

Sophie LAURENT

**INFORMATIONS**

**ADAPTEES**

**DES**

**ENTRANTS**

Ecole IADE  
Promotion 2008/2010

## SOMMAIRE

GLOSSAIRE	P 1
INTRODUCTION	P 2
PREMIERE PARTIE: CADRE THEORIQUE	P 4
1. Le stress	P 4
1.1. Historique	P 4
1.2. Définition	P 5
1.3. Causes et facteurs favorisants	P 6
1.4. Conséquences	P 9
2. L'information au patient	P 12
2.1. Définition et obligation	P 12
2.2. Transmission de l'information	P 14
2.3. Information du patient avant une intervention chirurgicale	P 16
2.4. Relation soignant/soigné	P 18
3. Et le patient dans tout ça...	P 22
3.1. Qui est-il?	P 22
3.2. Son parcours pré-opératoire	P 25
3.3. La rencontre avec les différents intervenants	P 26
3.4. Un citoyen avant tout...	P 27
DEUXIEME PARTIE: ENQUETE	P 28
1. Objectifs de l'enquête	P 29
2. Choix de l'outil	P 29
3. Conditions de réalisation	P 31
4. Limites de ce travail	P 31
5. Exploitation des résultats	P 33
6. Propositions	P 44
CONCLUSION	P 45
ANNEXES	P 46
BIBLIOGRAPHIE	P 52

## **GLOSSAIRE**

- **A.C.T.H:** Adréno Cortico Tropin Hormon: Hormone corticotrope
- **A.D.H:** Anti diuretic Hormon: Hormone anti-diurétique
- **A.G:** Anesthésie Générale
- **A.L.R:** Anesthésie Loco-Régionale
- **C.A:** Consultation d' Anesthésie
- **C.H.U.R:** Centre Hospitalier Universitaire de Reims
- **H.A.S:** Haute Autorité de la Santé
- **I.A.D.E:** Infirmier(e)<sup>1</sup> Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
- **I.D.E:** Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- **I.B.O.D.E:** Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
- **M.A.R:** Médecin Anesthésiste Réanimateur
- **S.F.A.R:** Société Française d'Anesthésie et Réanimation
- **S.S.P.I:** Salle de Soins Post-Interventionnelle
- **T.A.S:** Tension Artérielle Systolique
- **V.P.A:** Visite Pré Anesthésiste

---

1 Lire partout infirmier et infirmière

## INTRODUCTION

« Bonjour Madame X, je suis Madame Y, I.A.D.E qui sera présent avec vous en salle. On vous endort complètement, savez-vous comment cela va se passer?

- Non, pas du tout », répond Madame X, stressée.

Quelle ne fût pas ma surprise lorsque j'assistai à cette scène lors de mon tout premier stage d'anesthésie. Les patients vont bénéficier d'une intervention chirurgicale sous A.G et ils ignorent ce qui va se passer une fois les portes du bloc franchies!

Par contre lorsque l' I.B.O.D.E leur demande le motif de l'intervention, ils répondent sans hésiter.

Les patients voient d'abord en consultation un chirurgien qui, s'il décide avec eux d'une intervention, les oriente ensuite vers un M.A.R en C.A puis en V.P.A la veille ou le matin même de l'intervention.

Alors mon questionnement est le suivant:

- Y-a-t-il beaucoup de patients qui ne connaissent pas la technique anesthésique retenue par le médecin?
- Si oui pourquoi alors qu'ils le rencontrent par deux fois avant l'intervention?
- Cela provoque t-il un retentissement sur leur état?

Attention je tiens à préciser que ce travail n'est en aucun cas une critique des C.A et V.P.A réalisées par le M.A.R mais a pour objectif d'améliorer la prise en charge du patient en renforçant la collaboration M.A.R / .I.A.D.E.

J'ai réalisé une pré-enquête lors de mon stage au bloc opératoire de gynécologie (**voir annexe I**) et même si elle n'est pas très exploitable car pas assez précise on peut en conclure que:

- Aucune des patientes devant subir une A.G n'en connaît précisément le déroulement donc que les informations n'ont pas été entendues, comprises ou dites: pourquoi?
- 83% des patientes arrivent stressées au bloc opératoire

- Y a-t-il un lien entre ces deux constatations?

Quelques exemples personnels et retenus lors d'un travail d'échanges vont pouvoir répondre à cette question:

- Lors d'une consultation chirurgicale, le chirurgien dit à son patient que pour cette intervention il bénéficiera d' une A.G. Quelques temps plus tard lors de la consultation d'anesthésie le M.A.R propose une A.L.R alors qui croire? Deux médecins apportent deux informations contradictoires, un « a tort » donc le stress ressenti par le patient est majoré.

- Un M.A.R allemand dit à son patient, personne de confession juive, ayant participé à la seconde guerre mondiale:

« Bonjour Monsieur pour vous endormir je vais vous gazer »...Le patient ne répond pas mais une tachycardie et une hypertension artérielle apparaissent sur le scope!

- Une patiente, âgée de 77 ans, fond en larmes lorsqu'on vient la chercher pour entrer en salle d'intervention. Interloquée, l'I.A.D.E lui demande ce qui la chagrine. Elle répond en balbutiant « Le docteur m'a dit qu'avec tous mes antécédents l'anesthésie comportait des risques, que je resterai endormie quelques jours en réanimation et j'ai très peur de ne pas me réveiller...mon mari est décédé en réanimation à la suite d'une lourde intervention... »

Ces situations nous montrent que des informations ont bien été données aux patients quant à la technique anesthésique mais ont engendré des situations de stress. Nous pouvons constaté qu'elles n'ont pas été adaptées aux patients ( d'un point de vue culturel, vécu, trop précises).

Nous venons de voir que certaines personnes ressentent un manque d'informations et d'autres au contraire estiment en avoir trop ou de façon trop précise, toutes sources de stress, d'où ma problématique:

**En quoi l'IADE peut-il être une personne ressource dans l'individualisation de l'information au patient adulte devant bénéficier d'une anesthésie générale afin de diminuer son stress pré-opératoire?**

## 1. Le stress

### 1.1. Historique

On ne parle pas encore de « stress » mais HIPPOCRATE (-460 -370 avant J.C), grec et « père de la médecine » définit déjà la santé comme un état d'équilibre harmonieux et la maladie comme un déséquilibre.

Au XIXème siècle, Claude BERNARD (1813-1878) médecin français et physiologiste démontre que « tous les mécanismes vitaux quelques variétés qu'ils soient, n'ont qu'un seul but, celui de maintenir l'unité des conditions de la vie dans le milieu intérieur ». Il parle d'auto-régulation.

Walter Bradford CANNON(1871-1945), physiologiste américain parle d'homéostasie et décrit, par une série d'expériences (dont celle de la fuite du chat face à un chien) comment la médullo-surrénale, glande productrice d'adrénaline, permet de faire face aux changements de température, besoins énergétiques...

Les travaux d'Hans Selye (1907-1982) vont déboucher sur le « Syndrome général d'adaptation » ou « stress » (1936). Il constate que quelque soit le choc observé (septique, hypovolémique...), les manifestations cliniques sont toujours identiques d'où sa conclusion: « Le fait que la situation que nous rencontrons soit plaisante ou désagréable n'est d'aucune importance, la seule chose qui compte, c'est l'intensité de la demande de réajustement ou d'adaptation ». Il décompose ce Syndrome général d'adaptation en trois phases:

- *réaction d'alarme*: temps de préparation, mobilisation des ressources pour faire face au stress
- *phase de résistance*: utilisation des ressources
- *phase d'épuisement*: apparition des troubles somatiques

## 1.2. Définition

Le mot « stress » vient du latin « stringere », rendre raide, serrer, presser. Apparu au XVIIème siècle en Angleterre (et seulement XXème siècle en France), le mot « stress » était utilisé pour exprimer la souffrance et la privation résultant d'une vie éprouvante. Au XVIIIème siècle on passe de la conséquence émotionnelle à sa cause: une force, une pression produisant une tension et à plus ou moins long terme une déformation. Il est souvent associé au terme « strain »: tension excessive conduisant à une rupture.

De nos jours, il est devenu un mot d'usage courant utilisé aussi bien pour décrire un événement courant qu'une conséquence émotionnelle de cet événement. Il est aussi repris dans différentes disciplines comme la physique, la psychologie, la psychiatrie, l'immunologie...Un tel concept, scientifique et populaire à la fois, peut vite devenir source de confusions. C'est pourquoi j'ai retenu l'approche du modèle physiologique et du Syndrome général d'adaptation: « réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et pathologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation. »

Cette adaptation de l'organisme à l'environnement est sous le contrôle de trois systèmes:

- *nerveux*, qui permet la transmission de signaux de type électrique modulés grâce à des neuro-médiateurs,
- *endocrinien* qui utilise des messagers de type hormonal circulant et transmettant une information spécifique à distance,
- *immunitaire* qui transmet des messages grâce à des cellules circulant dans l'organisme et produisant des molécules actives: les cytokines et les anticorps.

### 1.3. Causes et facteurs favorisants

Les causes peuvent provenir du milieu externe sous forme de stimuli tels que la chaleur, le froid, le bruit ou interne comme l'hypoglycémie, la douleur ou les pensées désagréables. On retrouve nombre de ces stimuli avant l'entrée au bloc opératoire.

#### 1.3.1. Les causes

##### 1.3.1.1. Anesthésie=Angoisse de la mort

Cette pensée désagréable, souvent d'origine culturelle et ou religieuse, est souvent mise en avant par les patients. Plus répandue que la douleur physique, elle est souvent associée à la peur de l'inconnu (après la mort). Et là toutes les autres peurs sources de stress arrivent: peur d'être seul, de ce qui arrivera à ceux qui restent, peur du « trou noir » au réveil car les patients n'ont pas le contrôle de la situation. Un bref moment de leur vie échappe à leur mémoire bien qu'ils n'aient aucune altération de leurs fonctions cognitives.

##### 1.3.1.2. Médiatisation des accidents

Dès qu'un accident se produit il est tout de suite médiatisé dans tous les journaux (internet, papier, télévision, radio, ...). Or selon une étude sur les anesthésies en France (enquête SFAR-INSERM: « *mortalité totalement liée à l'anesthésie entre 1996 et 1999* »), les décès totalement secondaires à l'anesthésie représentent 50 cas par an, soit 1/145000 anesthésies (alors qu'il était de 1/13200 en 1982). Le risque de décès est donc aussi faible que la probabilité de mourir dans un crash d'avion ou un accident nucléaire!



### 1.3.1.3 Hospitalisation

Le patient arrive dans un univers inconnu, différent de sa sphère environnementale et il n'a plus ses repères. Il est seul ou avec une personne qu'il ne connaît pas (chambre double) dans un environnement technico-agressif (prise de sang, pose de voie d'abord,...). Le rapport de force est inégal puisqu'il est « patient » et n'a pas le contrôle de la situation.

