

GLOSSAIRE

CH..... Centre Hospitalier
CHU Centre Hospitalier Universitaire
HAS..... Haute Autorité de Santé
IADE..... Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
MAR Médecin Anesthésiste Réanimateur
SSPI..... Salle de Surveillance Post Interventionnelle

AVANT PROPOS

La richesse technique au bloc opératoire ne doit pas donner naissance à une pauvreté relationnelle lors de l'accueil du patient. Élève infirmière anesthésiste, j'ai décidé de profiter d'un temps imparti au cours de ma formation sur le questionnement professionnel pour aborder un thème qui me tient à cœur : les attentes du patient avant une anesthésie.

Il me semble d'autant plus important de m'intéresser au patient que j'ai choisi une spécialité qui requiert des gestes invasifs et où les soins sont souvent qualifiés de techniques. Or, le geste technique n'est pour moi pas une fin en soi et doit rester un moyen de permettre le soin. Il ne faut pas oublier en anesthésie qu'il y a un patient avant tout.

INTRODUCTION

Mon questionnement professionnel a pour origine différents constats personnels concernant le rôle de l'IADE lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. D'une part, l'anesthésie n'est pas un acte choisi par le patient mais subi. Elle implique une perte totale ou partielle du contrôle de soi, touche à l'intégrité corporelle et peut entraîner des complications graves. Cette réalité explique en partie le contexte psychologique du patient lorsqu'il arrive au bloc opératoire. Aussi, mon travail s'intéressera à retracer le parcours du patient avant son intervention chirurgicale. Par ailleurs, la relation soignant-soigné est asymétrique. Au détachement du personnel soignant, qui, lui, est dans un lieu démythifié se heurte généralement la forte charge émotionnelle vécue par le patient. Face à ce stress, le patient met en place des moyens d'adaptation que j'exposerai dans mon exploration théorique.

D'autre part, mes stages m'ont permis de constater que l'IADE dispose d'un laps de temps court pour accueillir le patient. Dans ce contexte, comment l'IADE peut-il remplir sa mission d'accueil ? Comment peut-il identifier les attentes du patient ? Ces interrogations feront l'objet d'une deuxième partie dans laquelle j'aborderai le rôle de l'IADE au bloc opératoire lors de l'accueil du patient.

Enfin, au cours de mon expérience d'infirmière en SSPI et de ma formation en anesthésie, j'ai pu constater que le réveil d'un patient est souvent à l'image de son endormissement. Lorsque le patient est détendu, qu'il s'endort en confiance et apaisé, il s'éveille généralement plus sereinement.

C'est à partir de cette observation et des différents constats évoqués précédemment que j'ai décidé de m'interroger sur les attentes du patient vis à vis de l'anesthésie. J'ai ainsi établi ma question de recherche :

Quelles sont les attentes du patient arrivant au bloc opératoire ?

A la suite de mes lectures et de mes observations, j'ai choisi de centrer plus particulièrement mon travail sur les attentes du patient adulte et avant une anesthésie générale. En effet, je ne prendrai pas en considération l'enfant puisqu'il s'agit d'une prise en charge différente qui mériterait à elle seule un travail. Par ailleurs, j'évoque uniquement l'anesthésie générale car c'est une source d'anxiété majeure. Certaines

enquêtes¹ ont d'ailleurs mis en évidence que la principale crainte des patients en préopératoire est de ne pas se réveiller à la fin de l'intervention et pour 20 à 50% des patients la peur de se réveiller pendant l'intervention.

J'ai ainsi développé ma problématique :

Au regard de l'organisation d'un bloc opératoire, dans quelle mesure l'IADE répond t-il aux attentes du patient lors de son accueil avant une anesthésie générale ?

Plusieurs hypothèses peuvent alors être évoquées :

- Les attentes sont différentes selon l'âge, le sexe du patient et l'existence d'un vécu opératoire.
- L'insatisfaction du patient est liée à la non identification de ses attentes par l'IADE.

Après avoir exposé mon cadre contextuel puis les concepts d'accueil et d'attentes, je présenterai mon outil d'enquête et ses résultats ce qui fera l'objet d'une troisième partie.

¹ JEPU - P. ALFONSI, E. SCHAACK. L'attente des opérés. Disponible sur <http://www.jepu.net/>

1 CADRE CONTEXTUEL

Mon travail aborde le rôle de l'IADE au bloc opératoire. Ainsi, dans une première partie je vais évoquer le contexte du bloc opératoire et son impact psychologique sur le patient. Puis dans une seconde partie, j'aborderai le champ professionnel de l'IADE dans ce secteur.

1.1 Le parcours du patient avant l'intervention chirurgicale

Avant de répondre aux attentes du patient, il me semble important de m'intéresser à un point particulier : l'état psychologique du patient qui arrive au bloc opératoire. En tant qu'IADE, nous découvrons le patient pour la première fois lorsqu'il entre au bloc opératoire et réciproquement. Celui-ci arrive avec son vécu, sa personnalité, son histoire personnelle et familiale, ses doutes et ses angoisses. Nous le découvrons allongé sur un lit ou un brancard et bien souvent stressé. D'après les études² 40% des opérés sont anxieux. En abordant le parcours du patient, je souhaite identifier si cette anxiété crée des attentes particulières chez le futur opéré lors de son accueil au bloc opératoire.

1.1.1 Circonstances de son arrivée

On distingue deux situations :

- Une intervention dans le cadre de l'urgence
- Une intervention programmée

Mon exploration pratique tentera donc de savoir si le contexte a une influence sur les attentes du patient.

² JEPU – E. CHABAY, M. CHINOUILH, C. PIGNOUX, B. FONTAINE. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. Disponible sur <http://www.jepu.net/>

Lorsque le patient arrive pour une chirurgie réglée, il a déjà suivi un long parcours de plusieurs semaines voire plusieurs mois, source de stress. Dans la majorité des cas, les différentes étapes sont les suivantes :

Le patient consulte son médecin traitant qui l'oriente vers un chirurgien. Ce dernier demande des bilans sanguins et des examens puis lui annonce la nécessité d'une intervention chirurgicale. Il est alors adressé au MAR qui lui précise qu'il s'agira d'une anesthésie générale et demande des examens complémentaires. Le patient est convoqué dans le service, rencontre à nouveau le chirurgien et l'anesthésiste avant l'intervention. Toutes ces étapes qui vont conduire l'individu malade au bloc opératoire sont facteurs de déstabilisation psychologique. Le patient n'est alors pas encore entré en période opératoire proprement dite qu'il est déjà bouleversé par toutes les répercussions de son parcours.

Dans le cas d'une intervention non programmée, le stress est là aussi très important. En effet, le patient arrive dans un contexte d'urgence, son arrivée était imprévue quelques heures auparavant impliquant une forte décharge émotionnelle.

Dans tout les cas, chirurgie réglée ou non, l'intervention entraîne une remise en cause familiale, personnelle et sociale, notamment une rupture de la vie sociale, une nécessité d'organisation sociale (garde des enfants, gestion du foyer), une séparation imposée des êtres chers et surtout la prise de conscience d'un corps que l'on ne maîtrise pas.

Quelques heures avant l'intervention, des perturbations physiques s'ajoutent aux perturbations psychologiques : « dévêtu, le sentiment de nudité est éventuellement aggravé par le rasage chirurgical. A peine couvert d'une chemise anonyme, le patient perd ensuite son autonomie de déplacement. Il attend en position allongée le moment du transfert au bloc opératoire³ ». Sa situation, passive, n'est donc pas propice à la communication et il lui est difficile de visualiser l'environnement. De cette situation, on comprend aisément l'importance qu'il faut accorder au confort, au respect de la pudeur et plus globalement à l'individu. En effet, il a le sentiment de subir les événements, d'être dénué de sa faculté d'agir, de réfléchir, de prendre des décisions et d'être

³ Éliane FERRAGUT et Pascal COLSON – La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation – Masson, Paris – Juillet 2001 – p 10

complètement dépendant d'autrui. C'est dans ce contexte qu'il arrive devant les portes du bloc où il est inscrit en lettres majuscules accompagné d'un panneau sens interdit ou d'un écriteau « interdit au public » : « BLOC OPERATOIRE ».

1.1.2 L'arrivée au bloc opératoire

1.1.2.1 L'unité de lieu

Le patient arrive au bloc opératoire et rencontre différents types d'accueil selon les établissements de santé. Au cours de mes stages, j'ai ainsi pu remarquer différentes organisations.

D'une part, l'accueil diffère d'un point de vue géographique. Il a parfois lieu dans une salle commune, dans une salle de pré-anesthésie ou dans un couloir.

