DELVALLEZ Marjorie **Promotion 2014 - 2017**

Mémoire

L'humour face à l'anxiété préopératoire

« Faites de beaux rêves »

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Centre Hospitalier d'Arras

« *Tous les hommes ont peur. Tous. Celui qui n'a pas peur n'est pas normal;*

Ça n'a rien à voir avec le courage. »

Jean Paul Sartre

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

CONSTAT **2**

A. Description de la situation d'appel 2

B. Questionnement initial 5

CADRE DE REFERENCE **7**

A. La prise en soin du patient dans un lieu particulier : le bloc opératoire 7

I. Le bloc opératoire : Définition 7

II. L'équipe pluridisciplinaire du bloc opératoire 8

III. Les infirmier(e)s exerçant au sein du bloc opératoire 8

IV. L'environnement et les représentations du bloc opératoire 11

B. Le patient entre peur et anxiété préopératoire 13

I. La peur 14

1. Définition et généralités 14

2. Une émotion 15

3. Les causes 15

II. L'anxiété préopératoire 16

1. Définition et généralités 16

2. Les sources d'anxiété du patient adulte 18

3. L'impact de l'anxiété préopératoire et sa prise en charge 20

C. Le rôle de l'infirmier(e) lors de la prise en soin du patient 22

I. L'accueil 22

1. Définition du mot : accueil 22

2. Les étapes de l'accueil 24

3. Le rôle de l'infirmier(e) lors de l'accueil 25

II. La communication 26
1. Définition 26
2. La communication verbale 26
3. La communication non verbale 27
III. L'humour 28
1. Définition 29
2. L'humour : un moyen de communication entre soignant-soigné ? 30
3. Des conditions à son utilisation 31
4. L'impact positif de l'humour 33
METHODOLOGIE DE L'ENQUETE 35
A. Choix de l'outil 35
B. Présentation de l'outil d'enquête 35
C. Population et lieux concernés par l'enquête 36
D. Les conditions de l'enquête 36
E. Les limites de l'enquête 37
ANALYSE DE L'ENQUETE 38
SYNTHESE 51
CONCLUSION 52
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES I
ANNEXE I : Check-List « Sécurité du patient au bloc opératoire ». I
ANNEXE II : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson. II
ANNEXE III : Echelle d'auto-évaluation de l'anxiété préopératoire du patient adulte. . III
ANNEXE IV : Guide d'entretien. IV
ANNEXE V : Retranscription des entretiens avec les professionnels. VII
ANNEXE VI : Grille de dépouillement. XVII

INTRODUCTION

« L'humour face à l'anxiété préopératoire : « Faites de beaux rêves » » est un travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers. En effet, dans le cadre de la dernière année de formation, il nous est demandé de réaliser un travail de fin d'études sur le thème de notre choix.

Celui-ci m'est venu suite à une situation vécue au sein du bloc opératoire. Beaucoup me disaient que ce milieu était particulier et considéré comme « à part » des services conventionnels. Effectivement, ce stage m'a interpellé de nombreuses fois et m'a fait me questionner sur plusieurs situations. Finalement, j'ai décidé d'orienter mon travail sur l'impact de l'humour face à l'anxiété préopératoire.

L'anxiété est un phénomène récurrent, et selon le 51e congrès national d'anesthésie et de réanimation : *« Quarante pour cent des opérés sont anxieux. De manière globale, les opérés sont 20 % plus anxieux que la population générale ».*[1] Ma situation d'appel se déroule au sein du bloc opératoire, mais il existe aussi de nombreux patients anxieux dans les services généraux. Ainsi, dans ma future pratique professionnelle je serais à même de me servir de cette expérience afin d'améliorer mon contact avec les patients, de les aider aux mieux dans ce moment difficile.

J'ai également choisi d'évoquer la notion d'humour pour une raison personnelle. Etant au quotidien une personne qui aime rire, je ne mettais jamais permis d'utiliser l'humour dans ma communication auprès des patients durant mes premières années de formation. Je me suis alors demandé : En quoi l'humour utilisé par l'infirmier(e) peut-il réduire l'anxiété du patient adulte en phase préopératoire ?

Mon travail se décompose en quatre parties. Pour commencer, je décrirais ma situation d'appel et mon raisonnement qui m'ont permis d'arriver à mon sujet de mémoire et à ma problématique. Ensuite, je présenterai ma recherche théorique dans laquelle j'aborde les bases et les concepts de mon sujet. Pour finir, j'analyserai les réponses obtenues lors de mon enquête auprès des professionnelles.

[1] **CHABAY** E, **CHINOUIL** M, **PIGNOUX** C, **FONTAINE** B. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. In : Sfar, éditeur. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE). Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009, 6 pages.

CONSTAT

A. Description de la situation d'appel

Le sujet de mon travail de fin d'études fait suite à une situation vécue durant ma deuxième année de formation, lors de mon second stage au bloc opératoire. Après avoir réalisé mes premières semaines au sein des différentes spécialités (chirurgie traumatologique, viscérale, gynécologique…), je réalise l'accueil des patients en préopératoire et leur retour en post-opératoire au sein de la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI).

Le bloc opératoire est un service particulier qui fait d'ailleurs l'objet de nombreuses représentations. La majorité des patients craignent d'entrer à l'hôpital mais encore plus de passer dans ce lieu si mystérieux. Dès leur entrée, les patients peuvent lire sur les portes : « Interdit au public ». Puis, ils sont confrontés au froid, aux matériels techniques, aux multiples soignants vêtus de la tête au pied de la tenue de bloc ne laissant paraitre pour la plupart que les yeux.

Ma situation fait intervenir trois personnes : le patient Monsieur T, un infirmier et moi-même. Pour commencer, je vais relater brièvement le parcours d'hospitalisation de Monsieur T afin de mieux comprendre le but et l'enjeu de son intervention. Ensuite, je présenterai ma situation afin d'en réaliser son constat.

Parcours d'hospitalisation de la personne prise en soin

Monsieur T est un jeune homme de 18 ans, admis la veille au soir dans le service d'orthopédie et traumatologie afin de bénéficier à ce jour d'une intervention chirurgicale. Il est étudiant en terminale économique et sociale dans une classe section sportive. Il pratique donc beaucoup de sports depuis plusieurs années. Cependant, suite à de nombreux traumatismes lors de ses pratiques sportives, il a ressenti des douleurs au niveau du poignet gauche qui l'ont amené à se rendre aux urgences. Les examens réalisés avaient mis en évidence une fracture du scaphoïde gauche. Pendant trois mois, Monsieur T a eu l'avant-bras gauche immobilisé par une manchette en résine dans le but de consolider cet os. Mais malgré cela, la fracture ne s'est pas consolidée. Suite à l'ablation du plâtre, une orthèse à scratch et un traitement antalgique ont été mis en place. Face à cette évolution, Monsieur T a revu le chirurgien de traumatologie et d'orthopédie car il présentait toujours des douleurs

séquellaires au niveau du poignet gauche. Celui-ci a mis en évidence une pseudarthrose du scaphoïde carpien gauche (ce qui veut dire qu'il y a une absence de consolidation de deux fragments osseux au-delà du sixième mois post-traumatique) qui peut induire avec les mouvements de la main, un frottement des fragments du scaphoïde l'un contre l'autre. Le cartilage, qui facilite normalement le glissement avec les autres os s'use et l'usure peut même atteindre l'os lui-même (c'est l'arthrose).

Afin d'éviter cette complication, le chirurgien va réaliser ce jour une cure de pseudarthrose du scaphoïde gauche. Pour cela, il envisage de prélever un greffon vascularisé du scaphoïde au dépend de l'extrémité distale à la face palmaire du radius.

Description de la situation

Ma situation se déroule vers 10h, lorsque j'accueille Monsieur T. Je me présente et je lui demande s'il est bien installé car il est en position demi-assis dans son brancard. Il me répond que oui car cette position lui permet de voir ce qu'il se passe autour de lui. Je prends son dossier pré-anesthésique afin de réaliser les vérifications de rigueur et l'identitovigilance en m'appuyant sur la Check-List de la Haute Autorité de Santé. Suite à quoi je m'informe sur le motif de l'intervention de Monsieur T. Il m'explique brièvement son histoire et espère que tout ira mieux par la suite car il voudrait réaliser une licence de STAPS après le lycée. Je lui explique que tout cela reste possible et qu'il verra en fonction des suites opératoires. Monsieur T n'a pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux, il passe pour la première fois au bloc opératoire. Au regard de son intervention sous anesthésie générale, je vérifie également qu'il est bien à jeun (pas bu, pas mangé, pas fumé, pas de chewing-gum). Il me dit que oui puis me demande combien de temps il va être endormi et exprime sa peur de ne pas se réveiller. Je lui explique qu'il sera sous anesthésie le temps de l'intervention puis ira en salle de réveil. Il me répond d'un hochement de tête mais manifeste une certaine inquiétude. Je finis par vérifier son dossier, son bilan sanguin puis explique à Monsieur T que je vais lui poser une voie veineuse périphérique pour l'injection des médicaments pour l'anesthésie et les douleurs.

Après avoir préparé mon matériel, je retourne auprès du patient avec un infirmier. Je m'assois au niveau du bras droit du patient et installe mon matériel. Il me signale qu'il n'aime pas les prises de sang et me demande si la « piqûre » va faire mal. Je lui explique que ça peut seulement picoter quand l'aiguille entre mais qu'il ne sentira plus rien après. Lorsque je prends sa main, je remarque que celle-ci est moite et qu'il tremble. Je lui propose

alors d'allonger un peu plus le brancard et de tourner la tête pendant le soin afin d'éviter de majorer son anxiété. Lors du soin, j'amène la conversation sur le sport qu'il pratique afin de le détendre et focaliser son attention sur autre chose. J'apprends qu'il fait du football et il se met à parler de son équipe préférée avec l'infirmier pendant que je termine mon soin. La voie veineuse périphérique posée, je lui demande s'il a des questions avant de partir au bloc opératoire. Il me dit avoir peur de ne pas se réveiller, peur d'avoir mal après l'intervention. J'explique à Monsieur T qu'il aura des médicaments pendant l'intervention pour ne pas avoir mal et que s'il présente des douleurs en salle de réveil il pourra en demander davantage.

Son visage reste crispé, ses yeux pétillants et ses mains tremblantes. L'infirmier s'approche du patient et de moi-même et dit alors : « *Concernant l'anesthésie il ne faut pas avoir peur, il faut juste penser à une belle fille avant pour faire un beau rêve* ». Un sourire s'esquisse instantanément sur le visage du patient qui s'exclame : « *Mais si j'ai toujours mal après l'intervention, j'aurai une belle fille pour m'aider ?* » Ce à quoi l'infirmier rétorque : « *Ben … faudra profiter de vos copines du lycée pour qu'elle vous aide …* ». Je pris part à cet échange en m'exclamant sur le ton de l'humour : « *Il ne faudra pas trop profiter non plus… sinon je leur dirai que vous faites exprès d'avoir mal !* ». Nous rions tous les trois, le visage de Monsieur T est plus détendu et expressif.

L'infirmier nous quitte en expliquant à Monsieur T de ne pas hésiter à nous solliciter s'il a d'autres questions. Le temps que je reprenne tout mon matériel, un infirmier du bloc opératoire est arrivé pour amener Monsieur en salle d'intervention. Tout en souriant, je lui dis « *Faites de beaux rêves* », ce à quoi il répondit : « *Oui, à tout à l'heure* » avec un sourire aux lèvres.

B. Questionnement initial

Dans la situation, nous nous situons en phase préopératoire avec un patient manifestant de la peur et de l'anxiété face à l'approche de son intervention. Le bloc opératoire est rarement synonyme d'humour, de joie et de rire. Cependant ces derniers ont permis de détendre le patient avant de partir en salle d'intervention.

Dans un premier temps, je me situe seule avec le patient. J'essaye de le rassurer en répondant à ses questions et en lui expliquant le déroulement de son intervention. Cependant, le patient reste assez inquiet. Malgré le peu de temps que l'on a avec celui-ci avant son passage au bloc opératoire, il est important de le rassurer et de le détendre car l'anxiété préopératoire majore le risque de complications post-opératoires.

Dans un second temps, lorsque je réalise la pose de la voie veineuse périphérique je suis avec un infirmier. Il écoute ce que dit le patient, puis face à l'anxiété préopératoire de Monsieur T, il s'approche et se permet de plaisanter. L'humour utilisé dans la communication par le soignant permet immédiatement de dédramatiser la situation et provoque un sourire instantané chez le patient. Face à ce mode de communication, je me suis posée plusieurs questions: la situation nous permet-elle d'utiliser l'humour dans la communication ? Est-il approprié d'utiliser l'humour en tant que soignant ? Pourquoi le soignant utilise l'humour ? Est-ce un mécanisme de défense face à une question à laquelle il ne saurait répondre ?

Voyant que Monsieur T était réceptif à l'humour de l'infirmier, je me suis permis à mon tour de l'utiliser. Cependant, seule dans cette situation je n'aurai pas utilisé l'humour même si au quotidien je suis une personne qui aime plaisanter. En effet, je m'interroge sur la place de l'humour dans la relation soignant-soigné : Utiliser l'humour n'est-il pas enfreindre l'éthique professionnelle ? Peut-on utiliser l'humour avec tous les patients et dans toutes les situations ? L'humour peut-il être utilisé par tous les professionnels de santé ? Et enfin l'humour a-t-il un réel impact auprès du patient ?

Toutes ces questions m’ont permis d’élaborer ma question de départ :

En quoi l’humour utilisé par l’infirmier(e) peut-il réduire l’anxiété du patient adulte en phase préopératoire ?

CADRE DE REFERENCE

A. La prise en soin du patient dans un lieu particulier : le bloc opératoire

J'ai choisi de débuter ce travail de recherche en commençant par éclaircir ce qu'était le bloc opératoire. En effet, ma situation d'appel se déroule dans ce milieu si particulier et souvent mal connu par les patients. Je vais donc dans un premier temps décrire le bloc opératoire, son organisation, ses missions, la population accueillie ainsi que les différents professionnels y intervenant. Ainsi, cela me permettra dans un second temps de mettre en évidence la particularité de ce service et les représentations des patients pouvant être source de peurs et d'anxiété préopératoire.

I. Le bloc opératoire : Définition

Le bloc opératoire est une partie spécifique de l'hôpital, il est totalement indépendant des autres services. Effectivement, le bloc opératoire a une organisation très différente par rapport aux services conventionnels. C'est un service fermé comprenant plusieurs salles d'interventions et une circulation qui lui est propre avec les autres services.

« *Les surfaces de circulation sont utilisées pour le transfert du malade du lit au chariot, puis pour son retour vers la salle de réveil, tous les circuits étant indépendants. On range le matériel dans les locaux de stockage, les instruments étant nettoyés et lavés après usage, puis placés dans des boîtes et stérilisés* »[2].

Cette circulation spécifique à ce milieu permet de réduire et d'empêcher les infections liées aux soins. Ainsi, les patients sont tout d'abord accueillis au sein d'un sas d'accueil puis amenés dans la salle d'intervention. Celle-ci est dotée d'un plateau technique performant : c'est dans ce milieu que se réalisent les interventions chirurgicales ainsi que les gestes d'anesthésie et de réanimation. Enfin, le patient bénéficie d'une surveillance rapprochée au sein de la Salle de Surveillance Post-Interventionnelles (SSPI).

[2] **LE LAROUSSE MEDICAL**. Bloc opératoire [en ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/blocop%C3%A9ratoire/11600

Le service accueille des patients présentant des affections chirurgicales soit pour des interventions programmées ou d'urgences. Ainsi, le bloc opératoire a pour mission d'assurer des interventions et de prodiguer des soins à but diagnostic ou thérapeutique. Des gestes de nature invasives sont donc réalisés, ce qui nécessite la réalisation d'une anesthésie locale, loco-régionale ou générale.

Plusieurs spécialités peuvent être pratiquées au bloc opératoire comme par exemple la chirurgie traumatologique orthopédique, viscérale, gynécologique etc.

Au regard de tout cela, une multitude de professionnels interviennent auprès du patient afin d'assurer une continuité des soins, garantir une prise en soin globale et individualisée.

II. L'équipe pluridisciplinaire du bloc opératoire

Le bloc opératoire est constitué d'une équipe interdisciplinaire. Celle-ci est composée :

- d'une équipe anesthésique réunissant le médecin anesthésiste et les infirmiers anesthésistes,
- d'une équipe chirurgicale composée des chirurgiens et infirmiers de bloc opératoire,
- d'autres professionnels du secteur médical ou paramédical interviennent également tels que : le cadre de santé, les internes, les externes, les infirmiers de SSPI, l'équipe de stérilisation, les aides-soignants, les brancardiers etc.

Chaque professionnel a un rôle et des missions spécifiques envers le patient. Selon leur spécialisation les infirmiers auront des missions différentes.

III. Les infirmier(e)s exerçant au sein du bloc opératoire

Au sein du bloc opératoire, les infirmier(e)s sont spécialisés dans un domaine suite à une formation réalisée après le Diplôme d'Etat Infirmier. Ainsi, selon leur formation ils auront un rôle et des missions bien définies.

L'Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat (IBODE) intervient principalement au sein de la salle d'intervention auprès du chirurgien. Chaque IBODE aura un rôle précis durant l'opération : il sera soit instrumentiste, circulant ou aide opératoire. Il/Elle assure la prise en soin du patient dès son entrée en salle d'intervention jusqu'à sa sortie en SSPI. L'IBODE est le garant du bon déroulement de l'acte chirurgical, du respect des règles d'hygiène et de sécurité. Ses compétences sont décrites par l'article R4311-11 du décret 2004-802 du Code de la Santé publique (CSP).[3] Pour prévenir tout risque, l'infirmier(e) de bloc analyse les besoins du patient : « *Accueille, informe et assure le confort et la sécurité de l'opéré en collaboration avec l'équipe dans une atmosphère sereine* ».[4] De plus, depuis le 27 janvier 2015, des actes et activités exclusifs à la profession d'IBODE ont été définit par le décret n°2075-74 du Code de la Santé Publique.

En effet, l'IBODE travaille en collaboration avec **l'Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat** (IADE). Celui-ci est spécialisé dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation, des soins d'urgence et la prise en charge de la douleur. Il/Elle a pour mission d'accueillir le patient, préparer et vérifier le matériel d'anesthésie. Au sein de la salle d'intervention, l'IADE réalise l'induction à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur soit présent comme l'indique l'Article R4311-12 du décret 2004-802 du Code de la Santé publique.[5] Au regard des différents actes réalisés, l'IADE assurera la surveillance post-interventionnelle et la prise en charge de la douleur avec l'infirmier(e) exerçant en SSPI. Récemment, le champ d'exercice des IADE a été élargi suite à la modification de l'article R4311-12 dans le décret n°2017-316 du 10 mars 2017.

La SSPI doit répondre à plusieurs critères, tout particulièrement à un nombre précis de professionnels par rapport aux nombres de lit. L'Article D712-49 du décret 94-150 du 5 décembre 1994 précise que « *Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle doit comporter en permanence au moins un infirmier Diplômé d'État formé à ce type de surveillance, si possible infirmier anesthésiste Diplômé d'État* »[6]. De plus, il affirme que si la salle a une capacité égale ou supérieure à six patients l'équipe devra être composée d'un minimum de deux professionnels.