### 1.3.1.4 Opération

Entre deux examens pré-opératoires, le patient a tout le temps de penser et de se projeter sur l'intervention: l'incertitude face aux découvertes lorsque le chirurgien propose une intervention dite diagnostique ainsi que l'attente des résultats des ponctions. Le stress peut aussi venir de l'atteinte à l'intégrité corporelle lorsqu'il s'agit d'une chirurgie carcinologique (comme une mastectomie chez une femme, la pose d'une stomie chez un jeune souffrant de recto colite hémorragique) ou ORL entraînant une trachéotomie.

### 1.3.1.5. Période post-opératoire

Comment vais-je me réveiller? Vais je avoir mal? Pourrais-je être autonome?  
Quand pourrais-je rentrer chez moi?

Lorsque les patients entendent anesthésie, ils pensent à l'induction (même si ce n'est pas le terme employé) mais pas au réveil (certains en ignorent même l'existence et l'intérêt).

Pour combattre toutes ces idées sources de stress et ce « trou noir » certaines personnes ont besoin d'informations complètes et précises tandis que d'autres préféreront ne pas savoir, d'où l'importance de l'individualisation de l'information.

### 1.3.2. Les facteurs favorisants

Ils sont reconnus comme majorant le stress mais contre lesquels les actions sont plus difficiles. L'importance est de savoir les dépister pour anticiper.

#### 1.3.2.1. Le sexe féminin

Les femmes sont naturellement plus anxieuses que les hommes, elles souffrent davantage de la séparation d'avec leur environnement (charge de famille, perte temporaire du lien social, ...).

#### 1.3.2.2. Jeune âge

Il est évident qu'un enfant va plus souffrir de la disparition brutale de son environnement auquel il est habitué et dont dépend son sentiment de sécurité (parents, fratrie, objets familiers, rites).

#### 1.3.2.3. Première expérience

En effet une personne qui va se faire opérer et anesthésier pour la première fois va être plus stressée et souffrir de la peur de l'inconnu (voir précédemment).

#### 1.3.2.4. Anesthésie précédente mal vécue

Là encore il est tout à fait possible d'admettre que cette anesthésie sera plus stressante pour le patient d'où l'intérêt d'un dépistage pour rassurer et donner des informations adaptées au patient.

## 1.4. Les conséquences

Nous pouvons les constater de façon tout à fait objective par des manifestations somatiques: libérations d'adrénaline et de noradrénaline (activation du système sympathique et de la glande médullo-surrénale) mais aussi par des manifestations comportementales et psychosomatiques. Nous nous attarderons principalement sur les conséquences somatiques.

### 1.4.1. Manifestations somatiques

#### 1.4.1.1 Métaboliques et endocriniennes

##### 1.4.1.1.1 Libération d'adrénaline

Il s'agit d'une substance jouant un rôle d'hormone et de neurotransmetteur sécrétée principalement par les cellules chromaffines de la glande médullo surrénale. Elle a une action sur les récepteurs alpha et béta ( à faible dose l'action est principalement béta et à forte dose c'est plutôt alpha) entraînant sur le coeur des effets inotrope (contractilité), dromotrope (vitesse de conduction), bathmotrope (excitabilité) et chronotrope (tachycardie) positifs. Si la volémie est insuffisante, il peut se produire une fatigue du muscle cardiaque car augmentation de la consommation d'oxygène due à l'augmentation du débit cardiaque, une insuffisance cardiaque voire un désamorçage de la pompe cardiaque.

Au niveau vasculaire, l'effet est dose dépendant. A faible dose l'effet béta prédomine entraînant une hypotension. Par contre à forte dose l'effet alpha devient prédominant entraînant une hypertension artérielle créant des anomalies microcirculatoires par hypoxie des tissus périphériques. Cette hypervolémie relative disparaît dès l'arrêt du stress entraînant une hypotension importante à l'induction. Sur les veines l'effet vasopresseur domine et donne une veinoconstriction , il est alors plus

difficile de mettre en place une perfusion, le malade peut être piqué plusieurs fois ce qui va encore majorer son stress!

Au niveau pulmonaire elle entraîne une bronchodilatation.

Au niveau oculaire on assiste à une mydriase qui gêne à l'accommodation et provoque une fatigue des yeux.

Au niveau métabolique glucidique, elle élève la glycémie par inhibition de l'insulinosécrétion et au niveau lipidique elle favorise l'hydrolyse des glycérides en libérant du glycérol et des acides gras. L'hyperglycémie peut entraîner une glycosurie avec déshydratation et polydipsie, une acidocétose, une aggravation du diabète avec amaigrissement et retard à la cicatrisation et à long terme des lésions vasculaires de type macro et microangiopathies.

#### 1.4.1.1.2. Libération de noradrénaline

C'est une substance jouant le rôle de neurotransmetteur et d'hormone mais aussi de précurseur de l'adrénaline.

Elle est très proche chimiquement de l'adrénaline mais son effet prédominant est sur la stimulation des récepteurs alpha.

Au niveau cardio-vasculaire elle agit principalement sur les vaisseaux entraînant une vasoconstriction intense sur l'ensemble du système artériel et veineux donc une hypertension.

Au niveau métabolique les effets sont moins prononcés que ceux de l'adrénaline.

Au niveau digestif elle induit un ralentissement du péristaltisme intestinal et une diminution des sécrétions gastriques pouvant aboutir à un ulcère gastrique par augmentation d'acide chlorhydrique avec la paroi de l'estomac et diminution des sécrétions de mucus.

#### 1.4.1.2. Hypothalamo-hypophysaire-surrénaliennes

Le stress engendre la sécrétion d'ACTH (hormone corticostimuline, glucocorticoïde) et le cortisol est un antagoniste de l'insuline et accélère la glucogénèse pouvant majorer un diabète. De plus il mobilise les lipides favorisant un amaigrissement. Cette hormone intervient aussi sur la minéralo-surrénale pouvant entraîner un hyperaldostéronisme secondaire se traduisant par une oligurie, une hypertension artérielle, une rétention d'eau et de sodium (apparition d'oedèmes).

Il provoque aussi une libération de TSH (hormone thyroïdostimuline) entraînant la sécrétion d'hormones thyroïdiennes responsables de l'augmentation du métabolisme cellulaire (hyperthermie, augmentation de la consommation d'oxygène, de la sécrétion gastrique, de la sensibilité nerveuse, tachycardie, vasodilatation); et d'hyperglycémie par hypercatabolisme entraînant une hyperthermie, une insuffisance rénale, des douleurs musculaires, une hyperkaliémie, une augmentation du risque infectieux par retard de cicatrisation, du risque hémorragique par diminution des protéines circulantes et des facteurs de coagulation.

Enfin il favorise la sécrétion d'ADH entraînant une concentration des urines responsable d'infections urinaires.

#### 1.4.2. Manifestations comportementales

Elles sont principalement de type défensif et peuvent se caractériser par de l'agressivité, une régression, des phobies (on reporte sur autre chose) ou un déni (refus d'acceptation).

#### 1.4.3. Manifestations psychosomatiques

Cela signifie qu'elles sont somatiques et entraînent un désordre psychique ou bien l'inverse. Elles se manifestent par des crises aiguës avec rémission spontanée (aphtes), des lésions organiques installées (psoriasis) ou des manifestations

organiques (boulimie, anorexie, chute de la libido...).

Nous venons de voir que le stress comporte des conséquences néfastes pour l'organisme et ce stress est d'autant plus grave que les manifestations somatiques sont importantes, que la durée de ce stress est longue (cas entre la décision d'opérer et la date de l'intervention) et que l'intensité de ce stress est grande. Ces manifestations influent donc sur les risques opératoires et les majorent.

Beaucoup de traitements existent pour lutter contre ce stress (médicamenteux ou non) qui débute en même temps que la décision d'opérer. Il faut savoir le dépister et le quantifier pour essayer, au travers d'une information individualisée, de diminuer ses conséquences.

Mais qu'est ce qu'une information? Une information individualisée? Comment peut-elle être transmise? Par qui?

## **2. L'information au patient**

### **2.1. Définition et obligation**

D'un point de vue purement littéraire, le Petit Robert définit l'information comme la « transmission ou réception de renseignements sur quelque chose ou quelqu'un ».

D'un point de vue relationnel, l'information a été qualifiée par le juge judiciaire en 1969, comme un « avertissement préalable constituant une obligation professionnelle d'ordre général, antérieure à l'intervention médicale et distincte d'elle. »

L'information du patient par les médecins et les paramédicaux est une préoccupation centrale au sein des établissements de santé. Depuis la Convention Internationale des Droits de l'Homme et de la Biomédecine jusqu'à l'édition de recommandations par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, de nombreux textes rappellent l'obligation d'informer:

– Arrêt HEDREUL (25/02/1997), rendu à propos d'une perforation intestinale

complicant une coloscopie avec polypectomie qui stipule que dorénavant lorsqu'un patient estimera que l'information à laquelle il pouvait prétendre n'a pas été communiquée par le médecin, c'est désormais à ce dernier de rapporter la preuve qu'il a rempli son obligation de façon satisfaisante. Il y a inversion de la charge de la preuve.

- Depuis Novembre 2001, l'Ordre des médecins stipule que tous les risques graves, même exceptionnels, susceptibles d'avoir une influence sur la décision du patient (d'accepter ou refuser l'intervention) doivent être signalés.
- La loi Kouchner du 04/03/2002 précise que « l'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés: leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. En cas de litige, il appartient au professionnel de santé ou à l'établissement d'apporter la preuve que l'information a été donnée à la personne dans des conditions prévues au présent article. »
- Le décret du 29/07/2004 relatif aux actes professionnels et à la profession infirmière précise à l'article 1 que « l'exercice de la profession infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation (...) ainsi que la participation à des actions de formation et d'éducation »
- Depuis Juin 2008, la Haute Autorité de la Santé (H.A.S) a élaboré un document écrit d'informations à l'attention des patients et des usagers du système de santé car « il est probable qu'une meilleure information constitue l'un des enjeux pour améliorer la qualité du système de santé » estime Etienne CANIARD, membre du collège de la H.A.S.

Maintenant que nous avons vu l'importance légale de l'information, nous allons décrire les différents moyens de la transmettre et définir la communication.

## 2.2. Transmission de l'information

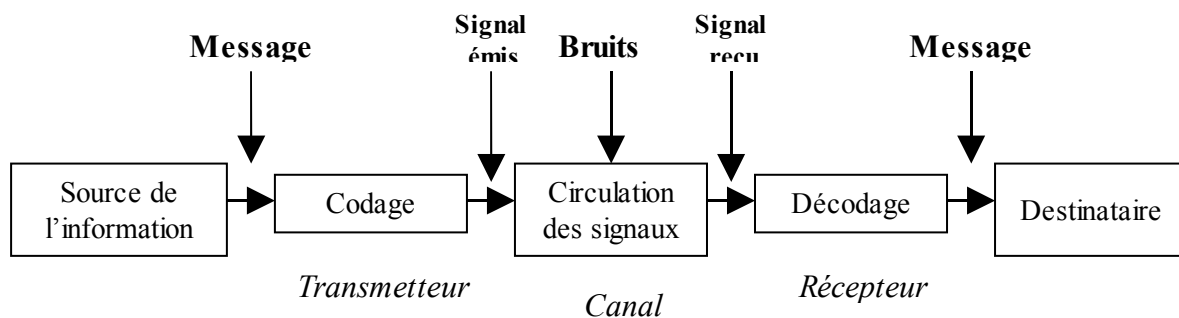
Le XXème siècle aura été marqué par l'expansion remarquable des modes de communication: radiophonie, télévision, internet...

