la veille de l'intervention auprès du patient, en complément de la visite du MAR. Cette rencontre permettrait de démarrer une relation de confiance permettant au patient de préparer plus posément son passage au bloc opératoire et une meilleure connaissance du patient pour l'IADE. Cependant, l'idée semble utopique puisque l'organisation de travail actuelle des IADE est difficilement conciliable avec ce projet.

Il semble évident que les acteurs de santé doivent être convaincus de la plus value de ces actions.

Plusieurs contraintes apparaissent également. Ces axes d'amélioration doivent faire partie de projets de service et obtenir l'autorisation de la hiérarchie. La contrainte financière est également à prendre en compte, à l'heure des restrictions budgétaires et de la maîtrise des dépenses, certains projets immatériels passent en second plan.

---

---

## CONCLUSION

---

---

La confiance est exigée partout...dans le couple, dans la famille, dans les relations professionnelles, chez les commerçants...les exemples ne manquent pas... Au moment où je termine ce travail, une nouvelle publicité fait l'éloge de la confiance<sup>38</sup>. Sans elle, rien ne semble possible. Qu'en est-il au bloc opératoire face à l'anesthésie... ? Mon intime conviction me portait à croire qu'elle y a toute sa place. Riche de l'opportunité d'un temps de travail et de réflexion, j'ai souhaité savoir ce qu'il en était réellement, de façon théorique et pratique.

La recherche conceptuelle m'a permis de mettre en avant d'une part, le caractère anxiogène du bloc opératoire, ses conséquences et d'autre part, le bénéfice de l'instauration d'une relation de confiance.

Cependant, entre la théorie et la pratique, il y a souvent une dissymétrie.

L'enquête réalisée auprès des patients m'a permis de confirmer les besoins et les attentes des futurs opérés quant à la relation de confiance et la gestion de l'anxiété.

Le soin relationnel a un rôle capital dans notre profession dominée par la technicité. A l'heure de la maîtrise des coûts, de la rentabilité, il ne faut pas oublier que le patient doit rester le point d'obsession de notre prise en charge.

L'IADE, profession peu connue du grand public, est un soignant spécialisé dans les techniques d'anesthésies qui doit prendre soin, c'est-à-dire accompagner le patient dans le déploiement de sa santé. La relation de confiance trouve alors une place de choix afin que le patient puisse traverser le bloc opératoire avec une anxiété minimale.

Au terme de ce travail, je suis amenée à me poser la question suivante :

**Pourquoi n'y aurait-il pas d'IADE dans le parcours pré-opératoire du patient ?**

---

<sup>38</sup> <http://www.la-banque-nouvelle-definition.fr/>

---

---

## Bibliographie :

---

---

### 1. Textes législatifs et réglementaires

- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Journal officiel, n°183 du 8 août 2004 page 37087.
- Circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

### 2. Ouvrages

- BELLENGER Lionel. *La confiance en soi*. Paris : esf éditeur, collection formation permanente, 2007. 208p.
- CREPET André. *Améliorer les relations soignant soigné*. Paris : Thélès, 2002. 283p.
- HESBEEN WALTER. *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson, 1997. 195p.
- HESBEEN WALTER. *La qualité du soin infirmier*. Paris : Masson, 1999. 207p.
- NICOLET Martine. *L'infirmier anesthésiste*. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2003. 233P.
- ORRIGI Gloria. *Qu'est-ce que la confiance ?* Paris : Chemin philosophiques, VRIN, 2008. 126p.

### 3. Revues

- POLLONO M.C. et ANDREOLETTI M., La place de l'information dans la préparation du patient à l'intervention chirurgicale. Oxymag, N°95- juillet/août 2007. p7-12.
- RIPOCHE S., FALCOU M.C., SAVIGNONI A., KRIEGEL I., La visite pré anesthésique de l'IADE et son influence sur le vécu péri anesthésique du patient. Oxymag, N°94-mai-juin 2007. p 4-7.

- LE JOUAN G., L'accueil personnalisé au bloc, une mission impossible ? Interbloc, Tome XXIV, mars 2005. p6-10.
- BAEV Dian, L'anxiété préopératoire en chirurgie. Interbloc, n°1, tome XXIII, mars 2004.p38-40.
- BASTION J. VALDEYRON JL. VAQUIER V., De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. Recherche en soins infirmiers, septembre 2001. p39-100.
- GOSSELIN Sylvie. *Le bloc, théâtre d'ombres*. L'infirmière magazine, n°255, décembre 2009. pp. 38 à 43.

#### 4. Thèses, mémoires puis travaux de recherche

- PAUL Gaëlle. Les différents aspects du bien-être du patient au cabinet dentaire.2009.