---

[3]France. Ministère de la Santé. *Profession infirmier: recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Paris: Berger-Levraux, 2012, 205p.

[4] **NICOLAS LE VERGE**. *Quid de l'infirmer de bloc opératoire diplômé d'Etat* [En ligne]. Disponible sur : http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/infirmiere-de-bloc-operatoire-diplomee-etat-generalites.html

[5]https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913900

[6] **SFAR**. *Décret Sécurité* [En ligne]. Disponible sur : http://sfar.org/decret-securite-8121994/

L'infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat a donc pour missions d'assurer l'accueil du patient en phase post-opératoire ainsi que la surveillance des différents paramètres vitaux et l'évaluation des signes d'inconfort ou de douleurs. Cependant, il/elle peut également accueillir les patients en phase préopératoire. Si l'accueil est règlementé et doit suivre plusieurs critères (tout particulièrement la Check-List de la Haute Autorité de Santé en Annexe I), il n'en est pas autant pour l'endroit où celui-ci est réalisé. En effet, chaque bloc opératoire à sa propre organisation et de ce fait, l'accueil du patient en phase préopératoire peut se faire dans une salle dédiée, au sein de la salle d'intervention ou alors au niveau de la SSPI.

Dans sa pratique, l'infirmier(e) exerçant au sein du bloc opératoire réalise majoritairement des actes techniques. Néanmoins, même si le temps d'accueil du patient en phase préopératoire est relativement court, il se doit de réaliser des soins d'ordre relationnel. Comme l'indique l'article R4311-2 du décret 2004-802 « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs,* ***intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade*** ».[7] Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier(e) se doit d'assurer le confort et la sécurité du patient et de son environnement en réalisant un entretien d'accueil privilégiant l'écoute, le soutien et l'observation des troubles du comportement.[8]

Portant une importance particulière au soin relationnel, je souhaite m'intéresser à ce moment si particulier qu'est l'accueil du patient en phase préopératoire. C'est une étape très importante dans la prise en soin de celui-ci, puisque c'est à cet instant que le professionnel analyse les besoins du patient à travers son histoire, ses inquiétudes et ses valeurs. De par son écoute, l'infirmier(e) apportera un soutien psychologique afin de répondre aux questionnements de la personne soignée dans le but de réduire ses peurs et son anxiété au sujet de son intervention et de son anesthésie.

L'accueil est d'autant plus important au sein du bloc opératoire car celui-ci représente une abondance de peurs et de craintes pour le patient. En effet, le bloc opératoire est constitué d'une multitude de professionnels et d'une organisation spécifique pouvant être source de différentes représentations entrainant peur et anxiété chez le patient en phase préopératoire.

---

[7] Article R4311-2 du décret 2004-802 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103

[8] Article R4311-5 du décret 2004-802 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892

IV. **L'environnement et les représentations du bloc opératoire**

Le bloc opératoire est un lieu inconnu et mystérieux pour les patients ce qui engendrent différentes représentations. Il est source de multiples appellations : « *Le bloc opératoire est un milieu clos, protégé, « chapelle » ou « sanctuaire » comme disent certains* ».[9]

C'est un endroit énigmatique suscitant l'imaginaire où la vie semble être mise en « pause » durant l'anesthésie. Le patient, confronté à cette situation, se retrouve dans un lieu particulier, seul avec ses craintes et ses interrogations face à son intervention et son anesthésie à venir.

« *Une fois transféré au bloc, nu sous sa chemise anonyme, il attend en position allongée, dans une totale dépendance, d'être placé dans la salle d'opération. Dans le meilleur des cas, il est directement installé en salle de préparation ou d'intervention, où il est connecté à des appareils mystérieux qui clignotent ou émettent des sons insolites, pris en main dans un univers peu humanisé par des inconnus qui évoluent le visage masqué et en uniforme* ».[10]

Face à cette situation, le patient n'a plus aucun contrôle et dans l'attente de son intervention, il peut développer certaines peurs liées aux différents bruits et appareils surprenants qu'il croise. D'ailleurs, l'organisation du bloc opératoire peut majorer le niveau d'anxiété préopératoire.

« *S'il arrive trop tôt au bloc, le patient est parfois placé en salle de réveil à côté d'opérés, qui, eux, émergent de leur anesthésie. Dans d'autres conditions encore, malheureusement trop fréquentes, son brancard est poussé au milieu d'un couloir qui relie deux salles d'opération, voire à l'entrée de l'une d'elles, d'où affleurent les sons perceptibles que l'on sait, notamment en chirurgie orthopédique. Où qu'il se situe, ce moment intermédiaire est propice à la projection de bien des fantasmes* ».[11]

---

[9] **BERNARD LE GOFF**, Claire. « L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins ». In Interbloc. Septembre 2006, Tome XXV, Volume 25, N°3, p. 195.
[10] **BATT**, Martine. « L'éthique de l'interaction au bloc opératoire ». In Interbloc. Octobre-Décembre 2011, Tome XXX, Volume 30, N°4, p. 236-8.
[11] Ibid.

L'environnement du bloc opératoire entraine de multiples émotions chez le patient : de la simple inquiétude jusqu'à la peur, de l'anxiété jusqu'à la crise de panique. Le rôle de l'infirmier(e) est donc primordial dans l'identification de celles-ci afin d'y pallier ou de la diminuer. Non prise en charge, l'anxiété préopératoire a un réel impact sur le déroulement de l'intervention et les suites opératoires.

« *L'anxiété préopératoire nécessite une attention particulière car elle représente un véritable facteur de risque pour la période périopératoire : résistance à l'analgésie, décompensations psychologiques prémorbides, états confusionnels au réveil* ».[12]

Entre l'environnement, l'organisation du bloc opératoire et ses propres représentations, le patient développe de nombreux affects pouvant impacter le bon déroulement de son intervention. Il semble donc important de définir ce qu'est la peur et l'anxiété afin de comprendre ce phénomène récurrent en phase préopératoire.

[12] Ibid.

B. Le patient entre peur et anxiété préopératoire

Avant de définir ces deux émotions, il est nécessaire de différencier la peur de l'anxiété car elles sont souvent utilisées comme deux termes synonymes. Cependant, elles se manifestent de manière différente et seront donc pris en charge singulièrement.

« ***La peur*** *désigne l'appréhension d'un danger précis et entraine chez la personne une réaction de défense (agressivité, hostilité) ou de fuite (repli sur soi)* ».[13]

« ***L'anxiété*** *est ressentie par la personne comme un sentiment diffus de malaise, d'inquiétude, de nervosité ou d'angoisse, engendré par une menace que la personne n'arrive pas à nommer avec précision (souvent lorsque son système de valeurs ou son système de défense est menacé* ».[14]

La peur est induite par une menace réelle ou imaginaire entrainant une réaction immédiate, sur laquelle il est possible d'agir pour éliminer la source de menace. Ainsi la peur est identifiable (peur d'une « piqûre » par exemple) tandis que l'anxiété est sans « objet ». Le patient ressent un sentiment d'insécurité devant une menace qu'il n'arrive pas à expliquer précisément.

Sur le plan biologique, la peur précèderait donc l'état d'anxiété. D'un point de vue comportemental, « *l'anxiété fait monter la nervosité et provoque l'agitation, l'inquiétude et un sentiment d'impuissance ; la peur accentue la vigilance et la concentration et la personne réagit par la fuite ou la lutte* »[15].

Le rôle de l'infirmier(e) sera d'identifier ce que le patient ressent afin d'adapter au mieux sa prise en soin et ainsi parvenir à diminuer la peur ou l'anxiété de l'individu.

---

[13] Ibid.
[14] **RIOUFOL**, Marie-Odile. « Le soignant face au patient manifestant de l'anxiété ou de la peur ». In Kinésithérapie, la Revue. Novembre-Décembre 2004, Volume 4, N°35-36, p. 55-6. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/ 148455/article/ communication-le-soignant-face-au-patient-manifest (consulté le 20 mars 2017)
[15] Ibid.

I. La peur

1. *Définition et généralités*

D'un point de vue étymologique, le mot peur est issu du latin « *pavor* » signifiant « l'effroi, l'épouvante, la frayeur ». Au fil des années, le mot peur a perdu de son intensité. Aujourd'hui, il est employé couramment dans de nombreuses expressions « Avoir plus de peur que de mal », « Faire peur » etc.

Le dictionnaire Larousse définit la peur comme une « *Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation* ».[16] Cette définition correspond parfaitement à la situation du patient en phase préopératoire. Lors de son arrivée au sein du bloc opératoire, la personne soignée présente une appréhension face à un danger réel ou imaginaire. Face à ses peurs, celle-ci met en place différents mécanismes pour s'adapter : repli sur soi, agressivité, évitement, etc.

Ses réactions sont dites émotionnellement adaptatives car elles jouent un rôle dans la survie de l'organisme. Cependant, le soignant peut également aider le patient à trouver des mécanismes d'adaptation pour maitriser la peur et éviter sa progression.

« *C'est seulement au moment de la maladie que surgit la peur que quelque chose risque d'entraver tel ou tel processus. Cette peur pourrait évoluer et prendre diverses formes* ».[17]

En effet, cette peur dite normale face à un danger ou une menace réelle peut devenir pathologique, c'est-à-dire une peur intense à caractère irraisonné et excessif. Dans ce cas, on parlera de phobie.

Néanmoins, la peur « normale » entraine des effets physiologiques sous l'action de l'adrénaline sécrétée par les glandes surrénales. Tout d'abord, elle entraine une tachycardie, une hypertension artérielle et une dilation des artères. De ce fait, la circulation sanguine est plus rapide et le flux sanguin du système digestif est redirigé vers les muscles, les poumons et le cerveau. Face à cela, les bronches se dilatent pour augmenter la concentration du sang en oxygène. Ce processus permet de préparer le corps à une éventuelle fuite. La peur est donc une émotion innée entrainant des effets physiologiques automatiques et involontaires.

---

[16] **LE LAROUSSE.** *Peur* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046?q=peur#59676 (consulté le 16 mars 2017)

[17] **Maward** L, **Azar** N. « Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire ». In Association de Recherche en Soins Infirmiers. Septembre 2004, N°78, p. 35-58. (Consulté le 16 avril 2017)

2. Une émotion

La peur est une émotion permettant à l'Homme de prendre conscience d'un danger extérieur, tout comme chez les animaux. Selon Charles Darwin dans son livre « L'expression des émotions chez l'Homme et les animaux », les émotions sont universelles et adaptatives ce qui permettraient la survie de l'espèce.[18]

Pour plusieurs chercheurs, certaines émotions sont fondamentales pour la survie de l'Homme. Ce sont les émotions primaires telles que : la peur, le mépris, la surprise, le dégoût, la tristesse, la colère et la joie. Les émotions plus complexes dites secondaires comme l'anxiété seraient une combinaison des émotions de base.

La peur est donc une émotion primaire qui transmet un message à l'organisme, déclenchant des manifestations cognitives (mécanismes d'adaptation) et physiques.

« *C'est une réaction émotionnelle éminemment adaptative par le rôle qu'elle joue dans la survie de l'organisme. Selon l'intensité elle peut se manifester par des réactions physiques : modification de la conductivité électrique cutanée (pilo-érection), de la tension musculaire, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de l'activité gastro-intestinale* ».[19]

L'ensemble de ces signes doit être identifié par l'infirmier(e) au bloc opératoire afin de pouvoir aider le patient à maitriser sa peur. D'autant plus que le bloc opératoire est source de multiples peurs.

3. Les causes

Le bloc opératoire est un couloir, tant virtuel que réel, qu'il faut traverser pour passer de l'état de malade à l'état de soigné. Et face à cette situation, à ce danger imprécis, le patient adulte au bloc opératoire peut ressentir différentes appréhensions tout à fait compréhensibles et humaines dans ces circonstances.

---

[18] **NUGIER**, Armelle. « Histoire et grands courants de recherche sur les émotions ». In Revue électronique de Psychologie Sociale. 2009, N°4, p. 8-14. (Consulté le 18 avril 2017)

[19] **FORMARIER** Monique, Jovic Ljiljana (sous la dir. de). *Les concepts en sciences infirmières.* 2e édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers; Lyon : Mallet Conseil, 328 pages.

En effet, l'intervention, l'anesthésie et les suites opératoires sont sources de multiples peurs. Cependant, elles vont varier d'un individu à l'autre selon leur expérience personnelle, leur intervention et le contexte.

Néanmoins, comme l'indique Graziella Dalstein à travers sa recherche sur « l'expérience du bloc opératoire vécu du patient »[20] certaines peurs reviennent majoritairement, telle que la peur de :

- la douleur,
- l'atteinte à l'intégrité physique,
- l'état de dépendance liée à l'hospitalisation,
- la possibilité d'une rechute,
- l'échec de l'intervention (erreur de côté, risque possible de mort),
- l'anesthésie.

Les sources de la peur sont donc bel et bien identifiables. Cependant, s'il est possible d'agir sur la peur en identifiant et en éliminant l'origine de ce sentiment comme nous l'avons vu précédemment, il n'en est pas de même pour l'anxiété. En règle générale, cette dernière succéderait à la peur et entrainerait un sentiment de malaise qui est difficile à prendre en charge car la source reste indéterminée.

II. L'anxiété préopératoire

1. Définition et généralités

Plusieurs auteurs ont défini le concept d'anxiété, et pour la plupart elle serait indifférenciable de l'angoisse. D'ailleurs, dans certains pays, il n'existe qu'un seul mot équivalent. Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleurs explique que : « *Dans le langage courant, l'angoisse et l'anxiété sont aujourd'hui presque synonymes. Ils correspondent tous les deux à une forme de malaise psychique et physique né du sentiment de l'imminence d'un danger* ».[21]

[20] **DALSTEIN** Graziella. « L'expérience du bloc opératoire vécu du patient ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 1995, N°41. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/41/65.pdf?W0JX0-8449X-JQ794-0838G-7M366 (consulté le 15 avril 2017)

[21] **CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR**. L'anxiété préopératoire [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html (consulté le 15 avril 2017)

Pourtant, durant plusieurs années, l'anxiété était considérée comme l'expression psychique et comportementale d'un conflit et l'angoisse comme l'expression physique.

Certains auteurs s'accordent à dire que l'angoisse ainsi que l'anxiété présentent chacun un versant psychologique et physique. Dans l'étude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, les auteurs s'appuient sur la définition du Robert qui présente l'angoisse comme un malaise à la fois «physique et psychique». Celui-ci serait né du « *sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée. En revanche, l'anxiété y figure comme un état d'angoisse (considéré surtout dans son aspect psychique), ce qui n'élimine pas sa dimension physique* ».

L'anxiété est donc un état d'angoisse passager se manifestant face à un danger imminent par des réactions psychologiques et physiques. D'ailleurs, le Docteur Ness définit le concept de l'anxiété comme tel : « *l'anxiété se caractérise par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Elle se manifeste par* ***des troubles psychologiques et physiques*** ».[22]

Pour Grazianni, trois conditions s'ajoutent à la définition de l'anxiété :

- *« Le sentiment de l'imminence d'un danger indéterminé, à venir. Ce sentiment s'accompagne d'élaboration, de fantasmes tragiques amplifiant toutes les images à la proportion d'un drame,*
- *L'attitude d'attente devant le danger, véritable état d'alerte envahit le sujet tout entier et le tend, « toutes affaires cessantes » vers cette catastrophe immédiate ;*
- *Le désarroi, c'est-à-dire la conviction de l'impuissance absolue et le sentiment de la désorganisation et de l'anéantissement devant le danger* ».[23]

Ces conditions représentent adéquatement la position du patient en phase préopératoire. Comme vu dans la situation d'appel, le patient arrive tout d'abord dans un milieu particulier pouvant amplifier son imagination. Puis, il est dans un état d'attente : d'un soin, de l'anesthésie et de l'intervention. Enfin, à son arrivée au bloc opératoire certains besoins du patient ne sont plus complètement comblés ce qui peut engendrer de l'anxiété. Effectivement selon Virginia Henderson, infirmière américaine, la personne soignée n'est entièrement autonome que si les 14 besoins fondamentaux sont satisfaits (liste en Annexe II). Or, certains

[22] **FORMARIER** Monique, Jovic Ljiljana (sous la dir. de). *Les concepts en sciences infirmières.* 2e édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers; Lyon : Mallet Conseil, 328 pages, p.70-72.
[23] Ibid. p.70-72.

besoins comme : boire et manger, se mouvoir, éviter les dangers, s'occuper en vue de se réaliser et se divertir ne peuvent être comblés ce qui engendre une certaine dépendance. Cette situation d'insatisfaction est potentiellement anxiogène.

L'anxiété préopératoire est donc un état d'angoisse provoquant des réactions physiques et psychologiques que le patient peut ressentir lors d'une intervention chirurgicale. Le 51ème congrès national d'anesthésie et de réanimation affirme qu'il existe quatre niveaux d'anxiété : « ***l'anxiété légère*** *(patient sur le qui-vive),* ***modérée*** *(l'attention devient sélective),* ***grave*** *(il existe une atteinte de la perception, de l'analyse et des anomalies physiologiques) et* ***l'état de panique*** *(il existe une déformation du champ de perception ; la personne est incapable de comprendre la situation et réagit de façon imprévisible à un stimulus même mineur) ».*[24]

Ce phénomène est un fait observable quotidiennement par les équipes du bloc opératoire. Chaque patient présentera un niveau d'anxiété différent en fonction de son intervention, son vécu et sa personnalité. Il est donc nécessaire d'identifier les causes de l'anxiété afin d'adapter la prise en soin de la personne soignée de manière spécifique pour ne pas aggraver son état.

2. Les sources d'anxiété du patient adulte

Selon plusieurs études, la prévalence de l'anxiété préopératoire chez le patient adulte serait comprise entre 60 et 80%.[25] L'une des sources d'anxiété préopératoire est l'intervention en elle-même.

« *Ainsi, l'anxiété serait plus importante en chirurgie esthétique que reconstructive. De la même façon, les patients opérés d'un cancer sont plus anxieux que ceux opérés d'une chirurgie orthopédique* ».[26]

Le but et l'objectif de l'intervention semble donc influencer le niveau d'anxiété préopératoire. Les interventions à but esthétique et thérapeutiques engendreraient un niveau

---

[24] **CHABAY** E, **CHINOUIL** M, **PIGNOUX** C, **FONTAINE** B. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. In : Sfar, éditeur. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009, 6 pages

[25] **AMOUROUX** R, **ROUSSEAU-SALVADOR** C, **ANNEQUIN** D. « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ». In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.588. Disponible sur : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document (consulté le 15 avril 2017)

[26] Ibid.

d'anxiété plus important. Les jeunes patients et ceux n'ayant jamais subi d'interventions chirurgicales ont également un risque plus important d'anxiété préopératoire.

