

Un bout de route fait ensemble... « L'accueil du futur opéré »

ROLLAND Véronique Ecole d'infirmiers anesthésistes, CHRU Montpellier, Promotion 2015-2017

RESUME

Induire un patient lors d'une anesthésie générale demande de faire preuve de rigueur, d'anticipation, de concentration, d'esprit d'analyse et de mobiliser des savoirs. Au delà de faire appel à ses compétences, dans sa pratique quotidienne, l'IADE est tributaire et se trouve à composer avec un patient, un environnement et lui-même. De cette réalité, on peut s'interroger sur en quoi la qualité de l'environnement pendant la phase d'induction d'un patient impacte sur la stratégie anesthésique mise en place.

L'enquête a été réalisée sous la forme d'auto-confrontation basée sur l'observation directe de l'activité des IADE lors de l'accueil et de l'induction. La mission première pour les IADE est de répondre aux exigences et critères de sécurité, attendus de part leurs fonctions. Mais au delà de ces objectifs, une relation se crée entre deux personnes : l'IADE et un patient.

Il ressort comme la personne clef auprès du patient, dont savoir faire et compétences permettent d'adoucir une situation anxiogène, d'humaniser ce passage au bloc opératoire.

MOTS CLEFS Induction, Stratégie Anesthésique, Anxiété, Accueil

INTRODUCTION

Un patient qui vient au bloc opératoire est potentiellement anxieux, de par la situation de crise qu'il vit en lien avec son état de santé, mais de par également le lieu en lui même, ce sanctuaire de haute technicité orchestré par des codes et des règles bien précises. Parallèlement cela lui demande de s'accommoder à différentes stimulations et lui impose de respecter un rituel décomposé

en 3 étapes (séparation, marge, agrégation au nouveau monde).

Tous ces facteurs le placent dans une situation de suppléance, de dépendance, de vulnérabilité vis à vis du corps médical et paramédical.

Partant de ce premier constat, les recherches entreprises soulignent qu'un patient anxieux augmente les risques et complications encourus lors de l'induction mais également lors de la phase de réveil et sur la période post-opératoire.

Au vu des impacts physiologiques, psychologiques chez le futur opéré ainsi que les éventuelles conséquences sur la prise en charge anesthésique, agir sur l'anxiété semble un axe à prendre en considération en amont. Différents axes d'amélioration sont évoqués dont l'accueil, vu comme un outil envisageable, un moment clef dans l'évaluation et la prise en charge de l'anxiété, faisant partie du domaine d'expertise, des compétences et missions de L'IADE.

Envisager l'accueil comme le point de départ du conditionnement permet des effets bénéfiques sur l'anxiété pré-opératoire et l'induction du patient.

METHODOLOGIE

La méthodologie employée s'est déclinée en trois étapes. Il a tout d'abord été réalisé une observation directe des IADE et des patients durant l'accueil et l'induction ainsi que le fonctionnement de l'équipe. Cette observation a été complétée par un enregistrement audio des échanges verbaux entre le patient, l'IADE et l'ensemble de l'équipe. Afin de finaliser les recherches, une auto confrontation avec les IADE observés a été réalisé, permettant de ne baser l'analyse que sur la propre interprétation des données.

Concernant la sélection des IADE, deux critères ont été retenus : + de 5 ans d'expérience et se trouvant sur le même lieu d'exercice.

Du côté des patients, il a été exclu tout patient susceptible de présenter des troubles cognitifs majeurs ou psychologiques ou devant subir des chirurgies majorant l'anxiété comme un pronostic à long terme incertain, des chirurgies avec des séquelles importantes.

RESULTATS

De la théorie à la pratique, des notions apparaissent. Accueillir est la première phase permettant l'ouverture du lien social, que l'on peut considérer comme l'expression de la relation. Réaliser un accueil semble a priori un acte banal, pourtant la tâche reste délicate et demande certaines aptitudes. Le poids de certains paramètres vont le conditionner dans son déroulement et dans son approche.

Basant les recherches sur les travaux de FISHER, SORSANA ou encore BOURDIEU de nombreux éléments difficilement maîtrisables, palpables sont apparus. La notion d'habitus, de différentes théories (implicites, de la persistance), du caractère de la relation, des interactions sociales ou encore du mode de communication vont donner le ton. L'accueil est également dépendant de contraintes facilement identifiables, rappelant la notion de temps, de lieu, le caractère urgent de la situation.

Dans le cadre d'une relation soignant/soigné, la relation se veut organisationnelle plus dépendante du contexte, de la finalité de la rencontre que des individus eux-mêmes, « *de premier niveau défini par un contact zéro, dans lequel deux individus sont mis en présence l'un de l'autre, mais sans se connaître (préambule de la relation)* ». La nature des interactions sont asymétriques (d'où un rapport inégalitaire) au départ.

Les objectifs de l'accueil sont de reconnaître le patient comme partenaire dans la relation tout en maintenant une

distance relationnelle dans les soins, ce qui passe par des prérequis : sécuriser la personne, la connaître et l'aider à s'adapter à la situation et à l'environnement afin de créer une relation symétrique. L'IADE ou autre professionnel de santé doit avoir conscience de toutes ces interactions possibles, des différentes dimensions (cognitives, culturelles, religieuses) des attentes et de la perception du patient vis à vis de la situation. L'accueil devient alors un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité de soins.

Leurs approches furent différentes, pour autant, de leurs discours respectifs, certaines notions sont reprises. Elles apparaissent comme faisant partie de leurs missions, de leurs priorités comme leur présence à l'accueil ainsi que la prise en charge de l'anxiété du futur opéré.