En plus de transmettre une information, la communication induit en même temps un comportement qui a valeur de message. Ce que dit ou montre l'autre provoque une réponse de notre part suscitant à son tour d'autres réactions: ce sont des interactions, intercommunications. Communiquer c'est échanger, c'est le fondement essentiel de la relation humaine.

Ce n'est qu'au XVIIIème siècle que le terme de « communication » désigne la transmission. Avant cela il est plutôt associé à « communion, partage ».

En 1949, Claude Elwood SHANNON, scientifique nord américain publie un ouvrage sur la théorie mathématique de la communication: il élabore une théorie de la transmission d'un message d'un point à un autre et propose un schéma utilisé par diverses disciplines.

**Figure 1. Schéma de la communication de Shannon et Weaver**





Le message est un ensemble de signaux produits et transmis d'un émetteur vers un récepteur par l'intermédiaire d'un système de codage et de décodage. Il a besoin d'un code pour être exprimé et pour être intelligible au niveau linguistique: français, anglais,...On comprend tout de suite les problèmes de transmission de l'information lorsque l'informateur et le destinataire ne parlent pas la même langue!

Le message est soumis à deux facteurs:

- *le canal* qui désigne le support matériel, physiologique pour émettre un message (air, ondes sonores, visuelles). Là encore problème de communication si le destinataire est mal voyant ou mal entendant: il faudra changer de support. Le canal peut être encombré, parasité par des bruits qui empêchent d'entendre correctement l'interlocuteur et entraînent une réduction de la quantité d'informations transmises. Ils peuvent être dus à des interférences dans une communication telle que l'intervention inopinée d'une personne (secrétaire qui amène un dossier, un téléphone qui sonne, ...), des attitudes de distraction (présence d'un enfant qui chahute) ou d'évitement de la part du récepteur.
- *Les moyens de transmission* qui sont à la fois verbaux (communication orale: rythme, débit, accent et écrite) et non verbaux (corporels, mimiques, posture, sudation, gestes, salivation, distance, ...).

La compréhension du message se fait à travers un filtre constitué par un système de valeurs propre à chacun. Ce filtrage est lié à des éléments externes et internes au sujet.

Pour l'émetteur, il peut s'agir soit d'un oubli, conscient ou non de tout ou une partie du message (lapsus), soit lié au cadre social et culturel dans lequel évolue le sujet (règles, normes, valeurs morales).

Pour le destinataire, le filtrage externe est soumis aux mêmes contraintes. Au niveau interne, le message peut être transformé, modifié par les opinions, les préjugés,

les conflits entraînant une réception partielle du message (on anticipe la fin du message et on n'est plus attentif). La réception est sélective (on ne retient que ce qui nous intéresse) et interprétative (nous entendons à notre manière).

Il existe différents types de communication:

- la communication *interpersonnelle*: c'est celle que nous venons de développer, elle est basée sur les notions d'émetteur et récepteur; c'est la base de la vie en société
- la communication *de masse*: un émetteur s'adresse à tous les récepteurs disponibles, ce sont par exemple, la télévision, internet, radio,...
- la communication *de groupe* qui s'adresse à une catégorie d'individus bien définis

Toutes ces formes de communication ont pour objectif de sensibiliser les récepteurs à un message. Pour le cas des patients avant une intervention chirurgicale, quelles sont les informations transmises par le M.A.R lors des C.A et V.P.A?

### 2.3. Information du patient avant une intervention chirurgicale

#### 2.3.1. La C.A

Elle est régie par le décret numéro 94-1050 du 05 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie. Elle doit avoir lieu dans les jours précédant l'intervention (en pratique s'écoule souvent un mois entre la consultation et l'intervention) pour permettre le consentement libre et éclairé du patient et lui garantir un délai de réflexion pour une éventuelle rétractation. Elle est capitale pour le déroulement favorable de l'anesthésie et a deux objectifs essentiels:

- permettre à l'anesthésiste de recueillir les données les plus objectives possibles sur

l'état physique et psychologique du patient afin de choisir la procédure anesthésique la plus appropriée,

- transmettre au patient un sentiment de sécurité et de prise en charge médicale optimale (ce travail passe par la transmission de l'information en fonction des besoins du patient).

Ces objectifs demandent une harmonisation entre les exigences du patient, les impératifs de l'intervention et ceux de la sécurité anesthésique.

Plus concrètement, l'information doit porter sur:

- l'état du patient et son évolution prévisible
- les soins nécessaires, la nature, les conséquences de la thérapeutique proposée, les alternatives thérapeutiques éventuelles, les suites normales de l'intervention (durée d'hospitalisation, temps de convalescence, précautions à prendre...), complications éventuelles pouvant entraîner un allongement de l'hospitalisation (passage en soins intensifs ou réanimation) et les risques des investigations.

La juridiction précise (Arrêt du 21/02/1961) que l'information doit être : « simple, loyale, claire et appropriée » afin d'obtenir un consentement spécifique. Ce qui signifie qu'elle sera nécessairement adaptée à l'interlocuteur . Le médecin doit déterminer les facultés de compréhension de son interlocuteur en prenant en compte certains paramètres tels que l'âge, l'activité professionnelle, le niveau social, l'état de santé physique et mental du patient. Elle est primordiale d'un point de vue relationnel car c'est le premier contact du patient avec le « monde de l'anesthésie »: une relation de confiance doit s'installer.

Mais comment réussir à prendre en compte tous ces paramètres lorsqu'on sait qu'en moyenne une C.A dure 16 minutes et 30 secondes...?

### 2.3.2. La V.P.A

Elle est également imposée par le décret du 05 décembre 1994. Elle intervient la veille de l'acte pour les patients hospitalisés ou le jour de l'intervention pour les patients bénéficiant d'une chirurgie ambulatoire. Elle est réalisée par un M.A.R qui est différent de celui rencontré lors de la C.P.A ( à cause des repos de sécurité qui suivent les gardes). Les objectifs de cette visite sont de vérifier l'absence d'élément nouveau depuis la consultation, de prendre connaissance des résultats d'examens complémentaires demandés lors de la consultation et de rappeler les consignes pré-anesthésiques (jeûn, traitements,...). Elle permet aussi de répondre à d'éventuelles questions du patient et de le rassurer.

Le patient reçoit donc des informations par deux fois par des M.A.R. Mais ils ne sont pas les seuls à assurer cette mission: le personnel paramédical tient une place importante dans cette transmission de l'information.

## 2.4. Relation soignant/soigné

### 2.4.1. Profession d'infirmière

#### 2.4.1.1. Historique

Depuis le Moyen-Age, les malades étaient pris en charge par des religieuses n'ayant reçu aucune instruction. Elles faisaient oeuvre de bienfaisance, étaient soumises aux médecins et le silence leur était imposé. Mais il existait déjà une notion de besoins à laquelle elles devaient répondre: besoins psychologiques, spirituels et physiques.

Lors de la Révolution Française de 1789, l'existence d'hôpitaux est remise en question et les malades durent être soignés dans leurs familles.

En France, il faudra attendre le début du XXème siècle avec notamment Léonie

CHAPTAL diplômée en 1900 « Infirmière Hospitalière des Hôpitaux de Paris » pour mettre en oeuvre la formation des infirmières et le développement de la profession. Le dévouement et l'influence religieuse restent très présents puisque la circulaire de 1902 relative à la création d'écoles d'infirmières définit ces dernières comme des « collaboratrices disciplinées mais intelligentes du chirurgien et du médecin »!!!

La guerre de 1914-1918 induit des besoins importants dans le domaine des soins infirmiers . En 1924 c'est la création d'un diplôme d'état mais toutes les infirmières n'y sont pas assujetties. Différents accords et décrets vont se remplacer et en 1978 la loi du 31 Mai reconnaît le rôle propre de l'IDE (Infirmier Diplômé d'Etat): l'article L473 du Code de Santé Publique stipule qu'« est considérée comme exerçant la profession infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière participe à différentes actions , notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé, de formation et d'encadrement. »

C'est aujourd'hui le décret du 29 Juillet 2004 qui régit la profession infirmière.

#### 2.4.1.2. Formation

Après la réussite du concours, la formation se déroule sur 3 ans: 2100 heures de théorie, 2100 heures de clinique et 900 heures de travail personnel. Ces 2100 heures de formation clinique se déroulent sur divers terrains de stage: entreprises, lycées, crèches, psychiatrie, maisons de retraite, maternité, chirurgie, médecine où certes les techniques de soins y sont diversifiées mais surtout la population rencontrée (âge, antécédents, ...).

On apprend donc principalement à s'adapter aux différentes personnes et à communiquer avec elles. Nous avons vu que l'information était une branche de la communication. Donc l'IDE est une personne ressource en terme de communication.

#### 2.4.1.3. Rôle

L'objectif de ce travail n'est pas de passer en revue les différents rôles de l'IDE , mais ceux qui ont un intérêt dans le rôle de l'information, de l'écoute:

- entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire
- aide et soutien psychologique
- observation et surveillance des troubles du comportement

Nous pouvons conclure que la transmission de l'information est un soin à part entière. Il peut se réaliser à tout moment, lors d'autres soins par exemple. L'I.D.E peut donc dépister les patients stressés lors de l'hospitalisation et transmettre des informations. Mais il faudrait qu'il ait reçu une formation pour pouvoir répondre aux préoccupations des patients en ce qui concerne l'anesthésie. L'I.A.D.E, par exemple, pourrait remplir ce rôle de « formateur » et ainsi l'I.D.E serait un maillon dans la chaîne de l'information.

#### 2.4.2. Profession IADE

##### 2.4.2.1. Historique

Ces quelques dates pour comprendre son « apparition » dans le monde de l'anesthésie

- 1947: début des enseignements d'anesthésie en France, communs aux médecins et paramédicaux
- 1949: un enseignement particulier est donné aux paramédicaux, sanctionné par une attestation de fin d'études
- 1960: création d'un certificat d'aptitudes aux fonctions d'aide anesthésiste; la formation dure 18 mois

- 1962: reconnaissance de cette formation comme spécialité
- 1988: création du Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmières Spécialisées en Anesthésie et Réanimation (CAFISAR) et création du corps des Infirmiers Spécialisés en Anesthésie et Réanimation (ISAR)
- 1991: création du diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE)

#### 2.4.2.2. Formation

Un IADE est un infirmier diplômé d'état ayant déjà exercé au minimum deux années comme infirmier dans un établissement de soins.