D'autre part, l'accueil n'est pas toujours réalisé par une personne y étant spécifiquement dédiée. Selon les établissements, il s'agit d'un aide soignant, d'une infirmière de SSPI, d'une infirmière coordinatrice, d'un infirmier de bloc opératoire, d'un IADE ou d'un personnel non affecté spécifiquement à l'accueil (secrétaire, ...).

1.1.2.2 Les composantes anxigènes au bloc opératoire

En passant l'écriteau « interdit au public », le patient est confronté à la réalité du lieu. Deux univers se heurtent. L'IADE est dans un univers connu et habituel alors que le patient lui arrive dans un univers bien souvent inconnu.

Ce lieu démythifié par le personnel soignant est pour le patient un lieu de haute technicité, inconnu et inquiétant où le personnel est difficilement identifiable. L'arrivée dans cet univers peut être potentiellement traumatisante psychologiquement. Dans leur livre « La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation » E. FERRAGUT et P. COLSON décrivent parfaitement cet univers : « transporté couché, le patient est rapidement pris en main par de nombreux inconnus qui évoluent le visage masqué et en uniforme. Il pénètre dans une ambiance où la lumière est vive, la table d'opération

est dure et froide. Connecté à des appareils mystérieux qui clignotent ou émettent des sons insolites, rythmés, il est enfin prêt pour l'endormissement alors que les scialytiques l'observent, le scrutant déjà comme de grands yeux étranges... »⁴

Cette période est-elle vécue de la même manière par tout les patients ?

Je pense que de nombreux facteurs peuvent effectivement générer du stress et entrainer un sentiment de déshumanisation comme le port d'une chemise d'opéré, le bracelet d'identification, la passivité, l'inconfort sur le brancard, les odeurs, l'environnement froid, la technicité, les bruits, les lumières éblouissantes, l'absence d'identification du personnel, l'automatisation des gestes et la rigueur institutionnalisée. Face à ce constat, mon exploration pratique tentera de démontrer si ces facteurs anxiogènes engendrent du stress chez le patient et créent des attentes particulières lorsqu'il arrive au bloc opératoire.

1.1.2.3 La rencontre avec les différentes équipes

Lorsque le patient est accueilli au bloc opératoire, un sentiment de ne rien pouvoir contrôler l'envahit encore plus. Bien souvent, il cherche un regard et attend que l'on s'adresse à lui. Après une période d'attente plus ou moins longue, le moment de la rencontre avec l'équipe anesthésique et l'équipe chirurgicale arrive. En s'identifiant au patient, l'équipe lui fait prendre conscience de la réalité de l'événement : il est présent physiquement dans ce lieu fermé et mythique pour se faire opérer. J'assimile le bloc opératoire à un lieu mythique car pour le patient, ce lieu clos est souvent générateur de stress et renvoie à de nombreuses idées reçues et d'expression comme « passer et rester sur le billard ».

Ainsi, l'équipe d'anesthésie éveille chez le patient des peurs : peur liée aux risques de l'anesthésie générale, aux drogues utilisés, peur de mourir, peur de ne pas se réveiller, de se réveiller pendant l'intervention et peur de l'inconnu. Cette peur est d'autant plus justifiée lorsque l'on sait que les patients assimilent l'anesthésie générale à un

⁴ Éliane FERRAGUT et Pascal COLSON – La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation – Masson, Paris – Juillet 2001 – page 10.

« pouvoir mystérieux de retirer la conscience »⁵. En effet, même si l'anesthésie n'est pas une fin en soi mais un moyen de permettre un acte chirurgical, le patient est informé que les risques sont majeurs. Par ailleurs, des éléments extérieurs peuvent conforter leur peur de l'anesthésie comme les médias, les dires d'un proche, un vécu personnel, internet, les magazines people, les croyances,...

S'ajoute la peur liée à la chirurgie : peur liée à l'atteinte de son intégrité physique, à l'échec ou au risque d'erreur lors de l'intervention (erreur de côté, risque vital), à la douleur, à la possibilité d'une rechute dans les cas de maladie cancéreuse par exemple et à l'état de dépendance liée à l'hospitalisation.

Mon exploration pratique s'attachera à préciser si les attentes du patient qui a déjà été au bloc opératoire et eu une anesthésie générale sont différentes de celui qui n'a jamais été opéré sous anesthésie générale.

Voici bien souvent le déroulement de l'accueil du patient : l'IADE, le dossier entre les mains, lui demande de décliner son identité, lui pose de manière rigoureuse une série de questions. Celle-ci peut sembler très directive et peu humaniste notamment : êtes-vous bien à jeun ? Avez-vous des allergies ? Avez-vous des prothèses dentaires ? Ouvrez grand la bouche. Gardez bien les mains à l'intérieur des barrières. Veuillez retirer les manches de votre chemise, tendre le bras. Puis, le premier geste invasif survient : la pose de la voie veineuse périphérique. Mais, face à tout ces éléments stressants, comment le patient réagit-il ?

1.1.3 L'impact psychologique

Il me paraît nécessaire pour identifier les attentes du patient d'avoir quelques notions de psychologie concernant les moyens d'adaptation au stress d'un individu. En effet, les individus ne subissent pas passivement les situations difficiles qui s'imposent à eux, mais interviennent constamment pour établir des conditions qui leur soient propices. Cette tentative de maîtrise poursuit deux buts essentiels : éliminer ou réduire les

⁵ Éliane FERRAGUT et Pascal COLSON – La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation – Masson, Paris – Juillet 2001 – page 9.

conditions environnementales stressantes, mais aussi le sentiment de détresse qu'elles induisent. Comme je l'ai évoqué, le parcours pré-opératoire puis l'arrivée au bloc opératoire sont sources de stress car la personne évalue sa situation comme dépassant ses propres ressources et mettant en danger son bien-être.

Afin d'affronter cette situation, le patient va mettre en place différents moyens d'adaptation :

- Les mécanismes de défense qui ont une approche psychanalytique,
- Le coping qui a une approche cognitive et comportementale.

Les mécanismes de défense sont des opérations involontaires, inconscientes du moi. Le moi est en lutte constante pour empêcher qu'aucune des deux autres structures psychiques en conflit permanent (le ça et le moi) ne prennent le contrôle de l'esprit. On distingue différents mécanismes de défense notamment le déni, la rationalisation ou la projection.

Le déni est un mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en refusant de connaître la présence de certains aspects externes douloureux ou certaines expériences subjectives douloureuses pourtant apparentes pour lui.

La rationalisation est un mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en dissimulant les motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées.

La projection est un mécanisme par lequel le sujet réagit aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en attribuant à autrui ses propres sentiments, pulsions ou pensées inacceptables.

Le coping est une stratégie d'ajustement personnel, consciente d'ordre comportementale, émotionnelle et cognitive. En 1984, Lazarus et Folkman l'ont défini comme étant l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences externes et/ou internes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne. On distingue deux types de stratégies de coping :

Le coping centré sur le problème ; l'individu tente de résoudre au mieux la situation. On retrouve des attitudes de confrontation, de combativité, de recherche active d'aide et d'informations. C'est le cas du patient qui cherche à obtenir plus de renseignements sur son intervention.

Le coping centré sur l'émotion ; l'individu tente de réguler au mieux les émotions engendrées par la situation de stress. Il s'agit du patient qui va adopter une attitude de contrôle émotionnel, qui va essayer de canaliser son stress.

Mon enquête aura ainsi pour objectif d'identifier si ces stratégies d'adaptation sont à l'origine d'attentes particulières pour le patient comme le désir d'information, de soutien psychologique et l'écoute de ses préoccupations.

Au cours de mes différents stages, j'ai pu constater différents types de prise en charge ; très explicative sur les gestes effectués ou très peu informative ou bien encore des échanges divers et variés sur le quotidien de la vie... Mais que pense le patient à ce moment ? Que souhaite-t-il ? Qu'attend-t-il de l'infirmier anesthésiste ?

1.2 Rôle de l'IADE

1.2.1 Cadre réglementaire

Conformément à l'article R 4311-12 du code de la santé publique, l'IADE a une exclusivité de compétence en anesthésie au bloc opératoire. Ainsi, cet article précise que « l'infirmier ou l'infirmière, anesthésique diplômé d'Etat, est seul habilité à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les **techniques** suivantes :

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste - réanimateur, réaliser les gestes **techniques** qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance post - interventionnelle, il assure les actes relevant des **techniques** d'anesthésie citées aux 1^o, 2^o et 3^o et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes **techniques** »⁶.

On constate que le législateur a mis l'accent sur la technicité de la profession d'IADE. Toutefois l'IADE, dans ses compétences d'IDE, a des missions d'ordre relationnel (R 4311-5 du code de la santé publique) :

- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne ;
- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique.