Le bloc opératoire est lui-même un facteur d'anxiété. Comme nous l'avons vu dans la première partie du cadre théorique, c'est un lieu mystérieux source de multiples représentations. Ainsi, dans leur recherche sur l'anxiété préopératoire Lina Maward et Nazek Azar[27] citent les facteurs d'anxiété propre au bloc opératoire suivant : l'acte chirurgical en lui-même, l'atteinte à l'intégrité, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit, la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention…

Après l'intervention et le bloc opératoire, le patient développe aussi une anxiété envers l'anesthésie et les suites opératoires. Avec le soutien de plusieurs chercheurs et spécialistes, D.Hespel écrit : « *En effet les patients ne sont pas seulement anxieux de l'opération chirurgicale et des suites opératoires […] mais aussi de l'anesthésie (son déroulement, ses conséquences, la douleur qu'elle implique…), du bloc opératoire et de la salle de réveil (leur fonctionnement, leur ambiance, la perte de personnalité qu'ils craignent…)* ».[28]

Les sources d'anxiété sont nombreuses et peuvent d'autant plus être majorées en amont de l'arrivée du patient au bloc opératoire. De nos jours, de plus en plus de patient se renseignent sur leur santé en se référant à internet. Cependant, la qualité des informations est variable et certaines choses peuvent être choquantes ce qui génère de l'anxiété. D'ailleurs, ces comportements peuvent devenir pathologiques, on parle de cybercondrie.

Tous ses facteurs d'anxiété démontrent à quel point le bloc opératoire peut-être anxiogène pour la personne soignée. Cette notion n'est donc pas négligeable dans la prise en soin du patient arrivant au bloc opératoire, d'autant plus que celle-ci peut avoir des conséquences sur les suites opératoires.

[27] **Maward** L, **Azar** N. « Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire ». In Association de Recherche en Soins Infirmiers. Septembre 2004, N°78, p. 35-58. (Consulté le 16 avril 2017)
[28] Ibid.

3. *L'impact de l'anxiété préopératoire et sa prise en charge*

L'anxiété a de nombreuses conséquences sur l'organisme de par ses réactions physiologiques. « *Le principal mécanisme auquel l'organisme humain a recours pour affronter l'anxiété est la « réaction d'alarme » provoquée par une décharge d'adrénaline dans le flot sanguin »*[29]. Ainsi, la stimulation du système nerveux autonome entraine plusieurs modifications essentiellement au niveau somatique.

La sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline peut provoquer chez le patient anxieux : une tension musculaire, une hypertension artérielle, une tachycardie et une polypnée. Cette liste est non exhaustive mais ces quelques réactions peuvent impacter le bon déroulement de l'intervention et les suites opératoires.

Comme l'indique Rémy Amouroux : *« Comme chez l'enfant, les patients adultes qui ont des niveaux importants d'anxiété préopératoire ont un réveil postopératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux »*.

Face à cela, la prise en charge et l'évaluation de l'anxiété préopératoire semblent primordiales. Cependant, peu d'outils permettent d'évaluer l'anxiété et par ailleurs dans l'article « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention », les auteurs s'interrogent : « *Comment savoir ce qui diminue ou ce qui augmente l'anxiété préopératoire si l'on n'a pas de moyens de mesure suffisamment objectifs de ce phénomène ?* ».[30]

Les Anglo-Saxons disposent de plusieurs échelles d'hétéro-évaluation permettant d'évaluer l'anxiété préopératoire. Le test : « *State and Trait Anxiety Index* » (STAI) spécifique pour l'anxiété chez l'adulte a été traduit en français mais son utilisation n'a pas encore été validé. Pourtant, elle se complète avec le score EVA (Echelle Visuelle Analogique) qui permet d'évaluer la douleur. À Amsterdam, une échelle d'autoévaluation « *L'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* » permet d'évaluer l'anxiété du patient adulte tout en prenant en compte ses attentes au regard de son intervention chirurgicale comme le montre l'annexe III.

---

[29] Ibid.

[30] **AMOUROUX** R, **ROUSSEAU-SALVADOR** C, **ANNEQUIN** D. « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ». In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.588.

Néanmoins, plusieurs moyens sont mis en place pour réduire l'anxiété telle que la prémédication, la sophrologie ou l'hypnose. Ces deux dernières pratiques sont malheureusement peu pratiquées du fait du manque de personnel formé et du peu de temps disponible lors de l'accueil du patient comme l'indique le 52ème congrès national d'anesthésie et de réanimation.[31]

Lors de l'accueil du patient en phase préopératoire, l'infirmier(e) a donc un rôle important dans l'identification des besoins, craintes du patient... Face à son anxiété, il/elle devra développer différentes stratégies pour aider le patient à la réduire. En dehors de la consultation pré-anesthésique et des moyens de prévention pour palier à l'anxiété (anxiolytique), le professionnel de santé peut utiliser un moyen simple et essentiel pour répondre aux besoins du patient et le rassurer : la communication.

[31] **JEANNOT** C, **GINIEZ** M, **BERNARDINI** S, et al. *Satisfaction des patients*. In : Sfar, éditeur. 52e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2010, 8 pages.

C. Le rôle de l'infirmier(e) lors de la prise en soin du patient

I. L'accueil

L'accueil est un concept dont le rôle est primordial lors de l'arrivée du patient au bloc opératoire. L'arrivée du patient est un moment « phare » : « *Cette étape est déterminante sur l'expérience globale de l'intervention chirurgicale vécue par le patient. Ces quelques secondes peuvent aussi bien générer de la « réassurance », qu'aggraver une anxiété* ».[32]

L'attitude, les mots et les gestes du soignant prennent toute leur importance lors de cette phase brève avant l'intervention chirurgicale. Quotidiennement, tout le monde est dans la possibilité de réaliser un accueil, mais d'un point de vue professionnel celui-ci a d'autres objectifs. Cette partie aura pour but de définir le sens de ce mot, ses étapes et son rôle dans la prise en soin du patient.

1. Définition du mot : accueil

D'un point de vue étymologique, le mot accueil tire son origine du vieux français « *acoillir* » qui signifie « *être avec* ». Cette définition met en évidence un état d'esprit fondé sur la disponibilité et l'attention à l'autre. Ainsi, une notion de relation semble donc être évidente lors de l'accueil.

Plusieurs auteurs ont défini ce concept. Selon Fischer, c'est « l'ouverture du lien social » qui donne un sens à l'accueil. Ce lien se crée à partir d'une relation entre individus et sera différent en fonction du type de relation. L'accueil permet donc de créer un lien social dans l'objectif de mettre en place une relation sociale.[33]

La relation sociale est quant à elle le résultat d'une accumulation d'interaction sociale. Plusieurs facteurs peuvent influencer cette interaction notamment la dimension culturelle et cognitive propre à chaque individu comme l'indique Sorsana :

---

[32] **BESSON**, Gilles. « L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases ». In Interbloc. Juillet-Septembre 2010, Tome XXIX, Volume 29, N°3, p. 197-8

[33] **FORMARIER** Monique, Jovic Ljiljana (sous la dir. de). *Les concepts en sciences infirmières.* 2e édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers; Lyon : Mallet Conseil, 328 pages, p.43-45.

« *L'interaction* sociale est *un phénomène complexe ou interagissent plusieurs dimensions cognitives, sociales et culturelles dans un cadre spatio-temporel historiquement et culturellement situé, marqué par des règles et des valeurs* ».[34]

Ainsi les représentations et les dimensions culturelles de chacun peuvent influencer l'échange entre le soignant et le soigné lors de l'accueil. Celui-ci se doit donc d'être unique et adapté afin d'éviter toute relation asymétrique. Sorsana parle d'interactions sociales « symétriques » lorsque le patient et le professionnel se considèrent « partenaires » même si chacun a un rôle et un niveau cognitif différents.

Par ailleurs cette première rencontre entre le soignant et le soigné est un moment crucial ; en effet la création du lien social peut avoir des conséquences positives comme négatives envers la future relation soignant-soigné. Asch évoque « l'effet de primauté ». À travers, cela il établit le fait que l'impression que l'on a de quelqu'un est davantage influencée par la première information reçue que par les suivantes. Ainsi, il serait difficile de mettre en place une relation de confiance si la première impression était négative.

Ces différentes définitions démontrent l'importance de l'accueil. C'est un instant unique, complexe pouvant avoir un impact sur la future relation soignant-soigné. Dans sa définition de l'accueil en lien avec la profession infirmier(e), Monique Formarier, infirmière puéricultrice, évoque cette complexité et l'influence qu'à l'accueil dans la relation.

« *L'accueil dans les soins infirmiers, tant à domicile qu'en milieu hospitalier est ritualisé. Si nous considérons les soins comme un processus d'interactions qui co-évolue de façon imprévisible et autonome en fonction des situations, des personnes, de l'environnement, nous pouvons situer l'accueil comme un acte professionnel complexe et déterminant sur la suite des relations* ».[35]

Bien que l'accueil semble être un acte banal au quotidien, il est d'un point de vue professionnel un acte complexe déterminant. De plus, l'accueil du patient fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmier(e). Trois étapes constituent ce moment mais en fonction du contexte et l'objectif de celui-ci seule la première peut-être mis en place.

---

[34] FORMARIER, Monique. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité » [en ligne]. In *Recherche en soins infirmiers*. Décembre 2003, n°75, p15-20 (p16). Disponible sur : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Arsi%20concept%20d_accueil15.pdf (consulté le 03/04/2017).

[35] **FORMARIER** Monique, Jovic Ljiljana (sous la dir. de). *Les concepts en sciences infirmières.* 2e édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers; Lyon : Mallet Conseil, 328 pages, p.43-45.

2. *Les étapes de l'accueil*

Dans le but de comprendre toute l'importance que l'accueil représente lors de l'arrivée d'un patient au bloc opératoire, il me parait opportun d'exposer les trois étapes qu'il constitue. Une juxtaposition pourra être réalisée avec ma situation d'appel : l'accueil du patient au bloc opératoire.

La première étape consiste à sécuriser la personne en lui donnant des repères. L'infirmier(e) aura pour objectifs de transmettre des repères spatiaux, temporaux et identitaires. Le but étant que le patient maitrise l'environnement dans lequel il se situe afin de se sentir en sécurité. Dans le cadre d'un patient au sein du bloc opératoire, cette phase est d'autant plus importante car ce lieu est complétement inconnu des patients. Les repères identitaires sont essentiels car la majorité des professionnels du bloc sont vêtus d'une tenue de bloc ne les distinguant pas forcément les uns des autres.

La deuxième étape consiste à connaitre la personne. En effet, c'est en identifiant les besoins et les représentations du patient que le soignant l'aidera à s'adapter à son environnement et à se sentir en sécurité. Néanmoins, l'accueil au bloc opératoire est relativement court et cette phase demande un certain temps.

La troisième étape consiste à adapter la personne à sa situation et à son environnement en l'aidant à mobiliser ses ressources. L'objectif est d'aider le patient à identifier ses craintes, ses peurs, son anxiété afin de faciliter la mobilisation de ses ressources pour la mise en place de stratégie de coping. « *Le coping peut être défini comme l'ensemble des stratégies cognitives, comportementales et psychologiques qu'une personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédents ses ressources habituelles* ».[36] Chaque patient développera ses propres stratégies, elles seront d'autant plus efficaces si l'accueil est de qualité.

L'accueil répond donc à plusieurs étapes chronologiques ayant pour objectif de sécuriser la personne soignée en identifiant les besoins et émotions de celui-ci afin de favoriser la mise en place de stratégie de coping. Dès l'arrivée du patient au bloc opératoire, l'infirmier(e) a un rôle primordial dans la prise en soin du patient.

[36] Ibid.

3. *Le rôle de l'infirmier(e) lors de l'accueil*

L'accueil est essentiel dans la prise en soin du patient, c'est pourquoi je souhaite m'intéresser au rôle de l'infirmier(e) de bloc opératoire.

La réalisation de l'accueil est tout d'abord un devoir du soignant comme le montre l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ».[37]

Plus précisément, il/elle se doit de réaliser un « *Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire* », apporter une *« aide et soutien psychologique »* et enfin réaliser une *« observation et surveillance des troubles du comportement »*.[38]

Ces règles professionnelles sont en lien avec les trois étapes de l'accueil et leur objectif. En effet, c'est à travers son écoute que l'infirmier(e) identifie les besoins du patient qui permettra par la suite d'apporter une aide adaptée**.** Enfin, en identifiant les différents troubles du comportement, le professionnel aidera la personne soignée dans la mise en place de stratégie de coping.

De plus, dans le but de réduire la survenue d'événements indésirables et d'améliorer la sécurité des patients, l'infirmier(e) de bloc opératoire se doit de réaliser la Check-List « Sécurité du patient aux blocs opératoires » lors de l'accueil (voir annexe I). Toutefois, Gilles Besson, infirmier de bloc opératoire Diplômé d'Etat affirme que « *A l'heure de la check-list, l'accueil des patients au bloc opératoire peut être perçu comme « un interrogatoire de police » aussi bien par le soigné que par le soignant* ». [39]

Après avoir été formé à l'hypnose médicale et la communication thérapeutique, celui-ci explique avoir adapté la formulation de ses phrases. Ainsi, en adoptant un vocabulaire affirmatif dans sa communication, en abordant des notions agréables « Avez-vous assez chaud ? » et des mots sécurisants « Pour votre sécurité, je vais effectuer quelques vérifications, d'accord ? » permettent aux patients de se sentir rassurés et en sécurité.

---

[37] Article R4311-5 du décret 2004-802 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892

[38] Ibid.

[39] **BESSON**, Gilles. « L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases ». In Interbloc. Juillet-Septembre 2010, Tome XXIX, Volume 29, N°3, p. 197-8.

Il est donc important de faire attention à son vocabulaire lors de cette étape de prise en soin. Des affirmations ainsi que des phrases et questions posées de façon méliorative seront plus rassurantes pour le patient que des questions à formulation péjorative. La communication détient donc une place majeure dans la relation de soin mise en place lors de l'accueil.

II. La communication

1. *Définition*

Le dictionnaire Larousse définit la communication comme étant une « *action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ».[40] Elle permet la création d'une relation car c'est le fait de communiquer qui va créer un lien entre au moins deux personnes. L'une d'elle sera l'émetteur et délivrera le message tandis que l'autre réceptionnera le message, c'est le récepteur. Lors de la communication, le message que l'on veut délivrer peut être transmis de deux façons : on appelle cela la communication verbale et la communication non verbale.

2. *La communication verbale*

La communication verbale transmet les messages exprimés dans un langage composé de mots parlés ou écrits. Ce mode de communication varie en fonction du vocabulaire utilisé, du rythme et de l'intonation que l'émetteur met en place. Il permet de s'adresser à l'autre de manière directe et spontanée. Cependant, le message transmis doit être clair, le professionnel doit adapter son vocabulaire à la personne pour éviter toute incompréhension. De plus, le message doit être transmis lors d'un moment opportun.

« *Souvent le meilleur moment pour interagir avec un patient est lorsqu'il exprime lui-même la volonté de communiquer […]. Lorsqu'un patient doit affronter une chirurgie en urgence,*

[40] **LE LAROUSSE.** *Communication* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561

discuter des risques du tabagisme est moins pertinent que d'expliquer les procédures préopératoires ». [41]

Au sein du bloc opératoire, l'infirmier(e) utilise de manière permanente la communication verbale pour identifier les besoins du patient. Ainsi, il/elle se doit d'être vigilant(e) au vocabulaire employé, au rythme et à l'intonation de ses phrases. La communication doit être claire, simple et directe. Comme vu précédemment, le choix des mots et la formulation des phrases (affirmatives-négatives) sont très importants dans la communication du soignant. Un climat d'écoute doit être également mis en place pour s'assurer que le message transmis soit efficace. Mais malgré tout cela, le message transmis peut être interprété différemment par le patient, compte tenu de la communication non verbale.

3. La communication non verbale

La communication non verbale s'exprime au travers des cinq sens et toutes expressions ne comportant ni mots écrits ou parlés tels que la tenue vestimentaire, la posture, l'expression du visage etc. L'essentiel de la communication qui est transmis au récepteur passe par la communication non verbale. Des études réalisaient au sein du bloc opératoire estime que « *les messages non verbaux représenteraient en moyenne 70% des messages que l'on transmet et que l'on reçoit dans une conversation* ».[42]

Lors de l'accueil d'un patient au bloc opératoire, le professionnel a très peu de temps pour communiquer avec le patient. De plus, ce milieu impose une tenue vestimentaire au soignant qui peut engendrer une mauvaise interprétation du message verbal car « *les premières impressions sont largement basées sur l'apparence* ».[43] Premières impressions qui détermineront la suite de la relation soignant-soigné. Par ailleurs, l'infirmier(e) peut adapter sa communication non verbale, par exemple le simple fait de maintenir un contact visuel durant un échange démontre une attitude de respect et une volonté d'écouter.[44]

---

[41] « Communication ». In Savoirs et soins infirmiers. 2009, n°60-490-A-10. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/221293/communication

[42] **BERNARD LE GOFF**, Claire. « L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins ». In Interbloc. Septembre 2006, Tome XXV, Volume 25, N°3, p. 195-198. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/83505/l-accueil-au-bloc-operatoire-donner-du-sens-aux-so

[43] **LE LAROUSSE.** *Communication* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561

[44] Ibid.

Cette communication non verbale est également un outil pour l'infirmier(e). Effectivement, à travers son observation, il pourra repérer l'état d'esprit, les émotions et l'état physique du patient sans même avoir à communiquer avec lui de façon verbale.

Pour conclure, ces deux types de communication se complètent et coexistent en permanence. Toutefois, si la communication verbale peut être influencée par la communication non verbale, les paramètres interpersonnels peuvent aussi fausser le message. Que ce soit le soignant ou le patient, « *chaque personne ressent, interprète et comprend les événements différemment* ».[45] Cela dépend du sexe, des valeurs, de la culture, des émotions, de l'état de santé physique de chacun. Certains éléments transposables à la situation du patient au bloc opératoire peuvent également affecter la communication avec l'infirmier(e) : la maladie, la douleur, l'anxiété et les effets des médicaments.

La communication est un outil utilisé quotidiennement permettant d'entrer en relation avec l'autre mais qui peut très vite être perturbée. Elle nécessite néanmoins le respect du patient quelle que soit ses valeurs et sa culture. Lors de ma situation d'appel, un mode de communication verbale et non verbale est utilisé : l'humour.

III. **L'humour**

Pour terminer mon cadre théorique, je développerai donc le concept d'humour. Il est au centre ma situation d'appel et ma première source d'interrogation. Après avoir identifié les causes de la peur et l'anxiété préopératoire ainsi que le rôle de l'infirmier(e) lors de l'accueil du patient en phase préopératoire, je souhaite mettre en lien ce mode de communication : l'humour.

Je m'intéresserai dans un premier temps aux différentes définitions de l'humour puis je mènerai une réflexion sur la place de celle-ci dans la relation soignant soigné. Ainsi, je finirai par les conditions à son utilisation et ses conséquences dans le contexte de la communication infirmier(e)-patient.

[45] Ibid.

1. *Définition*

Le mot humour vient du latin « *humor* » qui signifie humeur. Il désigne une certaine forme d'esprit qui attire l'attention et souligne certains aspects de la réalité de par son caractère comique, ridicule, absurde ou insolite.[46]

Le dictionnaire Larousse définit également l'humour comme étant un « *Caractère d'une situation, d'un événement qui, bien que comportant un inconvénient, peut prêter à rire* ».[47] Effectivement, l'humour se manifeste tout autant dans les moments tragiques. Il pousse à dédramatiser et à détourner la réalité d'une situation en la rendant plus joyeuse.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au concept d'humour.

