

La prémédication anxiolytique : la première course contre la montre de l'anesthésie ?

Ou l'importance d'une organisation sans faille pour atteindre un objectif qualitatif concernant l'anxiolyse pharmacologique préopératoire.

TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL

Présenté par

Florian MASSACRIER

Tuteur : Béatrix RAQUIN

Promotion 2007 / 2009

Ecole des Infirmiers Anesthésistes des Hospices Civils de Lyon

La prémédication anxiolytique : la première course contre la montre de l'anesthésie ?

Ou l'importance d'une organisation sans faille pour atteindre un objectif
qualitatif concernant l'anxiolyse pharmacologique préopératoire.

TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL

Présenté par

Florian MASSACRIER

Tuteur : Béatrix RAQUIN

Promotion 2007 / 2009

REMERCIEMENTS

Ce travail d'intérêt professionnel n'aurait pu être réalisé sans la participation active de nombreuses personnes :

- Béatrix Raquin, la tutrice de ce travail, dont les conseils m'auront été précieux.

- L'ensemble des professionnels infirmiers et infirmiers anesthésistes ayant répondu à l'enquête que j'ai menée.

Qu'ils reçoivent ici le témoignage sincère de ma gratitude.

Par ailleurs, je tiens à remercier d'autres personnes, celles qui m'ont permis de surmonter ces deux années de formation :

- L'ensemble de mes 27 camarades de promotion, dont l'entente entre nous aura été sympathique.

- Mes 8 camarades stéphanois, avec qui nous aurons partagés ensemble de nombreux kilomètres, et qui auront supportés les différents états d'humeur par lesquels je serais passé.

Qu'ils reçoivent ici le témoignage sincère de mon amitié.

Enfin, je ne peux clore ces remerciements sans avoir une pensée pour les personnes les plus chères à mes yeux :

- Mes parents et mon frère Thibault, qui m'ont constamment apporté une aide précieuse et qui auront toujours su trouver les mots justes, en n'importe quelle circonstance, pour me soutenir.

Qu'ils reçoivent ici le témoignage sincère de mon affection la plus profonde.

« On va accompagner l'hôpital vers sa modernisation pour une meilleure qualité de vie des personnels qui y travaillent et pour de meilleurs soins pour les français qui y sont accueillis...L'hôpital doit être mieux organisé, plus efficace, plus concentré sur le service qu'il doit rendre à la population ».

Discours prononcé par le Président de la République Française Nicolas Sarkozy à l'occasion de la promulgation des vœux aux personnels de santé, au Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg, le vendredi 9 Janvier 2009.

AVANT-PROPOS

Qui vient me réveiller si brusquement ce matin ? Au fait, quel jour sommes nous ? Quelle heure est-il ? J'ai l'impression d'avoir dormi une éternité, d'un sommeil de plomb... On vient de passer le réveillon du jour de l'an mais ce n'est pas ça... Mais où suis-je ? Ce n'est pas mon lit ! Et qui est donc cette personne en tenue blanche qui se trouve devant moi, et qui ouvre les volets ?

- Bonjour Monsieur Massacrier. Il faut vous préparer, il est 7h00. Allez prendre votre douche. Vous êtes bien à jeun depuis minuit ? On vous a rasé la jambe hier soir ? ... Bon, c'est très bien. A tout à l'heure!

Comment ai-je fais pour oublier ? Nous sommes le vendredi 5 janvier 2001, et c'est aujourd'hui que je subis ma troisième arthroscopie... Tout est en train de se remettre en place dans ma tête : l'arrivée à la clinique hier, la visite de l'anesthésiste, l'aide soignante qui est venue me raser la jambe, la perfusion que l'on m'a administré, le comprimé de Xanax® avant de me coucher... Quel effet quand on n'a pas l'habitude ! Je tourne la tête à droite et je m'aperçois que mon voisin de chambre n'a pas l'air plus réveillé que moi ! Lui aussi a bien dormi, lui aussi doit « passer sur le billard » pour un genou... Bon, j'ai faim... Ah oui, c'est vrai, pas de petit déjeuner ce matin... Le fameux jeûne préopératoire. Je le sais, je l'ai déjà expliqué à mes patients durant mes stages. Tant pis, je me lève, direction la douche, au milieu de ce long couloir... Il faut que je me dépêche, peut être que je descendrais rapidement au bloc opératoire... et je sais qu'ils n'aiment pas bien attendre là bas !... C'est fait, j'ai l'impression de sentir l'iode... C'est le savon... Allez, du courage, maintenant il faut enfiler cette chemise et retourner au lit. Avec un genou qui se bloque, ce n'est pas toujours simple...

Vivement que ce soit fait, depuis début novembre, ça commence à faire long... Mon voisin va à son tour à la douche. Je me retrouve seul dans cette chambre... Je me dis que je suis ridicule avec cette chemise : ce n'est pas grave, je ne suis pas le seul ! Mais je suis encore plus ridicule de m'inquiéter pour ce qui va se dérouler aujourd'hui ! Je m'entends encore dire en stage « Ne vous inquiétez pas, tout va bien se passer ! » Mais cette fois, j'ai beau essayer de me rassurer, me dire que tout se passera bien, que les infirmiers et les médecins connaissent leur travail, que le matériel a été vérifié, que rien n'a été laissé au hasard... je ne suis quand même pas très fier... Et oui, cette fois c'est à mon tour d'être dans un lit d'hôpital... J'ai soif maintenant mais je sais que je ne peux pas boire... Il est 7h45, mon voisin de chambre est lui aussi revenu. On ne se parle pas

beaucoup, non pas qu'on ne s'entende pas mais lui aussi n'a pas l'air de vouloir être très bavard. Tant pis, j'ai apporté des livres de physiologie, je vais profiter de cette attente pour réviser, c'est mon dernier jour de « vacances » avant le retour à l'I.F.S.I.¹ lundi... Je commence à feuilleter mon livre, je tourne les pages machinalement, rien ne m'intéresse... Il est 8 heures 45, l'infirmière vient nous apporter un autre comprimé de Xanax®. Tant mieux, au moins maintenant ce ne sera plus très long : Une demi-heure ? Une heure ? On verra bien... Je reprends mon livre et rapidement je commence à me sentir un peu mieux. Tant pis, ce n'est pas aujourd'hui que je vais apprendre quelque chose, je repose alors l'ouvrage sur la table de nuit...

Ah ! J'entends des pas de plus en plus pressants dans le couloir, il est 9 heures 30. La porte s'ouvre et l'infirmière accompagnée d'une aide-soignante entre dans la chambre. Enfin ! Je vais aller au bloc opératoire, finalement l'attente n'était pas si terrible... Mais que font-elles ? Ce n'est pas mon lit qu'elles brancardent !

- Ne vous inquiétez pas monsieur Massacrier, pour vous, ça ne devrait plus tarder !...

Encore une demi-heure tout au plus, me dis-je pour me rassurer... L'effet anxiolytique commence à me détendre totalement : quitte à attendre, pourquoi ne pas commencer par faire une petite sieste ? Le temps passera sûrement plus vite... Je suis allongé confortablement sous mes draps, je n'ai pas froid, je ferme les yeux... J'entends faiblement le bruit du personnel dans le couloir, mais je suis serein...

La porte de ma chambre s'ouvre enfin.

- Alors mon fils, ça c'est bien passé ?

- Maman ?!... Mais quelle heure est il ?

- 13h00, je sors de la crèche. Tu as bonne mine ! Tu n'as pas trop mal ?

- Mais je ne suis pas encore opéré !

- Ce n'est pas vrai ? Tu me fais marcher !

Et là, je lui montre mon genou rasé et sans pansement... Je décide alors de sonner afin de savoir si les infirmières ont des nouvelles en provenance du bloc. Rien. Pas de nouvelle, bonne nouvelle, comme on dit classiquement... Le temps commence à être vraiment long, j'ai faim mais c'est surtout la sensation de soif qui est la plus désagréable. J'ai la bouche pâteuse... Tant pis, je vais boire un verre d'eau, je n'en peux plus ! Je fini

¹ I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

par me raisonner, je connais sommairement les risques du jeûne non respecté, le stress se réinstalle en moi...Ma mère est repartie travailler, je suis de nouveau seul dans cette pièce carrée au plafond haut. Il fait gris dehors, comme souvent en janvier, il n'y a même pas un petit rayon de soleil...Mon voisin de chambre revient, encore bien somnolent...

-Monsieur Massacrier, cette fois c'est à vous! Ils ont eu une urgence entre temps...

Il est 15 heures 30, ma prémédication ne fait plus du tout effet. Je vois défiler cet interminable couloir, l'ascenseur arrive assez rapidement. J'aperçois enfin les portes du bloc, j'y suis ! Ils vont s'occuper de moi ! L'I.B.O.D.E.² vient se présenter et me repose les questions de sécurité...puis elle repart ! Je suis dans mon lit, dans un coin du bloc, et de nombreuses personnes passent devant moi, ne me regardant même pas...Mon ventre commence à me brûler...Vont-ils s'occuper de moi un jour ? Mais qu'est ce qu'ils font ? Ils ne peuvent pas m'avoir oublié maintenant, ce n'est pas possible ?! Et soudain, le moment tant attendu arrive...

-Monsieur, vous allez vous glisser sur la table. Attention, elle n'est pas large !

Cette fois je suis en salle d'opération. L'anesthésiste, le même qui est venu me voir hier soir, met un peu de musique pour me détendre : ça fait du bien !

-Maintenant vous allez respirer profondément dans le masque à oxygène, on y va. Pensez à des choses heureuses ! La tête commence à tourner ? Oui ? Bon, ça risque de chauffer un peu dans les veines...

Je ne peux suivre jusqu'au bout la seringue qui se vide de son produit à la couleur lactée, il est 16 heures 29...

Je crois que cette expérience vécue a été un détonateur pour moi, et a conditionné la suite de ma formation ainsi que mon cursus professionnel. Une précédente intervention m'avait donné envie de devenir infirmier (j'avais 11 ans), conforté dans cette idée par plusieurs membres de ma famille déjà I.D.E.³. J'ai donc été admis à l'I.F.S.I. de Montbrison en 1999. Le côté technique m'intéressait, j'avais envie de découvrir le bloc opératoire, la réanimation, les urgences...Puis est arrivé ce fameux jour de janvier 2001.

² I.B.O.D.E. : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.

³ I.D.E. : Infirmier Diplômé d'Etat.

En effet, étant maintenant passé de l'autre côté de la barrière, vivant le stress en tant que patient, cette situation m'a naturellement touché. J'ai donc décidé d'orienter la fin de ma formation d'infirmier tant sur le plan technique (avec déjà en arrière pensée l'idée de me spécialiser en anesthésie), en effectuant plusieurs stages de bloc opératoire et d'urgence, que sur la prise en charge psychologique des patients. Le point d'orgue de ma formation fût alors mon travail de fin d'études dont le thème a été « Le stress de l'intervention chirurgicale » et qui a représenté pour moi une conclusion logique de ces années d'apprentissage.

Puis vint l'entrée dans le monde du travail. J'ai décidé de quitter Montbrison, afin de travailler dans un établissement plus grand pour plusieurs raisons : d'abord connaître des services plus pointus techniquement et ensuite, il me semblait plus aisé d'obtenir un financement futur pour ma formation d'I.A.D.E.⁴ dans un grand centre hospitalier (l'histoire allait me prouver que ce ne serait finalement pas si simple !). J'ai donc postulé au C.H.U.⁵ de Saint Etienne, et mon premier poste fût en réanimation polyvalente sur le site de l'hôpital nord. Ce fût une très belle expérience, riche professionnellement tant le champ d'activité était vaste, mais aussi avec une charge émotionnelle intense qui n'était pas pour me déplaire. Puis, j'ai continué mon parcours aux soins intensifs post opératoire du même établissement, un service faisant aussi parti du département d'anesthésie-réanimation. J'ai alors découvert durant quatre ans un monde mêlant le versant anesthésie et réveil, (puisque'il s'agissait d'opérations lourdes d'origine digestive, urologique, vasculaire et cardiaque et dont une grosse partie des patients revenaient intubés) à celui de la réanimation, puisque les complications postopératoires pouvaient parfois être extrêmement graves. La communication au patient était logiquement plus aisée, quoique tout aussi importante qu'en réanimation, même si la durée moyenne de séjour était inférieure à trois jours. J'en garde un excellent souvenir, d'autant que d'un point de vue humain, il s'agissait d'un très bon service, dans lequel on pouvait s'épanouir très facilement. Le stress péri opératoire était bien palpable, aussi bien pour l'opéré que pour son entourage. Ainsi, l'anxiété pré opératoire, concernant purement l'opération, était passée, pour autant les angoisses n'étaient pas nulles. En effet, la peur de

⁴ I.A.D.E. : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.

⁵ C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire.

complications post opératoires apparaissait (d'ordre cardiaque, infectieuse ou autre), tout comme la crainte de la confirmation d'un diagnostic de cancer par exemple.

Fort d'une expérience intéressante de cinq années en services de soins, ce n'est pas sans un petit pincement au cœur que j'ai décidé de me remettre en cause professionnellement en entreprenant ces études d'I.A.D.E., même si ceci représente une suite logique dans ma carrière puisque je la désirais depuis longtemps. Mes études m'ont alors confirmé que combattre le stress préopératoire devait être une priorité quotidienne, et n'était pas incompatible du tout avec ma future fonction d'I.A.D.E. J'ai donc décidé d'approfondir ce thème, en ayant en tête l'objectif d'améliorer encore et toujours cette prise en charge afin qu'elle soit profitable à la seule personne qui doit être au centre de tous les intérêts dans un établissement de soins aujourd'hui : le patient. En n'omettant jamais qu'un jour ou l'autre, nous avons été ou nous serons amenés à être celui-ci...

INTRODUCTION

Toute intervention chirurgicale est génératrice de stress chez le futur opéré. On entend fréquemment qu'il n'y a pas de « petite intervention », tout comme il n'y a pas de « petite anesthésie ».

En effet, d'après Lutgen « *L'intervention chirurgicale représente un moment important pour l'histoire individuelle. La peur de la mort, la crainte de la douleur, l'inquiétude liée à l'amputation ou à la mutilation existe presque toujours. C'est l'expérience contre l'intégrité de la personne* »⁶. Ainsi, on voit que toute opération représente un moment à part dans la vie d'une personne, source d'un inconfort certain représenté par une angoisse souvent bien palpable. Il y a quelques années, dans un précédent travail de recherche, j'avais d'ailleurs essayé de démontrer que les patients arrivaient au bloc opératoire stressés⁷. Par ailleurs, le célèbre Hippocrate, dès l'antiquité, « *recommandait de s'informer de la disposition d'esprit du patient* »⁸ et selon Avicenne (XI^{ème} siècle), le plus grand des médecins persans : « *La santé de l'homme repose sur l'équilibre entre le corps et l'esprit, entre le psychologique et le mental* »⁹. Ces citations démontrent déjà, alors que la médecine de ces époques n'en était qu'à ses prémices, que le patient devait être pris en charge de façon globale et non de façon spécifique. La composante psychologique faisait donc bel et bien partie intégrante du projet de soin.

Or, alors que l'anesthésie a fait des progrès considérables depuis ces débuts au milieu du XIX^{ème} siècle, tant sur le plan sécuritaire que sur le plan de la prise en charge de la douleur postopératoire ou encore de la surveillance per opératoire, avec des monitorages de plus en plus perfectionnés, qu'en est il aujourd'hui de la gestion préopératoire de l'anxiété, et notamment de son versant pharmacologique que l'on nomme couramment prémédication? Quelle est la place de l'I.A.D.E. et son rôle ? On sait que l'anxiété (tout comme la peur) est un des diagnostics infirmiers¹⁰ validés par l'A.F.E.D.I.¹¹.

⁶ LUTGEN I., **Soins en chirurgie**, L'angoisse préopératoire, n°42/43–Août/Septembre 1984, p.39.

⁷ MASSACRIER F., **Le stress de l'intervention chirurgicale**, travail de fin d'études d'infirmier, I.F.S.I. de Montbrison, promotion 1999-2002, 29 p.

⁸ DELOCHE A., GORNY P., **Le guide de l'opéré**, PARIS, Denoel, 1989, p.31.

⁹ Ibid.

¹⁰ A.N.A.D.I., **Diagnostiques infirmiers- Définitions et classification**, Paris, Masson - InterEditions, 1998, p.283.

¹¹ A.F.E.D.I. : Association Francophone Européenne pour le Diagnostic Infirmier.

De plus, d'après l'article R4311-1 du code de la santé publique¹²

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation... ».

L'article R4311-2¹³ stipule que :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...].

(L'infirmier doit :)

- *Concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;*
- *[...] Contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;*
- *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes...*

Enfin, l'article R4311-5¹⁴ met en évidence que

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 :

- *[...] Aide à la prise de médicaments présentés sous forme non injectable ;*
- *Vérification de leur prise ;*
- *Surveillance de leurs effets...*

Pour finir avec les recommandations concernant la profession d'infirmier anesthésiste, le S.N.I.A.¹⁵, en mai 2002, déclare : « *L'infirmier anesthésiste enregistre immédiatement et de manière précise toute information pertinente sur la feuille de suivi du patient* »¹⁶.

Nous comprenons alors que, d'après la réglementation en vigueur régissant notre activité, la prise en charge psychologique du patient fait partie intégrante de notre profession, tout comme l'administration médicamenteuse d'une prémédication préopératoire et de l'évaluation de l'effet obtenu. Autrement dit, il est du devoir et du rôle propre de l'I.A.D.E. de s'impliquer dans cette gestion du stress et de faire remonter les

¹² Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 4^{ème} Partie : Professions de santé, Livre III Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er} Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er} Exercice de la profession, Section 1 Actes professionnels.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ S.N.I.A. : Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes.

¹⁶ S.N.I.A., **Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste**, [en ligne], Mai 2002, [03 Juillet 2007], disponible sur <http://www.snia.net>.

problèmes au M.A.R.¹⁷ afin d'optimiser la prise en charge du patient et faire améliorer les pratiques anesthésiques. Nous sommes, en tant qu'I.A.D.E., sûrement les mieux placés pour évaluer l'efficacité de la prémédication dès l'accueil du patient au bloc opératoire.

Par ailleurs, il n'est plus à démontrer les intérêts d'une anxiolyse satisfaisante pour le futur opéré. Ainsi, « *Le rôle joué par l'anxiété comme facteur aggravant de nombreuses complications postopératoires est connu empiriquement depuis fort longtemps* »¹⁸. D'ailleurs plusieurs études ont démontré son intérêt sur la qualité de l'induction, notamment par une corrélation entre les posologies nécessaires à l'induction anesthésique et le niveau de l'anxiété préopératoire. De même, on sait que, au même titre que la douleur postopératoire, l'incidence des N.V.P.O.¹⁹ augmente chez les patients présentant un degré élevé d'anxiété²⁰. Néanmoins, aujourd'hui, l'objectif consensuel prioritaire admis par tous est le confort du patient²¹. Par exemple, en pédiatrie, « *Si la prémédication chez l'enfant semble être de moins en moins « utile » à l'anesthésiste, compte tenu de l'évolution des anesthésiques, elle apparaît de plus en plus « indispensable » à l'enfant, notamment dans la prévention des troubles du comportement postopératoires* »²². A travers ceci, on voit bien que la prémédication revêt un intérêt primordial, qu'elle est donc la première étape de l'anesthésie, qu'elle fait partie ad integrum de l'approche du patient, qu'elle apparaît de façon systématique dans tous les ouvrages et précis d'anesthésiologie traitant de la phase préopératoire. Aujourd'hui, à priori, elle ne saurait donc être remise en cause.

Pour autant, actuellement, qu'en est il en pratique dans les services de chirurgie ainsi qu'au bloc opératoire ? Mon expérience personnelle en tant que patient m'inciterait à dire subjectivement que la prémédication n'est pas forcément adaptée. Cependant, dans le cadre d'une recherche qui se veut être professionnelle, on ne peut bien évidemment pas se satisfaire d'une réponse de ce type. En effet, il se pourrait très bien que ce soit moi qui ait mal réagi face au stress préopératoire ou que j'ai un seuil d'anxiété

¹⁷ M.A.R. : Médecin Anesthésiste Réanimateur.

¹⁸ FRANCOIS G., **Précis d'anesthésie**, PARIS, Masson, 1981, p.301.

¹⁹ N.V.P.O. : Nausées Vomissements Post Opératoire.

²⁰ BERGEAT A., **Nausées et vomissements postopératoires**, [en ligne], 1996, [20 Février 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

²¹ MAURETTE P., **La prémédication**, [en ligne], DAR 3 CHU BORDEAUX, 5 Avril 2005, [20 Février 2008], cours disponible sur <http://www.reanesth.org>.

²² WODEY E., GUILLOU N., **Prémédication chez l'enfant**, [en ligne], 2001, [20 Février 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

plus bas que le commun des mortels, ce qui, dans ce cas, ne remettrait pas en cause cette thérapeutique médicamenteuse. C'est donc tout naturellement que j'ai décidé, dès le début de ma formation d'I.A.D.E., de faire attention au stress du patient dès son arrivée au bloc opératoire, lieu si mystique et théâtre de tant de fantasmes.

Lors de mon premier stage d'anesthésie, à l'automne 2007, j'ai été frappé par le nombre de prémédications différentes administrées aux patients lors de chirurgies réglées en orthopédie. Il pouvait s'agir de mono-, de bi- ou de trithérapies, associant (ou non) une benzodiazépine avec de l'hydroxyzine, parfois couplé avec de la gabapentine, sans que je comprenne réellement quelle avait été la motivation principale de la prescription, tout ceci étant fonction du M.A.R. vu en consultation d'anesthésie. Ceci était d'autant plus flou que du midazolam et/ou de la kétamine pouvait être administré en salle d'opération quelques instants avant l'induction, sans pour autant être fait à tous les patients. Bien entendu, les effets anxiolytiques étaient extrêmement variables d'un patient à l'autre. L'un d'eux, allongé sur la table d'opération pour subir une arthroscopie et dont l'anxiété était bien palpable dès son arrivée au bloc, me déclara sous le masque du va-et-vient, que les 25 µg de sufentanil et les 200 mg de propofol que le médecin venait de lui administrer ne lui faisait rien ! Cet exemple montre bien que l'évaluation préopératoire de l'anxiété n'a pas été suffisante. Dans ce service, d'ailleurs, la visite pré anesthésique s'effectuait assez souvent au bloc opératoire et non pas la veille au soir. Le stress présent lors de la dernière nuit avant l'intervention chirurgicale était par conséquent mis de côté, alors que l'on sait qu'un pic d'anxiété existe à J-1²³.

Cette situation était elle unique ? J'ai constaté durant mon stage suivant que ceci se produisait aussi ailleurs. J'ai en tête l'exemple d'une jeune patiente devant subir une intervention digestive banale en urgence différée (appendicectomie), et qui est arrivée en pleurs au bloc opératoire non prémédiquée. Le M.A.R. a injecté 1 mg de midazolam sur table avant l'induction, mais il faut le reconnaître, je ne considère pas cette prise en charge comme étant de qualité, d'autant que son réveil fût véritablement explosif (il a fallu être plusieurs pour éviter son auto-extubation) et marqué par la douleur.

Un autre patient, deux jours plus tard, me dit lors de l'interrogatoire de sécurité qu'il n'a rien dormi la nuit précédente, et que, malgré 100mg d'hydroxyzine

²³ BRUDER N., **La prémédication**, [en ligne], DAR Hôpital Nord MARSEILLE, Janvier 2006, [20 Février 2008], cours disponible sur <http://www.reanord.org>.

administré le matin avant de venir, il était encore très anxieux. Il a d'ailleurs refusé une anesthésie générale pour cette raison. Nous avons alors procédé à une rachianesthésie pour sa cure d'hémorroïdes, mais avant cela, 1 mg de diazépam a été nécessaire...

Durant ce second stage, je me suis aussi aperçu que le nombre de patients arrivant au bloc opératoire non prémédiqués (hors contexte d'urgence évidemment) n'était pas négligeable. Par ailleurs, la prémédication sur table n'était pas, là non plus systématique, et consistait en une benzodiazépine, soit midazolam, mais plus souvent diazépam. Tous ces exemples confirment ce qui avait fait l'objet de mon précédent travail de fin d'études, et dans lequel il apparaissait que les patients, malgré une prémédication médicamenteuse à J-1 et à J 0, arrivaient au bloc opératoire stressés.

Par ailleurs, alors que nous sommes actuellement dans une démarche d'accréditation et de qualité des soins dans laquelle la promotion des protocoles uniques, standardisés prévaut, la prémédication peut faire figure d'exception car elle n'est pas uniformisée, le nombre de façons de faire différentes en est la preuve la plus tangible. Une étude rétrospective comprenant 798 comptes-rendus d'interventions a eu lieu de 1998 à 2004 dans le service d'odontologie au Centre Hospitalier Le Vinatier²⁴ à Lyon. Le docteur Bory a pu mettre en évidence une grande hétérogénéité des schémas de prémédication (19 combinaisons de molécules retrouvées, une efficacité excellente retrouvée dans seulement 25 % des cas et une inefficacité dans 5 % des cas) ce qui l'amène à penser que ceci « traduit l'absence de consensus et la pauvreté de la littérature dans ce domaine ».

Justement, qu'en est-il alors dans les publications professionnelles ? Quel est l'intérêt des soignants pour la prémédication ? Le fruit de mes observations a été assez surprenant. En effet, dans les recommandations concernant la période pré anesthésique publié par la S.F.A.R.²⁵, société savante qui fait référence dans notre secteur d'activité, le mot « prémédication » n'est pas employé une seule fois²⁶ ! Il n'y a d'ailleurs pas plus de recommandations pour la pratique clinique, et une seule conférence d'actualisation a été

²⁴ ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE (ADF), **La sédation face aux difficultés de coopération du patient**, [en ligne], 2005, [20 Février 2008], compte rendu disponible sur <http://www.adf.asso.fr>.

²⁵ S.F.A.R. : Société Française d'Anesthésie Réanimation.

²⁶ S.F.A.R., **Les référentiels en Anesthésie Réanimation réunis par la SFAR**, recommandations concernant la période pré anesthésique, Paris, Elsevier, 1997, p. 22 à 25.

publiée concernant la prémédication, toutefois elle n'intéressait que la pédiatrie²⁷. Par conséquent, la prise en charge du stress préopératoire de l'adulte est ignorée. Le mot « prémédication » n'apparaît pas plus dans le moteur de recherche de la bibliothèque de l'école d'infirmiers anesthésistes d'Esquirol à Lyon qu'à la faculté de médecine de Saint Etienne (aucune thèse produite sur ce sujet depuis la création du C.H.U. en 1972). Enfin, à la bibliothèque de médecine de Lyon, deux thèses approchant ce thème ont été produites mais datant de 1986²⁸ et 1987²⁹, ce qui peut les rendre obsolètes aujourd'hui. On s'aperçoit dès lors que nous nous trouvons dans une situation ambivalente. Alors que son utilité est clairement démontrée, comment ce fait-il que des patients arrivent encore au bloc opératoire, à l'heure actuelle non prémédiqués ? La quantité de schémas thérapeutiques différents illustre aussi le fait que cette gestion du stress est gérée de façon empirique et non pas de façon adaptée à chaque patient. Le nombre de prémédications effectuées sur la table d'opération quelques instants avant l'induction anesthésique peut confirmer le fait que l'anxiolyse préopératoire n'a pas été satisfaisante, que le premier objectif dans notre prise en charge n'a pas été atteint, ou tout du moins, pas suffisamment. Alors qu'il y a des protocoles intra hospitaliers de plus en plus nombreux, notamment sur la gestion péri opératoire de la douleur ou encore concernant les antibiothérapies, la prise en charge du stress préopératoire fait aujourd'hui figure de parent pauvre dans le domaine anesthésique. Alors que cette prémédication anxiolytique préopératoire a démontré de nombreux intérêts, notamment chez l'enfant, pourquoi n'est elle pas considérée à sa juste valeur ? Fait elle partie des objectifs des soignants ? Une anxiolyse de qualité est elle une priorité dans la prise en charge de la personne soignée ?

²⁷ WODEY E., GUILLOU N., Op. Cit. p. 10.

²⁸ DUPERRET S., **Prémédication préopératoire : voie orale versus voie intramusculaire : 398 cas en chirurgie gynécologique et obstétricale**, thèse médicale, Hospices Civils de Lyon, 1986, 144 pages.

²⁹ VALLS C., **La prémédication anxiolytique : enquête auprès de 116 praticiens**, thèse médicale, Hospices Civils de Lyon, 1987, 110 pages.

Cet ensemble de faits circonstanciés dirige à présent ma réflexion sur la question suivante :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

Dès lors, plusieurs hypothèses me viennent à l'esprit pour tenter de répondre à cette question de recherche concernant la prémédication.

La première consisterait en un manque d'intérêt et/ou de motivation et/ou de connaissances de la part des professionnels de santé : M.A.R., I.A.D.E., I.D.E.

La seconde pourrait être que, du fait de contraintes organisationnelles, elle n'est pas distribuée au moment opportun.

La troisième pourrait être que la prémédication n'est pas adaptée au patient, qu'elle n'est pas prescrite au cas par cas.

La quatrième consisterait au fait qu'il n'existe actuellement aucun consensus de société savante imposant un schéma thérapeutique.

Les deux dernières hypothèses étant d'ordre médical, donc du domaine de la prescription, je ne les traiterai pas car je ne peux pas me substituer au médecin dans l'établissement d'un protocole d'anesthésie incluant la prémédication. Par conséquent, les deux premières pourraient être explorées dans ce travail de recherche. Néanmoins, par désir de rigueur et par manque de temps, je ne me consacrerai qu'à la vérification d'une seule hypothèse : la seconde, c'est-à-dire celle concernant l'organisation préopératoire. C'est mon vécu en tant que personne soignée qui m'incite à faire ce choix.

Tout d'abord, dans une première partie, le cadre conceptuel apportera des notions concernant le stress et l'anxiété ainsi que la qualité des soins, puis l'organisation anesthésique préopératoire avant de s'intéresser à la prémédication anxiolytique. Puis, dans une seconde partie, nous procéderons à une enquête dont les résultats seront analysés, au final, dans une troisième partie et nous permettront d'infirmier ou de confirmer la véracité de l'hypothèse de départ, à savoir que :

Du fait de contraintes organisationnelles, la prémédication anxiolytique n'est pas distribuée au moment opportun.

**1. GESTION QUALITATIVE DU STRESS
PREOPERATOIRE PAR L'EQUIPE
D'ANESTHESIE :
APPROCHE THEORIQUE**

Préambule

La prémédication anxiolytique est connue depuis longtemps, tout comme ces effets positifs. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle est utilisée de nos jours. Pourtant, d'après mes premières observations, il m'est apparu un certain nombre de dysfonctionnements, j'ai naturellement décidé d'axer mon travail d'intérêt professionnel sur cette pratique. Nous allons donc, dès à présent, nous intéresser aux différents thèmes soulevés dans ma question de départ ainsi que dans l'hypothèse retenue.

Ainsi, cet apport théorique concernant ce travail d'intérêt professionnel sera orienté en trois chapitres. Le premier concernera les « fondations » de ce document. Autrement dit, il explicitera les deux concepts principaux qui découlent de la question que j'ai initialement formulée, c'est à dire les notions de stress et de qualité. D'ailleurs, il me paraît inconcevable de parler de prémédication anxiolytique tout au long de ce document sans aborder le terme de « stress », bien qu'il ne soit à aucun moment formulé dans la question de départ ou dans l'hypothèse émise. Le second chapitre, quant à lui, sera ciblé sur l'organisation anesthésique préopératoire et les stratégies mises en œuvre pour combattre le stress du patient avant une intervention chirurgicale. Enfin, nous clôturerons cette première partie par un dernier chapitre qui aura pour objectif d'atteindre le cœur du sujet de ce travail, c'est-à-dire la prise en charge du stress préopératoire par l'intermédiaire d'un moyen pharmacologique : la prémédication anxiolytique.

1.1. Deux concepts fondamentaux : Stress et Qualité

1.1.1. Introduction

Une intervention chirurgicale est bien souvent reconnue comme étant un moment que chacun appréhende, ceci nous renvoie donc à la notion de « stress ». Par ailleurs, le souvenir de cette période d'hospitalisation si particulière peut parfois rester désagréable, c'est la raison pour laquelle, afin de remédier à cela, une recherche perpétuelle d'amélioration des soins conduit à la notion de « qualité ». On s'aperçoit donc que ces deux mots clés forment la base de cette première partie, et sont sous entendus dans ma question de départ. C'est fort logiquement que nous allons nous intéresser, l'un après l'autre, à ces deux termes.

Dans un premier temps, après avoir défini et vu les différents stress, nous allons faire en sorte de comprendre ces rouages ainsi que les répercussions physiques qu'il engendre, puis nous en apercevrons les causes principales et les conséquences occasionnées envers l'anesthésie.

Dans un second temps, nous définirons et réaliserons un historique de la qualité et de sa réglementation, puis nous verrons quels sont les moyens mis en œuvre pour répondre, finalement, aux critères exigés dans notre discipline.

1.1.2. Le Stress

1.1.2.1 Stress, Anxiété, Angoisse, Peur : définitions

Stress : Il s'agit d'une « Réaction de l'organisme à une agression, un choc physique ou nerveux. Situation de tension pour l'organisme »³⁰. Pour le dictionnaire Larousse, « c'est l'ensemble des perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme ».

³⁰ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, dictionnaire, Paris, édition du club France loisirs, 2000.
Florian Massacrier
Ecole IADE Lyon
Promotion 2007-2009

Anxiété : C'est un « *Etat d'angoisse (considéré surtout dans son aspect psychique)* »³¹. Pour le neuropsychologue Dian Baev, « *L'anxiété est souvent décrite comme une peur sans objet apparent légitime* »³², alors que Catherine Coulon-Strumeyer précise un peu plus en déclarant que « *c'est un sentiment pénible d'attente, un affect douloureux qui évoque une menace ou un danger pourtant absent (...) L'anxiété comporte un versant psychique : le sujet se sent mal à l'aise en situation d'alarme, guettant un danger, inhibé dans ses activités. Elle comporte aussi un versant physique avec tout un cortège de signes somatiques.* »³³.

Angoisse : « *Elle est diagnostiquée lorsque l'anxiété est forte et qu'elle comporte en plus une participation somatique importante* »³⁴. C'est un « *Malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger* »³⁵.

Peur : « *Emotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace. [C'est] Un phénomène psychologique et physique qui accompagne la prise de conscience d'un danger. Ce danger, plus ou moins menaçant, peut être présent et visible ; il peut être suggéré par certains indices, il peut être imaginé ou représenté dans l'esprit. La peur, phénomène douloureux et actif, est le plus souvent consciente, amenant des réactions motrices et physiologiques, ainsi qu'une stratégie de réponse plus ou moins adaptée : fuite, combat, immobilité, dissimulation...* »³⁶.

Dès lors, on s'aperçoit, grâce à ces définitions, que les termes d' « angoisse » et « peur » sont les plus forts et les moins adaptés à ce travail car ils renvoient à l'image du danger. Or, l'anesthésie et la chirurgie ne doivent pas en représenter un pour la personne soignée, en témoigne le serment d'Hippocrate : « *... j'écarterai (...) tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible...* »³⁷. Par ailleurs, on s'aperçoit que les mots « stress »

³¹ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

³² BAEV D., **Inter bloc**, L'anxiété préopératoire en chirurgie, Tome XXIII, n°1, Mars 2004, p.38.

³³ COULON-STRUMEYER C., DEBRAY Q., **Soins**, Anxiété, peur, angoisse..., n°627, Juillet/Août 1998, p.17.

³⁴ Ibid.

³⁵ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

³⁶ COULON-STRUMEYER C., DEBRAY Q., Op. Cit., p.19.

³⁷ COLLECTIF, **Serment d'Hippocrate**, traduction attribuée à Emile Littré (1819-1861), [en ligne], [01 Juillet 2008], information disponible sur <http://fr.wikipedia.org>.

et « anxiété » sont synonymes. J'utiliserai indifféremment ces deux termes tout au long de cet ouvrage.

1.1.2.2. Les différents stress

Le stress peut être bénéfique ou destructeur selon la personne, cela dépendra de son profil psychologique, il est donc normal de différencier le distress (stress négatif) de l'eustress (stress positif).

Le premier se traduit par une réaction inadaptée ou une absence de réaction face à une situation donnée. Il s'installe bien souvent de manière chronique et cause, à terme, des maladies psychosomatiques.

Le second correspond plutôt à une réaction adaptée, non excessive, sans effort particulier face à cette même situation. Le trac de l'artiste ou du sportif avant une grande compétition en sont des exemples. L'eustress joue alors un rôle dans la concentration et la mobilisation des ressources, c'est un stimulant. Hans Selye, le célèbre endocrinologue canadien d'origine austro-hongroise, pionnier des études sur le stress et inventeur de ce mot à la fin des années 30, déclare d'ailleurs que « *ce qui est important n'est pas ce qui arrive mais la manière dont on le prend* ». Il va même encore plus loin en prônant les bienfaits d'un stress positif : « *Un niveau d'anxiété modéré avant une intervention chirurgicale est le meilleur gage de bon rétablissement physique et émotionnel post opératoire, parce qu'il provoque chez l'individu un travail d'inquiétude constructive* »³⁸.