Notons que l'IADE est soumis aux mêmes règles professionnelles que tout IDE, notamment :

- Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade (R 4311-2 du code de la santé publique),
- L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille (R4312-2 du code de la santé publique),
- L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soit l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation. (R 4312-25 du code de la santé publique).

⁶ MINISTERE DE LA SANTE Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Journal officiel n°183 du 9 août 2004. Disponible sur http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php (consulté le 20 avril 2010)

1.2.2 Rôle de l'IADE dans la période étudiée

1.2.2.1 Soin technique

Mon travail aborde le rôle de l'IADE lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. Ainsi, la période étudiée débute avec la rencontre IADE - patient et se termine avant l'induction.

Avant d'accueillir un patient, l'IADE doit préparer et contrôler le matériel d'anesthésie et de suppléance du patient ainsi que les médicaments nécessaires à l'anesthésie et à la surveillance. Ces conditions sécuritaires et réglementaires sont stipulées dans le décret n°94-1050 du 5/12/1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique et l'arrêté du 3/10/1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et des dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D712-47 du code de la santé publique. Les conditions étant remplies, l'accueil du patient dans un environnement sécuritaire peut alors avoir lieu.

Le geste technique est essentiel puisqu'il va notamment permettre le soin mais aussi de consolider la relation de confiance entre le patient et l'IADE.

1.2.2.2 Soin relationnel

La particularité est qu'il dispose d'un court délai pour faire connaissance avec le patient, connaître son histoire, ses antécédents et identifier ses besoins et ses attentes. C'est à ce moment que l'approche humaine prend tout son sens. Le soin technique ne doit en aucun cas être dissocié du soin relationnel. En effet, on peut comparer le patient, le soin et l'IADE à un triptyque. Le tableau ne prenant alors réellement tout son sens que par la réunion des trois. On pourrait ainsi dire que le soin est un support à l'établissement de la relation soignant-soigné. Le patient étant l'expert de sa vie et l'IADE l'expert du soin. Ce moment d'échange est d'autant plus important que le temps accordé à la lecture du dossier du patient est parfois écourté du fait de l'organisation. En effet, au cours de mes stages, j'ai pu me rendre compte qu'il était parfois difficile de répondre aux attentes du patient, notamment par manque de temps, d'une organisation

inadaptée, ... Aussi, mon enquête évaluera si les attentes du patient sont fréquemment prises en compte par l'IADE et si ces constats se révèlent ou non être des sources de difficultés pour l'IADE. Quoiqu'il en soit, l'accueil apparaît comme un moment clé pour identifier les attentes du patient.

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 L'accueil

Selon le petit Larousse 2010, l'accueil est « l'action, la manière de recevoir quelqu'un qui arrive, qui se présente ». Colette LAURENS dans son livre « Améliorer l'accueil⁷ » va plus loin dans sa définition qui correspond pour elle à un besoin d'intégration et d'adaptation d'un individu dans la structure donnée, s'apparentant à de l'accompagnement.

L'accueil est un droit du patient et un devoir du soignant en respectant les besoins fondamentaux de l'opéré : « La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être respectée ainsi que sa tranquillité » . (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

2.1.1 Une unité de temps

Comme l'indique C. LAURENS, « être accueilli, c'est être attendu en vue de bénéficier d'une démarche personnalisée et de percevoir de la disponibilité en termes de moment ». Pour effectuer un accueil il est donc primordial de ménager un temps.

Mon travail a défini ce temps comme débutant au moment de la rencontre de l'IADE avec le patient et se terminant avant l'induction.

⁷ C. LAURENS, améliorer l'accueil, PARIS, éditions d'organisation, 1981 – page 19.

2.1.2 Une unité de lieu

« Etre accueilli, c'est percevoir de la disponibilité en termes de lieu⁸ ». Tout les écrits sur l'accueil au bloc opératoire sont unanimes : la configuration des locaux d'un bloc opératoire doit offrir un lieu dédié à l'accueil du futur opéré.

2.1.3 La communication

« L'accueil suppose un état d'esprit, une compréhension des objectifs poursuivis, une interrogation régulière sur les comportements relatifs à l'accueil ⁹ ». L'une des principales caractéristiques de l'accueil est la communication.

Communiquer vient du latin *communicare* : être en relation avec. L'étymologie met donc en exergue la notion d'interaction. On trouve d'un côté l'émetteur et de l'autre le récepteur. Pour établir une relation avec autrui, l'émetteur transmet un message au récepteur sous forme de deux composantes :

- La communication verbale :
 - o Il s'agit de la communication des mots par le langage. L'organisation d'un bloc opératoire est telle que le soignant dispose d'un laps de temps court pour établir une relation avec le patient. L'objectif est d'instaurer une relation de confiance, de dédramatiser la situation, de diminuer le stress du patient, le sécuriser et le rassurer. « Etre en confiance permet de se confier, de se fier à ... la confiance facilite la qualité de la communication¹⁰ ». Pour établir cette confiance, W. HESBEEN¹¹, infirmier dans la recherche, énonce huit items dont l'écoute, la disponibilité, l'humilité, l'authenticité et la compassion.

⁸ C. LAURENS, améliorer l'accueil, PARIS, éditions d'organisation, 1981 – page 19.

⁹ Claire BERNARD-LEGOFF – L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins – Inter bloc, Tome XXV, septembre 2006, page 195.

¹⁰ Claire BERNARD-LEGOFF – L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins – Inter bloc, Tome XXV, septembre 2006, page 197.

¹¹ W HESBEEN, - Prendre soin à l'hôpital, Paris, Masson, 1997

- La communication non verbale :
 - o Il correspond au langage corporel. Des travaux¹² ont estimé à 70% les messages transmis non verbalement. Or, dans un bloc opératoire, ce mode de communication est prépondérant. En effet, les exigences en termes de qualité et d'hygiène imposent des mesures comme le port d'une charlotte et d'un masque ne laissant apparaître que le regard. Il est donc important de prendre conscience de ce mode de communication qui transmet des impressions et des réactions qui peuvent être inconscientes ou incontrôlées. Outre le regard et l'expression faciale, d'autres modes d'expression de la communication non verbale sont à prendre en compte :
 - Les postures, les attitudes. En effet, grâce à elles, un grand nombre de messages sont envoyés et reçus, permettant d'aider à construire une impression de l'autre.
 - La position des interlocuteurs entre eux et leur position dans l'espace
 - Le silence
 - L'agencement de l'environnement
 - Le toucher
 - Les gestes pour préserver la pudeur du patient, son intimité, son bien être, son confort comme lui proposer un drap chaud, une couverture.

Ainsi au cours de l'accueil, et grâce à ces deux modes de communication, l'IADE va pouvoir identifier les attentes du patient puis tenter d'y répondre.

2.1.4 Les contraintes liées à l'accueil

Je vais maintenant évoquer les facteurs nuisibles à la qualité de l'accueil du futur opéré. Il s'agit tout d'abord de l'organisation du bloc opératoire qui est indépendante de l'IADE. Ces contraintes sont organisationnelles et inhérentes au fonctionnement du bloc

¹² Claire BERNARD-LEGOFF – L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins – Inter bloc, Tome XXV, septembre 2006, page 197.

opératoire. L'IADE doit alors s'adapter à cette organisation, mon travail n'ayant pas la prétention d'apporter des modifications sur ce point.

- L'unité de temps : la rencontre avec le patient et son transfert en salle opératoire sont parfois très rapides. L'IADE dispose alors d'un laps de temps court pour établir une relation de confiance avec le patient.
- L'unité de lieu : La configuration des locaux ne propose pas toujours un lieu spécifique à l'accueil. Les problématiques de bruit et de passage fréquent de personnels perturbent les possibilités d'échange entre le patient et l'IADE. De même, l'accueil dans un contexte où il existe une promiscuité des patients peut poser les problèmes de respect de la pudeur et de la confidentialité.

Par ailleurs, l'environnement psychologique peut interférer sur la qualité de l'accueil. Chaque professionnel a sa façon d'envisager et de conduire l'accueil personnalisé du futur opéré. Cet état d'esprit d'accueillir l'autre est individuel. Les valeurs professionnelles, l'expérience et la sensibilité de tout à chacun conditionnent une partie du discours et de l'implication dans l'accueil du futur opéré. Il faut aussi préciser que les contraintes peuvent être liées aux patients et ainsi rendre la personnalisation de l'accueil difficile. Enfin, au bloc opératoire, le patient est vulnérable. En effet, « la prémédication, l'état de jeûne, la nudité, l'incapacité à identifier les personnes qui le prennent en charge, et la méconnaissance de leur rôle sont autant de facteurs qui lui font perdre ses repères »¹³. L'IADE doit alors analyser et écouter le patient pour adapter son mode de communication. Il faut aussi prendre en compte le profil du patient comme sa culture, ses croyances religieuses qui peuvent interférer sur la perception qu'il a de son corps, de sa pathologie et des soins.