Après avoir réussi le concours d'entrée à l'école d'infirmiers anesthésistes, il suit une formation de 24 mois ou 3670 heures, incluant 700 heures d'enseignement théorique, de travaux pratiques et de travaux dirigés, et 70 semaines de stage au bloc opératoire, salle de soins post-interventionnelle, réanimation et SMUR (Service Médical d'Urgence et Réanimation); (Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d' IADE).

#### 2.4.2.3. Rôle

Il regroupe le rôle IDE et le rôle spécifique ( à condition qu'un M.A.R puisse intervenir à tout moment et après examen du patient et l'établissement d'un protocole)

- technique de l'A.G
- technique de l'A.L.R et réinjection si dispositif mis par le M.A.R
- réanimation per-opératoire

Le fonctionnement du bloc opératoire dans lequel exercent les I.A.D.E est différent de celui des services de soins: l'environnement clos du bloc opératoire, la présence de M.A.R, chirurgiens, infirmiers spécialisés donnent une dimension très technique.

Cependant l'I.A.D.E, en plus de son activité de soins, doit assurer d'autres fonctions, moins connues mais toutes aussi importantes:

- Gestion du matériel d'anesthésie-réanimation: de la gestion du stock du matériel et des médicaments en passant par la maintenance du matériel et la surveillance en approvisionnement des Produits Sanguins Labiles dans certaines structures.
- Encadrement direct des étudiants I.D.E et I.A.D.E.
- Participation aux travaux de recherche relevant du domaine des soins infirmiers , à l'élaboration de protocoles ainsi qu'à l'évaluation des soins infirmiers en anesthésie.

En cela , l'I.A.D.E a un rôle important à jouer puisque la participation à l'information du patient s'insère dans les soins infirmiers. De plus, l'I.A.D.E est une personne ressource car c'est elle qui est présente au bloc opératoire durant toute la durée de l'intervention. Elle est donc en mesure d'expliquer et de rassurer le patient. Il faut cependant être vigilant à rester dans son domaine de compétences: les informations médicales en anesthésie doivent être apportées exclusivement par le M.A.R.

Mais pour pouvoir rassurer le patient en lui apportant des informations adaptées il faut d'abord le connaître! Qui sont-ils? Sont-ils tous identiques? Ont-ils les mêmes attentes face à l'information?

### **3. Et le patient dans tout ça....**

#### 3.1. Qui est-il?...

##### 3.1.1. Définition

Il existe au moins deux définitions à ce terme, selon qu'il est utilisé comme nom commun ou adjectif. D'après le dictionnaire Larousse, un patient est une « personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale ». Mais un patient peut et doit aussi être patient , c'est-à-dire faire preuve de patience, de tolérance, de calme; ce qui n'est pas toujours évident et il doit pour cela faire appel à des ressources qui lui sont propres.



### 3.1.2. Notion de « coping »

Le patient ne subit pas passivement les événements de la vie, il essaye de « faire face » (« to cope » en anglais). On parle de « coping » pour désigner les réponses que l'individu va élaborer pour maîtriser une situation donnée. Ce terme de « coping » prend des formes très variées:

- cognitions: évaluation de la situation stressante, de ses ressources, recherche d'informations, ...
  
- affects: expression ou répression de la peur
  
- comportements: résolution de problèmes, demande d'aide,...

Le coping a pour but de transformer la situation ou le patient lui-même pour rendre celle-ci plus tolérable. Ce terme est apparu en 1966 dans un ouvrage de Richard LAZARUS.

Historiquement il est affilié à la notion de mécanisme de défense puis à celle d'adaptation . Dans les années 1980, à travers des entretiens cliniques, GREER et ses collègues décrivent quatre attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein: le déni, l'esprit combattif, le stoïcisme et le désespoir.

Ce sont ces dénominations qui marquent la transition entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping. Pour être plus précis, un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie anciens; sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée, spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre un individu et l'environnement, elle est orientée vers la réalité; sa fonction est de permettre à un individu de maîtriser les perturbations induites par cet événement ou cette situation.

Les stratégies de coping seraient influencées par les antécédents psychosociaux de l'individu, cognitifs (croyances, motivations, ...) et conatifs (traits de la personnalité).

### 3.1.3. Des patients, des personnalités

« Les maladies planent constamment au-dessus de nos têtes, leurs graines portées par le vent mais elles ne s'installent pas si le terrain n'est pas prêt à la recevoir » (Claude BERNARD)

L'A.G implique une perte partielle du contrôle de soi. La perception du risque, sa compréhension et les moyens d'y faire face dépendent entre autres, des prédispositions psychologiques des patients face à un danger. Certaines personnes ont naturellement tendance à prendre des risques alors que d'autres refusent. Le discours doit être adapté au profil du patient. De même le droit à l'information ne signifie pas forcément désir d'information. En effet un questionnaire élaboré par LONSDALE (« *Patient's desire for information about anesthesia* » 1996) explore le désir d'information des patients sur différents aspects de la prise en charge périopératoire. Ce questionnaire a été administré dans différents pays. Les résultats de cette enquête montrent que:

- il existe une différence notable entre droit à l'information et désir d'information
- une proportion importante de patients ( 30%) ne souhaite pas avoir d'information sur les risques liés à l'anesthésie, en particulier les risques les plus graves (les résultats sont concordants dans les différents pays).

Il est même possible de déterminer le profil comportemental des patients:

- *Les « inquisiteurs »*: avides d'informations qui leur procureront une anxiolyse. En effet, ils recherchent de l'information pour diminuer l'incertitude et la détresse générée par l'évènement menaçant. Cela va de la simple demande de compléments d'information jusqu'à la recherche compulsive de tout élément concernant la situation. Ce profil s'accompagne souvent d'un goût prononcé pour l'auto-observation et d'une focalisation sur tout ce qui pourrait confirmer la dangerosité de la situation. Dans les cas extrêmes, l'individu peut être littéralement débordé par des pensées intrusives qui envahissent tout son champ de conscience.

- Les « *esquiveurs* »: au contraire évitent l'information qui les empêchera d'assumer, les rendra plus anxieux vis à vis d'un acte menaçant comme une anesthésie ou une chirurgie. Cette stratégie peut s'apparenter à de la distraction, de l'intellectualisation, du déni ou encore de la réinterprétation positive des évènements. L'individu peut chercher à se distraire par différentes activités ou par la prise de substances psychoactives.

D'autres facteurs comme l'âge, le sexe, le niveau social, économique ou culturel jouent aussi un rôle important mais le profil comportemental est un élément important expliquant la variabilité des réponses face à l'information médicale donnée.

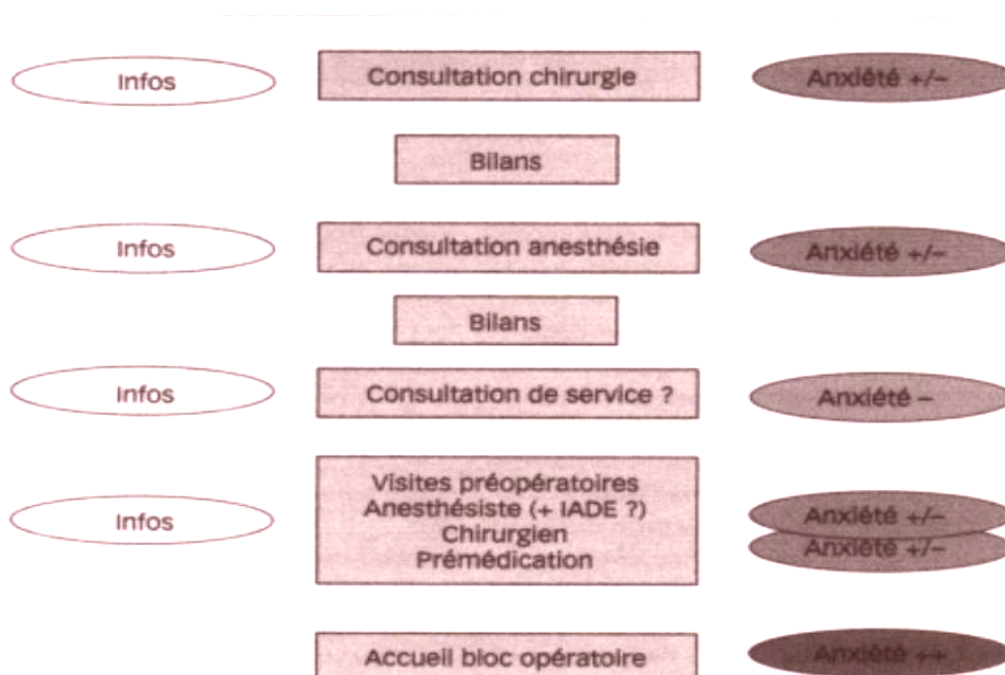
Pour autant il n'est pas aisé de détecter ses traits lors de la C.A au regard du nombre important d'informations médico-légales à fournir en un temps relativement bref.

### 3.2. Son parcours pré-opératoire

Nous venons de voir la définition du patient qui va encore se vérifier à travers la longueur du chemin à parcourir pour lui entre le moment de la décision d'une intervention et le jour J, l'attente à supporter.

Le parcours du patient peut se résumer en une suite d'étapes où différentes informations sont données pouvant, à chaque fois, majorer son stress alors qu'elles peuvent être autant de moments pour le combattre!

**Figure1: Parcours pré-opératoire du patient.**



### 3.3. La rencontre avec les différents intervenants

Chaque praticien doit limiter l'information à son domaine de compétences et d'intervention. Dans la pratique, ce schéma n'est pas toujours applicable et souvent les spécialistes émettent un avis du risque global au patient qui peut s'avérer être un facteur de stress supplémentaire.

Par contre, lorsqu'un membre du couple M.A.R / Chirurgien prescrit des examens complémentaires, il tient informé son confrère des résultats. Le patient n'a pas toujours conscience de cette collaboration qui, s'il en était informé, le rassurerait et diminuerait son stress.

### 3.4. Un citoyen avant tout...

Historiquement un citoyen est un membre d'une Cité-Etat grecque, disposant du droit de suffrage dans les assemblées publiques. Il participe aux décisions de la Cité relative aux lois, à la guerre, à la justice, à l'administration...

Pendant la Révolution française, le terme « citoyen » a été utilisé par opposition aux « sujets » du roi. Il permet de désigner tout homme sans notion de hiérarchie. De nos jours, un citoyen est une personne qui relève de la protection et de l'autorité d'un Etat, dont il est un ressortissant. Il jouit des droits civiques et politiques et doit accomplir des devoirs envers l'Etat.