L'équipe d'anesthésie peut donc avoir comme objectif d'abaisser le stress du patient et/ou de le transformer en eustress. Ainsi, « *l'infirmier anesthésiste accueille le patient à son arrivée au bloc opératoire ou en site d'investigation. Il lui permet d'exprimer ses besoins fondamentaux. Il l'informe sur ses actions. Il répond à ses interrogations et favorise une moindre angoisse. Il veille au confort physique et psychologique du patient* »³⁹.

³⁸ SELYE H., **Le stress de la vie**, Paris, Gallimard, 1975.

³⁹ S.N.I.A., Op. Cit. p. 9.

1.1.2.3. Les mécanismes du stress

Un ensemble complexe de réactions neurologiques et hormonales est mis en œuvre lors de chaque situation stressante, impliquant différentes structures du cerveau (hypothalamus, hypophyse...) associé aux glandes surrénales. Ainsi, Laborit⁴⁰ affirme que l'anxiété est corrélée à l'activation des systèmes adrénosympathique et hypophysosurrénalien. Celle-ci va se dérouler en trois temps différents, avec des possibilités de rétrocontrôle négatifs⁴¹ :

-Le premier temps est une phase d'alarme. Le cerveau, soumis à un stress, stimule l'hypothalamus. Ce dernier est responsable d'une double activation (périphérique via le S.N.A.⁴² sympathique, et centrale par l'intermédiaire du locus coeruleus) des neurotransmetteurs adrénergiques : adrénaline, noradrénaline.

-Le second temps est une phase de résistance. Si la situation stressante se poursuit, le système endocrinien prend le relais. Il est essentiellement représenté par l'axe hypothalamo-hypophysaire complété par la corticosurrénale. Le cerveau stimule l'hypothalamus. Celui-ci sécrètera du C.R.F.⁴³, facteur stimulant l'hypophyse qui sécrètera à son tour de l'A.C.T.H.⁴⁴.

Cette dernière activera la sécrétion de glucocorticoïdes, notamment du cortisol, par la corticosurrénale.

-Le troisième temps correspond à un rétrocontrôle négatif, ou à une phase d'épuisement. En effet, le stock énergétique endogène de l'organisme n'est pas inépuisable. Par conséquent, pour le renouveler, les effets physiologiques neuroendocriniens du stress doivent s'arrêter. Ainsi, le cortisol circulant empêchera la synthèse du C.R.F. et de l'A.C.T.H. en influant négativement l'axe hypothalamo-hypophysaire. Par ailleurs, l'A.C.T.H. circulant, le cortex préfrontal et l'hippocampe inhibent aussi la sécrétion du C.R.F. au niveau hypothalamique.

⁴⁰ LABORIT H., **La légende des comportements**, Paris, Flammarion, 1994, 318 pages.

⁴¹ MARC J.F., **Physiologie du stress**, [en ligne], 01 Septembre 2007, [01 Juillet 2008], cours disponible sur <http://www.labrha.com>.

⁴² S.N.A. : Système Nerveux Autonome.

⁴³ C.R.F.: Cortico Releasing Factor.

⁴⁴ A.C.T.H.: Adréno Cortico Tropic Hormone.

1.1.2.4. La symptomatologie du stress

Le stress s'illustre par de nombreux signes qui s'expriment souvent simultanément, formant ainsi un vrai tableau clinique. Il me semble important de savoir les reconnaître pour les déceler au plus tôt afin de pouvoir prendre en charge l'anxiété du patient le plus précocement possible. On classera ces symptômes en deux catégories⁴⁵.

La première concerne les signes psychiques : le patient se sent mal à l'aise, oppressé, en situation d'alarme. Il présentera volontiers des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, des difficultés à se détendre, des troubles du sommeil, de la fatigue. Il aura du mal à s'exprimer car il bégaiera, bredouillera, montrera des hésitations, ou pleurera. Ceci pourra être complété par de l'agressivité, un désir de fuite, des caprices. Un autre type d'attitude peut aussi exister et se caractériser par un état de pseudo euphorie masquant une réelle anxiété. Le patient se montrera alors faussement décontracté, il sera volontiers logorrhéique, désinvolte jusqu'à être indifférent, il aura le besoin continu de bouger.

La seconde concerne les signes somatiques. Comme on l'a vu précédemment, il existe une réponse adrénergique se manifestant par des signes cardiaques : une tachycardie, une hypertension artérielle passagère, des extrasystoles supraventriculaires. Par ailleurs, il existe des signes cliniques extra cardiaques évocateurs de stress comme, par exemple, des signes neurologiques à type de céphalées, une mydriase, un abaissement de la résistance électrique de la peau (réflexe psychogalvanique)⁴⁶, des tremblements, des paresthésies, un étourdissement ou des vertiges. Une répercussion respiratoire peut exister et occasionner des dyspnées : les patients auront l'impression d'avoir le souffle court, une oppression thoracique ou une douleur dans la gorge. Sur le plan digestif on objectivera des douleurs abdominales à type de crampes ou de brûlures à l'estomac, des nausées, une diarrhée. Enfin, sur le plan musculo-cutané, apparaîtront des tensions musculaires au niveau de la nuque, du cou ou du dos, un visage tendu avec des mâchoires serrées, un front crispé ou encore une sudation importante.

⁴⁵ COULON-STRUMEYER C., DEBRAY Q., Op. Cit. p. 19.

⁴⁶ BAEV D., **Inter bloc**, L'anxiété préopératoire en chirurgie, Tome XXIII, n°1, mars 2004, p.39.

1.1.2.5. Les facteurs de stress périopératoire

Les angoisses des patients en préopératoire ont été décrites de diverses manières dans la littérature médicale ou non médicale. Le docteur Millat⁴⁷ nous en fait un beau résumé : « *Le patient qui doit avoir, subir, souffrir une opération, assume physiquement et psychiquement l'angoisse d'un danger imminent et annoncé (la consultation et l'indication opératoire), la perspective d'une dépendance totale (l'opération et l'anesthésie), la fatalité ou la nécessité de la souffrance postopératoire, le poids d'une vérité diagnostique incontournable (découvertes opératoires, examens histologiques), l'incertitude du résultat (handicap, séquelles), toutes étapes obligées vers un bénéfice attendu* ».

Par ailleurs, la publication de Shevde et al.⁴⁸ met en évidence que les préoccupations majeures des patients concernent notamment le professionnalisme de l'anesthésiste, son expérience et sa présence au bloc opératoire, la douleur et sa prise en charge post opératoire, la peur de ne pas se réveiller ou de se réveiller paralysé.

De plus, une autre étude comprenant 700 patients, publiée par Moores et al.⁴⁹ pointe d'autres interrogations envers la période périopératoire : Combien de temps va durer l'intervention chirurgicale ? En combien de temps vais-je récupérer ? Est-ce que je vais dormir ? Est-ce que je serai malade après l'intervention ? Est-ce que c'est risqué ?

On s'aperçoit donc, à travers ceci, que les facteurs de stress périopératoire sont nombreux et peuvent être :

-D'origine chirurgicale, représentées par la peur du diagnostic (cancer ou récidives), de l'échec (complications postopératoire de tous ordres), de l'atteinte à l'intégrité physique (modification du schéma corporel lors de stomies, mastectomies ou amputations...), du risque de séquelles ou handicaps, d'erreurs (de côté, compresses oubliées...).

⁴⁷ MILLAT B., La dimension psychologique en chirurgie, in FERRAGUTE., COLSON P., **La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation**, Paris, Masson, 1996, p.21-31.

⁴⁸ SHEVDE K., PANAGOPOULOS G., **Anesthesia Analgesia**, A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia, Volume 73, 1991, p. 190 à 198.

⁴⁹ MOORES A., PACE N.A., **Anaesthesia**, The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia, Volume 58, Issue 7, 2003, p. 703 à 706.

-D'origine anesthésique, marquées par la peur de ne pas se réveiller (qui est la crainte principale des patients)⁵⁰, du réveil peropératoire, associé ou non à une mémorisation (ce qui correspond à la peur de ne pas dormir)⁵¹, la peur de la douleur, de N.V.P.O. ou de troubles cognitifs à la levée de l'anesthésie par exemple⁵².

On pourrait ajouter à tout cela des facteurs environnementaux : le bloc opératoire en lui-même (symbole possible de souffrance ou de mort), l'absence d'information, l'attente (dans la chambre ou pire, au sein même du bloc opératoire)⁵³ ainsi que l'anonymat de l'équipe chirurgicale (cachés derrière le masque et le calot).

Pour finir, Delphine Biry souligne dans son travail d'intérêt professionnel que « *Le patient connaît son chirurgien, le choisit même parfois (...). En revanche, ce n'est pas toujours le même anesthésiste que celui qu'il a vu en consultation ou la veille, il ne connaît pas les brancardiers, les I.A.D.E.S., les I.B.O.D.E.S...* »⁵⁴ et que ceci pourrait aussi être vecteur de stress...

1.1.2.6. Les interactions du stress envers l'anesthésie

De nombreuses publications ont démontrés les effets néfastes du stress pour la conduite de l'anesthésie ainsi que pour la période postopératoire. Effectivement, l'anxiété préopératoire modifie le niveau de douleur aigüe postopératoire en abaissant le seuil de nociception, ce qui aura pour conséquence une augmentation de la consommation d'antalgiques, aussi bien en termes de posologie que de fréquence d'administration⁵⁵.

⁵⁰ ROYSTON D., COX F., **Lancet**, Anaesthesia: the patient's point of view, Volume 362, Number 9396, 2003, p. 1648 à 1658.

⁵¹ MYLES P.S., WILLIAMS D.L., HENDRATA M., ANDERSON H., WEEKS A.M., **British Journal of Anaesthesia**, Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients, Volume 84, Issue 1, 2000, p. 6 à 10.

⁵² ALFONSI P., SCHAACK E., **L'attente des opérés**, [en ligne], 14 Février 2008, [05 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

⁵³ LLEU J.C., HAMM P., HARTMANN G., JOUFFROY L., LLEU J., LUPESCU R., PAIN L., **Le confort de l'opéré**, [en ligne], 14 Février 2008, [05 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

⁵⁴ BIRY D., **Infirmier anesthésiste : ce technicien a-t-il le sens du relationnel ?**, travail d'intérêt professionnel, A.P. H.P., 2005–2007, p. 25-26.

⁵⁵ LANDAIS A., Préparation psychologique à l'intervention, in **Cours IADE volume 3 techniques anesthésiques et prise en charge du patient**, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, p.15.

L'augmentation des doses d'analgésiques pourra même devenir iatrogène pour le patient car les effets secondaires propres à ces produits seront alors majorés (nausées, vomissements, céphalées).

De plus, le stress préopératoire modifie également les besoins peropératoires des différents produits composant l'anesthésie : morphiniques, hypnotiques, curares. D'ailleurs, Inna Maranets et al démontrent que les posologies d'induction sont corrélées au niveau d'anxiété⁵⁶. Le patient stressé est donc plus résistant aux produits anesthésiques et plus sensible à la douleur.

Enfin, le stress préopératoire et la douleur post opératoire (qui sera majorée par l'anxiété préexistante) sont des facteurs favorisant de N.V.P.O⁵⁷.

Après avoir vu les différentes caractéristiques du stress, on s'aperçoit clairement qu'il peut être une composante néfaste de l'environnement anesthésique périopératoire, que cette anxiété est à prendre en compte et à traiter. Dès lors, la réduction de celle-ci chez le futur opéré semble être un enjeu important afin d'obtenir une prise en charge de qualité. C'est la raison pour laquelle nous allons nous intéresser maintenant à ce concept, radicalement incompatible à celui du stress.

⁵⁶ MARANETS I., KAIN Z.N., **Anesthesia Analgesia**, Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements, Volume 89, 1999, p. 1346 à 1351.

⁵⁷ QUINN A.C., BROWN J.H., WALLACE P.G., **Anaesthesia**, Studies in postoperative sequelae. Nausea and vomiting - still a problem, Volume 49, 1994, p. 62 à 65.

1.1.3. La qualité

1.1.3.1. Définitions

Le mot « qualité » est de plus en plus utilisé dans le monde commercial, et commence même à devenir incontournable dans le secteur des services, y compris le microcosme hospitalier.

Le terme de qualité provient, à l'origine, du latin *qualitas* : « manière d'être », « nature (d'une chose) », formé sur l'adjectif *qualis* : « tel », « quel », « tel quel ». Ethymologiquement, la « qualité » est l'état de ce qui est « comme ça ».

De nos jours, ce mot peut se définir de la façon suivante : « *Manière d'être non mesurable (d'une chose) qui donne une valeur plus ou moins grande (s'oppose à quantité)* »⁵⁸. Dans un domaine d'activité, il s'agit d'un niveau de finition ou de perfection d'exécution d'une action ou d'un produit. On la considère comme étant la capacité à atteindre les objectifs opérationnels visés.

La définition empruntée à l'I.S.O.⁵⁹, adaptable au milieu hospitalier, correspond à « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* », alors que la norme I.S.O. 9000 : 2000 qualifie la qualité comme étant « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* ».

Le concept de qualité implique une relativité à des critères, notamment d'usage, et une gradation de valeurs. Elle s'oppose, par définition, au défaut qui représente « *une imperfection, une insuffisance dans une activité* »⁶⁰.

⁵⁸ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p. 18.

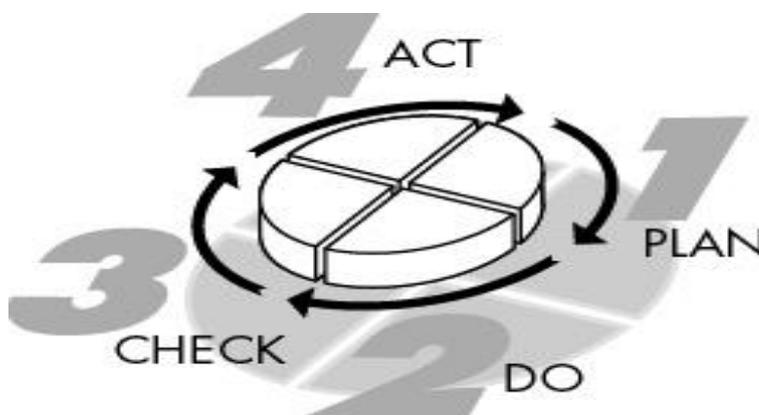
⁵⁹ I.S.O. : International Organisation for Standardisation.

⁶⁰ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p. 18.

1.1.3.2. Historique de la qualité hospitalière et législation

Tout comme les autres systèmes de production, l'univers hospitalier doit aujourd'hui répondre aux impératifs de qualité.

Le vif intérêt pour l'amélioration de cette dernière est né lors de la révolution industrielle, qui a coïncidé au recul de l'artisanat. Ainsi, lors du siècle dernier, un essor de la concurrence dans le secteur industriel a eu lieu, ce qui a provoqué une recherche accrue d'attractivité dont l'amélioration de la qualité était une des cibles prioritaires. Cet objectif louable, William Edwards Deming, au cours des années 50, l'a popularisé en évoquant le principe P.D.C.A. (Plan-Do-Check-Act : Planifier, Faire, Evaluer, Améliorer), qu'il a schématisé par une roue à quatre compartiments⁶¹ :



Graphique 1

- ✓ Plan (Planifier, 1^{er} cadran) : On choisit le thème, on définit l'objectif et on formalise l'organisation.
- ✓ Do (Faire, 2^{ème} cadran) : On met en œuvre le processus ou la prise en charge.
- ✓ Check (Evaluer, 3^{ème} cadran) : On analyse la pratique et on interprète les résultats obtenus.
- ✓ Act (Améliorer, 4^{ème} cadran) : On recherche les améliorations à apporter et on les met en œuvre.

⁶¹ BALLY B., CABARROT P., CHABOT J.M., **Evaluation des pratiques professionnelles en anesthésie-réanimation**, [en ligne], 2007, [10 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

Cette roue représente bien le processus dans lequel doit s'inscrire tout projet visant une amélioration des pratiques professionnelles. Par conséquent, la satisfaction, la confiance et la fidélité du client sont devenues des objectifs à atteindre absolument pour toute entreprise voulant subsister⁶², ceci devant aussi s'appliquer, de nos jours, à toute structure hospitalière.

Pour autant, durant de nombreuses années, la qualité au sein d'un établissement de soins n'était considérée que sur des critères techniques, préétablis par les professionnels de santé, sans tenir compte des desiderata des patients. Or, la donne a changé sous le poids de multiples influences : pression au travers d'associations d'usagers, de collectifs de patients... mais aussi celle exercée par les pouvoirs publics, qui se traduit par une réglementation évoluant depuis le début des années 90 et s'inscrivant parfaitement dans cette quête d'amélioration continue du processus de soins⁶³.

La **loi hospitalière du 31 juillet 1991** prône une « *politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins...* »⁶⁴ dont le but est une amélioration de la qualité des soins.

Par ailleurs, le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, intégré au **code de la santé publique**⁶⁵ par le décret du 29 juillet 2004, insiste sur l'utilisation de protocoles (**articles R4311-2, R4311-3 et R4311-8**: protocoles relevant du rôle propre et sur prescription, **article R4311-14** concernant les protocoles d'urgence).

Deux ans plus tard, la **circulaire du 6 mai 1995** relative aux droits des patients hospitalisés vient conforter cette idée d'amélioration continue de la prise en charge de la personne soignée par l'intermédiaire de la charte du patient hospitalisé⁶⁶. Celle-ci considère cette dernière comme un acteur majeur des soins, sa satisfaction doit

⁶² BLACHE J.L., SANNINI A., **Démarche qualité et organisation du bloc opératoire**, [en ligne], 2001, [10 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

⁶³ REYNAERT D., LOIRAT P., Démarche qualité et accréditation en réanimation, in ARVIEUX C.C., LEHOT J.J., **Infirmier(e) en réanimation, soins intensifs et urgences**, Paris, Editions Eska, 2001, p.341-342.

⁶⁴ Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. n° 179 du 02 Août 1991, p. 10255.

⁶⁵ Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 4^{ème} Partie, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er}: Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er}: Exercice de la profession, Section 1 : Actes professionnels.

⁶⁶ Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 06 Mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

être recherchée. Tout ceci s'est concrétisé par l'intermédiaire des **ordonnances d'avril 1996**, accordant une place plus importante aux droits des patients, à l'expression de la satisfaction et à l'implication des personnes⁶⁷. De plus, elles exigent la procédure d'accréditation des établissements de santé dont les axes prioritaires sont l'amélioration des bonnes pratiques professionnelles, des processus de soins et la diminution des dysfonctionnements.

Pour finir, la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ne fait que refléter les demandes accrues des patients en termes d'information et de qualités des soins⁶⁸.

Dès lors, on se rend bien compte que la mentalité des soignants a fait un bond en avant ces dernières années. Elle est passée d'un modèle patriarcal, où les soignants imposaient aux patients leurs savoirs et leurs techniques sans réelle recherche d'implication de leur part, à un modèle où la personne soignée est intégrée au processus décisionnel thérapeutique. Ceci est un gage de confiance mutuel et, en pratique, procure une amélioration qualitative de sa prise en charge.

On s'aperçoit donc que l'on tend vers une rationalisation et une uniformisation des pratiques. L'importance prise, de nos jours, par les protocoles (et réalisés grâce à la roue de Deming) en est un bel exemple. Au final, ceci a pour but de satisfaire une logique économique mais aussi d'assurer des soins de qualité.

1.1.3.3. Moyens d'évaluation de la qualité des soins

Les personnels soignants ont un objectif continu qui consiste en l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins délivrés aux patients et, comme on l'a vu précédemment, ceci a même endossé un cadre juridique dans lequel la qualité est maintenant devenue un enjeu important. Cela est d'autant plus vrai que parallèlement, les

⁶⁷ Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. n° 98 du 25 Avril 1996, p. 6324.

⁶⁸ Loi n°2002-303 du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O. n° 54 du 05 Mars 2002, p. 4118.

requêtes des patients vont crescendo, c'est la raison pour laquelle, à l'instar des autres secteurs d'activité, le domaine de la santé ne peut se mettre en marge de ce mouvement.

Mais, pour cela, il faut pouvoir évaluer la prestation effectuée à l'hôpital. L'accréditation, renommée certification depuis le 13 août 2004⁶⁹, « ...*par exemple, a pour objectif d'évaluer et de promouvoir la mise en place de démarches d'amélioration continue de la qualité. C'est en effet ce concept qui paraît le plus adapté aux établissements de santé* »⁷⁰. Cette démarche doit associer l'ensemble des professionnels intervenants auprès des patients, tout en prenant en considération les besoins et les attentes des usagers, afin d'obtenir une dynamique de progression continue. Elle concerne la prise en charge du patient dans sa globalité, elle signe l'engagement d'un établissement de santé dans une démarche de recherche de qualité et de satisfaction des patients ainsi que de sécurité des soins.

Par ailleurs, nous avons à notre disposition d'autres moyens d'évaluation. La charte de la personne hospitalisée, dont les principes généraux sont regroupés sur une affiche visible dans chaque établissement de soin, en est un exemple⁷¹. En effet, elle énumère onze items qui doivent être respectés par les soignants et garantissent la qualité des soins apportés aux patients.

Enfin, la qualité doit être une vision collective, l'ensemble des acteurs de soins doit se sentir impliqué par cette démarche. En effet, les conférences d'experts, les conférences de consensus, les recommandations pour la pratique clinique (guidelines), les référentiels ou les protocoles de soins sont différentes catégories de textes consultables, ils peuvent servir de référence pour notre pratique quotidienne⁷². Ainsi, l'utilisation et l'interprétation de ces textes nous permettent d'évaluer de façon critique la qualité des soins dispensés aux patients. En outre, ils ont pour objectifs ultimes de faire évoluer les connaissances et les comportements individuels ce qui aboutit, in fine, à une amélioration qualitative de la prise en charge hospitalière.

⁶⁹ DE OLIVEIRA M., **Gestion des risques en anesthésie**, Ecole I.A.D.E. Lyon, cours magistral, 13 Octobre 2008.

⁷⁰ REYNAERT D., LOIRAT P., Op. Cit. p. 28.

⁷¹ Annexe I.

⁷² RAFFERMI B., PHILIP F., **Recommandations, procédures, protocoles, fiches techniques**, [en ligne], 2002, [14 Juillet 2008], communication infirmière disponible sur <http://www.jepu.net>.

1.1.3.4. Critères de qualité en anesthésie

La recherche de critères de qualité en anesthésie sous entend d'évaluer les attentes de deux catégories de personnes concernées par cette activité : l'équipe d'anesthésie elle-même et le patient. Mais sont elles les mêmes ?

Concernant le personnel soignant, un des objectifs essentiels de la prise en charge est d'abord l'éviction d'accidents graves, dont l'absence de morbi-mortalité périopératoire en est le principal reflet. En effet, l'anesthésie générale n'apportant aucun bénéfice thérapeutique par elle-même, il nous revient de droit de ne pas être iatrogène vis-à-vis du patient. Ainsi, « *le développement de nouveaux agents anesthésiques de cinétique rapide et fugace conférant une bonne stabilité hémodynamique, l'amélioration des techniques de monitoring et les recommandations de la S.F.A.R. relayée par le législateur ont permis de faire progresser considérablement la qualité et la sécurité en matière d'anesthésie* »⁷³.

Pour autant, limiter notre ambition de qualité à l'éradication de complications devenues rares peut sembler un peu réducteur, c'est la raison pour laquelle l'objectif de tendre vers l'excellence fait son apparition depuis quelques années. Mais pour cela, il faut être capable d'apporter une véritable valeur ajoutée à notre prise en charge. Par exemple, « *l'optimisation du traitement de la douleur, la réduction de l'anxiété préopératoire, la satisfaction des patients sont des éléments positifs de la qualité des soins* »⁷⁴. On peut ajouter à cela d'autres critères tels que les délais d'attente au bloc opératoire, le caractère complet du dossier d'anesthésie, une stratégie d'analgésie prédéterminée, un protocole thérapeutique conforme aux diverses conférences de consensus⁷⁵...

Mais qu'en est il des attentes du patient, qui « *souhaite devenir de plus en plus un acteur participant aux décisions thérapeutiques et au choix de la filière de*

⁷³ MANTZ J., LEPORT Y., GUELLEC V., **Optimisation de la récupération après anesthésie générale**, [en ligne], 2003, [14 Juillet 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

⁷⁴ MARTY J., **Intérêt et mise en place d'un programme d'assurance qualité en anesthésie**, [en ligne], 2000, [14 Juillet 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

⁷⁵ Ibid.

soins »⁷⁶ ? Quelle est la satisfaction de celui-ci envers l'anesthésie ? Cohen et al ont montré que la recherche classique des complications ignore, dans une grande majorité des cas, les préoccupations des patients et, par extension, leur satisfaction⁷⁷. Pour Donald Berwick, spécialiste reconnu de la qualité en santé, informer et tenir compte des desiderata du patient est un des objectifs prioritaires à atteindre⁷⁸. Ainsi, l'information sur ce qui les attend et sur les techniques envisagées contribue à les familiariser avec leur avenir proche et souvent à les détendre⁷⁹. Par ailleurs, la distribution d'une feuille d'information délivrée lors de la consultation d'anesthésie permet d'améliorer la satisfaction de la personne soignée⁸⁰. Au passage, on s'aperçoit que les patients les plus satisfaits sont les sujets âgés, masculins, ayant un A.S.A.⁸¹ supérieur à 2 et devant subir une intervention pour chirurgie mineure ou ambulatoire⁸².

Au final, on voit que la recherche de la qualité et de la satisfaction du futur opéré ne doit pas s'apparenter à un luxe, bien au contraire. Effectivement, l'objectif prioritaire reste, à travers ces nombreux critères, de recevoir au bloc opératoire un patient calme, détendu, confiant et ayant une normalité neurovégétative.

⁷⁶ BRUDER N., AUQUIER P., **Prévention des effets indésirables de l'anesthésie : critères de satisfaction de l'opéré ?**, [en ligne], 2006, [23 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

⁷⁷ COHEN M.M., DUNCAN P.G., POPE W.D., BIEHL D., TWEED W.A., Mc WILLIAM L., MERCHANT R.N., **Canadian Journal of Anesthesia**, The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: II. Can outcomes be used to assess the quality of anaesthesia care? Volume 39, Issue 5, 1992, p. 430 à 439.

⁷⁸ BERWICK D.M., **Annals of Internal Medicine**, My right knee, Volume 142, Issue 2, 2005, p. 121 à 125.

⁷⁹ ROUSSAT M.O., FERBER C., MARIANI P., SICARD J.F., CLERGUE F., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Evaluation de la qualité des soins en anesthésiologie. Le point de vue du patient : résultats d'une enquête de satisfaction, Volume 14, Supplément 3, 1995, p. R223.

⁸⁰ ALBALADEJO P., MANN C., MOINE P., RIBEYROLLES D., BERNARD I., VIVIEN A., HAIT A., SAMII K., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Impact of an information booklet on patient satisfaction in anesthesia, Volume 19, Issue 4, 2000, p. 242 à 248.

⁸¹ A.S.A.: American Society of Anesthesiologists.

⁸² PERNOUD N., COLAVOLPE J.C., AUQUIER P., EON B., AUFFRAY J.P., FRANCOIS G., BLACHE J.L., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. II. Preliminary results, Volume 18, Issue 8, 1999, p. 858 à 865.

1.1.4. Conclusion

A travers ce premier chapitre, nous venons de nous apercevoir que les deux notions principales de ce travail étaient antinomiques mais malgré tout liées : la qualité dans le domaine anesthésique ne peut s'obtenir qu'avec une prise en charge rigoureuse du stress préopératoire. En effet, lorsque c'est le cas, cela aboutit à la première victoire de l'équipe d'anesthésie. D'ailleurs, nous avons vu qu'un état de stress avant une intervention chirurgicale pouvait être néfaste et témoigner d'un objectif qualitatif non accompli, ce qui est contraire au principe d'amélioration continue et d'optimisation des soins.

Mais, pour parvenir à atteindre cet idéal, encore faut-il pouvoir mettre en place un ensemble de mesures conduisant à établir une véritable stratégie. C'est la raison pour laquelle nous allons maintenant nous intéresser aux particularités de la prise en charge anesthésique.

1.2. Un processus qualitatif concernant la gestion du stress préopératoire : l'organisation anesthésique

1.2.1. Introduction

La présence d'un stress avant une intervention, outre le fait qu'il est néfaste comme nous l'avons vu précédemment, peut témoigner d'un manquement quelconque dans l'organisation des soins préopératoires. Ainsi, tout au long de ce chapitre, nous nous apercevrons que différentes séquences doivent se succéder dans un ordre déterminé pour satisfaire les attentes du futur opéré, mais aussi celles de l'équipe soignante.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la réglementation concernant l'équipe d'anesthésie lors de la période préopératoire, puis nous verrons l'importance de la gestion du programme opératoire et, enfin, celle de l'accueil du patient.

1.2.2. Les particularités anesthésiques de la période préopératoire

1.2.2.1. Réglementation

L'anesthésie est une discipline dangereuse, que l'on parvient à maîtriser de mieux en mieux, tout en sachant que le risque zéro n'existe pas. Ainsi, la mortalité exclusivement liée à notre discipline était de 1 pour 8000 au cours des années 80, alors qu'elle n'est plus que de 1 pour 100000 de nos jours dans les pays occidentaux⁸³. En France et sur la même période, nous sommes passés de 1 pour 13200 à 1 pour 145000 pour les décès totalement imputables à l'anesthésie⁸⁴. Mais cela n'a pu aller dans le bon

⁸³ ARBOUS M.S., GROBBEE D.E., VAN KLEEF J.W., DE LANGE J.J., SPORTMANS H.H.A.J.M., TOUW P., WERNER F.M., MEURSING A.E.E., **Anaesthesia**, Mortality associated with anaesthesia : a qualitative analysis to identify risk factors, Volume 56, Issue 12, 2001, p. 1141 à 1153.

⁸⁴ LIENHART A., AUROY Y., PEQUIGNOT F., BENHAMOU D., JOUGLA E., **Oxymag**, Sécurité anesthésique, où en est-on? Premiers résultats de l'enquête « mortalité » Sfar-Inserm, n°74, Février 2004, p. 21 à 24.

sens sans une recherche constante d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui a finalement abouti à une réglementation précise concernant la période préopératoire.

La S.F.A.R., par l'intermédiaire d'un groupe de travail de septembre 1990 à 1994, a émis des recommandations à ce propos⁸⁵. Elles énonçaient, entre autres, les éléments suivants : une consultation est obligatoire et réalisée dans de bonnes conditions pour les A.G.⁸⁶, les A.L.R.⁸⁷, les sédations. Par ailleurs, pour les actes réalisés en ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen clinique et l'information ne doivent pas être réalisés dans les instants qui précèdent l'anesthésie. On s'aperçoit que les notions de temps et de distance interviennent par rapport à l'acte opératoire, ceci afin d'améliorer la prise en charge du patient ainsi que sa sécurité.

Ces recommandations ont fini par déboucher sur une obligation médico-légale. Ainsi, les **articles D6124-91 et D6124-92 du code de la santé publique**⁸⁸, reprenant le décret du 5 décembre 1994, instaurent une consultation anesthésique obligatoire chez tout patient devant requérir une anesthésie. Dans le cadre d'une intervention programmée, elle doit se dérouler plusieurs jours avant le geste chirurgical dans le cadre d'une consultation externe. En sus et hors contexte d'urgence, une visite préanesthésique est effectuée dans les heures précédant l'intervention, en général la veille au soir, cette dernière ne pouvant en aucun cas se substituer à la consultation d'anesthésie. Tout ceci est effectué par un M.A.R. et consigné dans le dossier d'anesthésie du patient.

⁸⁵ HABERER J.P., BLACHE J.L., BLERY C., DIXNEUF B., EURIN B., GRANRY J.C., JOHANET S., MARTY J., ROUGE M., VIGNIER M., **Recommandations concernant la période préanesthésique**, [en ligne], Janvier 1996, [31 Juillet 2008], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

⁸⁶ A.G. : Anesthésie Générale.

⁸⁷ A.L.R. : Anesthésie LocoRégionale.

⁸⁸ Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 6^{ème} Partie : Etablissements et services de santé, Livre I : Etablissements de santé, Titre II : Equipement sanitaire, Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement, Section 1 : Activités de soins, Sous-section 5 : Anesthésie, Paragraphes 1 et 2 : Dispositions générales et Consultation préanesthésique.

1.2.2.2. Buts de la consultation et de la visite préanesthésique

La consultation d'anesthésie est actuellement un élément fondamental de la sécurité anesthésique car elle en est le premier maillon. Le contenu de celle-ci est bien codifié de façon à ce qu'elle soit facilement reproductible et interprétable. Son but prioritaire est de permettre une analyse objective du risque périopératoire, et par conséquent de minimiser la fréquence et la gravité de complications potentielles. Elle est l'occasion de réaliser une anamnèse ainsi qu'un examen clinique approfondi afin de recueillir toutes les informations pertinentes concernant l'état de santé du patient. Elle permet ainsi d'avoir une vision de l'état de fonctionnement de l'organisme, appareil par appareil. En fonction de ces différents paramètres, le M.A.R. pourra orienter le futur opéré vers une consultation spécialisée (cardiologique, pneumologique...) afin de pratiquer des investigations particulières (E.T.T.⁸⁹, E.F.R.⁹⁰...) ou encore prescrire d'éventuels examens complémentaires (biologiques, E.C.G.⁹¹, R.P.⁹²...). Ceci amènera à définir la stratégie anesthésique la mieux adaptée à la personne soignée : choix de la technique d'anesthésie à réaliser, choix des traitements antérieurs à poursuivre ou, au contraire, à arrêter et mise en place d'éventuels relais (héparine pour un traitement préexistant aux A.V.K.⁹³...), choix de la structure d'accueil en postopératoire (réanimation, S.I.P.O.⁹⁴, S.S.P.I.⁹⁵), choix de la stratégie transfusionnelle ou analgésique⁹⁶...

Pendant, il serait réducteur de considérer la consultation d'anesthésie comme étant seulement une visite médicale aboutissant à une approche préventive et probabiliste des risques encourus par le patient. Cette entrevue pourra faire apprécier la perception ainsi que la compréhension de celui-ci vis-à-vis de sa pathologie et de la conduite à tenir qui en découle mais aussi d'ébaucher son profil psychologique. En effet, elle doit permettre aussi de le rassurer, de l'informer mais aussi de le mettre en confiance

⁸⁹ E.T.T. : Echocardiographie TransThoracique.

⁹⁰ E.F.R. : Exploration Fonctionnelle Respiratoire.

⁹¹ E.C.G. : ElectroCardioGramme.

⁹² R.P. : Radiographie Pulmonaire.

⁹³ A.V.K. : Anti Vitamine K.

⁹⁴ S.I.P.O. : Soins Intensifs Post Opératoire.

⁹⁵ S.S.P.I. : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

⁹⁶ LANDAIS A., Consultation anesthésique et dossier d'anesthésie, in **Cours IADE volume 3 techniques anesthésiques et prise en charge du patient**, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, p.4.

car « *l'effet psychologique est très important pour la préparation du malade à l'intervention* »⁹⁷. Ainsi, la première rencontre avec celui-ci est primordiale car elle conditionne souvent sa mise en confiance⁹⁸, elle pourrait diminuer l'anxiété préopératoire, améliorer les conditions de l'induction et du réveil⁹⁹. D'ailleurs, il apparaît qu'au minimum 25 % des patients préfèrent être anesthésiés par le M.A.R. qui les a vu en consultation¹⁰⁰, vraisemblablement parce qu'un visage connu au sein du bloc opératoire peut être réconfortant dans ces moments de grande vulnérabilité...

La visite préanesthésique, quand à elle, sert à revoir le futur opéré quelques heures avant l'opération, l'idéal étant le soir précédant l'intervention. Ses buts sont de vérifier qu'il n'y a pas eu de changement concernant son état de santé depuis la consultation d'anesthésie, et que de nouvelles contre indications à l'intervention chirurgicale ou à l'anesthésie ne soient pas apparues : infection systémique contre indiquant la chirurgie, infection locale contre indiquant une éventuelle rachianesthésie... Par ailleurs, elle « *permet d'améliorer l'organisation du bloc opératoire en diminuant significativement le nombre d'annulations imprévues* »¹⁰¹. Enfin, une évaluation du stress préopératoire du patient sera effectuée car on sait que le pic d'anxiété avant l'intervention se trouve à J-1¹⁰². Par conséquent, la prescription d'une prémédication anxiolytique adaptée à l'état psychologique du patient à cet instant précis paraît tout à fait licite et opportune, même si la visite procure de façon intrinsèque une anxiolyse qui peut s'avérer satisfaisante¹⁰³.