Robinson l'a étudié en ciblant les différents aspects physiologiques et psychologiques. Elle définit l'humour comme : « *une expérience cognitive, une forme de communication alors que le rire est un comportement, une expérience physique et physiologique. L'humour est donc un phénomène physiologique, psychologique et cognitif complexe* ». [48] Selon elle, l'humour est une communication de type cognitif engendrant « *une réponse émotionnelle d'amusement, de plaisir* » suite auquel découle une réponse comportementale physique : le rire. Malgré le fait que l'un résulte d'un processus cognitif et l'autre d'une activité physique, Robinson affirme que l'humour et le rire sont liés. En effet, l'humour a pour fonction de faire rire. C'est un comportement humain complexe et spécifique à l'Homme comme le disait Aristote : « *Seul parmi les êtres vivants, l'homme sait rire* ».

Pour Sigmund Freud, l'humour est un mécanisme de défense. Dans son livre « Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient », il déclare : « *l'essence de l'humour réside en ce fait qu'on s'épargne les affects auxquels la situation devrait donner lieu et qu'on se met au-dessus de telles manifestations affectives grâce à une plaisanterie* ».[49] Pour éviter de faire face à une situation ou à des émotions désagréables, l'Homme utiliserait l'humour pour surmonter cela. Car l'humour permet de détourner la réalité en dégageant les aspects amusants, insolites de la situation. Sigmund Freud donne l'exemple de l'Homme utilisant

---

[46] **LE LAROUSSE**. Humour [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668
[47] Ibid.
[48] **PATENAUDE** Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm
[49] **FREUD S**. Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient. Paris : Gallimard 1930. 212 pages, p.208

l'humour envers lui-même pour se défendre contre la douleur. Celui-ci serait donc pour Freud un moyen de dévier les affects (peur, anxiété, colère) dans le but de rendre une situation plus supportable.

D'autres auteurs ont défini l'humour de manière plus qualitative. Astedt-Kurki et Liukkonen décrient l'humour comme « *une joie de vivre manifestée dans les interactions humaines dans une forme d'amusement, de plaisanterie, de jovialité et de rire* ».[50] Quant à Summers, il ajoute une notion de soin. Selon lui, l'humour est un comportement spontané démontrant la gentillesse et apportant « *un message d'affection, d'humanisme et de « caring*[51] » ».[52]

Chaque auteur définit l'humour différemment mais ils se rejoignent tous sur le fait qu'il permet d'aider et de contourner certaines situations. Pour l'un, c'est un comportement humain complexe entrainant une réaction physique : le rire. Pour un autre, il est un mécanisme de défense mise en place dans le but de se protéger. Enfin, pour la majorité des auteurs l'humour procure du plaisir. Mais dans un contexte tel qu'est celui dans lequel nous nous trouvons qui inspire plutôt la retenue, la compassion et la technicité : l'humour a-t-il vraiment sa place en présence du patient anxieux ? N'est-il pas perçu différemment par l'interlocuteur, comme étant un manque de confiance en soi du soignant ou un manque de professionnalisme, un sarcasme ?

Pour répondre à ces questions, je vais désormais m'intéresser à la place de l'humour dans la communication patient-infirmier(e). Cela me permettra par la suite de terminer sur les bénéfices et l'impact de l'humour dans un contexte de soin.

2. L'humour : un moyen de communication entre soignant-soigné ?

Dans un contexte de soin, il semblerait inconcevable d'utiliser l'humour avec un patient dans l'attente d'une intervention. Daniel Maroudy, cadre supérieur infirmier d'anesthésie-réanimation explique cela de cette façon : « *De prime à bord, il ne semble guère raisonnable ni digne de faire de l'humour avec un patient perclus de douleurs rebelles ou*

[50] **PATENAUDE** Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm
[51] *Caring : Soins.
[52] Ibid.

dévastés par un mal incurable. La tragédie de la maladie et les souffrances qu'elle produit ne sont pas vraiment compatibles avec les plaisanteries ».[53]

Cependant, plusieurs études et travaux ont démontrés le pouvoir positif que pouvait avoir l'humour dans la pratique soignante envers des patients souffrants, présentant de multiples craintes. L'humour aurait « *des effets physiologiques bénéfiques sur le système immunitaire, relaxant sur le stress, apaisant sur la douleur…* ».[54] Néanmoins, l'humour dans la communication soignant soigné doit être utilisé de manière adapté en fonction du contexte, du patient, de la gravité des choses.

La pratique de l'humour est indissociable de la notion de contexte : « *L'humour dans les soins est contextuel, situationnel et spontané* ».[55] L'intensité de l'humour dépend également de la situation comme l'affirme Isola et Astedt-Kurki : « *l'humour peut-être léger et pétillant ou plus éclatant mais s'accorde avec la situation des soins* ».[56] Robinson rajoute que l'humour peut parfois être intentionnel dans le but d'amuser. Selon Beck, il peut être aussi « *routinier et planifié* ».

La notion de contexte semble donc essentielle dans l'utilisation de l'humour au sein de la communication entre le patient et le professionnel de santé. Toutefois, je m'interroge sur la capacité des soignants à utiliser l'humour et l'aptitude des patients à le percevoir. À travers mes lectures, j'ai remarqué que plusieurs conditions étaient nécessaires à l'utilisation de l'humour. Celles-ci ont été répertoriées selon l'infirmier(e) et le patient.

3. Des conditions à son utilisation

Tout d'abord, certaines conditions sont nécessaires à l'utilisation de l'humour par l'infirmier(e). Comme nous venons de le voir, l'introduction de celui-ci nécessite un certain contexte, c'est pourquoi l'infirmier(e) doit être dans la capacité de « *saisir le bon moment et de relever des indices, d'évaluer la situation* ». Thorthon et White évoque que l'empathie est un pré-requis pour utiliser l'humour, il est nécessaire de comprendre les sentiments et les émotions du patient pour pouvoir introduire ce mode de communication. Selon l'étude de

[53] **MAROUDY**, Daniel. « L'humour, une dimension du soin ? ». In SOiNS. Avril 2015, Volume 60, N°794, p.1 Disponible sur : http://www.em-consulte.com/ article/968528/l-humour-une-dimension-du-soin
[54] Ibid.
[55] **PATENAUDE** Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm
[56] Ibid.

Summers, la personnalité de l'infirmier(e) est également une condition à l'utilisation de l'humour. Les professionnels utilisant l'humour dans leur vie personnelle ont une attitude positive quant à son utilisation au niveau professionnelle. Par ailleurs, l'âge de l'infirmier(e) intervient également, les professionnels expérimentés expriment une attitude positive envers l'utilisation de l'humour dans la pratique soignante, contrairement aux plus jeunes.

D'autres conditions sont reliées aux patients. Les personnes soignées utilisant l'humour dans leur quotidien encourageraient et pourraient même initier son utilisation. De plus, selon une étude de Beck, l'humour peut être un moyen de communication efficace chez les patients « *difficiles, timides ou effrayés* ». Des patients ayant participés à l'étude descriptive de Schmitt précisent que si l'infirmière rit avec eux, elle les aide à se sentir mieux. D'autres circonstances telles que : l'état de santé du patient, l'anxiété ou le stress élevé, la douleur, les caractéristiques personnelles peuvent être inappropriées quant à l'utilisation de l'humour indique Patenaude Hélène.

Enfin, la situation peut également influencer l'emploi de l'humour. Lawler évoque le fait que celui-ci « *[…] est conditionné par des expressions « cela dépend du patient » ou « cela dépend de la situation* » ».[57] Effectivement, chaque patient est singulier et donc chacun à ses propres représentations, cultures et craintes par rapport à la réalité des choses. Lorsque le patient est dans l'incapacité de contrôler la situation, Lawler a observé que les infirmièr(e)s utilisaient l'humour pour contourner les situations embarrassantes ou pour dédramatiser une situation. D'autre part, il arrive que le soignant utilise l'humour comme un mécanisme de défense lorsqu'il se retrouve dans l'incapacité de faire face à une situation. Pour finir, Robinson évoque le fait que certains services hospitaliers sont plus emprunt à l'utilisation de l'humour tel que les unités d'obstétriques ou de médecine.

L'emploi de l'humour nécessite donc la présence de certaines conditions. Or, il exige plus que tout le respect de la personne afin que celui-ci reste bénéfique. En effet, si le contexte et la situation du patient ne présentent aucune conditions favorables à son utilisation celui-ci peut-être mal perçu par le patient. Cela pourrait engendrer une incompréhension chez la personne soignée et impacter la relation soignant-soigné. Malgré tout, la pratique de l'humour dans un contexte de soin est à l'origine de nombreux effets positifs.

[57] Ibid.

4. L'impact positif de l'humour

L'humour est un mécanisme de coping. Il aide le patient à identifier ses émotions et facilite ainsi son adaptation : « *les patients se sentent supportés, encouragés par l'humour et ressentent une diminution de leur anxiété en distanciant des émotions négatives et en s'élevant par des émotions positives* ».[58] Il permet aux patients d'exprimer ses émotions, ce qui lui permet de se détendre et ainsi diminuer leur anxiété.

L'humour a également un impact sur l'environnement hospitalier : il « *permettrait de s'évader de la réalité hospitalière et de créer un climat social* ».[59] Ainsi, l'utilisation de l'humour en phase préopératoire permettrait au patient de se détourner de l'environnement du bloc opératoire et l'aiderait pendant un instant à oublier sa situation. En effet, l'utilisation de l'humour permet de créer une atmosphère plus détendue ce qui entraine une ouverture sur des sujets plus sensibles tels que la maladie, la peur des résultats et des suites opératoires.

Effectivement, Beck mentionne la création d'un sentiment de rapprochement dans la relation soignant-soigné grâce à l'utilisation de l'humour. D'autres auteurs appuient ses propos, en affirmant que cela permet « d'aplanir la hiérarchie ». Si nous transposons cela à la situation du patient en phase préopératoire, le patient n'ayant plus aucun contrôle face aux soignants se trouverait dans une position d'égal à égal de par la pratique de l'humour.

Grâce à ses effets bénéfiques dans la relation soignant soigné, l'humour peut aider l'infirmier à aborder des sujets particuliers et plus difficiles à évoquer.

En conclusion, l'humour est bel et bien un mode de communication verbal et non verbal. Il permet d'améliorer et renforcer la relation soignant-soigné grâce à son impact positif. D'ailleurs aucuns impacts négatifs n'ont été identifiés par ces différents auteurs. Il existe certaines limites à son utilisation mais dans ce cas, c'est la mauvaise pratique du soignant qui peut engendrer des effets négatifs. En effet, l'humour doit être utilisé avec subtilité, il doit être pratiqué à un moment donné dans une situation donné en fonction de chaque patient.

---

[58] **PATENAUDE** Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm

[59] Ibid.

Cette phase exploratoire m'a permis d'identifier et de préciser plusieurs thèmes centraux et concepts de ma question de départ : le bloc opératoire, la peur, l'anxiété, l'accueil, la communication et l'humour.

L'étude de ces différents termes a enrichi mes connaissances, ainsi je peux préciser d'avantage ma question de départ. Ainsi, ma question de recherche est :

En quoi le recours à l'humour permet à l'infirmier(e) de bloc de réduire l'anxiété de la personne soignée adulte en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention de chirurgie orthopédique ?

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

A. Choix de l'outil

Dans le cadre de mon sujet de mémoire, il m'est paru immédiatement opportun de réaliser des entretiens. Effectivement, cet outil me parait le plus approprié à ma problématique qui est essentiellement basée sur l'expérience professionnelle des soignants face à un patient en phase préopératoire. Cela me permettra de recueillir des données qualitatives plutôt que quantitatives.

Les entretiens seront de type semi-directif pour explorer ce thème. Cet outil permet de laisser une certaine liberté de parole, ainsi les personnes interrogées pourront exprimer librement leurs points de vue, leurs valeurs, leurs expériences… De ce fait, à travers les réponses, il reste la possibilité de guider l'entretien à l'aide de phrases de relances (reformulations, relances sur un mot…). De plus, l'entretien permet de rencontrer la personne et donc d'observer son comportement (gestes, postures…) et ses émotions (rire…). Cependant, dans ce type d'entretien, il est important de ne pas prendre position afin d'avoir des réponses personnelles et non orientées par l'enquêteur. Pour rester disponible toute la durée de l'entretien et ne perdre aucune information, les entretiens ont été enregistrés sous garantie d'anonymat après accord des professionnels interrogés. Ainsi, chaque entretien a été retranscrit littéralement.

Ces entretiens auront pour but d'explorer ma problématique. L'utilisation de questions ouvertes peut également me permettre d'élargir mon sujet grâce à de nouveau apports donnés par les professionnels interrogés.

B. Présentation de l'outil d'enquête

Afin de réaliser mon enquête, j'ai élaboré un guide d'entretien (annexe III) à partir de ma question de recherche qui est : **En quoi le recours à l'humour permet à l'infirmier(e) de bloc de réduire l'anxiété de la personne soignée adulte en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention de chirurgie orthopédique ?**

Mon enquête abordera donc quatre thèmes qui sont : le rôle infirmier, l'anxiété préopératoire et l'humour puis l'impact de l'humour face à l'anxiété préopératoire. L'analyse des

entretiens (retranscrit en annexe IV) pourra donc être réalisée par thème à partir de la grille de dépouillement (voir annexe V).

C. Population et lieux concernés par l'enquête

La population choisie dans le cadre de mon enquête concerne uniquement des infirmier(e)s exerçant au bloc opératoire et participant à l'accueil du patient adulte en phase préopératoire. Ainsi, j'ai décidé de mener mes entretiens au sein du bloc opératoire car mon sujet de mémoire et ma problématique ciblent directement ce service. D'autre part, il m'est impossible de transposer mes entretiens dans un autre service car le bloc opératoire est un lieu spécifique (organisation, personnels, environnement).

Par ailleurs, c'est la spécificité de ce service et la complexité de la prise en soin du patient en phase préopératoire qui m'a incité à formuler ma problématique. En effet, quel que soit le lieu où travaille l'infirmier(e), il/elle peut être confronté à un patient anxieux au regard de sa future intervention. Ainsi, il me semble opportun de comprendre le phénomène de l'anxiété préopératoire.

J'ai fait le choix d'enquêter auprès de six infirmiers travaillant au sein du bloc opératoire dans deux hôpitaux différents. Comme vu précédemment, chaque bloc opératoire a une organisation différente lors de l'accueil du patient en phase préopératoire. Ainsi, interroger des professionnels exerçant dans des structures différentes me permettra d'évaluer l'impact positif ou négatif de celles-ci envers l'anxiété du futur opéré.

D. Les conditions de l'enquête

Pour débuter chaque entretien, j'ai tout d'abord présenté le thème de mon travail de fin d'études. Néanmoins, je n'ai pas donné plus d'informations concernant ma situation d'appel ou ma question de recherche afin d'éviter d'influencer les réponses des professionnels. Suite à cela, je leur ai demandé s'il était possible d'enregistrer l'entretien sous garantie d'anonymat. Ils ont tous accepté sans aucun problème.

Enfin, j'ai réalisé mon entretien en posant question par question tout en me permettant de reprendre leur mot ou en reformulant lorsque des précisions étaient nécessaires.

E. Les limites de l'enquête

L'organisation du bloc opératoire étant particulière et respectant un circuit spécifique, il est impossible d'entrer et de sortir de ce milieu comme dans un service conventionnel. Ainsi, il m'a fallu m'organiser avec les professionnels pour trouver un lieu afin de réaliser mes entretiens.

De plus, la charge de travail au sein du bloc opératoire n'a pas permis à tous les professionnels d'être entièrement libres lors de l'entretien. Ceux réalisés avec les IDE4, IDE5 et IDE6 ont été réalisés au sein de la SSPI car les professionnels ne pouvaient être remplacés et l'entretien avec l'IDE2 a été réalisé au sein d'un bureau occupé. Malgré ces conditions pour ces quatre entretiens, les professionnels se sont montrés disponibles pour répondre à mes questions. La durée de ces entretiens est d'environ 15 minutes.

L'IDE1 et l'IDE3 ont pris sur leur temps de pause pour répondre à mon enquête. Ces deux entretiens ont donc été réalisés dans un environnement calme sans dérangement. L'entretien avec l'IDE1 a duré 27min et avec l'IDE3 19min.

Enfin, l'utilisation des entretiens semi-directifs peut-être source de plusieurs biais car il est difficile de ne pas orienter les réponses du professionnel. Durant la conversation, j'ai donc essayé d'être le plus neutre possible.

ANALYSE DE L'ENQUETE

Pour commencer, il me parait évident de présenter les professionnels interrogés avant d'effectuer l'analyse des entretiens.

Le premier infirmier interrogé exerce au bloc opératoire depuis cinq ans et demi. Après l'obtention de son diplôme en 2011, il a travaillé quelques mois aux urgences et aux soins intensifs avant d'intégrer le bloc opératoire. Actuellement, il est référent en orthopédie et passe une validation des acquis de l'expérience afin d'être reconnu officiellement comme IBODE. Par la suite, il sera identifié comme l'IDE 1.

La deuxième personne interrogée est une infirmière diplômée depuis 1995. Son parcours professionnel est composé d'une multitude de service. Depuis trois et demi, elle exerce au bloc opératoire en tant que faisant fonction cadre. Elle sera identifiée comme l'IDE 2.

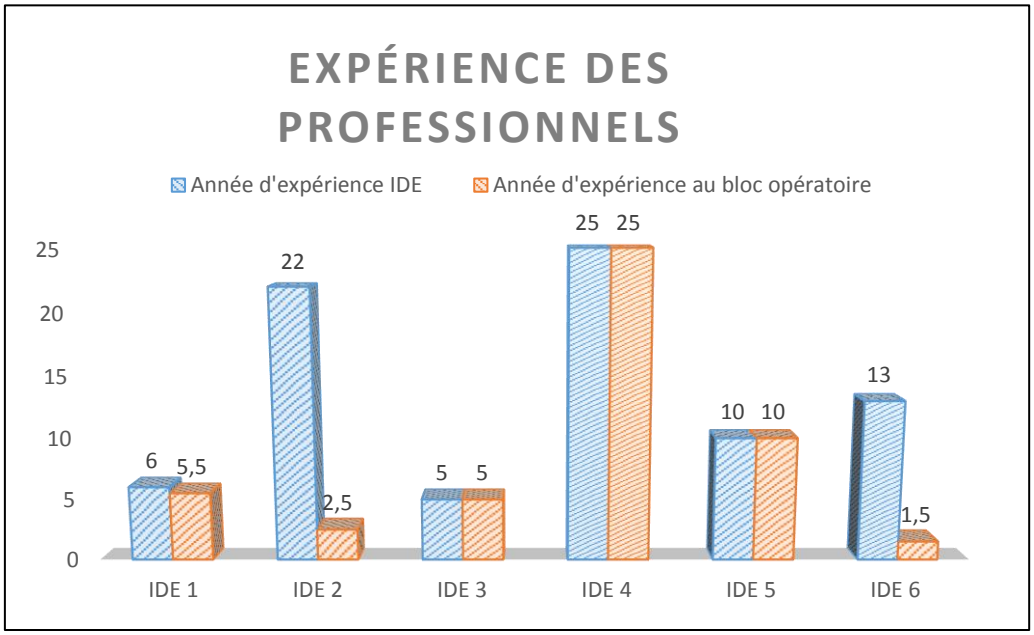
Le troisième infirmier travaille au bloc opératoire depuis l'obtention de son diplôme en 2012. Il exerce au niveau de toutes les spécialités. Il sera identifié comme l'IDE 3.

