



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La prise en soin de l'anxiété au bloc opératoire

Formateurs référents mémoire :

Marianne Marchand

Didier Mercier

LEBRETON Florian  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021

Date 12/04/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat d'Infirmier**

### **Travaux de fin d'études : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :  
« toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 12/04/2021**

**Lebreton Florian :**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## Remerciements

*J'aimerais remercier l'ensemble des personnes rencontrées au cours de ces trois années d'études, que ce soit mes camarades de promotion, les formateurs de l'IFSI ou les professionnels m'ayant accueilli sur les terrains de stage pour leur pédagogie, leur bienveillance et leur richesse. Grâce à elles, j'ai pu évoluer à titre individuel et m'inscrire dans la profession qui sera la mienne.*

*J'aimerais particulièrement remercier Marianne Marchand et Didier Mercier, mes référents de mémoire, pour leur accompagnement, leur humour et leur faculté à dénouer les sacs de nœuds les mieux ficelés. Je me retiens de toute blague sur les lapsus (quasiment à regret)... Mes remerciements également à Dominique Guy, ma référente pédagogique pour sa présence de qualité durant l'ensemble de mon cursus.*

*Merci à toute l'équipe de l'IFSI pour la qualité de leurs apports théoriques et pratiques, leur humanité ainsi que pour nous avoir permis de poursuivre notre formation dans les meilleures conditions possibles malgré les bouleversements causés par la situation sanitaire.*

*Pour finir, je ne remercierais jamais assez ma femme qui m'a donné la confiance nécessaire pour m'engager dans cette formation, la force pour la mener à bien et l'amour, toujours, malgré ce qu'il a fallu traverser. Merci également à ma fille qui m'emporte chaque jour dans son tourbillon de vie, et à ma famille, qui a été très présente à mes côtés tout au long de ces trois années.*

## Sommaire

<b>1 – Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2 – Cadre conceptuel</b>	<b>2</b>
2.1 – Le bloc opératoire, un lieu anxiogène	2
2.1.1 Définition de l’anxiété	2
2.1.2 Les causes de l’anxiété au bloc opératoire	3
2.1.3 Les signes de l’anxiété chez le patient	4
2.2 – Le rôle de l’IDE au bloc opératoire	5
2.2.1 Le rôle de l’IDE auprès du patient	5
2.2.2 La collaboration interdisciplinaire	6
2.2.3 La prise en soin médicamenteuse de l’anxiété	7
2.3 – La communication interdisciplinaire, une prise en soin non médicamenteuse de l’anxiété	8
2.3.1 La communication, une interaction soignant-soigné	8
2.3.2 La prise en soin de l’anxiété par la communication interdisciplinaire	9
2.3.3 Le rôle central de l’IDE dans la prise en soin interdisciplinaire de l’anxiété	11
<b>3 – Dispositif méthodologique du recueil de données</b>	<b>11</b>
<b>4 – Analyse descriptive des entretiens</b>	<b>12</b>
<b>5 – Discussion</b>	<b>15</b>
<b>6 – Conclusion</b>	<b>17</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>19</b>
<b>Annexes</b>	
<b>Abstract</b>	

## Siglier

AS: Aide-Soignant

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MIRSI: Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

## 1 – Introduction

Etudiant en 3<sup>ème</sup> année de soins infirmiers, il m'est demandé un travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ayant travaillé en tant qu'aide-soignant dans un bloc opératoire et désireux d'y poursuivre ma carrière d'infirmier une fois diplômé, je voulais orienter mon sujet de recherche vers ce milieu particulier. Or j'y ai vécu plusieurs situations avec des patients que je n'avais pas exploré lorsque j'y travaillais en tant que professionnel et que j'ai revécu en mémoire à l'aune de mes apprentissages théoriques au sein de l'IFSI ainsi que par mes diverses expériences de stage.

Deux situations de prise en soins de patients anxieux au bloc opératoire (jointes en annexe I et II) ont particulièrement retenu mon attention, et plus précisément ce qui pour moi a constitué leur spécificité : la prise en soin en équipe de ces situations.

Quelque part, il y avait un élément qui me semblait étrange : comment les équipes du bloc, composées de diverses catégories professionnelles, si différentes mais pourtant vêtues de la même façon, avec des formations propres, parvenaient à se coordonner pour atteindre le même objectif, à savoir la prise en soin d'un patient et d'autant plus dans des situations stressantes comme celle d'un patient anxieux. M'interrogeant sur ce sujet, je m'intéressais également à la place de l'IDE dans cette prise en soins, et quelles étaient ces spécificités.