On s'aperçoit dès lors que la consultation et la visite préanesthésique ont différents objectifs louables, parmi lesquels la gestion du stress préopératoire du patient tient une place non négligeable. Ainsi, « *l'optimisation de la qualité du réveil débute dès*

⁹⁷ FORESTIER F., SZTARK F., POUSSOT C., JANVIER G., L'évaluation et la préparation préopératoire, in GUAY J., MARTIN R., PLAUD B., **Précis d'anesthésie et de réanimation 4^{ème} édition**, Montréal, Les presses de l'université de Montréal, 2001, p. 219-220.

⁹⁸ STIEGLITZ P., PAYEN J.F., JACQUOT C., **Comment juger d'une bonne anesthésie ?**, [en ligne], 1996, [02 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

⁹⁹ SHEVDE K., PANAGOPOULOS G., Op. Cit. p. 23.

¹⁰⁰ ROUSSAT M.O., FERBER C., MARIANI P., SICARD J.F., CLERGUE F., Op. Cit. p. 32.

¹⁰¹ MANTZ J., LE BIHAN E., **Stratégies pré et périopératoires pour améliorer la qualité du réveil**, [en ligne], 2008, [02 Août 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

¹⁰² BRUDER N., Op. Cit. p. 11.

¹⁰³ FORESTIER F., SZTARK F., POUSSOT C., JANVIER G., Op. Cit. p. 37.

la consultation d'anesthésie.. »¹⁰⁴, ce qui montre bien l'importance de la précocité de la prise en charge du patient afin de garantir une qualité des soins optimale.

1.2.3. De la chambre d'hospitalisation au bloc opératoire

1.2.3.1. La planification du programme opératoire

La personne soignée, en attente de son intervention chirurgicale, après avoir eu chronologiquement une consultation de chirurgie puis d'anesthésie, est dans une chambre d'hospitalisation pour revoir le M.A.R. lors de la visite préopératoire. A partir de ce moment là, la durée d'attente sera plus ou moins longue et essentiellement fonction de l'activité au bloc opératoire, qui est régie par un programme décidant de l'enchaînement des opérations.

Légalement, d'après l'article **D6124-93** du **code de la santé publique**¹⁰⁵ le programme opératoire est établi conjointement par le chirurgien et l'anesthésiste, chacun étant coresponsable de la sécurité du patient. Pour autant, il n'en n'existe pas moins des difficultés organisationnelles. Ainsi, Cooper dès 1984, dans une étude sur la prévention du risque anesthésique, propose, entre autres, de mettre en œuvre des actions visant à l'amélioration de l'organisation du bloc opératoire¹⁰⁶. En effet, le programme opératoire représente la clé de voûte du bon fonctionnement d'un site interventionnel et de son organisation car il doit prendre en compte l'ensemble des éléments intervenants en périopératoire, ce qui n'est pas une mince affaire. Ainsi, il est un très bon reflet de la coordination des soins entre différents services et catégories de personnels, il est « *un excellent témoin du fonctionnement de la qualité de l'ensemble de l'hôpital* »¹⁰⁷. C'est la

¹⁰⁴ MANTZ J., LE BIHAN E., Op. Cit. p. 37.

¹⁰⁵ Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 6^{ème} Partie : Etablissements et services de santé, Livre I : Etablissements de santé, Titre II : Equipement sanitaire, Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement,

Section 1 : Activités de soins, Sous-section 5 : Anesthésie, Paragraphe 3 : Anesthésie.

¹⁰⁶ COOPER J.P., NEXBOWER R.R., KITZ R.J., **Anesthesiology**, An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management. Considerations for prevention and detection, Volume 60, Janvier 1984, p. 34 à 42.

¹⁰⁷ BLACHE J.L., SANNINI A., Op. Cit. p. 28.

raison pour laquelle différentes circulaires ont vu le jour, notamment celle du 19 Mai 2000 créant les conseils de bloc opératoire dont le rôle, notamment, est d'organiser de façon harmonieuse l'organisation de celui-ci et faciliter la programmation opératoire¹⁰⁸. Il doit être constitué au minimum d'un chirurgien, d'un M.A.R. et d'un cadre I.A.D.E.

Malheureusement de nos jours, « *l'organisation du bloc opératoire reste très imparfaite dans le système hospitalier public et le taux d'occupation moyen d'un bloc opératoire n'est que de 50%(...)*. *Les hôpitaux publics ont encore de gros efforts à réaliser en termes de logistique de fluidité des circuits de patients. La qualité de la programmation (...), le manque de lits d'aval sont autant de facteurs qui perturbent cette fluidité* »¹⁰⁹. L'organisation et la programmation opératoire peuvent effectivement apparaître complexes, néanmoins il est important qu'elles soient réalisées de façon correcte. En effet, les établissements de santé possédant les résultats de morbi-mortalité périopératoire les plus performants sont ceux ayant une meilleure coopération et coordination interprofessionnelle. Par extension, on en déduit aisément que cela influe de façon positive et qualitative sur les délais d'attente des patients, source de stress, comme on l'a vu précédemment, s'ils sont longs. D'ailleurs, différents auteurs ont référencé un certain nombre de critères de qualité permettant d'évaluer le bon fonctionnement de la programmation opératoire. Parmi ceux-ci, on recense notamment le nombre de consultations préopératoires réellement effectuées à distance de l'acte opératoire, le nombre d'anesthésies programmées ou annulées la veille ou encore le respect des délais annoncés au patient¹¹⁰.

Enfin, il existe déjà des exemples où la planification du programme opératoire est devenue un véritable objectif qualitatif. En effet, l'Institut Mutualiste Montsouris a mis en œuvre un ensemble de mesures visant à optimiser ceci par l'intermédiaire d'une centralisation et d'une compilation des informations, une participation collégiale des différents intervenants au bloc opératoire et une collaboration fructueuse avec les différents services d'hospitalisation. Par ailleurs, chaque mois un rapport prenant en compte les taux d'annulation, d'ajouts ou les retards éventuels est réalisé et permet une véritable analyse ainsi qu'un réajustement, si nécessaire, des pratiques. En parallèle, des

¹⁰⁸ Circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 Mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé (Texte non paru au Journal Officiel).

¹⁰⁹ MANTZ J., LE BIHAN E., Op. Cit. p. 37.

¹¹⁰ BLACHE J.L., SANNINI A., Op. Cit. p. 28.

enquêtes de satisfaction auprès des opérés sont réalisées, ce qui place tout à fait cette approche dans une démarche qualité largement profitable à la personne soignée¹¹¹ et dont les buts ultimes, outre une évidente logique économique, sont une rationalisation des soins, une meilleure fluidité du circuit patient ainsi qu'une réduction de l'attente préopératoire. Ceci est l'exemple même que l'on ne doit pas considérer la programmation opératoire comme un coup de poker mais bel et bien comme un objectif à accomplir pleinement, une gestion saine de l'activité chirurgicale faisant partie intégrante de la qualité des soins.

1.2.3.2. *L'accueil du patient au bloc opératoire*

Nous arrivons désormais aux derniers instants précédant le geste anesthésique puis chirurgical. En effet, nous avons vu précédemment les différentes étapes préopératoires obligatoires et, maintenant que le programme interventionnel est fixé, il ne reste plus qu'à conduire le patient au bloc où il sera d'abord accueilli.

Par définition, l'accueil est la manière de recevoir quelqu'un¹¹². Celle-ci étant relativement peu précise, il peut sembler intéressant de se pencher sur ce qu'énoncent les textes régissant notre profession. On s'aperçoit alors rapidement qu'il est de notre devoir de personnel soignant de bien accueillir un patient, ceci faisant partie à part entière de notre rôle propre d'infirmier puisque **l'article R4311-2 du code de la santé publique** stipule que : « *Les soins infirmiers (...) intègrent (...) qualité des relations avec le malade...* »¹¹³. De plus, la qualité de son accueil tout comme le respect de son intimité sont aussi des points clés de la charte de la personne hospitalisée¹¹⁴.

Mais qu'en est-il de l'accueil du futur opéré au bloc opératoire ? Ce dernier étant dans un environnement méconnu, étranger voire hostile car chargé d'une symbolique de souffrance et de mort possible, il peut paraître de bon ton d'être encore

¹¹¹ BOUREL P., **La gestion du bloc opératoire un enjeu d'établissement**, [en ligne], 2001, [04 Août 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

¹¹² **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

¹¹³ Code de la Santé Publique, Op. Cit. p. 9.

¹¹⁴ Annexe I.

plus vigilant sur la qualité de l'accueil du patient. On a vu plus haut que le stress était délétère pour la prise en charge de ce dernier, et que le premier contact que le futur opéré avait été capital pour obtenir sa confiance et le rassurer. Or, le bloc opératoire est le seul service de soins où le personnel soignant n'a pas de tenue nominative et, en prime, est masqué et coiffé d'un calot ! Ceci peut donc fort logiquement mettre un frein à la relation qui doit s'instaurer entre le soignant et le soigné à son arrivée, mais ne doit pas servir d'excuse ou de prétexte pour négliger ou ignorer cet instant qui doit rester, autant que faire se peut, agréable pour le futur opéré. D'ailleurs, Jacques Isoard dans son travail d'intérêt professionnel déclare que « *l'accueil est primordial car il permet à l'infirmier d'agir sur la transformation du sentiment de peur en sentiment de sécurité* »¹¹⁵. Il est donc naturel d'appliquer les règles de politesse et de courtoisie les plus élémentaires : dire bonjour, se présenter semblent être le strict minimum, si possible en baissant le masque, et expliciter les différents actes dont il sera témoin. Ces moyens simples à mettre en œuvre peuvent permettre de faire baisser le niveau d'anxiété, tout en laissant aussi un bon souvenir au patient concernant la période de préparation à l'anesthésie, bien que ceci ne se vérifie que dans 75 % des cas¹¹⁶.

On voit donc que l'accueil de la personne soignée est un moment privilégié à prendre en compte à sa juste valeur puisqu'il peut être très utile dans la gestion du stress périopératoire. Ainsi, le soignant doit faire en sorte de mettre à l'aise et de rassurer le patient afin qu'il vive cette situation de la meilleure façon possible, ceci s'inscrivant pleinement dans une démarche qualité. D'ailleurs pour finir, Lléu le résume de belle manière : « *le bénéfice d'une rencontre réussie est de voir le thérapeute se transformer en passeur d'obstacle, c'est un guide qui fait passer le gué* »¹¹⁷.

¹¹⁵ ISOARD J., **L'accueil du patient arrivant au bloc opératoire par l'infirmier anesthésiste**, travail d'intérêt professionnel, C.H.U. de Clermont-Ferrand, 2003-2005, p.14.

¹¹⁶ STIEGLITZ P., PAYEN J.F., JACQUOT C., Op. Cit. p. 37.

¹¹⁷ LLEU J.C., HAMM P., HARTMANN G., JOUFFROY L., LLEU J., LUPESCU R., PAIN L., Op. Cit. p. 24.

1.2.4. Conclusion

Tout au long de ce second chapitre nous avons vu le parcours chronologique d'une personne devant se faire opérer pour une quelconque intervention chirurgicale programmée. A cette occasion, nous nous sommes rendu compte de l'importance que cette période apporte dans l'amélioration de la prise en charge du patient, que se soit en termes de sécurité qu'en termes de gestion du stress préopératoire. En effet, de la consultation d'anesthésie jusqu'à l'arrivée au bloc opératoire, tout est mis en œuvre pour répondre aux attentes des opérés afin de remplir cet objectif de qualité des soins, y compris gérer cette anxiété néfaste à la bonne pratique de l'anesthésie.

Néanmoins, ceci peut s'avérer insuffisant sans une approche pharmacologique adéquate, c'est pourquoi nous allons nous intéresser dans le prochain chapitre à une thérapeutique médicamenteuse pouvant être d'un grand secours aussi bien pour le soignant que pour le soigné : la prémédication anxiolytique.

1.3. Un moyen pharmacologique dans la gestion du stress préopératoire : la prémédication anxiolytique

1.3.1. Introduction

La prise en charge du stress avant une intervention chirurgicale doit être une évidence. Pour cela, nous avons vu que lors des différentes étapes préopératoires, les soignants avaient un rôle à jouer. Pour autant, cela peut être insuffisant, c'est la raison pour laquelle un recours à une prémédication anxiolytique peut s'avérer utile. Cette dernière constitue aujourd'hui un véritable enjeu puisqu'elle est au cœur de cette prise en charge préopératoire. D'ailleurs, elle a de beaux jours devant elle car 8 000 000 d'anesthésies étaient pratiquées en 1996 en France¹¹⁸, ce chiffre étant vraisemblablement encore plus élevé actuellement, ce qui représente virtuellement autant de prémédications à administrer.

Nous allons donc nous intéresser au cours de ce chapitre à celle-ci. Après l'avoir définie et vu la façon dont elle doit être utilisée, nous nous préoccupons des différents agents pharmacologiques mis à notre disposition, ainsi que de leurs effets attendus, bénéfiques et négatifs.

1.3.2. Définitions et règles d'utilisation

1.3.2.1. *Qu'est ce que la prémédication anxiolytique ?*

Ethymologiquement parlant, le mot « *prémédication* » est formé du préfixe « *pré* » qui signifie « *avant* » et du mot « *médication* » qui est « *l'emploi d'agents médicaux dans une indication précise* »¹¹⁹, l'ensemble pouvant signifier une prise de médicaments avant le traitement principal. Il peut s'agir de « *l'administration*

¹¹⁸ AUROY Y., LAXENAIRE M.C., CLERGUE F., PEQUIGNOT F., JOUGLA E., LIENHART A., **Annales françaises d'anesthésie réanimation**, Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et des indications, Volume 18, Issue 11, 1998, p. 1311 à 1316.

¹¹⁹ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

préliminaire d'un médicament précédant un acte diagnostic, thérapeutique ou une intervention chirurgicale comme un antibiotique ou un anxiolytique »¹²⁰. De façon plus ciblée, il s'agit de « l'administration de médicaments avant un stress ou une procédure invasive »¹²¹. Une dernière définition recentre plus particulièrement ceci sur notre discipline : « Administration de médicaments avant l'anesthésie visant à dissiper l'appréhension, produire la sédation, et faciliter l'administration de l'anesthésie au patient »¹²².

Dès lors, on voit que l'utilité de la prémédication réside dans la faculté à gérer le stress préopératoire. Elle associe deux éléments complémentaires : l'un est psychologique et est représenté notamment par la visite préanesthésique, et l'autre est pharmacologique, et est souvent la conclusion de cette visite.

1.3.2.2. Prémédication anxiolytique : mode d'emploi

Suite à la consultation d'anesthésie ou lors de la visite préanesthésique, le M.A.R. la prescrit afin de contribuer aux derniers ajustements, parfois nécessaires, pour détendre le futur opéré. On peut donc affirmer sans crainte que la prémédication est belle et bien la première étape de l'anesthésie, bien qu'elle ne se déroule pas sous l'éclairage d'un scialytique.

Cette prémédication doit être consignée sur la fiche d'anesthésie¹²³ puis elle sera distribuée en service d'hospitalisation par le personnel infirmier avant que le patient n'aille au bloc opératoire. Cette administration sera anticipée par rapport à l'heure effective d'arrivée en salle d'opération, ceci afin de lui permettre d'avoir un délai d'action suffisant pour que le patient puisse bénéficier des effets positifs. Enfin, son efficacité sera évaluée par le personnel soignant (notamment l'I.A.D.E. lors de l'accueil de la personne

¹²⁰ **Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers**, Philadelphia, Elsevier, 2007.

¹²¹ **Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition**, Philadelphia, Elsevier, 2008.

¹²² **The American Heritage® Medical Dictionary**, Boston, Houghton mifflin company, 2007.

¹²³ OTTENI J.C., BENICHO A., BRICARD H., CARAMELLA J.P., CLERGUE F., DESMONTS J.M., DORNE R., FEISS P., HASCOET R., MASCARO J.M., STIEGLITZ P., **Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie**, [en ligne], Janvier 1996, [06 Août 2008], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

soignée), notée et transmise dans le dossier de soins. Ceci est particulièrement important puisque l'inefficacité de la prémédication est un des griefs principaux rapportés par les patients dans l'étude de Roussat et al¹²⁴. On s'aperçoit qu'elle fait intervenir différents acteurs des soins (M.A.R., I.D.E. et I.A.D.E.) dans plusieurs services (hospitalisation et bloc opératoire), c'est la raison pour laquelle une coopération de qualité entre tous les personnels soignants est primordiale afin d'en garantir le succès.

1.3.3. Prémédication anxiolytique : l'arsenal thérapeutique

1.3.3.1. Molécules utilisables et voies d'administration

La prémédication anxiolytique est constituée de « *sédatif, tranquillisant, hypnotique ou des médicaments anticholinergiques administrés avant l'anesthésie* »¹²⁵. On peut donc penser qu'un panel assez étendu de produits est à notre disposition pour combattre l'inconfort psychologique du futur opéré. Mais qu'en est-il en pratique ?

Il apparaît clairement que plusieurs classes médicamenteuses peuvent être utilisées mais que le choix du ou des produits ainsi que la voie d'administration sont fonction de « *l'empirisme, des habitudes* »¹²⁶ du M.A.R. Tout d'abord, la catégorie que l'on nomme classiquement tranquillisants est constituée des benzodiazépines, des ataraxiques (ataraxia signifie paix de l'esprit en grecque) et des neuroleptiques, bien que cette dernière classe médicamenteuse ne soit plus utilisée de nos jours en préopératoire. La prémédication anxiolytique comporte généralement un ou plusieurs psychotropes¹²⁷.

Actuellement, les benzodiazépines sont les molécules les plus utilisées, et on retrouve parmi celles-ci l'alprazolam (XANAX®), le midazolam (HYPNOVEL®), où encore le diazépam (VALIUM®). Des produits comme le lorazépam (TEMESTA®), l'oxazépam (SERESTA®) ou le flunitrazépam (ROHYPNOL®, NARCOZEP®) ont pu

¹²⁴ ROUSSAT M.O., FERBER C., MARIANI P., SICARD J.F., CLERGUE F., Op. Cit. p. 32.

¹²⁵ Mosby's Dental Dictionary, Op. Cit. p. 44.

¹²⁶ MAURETTE P., Op. Cit. p. 10.

¹²⁷ SFEZ M., Préparation à l'anesthésie et prémédication chez l'adulte, in **Cours IADE volume 3 techniques anesthésiques et prise en charge du patient**, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, p. 28.

se rencontrer. Ils peuvent tous être utilisés per os mais aussi en injectable sous différentes voies (I.V.D.¹²⁸, I.M.¹²⁹ ou I.R.¹³⁰) pour le midazolam, le diazépam et le flunitrazépam (sa forme injectable étant le NARCOZEP®). Ils sont tous antagonisables par le flumazénil (ANEXATE®)¹³¹ par voie I.V.D.

Concernant l'hydroxyzine (ATARAX®), qui n'est pas à proprement parler une benzodiazépine, elle est utilisée volontiers per os, quoique son administration I.M. soit possible.

Par ailleurs, il existe d'autres produits que l'on peut utiliser, qui ne sont pas non plus des psychotropes mais qui ont néanmoins des propriétés qui peuvent s'avérer intéressantes dans le cas précis de la prémédication : il s'agit de la kétamine, anesthésique général analogue des récepteurs N.M.D.A.¹³², et la clonidine (CATAPRESSAN®), qui est un agoniste des récepteurs α -2-adrénergique. Ces deux molécules peuvent s'utiliser per os même si la kétamine est préférentiellement utilisée en I.V.D.

Pour finir, certaines classes médicamenteuses n'ont plus lieu d'être dans le domaine de la prise en charge du stress préopératoire. En effet, outre les neuroleptiques comme on l'a vu précédemment, l'administration de barbituriques mais aussi de morphiniques ne se justifient plus dans cette indication¹³³ car leur mauvaise maniabilité conjuguée à leurs effets secondaires a fait inverser le rapport bénéfice/risque.

1.3.3.2. Posologies et cinétiques des différents produits

Les doses recommandées sont fonctions du produit et de la voie d'administration. Toutes les posologies et les différents délais sont extraits du **dictionnaire Vidal**¹³⁴, ouvrage faisant référence en France depuis 1976 en termes de

¹²⁸ I.V.D. : Intra Veineuse Directe.

¹²⁹ I.M. : Intra Musculaire.

¹³⁰ I.R. : Intra Rectale.

¹³¹ SAUVAGEON X., VIARD P., **Les produits de l'anesthésie 3^{ème} édition**, Rueil-Malmaison, Editions Arnette, 2006, p. 8 à 18.

¹³² N.M.D.A. : N-Méthyl-D-Aspartate.

¹³³ FORESTIER F., SZTARK F., POUSSOT C., JANVIER G., Op. Cit. p. 37.

¹³⁴ **Le dictionnaire VIDAL®**, Paris, © Copyright VIDAL 2002.

pharmacologie. Pour les benzodiazépines les plus fréquemment utilisées per os chez l'adulte, elles sont :

- ✓ Alprazolam : 0,25 à 0,5 mg.
- ✓ Diazépam : 0,2 mg/kg, soit de 10 à 15 mg environ.
- ✓ Flunitrazépam : 1 à 2 mg.
- ✓ Lorazépam : 1 à 2,5 mg.
- ✓ Oxazépam : 25 mg.

Leurs délais de résorption sont relativement courts : quasi immédiat pour le flunitrazépam, environ 30 à 120 minutes pour l'alprazolam et le diazépam, 30 à 240 minutes pour le lorazépam et 120 minutes pour l'oxazépam.

Leurs demi-vies sont de durée intermédiaires pour l'oxazépam (8 heures), l'alprazolam et le lorazépam (de 10 à 20 heures). Elles sont longues pour le diazépam et le flunitrazépam (supérieure à 30 heures).

Pour ce qui est des autres thérapeutiques à absorption orale, les posologies sont :

- ✓ Hydroxyzine : 1 à 1,5 mg/kg soit environ 50 à 100 mg.
- ✓ Clonidine : 150 µg à 300 µg.

Le délai de résorption de l'hydroxyzine est court, de 15 à 30 minutes, alors que celui de la clonidine est un peu plus long, de 30 à 60 minutes.

La demi-vie de l'hydroxyzine est intermédiaire, de 13 à 20 heures, alors que celle de la clonidine est de 20 à 24 heures.

Tous ces produits peuvent être utilisés la veille au soir et/ou le matin de l'intervention. Le moment de l'administration matinale est particulièrement important si l'on veut que le produit agisse avant que le patient aille au bloc opératoire. Ainsi, comme on vient de voir que la plupart des produits étaient résorbés en moins de 120 minutes, donner le produit nécessaire 45 à 90 minutes avant l'heure théorique d'induction semble raisonnable. Donné trop tôt, l'effet sera diminué, alors que donné trop tard, le produit n'aura pas le temps d'agir et l'effet sera nul.

La prémédication peut aussi être complétée sur la table d'opération par des produits que l'on administrera en I.V.D. Se sont essentiellement des benzodiazépines, sauf la kétamine:

- ✓ Diazépam : 0,1 à 0,2 mg/kg.
- ✓ Flunitrazépam : 0,015 à 0,030 mg/kg.
- ✓ Midazolam : 0,05 à 0,1 mg/kg, en titration mg/mg.
- ✓ Kétamine : 0,1 à 0,2 mg/kg.

Leur délai de résorption est par définition nul puisqu'il s'agit d'une administration I.V.D., par conséquent leur action est quasi immédiate. Il est donc important de ne les injecter que si la prémédication per os est peu efficace voire inefficace, et après monitoring tensionnel, oxymétrique et électrocardiographique du patient.

Leur demi-vie est courte pour le midazolam et la kétamine (2 à 3 heures) et longue pour le flunitrazépam et le diazépam (respectivement 19 heures et supérieur à 30 heures).

D'autres voies d'administration existent, notamment les voies nasales, linguales ou I.R. en pédiatrie¹³⁵. La voie I.M. devrait être abandonnée du fait des douleurs occasionnées lors de l'injection¹³⁶.

En pratique courante, il est préférable d'utiliser des produits à résorption rapide afin d'avoir un délai d'action court. De même, posséder un médicament ayant une demi-vie la plus brève possible est intéressant pour éviter d'avoir des durées d'action trop longues, qui pourraient être nuisible sur la qualité de réveil en S.S.P.I. On préférera la voie orale et on n'utilisera la voie I.V.D. qu'en complément, si nécessaire. Enfin, une prémédication la veille au soir peut être utile car « *les patients qui ont eu une bonne nuit de sommeil la veille de l'intervention seront plus calmes à l'approche de l'heure de*

¹³⁵ WODEY E., GUILLOU N., Op. Cit. p. 10.

¹³⁶ SFEZ M., Op. Cit. p. 45.

l'intervention que ceux qui n'auront pas dormi. Ils supporteront mieux le stress opératoire »¹³⁷.

1.3.3.3. Les effets bénéfiques attendus

Les objectifs de la prémédication étaient autrefois de faciliter l'induction et de renforcer l'anesthésie. Avec l'amélioration qualitative des différents produits mis à notre disposition aujourd'hui, ces critères ont évolué. Ainsi, on s'intéresse désormais au confort du patient en essayant de lui procurer une sédation et une amnésie afin de calmer son anxiété. De plus, elle doit permettre d'induire une stabilité hémodynamique, baisser les risques d'inhalation du contenu gastrique, prévoir et anticiper une analgésie postopératoire, prévenir les N.V.P.O et prévenir les infections du site opératoire¹³⁸. Ces différents objectifs sont plus ou moins atteints en fonction des produits utilisés.

Les benzodiazépines dépriment le système limbique et le noyau amygdalien où prennent naissance peur, anxiété et agressivité. Elles associent toutes anxiolyse, sédation, amnésie et action anticonvulsivante. Ainsi, chez les patients particulièrement anxieux, « *une prémédication basée sur une benzodiazépine, ou un produit apparenté, contribue généralement à réduire l'anxiété préopératoire et faciliter le vécu du retour à la conscience (...) et la coopération du malade en période postopératoire* »¹³⁹. De plus, les effets amnésiants sont à prendre en considération notamment si l'anesthésie prévue doit être légère¹⁴⁰. Le midazolam est d'ailleurs préféré au diazépam, lors d'injection I.V.D., car il procure une amnésie, une sédation et une anxiolyse plus constante¹⁴¹. En outre, les benzodiazépines diminuent le tonus musculaire, cette activité myorelaxante potentialise les curares non dépolarisants. Par ailleurs, elles auraient un effet protecteur

¹³⁷ UTTING J.E., WHITFORD J.H.W., **British Journal of Anesthesia**, Assessment of premedicant drugs using measurements of plasma cortisol, Volume 44, Issue 1, 1972, p. 43 à 46.

¹³⁸ MAURETTE P., Op. Cit. p. 10.

¹³⁹ VIEL E., BRUELLE P., ELEDJAM J.J., **les adjuvants de l'analgésie postopératoire**, [en ligne], 1997, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

¹⁴⁰ CHASSARD D., DUFLO F., ALLAOUCHICHE B., **Mémorisation peropératoire**, [en ligne], 2002, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

¹⁴¹ KORTTILA K., TARKKANEN J., **British Journal of Anesthesia**, Comparison of diazepam and midazolam for sedation during local anaesthesia for bronchoscopy, Volume 57, Issue 6, 1985, p. 581 à 586.

contre les N.V.P.O. : « *Il est cependant bien établi que l'action anxiolytique de cette classe de médicaments peut s'avérer utile pour atténuer la libération des hormones de stress-catécholamines associées à l'angoisse préopératoire et indirectement jouer un rôle préventif favorable sur les N.V.P.O.* »¹⁴². De plus, la fonction cardiovasculaire est peu déprimée, les benzodiazépines conférant une bonne tolérance hémodynamique. Enfin, la somme de leurs effets est antagonisable par le flumazénil.

Concernant l'hydroxyzine, elle entraîne sédation psychique et relaxation musculaire. Cependant, son effet anxiolytique est plus faible, elle permet donc une prémédication un peu plus légère, il n'y a pas de relation dose-effet. Par ailleurs, d'autres propriétés pharmacodynamiques peuvent s'avérer intéressantes durant la période préopératoire : elle possède une faible activité bronchodilatatrice, mais surtout des effets antiallergiques (antihistaminique H1) et antiémétiques (action anti-sécrétoire)¹⁴³. En l'occurrence, « *les facteurs prédictifs de la récurrence des N.V.P.O. sont le sexe féminin, les antécédents de N.V.P.O., l'analgésie postopératoire à la morphine et la prémédication sans hydroxyzine* »¹⁴⁴. Enfin, les effets analgésiques, antiarythmiques et les répercussions cardiovasculaires sont faibles.

La clonidine, quant à elle, est utilisée depuis fort longtemps par voie orale chez l'adulte. Son activité sédative et anxiolytique est démontrée depuis de nombreuses années¹⁴⁵. Ainsi, 150 µg de clonidine procurent l'efficacité des benzodiazépines¹⁴⁶. Par ailleurs, ces autres propriétés sont une diminution des besoins en anesthésiques¹⁴⁷ (diminution de la C.A.M.¹⁴⁸ des halogénés), une baisse des accès hypertensifs et des tachycardies peropératoires (y compris lors de l'intubation¹⁴⁹), une diminution de la

¹⁴² BORGEAT A., Op. Cit. p. 10.

¹⁴³ FORESTIER F., SZTARK F., POUSSOT C., JANVIER G., Op. Cit. p. 37.

¹⁴⁴ DIEMUNSCH P., ZOHRA LAALOU F., **Nausées et vomissements postopératoires**, [en ligne], 2005, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

¹⁴⁵ FILOS K.S., PATRONI O., GOUDAS L.C., BOSAS O., KASSARAS A., GARTAGANIS S., **Anesthesia Analgesia**, A dose-response study of orally administered clonidine as premedication in the elderly: evaluating hemodynamic safety, Volume 77, 1993, p. 1185 à 1192.

¹⁴⁶ CHAURASIA S.K., KANE D.G., CHAUDHARI L.S., **Journal of Postgraduate Medicine**, A comparative study of clonidine versus combination of diazepam and atropine for premedication in orthopaedic patients, Volume 45, Issue 3, 1999, p. 74 à 78.

¹⁴⁷ INOMATA S., YAGUCHI Y., TOYOOKA H., **Anesthesia Analgesia**, The effects of clonidine premedication on sevoflurane requirements and anesthetic induction time, Volume 89, 1999, p. 204.

¹⁴⁸ C.A.M. : Concentration Alvéolaire Minimale.

¹⁴⁹ ZALUNARDO M.P., ZOLLINGER A., SPAHN D.R., SEIFERT B., RADJAIPOUR M., GAUTSCHI K., PASCH T., **Journal of Clinical Anesthesia**, Effects of intravenous and oral clonidine on hemodynamic and plasma catecholamine response due to endotracheal intubation, Volume 9, Issue 2, 1997, p. 143 à 147.

réponse hormonale aux stimuli chirurgicaux et une augmentation de l'analgésie postopératoire¹⁵⁰. Enfin, elle diminue l'acidité gastrique¹⁵¹ et semble limiter l'apparition de N.V.P.O.

Pour finir, « *la kétamine ne semble pas apporter d'avantage clinique particulier en comparaison avec les benzodiazépines* »¹⁵². Cependant, ces effets antihyperalgésiques et anesthésiques de surface peuvent parfois être recherchés, tout comme le fait qu'elle soit bronchodilatatrice et qu'elle préserve la ventilation minute¹⁵³.

1.3.3.4. Les effets potentiellement délétères

Comme tout traitement médicamenteux, la prémédication anxiolytique possède des effets secondaires que l'on ne peut négliger. En effet, les principales craintes que l'on puisse avoir concernent les fonctions respiratoires, cardiovasculaires et cognitives.

Ainsi, la prémédication anxiolytique peut déprimer les centres respiratoires¹⁵⁴, notamment les benzodiazépines¹⁵⁵, avec pour conséquence une possible dépression respiratoire¹⁵⁶ en fonction de la dose administrée. Cette classe médicamenteuse favorise la survenue d'hypoxémies et peut prolonger la durée de séjour en S.S.P.I., c'est la raison pour laquelle on peut être amené à l'éviter le matin de l'intervention chez les personnes âgées¹⁵⁷. De même, elle est contre indiquée chez les patients porteurs d'un syndrome

¹⁵⁰ GOYAGI T., TANAKA M., NISHIKAWA T., **Anesthesia Analgesia**, Oral clonidine premedication enhances postoperative analgesia by epidural morphine, Volume 89, 1999, p. 1487.

¹⁵¹ BRUDER N., Op. Cit. p. 11.

¹⁵² WODEY E., GUILLOU N., Op. Cit. p. 10.

¹⁵³ AUBRUN F., PAQUERON X., RIOU B., **Kétamine**, [en ligne], 2000, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

¹⁵⁴ LE GALL R., BEYDON L., **Prise en charge de la douleur postopératoire chez le patient présentant une pathologie respiratoire du sommeil (syndrome d'apnée du sommeil)**, [en ligne], 2000, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

¹⁵⁵ GENTIL B., TEHINDRAZANARIVELO A., LIENHART A., MEYER B., FLEURY B., **Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation**, Effets respiratoires du midazolam chez les patients atteints du syndrome d'apnées obstructives du sommeil, Volume 13, Issue 3, 1994, p. 275 à 279.

¹⁵⁶ BRUDER N., Op. Cit. p. 11.

¹⁵⁷ MANTZ J., LE BIHAN E., Op. Cit. p. 37.

d'apnée du sommeil¹⁵⁸. Par ailleurs, la kétamine entraîne une hypersécrétion bronchique et une baisse de la réponse ventilatoire au CO₂ (surtout chez l'enfant) mais également à l'hypoxie¹⁵⁹.

Sur le plan cardiovasculaire, « *la prémédication sera plus ou moins allégée en fonction de la sévérité de la valvulopathie (en cas de rétrécissement aortique serré, en particulier)* »¹⁶⁰. On se méfiera plus particulièrement de la kétamine. En effet, elle est contre indiquée dans l'insuffisance cardiaque ou coronarienne bien que la stimulation cardiovasculaire qu'elle engendre puisse être bloquée par l'adjonction de benzodiazépines ou de clonidine¹⁶¹. Cette dernière enfin, peut augmenter le risque d'hypotension postopératoire¹⁶², bien qu'elle puisse malgré tout procurer une certaine stabilité hémodynamique.

Enfin, la prémédication anxiolytique peut occasionner des effets indésirables sur les fonctions cognitives. Ainsi, les benzodiazépines peuvent entraîner un niveau de somnolence supérieur à celui souhaité, notamment chez la personne âgée¹⁶³, ce qui peut parfois rendre la coopération du patient gênante ou entraîner un retard de réveil¹⁶⁴ si l'agent pharmacologique possède une demi-vie d'élimination longue. Ceci est aussi possible avec la clonidine ou l'hydroxyzine, qui révèle ici l'un de ces seuls effets néfastes puisqu'elle n'engendre pas d'atteinte respiratoire ni cardiovasculaire. Mais a contrario, si la prémédication anxiolytique est trop légère, le risque potentiel de mémorisation peropératoire existe car « *la prémédication à base de benzodiazépine n'est pas efficace à 100%* »¹⁶⁵.

¹⁵⁸ LE GALL R., BEYDON L., Op. Cit. p.51.

¹⁵⁹ AUBRUN F., PAQUERON X., RIOU B., Op. Cit. p. 51.

¹⁶⁰ BALAGNY E., **Anesthésie de l'opéré à risque cardiaque**, Rueil-Malmaison, Editions Arnette, 2004, p. 47.

¹⁶¹ AUBRUN F., PAQUERON X., RIOU B., Op. Cit. p. 51.

¹⁶² BRUDER N., Op. Cit. p. 11.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ FORESTIER F., SZTARK F., POUSSOT C., JANVIER G., Op. Cit. p. 37.

¹⁶⁵ VIVIAND X., ARNAUD S., **Mémoire et anesthésie**, [en ligne], 1998, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

1.3.4. Conclusion

Durant ce dernier chapitre, on a vu que des moyens pharmacologiques pouvaient être nécessaires afin de vaincre le stress préopératoire des patients. Il apparaît que différentes molécules existent et sont à notre disposition, ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients. On retiendra néanmoins que les produits utilisés doivent être rapidement résorbés, ils doivent posséder une efficacité éprouvée concernant l'anxiolyse et enfin, ils ne doivent pas être délétères pour le patient en ne déprimant pas la fonction respiratoire, notamment. Par ailleurs, la distribution du produit devra se produire dans un timing suffisamment performant afin de lui permettre d'être efficace, ceci garantissant la réussite de la prémédication anxiolytique.

Epilogue

Une intervention chirurgicale représente un moment particulièrement fort dans la vie d'un patient. Les seuls aspects techniques de la chirurgie sont allègrement dépassés par la dimension psychique et émotionnelle qui entoure cet acte. Ainsi, une approche privilégiée avec le futur opéré doit se développer dans ce contexte et une synergie doit se créer pour vaincre toute appréhension, bien légitime au demeurant. La prise en compte de cette anxiété, facteur si important en préopératoire, correspond à une recherche de qualité. En effet, le confort du patient est devenu un objectif consensuel et qualitatif communément admis par tous. Par conséquent, cette démarche doit impliquer l'ensemble des acteurs agissant auprès du patient car il s'agit d'une action collective. Celle-ci doit permettre à notre discipline de paraître plus humaine, elle ne doit plus être cantonnée dans un aspect purement technique.