La quatrième professionnelle est une infirmière diplômée depuis 1992 et a toujours travaillé au niveau du bloc opératoire. Cette infirmière sera désignée par la suite comme l'IDE 4.

La cinquième infirmière est diplômée depuis 2006. Depuis février 2007, elle travaille au sein de la SSPI et accueille les patients en phase préopératoire. Elle sera identifiée comme l'IDE 5.

Enfin, **le sixième infirmier** est diplômé depuis 2004. Son parcours professionnel se compose essentiellement du service des urgences. Depuis un an et demi, il travaille au bloc opératoire au sein de la SSPI et réalise l'accueil des patients en phase préopératoire. Il sera identifié comme l'IDE 6.

Afin d'avoir un aperçu plus clair de l'expérience des professionnels en tant qu'infirmier(e) et leur ancienneté au sein du bloc opératoire, j'ai réalisé un histogramme :



On remarque que chaque professionnel a une expérience et un parcours différent. L'IDE 4 et l'IDE 5 ont une certaine ancienneté et ont sans doute acquis une certaine expérience dans la prise en soin du patient au bloc opératoire. Les quatre autres infirmiers n'ont que quelques années de pratique dans ce milieu mais certains d'eux possède un parcours professionnel riche.

De plus, au cours des entretiens j'ai constaté que chacun d'eux avait une posture professionnelle qui leur est propre. Malgré leurs différences (âge, culture, vie personnel, croyance), ils font référence à des termes et situations qui les rapprochent de par leur identité professionnelle.

<u>Thème 1</u> : Le rôle infirmier

La première question était : **<u>Pour vous, quel est le rôle de l'infirmier lors de l'arrivée d'un patient en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention ?</u>**

A cette première question, les six infirmiers évoquent immédiatement le concept d'accueil. Pour l'IDE 1 : « *l'accueil est super important pour le patient* », l'IDE 2 mentionne que : « *quel que soit l'intervention, l'infirmier il est là pour accueillir* », l'IDE 3 évoque dans un premier temps un côté relationnel qui est l'accueil du patient, pour l'IDE 4 : « *il faut accueillir et essayer de mettre en confiance le patient* ». L'IDE 5 répond qu'il faut : « *accueillir le patient, être souriant parce que c'est notre rôle…* » Et pour l'IDE 6 : « *ça va être l'accueil, se présenter* ».

Quatre professionnels mettent en lien l'accueil avec la mise en confiance et la réassurance. L'IDE 3 : « *Tu essayes de le rassurer et le mettre en confiance* », pour l'IDE 4 *« Faut accueillir et essayer de mettre le patient en confiance* » et l'IDE 5 : « […] *notre rôle c'est surtout de les rassurer* ». Puis l'IDE 6 exprime que « *Pendant, l'accueil, il faut aussi bien expliquer aux patients les suites, comment ça va se passer, le rassurer et lui expliquer pourquoi il y a de l'attente […]* ». Cette notion d'attente est d'ailleurs reprise par l'IDE 1 qui affirme que l'accueil se doit d'être rapide : « *Il faut que ça se soit rapide d'un côté parce que les patients attendent devant les salles et le fait justement … de voir d'autres patients ça peut augmenter l'anxiété* ». Pour l'IDE 5, le rôle de l'infirmier(e) lors de l'accueil est de : « *dédramatiser, répondre à l'anxiété du patient et répondre à ses attentes* ».

Deux infirmiers abordent également la notion de présentation, l'IDE 2 dit « *Déjà, on se présente, puisqu'on est des gens masqués, on est des gens tous pareils, donc on resitue qui on est ! […] Puis surtout, même si on a un masque, on est souriant parce que nos yeux ils parlent pour nous* ». Quant à l'IDE 3, il évoque le fait de se présenter pendant l'accueil.

Enfin, pour cinq infirmiers sur six, la réalisation de la check-list fait partie de leur rôle lors de l'accueil du patient. Pour l'IDE 2, il faut demander aux patients son identité, son intervention et « *y'a la check-list et toute la législation* ». IDE 3 : « *Après il faut faire la check-list, poser le cathéter, préparer le matériel du côté technique* », IDE 4 : « *Après il faut faire l'interrogatoire, la check-list, préparer le matériel* », IDE 5 : « *On a toute une partie législative avec la feuille de la check-list de l'HAS* » et pour l'IDE 6 : « *Remplir la check-list aussi, mettre en place le matériel pour la sécurité du patient […]* ».

A travers ses réponses, je constate que les six infirmiers connaissent leur rôle propre lors de l'arrivée d'un patient et ne négligent pas le côté relationnel. En effet, l'ensemble des professionnels ont tout d'abord parlé du concept d'accueil. Comme nous l'avons vu, l'accueil est un devoir du soignant régit par l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique.

Selon Monique Formarier, l'accueil se décompose en trois étapes. Les professionnels ne les ont pas évoqués mot pour mot. Néanmoins, à travers leur explication, il réalise certaines étapes lors de l'accueil. En effet, au regard de leur propos, ils réalisent la première étape de l'accueil qui consiste à sécuriser la personne en lui donnant des repères spatiaux, temporaux et identitaires. Les IDE 3, 4, 5 et 6 utilisent les termes « *rassurer et mettre en confiance* » ce qui peut aider le patient à se sentir en sécurité. L'IDE 6 donne des repères temporaux en expliquant le déroulement de l'hospitalisation. Les IDE 2 et 3 transmettent des repères identitaires en se présentant au patient. De plus, cinq infirmiers évoquent réaliser la check-list car cela relève de leur rôle mais permet également de mettre le patient en sécurité comme l'indique l'IDE 6.

Cependant, certaines étapes identifiées par Monique Formarier ne sont pas réalisées lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. D'ailleurs, celle-ci avait déjà précisé que selon le contexte et la finalité de la rencontre seule la première étape pouvait être réalisée. Les professionnels interrogés confirment bien ses propos. La deuxième étape qui a pour but de connaitre la personne est difficilement réalisable, car il nécessite un certain temps mais l'accueil du patient au bloc opératoire est relativement court. L'IDE 1 explique qu'il : « *Faut que ça se soit rapide d'un côté parce que les patients attendent devant les salles et le fait justement … de voir d'autres patients ça peut augmenter l'anxiété* ».

Enfin, l'IDE 2 met en évidence l'expression du visage des professionnels : « *Puis surtout, même si on a un masque, on est souriant parce que nos yeux ils parlent pour nous* ». Cela met en évidence le concept de communication, tout particulièrement la communication non verbale. Les propos tenus par l'infirmière démontrent l'importance de ce mode de communication comme nous l'avons vu dans le cadre théorique.

<u>Thème 2</u> : L'anxiété préopératoire

La question posée était : **<u>Comment appréhendez-vous l'anxiété de la personne soignée durant cette phase préopératoire ?</u>**

Concernant cette question, quatre infirmiers (IDE 1, 3,4 et 6) affirment parler d'autres choses avec le patient dans le but de le détourner de la réalité et de le détendre. IDE 1 : « *On va essayer de blaguer un petit peu, de parler d'autres choses ! […], de lui changer les idées un maximum en fait* ». L'IDE 3 ajoute à cela « *J'essaye de parler d'autres choses, de parler de ses habitudes, demander son métier […] Faut toujours parler d'autres choses, ça les détend un peu. Essayer de rigoler aussi ça aide* ». L'IDE 4 met quant à elle des moyens en place pour détendre le patient : « *Au niveau relationnel je fais rien de particuliers après il m'arrive facilement de mettre la couverture chauffante avant l'intervention […] ça les détend, ils ont moins froid et pensent à autre chose du coup* ». Enfin, pour l'IDE 6 c'est à partir du dialogue mis en place avec le patient qu'il sera possible de détourner ses pensées de la réalité : *« […] dialoguer, connaitre un peu leur histoire […]. Comme ça il parle d'autre choses, les faire penser à autre chose que l'intervention en elle-même* ».

Cette notion de dialogue, d'échange et donc de communication revient dans toute les réponses des professionnels de santé. Ils n'emploient pas directement le terme de communication mis à part l'IDE 1 suite à une question de relance et l'IDE 2. Cependant, tous utilise des termes synonymes. Pour l'IDE 1 : *« Il faut tout le temps parler avec le patient. Ne pas le laisser de côté et parler avec ses collègues* ». Après une question de relance il affirme : « *Oui voilà tout à fait ! Beaucoup de communication avec le patient* ». L'IDE 2 dit observer le patient puis : « *on adapte notre communication, notre prise en charge en fonction du patient au final* ». L'IDE 3 et l'IDE 4 essayent de « *parler d'autres choses* » comme nous l'avons vu précédemment. Le choix des adjectifs démontre également l'importance de la communication comme l'évoque l'IDE 5 : « il *faut beaucoup parler avec le patient* ». L'IDE 6 termine même sa réponse en s'exclamant : *« Beaucoup dialoguer avec le patient, c'est important ! »*.

L'IDE 1 met également en lien l'anxiété du patient avec les différentes représentations du bloc opératoire et son environnement particulier. Ainsi, il évoque le concept de peur : « *les gens ont peur de l'inconnu, […] En plus si c'est une première intervention, les gens ont aussi super peur de l'anesthésie… Peur de s'endormir et pas de se réveiller pour beaucoup. »* Enfin, l'IDE 5 dit expliquer aux patients : « *que c'est normal d'être anxieux, d'avoir peur*

que pour tout le monde c'est pareil ». Selon elle, il faut essayer de connaitre l'origine de l'anxiété *: « savoir si c'est la chirurgie, l'anesthésie, si c'est juste le syndrome blouse blanche […]* ».

Le concept principal qui ressort en réponse à cette question pour l'ensemble des infirmiers est celui de la communication. Quatre infirmiers évoquent changer les idées du patient en dialoguant avec celui-ci de choses de la vie quotidienne. L'IDE 3 essaye de : « *parler de ses habitudes, demander* son métier », l'IDE 6 dialogue avec le patient pour : « *connaitre un peu leur histoire, en profiter quand on pose la voie veineuse pour demander où il habite* ». L'IDE 4 parle avec le patient et met également des moyens pour l'apaiser : « *il m'arrive facilement de la mettre couverture chauffante […] ça les détend, ils ont moins froid et pense à autre chose* ». Trois infirmiers évoquent également utiliser l'humour dans leur communication : l'IDE 1 : « *on va essayer de blaguer un petit peu* », l'IDE 3 : « *essayer de rigoler aussi ça aide* » et pour l'IDE 5 : « *quelque fois ça passe par une petite blague* ». Enfin, pour l'IDE 2 il est essentiel d'observer le patient pour adapter sa communication.

La communication est primordiale lors de l'accueil du patient. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, elle permet de créer une relation. Ainsi, c'est à partir des échanges effectuer avec le patient que le professionnel identifie les besoins de celui-ci.

Une notion importante est également à prendre en compte lorsqu'un patient entre au bloc opératoire. Seule l'IDE 1 l'a évoqué : ce sont les représentations du patient au regard du bloc opératoire, de l'intervention et de son anesthésie. Ce lieu inconnu est source de multiples appellations comme l'indique Bernard Le Goff, ici l'IDE 1 indique que les patients : « *pensent que c'est un milieu de torture, un milieu où il fait froid* ». Les propos du professionnel de santé confirment bien cette notion de représentation.

Par ailleurs, l'IDE 5 n'utilise pas le mot « représentations » dans sa réponse mais explique chercher l'origine de l'anxiété : *« savoir si c'est la chirurgie, l'anesthésie, si c'est juste le syndrome blouse blanche ou le bleu ici notre cas, si c'est le lieu, le bloc, le froid* ». Elle rejoint donc les propos de l'IDE 1.

Thème 3 : L'humour

Ce thème est composé de deux questions. La première question posée faisait référence à la pratique professionnelle des soignants. La question était : **Dans votre pratique, vous arrive-t-il d'utiliser l'humour pour désamorcer l'anxiété de la personne soignée ?**

Cinq infirmiers sur six affirment utiliser l'humour dans leur pratique pour désamorcer l'anxiété préopératoire. Pour certains, ils l'utilisent au quotidien comme l'IDE3 : « *Moi je l'utilise quasiment tout le temps* » et l'IDE 5 : « *Bien sur tous les jours* ». Pour d'autres, cela est variable et dépend du contexte. L'IDE 1 répond : « *Oui, ça peut m'arriver* », l'IDE 2 : « *Oui, ça m'arrive mais ça dépend du patient* » et enfin pour l'IDE6 « *Oui quand même de temps en temps mais toujours en restant dans les limites* ».

Tous évoquent le fait d'utiliser l'humour dans le but de changer les idées ou dédramatiser la situation. L'IDE 1 explique profiter du moment du transfert pour utiliser l'humour : *« […] Et là on va dire au patient attention on n'a pas le permis, on peut foncer dans les murs préparez-vous ! Enfin des conneries comme ça ! Des choses qui peuvent faire rire et dédramatiser la situation »*. L'IDE 2 dit utiliser un humour « *général* » sur des choses simples comme par exemple : « *Attention j'ai pas le permis, rangez bien vos bras, des choses banales pour changer les idées et dédramatiser* ». L'IDE 3 l'utilise tous les jours et dit que : « *ça permet de changer les idées aux patients* ». Pour l'IDE 6, « *le but c'est pas de devenir ami avec le patient mais essayer de détendre l'atmosphère, détendre la situation …* ».

Cependant, l'utilisation de l'humour reste contextuelle et variable en fonction du patient pour deux infirmiers. L'IDE 2 explique que : « *ça dépend du patient, de son niveau d'anxiété, faut observer, un patient fort stressé on ne va pas faire de l'humour à deux balles* ». Pour l'IDE 5 : *« il faut vraiment prendre le patient à part entière en l'interrogeant, en lui posant quelques questions pour pouvoir le cerner et adapter notre communication* ». Enfin, pour l'IDE 6 il y a des limites à ne pas dépasser : « *Le but c'est pas de devenir ami avec le patient* ».

Seule l'IDE 4 exprime ne pas utiliser l'humour dans sa pratique : « *Je suis tellement concentrée dans la future opération que non. Je ne pense pas du tout à rigoler. (Rire)* ». La réaction de cette infirmière suscite un questionnement, en effet celle-ci s'est mise à rire suite à sa réponse. De plus, son attitude et ses propos durant l'entretien manifestent une personnalité plus introvertie que les autres et moins joviale. Elle ajoute également : « *je suis*

beaucoup plus concentrée sur l'intervention et du coup je ne plaisante pas…Mais après y'a des patients qui vous tendent la perche donc c'est plus facile ».

La majorité des professionnels (5 infirmiers sur 6) confirment utiliser l'humour dans leur pratique soignante. Ainsi, leurs réponses viennent compléter et valider les études théoriques. Tout d'abord, ils évoquent utiliser l'humour pour dédramatiser la situation. Cela confirme ce que Lawler a observé dans son étude : *« les infirmières prennent un air détaché et utilisent souvent l'humour, conjointement avec d'autres méthodes, pour minimiser cette gêne potentielle, diminuer l'embarras et dédramatiser la situation* ».[60]

De plus, pour ses cinq infirmiers l'humour a un impact positif comme l'ont évoqués l'ensemble des auteurs ayant travaillé sur ce concept. L'IDE 1 évoque dire : « *des conneries, des choses qui peuvent faire rire* ». Ainsi, il semblerait qu'il utilise l'humour dans l'objectif de faire rire le patient. Cette vision se rapproche de la définition de Robinson, selon elle l'humour a pour fonction de faire rire.

L'IDE 2 et l'IDE 5 utilisent l'humour dans leur communication en fonction du contexte et du patient. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, l'utilisation de l'humour dépend de certaines conditions. D'ailleurs l'IDE 1 utilise les mêmes termes que Lauwler, qui dans le cadre de sa recherche avait remarqué que l'utilisation de l'humour était conditionnée par des expressions telles que « *cela dépend du patient* ou « *cela dépend de la situation* ».

L'utilisation de l'humour dépend également de la personnalité de l'infirmier(e). L'IDE 4 dit ne pas l'utiliser et dit être concentrée sur l'intervention. Néanmoins, elle recommande l'utilisation de l'humour si le patient en est l'initiateur car cela lui semble plus simple. Cette situation reste tout de même interpellante, car cette infirmière est la professionnelle ayant le plus d'expérience au sein du bloc opératoire. En effet, sa pratique diffère des écrits de mon cadre théorique car selon Summer les professionnels expérimentés ont plus d'habilités pour utiliser l'humour que les jeunes soignants ayant plus le besoin de concentrer sur la technique.

[60] **PATENAUDE** Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm

La deuxième question était : **Selon vous, existe-t-il des limites à l'utilisation de l'humour ?**

Pour les professionnels, certaines limites sont liées aux patients. L'IDE 1 explique : « *Il y'a des patients qui sont déjà super anxieux, et des fois… le fait d'utiliser l'humour ça peut les bloquer […] ça peut arriver que des patients ça majorent leur stress* ». Pour l'IDE 2, cela dépend du patient mais elle ajoute également : « *la pathologie, les antécédents, les barrières sociales* » et d'autres choses selon elle. L'IDE 3 exprime aussi que c'est « *principalement en fonction de la personne* » mais précise qu'il faut « *toujours le respect de la personne* ». L'IDE 4 n'utilisant pas l'humour dans son pratique, évoque également : « *qu'il faut toujours le respect de la personne et après c'est en fonction de l'état du patient* ».

L'IDE 5 rejoint les autres infirmiers dans le fait que « *c'est toujours en fonction du patient* ». Néanmoins, elle ajoute que certaines limites sont dues à la position du professionnel infirmier: « *On est professionnel et pour ça il faut doser. En gardant une distance soignant soigné […] Savoir jusqu'où on peut aller, mais toujours garder une certaine posture qui nous permet d'avoir notre professionnalisme* ». Ici émerge, une certaine distance professionnelle pour le soignant quant à l'utilisation de l'humour. Cependant, l'humour ne diminue pas cette distance, il faut comme le dit si bien l'infirmière : *« Savoir jusqu'où on peut aller, mais toujours garder une certaine posture ».*

Enfin, pour l'IDE 6 c'est la manière dont l'humour est utilisée qui est une limite : « *Il ne faut pas que la personne se sente agressée, il ne faut pas que ça devienne de la moquerie* ».

Pour une majorité de professionnel (5 IDE sur 6), la limite principale à l'utilisation de l'humour est « l'état », la « situation » du patient dans laquelle il se situe. Pour l'IDE 1, il est inapproprié d'utiliser l'humour face à un patient présentant un niveau d'anxiété élevé. L'IDE 2 ajoute à cette limite : « *la pathologie, les antécédents, les barrières sociales etc.* ». L'IDE 3 et l'IDE 4 précisent également que l'utilisation de l'humour est *« toujours en fonction de la personne »* et ils y joignent une notion de respect : « *il faut toujours respecter le patient* ». L'IDE5 rejoint les autres professionnels et ajoute que l'infirmier(e) se doit de garder une certaine distance dans la relation : « *toujours garder une posture qui nous permet d'avoir notre professionnalisme* ». Les limites évoquées par les infirmiers sont en accord avec Patenaude Hélène. Elle a en effet cité les circonstances inappropriés à l'utilisation de l'humour qui sont les suivantes : l'état de santé du patient, l'anxiété ou le stress élevé, la douleur, les caractéristiques personnelles.