#### 5. Sites internet

- Accueil du patient au bloc opératoire : le VAKO au secours de la bienveillance (**en ligne**). Disponible sur : <http://intelligence.eu.com/cfhtb2009/procs/abstracts/000074.pdf> (consulté le 24.10.2010).
- La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" Zen, zen, rassurez-vous...! (**en ligne**). Disponible sur : [http://www.lesitedubienetre.com/la\\_check\\_list\\_securite\\_du\\_patient\\_au\\_bloc\\_operatoire\\_zen\\_zen\\_rassurez\\_vous\\_](http://www.lesitedubienetre.com/la_check_list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire_zen_zen_rassurez_vous_) (consulté le 20.10.2010).
- L'anesthésie et la réanimation vues par les Français (**en ligne**). Disponible sur : [http://www.sfar.org/\\_docs/articles/SondageBVA-SFARjuin2010.pdf](http://www.sfar.org/_docs/articles/SondageBVA-SFARjuin2010.pdf) (consulté le 19.10.2010).
- SNIA : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste (**en ligne**), disponible sur : [http://www.snia.net/lois\\_et\\_reglements/Recommandations/Recommandations-snia-2002.pdf](http://www.snia.net/lois_et_reglements/Recommandations/Recommandations-snia-2002.pdf) (consulté le 24.10.2010).
- Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen (en ligne) <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp> (consulté le 26.12.2010)



---

---

**Liste des annexes :**

---

---

**Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé.**

**Annexe 2 : Outil de recherche.**

**Annexe 3 : Grille d'élaboration du questionnaire.**

**Annexe 4 : Check-list de la HAS.**

**Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé.**



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

## **Annexe 2 : Outil de recherche.**

**1. Etes vous :**

- Un homme
- Une femme

**Age :**

**Type d'intervention :**

**2. Lors de votre arrivée au bloc opératoire, étiez-vous anxieux ?**

- Oui
- Non

**Manifestiez-vous ?**

- Les mains moites,
- Des sueurs,
- La gorge serrée,
- La bouche sèche,
- Des palpitations,
- Des tremblements,
- Des maux de tête, de ventre, autre,
- De la nervosité, de l'impatience,
- Le besoin d'uriner,
- Des désagréments digestifs : nausées, gargouillements
- Autres :

**3. Comment souhaiteriez-vous être accueilli ?**

- Par un simple « échange professionnel »,
- Par quelqu'un qui devance vos besoins, qui engage une relation.
  
- Par une seule personne, qui serait un intermédiaire entre vous et l'équipe.  
Par toute l'équipe qui vous prendra en charge
  - Au fur et à mesure de leurs possibilités.
  - Ensemble.

**4. Quels éléments vous semblent-il importants de percevoir de la personne qui vous accueille :**

- De la chaleur,
- De l'écoute,
- De la disponibilité,
- De la simplicité d'accès,
- De l'humilité,
- De l'authenticité,
- De l'humour,
- De la compassion,
- Un regard,
- Un sourire,
- Un toucher, poignée de main,
- Etre accueilli par quelqu'un de déjà connu,
- Autre :

**5. Eprouvez-vous le besoin de faire confiance à la personne qui vous endort ?**

- Oui
  - Non
- Pourquoi ?

**6. Le fait d'avoir vu la personne qui participera à votre anesthésie la veille de votre opération aurait-il diminué votre anxiété ?**

- Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- Pourquoi ?

**7. Est-ce que l'accueil reçu de la part de l'équipe d'anesthésie lors de votre arrivée au bloc opératoire a diminué votre anxiété ?**

- Oui
  - Non
- Expliquer :

**Annexe 3 : grille d'élaboration du questionnaire.**

**Question n°1 :** Etude du panel interrogé.

**Hypothèse n°1 :** la relation de confiance entre l'IADE et le patient au moment de l'accueil au bloc opératoire améliore le vécu de la période péri-opératoire et diminue l'anxiété.

<b>Question n°2</b>	Savoir si le patient présente de l'anxiété et définir comment celle-ci se manifeste.
---------------------	--

<b>Question n°5</b>	Savoir si le patient désire une relation de confiance avec les soignants.
---------------------	---

<b>Question n° 6</b>	Savoir si une relation de confiance précoce diminuerait l'anxiété du patient.
----------------------	---

<b>Question n°7</b>	Savoir si la relation de confiance reçue a diminué l'anxiété du patient.
---------------------	--

**Hypothèse n°2 :** la satisfaction du patient lors de l'accueil est un élément indispensable pour créer une relation de confiance.

<b>Question n°3</b>	Connaître les modalités d'accueil souhaitées par le patient.
---------------------	--

<b>Question n°4</b>	Connaître les qualités recherchées chez les professionnels par les patients.
---------------------	--

<b>Question n°7</b>	Connaître la satisfaction du patient quant à l'accueil reçu.
---------------------	--

**Question n°7 :** Evaluation globale de l'analyse, recueil du ressenti du patient, discussion.



## **Annexe 4 : Check-list de la HAS**