Ces professionnels se retrouvent sur une certaine place et fonction qui semblent être attribuées et réservées aux IADE dont notamment lors de l'accueil. Il en est ressorti une alliance, un partenariat dont le but est de faire baisser l'anxiété et de détecter la vulnérabilité du patient. Cette étude met en avant qu'ils ont conscience de cet état de fait, qu'ils tentent de réduire cette anxiété per-opératoire, par la création notamment d'un climat de confiance. L'évaluation et la prise en charge de l'anxiété pré-opératoire chez ces professionnels, se réalise par l'observation, en se basant sur leur propre vécu, leurs représentations et de façon intuitive, au « feeling ».

Il en découle ainsi des attitudes et comportements propres à chacun (humour, repères de temps, identitaires, projection...), avec des prises de décision pour l'induction anesthésique qui n'ont pas été en rapport avec des perturbations hémodynamiques ou des comportements excessifs. Pour autant ces patients ont nécessité une augmentation dans les posologies des agents anesthésiques initialement prévu. Cet écart peut poser

question, car elles ne sont pas forcément fondées sur des « données scientifiques » ou « des connaissances explicites » ne permettant pas d'affirmer la légitimité de ces choix.

DISCUSSION

Le champ d'action des IADE tout en étant technique avant tout, se veut multidimensionnel et leur donne une place privilégiée auprès du patient.

Lors de l'observation de ces IADE, on perçoit qu'ils sont attachés et se retrouvent dans la quête de procurer une ambiance calme, sereine et positive. Ils sont à la recherche d'un lien, de mettre le patient dans une bulle tentant de le sortir du contexte afin d'apporter un sentiment de sécurité, tout en assurant une prise en charge optimale et sécuritaire. Il en ressort tout d'abord la considération et la nature du lien qui les unit au patient, se traduisant par l'emploi de « *mon, mes* » par moment.

Par ailleurs, une notion qui n'avait pas été envisagée jusqu'à présent, est le souhait de laisser une empreinte agréable sur les impressions ressenties par le patient. Pour autant, ils soulignent un état de fait qui est l'absence de retour et d'être sûr de la qualité de l'approche qu'ils ont choisi pour entrer en relation et de ces effets notables sur le degré d'anxiété.

Il est également retrouvé des paramètres abordés par SAVOLDELLI ou THALLMAYER dont la notion d'équipe et la dépendance de l'équipe à différents facteurs. Le travail de l'IADE est sous la dépendance de la nature des rapports, du fonctionnement de l'équipe et du bloc opératoire. Ils mettent conjointement en avant la difficulté dans la prise en considération du travail de l'autre, qui reste tributaire des personnes constituant l'équipe. Ceci peut selon le degré avoir des incidences dans la réalisation de leurs travaux, avec par moment le constat d'une séparation des tâches.

Cela demande de faire preuve de délicatesse dans le but de maintenir des bonnes

relations et ne pas faire ressentir des tensions éventuelles au patient, tout étant une question d'équilibre.

CONCLUSION

De nombreux paramètres peuvent interférer dans les missions des professionnels ainsi que le ressenti et les attentes du patient. Pour autant face à la technicité et aux compétences acquises par cette spécialisation, la plus value chez l'IADE ne réside t'elle pas dans la capacité de faire preuve d'une attention particulière envers le patient et de le maintenir au cœur des préoccupations ? Ce qui peut demander éventuellement des changements, des améliorations dans la « façon de faire, d'être », nous renvoyant à la vision que la médecine est une technique et c'est la relation avec le patient qui la transforme en art.

L'approfondissement du concept de l'accueil avec les notions d'interactions sociales et de tous ses enjeux, peuvent permettre un enrichissement pour les professionnels. A la recherche d'axes d'amélioration, il semblerait notamment intéressant de se pencher entre autre sur des techniques de communication dont la communication thérapeutique.

Parallèlement de nouvelles pistes de réflexion ont été suggérées. La participation des IADE dans les consultations anesthésistes ou lors des visites pré-anesthésiques en partenariat avec le MAR, représenterait-elle un bénéfice pour le patient pris en charge ?

Lors de l'avancée de ce travail de recherche, il est apparu des questions vis à vis de l'IBODE sur lesquelles il pourrait être intéressant de se pencher. Le bien fondé de la vision des IADE face à cet autre infirmier spécialisé, en s'interrogeant sur la place qui est donnée ou que se donnent les IBODE auprès des patients ?

BIBLIOGRAPHIE

- Sorsana C, 1999, « *Psychologie des interactions sociaux cognitives* » Col.Synthèse Ed Armand Colin Paris
- Laurens C, 1981, « *Améliorer l'accueil* » Paris, Editions d'organisation
- Le Jouan G (2005) « L'accueil personnalisé au bloc, une mission impossible ? » *Interbloc*, n°1 tome XXIV, p 8
- Bernard Le Goff C (2006) « L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins » *Interbloc*, n°3 tome XXV, p 195-198
- Formarier M (2003) « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité » *Recherche en soins infirmiers* n°75, p.15-20
- 1° Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmier(e)s anesthésistes diplômés d'état (2009) « Accueil au bloc opératoire : Prise en charge de l'anxiété » <http://www.jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR%202009/dossier/2009/pdf/c0006.fm.pdf> (consulté le 10/01/2017)
- Thallmayer F (2006) « Communication + coordination + coopération = les clés de la réussite du travail d'équipe en bloc opératoire » <http://www.sssh.ch/uploads/media> (consulté le 02/01/2017)
- Savoldelli G. L (2008) « Résolution de conflit au bloc opératoire » <http://www.mapar.org/article/pdf> (consulté le 02/01/2017)