Parmi ces droits, il y a ceux du patient hospitalisé. L'hospitalisation est toujours un moment délicat pour le patient qui se retrouve en situation de faiblesse face à la « machine » hospitalière. Mais la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits du patient hospitalisé a fait apparaître la démocratie sanitaire où désormais le patient n'est plus considéré comme un malade mais comme un citoyen titulaire de droits: droit au respect de la dignité, de la vie privée et du secret médical, droit au consentement pour tout acte, **droit d'être informé**, *.( voir bibliographie)...*

Une circulaire ministérielle du 02 Mars 2006 appelée Charte du patient hospitalisé renforce ces droits (**voir annexe II**): sur les 11 principaux item, 5 d'entre eux traitent de l'information donnée au patient.

En Décembre 2008 un des débats tenus lors des deuxièmes rencontres nationales de la H.A.S avait pour thème: « Informer les patients: quels enjeux, quelles exigences, quelles légitimités? » Etienne CANARD, membre du collège de la HAS estime qu'« une meilleure information constitue l'un des enjeux pour améliorer la qualité du système de santé ».**(voir annexe III)**

Comment peut-on améliorer cette information? Comment l'individualiser pour diminuer le stress pré-anesthésique?

**2ème partie:**  
**ENQUETE**

## **1. Objectifs de l'enquête**

Ils sont importants et déterminants pour faire le bon choix de l'outil par la suite:  
Tout d'abord je dois vérifier les résultats obtenus lors de ma pré-enquête réalisée une fois seulement le thème choisi:

- l'absence de connaissance de la technique anesthésique lors d'une A.G ayant pour conséquence une majoration du stress,
- l'information est non individualisée.

Ces résultats confirmeront ou infirmeront ma problématique:

**En quoi l'IADE peut-il être une personne ressource dans l'individualisation de l'information au patient adulte devant bénéficier d'une A.G afin de diminuer son stress pré-opératoire?**

Puis l'enquête doit démontrer les différents type de personnalité des patients qui justifient que certains ont reçu des informations non souhaitées et d'autres auraient préféré en obtenir davantage.

Enfin elle doit me permettre de trouver un support sur lequel ces informations apparaîtraient pour proposer une ou des actions.

## **2. Choix de l'outil**

Il se fait en fonction de différents critères dont:

### **2.1. Population ciblée**

Ici c'est évidemment le patient qui est au coeur de mon travail puisque c'est lui qui va confirmer (ou infirmer) mon constat de départ, à savoir que l'information non individualisée est source de stress en période pré-anesthésique.

## 2.2. Moment choisi

Comme nous l'avons vu en première partie, il existe différents moments pour intervenir sur le stress du patient. J'ai choisi la veille de l'intervention lorsque les patients arrivent dans le service. C'est un moment important où le patient n'est plus dans son environnement familial, ne vaque plus à ses occupations et ne pense plus qu'à une seule chose: l'intervention! Il rentre généralement vers 17h et a toute la soirée et la nuit pour majorer son stress.

## 2.3. Type d'enquête

Mon travail porte sur le stress qui se traduit par des manifestations cliniques et paracliniques: il est préférable d'aller à la rencontre des patients pour apprécier ces signes: j'écarte donc le questionnaire distribué par le personnel de service aux patients entrant à l'hôpital.

J'opte pour l'entretien qui, après accord du patient, permet de répondre directement aux questions et permet de les reformuler si elles ne sont pas comprises ou pas claires.

C'est donc un entretien semi-directif avec des questions rédigées à l'avance qui me permet de mener l'interview. Il y a 11 questions qui se répartissent en 6 questions fermées et 5 semi-ouvertes car à choix multiples et une prise de tension artérielle au début de l'entretien.

Le problème des questions ouvertes revient à l'enquêteur qui doit noter l'intégralité de la réponse de l'enquêté et ne pas interpréter. Les patients peuvent aussi se sentir en difficulté s'ils n'ont pas de choix de réponse d'où des questions à choix multiples dans lesquelles les patients se sentent un peu plus libre que dans les questions fermées.



### **3. Conditions de réalisation**

J'ai contacté les cadres de santé (et cadres supérieurs de santé) de différents services et leur ai exposé mon projet.

Après leur accord, je suis donc allée rencontrer les patients à leur entrée dans les services de 17h à 19h sur une période de deux semaines.

J'ai pu obtenir des rendez-vous dans quatre spécialités: la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et le digestif dans lesquelles j'ai été à chaque fois très bien accueillie par l'équipe soignante et rencontrer 15 patients au total.

Je ne voulais pas que l'entretien se transforme en simple interrogatoire. Aussi, afin de diminuer le « rapport de force » soignant/soigné, après la prise de T.A, je me suis assise à côté d'eux et non en face à face.

Tous ont accepté l'entretien qui avait une durée moyenne de 20 minutes car après l'interview les patients me parlaient aussi d'autres choses: ma spécialité qui la plupart du temps leur était complètement inconnue, leurs autres peurs, leur vie tout simplement... Les patients semblaient ravis que je ne rentre pas dans leur chambre juste pour leur réaliser un bilan sanguin, un électrocardiogramme, leur apporter l'antiseptique pour la préparation cutanée... Certains m'ont demandé si je serais présente à leurs côtés le lendemain pour l'intervention...

Ce fût une expérience très enrichissante, en plus de mon travail de fin d'études! Prendre le temps d'écouter les patients est aujourd'hui devenu rare et j'en étais parfaitement consciente!

### **4. Limites de ce travail**

La première est le temps puisque je n'ai pu interviewé que 15 patients, chaque entretien durait en moyenne 20 minutes!

La deuxième est que je n'ai pas pu retourner en service de gynécologie où j'avais réalisé ma première enquête pour raison de service, d'autres étudiants réalisaient des

enquêtes eux aussi et le cadre de santé ne souhaitait pas « surcharger » les patientes avec tous ces travaux!

La troisième concerne la subjectivité de certaines réponses. En effet, n'ayant pas assisté à la C.A, je ne connais pas les informations reçues et ne peux donc pas savoir si les patients s'en souviennent de façon complète.

La quatrième concerne ma subjectivité. Nous avons vu que le stress entraînait diverses manifestations cliniques (sueurs, bégaiement, ....) mais dans ce travail je n'ai relevé que la T.A.S car je la trouve objective et mesurable contrairement aux autres signes cliniques.

La dernière concerne le type de population: je n'ai ciblé que les patients adultes, la prise en charge du stress pré anesthésique chez l'enfant est un sujet très particulier et mériterait à elle seule un travail de fin d'études.

## **5. Exploitation**

### **5.1. T.A.S à la C.A et à l'entrée dans le service**

**Tableau 1.**

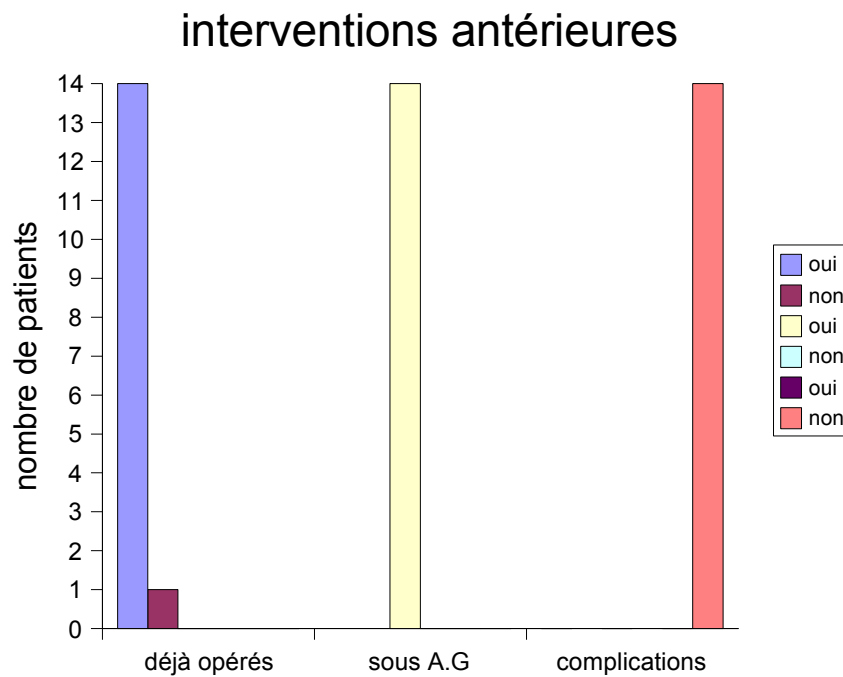
<b>PATIENTS</b>	<b>T.A.S de la C.A (en cmHg)</b>	<b>T.A.S de l'entrée dans le service (en cmHg)</b>	<b>DIFFERENCES</b>
1	13	20	<b>+7</b>
2	12	15	<b>+3</b>
3	14	17	<b>+3</b>
4	14	17	<b>+3</b>
5	14	16	<b>+2</b>
6	13	15	<b>+2</b>
7	11	13	<b>+2</b>
8	13	15	<b>+2</b>
9	12	14	<b>+2</b>
10	12	13,5	<b>+1,5</b>
11	13	14,5	<b>+1,5</b>
12	12	13	<b>+1</b>
13	13	14	<b>+1</b>
14	10	11	<b>+1</b>
15	9	10	<b>+1</b>

J'ai réalisé toutes les prises de T.A. de l'entrée dans le service d'hospitalisation avec le même appareil, Dynamap®. Pendant que j'allais chercher l'appareil, les patients étaient allongés dans leurs lits et j'attendais cinq minutes avant la mesure pour garantir un résultat plus fiable que s'ils gardaient la position debout ou assise (recommandations pour la prise de T.A)

Lorsque l'on fait la moyenne des T.A.S, 2 points séparent celles prises à la consultation d'anesthésie de celles prises à l'entrée dans le service. L'hospitalisation majore donc le stress.

## 5.2. Antécédents d'interventions chirurgicales sous A.G.

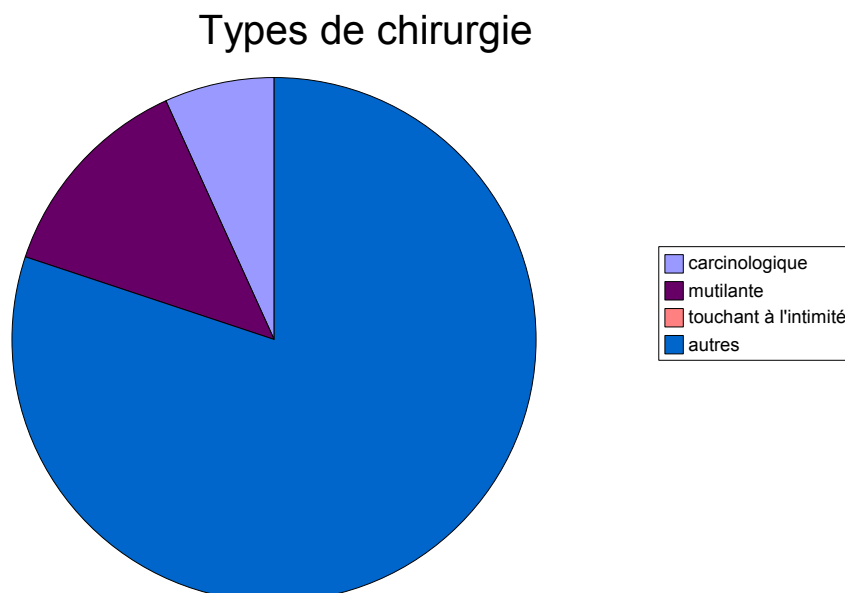
**Figure 1.**



14 patients soit 93% se sont déjà fait opérer sous A.G et 100% de ces mêmes patients n'ont eu aucune complication, pourtant ils sont stressés (+ 2 points de T.A.S). Cette question avait pour but d'éliminer d'éventuelles complications antérieures pouvant expliquer l'augmentation du stress en période pré-anesthésique.