La prémédication anxiolytique correspond tout à fait à cette nouvelle image. En effet, on a vu qu'elle associait une approche psychologique à une approche pharmacologique. Ainsi, la consultation et la visite préanesthésique s'efforceront de diminuer cette anxiété, tout en laissant une place importante à cette thérapeutique médicamenteuse. Pour cela nous avons à notre disposition un éventail de produits nous permettant de lutter efficacement contre le stress préopératoire et ses diverses répercussions psychosomatiques, à condition d'en connaître les principes d'utilisation. Une prémédication adaptée à chacun aboutira, au final, à une personnalisation des soins et à une humanisation de notre discipline, le but ultime étant évidemment que le patient vive de la meilleure façon possible ce moment si particulier qu'est la période préopératoire.

2. LE POINT DE VUE DES
PARAMEDICAUX FACE A LA
PREMEDICATION ANXIOLYTIQUE ET
A L'ORGANISATION DE LA PERIODE
PREOPERATOIRE:
APPROCHE PRATIQUE

Introduction

Tout au long de la première partie nous avons vu les différents rouages qui devraient constituer normalement la prise en charge du stress préopératoire du futur opéré. Il n'en reste pas moins que ceci n'est que purement théorique et est soumis à bien des aléas. En effet, au début de ce travail d'intérêt professionnel, j'ai émis la question suivante :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

Par ailleurs, plusieurs hypothèses me sont venues à l'esprit, notamment celle que :

Du fait de contraintes organisationnelles, elle n'est pas distribuée au moment opportun.

Cependant, ce questionnement et cette affirmation qui en a découlé n'ont de sens que s'ils sont vérifiés. C'est la raison pour laquelle nous allons nous attacher, durant cette seconde partie, à enquêter directement sur le terrain. Ainsi, nous allons récolter l'avis des professionnels de santé confrontés à ce soin si particulier qu'est la prémédication anxiolytique. Nous verrons leurs opinions concernant à la fois ma problématique mais aussi mon hypothèse.

Dans un premier temps, nous allons nous consacrer à l'enquête dans sa globalité, autrement dit, je vous exposerai les raisons qui m'ont poussé à choisir les populations, les lieux et l'outil utilisé pour la mener à bien. Le déroulement de cette étude ainsi que ces limites vous sera également exposé.

Puis, dans un second temps, nous nous intéresserons aux résultats obtenus sur le terrain concernant la question de recherche, c'est-à-dire ce que savent réellement les soignants de la prémédication anxiolytique, et s'ils la trouvent efficace.

Enfin, dans un troisième temps, nous terminerons cette partie par la lecture des résultats obtenus vis-à-vis de mon hypothèse de départ. Elle concernera l'organisation préopératoire, le timing nécessaire au bon fonctionnement de celle-ci...

2.1. La méthodologie de l'enquête

Au cours de tout travail de recherche et ce, dans le but de vérifier les affirmations ou les interrogations que l'on avance, une enquête rigoureuse se doit d'être réalisée. Pour cela, une méthodologie stricte doit être appliquée. Celle-ci m'a permise de cibler les lieux, les personnes ainsi que l'outil utilisé pour arriver à mes fins.

2.1.1. Les lieux sélectionnés pour l'enquête

Le thème de mon travail portant sur la qualité de la prémédication opératoire, celle-ci visant à atténuer le stress préopératoire présent chez le futur opéré, mes recherches ont été effectuées dans des établissements ayant une activité chirurgicale. Cependant, ce seul critère me paraissait insuffisant car j'aurais pu effectuer ce travail dans n'importe quel établissement hospitalier. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de cibler 2 spécialités pouvant s'avérer particulièrement angoissante pour le patient :

- la neurochirurgie
- la chirurgie cardio-vasculaire.

Par ailleurs, afin d'être un peu plus objectif et ne pas être soumis à un même courant de pensée, j'ai décidé de mener à bien ce travail au sein de 2 établissements différents pratiquant ces spécialités chirurgicales : il s'agit de 2 C.H.U. français.

Enfin, je n'ai volontairement pas sélectionné les services d'hospitalisation de pédiatrie des deux spécialités précitées. Par conséquent, la gestion de l'anxiolyse de l'enfant ne sera pas abordée, bien qu'elle soit tout aussi importante que celle de l'adulte.

2.1.1.1. La neurochirurgie

J'ai voulu effectuer ce travail de recherche sur la gestion du stress préopératoire dans les services de neurochirurgie pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il

s'agit d'une spécialité particulièrement anxiogène pour les patients. De ce fait, on se rend tout de suite compte de l'importance de la qualité de la prémédication. En effet, cette discipline touchant un des organes noble de l'organisme : le cerveau (le cœur, le foie et les reins étant les autres organes ayant cette connotation « aristocratique »). En outre, le système nerveux central qui lui est rattaché n'est pas dénué d'intérêt non plus puisqu'il commande l'organisme.

Ensuite, cette spécialité chirurgicale n'est pas sans risques, raison pour laquelle elle peut être légitimement appréhendée par le patient. En effet, les opérations sont fréquemment lourdes, que se soit sur le rachis ou l'encéphale, les complications peuvent être redoutables et toujours possibles. Elles sont à type de déficits sensitivo-moteurs (paresthésies ou paralysies), retards ou absences de réveil (coma).

Enfin, se rattache au cerveau toute une symbolique qui concerne l'esprit, les sentiments et les différents affects. Ainsi, le chirurgien, lorsqu'il aura réalisé la craniotomie verra, au sens propre, ce qu'il y a dans la tête des patients, ce qui peut parfois être mal vécu.

Mon enquête aura été effectuée auprès de 6 services d'hospitalisation et 2 blocs opératoires.

2.1.1.2. La chirurgie cardio-vasculaire

J'ai aussi voulu inclure dans mon travail l'autre spécialité qui, à mon sens, à les mêmes spécificités que la neurochirurgie, j'ai nommé la chirurgie cardio-vasculaire. En effet, le parallèle entre ces deux disciplines peut se faire de façon aisée, et le stress généré dans les deux cas peut sembler voisin et de même intensité.

Premièrement, la chirurgie cardio-vasculaire s'intéresse aussi à un organe noble : le cœur, et à un système tout aussi important s'y rattachant: le système vasculaire. Il est indispensable pour le bon fonctionnement de l'organisme puisqu'un défaut de perfusion peut causer des dégâts irrémediables sur le reste du corps (et y compris sur le cerveau !).

Deuxièmement, les interventions effectuées dans cette discipline sont constamment lourdes, les complications sévères, et elles aussi, toujours possibles. Elles peuvent être représentées par des hémorragies gravissimes, des I.D.M.¹⁶⁶ ou encore des décès.

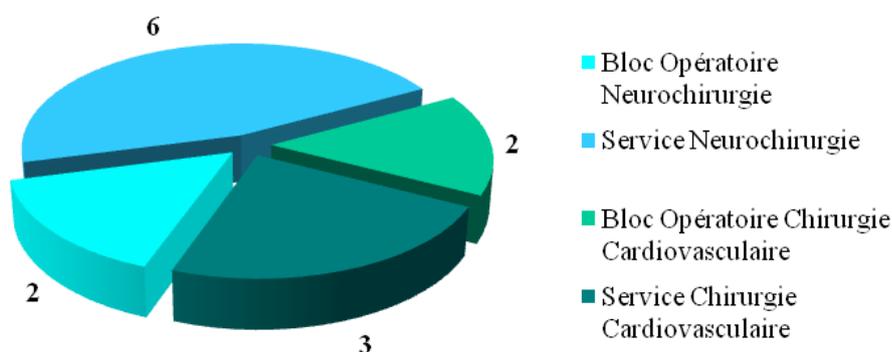
Troisièmement, nous touchons dans ce cas précis, au même titre que pour le cerveau, à un organe chargé d'une symbolique extrêmement puissante : le cœur. Il représente l'amour, un affect fort pour tout Homme et aussi, la vie.

Enfin, nous pouvons comprendre le stress engendré chez le patient lorsque lui est annoncé que l'arrêt de l'activité cardiaque est nécessaire pour le bon déroulement de son intervention même si un appareil (la C.E.C.¹⁶⁷) la supplée durant le geste chirurgical : il peut ainsi avoir l'image d'être « mort » pendant quelques minutes puisque son cœur ne battra plus.

Pour le bon déroulement de mon enquête, 3 services d'hospitalisation et 2 blocs opératoires ont été sondés par celle-ci.

Au total, cette recherche aura concerné 9 services d'hospitalisation de chirurgie classique, ainsi que 4 blocs opératoires répartis dans deux spécialités chirurgicales.

Répartition des lieux d'enquête



Graphique 2

¹⁶⁶ I.D.M. : Infarctus Du Myocarde.

¹⁶⁷ C.E.C. : Circulation ExtraCorporelle.

2.1.2. La population concernée par l'enquête

J'aurais pu envisager de recueillir le vécu des patients face à la qualité de l'anxiolyse préopératoire puisqu'ils sont les premiers concernés par le stress préopératoire. Je ne l'ai pas fait car mon travail de fin d'études d'infirmier avait été effectué dans ce sens¹⁶⁸. Par conséquent, il me semblait donc judicieux d'avoir une vision sous un autre angle, de ce thème qu'est le stress généré par une intervention chirurgicale. Cette étude a donc interrogé les différents acteurs paramédicaux concernés par la prémédication anxiolytique : les I.D.E. et les I.A.D.E. Il m'a semblé d'autant plus intéressant qu'il me permettrait de confronter les réponses des I.A.D.E. à celles des I.D.E., et d'avoir une vision globale du problème et de l'hypothèse. En quelque sorte, nous verrons des deux côtés du miroir les ressentis des professionnels de santé face à la qualité de la prémédication anxiolytique.

2.1.2.1. Les infirmiers de chirurgie

La prémédication anxiolytique est un soin simple en apparence puisqu'il s'agit stricto sensu de l'administration de produits pharmacologiques ayant pour objectif de détendre le futur opéré. Néanmoins, on a vu dans l'apport théorique qu'il faisait intervenir plusieurs acteurs. Les premiers d'entre eux sont les infirmiers des services de chirurgie. Ce sont eux qui appliquent la prescription médicale et qui administrent cette prémédication anxiolytique. Il me paraissait tout simplement logique de recueillir les avis des 81 I.D.E. de neurochirurgie et chirurgie cardio-vasculaire afin de recenser l'image qu'ils se faisaient concernant cette thérapeutique.

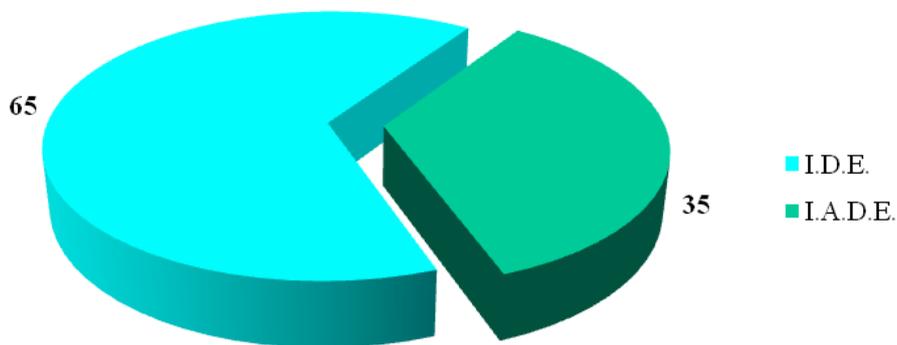
¹⁶⁸ MASSACRIER F., Op. Cit. p. 8.

2.1.2.2. Les infirmiers anesthésistes

La prémédication anxiolytique est distribuée par l'I.D.E. dans le service de chirurgie, mais son efficacité est évaluée par l'I.A.D.E. au bloc opératoire, il s'agit de son rôle propre, nous l'avons vu dans la première partie de ce travail. Il est le second acteur de cette prise en charge psychologique et est directement concerné par les effets obtenus par cette thérapeutique. En effet, celle-ci influera directement sur le bon déroulement de l'anesthésie. Par conséquent, je ne me voyais pas faire l'impasse sur le ressenti des 43 I.A.D.E. exerçant dans les blocs opératoires précités face à la qualité de la prémédication anxiolytique.

Au total, auront été concernés les 124 I.D.E. et I.A.D.E. exerçant dans les 9 services et 4 blocs opératoires des spécialités neurochirurgicales et cardio-vasculaires des 2 C.H.U. explorés.

**Répartition de la population concernée par l'enquête
(en %)**



Graphique 3

2.1.3. L'outil méthodologique employé pour l'enquête

2.1.3.1. Le choix du questionnaire

Pour pouvoir réaliser cette enquête sur le terrain, il m'a fallu choisir entre différents outils méthodologiques. L'entretien individuel ne me semblait pas judicieux pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, je voulais collecter le ressenti de nombreux soignants dans différents lieux. Or, l'importance de mon panel contre-indiquait la technique de l'entretien. Par ailleurs, la retranscription et l'exploitation de ceux-ci se seraient avérées fastidieuses.

De plus, la notion de « qualité » de la prémédication anxiolytique n'aurait vraisemblablement pas pu être correctement exploitée, en partie à cause du faible nombre de personnes que j'aurais du interroger. J'avais peur de risquer de tomber dans une enquête et, par la suite, une analyse dépendant de trop de subjectivité.

C'est donc naturellement que je me suis immédiatement tourné vers le choix du questionnaire pour accomplir ce travail de recherche. En effet, cette technique d'enquête présente plusieurs avantages non négligeables :

-Le premier est qu'elle est facile à réaliser ainsi qu'à diffuser.

-Le second est qu'elle me permet de recueillir un grand nombre de réponses et, par conséquent, de faire une analyse quantitative beaucoup plus significative qu'avec la technique d'entretiens individuels.

-Le troisième, enfin, est qu'elle va me permettre de confronter, facilement et rapidement, les points de vue des deux corporations infirmières : la vision des I.D.E. à celle des I.A.D.E.

2.1.3.2. L'élaboration du questionnaire

Le choix de l'outil d'enquête enfin sélectionné, il a donc fallu l'élaborer. Pour ce faire, je m'étais fixé comme objectif de réaliser un questionnaire synthétique, lisible et

rapide à remplir. Ainsi, les réponses devaient être intuitives, spontanées et, par conséquent, refléter fidèlement les avis des personnes interrogées.

De plus, le personnel paramédical étant régulièrement sollicité à répondre à diverses enquêtes, il m'a semblé être un atout non négligeable de pouvoir le rédiger sur une simple feuille recto verso. En effet, les personnes sondées ont moins de réticences à répondre à un questionnaire court car leur temps est bien souvent précieux, ce qui a une influence directe sur le taux de participation.

Enfin, un soin particulier a été porté à l'anonymat des soignants répondants favorablement à mon enquête.

De façon plus ciblée, le questionnaire que j'ai réalisé comporte 13 questions dont 11 à choix multiples (de 2 à 5 réponses proposées) et 2 questions ouvertes¹⁶⁹.

Les deux premières questions servent à la présentation et à l'identification du panel des personnes sondées. Elles s'intéressent à la profession (I.D.E. ou I.A.D.E.) et à l'année d'entrée dans la profession. Elles vont me permettre de différencier les réponses des paramédicaux entre eux. Par ailleurs, les années d'obtentions de diplôme me permettront de voir si les différents panels interrogés sont homogènes entre eux, en termes d'expérience, d'ancienneté et de vécu dans la profession.

Les quatre questions suivantes, ainsi que la dernière, sont en relation avec la problématique qui, je le rappelle, est la suivante :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

-La question n°3, à choix multiple, permettra de voir si une hétérogénéité dans la qualité de la prémédication anxiolytique existe.

-La question n°4, à choix multiple, concerne l'avis personnel des acteurs de soins vis-à-vis de l'importance de la prémédication anxiolytique.

¹⁶⁹ Annexe II.

-Les questions n°5, à choix multiple, et n°6, ouverte, vont permettre de voir si les soignants connaissent les bénéfices attendus de cette prémédication, que l'on a évoqués dans la première partie de ce travail.

-La question n°13, ouverte, conclue cette enquête par une vérification des connaissances des soignants en leur demandant de citer 4 médicaments pouvant être utilisés pour la prémédication anxiolytique.

Les questions n° 7 à n°12, toutes à choix multiple, concernent, quant à elles, l'hypothèse. Je rappelle que celle-ci est la suivante :

Du fait de contraintes organisationnelles, la prémédication anxiolytique n'est pas distribuée au moment opportun.

Plus précisément, les questions n°7 et n°8 s'intéressent à la visite préanesthésique, le moment de son déroulement et si celle-ci débouche sur une prescription systématique de prémédication anxiolytique.

Les questions n°9 et n°10 recensent les avis des soignants face à la disponibilité du programme opératoire et le respect de son déroulement.

Enfin, les questions n°11 et n°12 vont mettre en lumière le respect ou non du moment idéal de l'administration de la prémédication anxiolytique, et comment les I.D.E. sont prévenues de ce moment là.

Pour une lecture plus aisée, intelligible et logique de ce travail, il est important de préciser que les résultats de l'enquête seront dévoilés par grands thèmes explorés. Ainsi, l'ordre utilisé sera légèrement divergent de celui établi dans le questionnaire.

2.1.3.3. La diffusion du questionnaire

Une fois réalisée et après validation, ce questionnaire a été testé par quelques I.D.E. de mon entourage afin de vérifier qu'aucune question n'était ambiguë. Ces personnes n'ont pas été incluses dans ce travail de recherche.

La diffusion du questionnaire a été échelonnée dans le temps. Les différents services et blocs opératoires ont été visités à partir du mercredi 12 novembre 2008 et ce, jusqu'au mardi 2 décembre 2008. Pour cela, j'ai rencontré dans la plupart des cas les cadres des unités pour m'assurer de leur accord, puis les équipes soignantes afin de leur remettre les questionnaires en main propre et leur expliquer ma démarche.

Le retour des questionnaires a débuté à partir du mardi 18 novembre 2008 et a duré jusqu'au vendredi 19 décembre 2008. Pour pouvoir les récupérer, il m'a fallu passer dans chaque unité de soin au moins deux fois. La première me permettait d'en reprendre quelques uns et parfois d'en redistribuer de nouveaux car certains s'étaient perdus (cependant, ceci n'a concerné que deux services). J'en profitais au passage pour renouveler l'objet de mon enquête et tout l'intérêt que je portais à la participation des soignants. Le second passage était effectué une semaine après afin d'en recueillir le maximum et clôturer l'enquête.

Au total, l'amplitude complète de cette recherche sur les deux sites hospitaliers aura été d'environ cinq semaines avec plusieurs visites au sein des structures hospitalières. Le premier établissement aura été enquêté du 12 novembre jusqu'au 1^{er} décembre, alors que le second l'aura été du 2 au 19 décembre. En pratique, les questionnaires ne seront donc restés que trois semaines environ dans chaque service. Il s'agissait d'un choix car bien souvent le taux de retour de ceux-ci n'augmente plus après quelques jours. Pour mener à bien cette enquête, on imaginera volontiers la disponibilité requise pour cela et l'investissement en termes de temps qui se sera avéré assez conséquent.

2.1.4. Les limites de cette enquête

Après nous être intéressés aux différentes modalités de cette recherche sur le terrain, nous allons voir qu'elle en comporte néanmoins certaines limites. Celles-ci concernent aussi bien les lieux, les personnes sondées que l'outil utilisé.

2.1.4.1. Les biais concernant les lieux choisis

Tout d'abord, la première limite de ce travail provient des lieux d'enquête que j'ai sélectionnés. Ces deux spécialités que sont la neurochirurgie et la chirurgie cardiovasculaire l'ont été de façon totalement arbitraire et, même si cela a relevé d'une certaine logique, il est bien évident que l'on ne pourra pas dégager de tendances très significatives. Ainsi, d'autres spécialités pouvant être tout aussi angoissantes pour le patient n'auront pas été explorées, notamment les blocs opératoires d'urgences, de chirurgie digestive lourde...

De plus, la quasi-exclusivité des interventions concernant ces deux spécialités s'effectuant dans ces établissements se passe sous A.G. Or, les interventions se déroulant sous A.L.R. peuvent aussi engendrer un stress et nécessiter une anxiolyse pharmacologique. Par conséquent, les pratiques mises en œuvre au sein des spécialités telles que l'obstétrique, l'orthopédie ou l'ophtalmologie, par exemple, dont l'activité peut se révéler forte dans ce domaine, auront été tout simplement ignorées.

Par ailleurs, mon choix ne s'est porté que sur deux établissements, certes de taille relativement importante puisque s'agissant de deux C.H.U., néanmoins ceci peut paraître insuffisant pour en tirer des conclusions. D'autres structures hospitalières auraient tout aussi bien pu être incluses dans ce travail de recherche, que ce soit d'autres C.H.U. ou des C.H.G.¹⁷⁰, ce qui fait que la faiblesse du nombre d'établissements consultés rendra difficile le dégagement d'une tendance objective.

¹⁷⁰ C.H.G. : Centre Hospitalier Général.

Enfin, j'aurais aussi pu aller enquêter auprès des structures privées, participant ou non au service public hospitalier. Ainsi, une confrontation des pratiques entre les différents secteurs (qui aurait d'ailleurs pu s'avérer très intéressante au demeurant) ne pourra pas être effectuée à cause de la présence exclusive du domaine public dans cette recherche.

A mon sens, il pourrait être intéressant d'effectuer une étude de ce type à l'échelon régional, voire national afin d'évaluer correctement les pratiques en cours concernant la qualité de la prémédication anxiolytique, afin d'en tirer des enseignements réellement significatifs.

2.1.4.2. Les biais concernant la population choisie

La seconde limite de ce travail d'intérêt professionnel concerne le choix des personnes choisies pour l'enquête. En effet, cette étude est exclusivement paramédicale puisqu'elle se préoccupe exclusivement du ressenti des personnels soignants I.D.E. et I.A.D.E. face à la prémédication anxiolytique. Or, celle-ci est prescrite par les M.A.R., néanmoins je n'ai pas voulu les inclure dans cette recherche car je ne voulais pas risquer de tomber dans des dépassements de fonction. Par conséquent, je n'ai volontairement pas pris en compte les avis médicaux bien que ces derniers participent eux aussi pour une large part à l'efficacité de la prémédication anxiolytique par l'intermédiaire de leurs prescriptions.

De plus, cette enquête n'aura été réalisée qu'auprès d'I.D.E. de services de chirurgie, ce qui peut paraître logique au premier abord. Cependant, les I.D.E. de différents services de soins peuvent aussi être confrontés à la prémédication anxiolytique. Par exemple, dans un des deux établissements inspectés, des patients arrivaient au bloc opératoire de chirurgie cardiaque en provenance de services de médecine cardiologique. On peut imaginer la même chose pour les soignants exerçant dans des unités ayant une activité endoscopique forte requérant une anesthésie, ce qui est le cas des services de gastroentérologies. Or, ces personnes n'ont pas été sondées car il me semble que l'on ne

peut pas avoir les mêmes exigences avec ces soignants, puisqu'ils ne sont pas forcément confrontés à l'anxiolyse pharmacologique de façon régulière.

De même, cette enquête a été orientée volontairement sur le ressenti des paramédicaux face à la prémédication anxiolytique. J'ai d'ailleurs motivé précédemment mon choix d'occulter le point de vue des patients. Il n'empêche que ceci a pour conséquence de rendre l'avis des soignants un minimum subjectif. En effet, nous nous intéressons à une pratique qui implique en droite ligne la personne soignée mais sans lui demander son avis. Par conséquent, nous ne pourrions pas corrélérer le vécu du patient à celui du soignant.

Enfin, tout comme pour le nombre d'établissements concernés, le panel de soignants concerné par cette enquête est trop faible pour être réellement significatif.

2.1.4.3. Les biais concernant l'outil méthodologique choisi

Les dernières limites de cette enquête sont en rapport avec le questionnaire distribué. En effet, il s'agit d'un moyen simple, rapide et efficace de sondage, cependant il est peu pointu. Les questions choisies sont en grande majorité de type « fermé », ce qui ne laisse pas de marge de manœuvre aux participants de cette enquête. Les données ainsi récupérées ne sont pas aussi riches et variées que lors d'entretiens individuels, elles sont, en quelque sorte, standardisées.

Par ailleurs, le questionnaire n'a été mis à disposition que lors d'une courte durée. Même si on sait que la majorité des réponses sont obtenues au début de la période de sondage, il n'en reste pas moins qu'il ne s'agit dans mon cas que d'une vision ponctuelle du problème lié à la qualité de la prémédication anxiolytique.

Enfin, la situation actuelle, marquée par un sous-effectif chronique dans les établissements hospitaliers, aura pu représenter un frein pour cette étude. En effet, le manque de temps aura été un argument souvent avancé à mon encontre par le personnel soignant lors de la présentation de mon questionnaire. Ceci aura pu occasionner un certain nombre de non-réponses, même si je ne peux pas le mesurer directement.

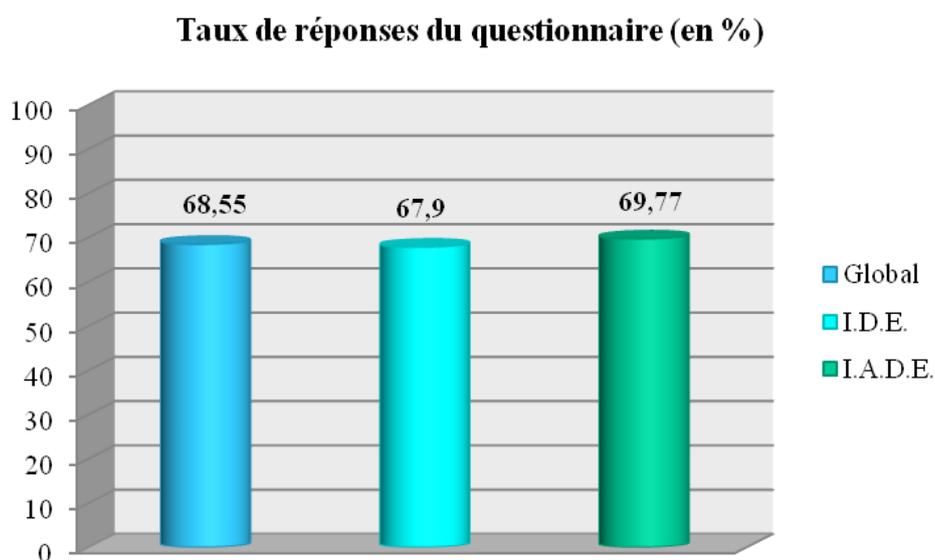
2.2. Les résultats de l'enquête vis-à-vis de la problématique

Après nous être intéressés à la mise en forme ainsi qu'au déroulement de cette enquête sur le terrain, nous allons maintenant mettre en lumière les réponses obtenues vis-à-vis de la problématique retenue, à savoir :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

2.2.1. Présentation de la population

2.2.1.1. Taux de réponses

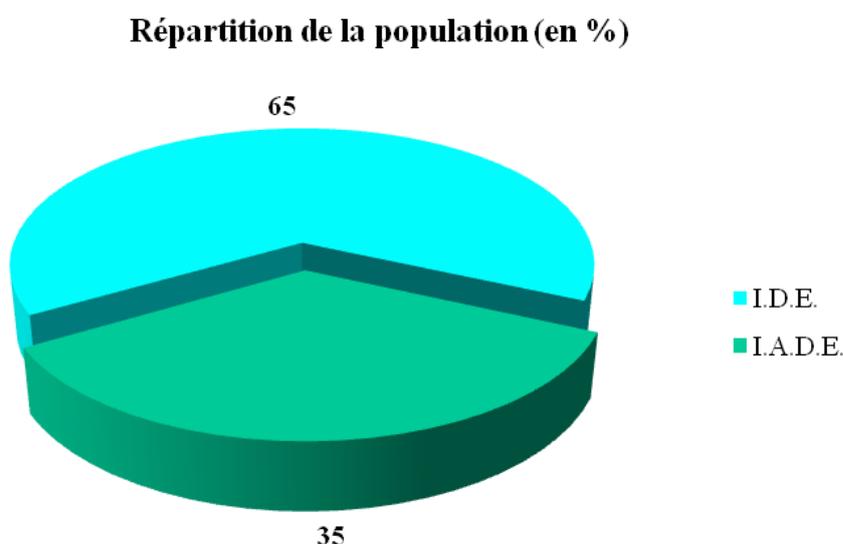


Graphique 4

A l'issue de cette enquête, j'ai obtenu un retour de 85 questionnaires sur 124 distribués, soit un taux de réponse global de 68,55 %. Ce chiffre très satisfaisant me permet de dire que cette étude sur le terrain aura été une réussite.

Par ailleurs, les I.D.E. et les I.A.D.E. ont répondu de façon assez similaire puisque j'ai obtenu 55 questionnaires sur 81 distribués dans la cohorte des I.D.E. et 30 sur 43 dans celle des I.A.D.E. Ceci donne des taux assez voisins avec respectivement 67,90 % et 69,77 % de réponses. On peut raisonnablement penser que les I.D.E. et les I.A.D.E. se sont sentis concernés par ce travail de la même façon.

2.2.1.2. La répartition de la population sondée

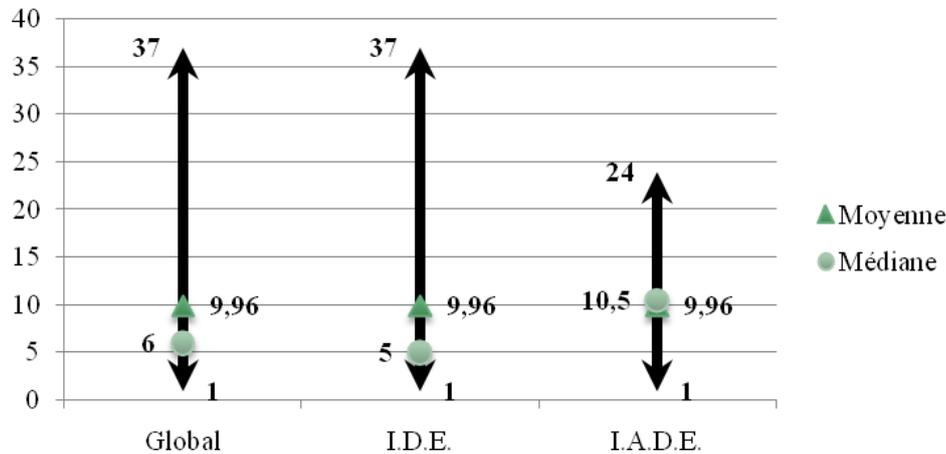


Graphique 5

Au premier item du questionnaire, concernant le choix du grade, j'ai obtenu une cohorte de 55 I.D.E. et une de 30 I.A.D.E. soit un rapport d'environ 2 pour 1. Vu que le taux de réponse de ces deux catégories de soignants est similaire, on retrouve la même proportion d'I.D.E. et d'I.A.D.E. que dans la population sondée (figure 3 p. 61). Ceci m'amène à penser que la composition de la population ayant répondu à cette enquête est homogène, et reflète la population générale.

2.2.1.3. L'expérience des soignants

**Amplitude, ancienneté moyenne et médiane par grade
(en années)**



Graphique 6

Le second item du questionnaire s'intéressait à l'ancienneté des agents dans leur grade, en leur faisant préciser leur année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier ou d'infirmier anesthésiste.

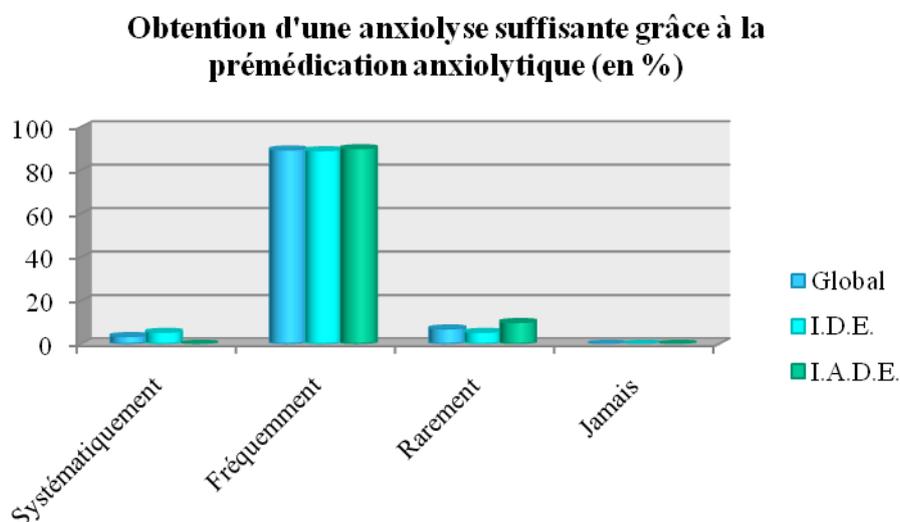
De façon générale, l'ancienneté globale varie de 1 à 37 ans, avec une moyenne d'exercice à 9,96 ans et une médiane à 6 ans. Cette dernière montre que 50 % des personnes sondées travaillent depuis plus de 6 ans et 50 % ont une expérience inférieure à 6 ans. Nous nous retrouvons donc face à une population générale avec une expérience très variée en termes d'années de travail, néanmoins l'ancienneté reste relativement faible puisque la moitié exerce depuis moins de 6 ans.

L'ancienneté globale des I.D.E. est identique à la population générale. En effet, ces deux extrêmes ont été retrouvés dans cette cohorte. Par ailleurs, la moyenne d'exercice est elle aussi égale à 9,96 ans mais la médiane est de 5 ans, soit environ deux fois moins. Ceci témoigne d'un manque d'homogénéité de cette cohorte.

Enfin, la catégorie des I.A.D.E. paraît beaucoup plus homogène. En effet, le gradient d'ancienneté est plus restreint (1 à 24 ans d'expérience) mais surtout, les anciennetés moyenne et médiane sont très proches avec respectivement 9,96 ans et 10,5 ans.

2.2.2. Que pensent les soignants de la qualité de la prémédication ?

2.2.2.1. Un objectif qualitatif atteint ?



Graphique 7

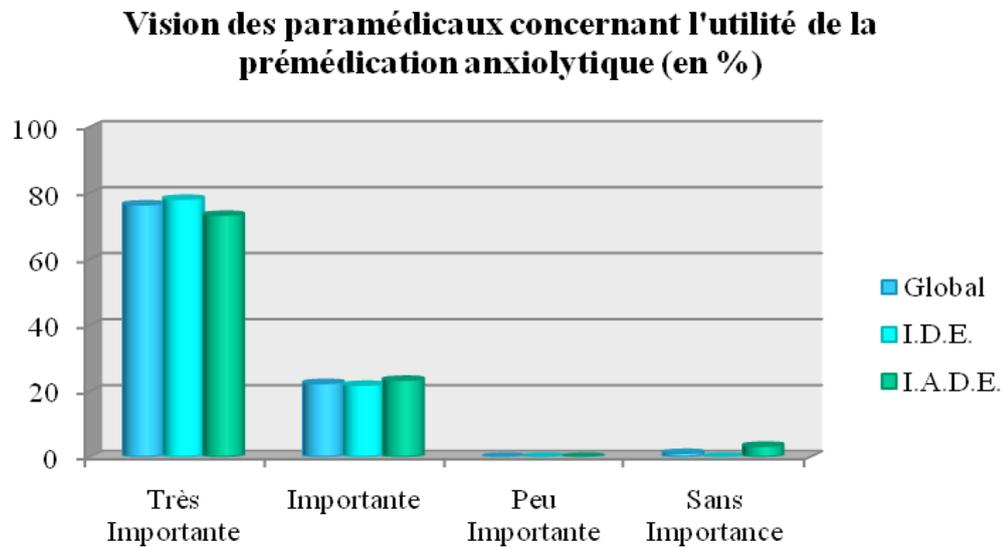
Le troisième item reflète le ressenti des soignants face à la qualité supposée de l'anxiolyse pharmacologique préopératoire. En effet, à l'affirmation « *Un patient, prêt pour le bloc opératoire, calme, détendu et présentant une normalité neurovégétative est un objectif atteint* », on s'aperçoit que l'immense majorité de la population sondée pense qu'il l'est fréquemment (89,41 %). Ce taux est similaire, que ce soit chez les I.D.E. (89,09 %) où chez les I.A.D.E. (90 %).

Cependant, la figure 7 met en évidence que l'objectif qualitatif est loin d'être obtenu systématiquement, avec un taux global de seulement 3,53 %, dont aucune réponse positive chez les I.A.D.E.

Par ailleurs, les I.A.D.E. ont répondu qu'il était rarement atteint dans 10 % des cas, contre 5,46 % pour les I.D.E., soit deux fois moins. Cela peut en partie être expliqué par le fait que les I.A.D.E. évaluent la qualité de la prémédication alors que les I.D.E. la distribuent.

Enfin, personne n'a répondu que cet objectif n'était jamais atteint.