Thème 4 : L'impact de l'humour face à l'anxiété préopératoire

Dans cette partie, la question posée était : **Pensez-vous que l'humour puisse contribuer à l'anxiété préopératoire ?**

Les cinq infirmiers utilisant l'humour dans leur pratique ont répondu par l'affirmative à cette question. L'IDE 1 dit : *« Oui, je pense que ça aide… dans certaines situation ça aide les patients »*. Il explique que cela peut diminuer l'anxiété mais reprend le fait que cela dépend du patient : « *Après comme je disais ça dépend de chaque patient, ça peut aussi augmenter l'anxiété »*. L'IDE 2 est convaincue que l'humour permet de diminuer l'anxiété préopératoire lorsque celui-ci est bien pratiqué. Sa rapidité à répondre et la répétition de ces « oui » l'atteste : *« Oui ! Oui, oui … Quand il est bien utilisé ».* De plus, elle ajoute que l'humour est un outil de soin comme l'hypnose : « *On en parle pas beaucoup mais c'est un outil comme les techniques d'hypnoses avec la prise en charge des représentations du patient* ». L'IDE 3 évoque aussi les représentations du patient, pour lui l'humour aide le patient à se détourner de la réalité : « *Souvent les patients ont pleins de représentations […] Notre tenue aussi, on est peu déguisé donc l'humour ça peut les aider à passer un peu au-dessus de tout ça* ».

Concernant l'IDE 5, à travers ses propos émerge l'impact de la communication non verbale. Dans un premier temps, elle parle du sourire : « *Je pense que ça permet aux gens de sourire un petit peu ! Et puis le sourire, on a beau dire ça déstresse un peu !* ». Elle ajoute aussi qu'une atmosphère détendue permet d'aider le patient : « *Et eux ils nous voient détendu, pas stressé donc quelque part, ils savent qu'ils peuvent se relâcher, que ça va aller…* » et cela permet de dédramatiser la situation : « *On a essayé de dédramatiser, on a essayé de faire beaucoup choses* ». Pour finir, elle reprend les propos qu'elle a évoqué lors de la question précédente qui sont les limites à ne pas franchir : *« Après faut toujours doser, ne dépasser une certaine limite qui pourrait entrainer un impact négatif »* et la distance que doit garder un professionnel : *« […] on est des professionnels et on doit se garantir que le patient reste en sécurité de son entrée jusqu'à sa sortie du bloc opératoire* ».

Quant à l'IDE 6, il estime que l'humour est souvent utilisé dans les services de pédiatrie et que cela fonctionne. Et ajoute que : « *Après chez l'adulte, on le voit ça le détend* ».

Enfin, pour l'IDE 4 qui rappelons n'utilise pas l'humour dans sa pratique mis à part si cela vient du patient pense que les peurs et l'anxiété du patient sont trop intenses pour pouvoir être inhibées par « *une pointe d'humour* ». Par ailleurs, elle exprime le fait que son

ancienneté au sein du bloc opératoire modifie la perception de celui-ci : *« Après je suis depuis quelques années au bloc opératoire donc j'y pense plus… Même l'environnement du bloc opératoire pour moi c'est naturel* ».

Pour les cinq infirmiers utilisant l'humour dans leur pratique, celui-ci a un impact positif face à l'anxiété préopératoire. Pour certains, elle aide le patient à se détendre et donc à se détacher de la réalité. Pour d'autres, il permet aux patients de passer au-delà de ses représentations. Enfin, pour une infirmière l'attitude non verbale du soignant à un réel impact sur le ressenti du patient. En effet, comme l'indique Bernard Le Goff dans son article « l'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins » : 70% des messages que l'on transmet serait lié à la communication non verbale. Ainsi, les gestes et attitudes réalisés par le soignant sont primordiaux, d'autant plus qu'ils sont « déguisés » d'une tenue de bloc opératoire comme l'indique l'IDE 3.

L'IDE 2 affirme que l'humour a réellement un impact positif sur l'anxiété préopératoire « *quand il est bien utilisé* ». Effectivement, tous les auteurs ayant défini l'humour évoque un impact positif à son utilisation dans un contexte de soin. Malgré tout, comme le dit si bien l'IDE 2 il se doit d'être bien utilisé car c'est la mauvaise pratique de l'humour qui peut être à l'origine d'effets négatifs.

Enfin, pour l'IDE 4 l'humour ne peut contribuer à réduire l'anxiété du patient en phase préopératoire. Selon elle, la peur et l'anxiété du patient sont trop intense pour pouvoir y pallier. Du fait de son ancienneté, elle ajoute également que le bloc opératoire est devenu pour elle un milieu « naturel ». A travers mes différentes lectures, aucuns n'auteurs n'a mentionné l'impact que pouvait avoir l'ancienneté du professionnel de santé dans la prise en soin du patient. D'ailleurs, aucun n'auteurs n'a évoqué d'impacts négatifs de l'humour dans la pratique infirmier(e).

La dernière question posée lors de mes entretiens avaient pour objectif d'élargir mon sujet grâce aux nouveaux apports des professionnels. Ainsi, la question posée était :

Selon vous, quels autres moyens permettent de pallier à l'anxiété préopératoire ?

Plusieurs moyens sont déjà mis en place dans certains services dans l'objectif de pallier à l'anxiété. D'ailleurs, certains moyens sont mis en place dans certaine structure alors que dans d'autres l'infirmier évoque juste l'idée que celle-ci soit mis en place.

En effet, pour l'IDE 1 il serait judicieux de créer une salle d'attente pour « *les petites interventions* ». Pour lui, « *ça serait de faire une salle d'attente avec télé et tous les patients ensemble* ». Il explique que cela permettrait de faire venir le patient « *en salle au dernier moment* » et ainsi éviter une longue attente pouvant être anxiogène. Ce moyen a été mis en place au sein du bloc opératoire où exerce l'IDE 5 : « *Ici, on a mis en place la salle d'attente pour les patients qui vont bénéficier d'une anesthésie générale […] les patients qui ont une intervention rapide avec une petite anesthésie patientent dans la salle et au moins ils ne voient pas les autres avec les sondes d'intubation […]* ». Il ajoute également qu'il serait intéressant d'ajouter une télévision pour faire attendre le patient comme l'a indiqué l'IDE 1. Cela permettrait de centrer l'attention des patients et éviter les bruits environnementaux. Pour l'IDE 5, plus de moyens sont mise en place pour pallier à l'anxiété de l'enfant et établit que : « *Maintenant il faut faire évoluer les choses du côté adulte* ».

Deux infirmiers (IDE 2 et 6) expliquent que des rencontres avec les patients sont mis en place en amont de l'entrée au bloc opératoire. L'IDE 2 exprime qu'au sein de son service d'orthopédie des pré-visites sont réalisées : « *On regroupe les patients qui ont la même intervention ensemble avec le médecin, pharmacien, infirmier et on leur explique leur parcours* ». Cela permet aux patients d'être moins anxieux car selon lui : « *Les patients sont mieux informés donc ils ont moins de représentations faussés du bloc opératoire* ». Au sein du service de l'IDE 6, les patients de chirurgie bénéficient d'une consultation préopératoire : « *Le patient est vu par son chirurgien et son équipe IBODE qui répondent aux questions du patient et explique le déroulement* ». De plus, les patients qui ont une intervention en chirurgie ambulatoire ont : « *une consultation avec un infirmier et le personnel ambulatoire qui va revoir avec le patient le déroulé de l'intervention et la préparation* ». Après cela, les patients sont également appelés trois jours avant l'intervention par l'infirmier(e) qui répond aux éventuelles questions. Selon elle, ce protocole devrait être généralisé à tous les services :

« *Pour moi, ça serait intéressant de réaliser une consultation infirmière pour chaque patient parce que ça permet de répondre à leur anxiété, à leurs attentes* ».

L'IDE 3 et l'IDE 4 expriment tous les deux une difficulté dans le fait de mettre en place des moyens pour pallier à l'anxiété préopératoire du patient adulte. L'IDE 3 met en place des outils avec les enfants mais affirme qu'avec les adultes : « *c'est plus dans ma communication, je ne sais pas c'est plus difficile de mettre en place d'autres moyens avec les adultes* ». Néanmoins, il parle de sophrologie et d'hypnose et met en avant le fait que pour lui : « *peu de personnes sont formés… c'est dommage !* ». L'IDE 4 parle également d'hypnose : « *on a une spécialiste de l'hypnose et j'aime bien être avec elle parce que je sais qu'elle va bien réussir à détendre le patient. […] l'hypnose ça aide beaucoup pour l'anxiété* ». Pour Gilles Besson, infirmier de bloc opératoire formé à l'hypnose médicale et la communication thérapeutique, ses moyens permettent pour lui aussi de rassurer le patient. Néanmoins, l'IDE 4 s'accorde avec l'avis de l'IDE 3 : « *ça serait bien qu'on soit toute formées-là dessus ! Ça serait une bonne méthode* ». Cette remarque envers le manque de personnel formé a également été faite lors du 52ème congrès national d'anesthésie et de réanimation.

Grâce à cette dernière question, j'ai constaté que pour les infirmiers trois moyens semblent être intéressant à mettre en place dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire.

Tout d'abord, il semble nécessaire de mettre en place des rendez-vous en phase préopératoire à distance de l'intervention pour pourvoir informer le patient sur son parcours et répondre à ses questions. Pour l'IDE 2 et l'IDE 6, cette organisation permet de réduire les représentations que le patient peut avoir et ainsi diminuer sa potentielle anxiété.

Puis, pour l'IDE 1 et l'IDE 5 il serait intéressant de créer une salle d'attente avec télévision, livres etc, pour les patients bénéficiant d'intervention « légère ». Cela permettrait d'éviter aux patients de développer ou potentialiser un état d'anxiété lors de l'attente au niveau du bloc opératoire. Certains moyens sont déjà mis en place comme l'indique l'IDE 5 mais il rajoute que : « « *Maintenant il faut faire évoluer les choses du côté adulte* ». Car, selon lui la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant est plus évoluée.

Enfin, deux techniques ont été évoquées par l'IDE 3 et l'IDE 4. Pour ses deux professionnels, l'hypnose et la sophrologie permettent de détendre le patient et ainsi diminuer son anxiété. Cependant, ses deux moyens sont très peu utilisés du fait d'un nombre de personnel formé insuffisant.

SYNTHESE

A travers l'analyse des données, plusieurs éléments ressortent.

Tout d'abord, ce qui m'a surpris, c'est le fait que chaque professionnel évoque la notion d'accueil en premier lorsque je les ai questionnés sur leur rôle lors de l'arrivée d'un patient au bloc opératoire. En effet, ce milieu est synonyme de performances techniques et de savoirs. Toutefois, aucun infirmier interrogé ne néglige l'aspect relationnel de leur profession. En effet, même si l'accueil du patient est très réduit dans le temps, les soins relationnels ont une place importante.

L'anxiété est bel et un bien un phénomène récurrent au sein du bloc opératoire. Des représentations persistent également chez les patients. Un infirmier évoque même que certains patients pensent que le bloc opératoire est un lieu de « torture ». Cela est assez interpellant car le bloc opératoire est un espace qui soigne les « corps malades » et non l'inverse. Cependant pour les infirmiers, l'essentiel est d'entrée en communication avec le patient dans l'objectif de pouvoir le détourner de la réalité.

Il en ressort également que l'humour est utilisé par une majorité d'infirmier(e). Sur les six interrogés, cinq l'utilise. Toutefois, il n'est pas possible de généraliser son utilisation car le nombre d'entretiens réalisés n'est pas représentatif par rapport au nombre de professionnels infirmiers. Néanmoins, les cinq infirmiers utilisant ce mode de communication évoquent l'impact positif que celui-ci procure envers l'anxiété préopératoire. Certaines limites ont été identifiées quant à son utilisation et pour la majorité elles sont liées aux patients. D'autres ajoutent que certaines limites sont liées à leur identité professionnelle qui nécessite de maintenir une certaine distance avec le patient. A cela s'ajoute la personnalité de chaque infirmier(e). Effectivement, si le patient est un être unique, le soignant l'est également de par son expérience et sa vie personnelle. D'ailleurs, une infirmière n'utilise pas l'humour car elle dit rester concentré sur l'intervention.

Enfin, je constate que beaucoup de moyens autres que l'humour sont mis en place pour pallier à l'anxiété préopératoire. Cependant, d'après les dires des infirmiers, il semblerait qu'ils ne soient pas assez développés chez le patient adulte. Certaines pratiques comme l'hypnose ont démontrées leurs effets bénéfiques mais peu de professionnels sont formés à cela.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude m'a été très enrichissant. Il m'a permis d'approfondir et d'en savoir davantage sur l'humour et l'impact que son utilisation procure vis-à-vis de l'anxiété préopératoire.

Lorsque j'ai débuté mon travail, l'humour avait pour moi un impact positif mais cela était restreint à certaines situations. Au fil de mes lectures, j'ai constaté que l'humour avait une place beaucoup plus importante. Son utilisation est une force positive pour les patients de par son pouvoir de dédramatisation. Il est un véritable outil de soin dans la pratique de l'infirmier(e). Cependant, l'humour reste un moyen de communication complexe. Il doit être utilisé avec précautions car celui-ci dépend du contexte et de la situation du patient. Ainsi, il doit répondre à plusieurs conditions pour que son utilisation soit bénéfique.

L'une d'elles est liée à l'infirmièr(e), effectivement tous les infirmier(e)s ne sont pas en capacité d'utiliser l'humour dans leur pratique. Cela dépend de la personnalité, du jugement, de l'expérience et l'attitude de chacun envers l'utilisation de celui-ci. Les enquêtes exploratoires ont d'ailleurs été très enrichissantes de par la spécificité et le vécu de chaque professionnel.

Ce mémoire m'a permis de réfléchir sur mes aptitudes relationnelles dans un contexte professionnel. Pour moi, utiliser l'humour était un exercice difficile, d'autant plus que je ne prétendais pas avoir l'expérience requise pour l'utiliser. Toutefois, il est apparu à travers les échanges réalisés avec une infirmière que l'expérience ne suffisait pas à lui seul pour l'utiliser. L'ancienneté de cette infirmière semble avoir au fur et à mesure modifier sa vision du bloc opératoire en le rendant commun. Ainsi, dans la continuité de mon sujet je m'interroge sur l'influence que peut avoir l'expérience de l'infirmier(e) dans la prise en soin du patient au bloc opératoire.

Pour conclure, la réalisation de ce mémoire m'a permis d'acquérir plus de connaissances et d'assurance. De plus, c'est lors de la réalisation de mon stage au bloc que j'ai acquis une certaine confiance en moi que je n'avais pas lors de mon entrée en formation. Au terme de ces années d'études, je vais ainsi pouvoir me permettre dans ma future pratique professionnelle d'être un peu plus moi-même avec les patients, tout en gardant à l'esprit cette relation soignant-soigné.

BIBLIOGRAPHIE

- **LIVRES**

CHABAY E, **CHINOUIL** M, **PIGNOUX** C, **FONTAINE** B. *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété*. In : Sfar, éditeur. 51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009, 6 pages.

FORMARIER M, **JOVIC** L (sous la dir. de). *Les concepts en sciences infirmières.* 2e édition. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers; Lyon : Mallet Conseil, 328 pages.

FREUD S. Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient. Paris : Gallimard 1930. 212 pages.

JEANNOT C, **GINIEZ** M, **BERNARDINI** S, et al. *Satisfaction des patients*. In : Sfar, éditeur. 52e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2010, 8 pages.

- **ARTICLES**

AMOUROUX R, **ROUSSEAU-SALVADOR** C, **ANNEQUIN** D. « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ». In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.588. Disponible sur : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document (consulté le 16 février 2017)

BATT, Martine. « L'éthique de l'interaction au bloc opératoire ». In Interbloc. Octobre-Décembre 2011, Tome XXX, Volume 30, N°4, p. 236-8. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/684556/article/lethique-de-linteraction-au-bloc-operatoire (consulté le 5 mars 2017)

BERNARD LE GOFF, Claire. « L'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins ». In Interbloc. Septembre 2006, Tome XXV, Volume 25, N°3, p. 195-198. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/83505/l-accueil-au-bloc-operatoire-donner-du-sens-aux-so (consulté le 20 janvier 2017)

BESSON, Gilles. « L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases ». In Interbloc. Juillet-Septembre 2010, Tome XXIX, Volume 29, N°3, p. 197-8. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/267134/laccueil-au-bloc-operatoirec-dix-secondesc-quatre- (consulté le 20 janvier 2017)

« Communication ». In Savoirs et soins infirmiers. 2009, n°60-490-A-10. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/221293/communication (consulté le 10 avril 2017)

DALSTEIN Graziella. « L'expérience du bloc opératoire vécu du patient ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 1995, N°41. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/41/65.pdf?W0JX0-8449X-JQ794-0838G-7M366 (consulté le 15 avril 2017)

FORMARIER, Monique. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité » [En ligne]. In Recherche en soins infirmiers. Décembre 2003, N°75, p15-20. Disponible sur : http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Arsi%20concept%20d_accueil15.pdf (consulté le 03/04/2017).

MAROUDY, Daniel. « L'humour, une dimension du soin ? ». In SOiNS. Avril 2015, Volume 60, N°794, p.1 Disponible sur : http://www.em-consulte.com/ article/968528/l-humour-une-dimension-du-soin (consulté le 18 décembre 2016)

Maward L, **Azar** N. « Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire ». In Association de Recherche en Soins Infirmiers. Septembre 2004, N°78, p. 35-58. (Consulté le 16 avril 2017)

NUGIER, Armelle. « Histoire et grands courants de recherche sur les émotions ». In Revue électronique de Psychologie Sociale. 2009, N°4, p. 8-14. (Consulté le 18 avril 2017)

PATENAUDE Hélène, **HAMELIN BRABANT** Louise. « L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature ». In Recherche en Soins Infirmiers. Juin 2006, N°85, p. 36-45. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-36.htm (Consulté le 28 avril 2017)

RIOUFOL, Marie-Odile. « Le soignant face au patient manifestant de l'anxiété ou de la peur ». In Kinésithérapie, la Revue. Novembre-Décembre 2004, Volume 4, N°35-36, p. 55-6. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/article/ 148455/article/ communication-le-soignant-face-au-patient-manifest (consulté le 20 mars 2017)

- **SITES INTERNET**

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR. L'anxiété préopératoire [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html (consulté le 15 avril 2017)

LE LAROUSSE. *Communication* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561 (consulté le 4 mai 2017)

LE LAROUSSE. Humour [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/humour/40668 (consulté le 26 mai 2017)

LE LAROUSSE. *Peur* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046?q=peur#59676 (consulté le 16 mars 2017)

LE LAROUSSE MEDICAL. *Bloc opératoire* [En ligne]. Disponible sur : http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/bloc_op%C3%A9ratoire/11600 (consulté le 12 février 2017)

NICOLAS LE VERGE. *Quid de l'infirmer de bloc opératoire diplômé d'Etat* [En ligne]. Disponible sur : http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ibode/infirmiere-de-bloc-operatoire-diplomee-etat-generalites.html (consulté le 26 février 2017)

SFAR. *Décret Sécurité* [En ligne]. Disponible sur : http://sfar.org/decret-securite-8121994/ (consulté le 26 février 2017)

- **TEXTES LEGISLATIFS**

Article R4311-2 du décret 2004-802 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103

Article R4311-5 du décret 2004-802 du Code de la Santé Publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892

Article R4311-11 du décret 2004-802 du Code de la Santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913899&cidTexte=LEGITEXT000006072665

ANNEXES

ANNEXE I : Check-List « Sécurité du patient au bloc opératoire ».[61]

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2016

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ — Identité visuelle de l'établissement

Bloc : ..... Salle : .....
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....
Chirurgien « intervenant » : .....
Anesthésiste « intervenant » : .....
Coordonnateur(s) *check-list* : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte ❑ Oui ❑ *Non**
   - L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés :
   - *idéalement* par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ❑ Oui ❑ *Non**
   - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ❑ Oui ❑ *Non**
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ❑ Oui ❑ *Non**
4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient
   - pour la partie chirurgicale ❑ Oui ❑ *Non**
   - pour la partie anesthésique ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
     Acte sans prise en charge anesthésique
6. Le patient présente-t-il un :
   - risque allergique ❑ Non ❑ *Oui**
   - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ❑ Non ❑ *Oui** ❑ N/A
   - risque de saignement important ❑ Non ❑ *Oui**

Le rôle du coordonnateur *check-list* sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la *check-list* que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

7. Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE
   - identité patient confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
   - intervention prévue confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
   - site opératoire confirmé ❑ Oui ❑ *Non**
   - installation correcte confirmée ❑ Oui ❑ *Non**
   - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
8. Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*time-out*)
   - sur le plan chirurgical ❑ Oui ❑ *Non**
     (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.)
   - sur le plan anesthésique ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
     Acte sans prise en charge anesthésique
     [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]
9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/R
   La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A

⚠ ATTENTION SI ENFANT !

- Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
- Autorisation d'opérer signée.
- Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
- Prévention de l'hypothermie.
- Seuils d'alerte en post-op définis.

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
    - de l'intervention enregistrée ❑ Oui ❑ *Non**
    - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
    - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
    - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ❑ Oui ❑ *Non** ❑ N/A
      Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A
11. Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ❑ Oui ❑ *Non**

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la *check-list* a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien — Anesthésiste / IADE — Coordonnateur CL

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2016

Mode d'emploi

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS version 2016 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et, en ce sens, n'est pas modifiable.
En revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)
2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.)
3. L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.
4. La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations / procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, épilation éventuelle précisant le mode).
5. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.
6. L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
   - en cas de risque d'inhalation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
   - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

7. Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale.
   Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
   Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.
8. Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé *time-out*), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
   - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
   - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ;
   - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).
9. L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement.
   C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10. L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires.
    Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.
11. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas d'écart avec la *check-list*, la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau.

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la *check-list*, relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la *check-list*.

⚠ POINTS CLÉS POUR UN ENFANT

- **Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.**
- **Disposer d'une autorisation d'opérer signée.**
- **Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.**
- **Prévenir l'hypothermie peropératoire.**
- **Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.**

---

[61] **HAS**. *La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »* [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

ANNEXE II : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.[62]

La définition des soins infirmiers de base de Virginia Henderson s'applique à tous les malades et à tous les milieux. D'après Virginia Henderson, un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits.

Les 14 besoins fondamentaux :

- Le besoin de respirer.
- Le besoin de boire et de manger.
- Le besoin d'éliminer.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position.
- Le besoin de dormir et de se reposer.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments.
- Le besoin d'éviter les dangers.
- Le besoin de communiquer.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser.
- Le besoin de se récréer.
- Le besoin d'apprendre.

[62] **HUBERT JULIE**. *Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson* [En ligne]. Disponible sur : https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html

<u>ANNEXE III :</u> Echelle d'auto-évaluation de l'anxiété préopératoire du patient adulte.[63]

« APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale ».

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême). Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items. Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score de désir d'information, on additionne ces 2 items. Un score de 2 à 4 impliquerait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ». Il existe une corrélation entre les plus anxieux et ceux qui demandent le plus d'information.

Cette échelle n'a pas été validée en français.

Items		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

[63] **AMOUROUX** R, **ROUSSEAU-SALVADOR** C, **ANNEQUIN** D. « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ». In Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (8), pp.588. Disponible sur : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/document

<u>ANNEXE IV</u> : Guide d'entretien.

Thème de mon travail de fin d'étude : L'impact de l'utilisation de l'humour lors de l'accueil du patient adulte en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention chirurgicale orthopédique.

<u>Présentation de la personne interrogée :</u>

- **Année du diplôme**
- **Parcours professionnel**
- **Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'infirmier au sein du bloc opératoire ?**

L'objectif de cette présentation est d'identifier le parcours professionnel de chacun ce qui me permettra d'établir une analyse des réponses en fonction de l'expérience propre à chaque infirmier(e).

Thèmes	Dimensions	Indicateurs	Questions	Justifications
Le rôle IDE	Législation Compétence	Réalisation d'un accueil : Art R4311-5 du Code de la santé publique : « *entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire* ». Apporter une *« aide et soutien psychologique »*, réaliser une *« observation et surveillance des troubles du comportement »*. « *Accueille, informe et assure le confort et la sécurité de l'opéré en collaboration avec l'équipe dans une atmosphère sereine* »	**Pour vous, quel est le rôle de l'infirmier(e) lors de l'arrivée d'un patient en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention ?**	Déterminer les connaissances du professionnel vis-à-vis de ses différentes missions et son rôle lorsqu' un patient entre au bloc opératoire. Mettre en évidence la notion d'accueil dans le rôle de l'infirmier(e) en phase préopératoire. Identifier les dimensions que les professionnels mettent

		Mise en sécurité avec la réalisation de la check-list « Sécurité du patient aux blocs opératoires ». Observation, identification de la peur et l'anxiété préopératoire.		en avant (technique, relationnel).

L'anxiété pré-opératoire	Théorique	Mettre en place une relation afin de comprendre les différents besoins du patient et identifier ses représentations. Communication : Informer le patient, répondre aux différents questionnements. Identifier les craintes, peur, anxiété préopératoire pouvant avoir un impact sur les suites opératoires.	**Comment appréhendez-vous l'anxiété de la personne soignée durant cette phase préopératoire ?**	Identifier le comportement du professionnel et sa pratique face à l'anxiété préopératoire.

L'humour	Pratique profession-nelle	L'humour : un mode de communication. Utilisation de l'humour : notion de contexte, culture, personne. Conditions favorables, défavorables à l'utilisation de l'humour.	**Dans votre pratique, vous arrive-t-il d'utiliser l'humour pour désamorcer l'anxiété de la personne soignée ?**	Mettre en évidence ou non l'utilisation de l'humour par les professionnels de santé. Connaitre le positionnement du professionnel quant à l'utilisation de l'humour dans une relation soignant soigné.

	Les limites	Le contexte et l'état du patient. Le niveau d'anxiété, de stress, des douleurs. Les caractéristiques propres à chaque patient : histoire personnelle, vécu, expérience etc.	**Selon vous, quelles sont les limites à l'utilisation de l'humour ?**	Repérer les conditions favorables à l'utilisation de l'humour dans la communication soignant soigné. Repérer les différents freins liés à l'utilisation de l'humour dans la communication soignant soigné.
	L'impact de l'humour sur l'anxiété pré-opératoire	Impact positif de l'humour : dédramatise, crée un lien, aplanir la hiérarchie. Crée un environnement détendu et rassurant.	**Pensez-vous que l'humour puisse contribuer à réduire l'anxiété préopératoire du patient adulte ?**	Mettre en évidence l'expérience du professionnel pour la confronter aux écrits de recherche.
	Moyens de prise en charge de l'anxiété pré-opératoire	Question ouverte sur les différents moyens mis en place par les professionnels permettant de palier à l'anxiété préopératoire telle que l'hypnose, la sophrologie etc.	**Selon vous, quels autres moyens permettent de palier à l'anxiété préopératoire du patient adulte ?**	Elargir mon cadre de référence grâce aux nouveaux apports des professionnels.

<u>ANNEXE V</u> : Retranscription des entretiens avec les professionnels.

« <u>Bonjour, Marjorie étudiante infirmière.</u>

IDE 1 *: Bonjour Mademoiselle, infirmier au bloc opératoire.*

IDE 2 : *Bonjour Marjorie,*

IDE 3 : *Bonjour Mademoiselle, infirmier au bloc op,*

IDE 4 : *Bonjour,*

IDE 5 : *Bonjour,*

IDE 6 : *Bonjour,*

<u>Dans un premier temps présentez-vous : Depuis quand êtes-vous infirmier(e) ? Avez-vous une spécialisation particulière ?</u>

IDE 1 *:* *Euh moi mon diplôme c'était y'a, c'était en … attendez que je dis pas de bêtise,… en 2011. J'ai pas de spécialisation, je suis Infirmier de bloc surtout en orthopédie et maintenant je suis référent en orthopédie au niveau du bloc. Ici au bloc on est vraiment spécialisé par, fin euh dans les domaines. Genre les infirmiers restent surtout soit en orthopédie, soit en viscérale, soit ils font les spécialités.*

<u>D'accord si je comprends bien, vous n'avait fait de formation IBODE ?</u>

Non, ici on n'est pas tous spécialisés. Et là justement, il y a des VAE qui se mettent en route pour être IBODE. C'est des validations d'acquis par expérience. J'ai fait quelques jours à l'école et j'ai un mémoire à faire pendant deux ans et à la fin je passe devant un jury pour valider IBODE.

IDE 2 : *Je suis diplômée infirmière depuis 95. Aujourd'hui je suis ni IBODE ni IADE, je suis manager au bloc opératoire. Je gère le service mais je travaille toujours auprès de mon équipe.*

IDE 3 : *Je suis diplômé depuis 2012 et j'ai pas de spécialisation particulière je travaille un peu dans toutes les spécialités.*

IDE 4 : *Je suis diplômé depuis 1992 et j'ai pas de spécialisation.*

IDE 5 *:* *Je me présente, 33 ans, diplômée de 2006 et infirmière de salle de réveil et d'accueil depuis février 2007.*

IDE 6 : Depuis 2004, je suis diplômé infirmier.

Quel est votre parcours professionnel ?

IDE 1 : *Je suis arrivé euh… J'ai fait un peu de soin intensif, un peu d'urgence mais genre pendant 3-4 mois et après je suis arrivé directement au bloc opératoire. Donc j'ai 5-6 ans d'expérience au bloc, oui 6 ans.*

IDE 2 : *J'ai fait beaucoup de services : j'ai été infirmière en chir spécialité, en chir viscérale, en chir ortho ! J'ai fait référente SSR, responsable SSR, j'ai fait euh … RUS : responsable unité de soin en orthopédie et je me suis occupée du dossier informatisé, j'étais référente du schéma directeur de l'informatisation. Et maintenant, j'exerce au bloc depuis 3 ans et demi.*

IDE 3 : *J'ai directement fait du bloc opératoire en sortant de l'école, donc depuis 5 ans maintenant ! Ici, je suis infirmier de bloc dans tous les domaines.*

IDE 4 : *J'ai toujours fait du bloc opératoire.*

IDE 5 : *J'ai fait des remplacements en tant qu'aide-soignante en attendant les résultats du diplôme en réanimation et après j'ai attendu un poste au bloc opératoire.*

IDE 6 : *J'ai fait de la chirurgie viscérale quelques mois, ensuite j'ai intégré un service d'accueil 24/24 puis ce service est devenu service d'urgence. J'ai fait ça un peu plus de 10 ans et après je suis arrivé au bloc opératoire y'a maintenant un an et demi. Je suis souvent en SSPI ici et je réalise l'accueil des patients.*

1. **Pour vous, quel est le rôle de l'infirmier lors de l'arrivée d'un patient en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention ?**

IDE 1 : *Déjà, euh … l'accueil est super important pour le patient. Parce que le patient, il arrive surtout stressé au niveau du bloc, surtout quand c'est des enfants parce qu'ici on prend en charge aussi des enfants. Par exemple, en fait pour les enfants une personne s'occupe de l'enfant de l'arrivée jusqu'à ce qu'il soit induit, jusqu'à l'induction en salle. Surtout pour les petits enfants, du coup il reste avec eux pour les rassurer un maximum. Après on fait l'accueil des patients à l'entrée du bloc entre les salles d'intervention et la salle de réveil, donc l'accueil c'est rapide. Mais faut que ça soit rapide d'un côté parce que les patients attendent devant les salles et le fait justement … de voir d'autres patients sortir ça peut augmenter l'anxiété. Donc on va mettre les patients dos à la salle pendant l'attente pour éviter ça.*

IDE 2 : *Quel que soit l'intervention, l'infirmier il est là pour accueillir, euh… dédramatiser, répondre à l'anxiété du patient et répondre à ses attentes. En fait, on est là pour prendre en soin. Donc déjà, on se présente, puisqu'on est des gens masqués, on est des gens tous pareils, donc on resitue qui on est ! Et le patient on est obligé de lui demander son nom prénom, son intervention y'a la check List et toute la législation. Puis surtout, même si on a un masque, on est souriant parce que nos yeux ils parlent pour nous. Et on est calme posé.*

IDE 3 : *(Silence…) Un côté relationnel, tu accueilles le patient, tu fais l'interrogatoire, tu essayes d'être assez courtois avec, tu essayes de pas lui faire peur ! Tu essayes de le rassurer et de le mettre en confiance. Après il faut faire la check List poser le cathéter, préparer le matériel du côté technique.*

IDE 4 : *Faut accueillir et euh… essayer de mettre le patient en confiance … (silence) Surtout quand c'est une première intervention parce qu'il y a beaucoup de représentations sur le bloc … qui sont fausses en plus. Après faut faire l'interrogatoire, la check List, préparer le matériel.*

IDE 5 : *Il faut accueillir le patient, être souriant parce que notre rôle c'est surtout de les rassurer. Après on a un rôle dans l'identitovigilance : on vérifie toujours son nom, son prénom. Grosse vérification au niveau du dossier afin de mettre en sécurité le patient. On vérifie qu'il soit bien à jeun, sa toilette, pas de bijoux, si si … Vérifier le bilan biologique surtout au niveau de la coagulation ! Euh … on vérifie bien entendu la chirurgie, le chirurgien, le coté opéré que l'on soit bien d'accord avec le patient. On a toute une partie législative avec la feuille HAS Check List à bien remplir. On vérifie aussi que rien n'a changé depuis la consultation d'anesthésie, s'ils ont des questions … S'ils sont bien d'accord avec nous ! Après je pense qu'on a surtout un rôle avant de poser le cathéter et l'anesthésie loco régionale si besoin, un rôle surtout de rassurer le patient.*

IDE 6 : *Déjà ça va être l'accueil, se présenter, vérifier l'identitovigilance, le motif d'intervention, l'histoire du patient, vérifier les consignes par rapport à la fiche d'anesthésie, vérifier que les consignes préopératoires soient bien respectées. Remplir la check List aussi, mettre en place le matériel pour la sécurité du patient : scope, cathéter … Communiquer avec les équipes qui seront avec le patient pendant l'intervention, expliquer si y'a des choses particulières allergies ou alors une anxiété importante. Pendant l'accueil, il faut aussi bien expliquer aux patients les suites, comment ça va se passer, le rassurer et lui expliquer pourquoi il y a de l'attente, répondre aux questions, lui expliquer qu'il ira en*

salle de réveil après et par exemple lui expliquer si il va avoir une PCA profiter de lui dire qu'on prendra en charge ses douleurs. Faut profiter tant que le patient est conscient comme ça aide et ça le rassure de savoir que tout sera mis en place pour lui après l'intervention.

2. **Comment appréhendez-vous l'anxiété de la personne soignée durant cette phase préopératoire ?**

IDE 1 : *On va essayer de blaguer un petit peu, de parler d'autres choses ! Essayer de lui parler d'autres choses, de lui changer les idées un maximum en fait. Puis euh … pour qu'elle soit pas anxieuse en fait jusqu'au moment où on l'induit. Après encore, nous en orthopédie on fait pas mal de bloc donc on endort que le bras par exemple donc faut tout le temps parler avec le patient. Faut pas le laisser de côté et … et parler avec ses collègues parce qu'on en voit beaucoup fin… qui parle avec son collègue et qui laisse le patient de côté. Et ça c'est pas bien quoi !*

<u>Selon vous il faut beaucoup de communication entre l'infirmier(e) et le patient ?</u>

Oui voilà tout à fait ! Beaucoup de communication avec le patient. Puis lui changer un maximum les idées en fait euh … Et bien montrer qu'au final y'a pas, y'a rien de méchant quoi… Que tout va bien se passer. C'est vrai que les gens ont peur c'est de l'inconnu quoi, les blocs opératoires, les gens fin ils pensent que c'est un milieu de torture, un milieu où il fait froid, y'a aucune lumière… Et après y'a toutes les barrières, notre tenue justement le masque et puis tout ça quoi ! En plus si c'est une première intervention, les gens ont aussi super peur de l'anesthésie. Euh… Peur de s'endormir et pas de se réveiller pour beaucoup.

IDE 2 : *On a beaucoup de patients anxieux, donc en fait il faut observer le patient, comment il arrive, ceux qui sont hypertendus vont être rouge, y'a des pleurs. On observe le patient et on adapte notre communication, notre prise en charge en fonction du patient au final. On voit le comportement du patient mais on a aussi le dossier à l'arrivée par exemple si l'infirmière du service a écrit une cible particulière : anxiété. Ou alors au niveau de la consultation pré anesthésique le médecin va mettre un traitement en préop.*

IDE 3 : *Moi j'essaye de parler d'autres choses, de parler de ses habitudes, demander son métier, qu'est-ce qu'il fait, quelles sont ses passions … Faut toujours parler d'autres choses, ça les détend un peu ! Essaye de rigoler aussi ça aide !*

IDE 4 : *On essaye de le faire parler, parler aux gens, discuter avec les patients après je fais rien d'autre de particulier personnellement … (silence). Oui au niveau relationnel je fais*

rien de particuliers après il m'arrive facilement de mettre la couverture chauffante par exemple avant l'intervention … Ca apaise par rapport aux froids du bloc, l'environnement et tout … Ca les détend, ils ont moins froid et pensent à autre chose du coup.