### 5.3. Type de chirurgie prévue

**Figure 2.**



Là encore, les chirurgies carcinologique, mutilante et touchant à l'intimité sont des agents stressants. Seulement 3 patients sont concernés par ce type de chirurgie: je reprends leurs T.A.S. des C.A et à l'entrée dans le service pour vérifier la véracité des propos cités auparavant.

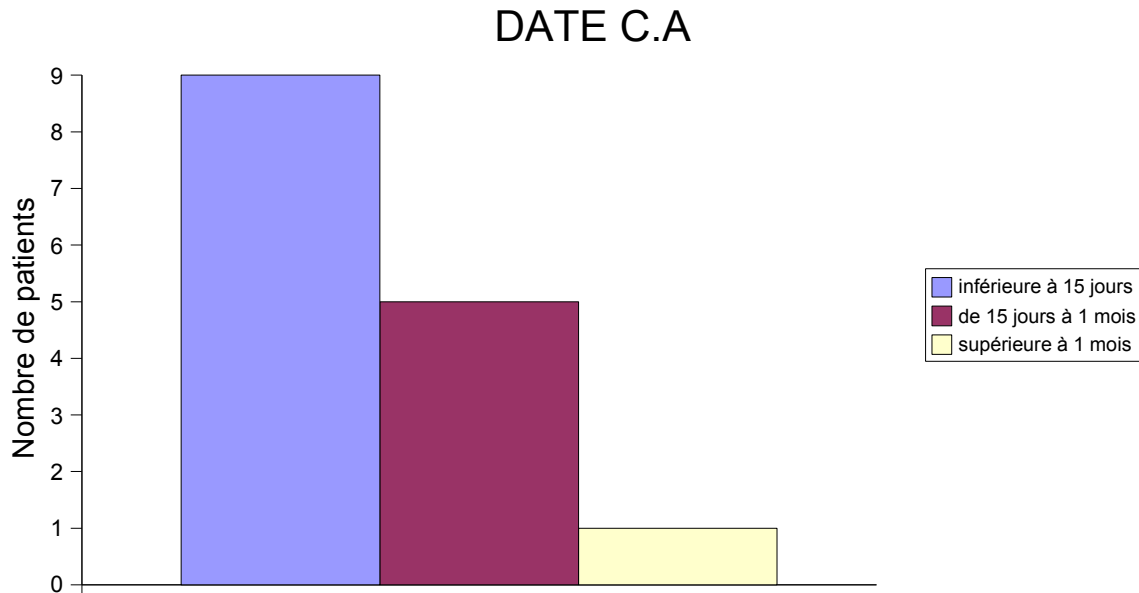
PATIENTS	T.A.S C.A	T.A.S HOSPITALISATION
1	13 cmHg	14cmHg
2	12 cmHg	13 cmHg
3	9 cmHg	12 cmHg

L'augmentation de la TAS est inférieure à la moyenne de tous les patients (+1,6 points contre +2)

Paradoxalement ces patients sont moins stressés que la moyenne; le type de chirurgie ne justifie pas l'augmentation du stress. Alors comment peut-on l'expliquer?

#### 5.4. Date de la C.A

**Figure 3.**



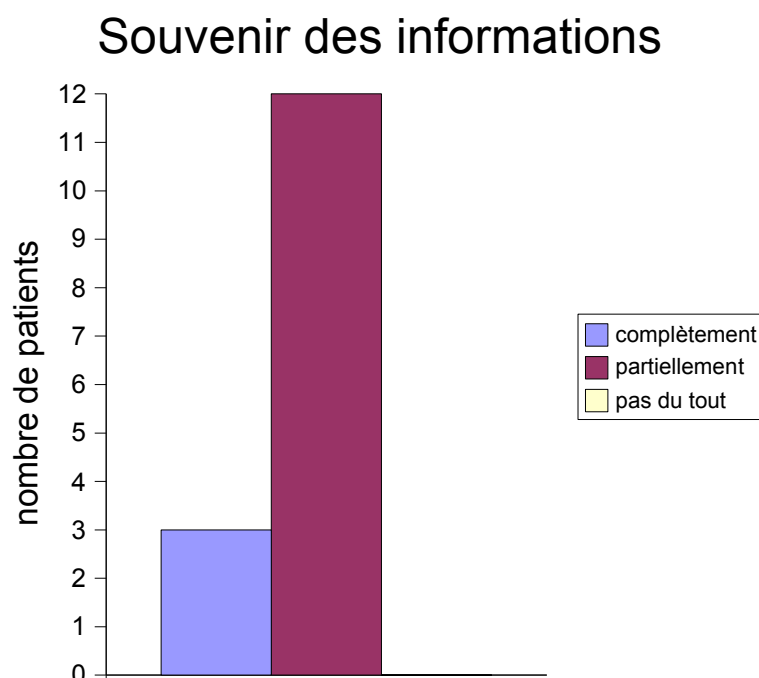
9 patients sur 15 soit 60% ont eu leur C.A dans les 15 jours précédant l'intervention, ce qui est un délai assez bref par rapport à la moyenne nationale; ce qui devrait faciliter le rappel des informations reçues que nous verrons à la question suivante.

Seul 1 patient a eu sa C.A plus d'un mois avant sa date d'intervention. Mais il a justifié cet allongement de délai par un report d'intervention pour cause de maladie.

Donc 100% des patients ont leur C.A le mois précédent l'intervention. Pour autant se souviennent-ils des informations reçues?

## 5.5. Souvenir des informations reçues lors de la C.A

**Figure 4.**



12 patients soit 86% ne se souviennent que partiellement des informations reçues lors de la C.A. Pourtant nous venons de voir que celle-ci a lieu majoritairement dans les 15 jours suivant l'hospitalisation.

Y a-t-il eu trop d'informations données en peu de temps (15 minutes de consultation), un langage trop technique? Ont-ils préféré oublier ce qu'ils ont entendu? (stratégie de coping)

Selon le cône de l'apprentissage d'Edgar Dale (**cf annexe IV**), après deux semaines (soit la durée moyenne entre la C.A et le moment de l'entretien) nous ne mémorisons que 20% de ce que nous avons entendu ; ce qui explique que la majorité des patients ne se souviennent que partiellement des informations reçues.

Mais 3 patients soit 14% affirment s'en souvenir complètement: pourquoi?

## 5.6. Informations reçues et attentes des patients

Cette question était une difficulté pour les patients. Les réponses étaient hésitantes et ils ne parvenaient pas à faire un choix, pourquoi? Quelques hypothèses:

- la question était mal formulée: devant leurs hésitations, je l'ai reformulée: « Les informations reçues lors de la C.A vous ont-elles satisfaits? », « Vous attendiez-vous à ce type d'informations avant votre arrivée à la C.A? »... Malgré les reformulations les réponses restaient identiques: « Ben, ...Euh... ». J'ai donc poursuivi avec la question suivante car je ne souhaitais pas mettre les patients dans la difficulté.
- la peur de dire qu'ils auraient souhaité d'autres informations ! Nous sommes dans une société où les patients se reposent sur ce que leur disent les médecins et donc n'osent pas demander des informations complémentaires. C'est souvent au personnel paramédical qu'ils se confient pour faire remonter des informations, d'où l'importance du rôle IADE.
- L'absence d'attente de la C.A. En effet ils pensaient peut être y aller seulement pour répondre aux questions du M.A.R sans pouvoir formuler de réelles attentes et les questions sont venues progressivement entre la fin de la C.A et l'entrée dans le service d'hospitalisation.

Je les ai rassurés en leur expliquant que ce n'était pas une critique de la C.A , que le M.A.R ne possède que peu de temps pour donner les informations médico-légales et techniques que lui-seul possède et il n'a pas obligatoirement conscience d'autres préoccupations du patient.

L'.I.A.D.E, travaillant en collaboration avec le M.A.R, peut apporter des informations supplémentaires.

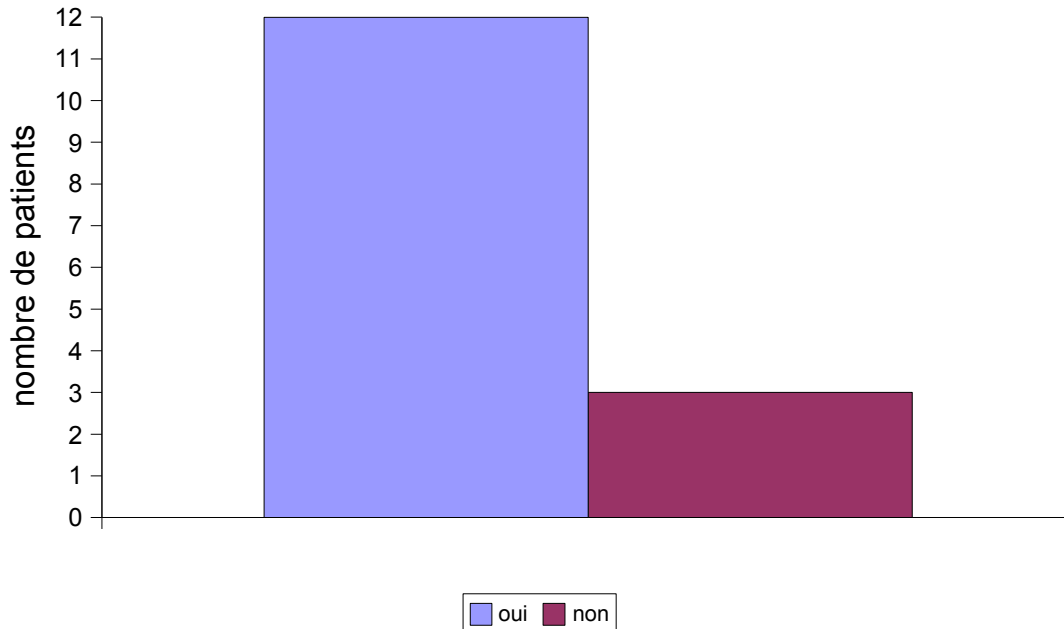
Mon choix de l'entretien est ici justifié de nouveau puisque s'il s'agissait d'un questionnaire, les patients n'auraient peut-être pas répondu à cette question;