Bien qu'il existe des contraintes à la réalisation de l'accueil, ce moment apparaît comme crucial pour identifier les attentes du patient. De quelle nature sont ces attentes ?

¹³ Guillaume Le Jouan – l'accueil personnalisé au bloc, une mission impossible ? – Interbloc, n°1 tome XXIV, mars 2005, page 8.

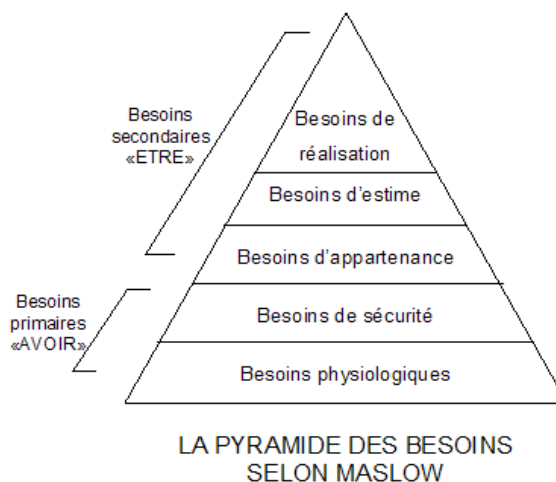
2.2 Les attentes du patient

2.2.1 Attentes et/ou besoins ?

Lorsque l'on parle des attentes, une autre notion apparaît : les besoins. Aussi, pour éviter tout amalgame, je vais préciser ces deux termes.

Une attente est définie comme « l'action de compter sur quelqu'un, sur quelque chose, une espérance, une prévision »¹⁴.

Le besoin correspond « à une sensation de manque, d'inconfort ou de privation, qui est accompagné par l'envie de la faire disparaître par un comportement économique et social menant à un mieux-être »¹⁵. Les besoins peuvent être classifiés. Ainsi, le psychologue américain Abraham Maslow a émis une théorie classant les besoins de manière hiérarchique sous la forme d'une pyramide :



Au bloc opératoire, les besoins physiologiques comme boire et manger ne sont pas satisfaits puisque le patient doit être strictement à jeun avant une intervention chirurgicale. Le patient arrivant au bloc opératoire est déstabilisé sur le plan psychologique avec l'apparition d'une angoisse indiquant la non satisfaction de son besoin de sécurité. Concernant le besoin d'appartenance, là aussi le patient a parfois un sentiment de déshumanisation. Comme je l'évoquai précédemment, le port d'une

¹⁴ Définition du petit Larousse 2010

¹⁵ Définition du petit Larousse 2010

chemise d'opéré, sa passivité sur un brancard lui ôte son sentiment d'appartenance à un groupe, son estime de lui.

Ainsi, les besoins sont généraux, globaux contrairement à la notion des attentes qui me semble être novatrice puisqu'elle est plus individuelle et centrée sur la personne.

De manière générale, les attentes peuvent être liées ou non à un besoin, mais en aucun cas il ne faut restreindre une attente à la non satisfaction d'un besoin. Si je prends l'exemple d'un besoin physiologique : celui d'uriner. Imaginons qu'un patient arrive en salle de pré-anesthésie et désire uriner. Pour satisfaire son besoin, l'action sera de lui apporter un urinal. Cependant, quelles seront ses attentes à ce moment précis ? A t-on répondu à son attente si celle-ci était d'uriner en position debout ? Après tout il était valide ! A t-on répondu à son attente qui était le respect de son intimité ? Effectivement, nous avons répondu à son besoin d'uriner mais pas forcément à ses attentes.

Qui mieux que le patient connaît ses attentes ? Le soignant identifie t-il les attentes du patient ? Existe t-il un décalage entre les attentes du patient et ce que les professionnels de santé projettent sur les patients ?

2.2.2 La notion de satisfaction

Comment évaluer si les attentes ont été assouvies par le professionnel ? Dans leur article sur « les attentes des opérés », P. ALFONSI, E. SCHAACK parle d'un indice permettant de l'évaluer : la satisfaction. En effet, il me semble important d'interroger les patients sur leurs ressentis des soins qu'ils ont reçus. Cela est d'autant plus vrai qu'actuellement la priorité est donnée à l'évaluation de la qualité des soins. Ainsi, dans le manuel de certification des établissements de santé V2010 de l'HAS, de nombreux critères sont évalués au travers la satisfaction des patients.

Une définition habituelle de la satisfaction est « le degré de congruence entre l'attente et l'accomplissement »¹⁶. Comme je l'évoquai précédemment, il existe parfois un décalage entre les attentes des patients et ce que les professionnels de santé projettent

¹⁶ JEPu - P. ALFONSI, E. SCHAACK. L'attente des opérés. Page 308 Disponible sur <http://www.jepu.net/>

sur les patients en fonction de la réalité de leurs pratiques professionnelles. Ainsi, une étude¹⁷ a été menée sur « l'influence des attentes et des expériences en matière de douleur post-opératoire sur un échantillon de 191 patients. Bien que 91% d'entre eux s'attendaient à connaître des niveaux de douleur modérés ou sévères et que 76% rapportèrent effectivement des expériences douloureuses identiques au niveau qu'ils attendaient, seulement 8% étaient insatisfaits par la prise en charge de leur douleur (...) Ainsi, les critères de qualité estimés comme tels par les professionnels de santé (prise en charge efficace de la douleur, pas de nausées et vomissements, etc.) ne sont pas obligatoirement ceux qui entrent en ligne de compte pour exaucer les attentes des patients ». Ce constat rappelle en outre le moyen d'adaptation que j'ai évoqué précédemment à savoir le coping. Le patient met en effet en place une stratégie d'ajustement personnel consciente pour gérer la situation de douleur.

Aussi, on peut définir l'attente comme « la perception qu'a un patient des bénéfices qu'il a retiré du système de soins et de la mesure dans laquelle ces bénéfices sont à la hauteur de ce qu'il en attendait »¹⁸. On peut alors convenir que la satisfaction des attentes est différente selon le profil du patient.

2.2.3 Le profil des patients

Mes observations et mes recherches m'ont ainsi permis d'établir une série de critères pouvant avoir une corrélation avec les attentes des patients :

- L'âge
- Le sexe
- L'expérience d'une anesthésie générale
- Le contexte de l'intervention : urgence ou programmée.
- Le degré de stress

Mon exploration pratique validera ou non ces critères comme ayant une incidence sur les attentes du patient.

¹⁷ JEPU - P. ALFONSI, E. SCHAACK. L'attente des opérés. Page 308 Disponible sur <http://www.jepu.net/>

¹⁸ p.289 Alain LEPLEGE et Joël COSTE – Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et application – Editions Estem – 2001 – page 289

2.2.4 Les différents types d'attentes

Si l'on revient à la définition d'une attente comme étant une espérance, une prévision, on distingue différents types d'attentes chez le patient arrivant au bloc opératoire :

- Les attentes vis à vis de la chirurgie,
- Les attentes vis à vis de l'anesthésie,
- Les attentes vis à vis du post-opératoire.

Mon travail s'intéressera uniquement aux attentes du patient vis à vis de l'anesthésie et plus particulièrement par rapport à l'IADE. Toutefois, il faut préciser ces attentes. En effet, je différencie les attentes d'ordre relationnel, des attentes d'ordre technique (pharmacologie, gestes techniques). Les attentes liées à la technicité relèvent d'un savoir-faire. Je considère comme acquises les compétences techniques de l'IADE puisqu'elles font l'objet d'un apprentissage théorique et pratique rigoureux lors de la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste. Les attentes du patient d'ordre relationnel relèvent d'un savoir-être. Elles sont notamment inhérentes au professionnel de santé, à sa sensibilité, à son implication comme je l'ai précédemment évoqué dans les contraintes de l'accueil. Différentes enquêtes¹⁹ réalisées sur les attentes des patients m'ont permis d'identifier les principales attentes des patients vis à vis de l'anesthésie d'un point de vue relationnel :

- Respect de la personne
- L'information
- La gentillesse
- La disponibilité
- L'attention portée à son confort physique
- Le sentiment de sécurité
- Le soutien émotionnel

Ces différentes attentes ne sont donc pas sans lien avec la réglementation évoquée dans le chapitre 1.2.1 (cadre réglementaire) puisqu'elles abordent la notion de respect de la personne humaine, l'aide et le soutien psychologique et l'entretien d'accueil privilégiant l'écoute. Ainsi, répondre aux attentes du patient apparaît comme une

¹⁹ JEPu - P. ALFONSI, E. SCHAACK. L'attente des opérés. Disponible sur <http://www.jepu.net/>

obligation légale. Mon exploration tentera néanmoins d'identifier si répondre aux attentes du patient a pour les IADE plus une valeur morale qu'une valeur d'obligation. En effet, je souhaite repérer si l'implication des IADE est d'avantage lié à leurs convictions personnelles, à leurs propres règles de conduite ou liée à un devoir imposé par la législation.