2.2.2.2. Une stratégie thérapeutique utile ?



Graphique 8

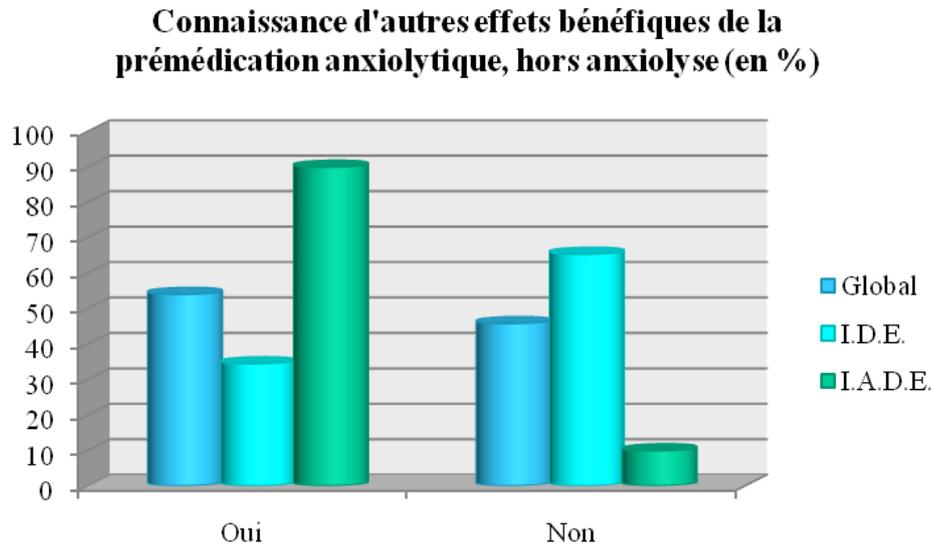
L'item suivant s'intéressait à la vision qu'avait le personnel soignant face à l'utilité de cette prémédication anxiolytique. Ainsi, pour le bon déroulement d'une anesthésie, la prémédication anxiolytique semble être très importante pour 76,47 % des soignants, dont 78,18 % chez les I.D.E. et 73,33 % chez les I.A.D.E., ce qui est assez proche.

Elle est considérée comme importante par 22,35 % des personnes sondées, dont 21,82 % chez les I.D.E. et 23,33 % chez les I.A.D.E. Ces deux catégories de soignants ont donc globalement la même vision de l'utilité de cette stratégie thérapeutique concernant la diminution du stress préopératoire.

Enfin, un I.A.D.E. seulement la considère comme sans importance, ceci peut être vu comme un épiphénomène.

2.2.3. La prémédication anxiolytique : ce que savent les soignants

2.2.3.1. Les connaissances des soignants



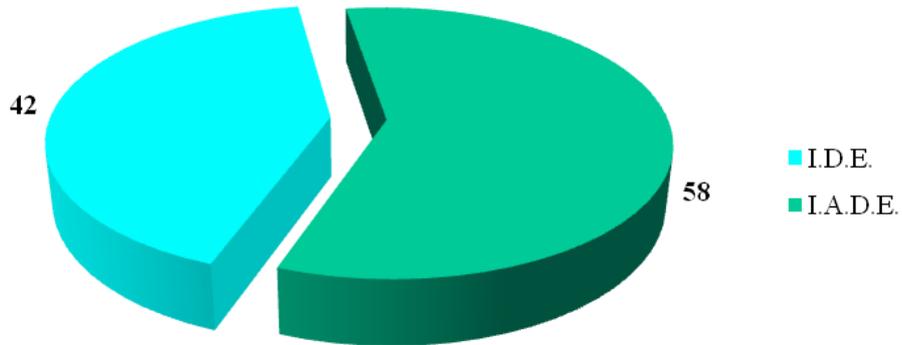
Graphique 9

La question suivante s'intéressait à la connaissance qu'ont les soignants vis-à-vis de la prémédication anxiolytique. On s'aperçoit rapidement à travers la figure 9 que seulement une grosse moitié des personnes interrogées, soit 54,12 %, peut citer d'autres effets bénéfiques, hors diminution de l'anxiété préopératoire, bien entendu.

Cependant, une différence est à réaliser entre les I.D.E. et les I.A.D.E. En effet, ces derniers sont 90 % à connaître d'autres effets positifs possible alors qu'ils ne sont que 34,55 % pour ce qui est du personnel exerçant dans les services de soins, soit 3 fois moins ! Est-ce parce que les I.A.D.E. ont appris en théorie à l'école d'anesthésie ces subtilités ou est-ce parce qu'ils y sont confrontés quotidiennement et, par expérience, peuvent individualiser les autres effets bénéfiques attendus ? Pour ce qui est des I.D.E., se sentent-ils réellement concernés par ceci ? Peut être ne voient ils pas dans les unités de soins les bienfaits possibles ?

2.2.3.2. La qualité des connaissances des soignants

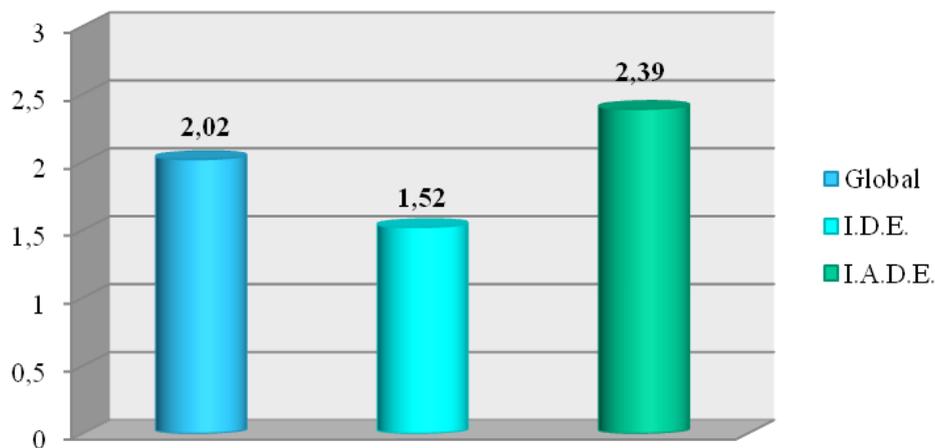
Population ayant mentionné des effets positifs, hors anxiolyse, de la prémédication anxiolytique (en %)



Graphique 10

La question n°6 demandait de préciser d'autres effets positifs de la prémédication anxiolytique, hors diminution du stress préopératoire. 46 personnes ont répondu favorablement à cette interrogation. Cependant, les réponses d'une personne étaient inexploitable car hors sujet. Le panel total est donc de 19 I.D.E. (42,22 %) et 26 I.A.D.E. (57,77 %) ayant répondu à cette question.

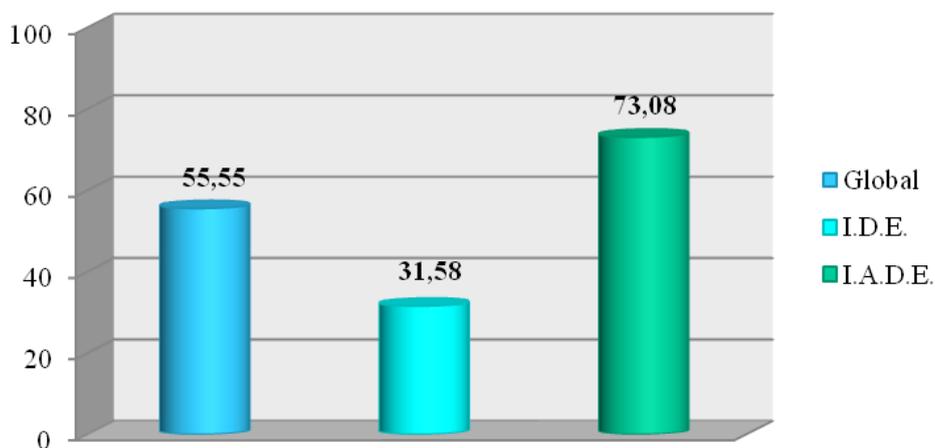
Nombre moyen d'effets positifs de la prémédication anxiolytique cités



Graphique 11

D'après la figure 11, on s'aperçoit également que le nombre moyen de réponses apporté par les répondeurs était de 2,02. Cependant, on remarque que les I.A.D.E. ont une connaissance plus importante vis-à-vis de ces effets que les I.D.E. (2,39 réponses en moyenne contre 1,52).

Taux de personnes connaissant au moins deux effets positifs de la prémédication anxiolytique (en %)

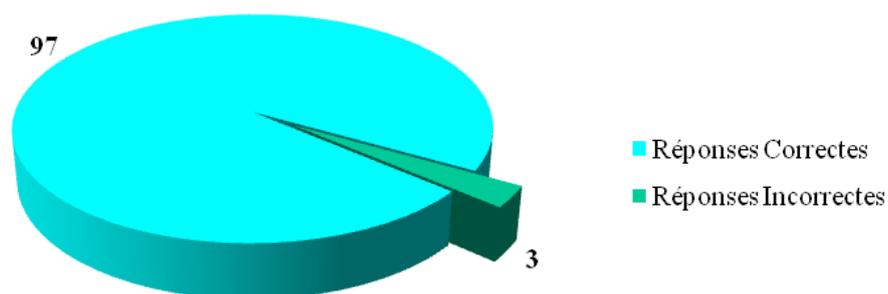


Graphique 12

A travers la figure 12, on peut voir que 73,08 % des I.A.D.E. ayant répondu à la question n°6 ont marqué au moins deux effets positifs. Ils ne sont que 31,58 % chez les I.D.E. soit environ 2,5 fois moins. Le taux global est de 55,55 %.

En prenant en compte les figure 10, 11 et 12, on remarque que les I.A.D.E. sont plus nombreux à avoir répondu que les I.D.E. Ceci peut être expliqué par le fait qu'ils aient suivi une formation complémentaire spécifique de 2 ans, mais aussi parce qu'ils sont directement confrontés aux différents bénéfices apportés par la prémédication anxiolytique au sein du bloc opératoire.

Réponses attendues concernant les autres effets bénéfiques de la prémédication anxiolytique (en %)

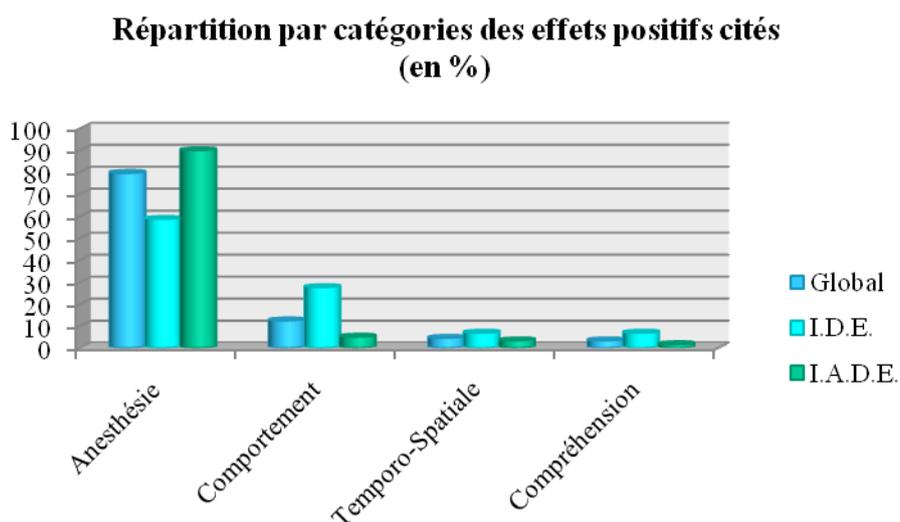


Graphique 13

Ce graphique nous montre la qualité globale des réponses fournies par les personnes interrogées avec 97 % de réponses apportées considérées comme correctes. Ce taux est d'ailleurs excellent, ce qui montre que les connaissances sont présentes chez les soignants. Les réponses inadéquates stipulaient une prévention de l'ulcère gastroduodéal

ou une facilité accrue pour équiper les patients et provenaient aussi bien d'I.D.E. que d'I.A.D.E.

Les réponses correctes ont été classées en quatre grandes catégories, comme le montre la figure suivante.



Graphique 14

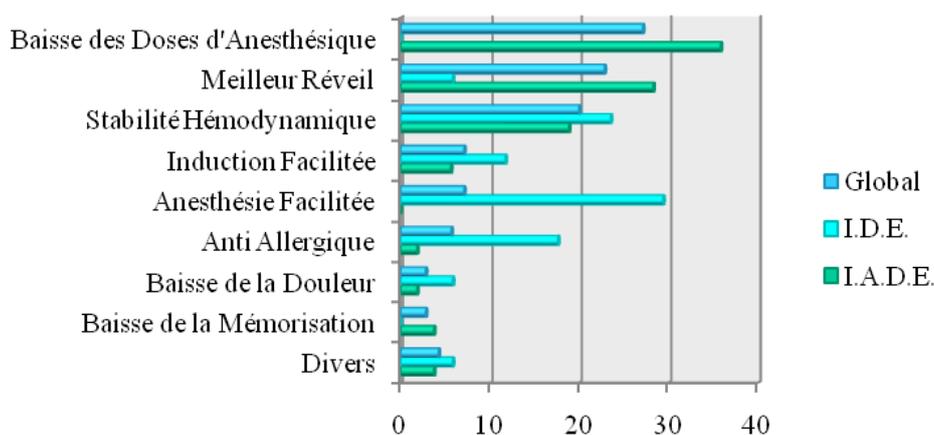
On remarque vite que la grande majorité des réponses (79,55 %) met en évidence des effets positifs concernant l'anesthésie dans sa globalité (ils seront détaillés dans la figure suivante). Cependant, cela représente 89,82 % des réponses des I.A.D.E., alors que ce taux n'est que de 58,62 % pour les I.D.E., soit un gradient de 31 points en faveur des premiers cités. Ceci n'est pas illogique dans la mesure où les I.A.D.E. peuvent juger ces effets au cours de l'anesthésie, chose que les I.D.E. ne peuvent pas forcément apercevoir.

Pour ce qui est des réponses concernant des effets positifs sur le comportement du patient (patient plus calme, rassuré, plus coopérant, moins demandeur...), il semblerait que les I.D.E. soient beaucoup plus préoccupés par ceci que les I.A.D.E. En effet, le taux global de réponses est de 12,5 %, mais ce taux n'est que de 5,09 % pour les I.A.D.E. alors qu'il grimpe à 27,58 % pour les I.D.E., soit 5 fois plus !

Le personnel d'anesthésie se renfermerait-il sur le côté technique de la profession ?
 Mettrait-il les rapports humains au second plan ?

Enfin, pour ce qui est des effets bénéfiques vis-à-vis d'une meilleure gestion temporo-spatiale (perte de l'environnement, diminution de l'attente) ou de la compréhension du patient (meilleur vécu, explication et compréhension du post opératoire favorisé), les taux de réponses globaux sont proches : 4,55 % contre 3,4 %, avec, la aussi des I.D.E. se sentant plus concernés (6,9 % des réponses dans les deux catégories, alors que les I.A.D.E. ont émis des réponses de ce type dans respectivement 3,39 % et 1,7 % des cas).

Répartition des effets positifs de la prémédication anxiolytique envers l'anesthésie (en %)



Graphique 15

Pour finir avec la question n°6, il me paraissait indispensable d'analyser les réponses concernant les effets bénéfiques de la prémédication anxiolytique vis-à-vis de l'anesthésie. Le résultat principal rapporté, dans 27,14 % des cas, est la diminution des doses nécessaires au bon fonctionnement d'une anesthésie. On modèrera ce chiffre car seuls les I.A.D.E. l'ont stipulé (à 35,85 %) et semblent le connaître. La seconde action notable est, pour 22,86 % des sondés, une meilleure qualité de réveil. La aussi, nous

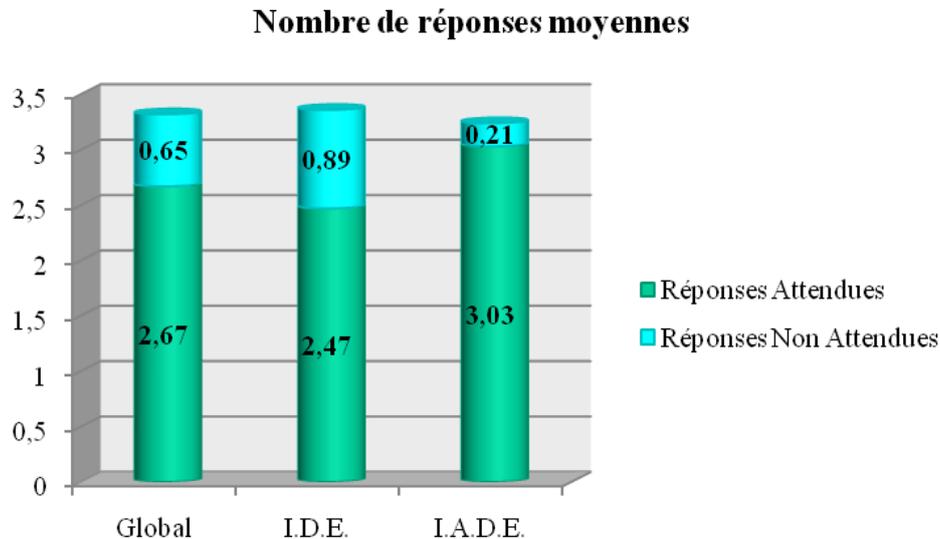
mettons en évidence une grande discordance entre les réponses I.D.E. (5,88 %) et I.A.D.E. (28,3 %). On peut émettre l'idée que les I.D.E. des unités de soins ne sont pas confrontés directement à ces deux effets, il peut alors paraître normal que ceci ne soit pas connu de leur part.

La troisième conséquence positive procurée par la prémédication anxiolytique, et rapportée par 20 % des sondés, est une meilleure stabilité hémodynamique en peropératoire. Mais, curieusement, se sont les I.D.E. qui ont fourni le plus fort taux de réponses avec 23,53 % contre 18,87 % chez les I.A.D.E. Les deux effets positifs suivants (induction facilitée et anesthésie facilitée) ont été cités avec la même proportion de 7,14 %. Mais, la encore, ce sont les I.D.E. qui les ont signalé pour la plus forte part : 11,76 % et 29,41 % de leurs réponses contre 5,66 % chez les I.A.D.E. concernant une induction plus aisée. L'anesthésie facilitée n'a pas été signalé par ces derniers, on peut imaginer que c'est par le fait que, précédemment, ils aient beaucoup plus détaillés les effets positifs vis-à-vis de l'anesthésie (diminution des doses, meilleur réveil et, à un degré moindre, stabilité hémodynamique) que les I.D.E. En outre, on remarquera que cette réponse, qui reste malgré tout assez évasive, est celle ayant été rapporté de façon la plus fréquente par les I.D.E. On peut penser qu'ils savent, d'une manière générale, qu'une prémédication anxiolytique est bénéfique pour le déroulement d'une anesthésie, mais sans savoir réellement sur quels points précis.

Ensuite, l'obtention d'une action antiallergique a été rapportée par 5,71 % des personnes sondées, ce qui est peu. Par contre, ce qui est très surprenant encore une fois, c'est que ce soient les I.D.E. (qui sont pourtant les moins concernés et sensibilisés au risque allergique en anesthésie) qui y aient songé le plus (17,65 % d'entre eux), alors que seulement 1 I.A.D.E. y a pensé (1,89 %) !

Enfin, les dernières réponses (diminution de la douleur, de la mémorisation périopératoire) n'ont été signalées que par une très faible proportion de soignants (2,86 % dans les deux cas), le risque de mémorisation étant d'ailleurs inconnu des I.D.E. Pour être totalement exhaustif, les réponses diverses comprennent les diminutions du risque de laryngospasme, de complications postopératoires et du tonus musculaire. Elles n'ont été rapportées que de façon unique par des soignants différents.

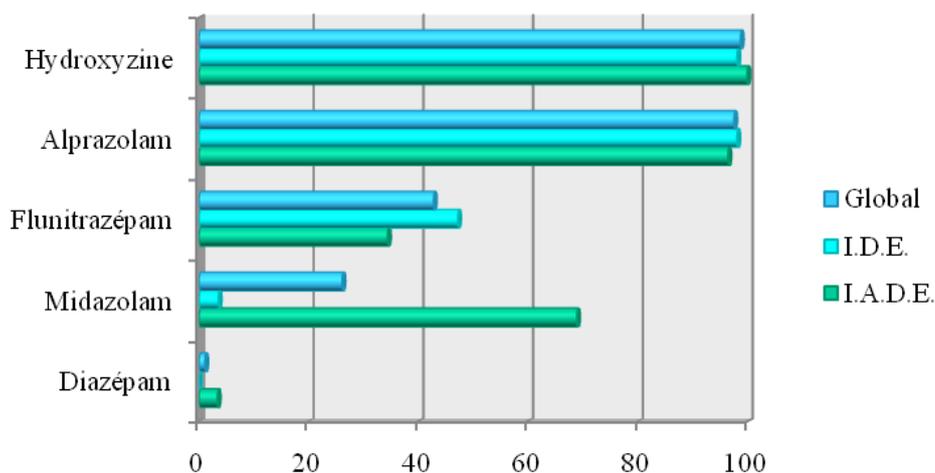
2.2.3.3. Connaissance des molécules utilisables



Graphique 16

La question n°13 s'attachait à vérifier les connaissances des paramédicaux vis-à-vis de l'arsenal thérapeutique mis à leur disposition pour réaliser une prémédication anxiolytique efficace. Il leur était demandé de citer 4 médicaments pouvant être employé. On s'aperçoit que le nombre moyen de réponses est de 3,32 réponses par questionnaire, dont 3,36 pour les I.D.E. et 3,24 pour les I.A.D.E. Le nombre moyen est donc très proche pour les deux corporations infirmières. Cependant, les réponses considérées comme attendues (citation des produits décrits dans l'apport théorique, à savoir : Alprazolam, Diazépam, Flunitrazépam, Lorazépam, Midazolam, Oxazépam, Hydroxyzine, Clonidine, Kétamine) sont de 2,47 par I.D.E. contre 3,03 par I.A.D.E., par conséquent le nombre de réponses non attendues est de 0,89 par I.D.E. contre 0,21 par I.A.D.E. Autrement dit, les I.A.D.E. ont des connaissances plus précises concernant les différents produits utilisables (taux de réponse attendu de 93,62 %), les I.D.E. fournissant presque 1 réponse inattendue par questionnaire (taux de réponse attendu de 73,51 %).

Molécules attendues citées (en %)



Graphique 17

Les molécules attendues retrouvées dans l'immense majorité des questionnaires sont l'Hydroxyzine et l'Alprazolam avec respectivement 98,80 % (dont 100 % chez les I.A.D.E.) et 97,62 %.

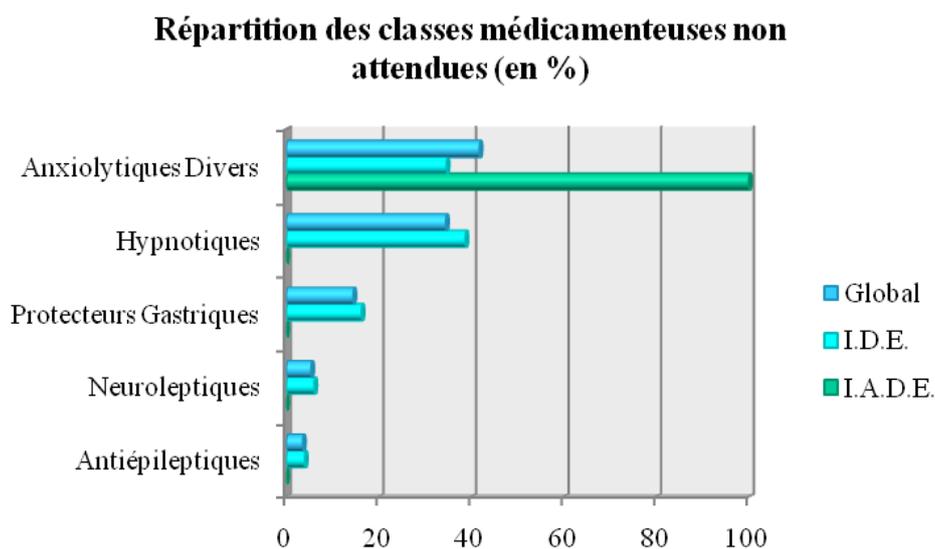
Ensuite, le Flunitrazépan est la troisième molécule la plus fréquemment citée avec un taux néanmoins largement plus faible : 42,86 %. Il est d'ailleurs plus souvent nommé par les I.D.E. (47,27 %) que par les I.A.D.E. (34,48 %). On peut penser que l'administration per os en unités de soins est, ou a été, plus utilisée que l'administration I.V.D. au bloc opératoire.

Le quatrième produit cité est le Midazolam (26,19 % en moyenne), avec cependant une énorme différence entre les I.D.E. (3,64 %) et les I.A.D.E. (68,97 % de leurs réponses). Dans ce cas présent, il paraît clair que les soignants des services d'hospitalisation n'utilisent pas ou très peu ce produit d'administration essentiellement I.V.D., contrairement au personnel d'anesthésie. Ainsi, on peut penser que la prémédication anxiolytique est complétée sur la table d'opération par cette molécule, par conséquent, il peut paraître normal que les I.D.E. ne la citent pas puisqu'ils ne sont pas présents à ce moment là.

Le cinquième et dernier principe actif retrouvé est le Diazépan avec seulement 1,19 % des réponses globales, en sachant que les I.D.E. ne l'ont pas stipulé. On

peut penser que ce produit est peu ou plus utilisé, y compris au sein du bloc opératoire, en tant qu'adjuvant de la prémédication anxiolytique.

Enfin, on remarquera que la Kétamine et la Clonidine n'ont pas été citées, tout comme les deux autres benzodiazépines que sont le Lorazépam et l'Oxazépam.



Graphique 18

Différents médicaments ont été nommés alors qu'ils n'étaient pas attendus et permettent de distinguer cinq classes pharmacologiques différentes, la principale étant représentée par les benzodiazépines. Ainsi, différents anxiolytiques d'action longue, donc, ayant peu d'intérêt pour la prémédication anxiolytique, ont été cités. Globalement, ils correspondaient à 41,81 % des réponses inattendues. D'ailleurs, on notera que les I.A.D.E. n'ont cités que des agents de cette classe.

De plus, les I.D.E. ont cités des hypnotiques (38,78 % des réponses) ainsi que des neuroleptiques, mais à un degré bien moindre (6,12 %).

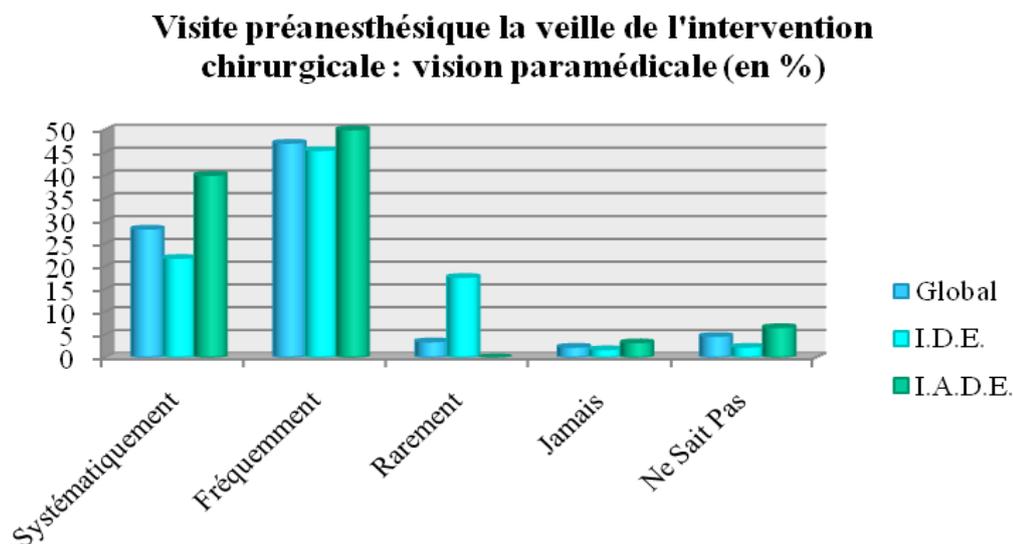
Par ailleurs, on remarquera tout de même que les soignants des services d'hospitalisation ont énoncés des antiépileptiques, à 4,08 %. On peut penser qu'il s'agit de traitements en cours ayant été administrés de façon concomitante à la prémédication, notamment dans les unités de neurochirurgie.

Enfin, et ceci peut paraître pour le moins surprenant, des protecteurs gastriques, notamment des anti-H2, ont été rapportés par tout de même 16,33 % des I.D.E. Ont-ils réellement compris l'intérêt de leur utilisation ou n'ont-ils tout simplement pas remarqué qu'il leur était demandé une énumération de produits ayant des propriétés psychotropes ?

2.3. Les résultats de l'enquête concernant l'hypothèse

2.3.1. L'organisation préopératoire : la vision des soignants

2.3.1.1. Le moment de la visite préanesthésique



Graphique 19

Nous voilà maintenant concernés par l'organisation anesthésique préopératoire. L'item n°7 s'intéressait à cet acte obligatoire (hors urgence) de la visite préanesthésique. Selon un soignant sur deux (47,06 %), celle-ci se déroule fréquemment la veille de l'intervention chirurgicale (45,45 % chez les I.D.E. et 50 % chez les I.A.D.E.).

Elle est effectuée systématiquement la veille pour 28,24 % des personnes interrogées, mais avec un écart important entre les deux corporations. En effet, d'après les I.D.E. le taux est de 21,82 % alors qu'il est de 40 % chez les I.A.D.E., soit environ deux fois plus. On s'aperçoit que, d'après 90 % des I.A.D.E., le moment de la visite serait globalement conforme à ce qu'il devrait être. Or, ce taux cumulé n'est que de 67 % chez les I.D.E. Le personnel exerçant en bloc opératoire aurait-il une idée surfaite de la situation ?

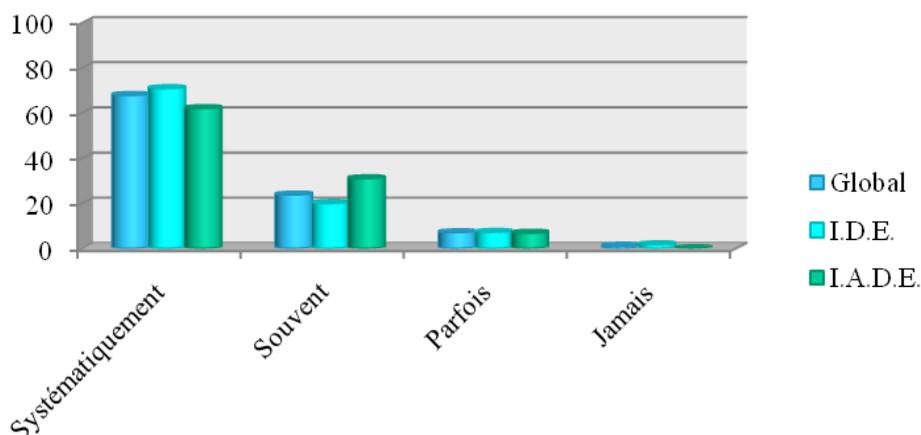
Par ailleurs, selon 17,65 % des I.D.E., cette visite est rarement effectuée la veille. Ceci corrobore tout à fait l'idée que le personnel d'anesthésie enjolive peut être un petit peu la situation.

Enfin, les taux des personnes répondant « jamais » est faible et peu représentatif (2,35 % en taux global) alors que le taux des soignants ne sachant pas est de 4,71 %, dont 6,66 % pour la population I.A.D.E., ce qui est assez compréhensible puisque n'étant pas présent à ce moment là.

Pour être tout à fait exhaustif, 2 I.A.D.E. sur les 30 sondés (soit 6,66 %) ont jugé bon de préciser que leurs réponses étaient entendues hors urgence.

2.3.1.2. La disponibilité du programme opératoire

Disponibilité du programme opératoire : vision paramédicale (en %)



Graphique 20

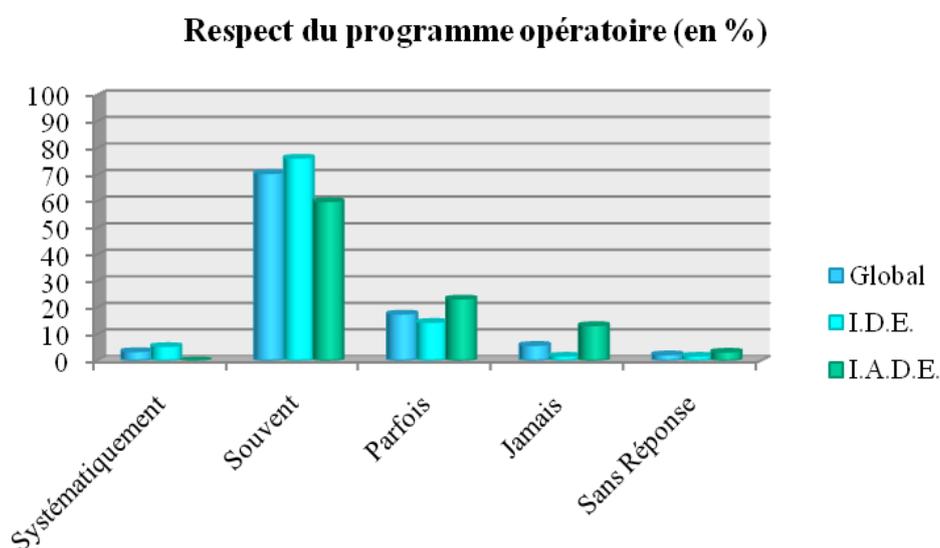
Pour ce qui est de l'item n°9, visant l'accès du personnel soignant au programme opératoire, on s'aperçoit que les réponses sont réparties de façon assez similaire entre les I.D.E. et les I.A.D.E.

En effet, il est systématiquement disponible pour 67,86 % d'entre eux, dont 70,91 % pour les I.D.E. et 62,07 % pour les I.A.D.E. On remarque vite que le personnel

qui est en première ligne au bloc opératoire ne le trouve de façon systématique que dans moins de deux tiers des cas, ce qui me semble assez surprenant. Ceci est renforcé par le fait que 6,90 % des I.A.D.E. ne le trouve disponible que « parfois » (7,27 % pour les I.D.E.). Cela reflèterait-il un manque de collaboration ou de communication entre les différents acteurs intervenants dans l'élaboration de celui-ci ?

Enfin, il est souvent disponible pour un I.D.E. sur cinq (20 %) et presque un I.A.D.E. sur trois (31,03 %).

2.3.1.3. Le respect du programme opératoire



Graphique 21

L'item n°10 s'intéressait au respect du programme opératoire. Il l'est souvent pour 70,59 % de la population interrogée, avec cependant un écart de 16 points entre les I.D.E. et les I.A.D.E. (76,36 % contre 60 %). On peut penser que les agents travaillant en unités de soins sont moins confrontés aux changements de dernière minute se passant au bloc opératoire.

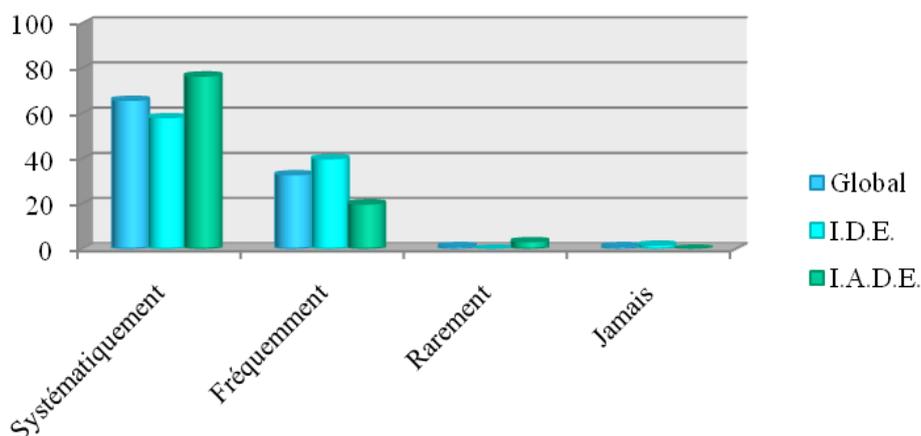
Il est parfois respecté pour 17,65 % des agents, dont 23,33 % chez les I.A.D.E. et 14,55 % chez les I.D.E. Par ailleurs, il n'est jamais respecté pour 13,33 % des

I.A.D.E. ! Ceci est complété par le fait qu'aucun d'entre eux ne pense qu'il est systématiquement respecté. On touche ici du doigt un dysfonctionnement relativement conséquent puisque 40 % des I.A.D.E. considèrent que le programme opératoire n'est pas observé correctement ! Il est vrai que les services enquêtés ont une part d'activité réalisée en urgence, néanmoins cela ne peut pas tout expliquer.