## 5.7. Souhait d' informations supplémentaires

**Figure5.**

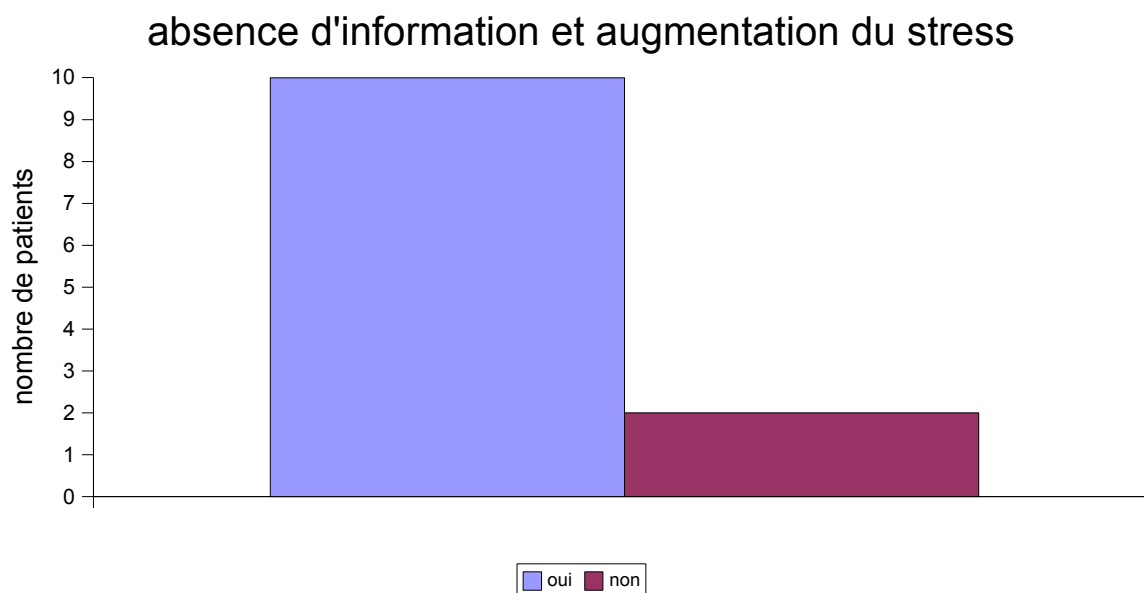
### Souhait d' apport d' informations supplémentaires



Majoritairement les patients auraient souhaité plus d'informations. Seulement 3 ont répondu de manière catégorique qu'ils n'en n'auraient pas souhaité davantage et ont ajouté qu'ils en ont même eu trop! Ces derniers sont ceux ayant répondu qu'ils se souvenaient parfaitement et complètement des informations reçues lors de la C.A. Ce sont les patients ayant un type de personnalité dit « esquivé », c'est-à-dire chez qui l'apport d'informations ne fait qu'accroître leur stress. Le pourcentage retrouvé dans cette enquête correspond bien à la moyenne retrouvée dans la littérature, entre 20 et 30%. Les autres patients peuvent être classés dans la catégorie des « inquisiteurs », à la recherche d'informations supplémentaires.

## 5.8. Relation entre manque d'informations et augmentation du stress

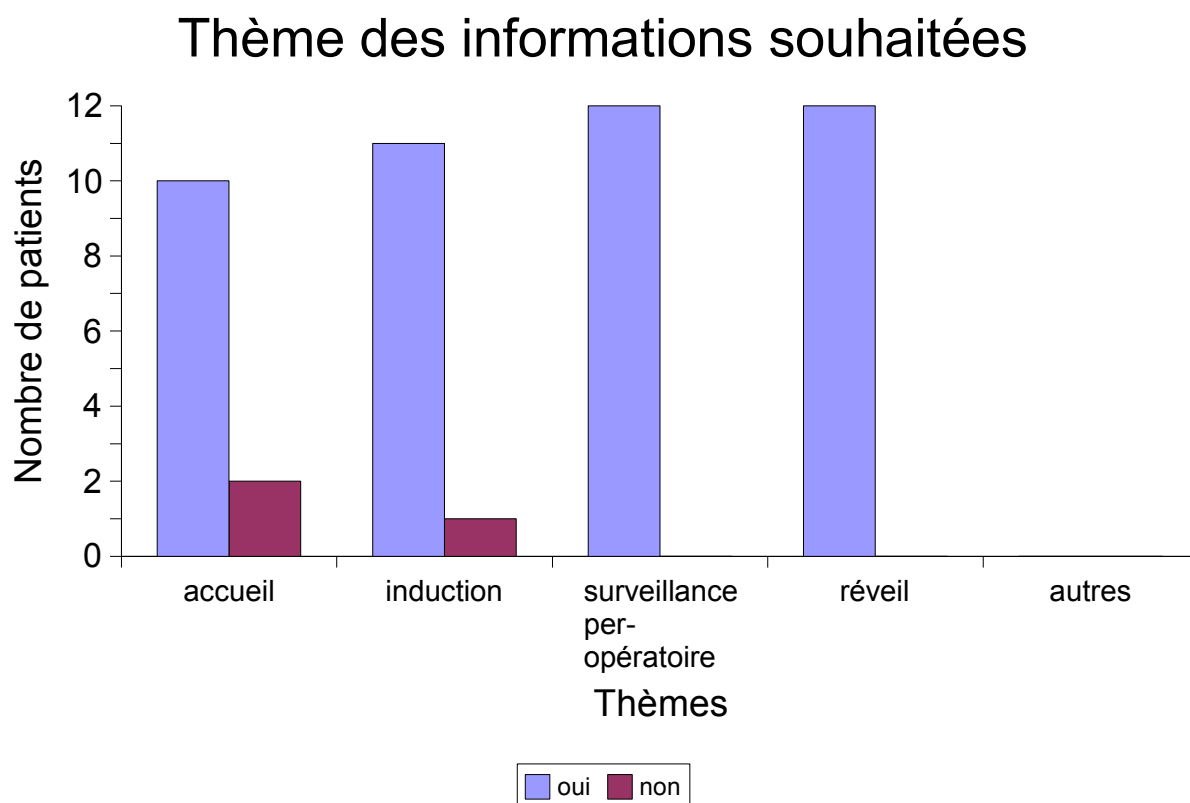
**Figure 6.**



Seulement 12 patients ont pu répondre à cette question et à la fin de l'entretien dirigé puisque cette partie est destinée aux informations souhaitées et non reçues par les patients. Les 3 autres patients qui auraient aimé en recevoir moins ne sont plus concernés par la fin de l'interview.

Cette réponse confirme mon constat (10/12 soit 83%) de départ et appuie les exemples déjà vécus, à savoir que le l'absence d'information individualisée est source de stress pour les patients. Les 2 patients ayant répondu par la négative (soit 17%) ont poursuivi leur réponse par : « ...de toute façon on vous fait confiance, on est entre de bonnes mains, on n'a pas à s'inquiéter!!! ». Il s'agit là encore d'une stratégie de « coping ». Ils se reportent sur le praticien et attendent une réponse du type: « évidemment, bien sûr.. ». C'est un moyen pour eux de se rassurer .

## 5.9. Sur quel(s) thème(s) auriez-vous souhaité des informations supplémentaires?



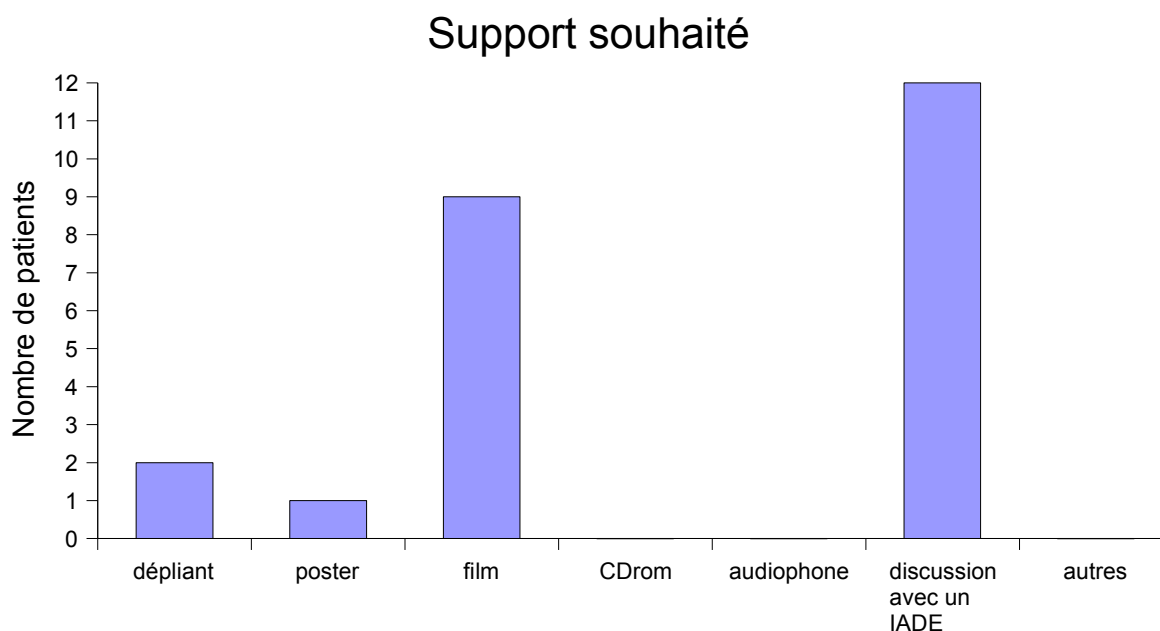
**Figure 7.**

La majorité des patients est avide d'informations sur la prise en charge spécifique au bloc opératoire. 2 soit 17% des patients s'étaient fait opérer récemment et se souvenaient de l'accueil donc ne souhaitaient pas d'information sur ce thème. Cependant ils m'ont avoué qu'ils auraient aimé savoir avant leur précédente intervention chirurgicale. 1 patient se souvenait de la phase d'induction et m'a énuméré, dans un ordre non chronologique, la dénitrogénéation (avec les termes de « respirer dans le masque »), la pose de perfusion et la perte de conscience.

De façon unanime ils espéraient des informations sur la surveillance per-opératoire et le réveil. Pour le premier item, ils ignoraient tous la présence d'un membre de l'équipe d'anesthésie en salle à leurs côtés depuis l'accueil jusqu'au passage en SSPI. Ils pensaient qu'une fois l'induction réalisée, seule l'équipe chirurgicale intervenait! Quant au réveil, certains patients ignoraient le passage en SSPI malgré l'existence d'interventions antérieures...

## 5.10. Type de support souhaité pour transmettre ces informations

**Figure 8.**



Lorsque j' ai proposé les différentes possibilités aux patients, ils m'ont répondu soit par l'affirmative, soit par la négative pour chacune d'entre elles. Ainsi ils ont fait plusieurs choix.