Aussi, à l'issue de multiples réflexions et d'échange avec mes directeurs de MIRSI, j'en suis venu à formuler ce qui allait constituer la question de départ de ce travail :

### **Au bloc opératoire, en quoi le travail de l'IDE au sein d'une équipe pluriprofessionnelle permet de prendre en soin un patient anxieux ?**

J'effectue dès à présent une clarification : travaillant sur un mémoire de recherche en soins infirmiers, je me focaliserai sur les IDE travaillant au bloc opératoire, faisant fonction IBODE mais pas sur les IBODE en tant que tels ni les IADE.

Plus précisément, je vais m'intéresser au regard clinique infirmier, ce qui lui permet d'identifier un patient anxieux et aux compétences qu'il déploie pour prendre en soin cette anxiété. Mais, l'IDE ne travaillant pas seul au bloc opératoire (ni ailleurs), il me semble important de définir comment cette prise en soin s'articule dans une approche interdisciplinaire, et quelles sont les particularités du rôle de l'IDE dans ce travail en équipe.

C'est pourquoi nous avons défini un plan qui va nous mener d'abord à l'anxiété au bloc opératoire, ses causes, ses manifestations et le rôle de l'infirmier, puis nous nous intéresserons à la place de ce rôle infirmier au sein d'une équipe interdisciplinaire comme celle du bloc opératoire, avant de conclure la place centrale de la communication infirmière dans la prise en soin interdisciplinaire de l'anxiété.

## 2 - Cadre conceptuel

Le bloc opératoire est un lieu méconnu, mystérieux. Cette part d'inconnu peut générer de l'anxiété chez le patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale.

### 2.1 - Le bloc opératoire, un lieu anxiogène

#### 2.1.1 - Définition de l'anxiété

Selon le dictionnaire Le Petit Robert, l'anxiété est *"un état de trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant de phénomènes physiques."* (Le Petit Robert, 1993, p. 108<sup>1</sup>)

Cette définition, simple, est intéressante sur trois points. Tout d'abord, elle nomme *"l'état de trouble psychique"*. C'est-à-dire que l'anxiété entraîne chez un individu une condition qu'il est possible de caractériser, de définir et donc d'interpréter. Pierluigi Graziani (2005)<sup>2</sup> distingue à ce sujet l'anxiété-état, relevant du trouble psychologique chronique, sans objet nécessairement associé, et l'anxiété-situation, que l'on peut simplifier comme étant l'état aigu de cette pathologie, celui lié à des événements marqués dans le temps et l'espace, à des moments et des environnements particuliers, comme le bloc opératoire par exemple.

D'autre part, cette définition évoque le *"sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux"*. Pierluigi Graziani (2005, p. 13)<sup>3</sup> définit l'anxiété comme *"un traitement sélectif de l'information de la part du sujet qui l'interprète comme une menace ou un danger face à son propre bien-être et sa sécurité"*. Nous retrouvons cette notion de menace et de danger, mais aussi la part d'imaginaire pouvant constituer ce danger. Certains environnements, certaines professions, ont un

---

<sup>1</sup> Le Petit Robert de la langue française. (1993), p. 108.

<sup>2</sup> Graziani, P. (2005), *Anxiété et troubles anxieux*, Armand Colin.

<sup>3</sup> Graziani, P. (2005), *Anxiété et troubles anxieux*, Armand Colin, p. 13.

poids symbolique que les professionnels de santé prenant soin de patients anxieux ne doivent pas négliger.

D'ailleurs, le troisième point crucial de cette définition est la mention des dimensions physique et psychique de l'anxiété. En effet, ces deux dernières sont indissociables, elles ouvrent à elles seules l'ensemble des champs des manifestations, des répercussions et des causes de l'anxiété. Les causes de l'anxiété peuvent être multiples, ainsi que ses manifestations : à la fois d'origine physique et psychique, elle se manifeste aussi verbalement ou non-verbalement D'où l'intérêt d'autres outils que l'observation, comme la communication, pour prendre soin d'une personne anxieuse. Nous allons voir quelles sont leur spécificité au bloc opératoire.