IDE 5 : *On va expliquer au patient que c'est normal d'être anxieux, d'avoir peur que pour tout le monde c'est pareil. On va essayer de connaitre la raison de son anxiété, savoir si c'est la chirurgie, l'anesthésie, si c'est juste le syndrome hôpital blouse blanche ou bleu ici dans notre cas, si c'est le lieu le bloc, le froid. On essaye de définir le motif de son anxiété pour essayer de dédramatiser ! Pour savoir tout ça, faut beaucoup parler avec le patient et quelques fois ça passe par une petite blague fin on voit, on tâte le terrain et on voit par rapport au patient. Après on explique bien au patient les suites, parce que c'est inconnu pour eux… On leur dit qu'au réveil le chirurgien viendra les voir après, même s'ils s'en souviendront pas mais à l'instant présent on prend soin d'eux, d'être à leur écoute et montrer qui sont pas un numéro, pas la coloscopie numéro 3 de Dr un tel par exemple.*

IDE 6 : *C'est toujours un peu compliqué, parce que l'histoire de chacun, toutes les situations que le patient a pu rencontrer dans sa vie, que ce soit personnel, par les proches… on peut pas tout savoir à l'instant T quand on le prend en charge. Euh.. donc c'est toujours un peu compliqué à appréhender et dire une chose qui pourrait compliqué ! Mais c'est rassurer au mieux le patient, dialoguer, connaitre un peu leur histoire, en profiter quand on pose la voie veineuse pour demander où il habite. Comme ça il parle d'autres choses, les faire penser à autre chose que l'intervention en elle-même. Beaucoup dialoguer avec le patient, c'est important !*

3. **<u>Dans votre pratique, vous arrive-t-il d'utiliser l'humour pour désamorcer l'anxiété de la personne soignée ?</u>**

IDE 1 : *Oui ça peut arriver, genre quand on prend le patient à l'entrée du bloc, fin de temps en temps on accueille le patient, on le met du lit au brancard et pour l'emmener en salle d'intervention on est obligé de manipuler le brancard. Et là on va dire au patient attention on n'a pas le permis, on peut foncer dans les murs préparez-vous ! Fin des conneries comme ça ! Des choses qui peuvent faire rire et dédramatiser la situation. Après j'ai pas vraiment d'idées qui me viennent la tout de suite. Mais oui de temps en temps on blague, on fait de l'humour avec les patients quoi…*

IDE 2 : *Oui ça m'arrive mais ça dépend du patient. Après je fais de l'humour euh … général sur une chose, des trucs simples comme attention j'ai pas de permis, rangez bien vos bras,*

des choses banales pour changer les idées et dédramatiser. Après comme je disais ça dépend du patient de son niveau d'anxiété, faut observer un patient fort stressé on va pas faire de l'humour a deux balles. Je l'utilise souvent avec les jeunes ados qui arrivent ici en urgence. Ils sont très stressés surtout la maman, donc je vais leur dire tu es venu me voir, tu voulais louper un contrôle ? Et après je leur dit que je vais appeler leur prof pour leur dire et souvent ça les fait rire en plus !

IDE 3 : *Hummm… Moi je l'utilise quasiment tout le temps, au moins ça fait rigoler la personne et ça lui fait penser à autre chose ! Quand je pose les appareils de surveillance par exemple j'en profite un peu. Ça fait penser à autre chose.*

IDE 4 : *Non enfin c'est rare. Je suis tellement concentrée dans la future opération que non (rire). Je pense pas du tout à rigoler (rire). C'est vrai que je suis beaucoup plus concentrée sur l'intervention et du coup je plaisante pas… Mais après y'a des patients qui vous tendent la perche donc c'est plus facile ! Mais sinon non !*

IDE 5 : *Bien sûr tous les jours (rire), ça change les idées aux patients. Après faut vraiment prendre le patient à part entière en l'interrogeant, en lui posant quelques questions pour pouvoir le cerner et adapter notre communication. Y'a des gens pas réceptifs, c'est tout après.*

IDE 6 : *Oui quand même de temps en temps mais toujours en restant dans les limites. Le but c'est pas de devenir ami avec le patient, mais essayer de détendre l'atmosphère, détendre la situation même si voilà ils vont être endormis, ils vont avoir un geste invasif parfois c'est même des gestes critiques. Mais on essaye toujours d'avoir un petit geste rassurant et oui l'humour ça peut aider sans être déplacer.*

4. <u>Selon vous, existe-t-il des limites à l'utilisation de l'humour ?</u>

IDE 1 : *Ben après ouais, y'a des patients qui sont déjà super anxieux, et des fois le fait, euh ouais … d'utiliser l'humour ça peut les bloquer en fait. Euh ils veulent rester dans leur intervention et veulent pas … Ça peut arriver y'a des patients ça majorent leur stress. Par exemple, nous on utilise l'humour c'est genre y'a des gens ils viennent se faire opérer d'un pied et on va dire aujourd'hui c'est bien la prothèse qu'on opère. Mais quelques fois ça pourrait justement leur rajouter dans l'anxiété alors que d'autres personnes vont en rigoler et ça va les détendre. Mais à côté de ça on fait bien la check List et tout, tout est vraiment cadré après ! C'est juste que quelques fois pour blaguer avec le patient quoi …*

IDE 2 : *Les limites ça dépend du contexte du patient, la pathologie, les antécédents, les barrières sociales, fin y'a pleins de choses…*

IDE 3 : *Ça reste toujours général… Après y'a toujours des limites. Toujours le respect de la personne, c'est principalement en fonction de la personne ! Si dès le départ elle est fermée ça sert à rien… Donc je vais juste essayer de parler avec de choses basiques : son métier …*

IDE 4 : *Je l'utilise pas forcément, mais je dirais qu'il faut toujours respecter le patient et après c'est en fonction de son état.*

IDE 5 : *Faut pas aller trop loin, les gens ne sont pas nos amis, nos copains. C'est quand même des patients qui viennent se faire opérer. On est professionnel et pour ça il faut doser. En gardant une distance soignant soigné mais euh… c'est toujours en fonction du patient. Savoir jusqu'où on peut aller ; mais toujours garder une certaine posture qui nous permet d'avoir notre professionnalisme.*

IDE 6 : *Faut pas que la personne se sente agresser, faut pas que ça devienne de la moquerie.*

5. **<u>Pensez-vous que l'humour puisse contribuer à réduire l'anxiété préopératoire du patient adulte ?</u>**

IDE 1 : *Oui je pense que ça aide… dans certaines situations ça aide les patients … ils vont penser à autre chose et ils vont être plus relax ! Et du coup ils sont moins anxieux … Euh... mais après comme je disais ça dépend de chaque patient, ça peut aussi augmenter l'anxiété.*

IDE 2 : *Oui ! oui oui … Quand il est bien utilisé. On en parle pas beaucoup mais c'est un outil comme les techniques d'hypnoses avec la prise en charge des représentations du patient et tout.*

IDE 3 : *Oui je pense que ça aide parce que dans tous le cas l'environnement du bloc opératoire fait peur. Souvent les patients ont pleins de représentations : le froid, la douleur, est-ce que ils vont bien se réveiller … Notre tenue aussi, on est un peu déguisé donc l'humour ça peut aider à passer un peu au-dessus de tout ça.*

IDE 4 : *Je sais pas … Fin ils sont tellement stressés, ont tellement peur du bloc opératoire… Que même si on fait une pointe d'humour je sais pas si ça aide à détendre et réduire l'anxiété. Après je suis depuis quelques années au bloc opératoire donc j'y pense plus… Même l'environnement du bloc opératoire pour moi c'est naturel.*

IDE 5 : *Je pense que ça permet aux gens de sourire un petit peu ! Et puis le sourire, on a beau dire ça déstresse un peu ! Et eux ils nous voient détendu, pas stressé donc quelque part, ils savent qu'ils peuvent se relâcher, que ça va aller … On a essayé de dédramatiser, on a essayé de faire beaucoup de choses. En général ça passe bien et les gens nous retournent bien la situation. Après faut toujours doser, ne pas dépasser une certaine limite qui pourraient entrainer un impact négatif… Ces patient dépendant après y'a des limites on est des professionnels et on doit se garantir que le patient reste en sécurité de son entrée jusqu'à sa sortie du bloc opératoire.*

IDE 6 : *Je pense que oui, dans les services de pédiatrie on le voit souvent avec les clowns par exemple. Après je dis pas qu'il faut des clowns au bloc mais y'a des choses qui sont fait dans des établissements et ça fonctionne. Après chez l'adulte on le voit ça les détend.*

6. **<u>Selon vous, quels autres moyens permettent de palier à l'anxiété préopératoire du patient adulte ?</u>**

IDE 1 : *Alors quels autres moyens … euh … Ben après ça serait de faire je pense par exemple pour les petites interventions, genre tout ce qui est : cataracte, dent de sagesse tout ça, ça serait de faire une salle d'attente avec télé et tous les patients ensemble. Et qui soit vraiment appelés pour aller en salle au dernier moment en fait. Je pense que ce serait vraiment un bon outil comme ça il aurait une télé, des bouquins, voilà à feuilleter en attendant d'être opérer. Parce que c'est vrai attendre une demi-heure devant la salle d'opération, ça peut être long et être source anxiogène. Limite les patients sont mieux en chambre avec leur famille que voir tout ce qui se passe au bloc. Après faut pas faire descendre trop vite les patients, mais si c'était dans une salle avec d'autres patients ça pourrait être plus sympa.*

IDE 2 : *Nous on a mis en place les pré visite en orthopédie, en fait on regroupe les patients qui ont la même intervention ensemble avec le médecin, pharmacien, infirmier… Et on leur explique leur parcours, pourquoi ils vont avoir ce médicament, comment ça va se passer avant et après... Les patients sont mieux informés donc ils ont moins de représentations faussés du bloc opératoire et sont moins anxieux.*

IDE 3 : *Avec les enfants, je fais des ballons, je fais faire des dessins… Avec les adultes c'est plus dans ma communication mais je sais pas c'est plus difficile de mettre en place d'autres moyens avec les adultes. Je sais que la sophrologie et l'hypnose fonctionne mais peu de*

personnes sont formés… c'est dommage ! Et … et oui il faut du temps en préopératoire pour le faire mais c'est mieux que les médicaments.

IDE 4 : *C'est difficile avec les adultes, on a une spécialiste de l'hypnose et j'aime bien être avec elle parce que je sais qu'elle va bien réussir à détendre les patients. Elle les met dans un état de décontraction… et les patients sont super bien, l'hypnose ça aide beaucoup pour l'anxiété. Ça marche bien et ça serait bien qu'on soit toute formées là-dessus ! Ça serait une bonne méthode !*

IDE 5 : *Ici, on a mis en place la salle d'attente pour les patients qui vont bénéficier d'une anesthésie générale et on a un infirmier qui est dédié à ce côté. Avant tout le monde était accueilli en salle de réveil, maintenant il y a que les patients qui vont avoir une loco régionale, un bloc fémoral, une rachianesthésie… qui passent d'abord en salle de réveil parce qu'il faut une surveillance. Maintenant, les patients qui ont une intervention rapide avec une petite anesthésie patientent dans la salle et au moins ils ne voient pas les autres avec les sondes d'intubation, les masques laryngés ou les gens qui se réveillent en salle de réveil. C'est quand même mieux pour les patients ! Après nous a demandé si c'était possible d'avoir une télé pour les salles ou les patients qui attendent avant l'intervention. Parce qu'on a déjà ça dans le sas d'attente parents-enfants, y'a les livres, la tablette, la télé… Maintenant faut faire évoluer les choses du côté adulte.*

IDE 6 : *Nous ici par exemple pour tout ce qui est chirurgie. Le patient est vu par son chirurgien et son équipe IBODE qui répondent aux questions du patient et expliquent-le déroulement. Ensuite il y a les consultations d'anesthésie avec un médecin anesthésiste qui informe le patient sur le geste anesthésiste. Et uniquement pour l'ambulatoire après ça, il y a une consultation avec un infirmier et le personnel ambulatoire qui va revoir avec le patient le déroulé de l'intervention et la préparation. Ça s'est fait toujours à distance de l'intervention et après 3 jours avant l'équipe de chirurgie ambulatoire appelle le patient pour savoir s'il a des questions. Après c'est pas encore généralisé, ce n'est pas mis en place dans tous les services. Pour moi ça serait intéressant de réaliser une consultation infirmière pour chaque patient parce que ça permet de répondre à leur anxiété, à leur attente.*

D'accord, merci beaucoup d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions.

IDE 1 : *De rien c'était un plaisir, bonne continuation.*

IDE 2 : *Je vous en prie, bonne continuation à vous.*

IDE 3 : *Merci à vous et bon courage !*

IDE 4 : *Bonne journée* **!**

IDE 5 : *Bon courage pour la suite et à bientôt !*

IDE 6 : *Je t'en prie c'était avec plaisir, bonne continuation à toi.*

ANNEXE VI : Grille de dépouillement.

THEME 1 : Le rôle infirmier	
Pour vous, quel est le rôle de l'infirmier lors de l'arrivée d'un patient en phase préopératoire dans le cadre d'une première intervention ?	
IDE1	L'accueil est super important pour le patient. L'accueil c'est rapide, doit éviter d'être trop long parce que ça augmente l'anxiété. Met en place des moyens pour éviter l'anxiété.
IDE2	Accueillir, dédramatiser, répondre à l'anxiété, prendre en soin. **Se présenter** puisque qu'on est des gens masqués, être souriant, calme. Check List, législation
IDE3	Un côté relationnel : accueil, interrogatoire, rassurer, mettre en confiance, ne pas faire peur. Un côté technique : préparer le matériel, check List.
IDE4	Accueillir, mettre en confiance. Check List, préparer matériel, interrogatoire.
IDE5	Accueillir le patient, être souriant parce que c'est notre rôle. Identitovigilance, vérification du dossier, check List. Répondre aux questions, rassurer avant les soins techniques.
IDE6	Accueil, **se présenter**, identitovigilance, motif d'intervention etc. Pendant l'accueil : expliquer le déroulement, rassurer, expliquer l'attente. Remplir la check List, préparer le matériel Communiquer avec les autres professionnels

THEME 2 : L'anxiété	
Comment appréhender vous l'anxiété de la personne soignée durant cette phase préopératoire ?	
IDE1	Blaguer, parler d'autres choses, changer les idées, ne pas laisser le patient de côté, beaucoup de communication car les patients ont peur de l'inconnu (bloc, froid, lumières, tenue de bloc), beaucoup de peurs (anesthésie)
IDE2	Beaucoup de patient anxieux donc observation clinique, adapter la communication et la prise en charge en fonction du niveau d'anxiété du patient
IDE3	Parler d'autres choses (habitudes, métier, passions) pour détendre, essayer de rigoler
IDE4	Parler aux patients, mettre la couverture chauffante pour apaiser et faire penser à autre chose
IDE5	Expliquer que l'anxiété et la peur c'est normal, connaitre la raison de l'anxiété pour pouvoir dédramatiser, blague en fonction du patient, être à l'écoute
IDE6	Compliqué car il est difficile de connaitre l'histoire du patient en si peu de temps, rassuré au mieux, dialoguer, parler d'autres choses pour faire penser à quelque chose d'autre, beaucoup de dialogue.

THEME 3 : L'humour	
Dans votre pratique, vous arrive-t-il d'utiliser l'humour pour désamorcer l'anxiété de la personne soignée ?	
IDE1	**Oui**, ça peut arriver quand on prend le patient à l'entrée du bloc. Des choses qui peuvent faire rire et dédramatiser la situation. De temps en temps on blague, on fait de l'humour.
IDE2	**Oui** ça dépend du patient et de son niveau d'anxiété, humour général sur des choses simples pour changer les idées. Utilise souvent avec les adolescents.
IDE3	**Oui** quasi tout le temps, ça fait rire et penser à autre chose.
IDE4	Non c'est rare. Concentré sur l'intervention sauf si un patient me tend la perche.
IDE5	**Tous les jours** ça change les idées mais en prenant le patient à part entière pour adapter la communication. Certains patients sont réceptifs d'autres non.
IDE6	**Oui** de temps en temps mais en restant dans les limites. Le but c'est détendre l'atmosphère, geste rassurant et l'humour ça peut aider.
Selon vous, existe-t-il des limites à l'utilisation de l'humour ?	
IDE1	Si patient est super anxieux, l'humour ça peut « bloquer », majorer le stress et augmenter l'anxiété. Après d'autres personnes vont en rigoler et ça va les détendre.
IDE2	Le contexte, la pathologie, les antécédents, les barrières sociales…
IDE3	Si la personne est fermée parle de choses basiques. Il y a toujours des limites : toujours le respect de la personne.
IDE4	Toujours respecter le patient et après c'est en fonction de la personne.
IDE5	Ne pas aller trop loin, doser car position de professionnel à maintenir, être respectueux, garder une distance soignant soigné. C'est toujours en fonction du patient.
IDE6	Le patient ne doit pas se sentir agressé, ne doit pas devenir de la moquerie.

THEME 4 : L'impact de l'humour sur l'anxiété	
Pensez-vous que l'humour puisse contribuer à réduire l'anxiété préopératoire du patient adulte ?	
IDE1	Oui dans certaine situation ça aide le patient, pense à autre chose donc moins anxieux. Dépend du patient car ça peut aussi augmenter.
IDE2	Oui si bien utilisé, c'est une technique comme l'hypnose.
IDE3	Oui ça aide car l'environnement du bloc fait peur. L'humour aide à passer au-dessus.
IDE4	Ne sait pas, ils sont tellement stressé et ont tellement peur que je ne sais pas si l'humour aide et réduit l'anxiété. Travaille depuis plusieurs années au bloc, l'environnement est devenu naturel.
IDE5	Permet aux gens de sourire, et puis le sourire ça déstresse un peu.
IDE6	Pense que oui, dans les services de pédiatrie ça fonctionne. Après chez l'adulte on le voit ça les détend.

MEMOIRE

L'humour face à l'anxiété préopératoire : « Faites de beaux rêves »

Auteur : Delvallez Marjorie Année : 2017 Nombre de pages : 52

RESUME	ABSTRACT
Titre : L'humour face à l'anxiété préopératoire « Faites de beaux rêves ».	**Title :** Humor face to preoperative anxiety « Sweet dreams »
Le passage au bloc opératoire est une épreuve particulière pour chaque patient. En effet, accueilli par des soignants vêtus de la tête au pied d'une tenue de bloc au sein d'un environnement froid est source de multiples craintes et représentations. Face aux peurs, à l'anxiété préopératoire l'infirmier(e) a un rôle majeur lors de l'accueil du patient. Effectivement, plusieurs études ont mis en évidence la répercussion de l'anxiété sur la qualité du réveil post-interventionnel. Mais comment pallier à celle-ci lorsque le motif de la rencontre de la personne soignée et l'infirmier(e) est la maladie ou la douleur. L'humour est utilisé au quotidien dans notre communication mais en quoi l'humour utilisé par l'infirmier(e) peut-il réduire l'anxiété du patient adulte en phase préopératoire ? Après avoir réalisé une recherche théorique j'ai enquêté auprès de six infirmiers de bloc opératoire. Les résultats recueillis ont démontré que l'humour a un réel impact sur l'anxiété préopératoire. En effet, cinq infirmiers affirment que l'humour dédramatise la situation et apaise les patients.	The passage to the operating theater is a special test for each patient. Indeed, welcomed by caregivers dressed in the head at the foot of an operating room outfit in a cold environment is a source of multiple fears and representations. Faced with fears, preoperative anxiety the nurse has a major role when she receives patient. Effectively, several studies highlights the anxiety afternath on the quality of the post interventionnal awakening. But how to compensate for it when the reason for meeting the person being treated and the nurse is illness or pain. Humor is used daily basis in our communication but how can the humor used by the nurse reduce the anxiety of the patient in the preoperative phase? After conducting a theorical research I investigated six operating room nurses. The results showed that humor had a real impact on preoperative anxiety. Indeed, five nurses say that humor dedramatizes the situation and calms the patients.
Mots clés : Accueil, bloc opératoire, anxiété préopératoire, peur, humour, infirmier.	**Keywords :** Home, operating theater, preoperative anxiety, fear, humor, nurse.