2.3.2. L'administration de la prémédication anxiolytique

2.3.2.1. La prescription de la prémédication anxiolytique

Prescription d'une prémédication anxiolytique : vision paramédicale (en %)



Graphique 22

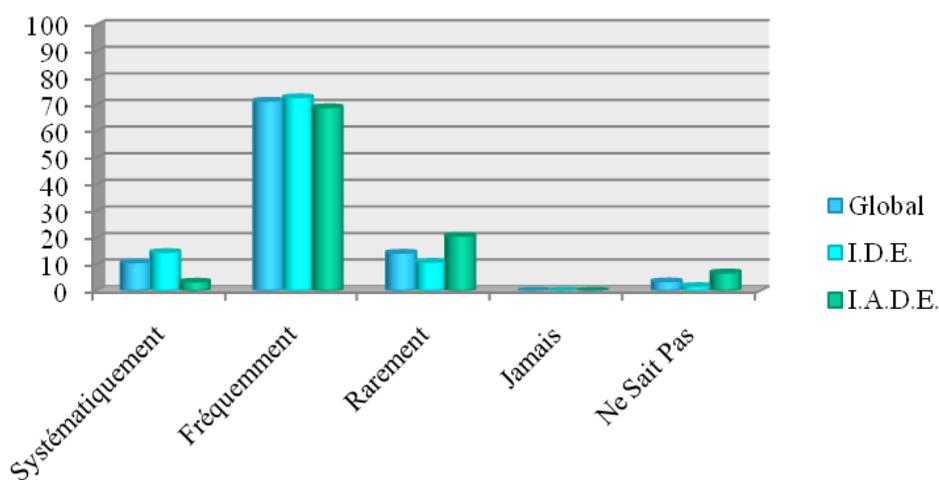
L'item n°8 va mettre en évidence l'importance de la prescription médicale d'une prémédication anxiolytique à l'issue de la visite préanesthésique. On s'aperçoit qu'elle est systématique pour 65,88 % des personnes interrogées, dont 58,18 % pour les I.D.E. et 76,66 % des I.A.D.E. Ce gradient de 18 points de pourcentage, en faveur du personnel anesthésique, peut vraisemblablement s'expliquer par le recours complémentaire à des moyens pharmacologiques d'administration I.V.D. au bloc

opérateur, que ce soit en association ou non d'une thérapeutique préexistante per os distribuée dans les unités de soins.

Par ailleurs, elle est fréquemment prescrite selon 32,94 % des agents, dont 40 % des I.D.E. et 20 % des I.A.D.E., soit deux fois moins. Cependant, l'association des taux d'administration « systématique » et « fréquente » dans les deux corporations est très proche avec respectivement 98,18 % des I.D.E. et 96,66 % des I.A.D.E. Ainsi, on peut affirmer sans crainte que la prescription d'une prémédication anxiolytique est devenue un phénomène routinier. Les quelques pourcentages manquant devant correspondre aux situations urgentes pour lesquelles aucune thérapeutique à visée anxiolytique n'est administrée.

2.3.2.2. Le moment de son administration

Administration de la prémédication à H-1 (en %)



Graphique 23

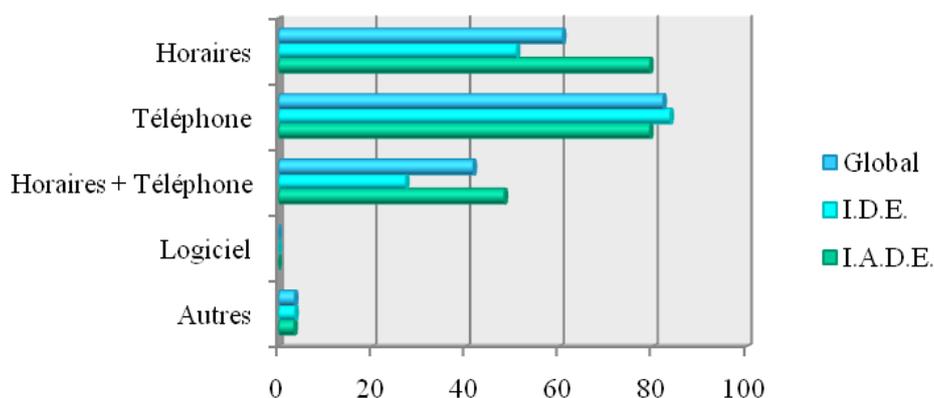
L'item n°11 ciblait le moment de l'administration en service de la prémédication anxiolytique. Globalement, elle est fréquemment distribuée à H-1 pour 71,43 % des personnes sondées, avec un taux assez proche entre I.D.E. et I.A.D.E. (72,73 % versus 68,97 %).

Par contre, elle ne l'est systématiquement que pour 3,45 % des I.A.D.E. contre 14,55 % des I.D.E., ce qui donne un taux global de 10,71 %. L'écart de 11 points de pourcentage entre les deux catégories de paramédicaux viendrait-il du fait d'un manque de communication ? Par ailleurs, on notera que l'essentiel des personnes sondées ne sachant pas le moment de la distribution en service est représenté par des I.A.D.E. (6,90 % de la cohorte). Ceci n'est pas surprenant puisqu'ils ne sont pas concernés par la prise médicamenteuse, néanmoins, cela conforte l'idée d'un manque de communication entre les différents acteurs soignants.

Enfin, elle est rarement distribuée au moment opportun d'après 14,29 % des soignants, mais avec un taux qui varie du simple au double entre les I.D.E. et les I.A.D.E. (10,91 % contre 20,69 %). Ainsi, un I.A.D.E. sur cinq considère que ce délai n'est pas respecté, ce qui pourra potentiellement entraîner des répercussions sur l'efficacité de l'anxiolyse pharmacologique.

2.3.2.3. La relation bloc opératoire – service d'hospitalisation

Répartition des moyens d'avertissement du moment idéal d'administration de la prémédication anxiolytique (en %)



Graphique 24

L'item n°12 s'intéressait au moyen par lequel le personnel soignant des services de chirurgie était alerté du moment opportun d'administration de la prémédication anxiolytique au patient. On s'aperçoit que le téléphone est l'outil le plus utilisé selon 82,14 % des sondés, avec des taux comparables entre I.D.E. et I.A.D.E (83,64 % versus 79,31 %). On peut penser que ce moyen de communication permet une réactivité quasi-immédiate entre le bloc opératoire et les unités d'hospitalisation, à condition qu'il ne soit pas employé trop précocement ou tardivement.

Les horaires prédéfinis sont retrouvés dans 60,71 % des questionnaires mais avec une différence notable de presque 30 points entre les deux corporations (50,91 % pour les I.D.E. et 79,31 % pour les I.A.D.E.). On peut imaginer que les horaires sont plus fréquemment disponibles au sein même du bloc opératoire.

Le binôme horaires-téléphone est recensé dans 41,66 % des cas, dont seulement 27,27 % des I.D.E. contre 48,28 % des I.A.D.E. Ceci peut en partie confirmer que les horaires soient moins souvent disponibles dans les unités de soins.

D'autres réponses ont été fournies (3,57 % en taux global), parmi lesquels étaient stipulées que l'heure d'administration de la prémédication anxiolytique était noté sur la feuille de consultation d'anesthésie, ou alors que c'était le passage du M.A.R. dans le service qui autorisait cette distribution.

Enfin, on remarquera que personne n'utilise de logiciel de gestion d'activité de programme opératoire, ou de gestion de mouvement de patient.

Conclusion

Tout au long de ce second chapitre, nous avons décrypté sous différents angles l'enquête réalisée sur le terrain vis-à-vis de la qualité de la prémédication anxiolytique. En effet, dans un premier temps, nous avons vu la genèse de cette recherche intra hospitalière, avec les choix raisonnés des différents lieux et personnes sondées. Puis, nous nous sommes intéressés aux résultats récoltés concernant la problématique mais aussi l'hypothèse émises au début de ce travail.

Nous retiendrons que cette enquête auprès des personnels soignants des blocs opératoires et unités de soins de neurochirurgie et chirurgie cardiovasculaire aura reçu un accueil favorable avec près de 70 % de répondants.

Par ailleurs, nous avons vu que la qualité de la prémédication anxiolytique était un objectif à atteindre, pour autant il existe des dysfonctionnements persistants autour de celle-ci. Ainsi, l'enquête aura révélé certaines lacunes concernant les connaissances des soignants mais aussi l'organisation anesthésique périopératoire. Nous aurons pu nous rendre compte à la simple lecture des résultats que nous nous trouvons face à un problème beaucoup plus complexe que ce que l'on pouvait imaginer au départ, différentes interactions rendant la question de la qualité de l'anxiolyse pharmacologique délicate et ambiguë à traiter. C'est la raison pour laquelle, dans une troisième partie, nous allons analyser les différents résultats en liens avec la question de départ et l'hypothèse afin de les confronter à la théorie énoncée dans la première partie de cet ouvrage.

3. ORGANISATION DE L'ANXIOLYSE PHARMACOLOGIQUE, ENTRE THEORIE ET PRATIQUE : APPROCHE ANALYTIQUE

Introduction

Dans un premier temps, nous avons vu comment devait se dérouler la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez le futur opéré. Ceci était une vision purement théorique du sujet. Puis, dans un second temps, je me suis attaché à mener à bien une enquête auprès des personnels I.D.E. et I.A.D.E., afin d'explorer leurs sentiments envers la phase préopératoire et la prémédication anxiolytique. Ce point de vue des soignants, directement sur le terrain, correspondait à une approche pratique de ce thème. Enfin, dans un troisième temps, je vais m'attacher à mettre en lien les résultats obtenus, par l'intermédiaire de mon questionnaire, avec les concepts mobilisés au cours de la première partie de ce travail d'intérêt professionnel.

L'analyse qui va en découler me permettra de vérifier le bien fondé de ma problématique initiale :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

A la suite de ce troisième chapitre, je vais être en mesure d'infirmer ou de confirmer mon hypothèse :

Du fait de contraintes organisationnelles, elle n'est pas distribuée au moment opportun.

La première partie de cette approche analytique s'intéressera à la problématique. Après avoir mis en lumière la vision des soignants concernant l'utilité et l'efficacité de la prémédication anxiolytique, je m'attacherai à démontrer que des

disparités existent entre les I.D.E. et les I.A.D.E. sondés, notamment en termes de formation, de rôle et de connaissances mobilisées.

La seconde partie se consacrera à l'hypothèse, autrement dit, à l'organisation anesthésique préopératoire des lieux enquêtés. Les résultats que j'ai obtenus m'amènent à penser que celle-ci est complexe et délicate.

La troisième partie, enfin, mettra en lumière l'implication des soignants, leur volonté à améliorer la situation actuelle, et me conduira à envisager quelques pistes de réflexion.

3.1. I.D.E. et I.A.D.E. : deux professions distinctes ?

Les I.D.E. et les I.A.D.E. ont été les deux populations que j'ai décidé de sonder pour effectuer mon enquête, pour les raisons que j'ai citées dans le second chapitre de ce travail. Ces deux catégories de personnels apportent des soins aux patients hospitalisés, les I.A.D.E. étant eux-mêmes d'anciens I.D.E. Il n'en demeure pas moins que leurs tâches sont bien différentes, à tel point que l'on pourrait penser que les I.D.E. et les I.A.D.E. exercent aujourd'hui deux métiers distincts. Nous allons voir pourquoi ceci peut avoir des répercussions sur la qualité de la prémédication anxiolytique.

3.1.1. I.D.E.-I.A.D.E. : Un profil identique

Nous venons de voir, grâce à mon enquête, que les I.D.E. et les I.A.D.E. possèdent le même ressenti vis-à-vis de la prémédication anxiolytique. Ceci peut s'expliquer par l'existence de nombreuses similitudes entre les deux corporations.

3.1.1.1. Des rôles superposables

Tout d'abord, un infirmier (du latin in-firmus : qui s'occupe des infirmes, étymologiquement parlant) est une personne dont le métier est de délivrer des soins infirmiers. Ainsi, d'après l'**article L4311-1 du code de la santé publique**, « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* »¹⁷¹. Or, ceci est bien évidemment applicable aux deux professions (les I.A.D.E. étant d'anciens I.D.E.). Ils possèdent donc

¹⁷¹ Code de la Santé Publique, Partie législative, 4^{ème} Partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er} : Exercice de la profession.

tous deux un rôle propre qui leur permet de prendre des initiatives dans la prise en charge des patients.

Par ailleurs, ils sont dépendants tous les deux d'une prescription médicale. En effet, celle-ci est « *le seul lien hiérarchique existant entre le médecin et l'I.D.E. Il est chargé de la mise en application des prescriptions médicales, et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler* »¹⁷². Nous nous apercevons donc que le lien hiérarchique unissant le médecin à l'I.D.E. ou à l'I.A.D.E. est similaire.

Enfin, les qualités requises à l'exercice de ces deux professions sont superposables et réunis dans différentes fiches de postes¹⁷³: sens de l'organisation et des priorités, rigueur, maîtrise de soi, esprit d'équipe, efficacité, gestion du stress... Ils ont également les mêmes objectifs parmi lesquels assurer la continuité des soins, participer à la recherche en soins infirmiers et en faire communication, analyser, évaluer leur pratique professionnelle et améliorer la qualité des soins¹⁷⁴... Pour finir, ils sont également soumis aux mêmes obligations, notamment au secret professionnel.

3.1.1.2. Une vision similaire de la prémédication anxiolytique

Comme nous venons de le voir, les points communs entre ces deux corporations sont nombreux et il est donc normal, à mon sens, qu'ils partagent la même vision de la prémédication anxiolytique.

En effet, cette thérapeutique est très importante pour environ trois quart des soignants, et importante pour 22 %, avec des écarts peu significatifs entre I.D.E. et I.A.D.E.¹⁷⁵. Par ailleurs, près de 90 % des soignants pense que l'anxiolyse préopératoire est fréquemment suffisante, avec là aussi, des écarts très faibles entre les deux

¹⁷² COLLECTIF, **Infirmier, rôle médico-délégué**, [en ligne], [30 Mars 2009], information disponible sur <http://fr.wikipedia.org>.

¹⁷³ Offres d'emplois disponibles sur <http://www.im2s.mc> et <http://www.clinique-europe78.fr>.

¹⁷⁴ HURON A., **La profession infirmière**, [en ligne], [30 Mars 2009], information disponible sur <http://www.infirmiers.com>.

¹⁷⁵ Graphique 8 p. 74.

corporations¹⁷⁶. Ceci met donc en lumière une similitude entre les différents acteurs de soins quant à la mise en œuvre de la prémédication anxiolytique.

Pour autant, celle-ci n'est jamais obtenue systématiquement, selon les I.A.D.E., et rarement pour 10 % d'entre eux. Les I.D.E. ont également cette même représentation¹⁷⁷. Autrement dit, et malgré des résultats pour le moins satisfaisants et semblant à première vue homogènes, nous percevons clairement que des progrès sont encore possibles dans l'amélioration de l'anxiolyse pharmacologique préopératoire du patient. Par conséquent, nous pouvons raisonnablement penser que cette thérapeutique est encore soumise à différentes variables. En effet, un aléa étant un « événement imprévisible »¹⁷⁸, (il peut être représenté par la labilité de l'organisation opératoire, par exemple¹⁷⁹), nous en déduisons qu'actuellement, la qualité de la prémédication anxiolytique est encore parfois rendue aléatoire, les différents résultats récoltés par mon enquête l'ont d'ailleurs confirmé.

3.1.2. Des différences secondaires importantes

La distinction entre I.D.E. et I.A.D.E. peut donc être considérée comme insignifiante, aux vues des rôles, des objectifs et des qualités nécessaires à l'exercice de l'une ou de l'autre des professions. Néanmoins, en pratique, il existe une certaine disparité entre les deux corporations, tant en termes de vécu professionnel des soignants que de savoirs respectifs. D'ailleurs « *la compétence de l'I.A.D.E. procède de l'application des connaissances acquises au cours des formations initiale et continue, ainsi que de l'expérience résultant de l'exercice professionnel* »¹⁸⁰, c'est la raison pour laquelle je vais donc maintenant développer ces deux points.

¹⁷⁶ Graphique 7 p. 73.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

¹⁷⁹ Graphique 21 p.88.

¹⁸⁰ DIXNEUF B., BALAGNY E., CHAUMETTE F., DEBAERT A., DORNE R., FAUCON T., FERET J., GIRAUD E., LAVERDISSE D., MASCARO J.M., MOULINOUX C., SCHERPEREEL P., VIALARD M.L., VIGNIER M., **Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état**, [en ligne], Janvier 1995, [31 Mars 2009], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

3.1.2.1. Des expériences inégales

En effet, nous avons vu que l'ancienneté moyenne dans le grade est identique entre I.D.E. et I.A.D.E., soit environ 10 ans chacune¹⁸¹. Cependant, ceci est en partie biaisé par le fait que le gradient d'ancienneté est beaucoup plus grand chez les I.D.E. (37 ans versus 24 ans en anesthésie), ce qui a pour conséquence d'augmenter artificiellement la moyenne d'exercice. Par ailleurs, il ne faut pas oublier non plus que les I.A.D.E. n'ont bénéficié de leur formation spécialisée de 2 ans qu'après avoir effectué au minimum 24 mois d'exercice professionnel en unités de soins. Autrement dit, à la durée moyenne d'exercice s'ajoute les durées d'activités professionnelles minimales antérieures ainsi que les 2 années de formation I.A.D.E. Par conséquent, ces derniers ont alors une expérience moyenne d'environ 14 ans en structure hospitalière.

Par ailleurs, l'expérience médiane en unité de soins des premiers cités n'est que de 5 ans alors qu'elle est supérieure à 10 ans en milieu anesthésique¹⁸². En creusant un peu, et pour la même raison que dans le paragraphe précédent, nous nous rendons compte que 50 % d'entre eux possèdent une ancienneté réelle sur le terrain supérieure à 14 ans minimum en milieu hospitalier. Le ratio d'expérience I.D.E. / I.A.D.E. est donc de 1 pour 3 !

Ainsi, tout ceci a son importance car une grande part de nos acquis est fondée sur la pratique professionnelle. En effet, les formations I.D.E. et I.A.D.E. sont basées sur l'alternance cours théoriques – stages. D'ailleurs, ces deux cursus font la part belle à ces derniers. En effet, la proportion de temps passé réellement sur le terrain est importante dans les deux cas : 2380 heures sur 4760 heures, soit 50 %, chez les I.D.E.¹⁸³ et 2450 heures sur 3640, soit 67 %, pour les I.A.D.E.¹⁸⁴.

Or, l'expérience est un « évènement vécu ou pratique prolongée de quelque chose, apportant un enseignement (...) Connaissance de la vie, des choses, acquises par des situations vécues »¹⁸⁵. A la lecture de cette définition, nous comprenons alors que le

¹⁸¹ Graphique 6 p. 72.

¹⁸² Ibid.

¹⁸³ Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, J.O. n° 72 du 25 Mars 1992, p. 4123.

¹⁸⁴ Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Annexe II Programme de la formation, J.O. n° 28 du 2 Février 2002, p. 2205.

¹⁸⁵ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

fait de vivre des situations permet de les reconnaître, de mieux les appréhender et d'en tirer des instructions. Il est bien évident que plus l'expérience engrangée est importante, plus la perception du sujet à des chances d'être de meilleure qualité. Les résultats obtenus lors de mon enquête en sont une preuve, le panel de soignants ayant les connaissances les plus abouties à propos de la prémédication anxiolytique est celui qui possède le plus grand vécu professionnel.

3.1.2.2. Des connaissances disparates

Le niveau des savoirs théoriques vis-à-vis des effets de l'anxiolyse pharmacologique n'est pas uniforme entre les deux catégories de soignants. Comme nous venons de le voir, ceci est en partie expliqué par un manque d'expérience des I.D.E. des services d'hospitalisation mais aussi par l'apport important de savoirs engendré par la formation d'I.A.D.E. Ainsi, les diverses réponses obtenues grâce à mon enquête mettent clairement en évidence des connaissances disparates entre les deux catégories de soignants concernant le thème de la prémédication anxiolytique. En effet, le pourcentage d'I.A.D.E. connaissant des effets supplémentaires de la prémédication anxiolytique est significativement plus élevé que chez les I.D.E.¹⁸⁶. Ainsi, presque 3 I.A.D.E. sur 4 peuvent citer au moins deux effets positifs engendrés par la prémédication anxiolytique (hors anxiolyse pharmacologique) contre moins d'1 I.D.E. sur 3.

Par ailleurs, les I.A.D.E. stipulent ces effets bénéfiques de façon plus ciblée sur l'anesthésie que les I.D.E.¹⁸⁷, près de 90 % versus 59 %. Ainsi, ces deux corporations n'ont pas les mêmes objectifs concernant la prémédication anxiolytique, les premiers étant plus axés sur le côté « pratique » de celle-ci, alors que les seconds se sentent plus concernés par son versant « comportemental ».

Enfin, les connaissances des I.A.D.E. sont beaucoup plus précises concernant le nombre et le nom des principes actifs utilisables¹⁸⁸. Ainsi, les deux molécules que sont

¹⁸⁶ Graphique 9 p. 75 et Graphique 11 et 12 p. 77.

¹⁸⁷ Graphique 14 p.79 et Graphique 15 p. 80.

¹⁸⁸ Graphique 16 p. 82, Graphique 17 p. 83 et graphique 18 p.84.

l'hydroxyzine et l'alprazolam, les deux produits pharmaceutiques les plus administrées per os actuellement, sont unanimement reconnues par les deux corporations, cependant le midazolam et le diazépam sont presque totalement méconnus des I.D.E.¹⁸⁹. Je pense que ceci est dû au fait que ces deux produits, essentiellement utilisés sous forme injectable, ne le sont qu'en milieu spécialisé. Autrement dit, seuls les I.A.D.E. les administrent au bloc opératoire. Pour finir, seuls les I.D.E. ont répertorié des anti-H2¹⁹⁰, témoin d'une connaissance imparfaite des objectifs de cette thérapeutique.

3.1.3. Les spécificités de l'I.A.D.E.

Les différences de connaissances peuvent être engendrées par le vécu professionnel des agents, comme on vient de le voir, mais aussi par des particularités propres au métier d'I.A.D.E., représentées par le cursus nécessaire à accomplir et par le lieu d'exercice. Je vais précisément développer ces deux points.

3.1.3.1. Une formation supplémentaire

Le premier point est d'ordre théorique. En effet, les I.A.D.E. ont d'abord bénéficié d'une formation d'I.D.E., d'une durée actuellement d'environ 38 mois¹⁹¹. Puis, pour parvenir à ce grade, ils ont dû se spécialiser dans le domaine anesthésique, au cours d'études d'une durée de 2 ans, non sans avoir au préalable justifié au minimum de 24 mois équivalent temps plein d'une activité professionnelle I.D.E.¹⁹². C'est au cours de ce cursus complémentaire que l'I.A.D.E. acquiert des connaissances spécifiques concernant la pharmacologie des benzodiazépines notamment, et sur des techniques anesthésiques

¹⁸⁹ Graphique 17 p. 83.

¹⁹⁰ Graphique 18 p. 84.

¹⁹¹ Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, J.O. n° 72 du 25 Mars 1992, p. 4123.

¹⁹² Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Titre IV : Des conditions générales d'admission, Article 8, J.O. n° 28 du 2 Février 2002, p. 2205.

telles que la consultation anesthésique, la visite de préanesthésie et la prémédication¹⁹³. Par conséquent, il est normal que les I.A.D.E. possèdent une réelle plus value dans la connaissance des aspects théoriques de la prémédication anxiolytique, puisque celle-ci entre à part entière dans le domaine anesthésique et donc, dans leur champs de compétences.

3.1.3.2. Un lieu d'exercice permettant une vision globale

Le second point est d'ordre pratique. La prémédication anxiolytique est distribuée, après prescription médicale, par l'I.D.E. du service d'hospitalisation. Elle est évaluée par l'I.A.D.E. à l'arrivée du patient au bloc opératoire, d'abord de façon directe par l'interrogatoire, puis de façon indirecte par le déroulement de l'anesthésie. Ainsi, un patient prémédiqué de façon qualitative et efficace pourra bénéficier d'effets positifs tels qu'une diminution de la consommation des produits d'anesthésie, des besoins en antalgiques (notamment morphiniques), d'une anesthésie plus stable et, par conséquent, d'un meilleur réveil et d'une diminution des N.V.P.O.

Par ailleurs, le maniement des différents produits anesthésiques, notamment les benzodiazépines à forme injectable, fait partie du quotidien des I.A.D.E. Ceci a d'ailleurs été rapporté de façon plus précise et plus importante par ceux-ci¹⁹⁴. En effet, le fait d'être présent spécifiquement en per- et en postopératoire (bloc opératoire et S.S.P.I.) représente un atout non négligeable pour l'évaluation de la prémédication anxiolytique mais aussi pour la connaissance des bienfaits possibles de cette thérapeutique. Il est donc normal que les I.D.E. aient des représentations moins précises que les I.A.D.E. concernant celle-ci puisqu'ils sont absents du bloc opératoire.

¹⁹³ Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Annexe II Programme de la formation, J.O. n° 28 du 2 Février 2002, p. 2205.

¹⁹⁴ Graphique 11 et 12 p. 77, Graphique 14 p. 79, Graphique 15 p. 80, Graphique 16 p. 82 et Graphique 17 p.83.

3.1.4. Des savoirs existants...mais répartis de façon inégale

Au total, à travers cette première partie, j'ai démontré que les connaissances sont bien présentes chez les soignants. Par conséquent, la première partie de ma question de départ, qui est :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

peut être considérée comme valide. Cependant, elle peut être nuancée car nous savons maintenant que les notions théoriques nécessaires vis-à-vis de cette thérapeutique sont beaucoup plus largement répandues chez les I.A.D.E. que chez les I.D.E., pour les différentes raisons déjà évoquées. Mais alors, comment obtenir une approche qualitative d'une situation donnée si l'on n'en connaît pas tous les tenants et aboutissants ? Ainsi, bien que les I.D.E. aient émis des réponses intéressantes et tout à fait juste concernant la prémédication anxiolytique (notamment sur l'action comportementale de celle-ci, ou son action anti allergique¹⁹⁵), il n'en demeure pas moins que l'insuffisance d'apport théorique (lors de leur formation initiale) et de vision pratique sur cette thérapeutique (lors de leur exercice professionnel) est relativement marquante. Pourtant, l'I.D.E. «... *n'est cependant pas qu'un simple exécutant, il doit en permanence faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins (...) Pour cela [il] peut faire appel aux connaissances acquises lors de sa formation initiale, mais aussi par le biais d'une formation professionnelle continue* »¹⁹⁶. Nous notons donc bien là l'intérêt apporté par la formation d'I.A.D.E. concernant la réactualisation des connaissances nécessaires au bon exercice professionnel, ceci pouvant permettre l'optimisation de la prémédication anxiolytique. Sans pour autant être fondamentalement différente à la profession infirmière, j'en déduis que la notre possède une réelle plus value quant à la

¹⁹⁵ Graphique 14 p. 79 et Graphique 15 p. 80.

¹⁹⁶ COLLECTIF, Op. Cit. p. 98.

gestion de l'anxiolyse pharmacologique, au moins sur le plan théorique. Par conséquent, aux vues de nos compétences acquises, il est de notre rôle de soignant de faire remonter aux M.A.R. prescripteurs l'évaluation de la qualité de la prémédication anxiolytique afin de chercher à obtenir une prise en charge optimale concernant l'anxiété du patient.

3.2. Une stratégie thérapeutique délicate à mettre en œuvre

Nous savons donc, maintenant, que des différences théoriques importantes au sujet de la prémédication anxiolytique existent entre les deux corporations infirmières. Ceci pondère quelque peu ma question de départ, dans laquelle je pars du postulat que l'ensemble des soignants connaît les particularités de cette thérapeutique, sans pour autant la remettre totalement en cause.

Désormais, je vais m'attacher à mettre en lumière les particularités de l'organisation préopératoire existante actuellement pouvant être à l'origine d'une administration inadéquate de la prémédication anxiolytique. Ceci me permettra de vérifier l'hypothèse émise au début de ce travail, à savoir :

Du fait de contraintes organisationnelles, elle n'est pas distribuée au moment opportun.

3.2.1. Des services d'hospitalisation en difficultés

Le bloc opératoire correspond à la conclusion du parcours du patient hospitalisé lorsqu'une sanction chirurgicale s'impose. Autrement dit, le futur opéré doit passer au préalable par un autre service (hors, bien évidemment, situations d'urgence absolue) avant de subir son intervention. C'est d'ailleurs au sein de ces unités de soins qu'est administrée la prémédication anxiolytique. Nous voyons déjà que la collaboration et la communication entre ces deux entités sont des éléments fondamentaux dans la prise en charge du patient. Pourtant, nous avons mesuré à travers mon enquête qu'il existe un certain nombre de dysfonctionnements, rendant la gestion de l'anxiolyse pharmacologique délicate, notamment en services de chirurgie. Mais qu'est ce que le terme « gestion » signifie ? Il s'agit de « *l'action de gérer* », synonyme du verbe « *administrer* » et qui correspond à « *gérer en faisant valoir, en défendant les*

intérêts »¹⁹⁷. Dès lors, nous nous apercevons qu'une notion d'interaction, de protection intervient puisqu'il faut défendre des intérêts. Nous pouvons aisément penser, dans notre situation, à ceux du patient. Mais pourquoi est ce aussi délicat ? Sont-ils toujours préservés ? Pour répondre à ces interrogations, deux facteurs rendant le travail difficile en services d'hospitalisation sont à prendre en compte.

3.2.1.1. Une communication défaillante

Tout d'abord, le premier facteur est d'ordre structurel. En effet, dans le monde hospitalier actuel, les relations inter services sont complexes. Ainsi, elles mettent en jeu plusieurs intervenants, de fonctions différentes, ne se côtoyant pas ou peu, mais devant travailler dans une harmonie la meilleure possible.

Or, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, le M.A.R., dans un premier temps, prescrit la prémédication anxiolytique. Puis, dans un second temps, l'I.D.E. de service d'hospitalisation l'administre au moment présumé idéal, c'est-à-dire après avoir eu vent de l'avancement du programme opératoire. Dans un troisième temps, les brancardiers acheminent le patient au bloc opératoire et, dans un quatrième temps, il est accueilli par l'équipe opératoire (I.B.O.D.E. et I.A.D.E.) avant d'être, finalement, anesthésié.

Nous comprenons donc que les I.D.E. et les I.A.D.E. n'ont que des relations virtuelles, impersonnelles entre eux, ce qui peut mettre un frein à la communication, et peut être représenté par des transmissions (orales et écrites) imprécises. Or, comme le précise Jean Marty «*La performance de l'organisation est en partie liée à la qualité de l'organisation anesthésique, une autre partie relève des secteurs chirurgicaux et surtout de la qualité de l'interface entre ces structures* »¹⁹⁸. Actuellement, le téléphone est le moyen de correspondance le plus utilisé entre les unités d'hospitalisation chirurgicale et

¹⁹⁷ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

¹⁹⁸ MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., **Organisation des sites opératoires**, [en ligne], 2001, [06 Avril 2009], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

le bloc opératoire (plus de 82 % des personnes sondées)¹⁹⁹, cependant il présente le risque de prévenir un peu tardivement les unités de soins, ce qui aura pour conséquence de retarder l'administration de la thérapeutique anxiolytique.

3.2.1.2. Une pénurie I.D.E.

Le second facteur rendant, actuellement, la charge de travail lourde en unités de soins est d'ordre conjoncturel. En effet, la thérapeutique anxiolytique est administrée par les I.D.E. Or, nous savons que la diminution (ou la non augmentation) des effectifs augmente la charge de travail, tout comme sa pénibilité. Ainsi, j'en ai eu un aperçu lors de mon activité professionnelle, mais aussi lors de la diffusion de mon outil d'enquête. En effet, un cadre de santé ne voulait pas que je distribue mon questionnaire à son équipe soignante sous prétexte qu'elle était en sous effectif chronique, que je ne pouvais pas encore grever leur temps de travail par un moment supplémentaire nécessaire à la réponse de mon enquête (après négociation, j'ai néanmoins pu obtenir un accord et émettre mon outil dans cette unité). On s'aperçoit bien qu'une pénurie infirmière existe. En effet, d'après le Professeur Bertrand Guidet, président de la S.R.L.F.²⁰⁰, « nous souffrons en région parisienne de difficultés permanentes pour recruter des infirmières »²⁰¹. De plus, la pénurie d'I.D.E. figure au premier rang de 15 métiers : en 2004, 83 % des établissements de soins déclaraient des difficultés pour recruter²⁰². Enfin, 7 % des postes étaient vacants en 2005²⁰³. Plusieurs raisons sont à l'origine de ce phénomène :

- La première est que les diverses structures hospitalières sont actuellement engluées dans d'énormes problèmes budgétaires, ceux-ci rendent très difficile le recrutement d'I.D.E. Ainsi, en 2008, 29 C.H.U. sur 31 étaient dans une situation

¹⁹⁹ Graphique 24 p. 91.

²⁰⁰ S.R.L.F. : Société de Réanimation de Langue Française.

²⁰¹ PEREZ M., **Les unités de réanimation marchent à flux tendu l'hiver**, [en ligne], 30 Décembre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.lefigaro.fr>.

²⁰² ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., NEGRI J.F., CANTET-BAILLY N., BEN-BRICK E., CAILLARD J.F., **Le concept de « Magnet hospitals » Evaluation de l'attractivité des 14 CHG et CHU de l'étude PRESST**, [en ligne], [31 Mars 2009], étude disponible sur <http://www.presst-next.fr>.

²⁰³ CHABOISSIER M., **Pénurie d'infirmières en Île de France**, [en ligne], 23 Février 2006, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.parthage-sante.fr>.

financière périlleuse (les deux établissements enquêtés en font d'ailleurs partie), avec des déficits abyssaux à gérer. Ceci équivalait à un montant cumulé total d'environ 900 millions d'euros. Par ailleurs, 33 % des cliniques privées étaient dans cette situation en 2007²⁰⁴.

- La seconde découle de la première. L'impossibilité d'augmenter les effectifs entraîne une augmentation du temps de travail des agents (rappel des personnels sur des jours de repos, nombreuses heures supplémentaires, impossibilité de prendre des congés...), une pénibilité accrue et, par conséquent, un ras le bol général. Ceci est reflété par l'augmentation des arrêts de travail et de l'absentéisme (supérieur à 11 % des effectifs I.D.E. dans plusieurs C.H.U.²⁰⁵). Ainsi, selon Thierry Amouroux, président du S.N.P.I.²⁰⁶, *« l'absentéisme est la traduction des difficultés au quotidien que traversent le personnel infirmier »*.

- La troisième est que l'attractivité de la profession infirmière est actuellement en berne : près de 16 % des I.D.E. ont songé à un abandon définitif de leur activité et la durée moyenne de cotisation à la C.N.R.A.C.L.²⁰⁷ est de seulement 28 ans, au lieu des 37,5 réglementaires²⁰⁸. Ainsi, comme le remarque judicieusement le Professeur Elie Azoulay, *« le manque de personnel est une réalité. Mais il y a une vraie difficulté aujourd'hui à recruter des infirmières et globalement du personnel paramédical, qui est en général très dévoué, et qui fait un travail pénible. Il faut revaloriser ce métier d'infirmières et proposer des vrais plans de carrière »*²⁰⁹.

A travers ces différents points, Françoise Acker en fait d'ailleurs une belle synthèse : *« lorsque les effectifs de personnels soignants sont trop justes (en raison d'une pénurie ou d'un resserrement voulu) le temps disponible pour mener à bien l'ensemble des tâches renforce la contrainte à travailler plus vite. Ce cadre temporel conduit à une redistribution de l'importance relative de certains types de travail, importance relative en terme de temps consacré à chacun d'eux et en termes de modes d'engagement des*

²⁰⁴ HOLUE C., **2008 : l'hôpital en crise voit venir la réforme**, [en ligne], 30 Décembre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.espacegeneraliste.info>.

²⁰⁵ LABAT M., **Les dix points noirs des hôpitaux français**, [en ligne], 23 Octobre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.bakchich.info>.

²⁰⁶ S.N.P.I. : Syndicat National du Personnel Infirmier.

²⁰⁷ C.N.R.A.C.L. : Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales.

²⁰⁸ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., NEGRI J.F., CANTET-BAILLY N., BEN-BRICK E., CAILLARD J.F., Op. Cit. p. 108.

²⁰⁹ PEREZ M., Op. Cit. p. 108.

personnels dans les tâches à réaliser »²¹⁰. Il est donc aisé de comprendre qu'un I.D.E. surchargé par la masse de soins à effectuer sera en difficulté pour administrer la prémédication anxiolytique dans un timing adéquat, ce qui compromettra évidemment son efficacité.

3.2.2. Une organisation préopératoire aléatoire

Il paraît clair, après ceci, que le travail en unités de soins est difficile, et que des répercussions néfastes en termes de qualité peuvent intervenir sur l'anxiolyse pharmacologique. Pour autant, les problèmes ne sont pas seulement situés à ce niveau. En effet, je vais démontrer qu'un défaut de gestion, que ce soit en termes de programmation opératoire qu'en termes de flux de patients, existe aussi au sein du bloc opératoire et engendre les mêmes conséquences.