Deux réponses ont eu beaucoup de succès:

- *la discussion*: tous étaient d'accord avec ce choix: ils l'ont justifié par le fait qu'elle soit interactive ( « si on ne comprend pas bien un point, vous pouvez nous réexpliquer en vous adaptant »). De plus ils ont ajouté que cela leur faisait une présence autre que celle de soins techniques, qu' au moins « on s'intéresse à nous en tant que personne et pas seulement pour notre maladie ». La perception « d'objet de soins » est-elle encore ressentie par le patient?  
Certains m'ont même dit qu' « il vaut mieux que ce soit avec vous (I.A.D;E) qu'avec une I.D.E car vous êtes avec nous au bloc, vous savez donc mieux ce qui se

passé »: l'entretien leur a donc permis de comprendre notre lieu d'exercice principal. J'ai dû les décevoir à la fin de l'entretien en leur répondant que cette proposition serait difficile à mettre en place à l'heure actuelle vu la pénurie d'I.A.D.E notamment au C.H.U.R : la priorité est donc leur présence au bloc opératoire.

- *Le film*: ce choix a été justifié car il permet la visualisation du bloc opératoire au travers d'images ainsi que les différentes phases (accueil, induction, surveillance per-opératoire et réveil). Ils ont ajouté que « le fait de connaître les lieux avant d'y aller et ce qu'on va nous faire diminuent le stress ». La peur de l'inconnu, source de stress, sera supprimée. Ils ont aussi évoqué l'attraction de ce moyen par rapport à un dépliant qui peut être égaré, jeté par inadvertance ou non lu car au milieu d'autres documents.

De plus un film associe images et explications et si on reprend le cône d'apprentissage d'EDGAR DALE, nous mémorisons 50% de ce que nous entendons et voyons contre seulement 10% de ce que nous lisons...

## **6. Propositions**

La réalisation d'un film est une démarche complexe dans laquelle beaucoup d'éléments sont à prendre en considération. Il faut donc étudier la faisabilité de ce projet.

Plusieurs contraintes apparaissent, de différents ordres:

- Hiérarchique: ce projet doit obtenir l'autorisation des cadres de bloc, cadres supérieurs de santé, direction des soins, direction des ressources humaines, du chef du bloc, des photographes, du directeur de la communication.
- Temporelle: deux mois seulement séparent l'exploitation des résultats d'enquête et l'argumentation du mémoire avec la proposition concrète. Un film, même s'il est de courte durée se prépare longtemps à l'avance car il ne s'agit pas seulement de filmer, il faut ensuite le retravailler, faire des coupures, réaliser une bande son,...
- Spatiale: où le visionner? Dans une salle prévue à cet effet dans les services? Dans les chambres des patients? Sont-elles équipées de lecteur DVD ou bien est-il possible de le diffuser sur la chaîne du C.H.U.R? Mais là tous les patients y auront accès, aussi bien en pré qu'en post anesthésie, le terme d'individualisation de l'information ne serait plus approprié!
- Financière: à l'heure des restrictions budgétaires, les dépenses sont moindres et les projets doivent être extrêmement pertinents et utiles au C.H.U.R pour qu'ils puissent voir le jour. Tout a un coût; la mobilisation de personnel : photographe qui vient filmer, les « acteurs » du film ( I.A.D.E), le support du film (DVD, CDROM, ...), le matériel (lecteur DVD, écrans, ...).

L'idée doit être réfléchie et une maquette doit être envisagée avant une réalisation finale.

## CONCLUSION

La perception de l'anesthésie par les patients est directement associée aux craintes qu'ils ressentent vis à vis de cet acte ( trou noir, peur de ne pas se réveiller, ...). Elles sont globalement liées à une ignorance du processus anesthésique lors d'une anesthésie générale et majore le stress.

L'absence d'information est le premier motif d'insatisfaction des patients d'après une étude parue dans les Annales Françaises d'Anesthésie et Réanimation en 2000. Mettre à disposition des patients une source d'informations suffit à elle seule pour augmenter les indices de satisfaction. Mais tous n'ont pas le même désir par rapport à l'information et, s'il existe un droit à l'information, certains patients ne souhaitent pas en avoir ou le moins possible. Ce type de population n'est pas négligeable puisqu'il représente 20 à 30% des patients: ce sont les esquivants qui accroissent leur anxiété lorsqu'une information leur est donnée. Face à eux on trouve les inquisiteurs, en recherche d'informations pour tenter de diminuer leur stress.

L'enquête a confirmé ces données et permet de proposer un support pour répondre à ce besoin d'information individualisée: un film. Même si la solution faisant l'unanimité était la discussion avec l'I.A.D.E, celle-ci est malheureusement irréalisable.

La proposition de la réalisation d'un film retraçant le parcours du patient au bloc opératoire n'est pas une première! Elle a déjà été mise en place au Centre Hospitalier du Mans dans la salle d'attente de la consultation d'anesthésie. Mais tous les patients y avaient accès sans pour autant le souhaiter.

Je souhaite que les patients le désirant puissent le visionner tranquillement dans leur chambre dès leur entrée dans le service d'hospitalisation, moment majeur de stress, et puissent éventuellement en discuter avec le médecin anesthésiste lors de la visite pré anesthésique ou avec l'IADE le lendemain. Ce support, même s'il n'est pas réalisable pour le moment peut être une maquette et faire l'objet d'un projet de service auquel je souhaiterais fortement être associée lorsque je serai diplômée!

## **ANNEXES**

- **ANNEXE I : Pré-enquête**
- **ANNEXE II : Charte de la personne hospitalisée 2006**
- **ANNEXE III : Cône d'apprentissage d'Edgar DALE**
- **ANNEXE IV : Enquête**



### ANNEXE I

	1	2	3	4	5	6	7
Age (ans), poids (kg), taille(cm)	- 68 - 61 - 159	- 52 - 80 -160	- 32 - 60 - 170	- 60 - 70 - 160	- 41 - 80 - 162	- 15 - 45 - 160	- 25 - 50 - 155
Antécédent chirurgical	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Si oui Anesthésie choisie	A.L.R	A.G		A.G	A.G		A.G
Complicati ons?	Non	Non		Non	Non		Non
Interventio n du jour	Ablation de masse ovarienne	Hystérosco pie opératoire	Ponction d' ovocytes: 1ère fois	Hystérecto mie voie basse	Cure d'endométri ose	I.V.G	I.V.G
Technique d'anesthési e	A.G	A.L.R	A.G	A.G	A.G	A.G	A.G
Connaissa nce du dérouleme nt de l'anesthési e?	Non	Oui	Non	Non	Non, croit qu'elle va être endormie au masque	Non	Non croit qu'elle va être endormie au masque
Si non est ce un choix?	Non		Non	Non	Oui car croyait savoir	Non	Non
Auriez- vous aimé une explication ?	Oui mais pas osé demander		Oui mais pas pensé à demander sur le moment	Oui mais pas osé demander	Oui maintenant est contente de savoir	Oui mais pas osé demandé	Dit nous faire confiance
Comporte ment	Logorrhéiq ue	Calme	Stressée, trembleme nts	a peur de na pas se réveiller!	Non stressée	Pleure, tremble	Calme
Hypnotiqu e, quantité	Propofol, 120mg		Propofol 220mg	Propofol 200mg	Propofol 200mg	Propofol 250mg	Propofol 200mg

## ANNEXE II



Ministère de la Santé  
et des Solidarités

# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/0006/98 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 III

## Le cône de l'apprentissage Edgar Dale

- Selon cette étude, au bout de deux semaines, nous mémorisons :
- 10% de ce que nous lisons
- 20% de ce que nous entendons
- 30% de ce que nous voyons
- 50% de ce que nous entendons et voyons
- 70% de ce que nous disons
- 90% de ce que nous disons et faisons

## ANNEXE IV

Sophie LAURENT

Elève IADE  
Promotion 2008/2010

### ENQUETE

1. T.A à la consultation d'anesthésie: \_\_/\_\_/\_\_ cmHg  
T.A à l'entrée dans le service: \_\_/\_\_/\_\_ cmHg
2. Avez-vous déjà été opéré? **Oui**            **Non**
3. Etait-ce sous anesthésie générale? **Oui**            **Non**
4. Y a-t-il eu des complications? **Oui**            **Non**
5. Type de chirurgie prévue:
  - **carcinologique**
  - **entraînant une altération de l'image corporelle (stomie,...)**
  - **touchant à l'intimité (gynécologique, mammectomie, ..)**
  - **autres**
6. Date de la consultation d'anesthésie:
  - **moins de 15 jours**
  - **de 15 jours à 1 mois**
  - **supérieure à 1 mois**
7. Vous souvenez- vous des informations données lors de la consultation d'anesthésie?
  - **oui complètement**
  - **oui mais partiellement**
  - **non**
8. Répondent-elles à vos attentes? **Oui**            **Non**
9. Auriez-vous souhaité en avoir **plus?** **Moins?**

10. L'absence d'informations souhaitées a-t-elle majoré votre stress? **Oui**    **Non**

11. Auriez-vous souhaité des informations sur:

- **l'accueil au bloc opératoire: le personnel, ..**
- **la façon dont vous allez être endormi**
- **votre surveillance pendant l'intervention: matériel, personnel, ...**
- **votre réveil (en salle d'intervention, en SSPI, ..)**
- **autre**

12. Sur quel type de support aimeriez-vous que ces informations apparaissent:

- **dépliant**
- **poster**
- **film**
- **CDrom**
- **audiophone**
- **discussion avec un IADE**
- **autre**

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. Textes législatifs:**

- MINISTERE DE LA SANTE. *Loi n°2002-303 du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* disponible sur <http://ww.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JURFTEXT000000227015&dateTexte=>

### **2. Ouvrages:**

- RIVOLIER J. *L'homme stressé*. Paris. Presses Universitaires de France. 1989
- SERVANT D., PARQUET Ph-J. *Stress, anxiété et pathologies médicales*. Editions MASSON. 1995
- PARIENTE et PHILIPPON. *Les systèmes d'information de santé*. Editions Berger Levrault. 2008
- MARTY J. *Organisation- Qualité- Gestion du risque en anesthésie réanimation*. Editions MASSON
- ENYOUNA, FALCON, SOUBERAND, THOMAS. *Nouveaux cahiers de l'infirmières: Sciences humaines*. Editions MASSON. 1999

### **3. Revues:**

- BONNEURE A. *Enquête auprès des malades sur leurs besoins en pré-op*. Oxymag n°35, Octobre, Novembre, Décembre 1996
- POLLONO M.C, ANDREOLETTI M. *La place de l'information dans la préparation du patient à une intervention chirurgicale*. Oxymag n° 95, Juillet, Août 2007
- CHAPALAIN E. *La représentation sociale du rôle I.A.D.E, une entrave à la communication?* Oxymag n°101, Juillet, Août 2008

#### **4. Sites internet:**

- S.F.A.R. *Recommandations concernant le rôle I.A.D.E.* 2002
- HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. *Information du patient: enjeux, légitimité, exigences* disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

#### **5. Autres:**

- BOCQUET J-F. *Cours sur le stress.* Octobre 2008