3 EXPLORATION PRATIQUE

3.1 Etude de l'outil de recherche

3.1.1 Choix de l'outil d'enquête

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai décidé d'élaborer deux questionnaires comme outils d'enquête. Le premier s'adresse aux patients (annexe n°1) et le second aux IADE (annexe n°2).

Concernant les patients, j'ai choisi un questionnaire permettant l'anonymat des réponses et ainsi une plus grande franchise dans leurs réponses.

Pour les IADE, mon choix s'est porté sur le questionnaire car mon objectif, afin que cette étude soit représentative de l'opinion des IADE, était d'interroger le maximum de personnes.

Par ailleurs, dans les deux cas, mon travail évoque le soin relationnel et fait donc appel à des ressentis concernant la relation à l'autre. Aussi, le questionnaire est intéressant car il permet d'avoir par son aspect quantitatif, la fréquence de certains ressentis et/ou certaines difficultés.

3.1.2 Choix de la population ciblée

Pour le questionnaire patient, la population étudiée est formée de patients adultes ayant été opérés sous anesthésie générale. J'ai choisi ce contexte car comme je l'ai évoqué dans mon exploration théorique, l'anesthésie générale crée un stress supplémentaire (notamment peur de ne pas se réveiller). Par ailleurs, j'ai occulté les patients opérés sous anesthésie loco-régionale car leur satisfaction risque d'être erronée. En effet,

comme il reste conscient durant toute la période de passage au bloc opératoire, la limitation à l'identification de ses attentes peropératoire est difficile. Il existe donc un risque d'amalgame avec ses attentes peropératoire et un risque d'influence de sa satisfaction générale de la période opératoire sur les attentes peropératoire. Les patients ont reçu le questionnaire après l'intervention pour leur permettre de s'exprimer sur leur vécu de l'accueil.

La population étudiée par le questionnaire IADE est composée d'IADE exerçant au bloc opératoire d'un CHU et de deux CH.

3.1.3 Présentation des outils d'enquête

Le questionnaire patient est composé de neuf questions. Le questionnaire IADE comporte sept questions. Les questions sont fermées ou suivies de réponses préétablies. Cependant, pour certaines questions, la personne interrogée peut émettre des notes personnelles car une ligne « autre » apparaît. Les réponses préétablies ont été élaborées à partir de mon exploration théorique et de mon expérience au bloc opératoire.

Sur les 80 questionnaires « patient » distribués, j'en ai recueilli 72 dont 12 sont inexploitable. Sur les 65 questionnaires IADE distribués, j'en ai recueilli 39. Les retours ayant été nombreux (75% pour les questionnaires patient et 60% pour les questionnaires IADE), l'étude apparaît donc intéressante.

3.1.4 Objectifs des questionnaires

Les deux questionnaires ont pour intérêt de répondre à quatre objectifs (annexe n°3) :

- l'identification des attentes du patient
- la spécification des attentes en fonction du type de population
- l'évaluation de la prise en compte des attentes des patients
- l'identification des sources de difficultés

3.2 Présentation des résultats

Lorsque je parle d'attentes, il s'agit toujours des attentes du patient vis à vis de l'anesthésie et d'un point de vue relationnel.

3.2.1 Questionnaire patient

3.2.1.1 Questions n°1 à 4

1. *Quel âge avez-vous ?*

18 – 30 ans 31 – 50 ans 51 – 70 ans > 70 ans

2. *Vous êtes :* Une femme Un homme

3. *Avez-vous déjà été opéré avant cette intervention ?* OUI NON

Si oui, s'agissait il d'une anesthésie générale ?

OUI NON

4. *L'intervention chirurgicale pour laquelle vous venez d'être opéré était une intervention :*

PROGRAMMÉE EN URGENCE

L'objectif de ces questions est de déterminer si les critères d'âge, de sexe, d'un vécu opératoire d'une anesthésie générale et le contexte de l'intervention programmée ou non influent sur les attentes du patient.

39% de la population interrogée a entre 31 et 50 ans. Viennent ensuite dans une proportion égale les tranches de population âgées entre 18 et 30 ans (25%) et entre 51 et 70 ans (22%). Seulement 14 % des personnes interrogées ont plus de 70 ans.

63% des patients interrogés sont des femmes.

92% des patients interrogés ont déjà été opérés et 100% d'entre eux l'ont été sous anesthésie générale. Seuls 8% n'ont donc pas de vécu opératoire.

83 % des patients interrogés ont eu une intervention programmée et 17% en urgence. La majorité des patients a donc rencontré le médecin anesthésiste en consultation. Celui-ci aura donc pu répondre à leurs interrogations et les informer lors de ce temps d'échange.

Les questions qui suivent seront donc analysées en fonction des critères suivants :

- Tranches d'âge : 18 – 30 ans ; 31 – 50 ans ; 51 – 70 ; supérieur à 70 ans.
- Hommes ; femmes
- Existence d'un vécu opératoire sous anesthésie générale ; absence de vécu opératoire
- Intervention programmée ; intervention en urgence.

3.2.1.2 Question n°5

5. *Lorsque vous êtes arrivé au bloc opératoire, quel était votre degré de stress ?
(Entourez le chiffre correspondant à votre degré de stress : 0 = aucun stress, 10 = stress non-maîtrisable)*



L'objectif de cette question est de déterminer si les attentes du patient diffèrent en fonction de son degré de stress.

La majorité des patients est peu à moyennement stressée puisque 36% d'entre eux évaluent leur stress à 5/10, 22% à 3/10 et 16% à 0/10. On peut donc supposer que la prémédication est l'une des raisons qui explique ces résultats.

Pour analyser cette question, j'ai établi des catégories de population en rassemblant :

- Les patients ayant évalué leur stress de 0 à 2/10 soit 21,7% de la population
- Les patients ayant évalué leur stress de 3 à 4/10 soit 21,7% de la population
- Les patients ayant évalué leur stress à 5/10 soit 26,7% de la population
- Les patients ayant évalué leur stress de 6 à 7/10 soit 16,7% de la population
- Les patients ayant évalué leur stress de 8 à 10/10 soit 13,3% de la population

Ces catégories sont intéressantes à analyser car elles sont homogènes, regroupées de manière cohérente et permettront une analyse transversale représentative.

3.2.1.3 Question n°6

6. *Comment avez-vous identifié l'infirmier(e) anesthésiste ?*

- L'infirmier(e) anesthésiste s'est présenté(e)*
- l'infirmier(e) anesthésiste m'a été présenté(e) par une autre personne*
- Je n'ai pas identifié l'infirmier(e) anesthésiste*
- Autre :*

L'objectif de cette question est de déterminer :

- les conditions d'accueil du patient par l'IADE
- S'il a identifié ou non l'IADE. Dans le cas où il a identifié l'IADE, il pourra formuler des attentes vis à vis de ce dernier (question n°7). Dans le cas contraire, mon exploration pratique tentera, au travers de la question n°8, d'analyser l'impact de la non identification de l'IADE sur la satisfaction du patient (analyse dans le chapitre 3.3.1).

Il en ressort que les patients ont à 91% identifié l'IADE car l'IADE s'est présenté à eux. Seuls 7% des patients n'ont pas identifié l'IADE. Sur ces 7%, ils sont 50% à être satisfaits de l'accueil (évaluation question 8 à 8/10) et 50% non satisfaits (évaluation à 3/10). 2% des IADE ont été présentés par une tierce personne.

3.2.1.4 Question n°7

7. *D'un point de vue relationnel, quelles étaient vos attentes lorsque vous avez rencontré l'infirmier(e) anesthésiste lors de votre accueil au bloc opératoire ?*
Prioriser vos attentes de 1 à 10 (1 étant la priorité qui vous semble la plus importante)

- L'identification de l'infirmier(e) anesthésiste*
- Un langage accessible de la part de l'infirmier(e) anesthésiste*
- L'amabilité de l'infirmier(e) anesthésiste*
- La disponibilité de l'infirmier(e) anesthésiste*
- L'attention portée à votre confort*
- L'information sur les soins*
- L'écoute de vos préoccupations*
- Respect de vos convictions (pudeur, religion, ...)*
- Le sentiment de sécurité, d'être rassuré*
- Le soutien psychologique*
- Autre :*

L'objectif de cette question est d'identifier les priorités du patient en terme d'attentes vis à vis de l'IADE.