3.2.2.1. Une visite préanesthésique mise de côté

Je l'ai mis en évidence dans la première partie de ce travail, l'organisation anesthésique est de nos jours un processus bien rôdé, et doit comporter diverses étapes dans un ordre précis²¹¹. Mais qu'en est-il réellement sur le terrain ?

Tout d'abord, la visite préanesthésique ne se déroule systématiquement la veille de l'intervention chirurgicale que d'après 28 % de la population sondée, avec un écart important entre la vision des I.D.E. (21,82 %) et des I.A.D.E. (40 %), soit quasiment du simple au double²¹² ! Je pense que ces derniers ont une vision surfaite de celle-ci, c'est la raison pour laquelle un gradient si fort est présent, c'est aussi pourquoi j'attache plus

²¹⁰ ACKER F., **Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital**, [en ligne], Janvier 2005, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.sante.gouv.fr>.

²¹¹ « Un processus qualitatif concernant la gestion du stress préopératoire : l'organisation anesthésique », p. 34 à 42.

²¹² Graphique 19 p. 86.

de valeur à la réponse des I.D.E. de services pour cette question. En effet, ils sont les mieux placés pour voir si oui ou non un M.A.R. rend visite au patient la veille de l'intervention chirurgicale.

De surcroît, tout ceci est corroboré par le fait que, selon près de 18 % des I.D.E., cette visite préanesthésique est rarement effectuée la veille, et d'un point de vue global, elle ne l'est fréquemment que d'après 47 % des personnes interrogées, soit moins d'une sur deux²¹³ ! Ce point de vue est très intéressant car il met en lumière un paradoxe : alors que l'on sait qu'un pic d'anxiété existe à J-1²¹⁴, celui-ci est pourtant négligé puisque cette visite n'a pas forcément lieu la veille. Par ailleurs, celle-ci doit permettre, en théorie, de diminuer le nombre d'interventions annulées et améliorer l'organisation opératoire²¹⁵. On se doute bien qu'en l'absence de visite, ceci est bien compromis et a potentiellement une influence néfaste sur la qualité de la prémédication anxiolytique, puisque le M.A.R. ne l'aura pas forcément prescrite, et n'aura pas stipulé non plus le moment d'administration...

3.2.2.2. Un programme opératoire opaque

Le programme opératoire est lui aussi un élément capital, il est un excellent reflet du fonctionnement d'une structure hospitalière²¹⁶. Pour autant, il ressort de mon enquête d'importantes difficultés quant à son accès et à son respect.

Tout d'abord, sa disponibilité n'est pas parfaite, loin de là. En effet, elle ne l'est systématiquement que dans deux tiers des cas, selon les sondés²¹⁷, avec des résultats similaires entre les deux catégories de soignants. Ces chiffres peuvent donc être considérés comme tout à fait fiables, ceci correspondant donc à une juste réalité. Autrement dit, un tiers du personnel n'y a pas accès de façon permanente. Par ailleurs,

²¹³ Graphique 19 p. 86.

²¹⁴ BRÜDER N., Op. Cit. p. 11.

²¹⁵ MANTZ J., LE BIHAN E., Op. Cit. p. 37.

²¹⁶ BLACHE J.L., SANNINI A., Op. Cit. p. 28.

²¹⁷ Graphique 20 p. 87.

cela est conforté par le fait que plus de 7% des I.D.E. ne le trouve que « parfois » en unité de soins, et « souvent » pour seulement un cinquième de la population.

En second lieu, le non respect du programme préétabli est aussi un problème. Ainsi, selon 13 % des I.A.D.E., présents au bloc opératoire, il n'est jamais respecté, alors que 23,33 % d'entre eux pensent qu'il l'est « parfois ». Par ailleurs, et ceci est un signe fort, son respect « systématique » n'est absolument pas obtenu²¹⁸ ! Par conséquent, nous pointons là, un dysfonctionnement majeur de l'organisation préopératoire. En effet, la programmation « *doit être faite conjointement par l'opérateur et l'anesthésiste d'après les termes du décret, ce qui signifie que les conditions de réalisation de l'intervention soient effectivement réunies aussi bien du côté chirurgical que du côté anesthésique (...)* l'établissement du programme doit être conforme au modèle décidé dans le cas de la charte de bloc. Il est prévisionnel pour la semaine et réajusté tous les jours selon divers impératifs. Sa publication intervient en milieu d'après midi. Il ne peut être modifié sans avis des différents partenaires »²¹⁹.

Or, nous avons mesuré que ceci n'est pas réalisé en pratique. Certes, est évoquée comme circonstance atténuante une proportion plus ou moins importante d'interventions réalisées en urgence. On appelle « urgence » une intervention du jour J non connue du jour J-1 et traitée en journée en provenance du service des urgences ou non²²⁰. Elles représentent 15 % des interventions en moyenne toutes spécialités chirurgicales confondues²²¹, ce taux pouvant grimper jusqu'à 40 % pour la spécialité neurochirurgicale²²², néanmoins ce non respect récurrent ne peut totalement être expliqué par ces situations. En tout cas, celles-ci ne justifient en rien la difficulté d'accès au programme opératoire ou l'absence totale de respect de celui-ci, comme nous avons pu le constater dans le paragraphe précédent.

Par conséquent, alors que le planning opératoire doit être considéré comme un outil de travail (car servant à la planification des soins), comment peut-on le suivre et

²¹⁸ Graphique 21 p. 88.

²¹⁹ MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., Op. Cit. p. 107.

²²⁰ M.E.A.H., **Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques**, [en ligne], 2004, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.meah.sante.gouv.fr>.

²²¹ MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., Op. Cit. p. 107.

²²² MAUREL D., **Neurochirurgie**, Paris, Estem, 2006, p. 3.

comment peut on obtenir une prise en charge de qualité sans l'avoir à disposition ? Comment peut-on prévoir les heures effectives de départ au bloc opératoire ? Tout ceci est à l'origine de troubles sérieux quant à la gestion des flux de patients et est préjudiciable pour prévoir l'heure d'administration idéale de la prémédication anxiolytique.

3.2.2.3. Une gestion archaïque des flux de patients

Il paraît évident qu'un programme opératoire peu disponible et finalement peu respecté engendre des perturbations quant à la fluidité du circuit patient. Ceci est encore aggravé par les moyens de communications actuellement utilisés entre les blocs opératoires et les unités d'hospitalisation chirurgicales. En effet, à l'heure où le monde devient de plus en plus virtuel et où les échanges se font majoritairement par informatique grâce à l'essor d'internet, il persiste à l'opposé un mode de transmissions quasi féodal utilisé à l'hôpital. J'en veux pour preuve les moyens de communications utilisés par les soignants pour connaître l'avancement du programme opératoire et, par conséquent, pour connaître le moment idéal pour prémédiquer les patients.

Tout d'abord, ils sont représentés essentiellement par l'utilisation du téléphone et par la prévision d'horaires planifiés à l'avance²²³, avec les bémols que l'on peut émettre à leur encontre. Ainsi, anticiper une heure théorique de prémédication et de passage au bloc opératoire (réponse émise par 60 % des soignants) relève, dans la situation actuelle, de la loterie puisque je viens de mettre en évidence que l'ordre prédéfini n'était pas suffisamment respecté. Par conséquent, la qualité de la prémédication anxiolytique, qui dépend d'un timing précis (comme je l'ai mis en évidence dans la première partie de ce travail)²²⁴, à toutes les chances d'être compromise.

De surcroît, bien que l'utilisation du téléphone, citée par plus de 80 % des soignants, semble être un meilleur moyen, il n'en reste pas moins que l'actualisation ne

²²³ Graphique 24 p. 91.

²²⁴ « Posologies et cinétiques des différents produits », p. 46 à 48.

se fait pas en continu. Ainsi, l'écueil majeur est de prévenir trop tard les équipes soignantes de l'avancement du programme opératoire, avec un risque parallèle à celui engendré par des horaires imprécis. C'est la raison pour laquelle, pour limiter ces aléas, plus de 40 % des personnes sondées ont couplé leur réponse, en stipulant que les horaires prédéfinis à l'avance étaient complétés par un appel téléphonique en provenance du bloc opératoire²²⁵.

Enfin, et ceci est assez démonstratif, nous savons qu'une gestion informatique des flux de patient existe, aucune réponse n'a montré l'utilisation de logiciels permettant de suivre l'activité opératoire en temps réel. Les blocs opératoires des spécialités cardiovasculaire et neurochirurgicale des C.H.U. enquêtés n'ont donc visiblement pas cet outil, ce qui est bien évidemment dommageable. En effet, *« de nombreux auteurs traitant de la problématique du bloc opératoire s'accordent à dire que ce dernier constitue le secteur le plus important et le plus coûteux dans la majorité des hôpitaux (...) les activités du bloc opératoire représentent plus de 10 % du budget de l'hôpital (...). De plus, étant donné les nombreux aléas (...) le nombre élevé d'acteurs, la difficulté de standardisation et de coordination des interventions chirurgicales, ce service est également le plus complexe à gérer et à planifier »*²²⁶. Ainsi, un point clé permettant une gestion plus efficace est la *« connaissance précise de la durée d'un acte donné dans la structure considérée (...). Une fois que le temps opératoire est défini et optimisé avec un timing précis du parcours du patient dans une institution donnée, il est nécessaire de vérifier par un suivi permanent le respect des délais (système d'assurance qualité). La détermination des temps précis permet par rapport au programme prévisionnel de positionner les interventions dans les plages horaires disponibles »*²²⁷. D'ailleurs, différents travaux réalisés dans les pays anglo-saxons mettent en évidence l'avantage de connaître la durée d'une intervention donnée²²⁸. Par conséquent, ces exemples montrent bien la plus value accordée par une gestion optimale du temps, ceci étant grandement

²²⁵ Graphique 24 p. 91.

²²⁶ MESKENS N., RIANE F., **La libre entreprise**, Les Hôpitaux face à des défis majeurs, 28 juillet 2007, p. 7.

²²⁷ MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., Op. Cit. p. 107.

²²⁸ DEXTER F., MACARIO A., TRAUB R.D., **Anesthesiology**, Which algorithm for scheduling add-on elective cases maximizes operating room utilization ? Use of bin packing algorithms and fuzzy constraints in operating room management, Volume 91, Mai 1999, p. 1491 à 1500.

facilité par différents logiciels actuellement disponibles (QBLOC²²⁹, CliMCO SANTE²³⁰...). Autrement dit, on se rend bien compte que les établissements de soins qui en sont dépourvus sont grandement pénalisés, aussi bien en termes de gestion de flux de patients qu'en termes de prévisions opératoires. Par conséquent, ceci aura forcément une incidence négative sur la qualité de la prémédication anxiolytique puisqu'elle sera soumise à des aléas et à des moments d'administration différés plus nombreux.

3.2.3. Un timing encore améliorable

Au cours de ce second chapitre, je me suis évertué à démontrer que la prémédication anxiolytique n'était pas une thérapeutique aussi facile à administrer que se que l'on aurait pu penser initialement.

En effet, nous apercevons clairement que de nombreux facteurs entrent en jeu dans l'organisation préopératoire et sont autant d'éléments perturbateurs quant à sa distribution au moment adéquat. C'est ainsi que, comme on l'a vu précédemment, des problèmes d'ordre organisationnel (programme opératoire labile et peu accessible, visite préanesthésique pas assez effectuée la veille au soir, des gestions de flux de patients grandement perfectibles) associé à des désordres conjoncturels (pénurie d'I.D.E., en partie causée par un manque de moyens financiers) font que la prémédication anxiolytique n'est malheureusement pas suffisamment administrée à H-1. J'en veux pour preuve qu'elle n'est distribuée systématiquement dans un laps de temps satisfaisant que dans environ 10 % des cas en moyenne, selon les personnes interrogées (14,55 % pour les I.D.E. versus 3,45 % pour les I.A.D.E.). La vision de ces derniers est même particulièrement pessimiste puisque plus de 20 % d'entre eux considèrent qu'elle l'est rarement à H-1²³¹! Autrement dit, et ce même si environ 70 % de la population sondée estime que ce timing est fréquemment respecté, il apparaît désormais clairement qu'un

²²⁹ COLLECTIF, « QBLOC », le logiciel de gestion des blocs opératoires, [en ligne], [31 Mars 2009], dossier disponible sur <http://www.chu-montpellier.fr>.

²³⁰ PM DEVELOPPEMENT, Logiciel CliMCO SANTE, [en ligne], [31 Mars 2009], information disponible sur <http://www.pmdeveloppement.fr>.

²³¹ Graphique 23 p. 90.

problème existe et rend la distribution de celle-ci délicate au moment voulu, avec pour conséquence une qualité de l'anxiolyse pharmacologique aléatoire. Ceci est d'ailleurs représenté par la différence de point de vue entre les I.D.E. et les I.A.D.E. quant à la prescription « systématique » de celle-ci (58,18 % versus 76,66 %) ²³². En effet, ces derniers sont parfois amenés à utiliser des produits anxiolytiques en complément lors de l'arrivée du patient au bloc opératoire, c'est la raison pour laquelle une optique de systématisation est plus répandue chez eux. Malencontreusement, c'est aussi le signe que la prémédication anxiolytique n'aura pas été suffisamment efficace...

Au final, bien plus qu'un soin purement technique consistant en la distribution d'un vulgaire comprimé par les I.D.E. des services de soins, j'ai essayé de mettre en évidence que la réussite supposée de celui-ci était grandement conditionné par un nombre important de facteurs l'influençant plus ou moins directement. L'obtention d'une anxiolyse pharmacologique de qualité satisfaisante est donc bel et bien un phénomène complexe dont les moindres interactions envers elle ont des répercussions (souvent néfastes) sur la gestion du stress du futur opéré, chaque grain de sable dans l'organisation préopératoire aura donc son importance. Par conséquent, il est de notre devoir de minimiser l'impact de toutes ces interactions qui peuvent finalement s'avérer délétères pour le patient.

²³² Graphique 22 p. 89.
Florian Massacrier
Ecole IADE Lyon
Promotion 2007-2009

3.3. Des motifs de satisfaction

La qualité de l'anxiolyse pharmacologique n'est pas homogène, nous venons de le voir, et ceci pour diverses raisons qui influent négativement sur le moment de son administration. Dès lors, il paraît évident que des progrès doivent être possibles quant à la prise en charge du stress préopératoire du futur opéré, d'autant que la situation n'est pas aussi sombre que je l'ai dépeinte. En effet, des pistes de réflexion et d'amélioration existent.

3.3.1. Des soignants intéressés

3.3.1.1. Des raisons d'espérer

Plusieurs points importants et porteurs de messages encourageants ont été révélés par mon enquête. Tout d'abord, le premier impact positif qui ressort de celle-ci est l'accueil favorable reçu à son encounter par les différentes catégories de soignants interrogés. En effet, avec un taux de réponse global proche de 70 %, je pense que le sujet que j'ai voulu aborder intéresse le personnel paramédical dans son ensemble. D'ailleurs, les taux de réponses des I.D.E. et des I.A.D.E. sont extrêmement proches (67,9 % versus 69,77 %), ce qui va tout à fait dans le sens de cette idée²³³.

Ensuite, le second motif de satisfaction est représenté par leur point de vue vis-à-vis de cette thérapeutique. En effet, il semble évident que les soignants attachent une véritable importance quant à son utilité²³⁴. Ceci explique aussi en partie la grandeur du taux de réponse des soignants. En règle générale, on donne toujours plus facilement son avis sur un thème qui nous intéresse, alors qu'un sujet où l'attrait semble moins marqué sera quelque peu délaissé. Je peux donc penser que je n'ai pas raté mon cœur de cible.

²³³ Graphique 4 p. 70.

²³⁴ Graphique 8 p. 74.

Par ailleurs, un troisième point est la qualité des résultats acquis aux questions ouvertes. Certes, les I.A.D.E. possèdent des connaissances plus importantes en terme de quantité que les I.D.E., il n'empêche que la valeur globale des réponses est excellente. J'en veux pour preuve que 97 % des réponses obtenues lorsqu'il leur était demandé de citer des effets positifs de l'anxiolyse pharmacologique étaient correctes²³⁵. Ceci est confirmé par le nombre important (supérieur à 73 %, pour les I.A.D.E.²³⁶) de personnes connaissant plus de deux actions pouvant être bénéfiques engendrées par cette thérapeutique, même si cela reste encore perfectible.

Enfin, le quatrième et dernier point est que la prescription d'une prémédication anxiolytique est maintenant un phénomène bien ancré. En effet, elle est « systématiquement » mise en application selon deux tiers des personnes interrogées, et l'est « fréquemment » pour quasiment le tiers restant²³⁷. Autant dire, que celle-ci fait désormais partie intégrante de la prise en charge du stress préopératoire du futur opéré.

3.3.1.2. La formation continue : une solution facile à initier

Nous voyons donc bien, à travers les points positifs que je viens de mettre en évidence, que des progrès sont possibles. En effet, la motivation des soignants ainsi que leurs savoirs théoriques se sont largement illustrées dans cette enquête, et correspondent à des bases sur lesquelles s'appuyer. Ceci me fait donc penser qu'ils pourront être réceptifs à d'éventuels cours ou séances théoriques mises à leur disposition afin de compléter leurs connaissances. Cela pourrait donc être le premier axe d'amélioration, il comporterait au moins deux avantages :

-Le premier serait d'être faiblement onéreux, puisqu'il pourrait être effectué par des M.A.R. ou des I.A.D.E. volontaires et ayant l'envie de transmettre des savoirs.

-Le second serait d'être peu consommateur de temps pour le personnel visé par ces interventions. En effet, un apport théorique reprenant les avantages d'une

²³⁵ Graphique 13 p. 78.

²³⁶ Graphique 12 p. 77.

²³⁷ Graphique 22 p. 89.

prémédication anxiolytique efficace, les molécules utilisables, les différentes posologies et cinétiques, et enfin les quelques effets délétères pourrait être effectué en services de soins et ne durerait que quelques dizaines de minutes tout au plus. Au final, ceci permettrait aux soignants de réactualiser leurs connaissances et de coller parfaitement à **l'article R 4311-15 du code de la santé publique**²³⁸ qui stipule que : « *Selon le secteur d'activité ou il exerce (...) et en fonction des besoins de santé identifiés, l'I.D.E. propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :*

-Formation initiale et formation continue du personnel I.D.E., des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

-(...) Recherche dans le domaine des soins I.D.E. et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire ».

3.3.2. D'autres pistes de réflexion existent

Dans le paragraphe précédent, j'ai proposé la solution qui me paraissait être la plus facile à mettre rapidement en œuvre auprès des soignants, notamment en termes de coût. En effet, à l'heure des restrictions budgétaires, ceci doit être inévitablement pris en considération. Néanmoins, d'autres solutions sont à ne pas négliger et peuvent avoir leur place au sein des structures hospitalières.

3.3.2.1. La gestion informatique

La prémédication anxiolytique est, en soi, une thérapeutique dont le coût est quasiment insignifiant. En effet, il s'agit d'un soin ne requérant en pratique qu'un I.D.E.

²³⁸ Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 4^{ème} Partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er}: Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er}: Exercice de la profession, Section 1 : Actes professionnels.

afin de la distribuer, peu consommateur de temps (environ 3 minutes²³⁹) et dont le prix unitaire est extrêmement faible, la preuve en est avec les tarifs appliqués en 2009 par l'un des deux C.H.U. exploré lors de mon enquête :

- ✓ Alprazolam : 0,04 € le comprimé de 0,5 mg.
- ✓ Clonidine : 0,09 € le comprimé de 150 µg.
- ✓ Diazépam : 0,16 € l'ampoule injectable de 10 mg.
- ✓ Flunitrazépam : Non disponible dans l'établissement sondé.
- ✓ Hydroxyzine : 0,11 € le comprimé de 100 mg.
- ✓ Kétamine : 1,79 € l'ampoule injectable de 50 mg.
- ✓ Lorazépam : 0,07 € le comprimé de 2,5 mg.
- ✓ Midazolam : 0,17 € l'ampoule injectable de 5 mg.
- ✓ Oxazépam : 0,09 € le comprimé de 50 mg.

Ceci est loin de représenter un budget important, autrement dit, il semble illusoire de pouvoir penser économiser sur ce poste. Or, si l'on ne peut pas diminuer les coûts, on peut, en revanche, améliorer l'organisation opératoire car, d'après Jean Marty, « *les sites opératoires sont mal organisés dans notre pays et sous utilisés* »²⁴⁰. Ce n'est, ni plus ni moins, que ce qui est démontré par le rapport sur la gestion et l'organisation des blocs opératoires effectué par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers²⁴¹. Par ailleurs, « *A l'échelle d'un service, les possibilités de contrôler les dépenses [...] sont limitées et résident essentiellement dans une amélioration de l'efficience de l'organisation, en particulier la programmation opératoire* »²⁴². D'ailleurs, d'après le conseil national de chirurgie, « *elle est réglementairement obligatoire... Une bonne programmation doit conduire à une modélisation informatique des activités* »²⁴³. C'est la

²³⁹ HALLOUET P., EGGERS J., MALAQUIN-PAVAN E., **Fiches de soins infirmiers**, Paris, Masson, 2008, p. 106 – 107.

²⁴⁰ MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., Op. Cit. p. 107.

²⁴¹ M.E.A.H., Op. Cit. p. 112.

²⁴² MARTY J., **Organisation, qualité, gestion du risque en anesthésie-réanimation**, Paris, Masson, 2003, p. 233.

²⁴³ COHEN P., **Programmation opératoire vous avez dit pas de texte ?**, [en ligne], 08 Août 2007, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.snarf.org>.

raison pour laquelle, depuis quelques années, des logiciels participant à la programmation opératoire sont apparus sur le marché et procurent de réels bénéfices quant à la prise en charge du patient. Ainsi, « *CliMCO santé répond à la nécessité pour les établissements de santé de centraliser et partager les informations patients dans un dossier médical informatisé (...), ainsi qu'aux exigences de qualité des soins, sécurité et traçabilité, organisation et optimisation...[le module gestion du bloc opératoire] permet un suivi en temps réel du déroulement du bloc par tous les intervenants concernés (médecins, soignants...)* »²⁴⁴. De même, le logiciel de gestion QBLOC « *favorise l'optimisation d'un bloc :*

1. *La planification des plages opératoires*
2. *La programmation des interventions*
3. *La supervision du bloc opératoire*
4. *L'enregistrement des interventions*
5. *La régulation opérationnelle* »²⁴⁵.

A travers ces deux exemples, nous découvrons que l'outil informatique a tout à fait sa place aujourd'hui dans la gestion opératoire, il permet de prendre en compte la planification effectuée à l'avance (affectation d'une date opératoire aux patients) ainsi que l'ordonnancement d'affectation (détermination de l'ordre des interventions de la journée opératoire)²⁴⁶. Les bénéfices apportés par cette innovation technologique sont rapportés par le Professeur Hervé Dechaud « *Les apports dans l'organisation quotidienne du travail ont été nombreux. Une meilleure coordination des activités, un gain en efficacité dans l'optimisation des salles (...), une programmation optimisée et anticipée à J+15, ce qui permet d'éviter la programmation à la dernière minute et de lisser l'activité* »²⁴⁷.

Enfin, même si je n'ai pas pu chiffrer l'investissement nécessaire à son installation (informatisation nécessaire des blocs opératoires et services d'hospitalisation, acquisition du logiciel, formation du personnel...), celui-ci ne doit pas être insurmontable puisque de nombreux établissements aux budgets incomparables entre eux sont désormais

²⁴⁴ PM DEVELOPPEMENT, Op. Cit. p. 115.

²⁴⁵ COLLECTIF, Op. Cit. p. 115.

²⁴⁶ MESKENS N., RIANE F., Op. Cit. p. 114.

²⁴⁷ COLLECTIF, Op. Cit. p. 115.

équipés de ce système. En effet, parmi les utilisateurs de ces nouveaux outils figurent des structures publiques de grande taille (C.H.U. de Montpellier, C.H.U. de Nantes, C.H.U. de Strasbourg...), ou de plus faible dimension (C.H.G. de Saint Eustache, C.H.G. de Versailles...) mais aussi des établissements de soins privés (la Clinique du Val d'Ouest à Ecully, la Clinique Générale d'Annecy, la Polyclinique de Savoie à Annemasse, la Clinique Lamartine à Thonon les Bains²⁴⁸...). La preuve en est que, à l'heure où les comptes sont passés au crible, des investissements de cette nature sont rentables en termes financiers pour les établissements utilisateurs. C'est ce que signale maître Philip Cohen, avocat à la cour : *«Il est de l'intérêt de tous, y compris l'intérêt économique de l'établissement, d'avoir une programmation opératoire rationnelle...»*²⁴⁹. Ainsi, ils permettent à ceux-ci une augmentation des taux d'occupation de salle d'opération, une diminution des retards, une amélioration de la productivité et donc, une meilleure santé économique²⁵⁰. Enfin ceci est aussi bénéfique pour le patient puisque les délais d'attente seront définis clairement et l'organisation opératoire sera beaucoup mieux respectée. Par conséquent la prémédication anxiolytique sera administrée de façon beaucoup plus précise et aura donc d'autant plus de chances d'être efficace.

3.3.2.2. *L'hypnose, une alternative intéressante*

Pour finir, une autre solution servant à diminuer l'anxiété du futur opéré, et potentiellement complémentaire de l'anxiolyse pharmacologique, est actuellement en voie de développement dans le domaine anesthésique : il s'agit de l'hypnose. En effet, il s'agit d'un *« état voisin du sommeil, provoqué par des manœuvres de suggestions »*²⁵¹.

La première intervention chirurgicale sous hypnose a été rapportée en 1829. Puis, en 1859, Paul Broca communique les résultats d'une intervention qu'il a pratiquée sous anesthésie hypnotique devant l'académie des sciences, non sans avoir, à l'époque,

²⁴⁸ PM DEVELOPPEMENT, **Les logiciels de P.M. Développement s'imposent auprès des cliniques et hôpitaux**, [en ligne], 01 Avril 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.actunews.com>.

²⁴⁹ COHEN P., Op. Cit. p. 120.

²⁵⁰ JOLIVALDT F., **Gestion de blocs opératoires et dossier patient : une intégration au SIH réussie**, [en ligne], 29 Mai 2008, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.health-it.fr>.

²⁵¹ **Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur**, Op. Cit., p.18.

provoqué un sérieux débat. Elle fut par la suite mise de côté lors des découvertes des premiers agents hypnotiques servant à l'anesthésie générale (éther, protoxyde d'azote...). Néanmoins, bien que cette technique soit encore actuellement peu répandue, depuis deux à trois décennies, plusieurs auteurs commencent à effectuer des travaux de recherche sur celle-ci. Par ailleurs, le plus fameux exemple d'utilisation clinique est observé au C.H.U. de Liège, en Belgique, où l'équipe du docteur Faymonville (M.A.R.) a employé plus de 660 fois cette technique pour des patients (volontaires) devant subir une intervention sur la glande thyroïde. Au décours de celles-ci, une stabilité hémodynamique ainsi qu'une baisse de la douleur et de l'anxiété ont pu être observés, tout comme une épargne morphinique et anxiolytique²⁵². Nous voyons donc dans ce cas que le recours à l'hypnose peut être utilisé en anesthésie pour compléter ou substituer l'anxiolyse pharmacologique. D'ailleurs, au final, d'après Sébastien Yvay, « *le recours à l'hypnose et à l'autohypnose est recommandé pour permettre au sujet d'avoir une action positive sur sa santé et pour apprendre à se relaxer en se sentant en pleine possession de ses moyens physiques* »²⁵³.

²⁵² YVAI S., **L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques**, thèse médicale, C.H.U. d'Angers, 2005, p. 120 à 125.

²⁵³ YVAI S., **L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques**, thèse médicale, C.H.U. d'Angers, 2005, p. 116.

Bilan

Au total, au cours de cette troisième et dernière partie, l'analyse des résultats obtenus lors de mon enquête hospitalière aura mis en évidence plusieurs points significatifs.

Le premier est que la question de départ :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

est valide. Néanmoins il peut paraître nécessaire de lui adjoindre un bémol. En effet, les connaissances et les effets positifs engendrés par cette thérapeutique sont majoritairement connus par les I.A.D.E., et non pas par les I.D.E., qui sont pourtant ceux qui l'administrent de façon directe. Ceci, comme je l'ai démontré, est dû à différents paramètres, notamment une expérience plus importante des premiers cités mais aussi à des savoirs emmagasinés lors de leur formation spécialisée en anesthésie.

Le second point est que l'hypothèse que j'ai émise au départ de ce travail de recherche et qui stipulait que :

Du fait de contraintes organisationnelles, elle n'est pas distribuée au moment opportun.

est vérifiée, puisque j'ai mis en évidence que l'administration dans un délai suffisant devant permettre une action positive de cette thérapeutique n'est pas suffisamment respecté et ce, pour différentes raisons relevant de désordres structurels et conjoncturels.

En effet, nous nous sommes aperçu que plusieurs obstacles existent au sein des unités d'hospitalisation, que ce soit en termes de troubles de communication qu'en termes de sous effectifs, et peuvent engendrer à eux seuls des dysfonctionnements.

Par ailleurs, il ressort également de mon enquête que l'organisation opératoire peut être largement améliorable, aussi bien au niveau de la gestion des flux de patients qu'au niveau de l'accessibilité pour les soignants au programme opératoire. La conséquence de tous ces désagréments mis bout à bout est, qu'au final, ceci est préjudiciable au patient, chaque élément néfaste constituant un frein au bon déroulement de la phase préopératoire. Ceci aboutit à un délai d'administration de la prémédication anxiolytique qui peut s'avérer aléatoire, avec un risque augmenté d'inefficacité de celle-ci, ce qui est contraire aux objectifs de qualité que l'on espère atteindre de nos jours.

Enfin, le troisième point important qui ressort de mon enquête est que les soignants sont intéressés par ce thème et que l'obtention d'une anxiolyse efficace correspond bien à une cible prioritaire. Pour cela, j'ai essayé de démontrer, de façon non exhaustive, que plusieurs solutions existent déjà dans diverses structures de soins, avec des résultats probants.

CONCLUSION

Mon vécu de personne soignée m'a beaucoup fait réfléchir sur le sens que je voulais donner aux soins, c'est la raison pour laquelle la gestion du stress préopératoire est devenue pour moi une notion primordiale. Ainsi, il me paraissait logique et complémentaire, après avoir déjà effectué il y a quelques années un travail d'intérêt professionnel sur ce thème durant mes études d'I.D.E., d'explorer celui-ci et le cas échéant d'en mesurer les évolutions.

L'ensemble de mes observations conduites sur le terrain, lorsque j'ai débuté ma formation d'I.A.D.E., m'a permis de me rendre compte que le stress préopératoire était encore trop fréquemment présent chez le futur opéré. Or, ceci je l'avais déjà mis en évidence quelques années plus tôt. Mais alors, depuis ce temps, pourquoi la situation n'a-t-elle pas plus évoluée ?

Les apports théoriques, notamment pharmacologiques, engendrés par ma formation m'ont incités à évaluer la thérapeutique utilisée dans le but de gérer cette anxiété. Je me suis donc intéressé à la qualité actuelle de la prémédication anxiolytique, en émettant le postulat que des contraintes organisationnelles compromettaient la distribution de celle-ci au moment voulu, en services de soins, avec la conséquence de rendre son efficacité aléatoire.

A l'heure actuelle, l'anxiolyse pharmacologique est une étape quasi obligatoire de la prise en charge préopératoire. Elle fait suite à une organisation anesthésique légiférée et, de nos jours, bien rôdée. Une organisation qui doit donc conduire à une prise en charge de qualité de la personne soignée, notamment grâce à l'éviction du stress occasionné par différents facteurs (sanction chirurgicale, anesthésie, douleur...).

Cependant, après enquête, il apparaît que ceci n'est pas aussi facile à mettre en œuvre. Ainsi, d'après les soignants confrontés à la période préopératoire et, de façon plus précise, à cette thérapeutique (que ce soit en unités de soins ou au bloc opératoire), des disparités et des dysfonctionnements de plusieurs types existent : connaissances vis-à-vis de l'anxiolyse pharmacologique pas toujours aussi importantes que ce que l'on pourrait penser, des organisations périopératoires qui peuvent parfois laisser perplexe... De ces observations en découlent plusieurs pistes de réflexions, représentant autant de solutions possibles : formation continue accrue des soignants, amélioration de

l'organisation opératoire grâce à l'outil informatique, meilleure communication entre les différents soignants...

La gestion du stress préopératoire est finalement l'affaire de tous, l'anxiolyse pharmacologique n'étant qu'un moyen parmi d'autres pour y parvenir. L'essor des techniques de relaxation conjuguée à une efficacité accrue de l'organisation opératoire rendue possible grâce à l'outil informatique sont autant de perspectives intéressantes sur lesquelles il peut paraître judicieux de miser. A l'avenir, il s'agit là de véritables défis qui vont s'imposer de plus en plus aux soignants, et pour lesquels il nous faudra savoir faire face, la démarche qualité étant en train de devenir une priorité de tous les acteurs de la filière de soins. Alors, arriverons-nous à optimiser encore l'approche préopératoire du patient ? La prémédication anxiolytique doit elle être revue et faire l'objet de nouvelles recherches afin d'obtenir une approche consensuelle de celle-ci ? Est-il totalement utopique d'envisager une anxiolyse satisfaisante pour tous les patients dans un futur proche ?

Ce travail maintenant terminé, il est l'heure pour moi d'en faire un bilan objectif, celui-ci s'avère d'ailleurs très positif pour plusieurs raisons.

Le premier point intéressant est que j'ai appris à me servir de l'outil informatique de façon correcte, chose dont je ne pensais pas être capable à l'orée de cette tâche. En effet, cela m'effrayait réellement, le cahier des charges imposé pour sa réalisation me paraissant presque insurmontable. J'ai d'ailleurs encore en mémoire un échange verbal un peu « vif » à ce sujet entre Catherine Triboulet, qui présentait la méthodologie à l'ensemble de la promotion, et moi. Pourtant j'y suis bel et bien arrivé, et c'est avec un petit sourire que je me remémore maintenant cet événement. Ainsi, même si cela peut éventuellement paraître quelque peu incongru, il n'empêche que, plus encore que l'énorme recherche professionnelle que j'ai dû effectuer, le fait d'avoir pu gérer seul l'ensemble de cet ouvrage, que se soit sa conception, son écriture, la réalisation des graphiques où la mise en page, représente pour moi la principale satisfaction d'avoir effectué ce travail de recherche, et je n'en suis pas peu fier.

Le second est d'avoir pu mener à bien cette mission en conjuguant labeur, abnégation et plaisir. En effet, ce sujet me tenant à cœur, cela m'a permis de plancher dessus, tant en termes de lectures diverses qu'en termes d'écriture. De très nombreuses heures qui se sont écoulées aisément en gardant le sentiment constant que cet ouvrage pouvait être utile, aussi bien à l'ensemble de la corporation infirmière qu'à moi-même. En tout cas, c'est ce que j'espère.

Le troisième est l'accueil très largement favorable reçu à mon encounter lors de la diffusion de mon enquête. A cette occasion j'ai réellement ressenti une envie de collaborer de la part des soignants, j'ai eu l'impression que ce thème, finalement assez peu traité, les intéressait et qu'ils avaient des choses à dire, à mettre en avant. Ceci m'a d'ailleurs permis de fournir, en ce qui me concerne, une analyse riche et intéressante de la situation actuelle concernant la prémédication anxiolytique.

Pour finir, le quatrième est que cette recherche m'a permis de mesurer l'importance de celle-ci, car elle fait avancer la pratique soignante dans son ensemble, qu'elle soit médicale ou paramédicale. En d'autres termes, cela m'a beaucoup plu et, dans un futur plus ou moins proche, je n'exclue pas de prendre part à de nouveaux travaux de cet ordre. En effet, ceci peut s'apparenter à un vrai travail d'investigation (lectures professionnelles, prospection sur le terrain...), il représente aussi un autre versant de notre fonction et permet ainsi d'éviter de tomber dans une routine en provoquant une remise en question permanente. Au final, sur le plan personnel, ceci permet de progresser, et sur le plan collectif, d'améliorer la qualité de la prise en charge de la personne soignée, celle qui devrait être au centre de nos préoccupations quotidiennes mais qui est malheureusement parfois un peu mise de côté.

Cette expérience, comme je viens de le démontrer, a été pour moi un formidable challenge que je pense avoir su relever. Il n'en reste pas moins que cette recherche est encore perfectible. En effet, le faible nombre de lieux et de personnes sondées rend l'interprétation des résultats récoltés peu généralisables. Ainsi, il s'agit de la vision d'une situation spécifique à un instant « t » dans deux endroits précis, c'est la raison pour laquelle une enquête de ce type à un échelon régional, voire national, pourrait

apporter de bien meilleures indications concernant la qualité de l'anxiolyse pharmacologique en général.

Un second point pourrait s'avérer intéressant : comparer les fonctionnements de structures équipées d'une gestion informatique du programme opératoire à des établissements dépourvus de ce système. Je n'ai pas pu le faire dans ce travail, mais ceci peut effectivement constituer un nouvel axe d'exploration.