Il ressort que les trois attentes prioritaires des patients sont d'une manière générale l'amabilité, le sentiment de sécurité et l'identification de l'IADE. Ce résultat a été

conforté par l'analyse transversale qui consistait à relever le nombre de fois qu'une attente a été classée en priorité 1 et en priorité 2. Ainsi, 20,5% des patients ont classé en priorité 1 et 2 l'amabilité de l'IADE, 18% le sentiment de sécurité et 18% l'identification de l'IADE.

De la même manière les attentes classées priorités 9 et 10 ont été comptabilisées. Mon enquête montre qu'il s'agit du soutien psychologique et du respect des convictions. Ces deux attentes sont donc les moins prioritaires pour les patients.

Il est à noter qu'une case 'autre' était possible à renseigner. Aucun patient n'a émis d'autres attentes.

3.2.1.5 Question n°8

8. *Evaluez de 0 à 10 la prise en compte de vos attentes par l'infirmier(e) anesthésiste : (Entourez le chiffre correspondant à votre degré de satisfaction : 0 = l'infirmier(e) anesthésiste n'a répondu à aucune de vos attentes, 10 = l'infirmier(e) anesthésiste a répondu à toutes vos attentes)*



L'objectif de cette question est de préciser si le patient est satisfait de la prise en compte de ses attentes par l'IADE.

La très grande majorité des patients est satisfaite de la prise en compte de leurs attentes par l'IADE : 75% des patients ont émis un degré de satisfaction de 8 à 10/10 et si on ajoute les patients ayant évalué leur satisfaction à 7/10, on obtient 88% de patients satisfaits.

3.2.1.6 Question n°9

9. *Comment peut-on améliorer la prise en compte de vos attentes vis à vis de l'anesthésie ? (cocher une ou plusieurs réponses).*

- Aménager des locaux plus adaptés à l'accueil du patient*
- Etre accueilli dès votre arrivée au bloc opératoire par l'infirmier(e) anesthésiste*
- Avoir plus de temps de communication avec l'infirmier(e) anesthésiste*
- Rencontrer l'infirmier(e) anesthésiste avant d'être accueilli au bloc opératoire*
- Autres :*

L'objectif de cette question est de déterminer les axes d'amélioration en terme d'accueil pour répondre au mieux aux attentes du patient.

De cette question on peut mettre en exergue que 43% des patients souhaitent rencontrer l'IADE avant d'arriver au bloc opératoire. Les trois autres critères d'amélioration sont souhaités par environ 20% des patients.

La case « Autres » n'a pas été renseignée par les patients.

3.2.2 Questionnaire IADE

3.2.2.1 Question n°1

1. *Depuis combien de temps êtes-vous IADE ?*

- Moins de 5 ans* *5 - 10 ans* *> 10 ans*

L'objectif de cette question est d'évaluer si l'expérience professionnelle influe sur la prise en compte des attentes du patient par l'IADE.

La répartition des IADE en fonction de leur expérience professionnelle est homogène car ils sont 36% à exercer depuis moins de 5 ans, 31% de 5 à 10 ans et 33% depuis plus de 10 ans.

3.2.2.2 Question n°2

2. Selon vous, répondre aux attentes du patient lors de son accueil est :

- plus une obligation légale qu'une valeur morale
- autant une obligation légale qu'une valeur morale
- plus une valeur morale qu'une obligation légale

L'objectif de cette question est de déterminer l'implication de l'IADE dans la prise en compte des attentes du patient.

On peut noter que pour deux tiers des IADE répondre aux attentes du patient lors de son accueil est autant une obligation légale qu'une valeur morale. Pour un tiers d'entre eux, la valeur morale est supérieure à l'obligation légale. Ce constat montre que les IADE sont concernés par l'accueil. Un tiers d'entre eux sont conscients que l'accueil fait partie de leur rôle propre de soignant mais également sur le plan de l'éthique, de la morale. Comme je l'ai évoqué dans ma partie théorique, la sensibilité de tout à chacun conditionne une partie de son comportement dans l'accueil du futur opéré. Il semble donc qu'un tiers d'entre eux se sentent encore plus impliqués moralement dans l'accueil.

La valeur morale devient de plus en plus importante avec l'expérience croissante de l'IADE. Ainsi, répondre aux attentes du patient a plus une valeur morale qu'une obligation légale pour 21% des IADE ayant moins de 5 ans d'expérience, pour 33% des IADE ayant entre 5 et 10 ans d'expérience, et pour 46% des IADE ayant plus de 10 ans d'expérience.

Ce résultat peut notamment s'expliquer par le fait que les IADE maîtrisent de plus en plus l'aspect technique de la profession au fur et à mesure de leur expérience et peuvent donc s'impliquer d'avantage dans la prise en charge globale du patient.

3.2.2.3 Question n°3

3. *D'un point de vue relationnel, quelles sont les attentes du patient vis à vis de l'anesthésie et avant une anesthésie générale ?*

Prioriser leurs attentes de 1 à 10 (1 étant la priorité la plus importante)

- L'identification de l'infirmier(e) anesthésiste*
- Un langage accessible de la part de l'infirmier(e) anesthésiste*
- L'amabilité de l'infirmier(e) anesthésiste*
- La disponibilité de l'infirmier(e) anesthésiste*
- L'attention portée à son confort*
- L'information sur les soins*
- L'écoute de ses préoccupations*
- Respect de ses convictions (pudeur, religion, ...)*
- Le sentiment de sécurité, d'être rassuré*
- Le soutien psychologique*
- Autre :*

L'objectif de cette question est d'identifier les attentes que les IADE estiment prioritaires pour le patient.

Il ressort que les deux attentes prioritaires des patients d'après les IADE, sont le sentiment de sécurité puis l'écoute des préoccupations des patients. Ce résultat est conforté par l'analyse transversale qui consistait à identifier le nombre de fois qu'une attente a été classée en priorité 1 et en priorité 2. Ainsi, le sentiment de sécurité a été

classé par 38% des IADE en priorité 1 et par 16% en priorité 2. Concernant l'écoute des préoccupations, cette attente a été classée par 14% des IADE en priorité 1 et par 11% en priorité 2.

De la même manière les attentes classées priorités 9 et 10 ont été comptabilisées. Mon enquête montre qu'il s'agit du soutien psychologique et du respect des convictions. Ces deux attentes sont donc les moins prioritaires pour les patients du point de vue des IADE.

Pour les IADE ayant moins de 5 ans d'expérience professionnelle, les trois attentes prioritaires sont le sentiment de sécurité, l'écoute des préoccupations des patients et l'amabilité des IADE. Notons que 57% de ces IADE ont classé le sentiment de sécurité en priorité 1. Les priorités 9 et 10 sont le soutien psychologique (50% l'ont classé en priorité 10) et la disponibilité de l'IADE (29 % l'ont classé en priorité 9 et 7% en priorité 10).

Pour les IADE de 5 à 10 ans d'expérience professionnelle, les trois attentes prioritaires sont le langage accessible, le sentiment de sécurité et l'information sur les soins. Ce résultat est confirmé par le fait que 42% des IADE ont classé en priorité 1 le langage accessible. Les priorités 9 et 10 sont le respect des convictions et le sentiment de sécurité. Il est intéressant de remarquer que 25% des IADE ont classé le sentiment de sécurité en priorité 2 et 33% en priorité 10. Cette tranche d'expérience professionnelle semble plus axée sur la communication (langage accessible et information).

Pour les IADE de plus de 10 ans d'expérience professionnelle, les attentes prioritaires sont le sentiment de sécurité, l'écoute des préoccupations des patients et l'amabilité. L'analyse du cumul des priorités 1 et 2 confirme ces résultats.

Les priorités 9 et 10 sont l'identification de l'IADE (46% l'ont classé en priorité 10) et le respect des convictions.

Il est à noter qu'une case « autre » était possible à renseigner. Aucun IADE n'a émis d'autres attentes pour les patients.

3.2.2.4 Question n°4

4. *Les attentes d'un patient sont-elles variables en fonction :*

- *De son âge* OUI NON
- *Si c'est un homme ou une femme* OUI NON
- *De son degré de stress* OUI NON
- *D'un vécu opératoire d'une anesthésie générale* OUI NON

L'objectif de cette question est de préciser si l'IADE met en corrélation les attentes du patient avec certains critères comme l'âge, le sexe, le degré de stress et le vécu opératoire d'une anesthésie générale. Cette question sera analysée en fonction du questionnaire patient.