Enfin, plusieurs pistes de réflexion et de travail existent et sont représentées, entre autres, par les hypothèses émises au début de cet ouvrage, mais que je n'ai pas vérifiées. Ainsi, la prescription de la prémédication anxiolytique est elle adaptée au cas par cas ? De même, alors que des protocoles antalgiques ou antibiotiques sont parfaitement codifiés, je m'interroge encore sur le fait qu'il n'y ait pas, à ce jour, de consensus ou de schéma thérapeutique précis validé par les sociétés savantes concernant la prémédication anxiolytique, que se soit en unités de soins ou en complément au bloc opératoire.

En guise de conclusion, je souhaite simplement qu'à l'avenir cet ouvrage puisse contribuer modestement à la recherche et à l'amélioration continue de cette thérapeutique. Par ailleurs, j'espère qu'il permettra une réflexion des différents personnels soignants (I.D.E., I.A.D.E., internes en anesthésie-réanimation, M.A.R.) à ce sujet, car c'est seulement en équipe que se gagnera cette course contre la montre dont la finalité est de vaincre le stress préopératoire de la personne soignée.

BIBLIOGRAPHIE

Textes officiels

Code de la Santé Publique, Partie législative, 4^{ème} Partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er} : Exercice de la profession.

Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 4^{ème} Partie : Professions de santé, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1^{er} : Exercice de la profession, Section 1 : Actes professionnels.

Code de la Santé Publique, Partie réglementaire, 6^{ème} Partie : Etablissements et services de santé, Livre I : Etablissements de santé, Titre II : Equipement sanitaire, Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement, Section 1 : Activités de soins, Sous-section 5 : Anesthésie, Paragraphes 1, 2 et 3: Dispositions générales, Consultation préanesthésique et Anesthésie.

Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O. n° 179 du 02 Août 1991, p. 10255.

Loi n° 2002-303 du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O. n° 54 du 05 Mars 2002, p. 4118.

Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O. n° 98 du 25 Avril 1996, p. 6324.

Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, J.O. n° 72 du 25 Mars 1992, p. 4123.

Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, Titre IV : Des conditions générales d'admission, Article 8 et Annexe II : Programme de la formation, J.O. n° 28 du 2 Février 2002, p. 2205.

Circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 Mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé (Texte non paru au Journal Officiel).

Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 06 Mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Dictionnaires

Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers, Philadelphia, Elsevier, 2007.

Le dictionnaire VIDAL®, Paris, © Copyright VIDAL 2002.

Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur, Paris, édition du club France loisirs, 2000.

Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition, Philadelphia, Elsevier, 2008.

The American Heritage® Medical Dictionary, Boston, Houghton mifflin company, 2007.

Livres

ANADI, **Diagnostique infirmiers- Définitions et classification**, Paris, Masson-InterEditions, 1998, 315 pages.

ARVIEUX C.C., LEHOT J.J., **Infirmier(e) en réanimation, soins intensifs et urgences**, Paris, Editions Eska, 2001, 367 pages.

BALAGNY E., **Anesthésie de l'opéré à risque cardiaque**, Rueil-Malmaison, Editions Arnette, 2004, 112 pages.

COLLECTIF, **Cours IADE volume 3 techniques anesthésiques et prise en charge du patient**, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, 323 pages.

DELOCHE A., GORNY P., **Le guide de l'opéré**, PARIS, Denoel, 1989, 317 pages.

FERRAGUT E., COLSON P., **La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation**, Paris, Masson, 1996, 134 pages.

FRANCOIS G., CARA M., DU CAILAR J., D'ATHIS F., GOUIN F., POISVERT M., **Précis d'anesthésie**, PARIS, Masson, 1981, 583 pages.

GUAY J., MARTIN R., PLAUD B., **Précis d'anesthésie et de réanimation 4^{ème} édition**, Montréal, Les presses de l'université de Montréal, 2001, 618 pages.

HALLOUET P., EGGERS J., MALAQUIN-PAVAN E., **Fiches de soins infirmiers**, Paris, Masson, 2008, 651 pages.

LABORIT H., **La légende des comportements**, Paris, Flammarion, 1994, 318 pages.

MARTY J., **Organisation, qualité, gestion du risque en anesthésie-réanimation**, Paris, Masson, 2003, 321 pages.

MAUREL D., **Neurochirurgie**, Paris, Estem, 2006, 138 pages.

SAUVAGEON X., VIARD P., **Les produits de l'anesthésie 3^{ème} édition**, Rueil-Malmaison, Editions Arnette, 2006, 196 pages.

SELYE H., **Le stress de la vie**, Paris, Gallimard, 1975, 425 pages.

SFAR, **Les référentiels en Anesthésie Réanimation réunis par la SFAR**, recommandations concernant la période pré anesthésique, Paris, Elsevier, 1997, 276 pages.

Cours magistraux, thèses et travaux d'intérêt professionnel

BIRY D., Infirmier anesthésiste : ce technicien a-t-il le sens du relationnel ?, travail d'intérêt professionnel, A.P. H.P., 2005–2007, 87 pages.

DE OLIVEIRA M., Gestion des risques en anesthésie, Ecole I.A.D.E. Lyon, cours magistral, 13 Octobre 2008.

DUPERRET S., Prémédication préopératoire : voie orale versus voie intramusculaire : 398 cas en chirurgie gynécologique et obstétricale, thèse médicale, Hospices Civils de Lyon, 1986, 144 pages.

ISOARD J., L'accueil du patient arrivant au bloc opératoire par l'infirmier anesthésiste, travail d'intérêt professionnel, C.H.U. de Clermont-Ferrand, 2003-2005, 50 pages.

MASSACRIER F., Le stress de l'intervention chirurgicale, travail de fin d'études d'infirmier, I.F.S.I. de Montbrison, promotion 1999-2002, 29 pages.

VALLS C., La prémédication anxiolytique : enquête auprès de 116 praticiens, thèse médicale, Hospices Civils de Lyon, 1987, 110 pages.

YVAI S., L'analgésie sous hypnose : approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques, thèse médicale, C.H.U. d'Angers, 2005, 153 pages.

Revues et journaux

Anaesthesia:

ARBOUS M.S., GROBBEE D.E., VAN KLEEF J.W., DE LANGE J.J., SPORTMANS H.H.A.J.M., TOUW P., WERNER F.M., MEURSING A.E.E., **Anaesthesia**, Mortality associated with anaesthesia : a qualitative analysis to identify risk factors, Volume 56, Issue 12, 2001, p. 1141 à 1153.

MOORES A., PACE N.A., **Anaesthesia**, The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia, Volume 58, Issue 7, 2003, p. 703 à 706.

QUINN A.C., BROWN J.H., WALLACE P.G., **Anaesthesia**, Studies in postoperative sequelae. Nausea and vomiting-still a problem, Volume 49, 1994, p. 62 à 65.

Anesthesia Analgesia:

FILOS K.S., PATRONI O., GOUDAS L.C., BOSAS O., KASSARAS A., GARTAGANIS S., **Anesthesia Analgesia**, A dose-response study of orally administered clonidine as premedication in the elderly: evaluating hemodynamic safety, Volume 77, 1993, p. 1185 à 1192.

GOYAGI T., TANAKA M., NISHIKAWA T., **Anesthesia Analgesia**, Oral clonidine premedication enhances postoperative analgesia by epidural morphine, Volume 89, 1999, p. 1487.

INOMATA S., YAGUCHI Y., TOYOOKA H., **Anesthesia Analgesia**, The effects of clonidine premedication on sevoflurane requirements and anesthetic induction time, Volume 89, 1999, p. 204.

MARANETS I., KAIN Z.N., **Anesthesia Analgesia**, Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements, Volume 89, 1999, p. 1346 à 1351.

SHEVDE K., PANAGOPOULOS G., **Anesthesia Analgesia**, A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia, Volume 73, 1991, p. 190 à 198.

Anesthesiology:

COOPER J.P., NEXBOWER R.R., KITZ R.J., **Anesthesiology**, An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management. Considerations for prevention and detection, Volume 60, Janvier 1984, p. 34 à 42.

DEXTER F., MACARIO A., TRAUB R.D., **Anesthesiology**, Which algorithm for scheduling add-on elective cases maximizes operating room utilization ? Use of bin packing algorithms and fuzzy constraints in operating room management, Volume 91, Mai 1999, p. 1491 à 1500.

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation :

ALBALADEJO P., MANN C., MOINE P., RIBEYROLLES D., BERNARD I., VIVIEN A., HAIT A., SAMII K., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Impact of an information booklet on patient satisfaction in anesthesia, Volume 19, Issue 4, 2000, p. 242 à 248.

AUROY Y., LAXENAIRE M.C., CLERGUE F., PEQUIGNOT F., JOUGLA E., LIENHART A., **Annales françaises d'anesthésie réanimation**, Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et des indications, Volume 18, Issue 11, 1998, p. 1311 à 1316.

GENTIL B., TEHINDRAZANARIVELO A., LIENHART A., MEYER B., FLEURY B., **Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation**, Effets respiratoires du midazolam chez les patients atteints du syndrome d'apnées obstructives du sommeil, Volume 13, Issue 3, 1994, p. 275 à 279.

PERNOUD N., COLAVOLPE J.C., AUQUIER P., EON B., AUFFRAY J.P., FRANCOIS G., BLACHE J.L., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. II. Preliminary results, Volume 18, Issue 18, 1999, p. 858 à 865.

ROUSSAT M.O., FERBER C., MARIANI P., SICARD J.F., CLERGUE F., **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Evaluation de la qualité des soins en anesthésiologie. Le point de vue du patient : résultats d'une enquête de satisfaction, Volume 14, Supplément 3, 1995, p. R223.

Annals of Internal Medicine:

BERWICK D.M., **Annals of Internal Medicine**, My right knee, Volume 142, Issue 2, 2005, p. 121 à 125.

British Journal of Anesthesia:

KORTTILA K., TARKKANEN J., **British Journal of Anesthesia**, Comparison of diazepam and midazolam for sedation during local anaesthesia for bronchoscopy, Volume 57, Issue 6, 1985, p. 581 à 586.

MYLES P.S., WILLIAMS D.L., HENDRATA M., ANDERSON H., WEEKS A.M., **British Journal of Anaesthesia**, Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients, Volume 84, Issue 1, 2000, p. 6 à 10.

UTTING J.E., WHITFORD J.H.W., **British Journal of Anesthesia**, Assessment of premedicant drugs using measurements of plasma cortisol, Volume 44, Issue 1, 1972, p. 43 à 46.

Canadian Journal of Anesthesia:

COHEN M.M., DUNCAN P.G., POPE W.D., BIEHL D., TWEED W.A., Mc WILLIAM L., MERCHANT R.N., **Canadian Journal of Anesthesia**, The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes: II. Can outcomes be used to assess the quality of anaesthesia care? Volume 39, Issue 5, 1992, p. 430 à 439.

Inter Bloc:

BAEV D., **Inter bloc**, L'anxiété préopératoire en chirurgie, Tome XXIII, n°1, Mars 2004, p.38 à 40.

Journal of Clinical Anesthesia:

ZALUNARDO M.P., ZOLLINGER A., SPAHN D.R., SEIFERT B., RADJAIPOUR M., GAUTSCHI K., PASCH T., **Journal of Clinical Anesthesia**, Effects of intravenous and oral clonidine on hemodynamic and plasma catecholamine response due to endotracheal intubation, Volume 9, Issue 2, 1997, p. 143 à 147.

Journal of Postgraduate Medicine:

CHAURASIA S.K., KANE D.G., CHAUDHARI L.S., **Journal of Postgraduate Medicine**, A comparative study of clonidine versus combination of diazepam and atropine for premedication in orthopaedic patients, Volume 45, Issue 3, 1999, p. 74 à 78.

La libre entreprise:

MESKENS N., RIANE F., **La libre entreprise**, Les Hôpitaux face à des défis majeurs, 28 juillet 2007, p. 7.

Lancet:

ROYSTON D., COX F., **Lancet**, Anaesthesia: the patient's point of view, Volume 362, Number 9396, 2003, p. 1648 à 1658.

Oxymag:

LIENHART A., AUROY Y., PEQUIGNOT F., BENHAMOU D., JOUGLA E., **Oxymag**, Sécurité anesthésique, où en est-on? Premiers résultats de l'enquête « mortalité » Sfar-Inserm, n°74, Février 2004, p. 21 à 24.

Soins:

COULON-STRUMEYER C., DEBRAY Q., **Soins**, Anxiété, peur, angoisse..., n°627, Juillet/Août 1998, p.17.

Soins en Chirurgie:

LUTGEN I., **Soins en chirurgie**, L'angoisse préopératoire, n°42/43–Août/Septembre 1984, p.39.

Documents en ligne

<http://www.actunews.com>

PM DEVELOPPEMENT, **Les logiciels de P.M. Développement s'imposent auprès des cliniques et hôpitaux**, [en ligne], 01 Avril 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.actunews.com>.

<http://www.adf.asso.fr>

ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE (ADF), **La sédation face aux difficultés de coopération du patient**, [en ligne], 2005, [20 Février 2008], compte rendu disponible sur <http://www.adf.asso.fr>.

<http://www.bakchich.info>

LABAT M., **Les dix points noirs des hôpitaux français**, [en ligne], 23 Octobre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.bakchich.info>.

<http://www.chu-montpellier.fr>

COLLECTIF, « **QBLOC** », **le logiciel de gestion des blocs opératoires**, [en ligne], [31 Mars 2009], dossier disponible sur <http://www.chu-montpellier.fr>.

<http://www.espacegeneraliste.info>

HOLUE C., **2008 : l'hôpital en crise voit venir la réforme**, [en ligne], 30 Décembre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.espacegeneraliste.info>.

<http://www.health-it.fr>

JOLIVALDT F., **Gestion de blocs opératoires et dossier patient : une intégration au SIH réussie**, [en ligne], 29 Mai 2008, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.health-it.fr>.

<http://www.infirmiers.com>

HURON A., **La profession infirmière**, [en ligne], [30 Mars 2009], information disponible sur <http://www.infirmiers.com>.

<http://www.jepu.net>

ALFONSI P., SCHAACK E., **L'attente des opérés**, [en ligne], 14 Février 2008, [05 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

BALLY B., CABARROT P., CHABOT JM., **Evaluation des pratiques professionnelles en anesthésie-réanimation**, [en ligne], 2007, [10 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

BLACHE J.L., SANNINI A., **Démarche qualité et organisation du bloc opératoire**, [en ligne], 2001, [10 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

BOUREL P., **La gestion du bloc opératoire un enjeu d'établissement**, [en ligne], 2001, [04 Août 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

BRUDER N., AUQUIER P., **Prévention des effets indésirables de l'anesthésie : critères de satisfaction de l'opéré ?**, [en ligne], 2006, [23 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

LLEU J.C., HAMM P., HARTMANN G., JOUFFROY L., LLEU J., LUPESCU R., PAIN L., **Le confort de l'opéré**, [en ligne], 14 Février 2008, [05 Juillet 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

MANTZ J., LE BIHAN E., **Stratégies pré et périopératoires pour améliorer la qualité du réveil**, [en ligne], 2008, [02 Août 2008], communication médicale disponible sur <http://www.jepu.net>.

RAFFERMI B., PHILIP F., **Recommandations, procédures, protocoles, fiches techniques**, [en ligne], 2002, [14 Juillet 2008], communication infirmière disponible sur <http://www.jepu.net>.

<http://www.labrha.com>

MARC J.F., **Physiologie du stress**, [en ligne], 01 Septembre 2007, [01 Juillet 2008], cours disponible sur <http://www.labrha.com>.

<http://www.lefigaro.fr>

PEREZ M., **Les unités de réanimation marchent à flux tendu l'hiver**, [en ligne], 30 Décembre 2008, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.lefigaro.fr>.

<http://www.meah.sant.gouv.fr>

M.E.A.H., **Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques**, [en ligne], 2004, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.meah.sante.gouv.fr>.

<http://www.pmdeveloppement.fr>

PM DEVELOPPEMENT, **Logiciel CliMCO SANTE**, [en ligne], [31 Mars 2009], information disponible sur <http://www.pmdeveloppement.fr>.

<http://www.prarthage-sante.fr>

CHABOISSIER M., **Pénurie d'infirmières en Île de France**, [en ligne], 23 Février 2006, [31 Mars 2009], rapport disponible sur <http://www.parthage-sante.fr>.

<http://www.prest-next.fr>

ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., NEGRI J.F., CANTET-BAILLY N., BENBRICK E., CAILLARD J.F., **Le concept de « Magnet hospitals » Evaluation de l'attractivité des 14 CHG et CHU de l'étude PRESST**, [en ligne], [31 Mars 2009], étude disponible sur <http://www.prest-next.fr>.

<http://www.reanesth.org>

MAURETTE P., **La prémédication**, [en ligne], DAR 3 CHU BORDEAUX, 5 Avril 2005, [20 Février 2008], cours disponible sur <http://www.reanesth.org>.

<http://www.reanord.org>

BRUDER N., **La prémédication**, [en ligne], DAR Hôpital Nord MARSEILLE, Janvier 2006, [20 Février 2008], cours disponible sur <http://www.reanord.org>.

<http://www.sante.gouv.fr>

ACKER F., **Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital**, [en ligne], Janvier 2005, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.sante.gouv.fr>.

<http://www.sfar.org>

AUBRUN F., PAQUERON X., RIOU B., **Kétamine**, [en ligne], 2000, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

BORGEAT A., **Nausées et vomissements postopératoires**, [en ligne], 1996, [20 Février 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

CHASSARD D., DUFLO F., ALLAOUCHICHE B., **Mémorisation peropératoire**, [en ligne], 2002, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

DIEMUNSCH P., ZOHRA LAALOU F., **Nausées et vomissements postopératoires**, [en ligne], 2005, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

DIXNEUF B., BALAGNY E., CHAUMETTE F., DEBAERT A., DORNE R., FAUCON T., FERET J., GIRAUD E., LAVERDISSE D., MASCARO J.M., MOULINOUX C., SCHERPEREEL P., VIALARD M.L., VIGNIER M., **Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état**, [en ligne], Janvier 1995, [31 Mars 2009], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

HABERER J.P., BLACHE J.L., BLERY C., DIXNEUF B., EURIN B., GRANRY J.C., JOHANET S., MARTY J., ROUGE M., VIGNIER M., **Recommandations concernant la période préanesthésique**, [en ligne], Janvier 1996, [31 Juillet 2008], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

LE GALL R., BEYDON L., **Prise en charge de la douleur postopératoire chez le patient présentant une pathologie respiratoire du sommeil (syndrome d'apnée du sommeil)**, [en ligne], 2000, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

MANTZ J., LEPORT Y., GUELLEC V., **Optimisation de la récupération après anesthésie générale**, [en ligne], 2003, [14 Juillet 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

MARTY J., **Intérêt et mise en place d'un programme d'assurance qualité en anesthésie**, [en ligne], 2000, [14 Juillet 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

MARTY J., BONNET F., CORDA B., ETTORI F., HOLTZER S., LAGNEAU F., LE CORRE F., PLAUD B., SAMAIN E., VINH M.P., **Organisation des sites opératoires**, [en ligne], 2001, [06 Avril 2009], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

OTTENI J.C., BENICHOU A., BRICARD H., CARAMELLA J.P., CLERGUE F., DESMONTS J.M., DORNE R., FEISS P., HASCOET R., MASCARO J.M., STIEGLITZ P., **Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie**, [en ligne], Janvier 1996, [06 Août 2008], production scientifique disponible sur <http://www.sfar.org>.

STIEGLITZ P., PAYEN J.F., JACQUOT C., **Comment juger d'une bonne anesthésie ?**, [en ligne], 1996, [02 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

VIEL E., BRUELLE P., ELEDJAM J.J., **les adjuvants de l'analgésie postopératoire**, [en ligne], 1997, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

VIVIAND X., ARNAUD S., **Mémoire et anesthésie**, [en ligne], 1998, [08 Août 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

WODEY E., GUILLOU N., **Prémédication chez l'enfant**, [en ligne], 2001, [20 Février 2008], conférence d'actualisation disponible sur <http://www.sfar.org>.

<http://www.snarf.org>

COHEN P., **Programmation opératoire vous avez dit pas de texte ?**, [en ligne], 08 Août 2007, [31 Mars 2009], article disponible sur <http://www.snarf.org>.

<http://www.snia.net>

SNIA, **Recommandations pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste**, [en ligne], Mai 2002, [03 Juillet 2007], disponible sur <http://www.snia.net>.

<http://fr.wikipedia.org>

COLLECTIF, **Infirmier, rôle médico-délégué**, [en ligne], [30 Mars 2009], information disponible sur <http://fr.wikipedia.org>.

Sites internet divers

<http://www.clinique-europe78.fr>

<http://www.im2s.mc>

INDEX DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Roue de Deming	Page	27
Graphique 2 : Répartition des lieux d'enquête	Page	60
Graphique 3 : Répartition de la population concernée par l'enquête (en %)	Page	62
Graphique 4 : Taux de récupération du questionnaire (en %)	Page	70
Graphique 5 : Répartition de la population (en %)	Page	71
Graphique 6 : Amplitude, ancienneté moyenne et médiane par grade (en années)	Page	72
Graphique 7 : Obtention d'une anxiolyse suffisante grâce à la prémédication anxiolytique (en %)	Page	73
Graphique 8 : Vision des paramédicaux concernant l'utilité de la prémédication anxiolytique (en %)	Page	74
Graphique 9 : Connaissance d'autres effets bénéfiques de la prémédication anxiolytique, hors anxiolyse (en %)	Page	75
Graphique 10 : Population ayant mentionné des effets positifs, hors anxiolyse, de la prémédication anxiolytique (en %)	Page	76
Graphique 11 : Nombre moyen d'effets positifs de la prémédication anxiolytique cités	Page	77
Graphique 12 : Taux de personnes connaissant au moins deux effets positifs de la prémédication anxiolytique (en %)	Page	77
Graphique 13 : Réponses attendues concernant les autres effets bénéfiques de la prémédication anxiolytique (en %)	Page	78
Graphique 14 : Répartition par catégories des effets positifs cités (en %)	Page	79
Graphique 15 : Répartition des effets positifs de la prémédication anxiolytique envers l'anesthésie (en %)	Page	80
Graphique 16 : Nombre de réponses moyennes	Page	82
Graphique 17 : Molécules attendues citées (en %)	Page	83
Graphique 18 : Répartition des classes médicamenteuses non attendues (en %)	Page	84
Graphique 19 : Visite préanesthésique la veille de l'intervention chirurgicale : vision paramédicale (en %)	Page	86
Graphique 20 : Disponibilité du programme opératoire : vision paramédicale (en %)	Page	87

Graphique21 : Respect du programme opératoire (en %)	Page	88
Graphique22 : Prescription d'une prémédication anxiolytique : vision paramédicale (en %)	Page	89
Graphique23 : Administration de la prémédication anxiolytique à H-1 (en %)	Page	90
Graphique24 : Répartition des moyens d'avertissement du moment idéal d'administration de la prémédication anxiolytique (en %)	Page	91

INDEX DES SIGLES

A.C.T.H.	: Adréno Cortico Tropic Hormone.
A.F.E.D.I.	: Association Francophone Européenne pour le Diagnostic Infirmier.
A.G.	: Anesthésie Générale.
A.L.R.	: Anesthésie LocoRégionale.
A.S.A.	: American Society of Anesthesiologists.
A.V.K.	: Anti Vitamine K.
C.A.M.	: Concentration Alvéolaire Minimale.
C.E.C.	: Circulation ExtraCorporelle.
C.H.G.	: Centre Hospitalier Général.
C.H.U.	: Centre Hospitalier Universitaire.
C.N.R.A.C.L.	: Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales.
C.R.F.	: Cortico Releasing Factor.
E.C.G.	: ElectroCardioGramme.
E.F.R.	: Exploration Fonctionnelle Respiratoire.
E.T.T.	: Echocardiographie TransThoracique.
I.A.D.E.	: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
I.B.O.D.E.	: Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
I.D.E.	: Infirmier Diplômé d'Etat.
I.D.M.	: Infarctus Du Myocarde.
I.F.S.I.	: Institut de Formation en Soins Infirmiers.
I.M.	: Intra Musculaire.
I.R.	: Intra Rectale.
I.S.O.	: International Organisation for Standardisation.
I.V.D.	: Intra Veineuse Directe.
M.A.R.	: Médecin Anesthésiste Réanimateur.
N.M.D.A.	: N-Méthyl-D-Aspartate.
N.V.P.O.	: Nausées Vomissements Post Opératoire.
R.P.	: Radiographie Pulmonaire.
S.F.A.R.	: Société Française d'Anesthésie Réanimation.
S.I.P.O.	: Soins Intensifs Post Opératoire.
S.N.A.	: Système Nerveux Autonome.
S.N.I.A.	: Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes.

S.N.P.I. : Syndicat National du Personnel Infirmier.
S.R.L.F. : Société de Réanimation de Langue Française.
S.S.P.I. : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I

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

Les principes généraux



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement.

Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.

Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en oeuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être accessible et loyale.

La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent.

Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.

Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une

recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles.

Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



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



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées.

Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



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



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux

informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



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

Annexe II

Je m'appelle Florian MASSACRIER et je suis actuellement en seconde année de formation d'infirmier anesthésiste. Je réalise un travail d'intérêt professionnel dont le thème est la prémédication anxiolytique. Ce questionnaire anonyme va me permettre de pouvoir effectuer ce travail de recherche.

Vous êtes : IDE IADE

Année d'obtention de votre DEI ou DEIA :

Un patient, prêt pour le bloc opératoire, calme, détendu et présentant une normalité neurovégétative est un objectif atteint :

Systématiquement Fréquemment
 Rarement Jamais

Pour le bon déroulement d'une anesthésie, la prémédication anxiolytique vous semble être :

Très importante Importante
 Peu importante Sans importance

Hormis la diminution du stress préopératoire, pouvez vous citer d'autres effets bénéfiques ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

-
-
-
-

La visite préanesthésique a lieu la veille de l'intervention chirurgicale :

Systématiquement Fréquemment
 Rarement Jamais
 Ne sait pas

A l'issue de celle-ci, une prémédication anxiolytique est prescrite :

Systématiquement Fréquemment
 Rarement Jamais

Le programme opératoire est constamment disponible dans le service d'hospitalisation ou au sein du bloc opératoire :

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Systématiquement | <input type="checkbox"/> Souvent |
| <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais |

L'organisation du programme opératoire est respectée :

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Systématiquement | <input type="checkbox"/> Souvent |
| <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais |

La prémédication anxiolytique est administrée environ 1 heure avant que le patient n'aille au bloc opératoire :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Systématiquement | <input type="checkbox"/> Fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |

Les IDE de services d'hospitalisation sont avertis du bon moment pour administrer la prémédication par :

- Horaires fixés la veille ou le matin
- Téléphone, environ une heure avant
- Logiciel permettant de suivre l'activité opératoire en temps réel
- Autres : précisez.....

Citez 4 médicaments employés lors de la prémédication anxiolytique :

-
-
-
-

Merci pour votre précieuse collaboration.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

AVANT-PROPOS	Page	1
INTRODUCTION	Page	7
1. GESTION QUALITATIVE DU STRESS PREOPERATOIRE DU PATIENT PAR L'EQUIPE D'ANESTHESIE :		
APPROCHE THEORIQUE	Page	16
<u>Préambule</u>	Page	17
<u>1.1. Deux concepts fondamentaux : Stress et Qualité</u>	Page	18
1.1.1. Introduction	Page	18
1.1.2. Le Stress	Page	18
<i>1.1.2.1 Stress, Anxiété,angoisse, Peur : définitions</i>	Page	18
<i>1.1.2.2. Les différents stress</i>	Page	20
<i>1.1.2.3. Les mécanismes du stress</i>	Page	21
<i>1.1.2.4. La symptomatologie du stress</i>	Page	22
<i>1.1.2.5. Les facteurs de stress périopératoire</i>	Page	23
<i>1.1.2.6. Les interactions du stress envers l'anesthésie</i>	Page	24
1.1.3. La qualité	Page	26
<i>1.1.3.1. Définitions</i>	Page	26
<i>1.1.3.2. Historique de la qualité hospitalière et législation</i>	Page	27
<i>1.1.3.3. Moyens d'évaluation de la qualité des soins</i>	Page	29
<i>1.1.3.4. Critères de qualité en anesthésie</i>	Page	31
1.1.4. Conclusion	Page	33

<u>1.2. Un processus qualitatif concernant la gestion du stress</u>	
<u>préopératoire : l'organisation anesthésique</u>	Page 34
1.2.1. Introduction	Page 34
1.2.2. Les particularités anesthésiques de la période préopératoire	Page 34
<i>1.2.2.1. Réglementation</i>	Page 34
<i>1.2.2.2. Buts de la consultation et de la visite préanesthésique</i>	Page 36
1.2.3. De la chambre d'hospitalisation au bloc opératoire	Page 38
<i>1.2.3.1. La planification du programme opératoire</i>	Page 38
<i>1.2.3.2. L'accueil du patient au bloc opératoire</i>	Page 40
1.2.4. Conclusion	Page 42
<u>1.3. Un moyen pharmacologique dans la gestion du stress</u>	
<u>préopératoire : la prémédication anxiolytique</u>	Page 43
1.3.1. Introduction	Page 43
1.3.2. Définitions et règles d'utilisation	Page 43
<i>1.3.2.1. Qu'est ce que la prémédication anxiolytique ?</i>	Page 43
<i>1.3.2.2. Prémédication anxiolytique : mode d'emploi</i>	Page 44
1.3.3. Prémédication anxiolytique : l'arsenal thérapeutique	Page 45
<i>1.3.3.1. Molécules utilisables et voies d'administration</i>	Page 45
<i>1.3.3.2. Posologies et cinétiques des différents produits</i>	Page 46
<i>1.3.3.3. Les effets bénéfiques attendus</i>	Page 49
<i>1.3.3.4. Les effets potentiellement délétères</i>	Page 51
1.3.4. Conclusion	Page 53
<u>Epilogue</u>	Page 54

2. LE POINT DE VUE DES PARAMEDICAUX FACE A LA PREMEDICATION ANXIOLYTIQUE ET A L'ORGANISATION DE LA PERIODE PREOPERATOIRE : APPROCHE PRATIQUE	Page	55
<u>Introduction</u>	Page	56
<u>2.1. La méthodologie de l'enquête</u>	Page	58
2.1.1. Les lieux sélectionnés pour l'enquête	Page	58
<i>2.1.1.1. La neurochirurgie</i>	Page	58
<i>2.1.1.2. La chirurgie cardio-vasculaire</i>	Page	59
2.1.2. La population concernée par l'enquête	Page	61
<i>2.1.2.1. Les infirmiers de chirurgie</i>	Page	61
<i>2.1.2.2. Les infirmiers anesthésistes</i>	Page	62
2.1.3. L'outil méthodologique employé pour l'enquête	Page	63
<i>2.1.3.1. Le choix du questionnaire</i>	Page	63
<i>2.1.3.2. L'élaboration du questionnaire</i>	Page	63
<i>2.1.3.3. La diffusion du questionnaire</i>	Page	66
2.1.4. Les limites de cette enquête	Page	67
<i>2.1.4.1. Les biais concernant les lieux choisis</i>	Page	67
<i>2.1.4.2. Les biais concernant la population choisie</i>	Page	68
<i>2.1.4.3. Les biais concernant l'outil méthodologique choisi</i>	Page	69
<u>2.2. Les résultats de l'enquête vis-à-vis de la problématique</u>	Page	70
2.2.1. Présentation de la population	Page	70
<i>2.2.1.1. Taux de réponses</i>	Page	70
<i>2.2.1.2. La répartition de la population sondée</i>	Page	71
<i>2.2.1.3. L'expérience des soignants</i>	Page	72
2.2.2. Que pensent les soignants de la qualité de la prémédication?	Page	73
<i>2.2.2.1. Un objectif qualitatif atteint ?</i>	Page	73
<i>2.2.2.2. Une stratégie thérapeutique utile ?</i>	Page	74

2.2.3. La prémédication anxiolytique : ce que savent les soignants	Page	75
2.2.3.1. <i>Les connaissances des soignants</i>	Page	75
2.2.3.2. <i>La qualité des connaissances des soignants</i>	Page	76
2.2.3.3. <i>Connaissance des molécules utilisables</i>	Page	82
<u>2.3. Les résultats de l'enquête concernant l'hypothèse</u>	Page	86
2.3.1. L'organisation préopératoire : la vision des soignants	Page	86
2.3.1.1. <i>Le moment de la visite préanesthésique</i>	Page	86
2.3.1.2. <i>La disponibilité du programme opératoire</i>	Page	87
2.3.1.3. <i>Le respect du programme opératoire</i>	Page	88
2.3.2. L'administration de la prémédication anxiolytique	Page	89
2.3.2.1. <i>La prescription de la prémédication anxiolytique</i>	Page	89
2.3.2.2. <i>Le moment de son administration</i>	Page	90
2.3.2.3. <i>La relation bloc opératoire – service d'hospitalisation</i>	Page	91
<u>Conclusion</u>	Page	93

3. ORGANISATION DE L'ANXIOLYSE

PHARMACOLOGIQUE, ENTRE THEORIE ET PRATIQUE :

APPROCHE ANALYTIQUE	Page	94
----------------------------	------	----

<u>Introduction</u>	Page	95
<u>3.1. I.D.E. et I.A.D.E. : deux professions distinctes ?</u>	Page	97
3.1.1. I.D.E.-I.A.D.E. : Un profil initialement identique	Page	97
3.1.1.1. <i>Des rôles superposables</i>	Page	97
3.1.1.2. <i>Une vision similaire de la prémédication anxiolytique</i>	Page	98
3.1.2. Des différences secondaires importantes	Page	99
3.1.2.1. <i>Des expériences inégales</i>	Page	100
3.1.2.2. <i>Des connaissances disparates</i>	Page	101

3.1.3. Les spécificités de l’I.A.D.E.	Page	102
<i>3.1.3.1. Une formation supplémentaire</i>	Page	102
<i>3.1.3.2. Un lieu d’exercice permettant une vision globale</i>	Page	103
3.1.4. Des savoirs existants...mais répartis de façon inégale	Page	104
<u>3.2. Une stratégie thérapeutique délicate à mettre en œuvre</u>	Page	106
3.2.1. Des services d’hospitalisation en difficultés	Page	106
<i>3.2.1.1. Une communication défaillante</i>	Page	107
<i>3.2.1.2. Une pénurie I.D.E.</i>	Page	108
3.2.2. Une organisation préopératoire aléatoire	Page	110
<i>3.2.2.1. Une visite préanesthésique mise de côté</i>	Page	110
<i>3.2.2.2. Un programme opératoire opaque</i>	Page	111
<i>3.2.2.3. Une gestion archaïque des flux de patients</i>	Page	113
3.2.3. Un timing encore améliorable	Page	115
<u>3.3. Des motifs de satisfaction</u>	Page	117
3.3.1. Des soignants intéressés	Page	117
<i>3.3.1.1. Des raisons d’espérer</i>	Page	117
<i>3.3.1.2. La formation continue : une solution facile à initier</i>	Page	118
3.3.2. D’autres pistes de réflexion existent	Page	119
<i>3.3.2.1. La gestion informatique</i>	Page	119
<i>3.3.2.2. L’hypnose, une alternative intéressante</i>	Page	122
<u>Bilan</u>	Page	124
CONCLUSION	Page	126

BIBLIOGRAPHIE	Page	131
Textes officiels	Page	132
Dictionnaires	Page	133
Livres	Page	134
Cours magistraux, thèses et travaux d'intérêt professionnel	Page	136
Revue s et journaux	Page	137
Docume nts en ligne	Page	143
Sites internet divers	Page	150
INDEX DES GRAPHIQUES	Page	151
INDEX DES SIGLES	Page	154
LISTE DES ANNEXES	Page	157
Annexe I	Page	I
Annexe II	Page	III
TABLE DES MATIERES	Page	158

La prémédication anxiolytique : la première course contre la montre de l'anesthésie ?

Ou l'importance d'une organisation sans faille pour atteindre un objectif qualitatif concernant l'anxiolyse pharmacologique préopératoire.

Résumé :

Toute intervention chirurgicale provoque un stress chez le futur opéré. Pour le contenir, un moyen pharmacologique est à la disposition des soignants : la prémédication anxiolytique. Son efficacité est directement dépendante du moment de son administration, cette dernière étant influencée par l'organisation préopératoire, tout ceci s'inscrivant actuellement dans une démarche qualité. Mais qu'en est-il réellement sur le terrain ? Une enquête réalisée auprès d'infirmiers et d'infirmiers anesthésistes montre de sérieux dysfonctionnements dans cette prise en charge. L'anxiolyse pharmacologique est-elle mise de côté en 2009 ? Est-ce un objectif prioritaire des soignants ?

Problématique :

Alors que l'on connaît son importance ainsi que ses bénéfices attendus, pourquoi la qualité de la prémédication anxiolytique préopératoire est elle aussi aléatoire actuellement ?

Mots clés :

- Prémédication anxiolytique
- Qualité, démarche qualité
- Gestion, organisation
- Programme opératoire
- Stress, anxiété