La question 4 nous indique que 2/3 des IADE pensent que l'âge influe sur les attentes du patient. Ils sont 50% à penser que le sexe n'a pas d'influence sur les attentes. Ils sont unanimes concernant le stress puisque 100% d'entre eux estiment qu'il a une influence sur les attentes. Enfin, concernant le vécu opératoire, 90% d'entre eux estiment que le fait d'avoir eu une anesthésie générale influence les attentes du patient. Ces résultats ont été analysés en fonction des expériences professionnelles et confirment la tendance générale.

3.2.2.5 Question n°5

5. *Lorsque vous accueillez un patient, vous parvenez à répondre à ses attentes :*

- Jamais*
- Rarement*
- Parfois*

Fréquemment

Toujours

L'objectif de cette question est que l'IADE s'auto-évalue sur la prise en compte des attentes des patients d'un point de vue quantitatif. Cette question sera analysée avec le degré de satisfaction exprimé par les patients (question n°8 du questionnaire patient).

L'exploration pratique indique que 85% des IADE estiment répondre fréquemment aux attentes du patient et 10% y répondent parfois. 5% des IADE pensent toujours y répondre.

3.2.2.6 Question n°6

6. *Evaluez de 0 à 10 votre prise en compte des attentes du patient ?*



L'objectif de cette question est que l'IADE s'auto-évalue sur la prise en compte des attentes des patients d'un point de vue qualitatif.

L'ensemble des IADE pense répondre aux attentes des patients avec un degré qualitatif au moins égale à 5/10. 76% d'entre eux s'auto évalue avec une note de 7 ou 8/10.

3.2.2.7 Question n°7

7. *Rencontrez-vous des difficultés pour répondre aux attentes du patient ?*

OUI

NON

Si oui, pourquoi ? (Cocher une ou plusieurs réponses) :

Manque de temps pour communiquer avec le patient

- Manque de temps d'accès au dossier du patient*
- Manque de formation sur la communication et la relation soignant - soigné*
- Manque de concertation entre les équipes*
- Démotivation*
- Locaux inadaptés à l'accueil*
- Une organisation du bloc opératoire inadaptée*
- Autre :*

L'objectif de cette question est d'identifier les sources de difficultés rencontrées par les IADE lors de l'accueil du patient.

La majorité des IADE (69%) rencontre des difficultés pour répondre aux attentes des patients. Elles évoquent les raisons suivantes :

- 29,4% d'entre eux évoquent un manque de temps pour communiquer avec le patient
- 19,1% évoquent un manque de temps d'accès au dossier et une organisation du bloc opératoire inadaptée
- 16,18% estiment qu'il y a un manque de concertation entre les équipes
- 13,2% estiment que les locaux sont inadaptés à l'accueil
- 3% évoquent d'autres raisons :
 - o dossier d'anesthésie parfois incomplet sur les antécédents et l'histoire de vie du patient
 - o Incapacité d'évaluer les attentes du patient.

3.3 Analyse des résultats

3.3.1 L'identification des attentes du patient

Les trois principales attentes des patients (amabilité de l'IADE, sentiment de sécurité et identification de l'IADE) ne sont pas toutes identifiées comme telles par les IADE. En effet, les IADE estiment que l'identification de l'IADE n'est pas une attente prioritaire pour les patients puisqu'ils l'ont classée en 7^{ème} position. Cette différence n'est pas négligeable car lors de l'exploitation des questions 6 et 8 du questionnaire patient, on constate une corrélation entre l'identification de l'IADE et la satisfaction du patient.

En effet, les 7% des patients qui n'ont pas identifié l'IADE, 50% d'entre eux sont satisfaits (évaluation à 8/10) et 50% d'entre eux ne sont pas satisfaits (évaluation à 3/10). Il est intéressant de noter que seulement 3 personnes sur 60 interrogées ont émis un degré de satisfaction entre 0 et 4 inclus. Sur ces 3 personnes deux n'ont pas identifié l'IADE. Nous pouvons donc supposer que l'identification de l'IADE est une attente qui influe directement sur la satisfaction du patient. Cette remarque est confirmée par l'exploitation de la question 7 qui indique que l'identification de l'IADE arrive en troisième position des attentes prioritaires du patient.

3.3.2 La spécification des attentes en fonction du type de population

Les attentes ont été étudiées en fonction de différents critères : âge, sexe, vécu opératoire d'une anesthésie générale, contexte programmé ou non de l'intervention et degré de stress.

3.3.2.1 L'âge

D'une manière générale, les attentes diffèrent selon l'âge du patient. Ainsi, pour les 18-30 ans, on retrouve l'écoute des préoccupations et le sentiment de sécurité. Les 31-50 ans ont cité l'identification de l'IADE (46% l'ont classé en priorité 1) et l'information sur

les soins. Pour les 51 – 70 ans, on trouve le sentiment de sécurité et l'attention portée au confort. Les patients âgés de plus de 70 ans ont estimé prioritaires l'identification de l'IADE (50% l'ont classé en priorité 1) et le langage accessible.

Enfin, sur les trois attentes classées prioritaires on retrouve une attente commune : l'amabilité de l'IADE. Ce constat confirme les résultats de la question n°4 du questionnaire IADE. En effet, 67% des IADE interrogés estiment que l'âge du patient influe sur les attentes des patients.

3.3.2.2 Le sexe

On constate que l'amabilité apparaît dans les trois attentes prioritaires classées par les hommes et les femmes. Néanmoins, il faut nuancer ce résultat puisque 25% des hommes interrogés ont classé l'amabilité en priorité 1 contre 11% chez les femmes. Par ailleurs, on constate que les deux autres attentes prioritaires sont différentes. Ainsi les femmes priorisent le sentiment de sécurité (32% l'ont classée en priorité 1 contre 8% pour les hommes) et l'identification de l'IADE (32% l'ont classée en priorité 1 contre 17% pour les hommes). Les hommes accordent de l'importance à l'attention portée à leur confort (17% l'ont classée en priorité 1, contre 4% chez les femmes) et à l'information sur les soins (33% l'ont classée en priorité 2 contre 7% pour les femmes).

Le questionnaire IADE a montré que la moitié des IADE interrogées ne perçoivent pas de différence entre les attentes des femmes et des hommes. Cet écart est à prendre en considération car il peut entraîner une diminution de la satisfaction des patients.

3.3.2.3 Le vécu opératoire d'une anesthésie générale

Le vécu opératoire d'une anesthésie générale semble influencer les attentes du patient. En effet, lorsqu'un patient a déjà eu une anesthésie générale, ses attentes sont diffuses sur l'ensemble des items proposés. Pour le patient n'ayant jamais été opéré, on constate que les deux attentes prioritaires sont le sentiment de sécurité puis l'écoute des préoccupations. Ce résultat est compréhensible dans la mesure où le patient a

l'appréhension d'un environnement qui lui est inconnu, contrairement au patient qui a déjà été opéré dont l'attente prioritaire est l'amabilité.

Ce constat est bien perçu par les IADE puisqu'ils sont 90% à penser que le vécu opératoire d'une anesthésie générale influe sur les attentes des patients.

3.3.2.4 Le contexte de l'intervention

La seule attente commune dans ces deux groupes (intervention programmée et intervention en urgence), est l'amabilité. Cette attente est la prioritaire dans les deux cas. Les autres attentes dans le contexte d'urgence sont le langage accessible et l'identification de l'IADE. Concernant le groupe de patients interrogés suite à une intervention programmée, les deux autres attentes citées sont l'information sur les soins puis le sentiment de sécurité.

Ces résultats peuvent interpellés car le patient opéré dans un contexte d'urgence n'a pas ou peu eu d'information et n'en attend pas. A contrario, le patient opéré dans un contexte programmé et qui a donc eu une consultation pré-anesthésique a classé comme attente prioritaire l'information sur les soins.

3.3.2.5 Le degré de stress

Les trois attentes prioritaires exprimées par les patients en fonction de leur degré de stress sont :

Degré de stress	0-1-2	3-4	5	6-7	8-9-10
Attentes prioritaires	Amabilité Disponibilité Information	Information Identification Ecoute	Amabilité Sentiment de sécurité Information	Sentiment de sécurité Amabilité Identification	Amabilité Sentiment de sécurité Disponibilité

On constate ainsi que les attentes sont différentes selon le degré de stress. Ces résultats confirment les sentiments des IADE. En effet, ils étaient 100% à penser que le stress influe sur les attentes des patients.

On remarque que les patients les moins stressés (stress inférieur ou égal à 5) ont un besoin d'information sur les soins. Les patients les plus stressés (stress supérieur ou égal à 5) ont besoin de se sentir en sécurité.

3.3.3 L'évaluation de la prise en compte des attentes des patients

Les résultats des questionnaires montrent que :

- 85% des IADE pensent répondre fréquemment aux attentes des patients
- 76% des IADE auto-évaluent leur prise en compte des attentes à 7 ou 8/10
- 88% des patients ont un degré de satisfaction supérieur ou égal à 7/10.

Ainsi, il existe une cohérence entre l'autoévaluation qualitative et quantitative des IADE sur leur prise en compte des attentes du patient et le degré de satisfaction exprimé par les patients.

On peut rappeler que 5% des patients ont mis une note inférieure à 5/10. Sur ces 5%, les deux tiers sont des patients qui n'ont pas identifié l'IADE.

3.3.4 L'identification des sources de difficultés

69% des IADE déclarent avoir des difficultés pour répondre aux attentes des patients. Les premières raisons évoquées sont le manque de temps : 29,4% des IADE souhaiteraient avoir plus de temps pour communiquer avec les patients et 19,1% déclarent manquer de temps pour accéder au dossier. Ce résultat est conforté au regard des axes d'amélioration exprimés par les patients puisqu'ils sont 23% à demander plus de temps de communication avec l'IADE et 43% à souhaiter rencontrer l'IADE avant leur arrivée au bloc opératoire.

L'environnement du bloc opératoire est un axe d'amélioration secondaire puisque seulement 20% des patients souhaitent que l'aménagement des locaux soit plus adapté. De plus, seulement 19,12% des IADE pensent que leurs difficultés sont liées à l'inadaptation de l'organisation du bloc opératoire.

3.4 Synthèse

Mon exploration théorique a montré qu'il existe parfois un décalage entre les attentes du patient et ce que les professionnels de santé projettent sur les patients. Mon exploration pratique avait donc pour but de répondre à deux hypothèses :

- Les attentes sont différentes selon l'âge, le sexe du patient et l'existence d'un vécu opératoire.
- L'insatisfaction du patient est liée à la non identification de ses attentes par l'IADE.

Même si chaque être est unique et que l'accueil se doit d'être personnalisé, il ressort de ce travail des attentes prioritaires pour les patients : l'amabilité de l'IADE, le sentiment de sécurité et l'identification de l'IADE. Ces trois items sur les dix proposés sont classés à eux seuls par 67% des patients en priorité 1 et par 46% en priorité 2. Ils paraissent donc primordiaux pour les patients. Par ailleurs, le taux de retour des questionnaires de 75% est important et peut s'expliquer par l'intérêt des patients au fait que l'on s'intéresse à leurs ressentis. En analysant les attentes prioritaires des patients avec le questionnaire IADE, on constate que les IADE ont classé en priorité 1 à 38% le sentiment de sécurité mais seulement 8% pour l'amabilité et 14% pour l'identification de l'IADE. En effet, les attentes prioritaires que les IADE projettent sur les patients sont surtout le sentiment de sécurité et l'écoute de leurs préoccupations puis viennent l'amabilité et l'information sur les soins.

L'exploration pratique a démontré que les attentes sont différentes en fonction de l'âge, du sexe du patient, de l'existence d'un vécu opératoire et du contexte de l'intervention chirurgicale. Seul le critère d'amabilité revient systématiquement comme une attente prioritaire pour les patients. D'une manière générale, les IADE identifient correctement les attentes des patients en fonction du type de population accueillie (âge, contexte de l'intervention, degré de stress et vécu opératoire). Seule l'identification de l'IADE n'apparaît pas comme une priorité pour les IADE alors qu'elle fait partie des trois attentes prioritaires exprimées par les patients. En effet, 26% des patients ont classé en priorité 1 l'identification de l'IADE et 10% en priorité 2. Seuls 14% des IADE ont classé l'identification en priorité 1 et seulement 3% en priorité 2. Cette absence d'identification nuit à la satisfaction des patients sur la prise en charge de leurs attentes par l'IADE

avant une anesthésie générale. Ce constat confirme mon hypothèse en l'occurrence le patient est insatisfait lorsque l'IADE n'a pas identifié une attente prioritaire.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de déterminer dans quelle mesure l'IADE répond aux attentes du patient lors de son accueil avant une anesthésie générale.

D'une part, mon exploration théorique a mis en exergue l'importance de l'accueil dans ce lieu très spécifique « interdit au public » : le bloc opératoire. D'autre part, il ressort de mon enquête comme étant des attentes essentielles pour les patients : l'amabilité de l'IADE, l'identification de l'IADE et le sentiment de sécurité.

Par rapport à ce constat, je vais évoquer des propositions qui permettraient de répondre au mieux aux attentes des patients. Tout d'abord, les résultats ont montré que l'absence d'identification de l'IADE nuit à la satisfaction des patients. Le port d'un badge avec le prénom et le statut de la fonction soignante ; infirmier(e) anesthésiste, me paraît être une solution. Par ailleurs, répondre aux attentes du patient et plus particulièrement au sentiment de sécurité pourrait être réalisé par le biais d'une brochure. Celle-ci expliquerait simplement aux patients les modalités pratiques et sécuritaires de l'accueil, la prise en charge anesthésique au bloc opératoire et le rôle de l'IADE. Enfin, un autre axe consisterait à transmettre les résultats de mon enquête aux IADE pour les sensibiliser aux attentes des patients afin de mieux y répondre. Cette proposition peut se concrétiser au moyen d'une plaquette explicative.

Ainsi, en identifiant et en répondant aux attentes du patient, l'IADE établit une relation qui le met en confiance. Notons que même si la maîtrise technique est incontournable, la démarche relationnelle reste au cœur des préoccupations des IADE. En effet, les patients sont dans la grande majorité satisfaits de la prise en compte de leurs attentes par l'IADE. Un axe d'amélioration principal a cependant été évoqué par les IADE : il s'agit d'un manque de temps de communication avec le patient. Les patients l'ont d'ailleurs exprimé par un souhait de rencontrer l'IADE avant d'arriver au bloc opératoire. Aussi, après avoir convenu que l'accueil est un moment crucial pour identifier les attentes du patient et que certains facteurs comme l'environnement (locaux,

organisation, ...) et le stress viennent entraver la qualité de l'accueil, d'autres interrogations se dégagent :

- Comment organiser un temps d'échange pré-anesthésique entre le patient et l'IADE ?
- Quels seraient les objectifs d'une rencontre pré-anesthésique entre le patient et l'IADE ?
- Dans quelle mesure une visite pré-anesthésique par un IADE pourrait-elle améliorer la prise en charge des attentes du patient ?

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet :

- JEPU - P. ALFONSI, E. SCHAACK. L'attente des opérés. Disponible sur <http://www.jepu.net/> (consulté le 18 février 2010)
- JEPU – E. CHABAY, M. CHINOUILH, C. PIGNOUX, B. FONTAINE. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. Disponible sur <http://www.jepu.net/> (consulté le 31 mars 2010)
- MINISTERE DE LA SANTE Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Journal officiel n°183 du 9 août 2004. Disponible sur http://www.soins-infirmiers.com/decret_infirmier.php (consulté le 20 avril 2010)

Ouvrages :

- S. DOLBEAULT et S. DAUCHY – la psycho-oncologie – éditions John LIBBEY eurotext, Paris – 2007 – 257 pages
- E. FERRAGUT et P. COLSON – La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation – Masson, Paris – Juillet 2001 – 134 pages.
- W. HESBEEN - Prendre soin à l'hôpital, Paris, Masson, 1997
- C. LAURENS – Améliorer l'accueil – éditions d'organisation, Paris – 1981 – 139 pages.
- Dictionnaire « Le petit Larousse », Paris, 2010, éditions Larousse, 1808 pages
- Alain LEPLEGE et Joël COSTE – Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et application – Editions Estem – 2001 – 336 pages.
- Ralph LINTON – Le fondement culturel de la personnalité – Dunod, Paris - Juin 2006 - 138 pages.
- V. MARK DURAND, D. H. BARLOW et M. GOTTSCHALK – psychopathologie : une perspective multidimensionnelle – éditions De Boeck, Paris – 2004 – 936 pages.

Revue :

- Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2003 : 19. La place de l'information dans la préparation du patient à l'intervention chirurgicale, information et anesthésie : que souhaite le patient ?
- Marie Christine POLLONO – Marion ANDREOLETTI. La place de l'information dans la préparation du patient à l'intervention chirurgicale. Oxymag n°95, juillet/août 2007, p. 7 à 12.
- Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 1999 : 18. Echelle du vécu opératoire de l'anesthésie, construction et validation. Oxymag n°94, mai/juin 2007.
- Claire BERNARD-LEGOFF – L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins – Inter bloc, Tome XXV, septembre 2006, page 195 à 198.
- Guillaume Le Jouan – l'accueil personnalisé au bloc, une mission impossible ? – Interbloc, n°1 tome XXIV, mars 2005, page 6 à 10.