### 2.1.2 Les causes de l'anxiété au bloc opératoire

En effet, le bloc opératoire est vecteur d'anxiété pour le patient, comme le décrivent M. Batt et A. Trognon (2011, p. 236)<sup>4</sup> : *« quel que soit son âge, son milieu culturel ou sa pathologie, le futur opéré vit toujours sa journée de son intervention comme un moment particulièrement anxiogène »*. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer ce phénomène. La première se situerait au niveau d'une rupture dans le parcours de soins ainsi que la confrontation avec un milieu « autre ». Elizabteh Graw et Emmanuelle Dupalut (2018, p. 176)<sup>5</sup> y réfléchissent en imaginant un patient imaginaire, Monsieur X :

*« alors qu'il est programmé au bloc opératoire, Monsieur X est réveillé tôt, laissé à jeun, préparé pour l'intervention puis conduit par le brancardier au bloc opératoire : un lieu mystérieux pour le grand public, abrité derrière de grandes portes sur lesquelles il est inscrit « interdit au public » ou barrées d'un sens interdit »*.

A cette peur de l'inconnu s'ajoute la perte d'identité du patient ainsi que des soignants auxquels celui-ci est confronté (Graw E. & Dupalut E., 2018, p. 177)<sup>6</sup> : *« au bloc opératoire, le personnel soignant qui l'accueille [le patient] est cagoulé, masqué, anonyme. (...) A cette perte d'identité s'ajoute la peur de ne pas se réveiller après l'anesthésie. »* Cette dernière peur est peut-être l'une des plus difficiles à prendre en soin pour le soignant, car elle fait partie des risques potentiels de toute intervention chirurgicale : si le nombre d'incidents reste mineur, il est impossible

---

<sup>4</sup> Batt, M. & Trognon, A. (2011), L'éthique de l'interaction au bloc opératoire, *Inter bloc*, 30(4), p. 236.

<sup>5</sup> Graw, E. & Dupalut, E. (2018), Arriver debout au bloc opératoire, une expérience plus humaine, *Inter bloc*, 37(3), p. 176.

<sup>6</sup> Graw, E. & Dupalut, E. (2018), Arriver debout au bloc opératoire, une expérience plus humaine, *Inter bloc*, 37(3), p. 177.



de certifier à 100% qu'il n'existe aucun risque. C'est un facteur d'anxiété présent, et il en existe d'autres que listent Lina Maward et Nazek Azar (2004, p. 39)<sup>7</sup>:

*« Les facteurs d'anxiété propres au bloc opératoire ne manquent pas : l'acte chirurgical en lui-même, l'atteinte à l'intégrité physique, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit (son univers clos, son matériel, son rituel), la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention... ».*

Or, si l'anxiété peut avoir certains bienfaits, comme le rappellent Suzy Soumaille et Guido Bondolfi (2015, p. 68)<sup>8</sup> : *« à petites doses, l'anxiété est non seulement normale, mais nécessaire, elle nous protège contre les situations à risque et booste notre productivité avant une échéance »*, qui aident donc à mobiliser les forces vives de l'individu pour faire face aux dangers que celui-ci ressent, elle a également de nombreuses conséquences physiques et psychologiques sur le patient, qui peuvent nuire à son bien-être et à la qualité de sa prise en soin. C'est pourquoi les professionnels de santé, et notamment l'IDE travaillant au bloc opératoire, doivent être vigilants aux signes de l'anxiété chez le patient afin d'adapter sa stratégie de soin.

### 2.1.3 - Les signes de l'anxiété chez le patient

Ces conséquences peuvent être discernables par l'observateur, tel que le soignant, et constituer des signes interprétables. L'anxiété se manifeste de diverses manières (Hespel D., 1998, p. 103)<sup>9</sup>: *« tant en terme d'intensité que d'expression : que ce soit par la parole (questions multiples, plaintes...), par le comportement (mains crispées, jambes croisées...) ou par des réactions psychosomatiques diverses (tension artérielle élevée, sueur...). Elles varient selon les caractéristiques de l'individu ».*

Les signes somatiques sont liés à une « réaction d'alarme » du corps, qui envoie une décharge d'adrénaline dans le flux sanguin. Cet afflux d'adrénaline entraîne des symptômes somatiques tels qu'une tension musculaire, engendrant de l'agitation, une activité fébrile, les patients ont les poings serrés, le visage tendu, des crampes à l'estomac, ils peuvent également frissonner. Outre cette tension musculaire, l'anxiété peut provoquer une hypersudation, une tachycardie, une altération de

---

<sup>7</sup> Maward, L. & Azar, N. (2004), Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, *Recherche en soins infirmiers*, 78, p. 39.

<sup>8</sup> Soumaille, S. & Bondolfi, G. (2015). *L'anxiété et les troubles anxieux*. Médecine et hygiène, p. 68.

<sup>9</sup> Hespel, D. (1998), L'information préopératoire du futur opéré, *Bulletin d'éducation du patient*, 17(4), p. 103.

la fonction respiratoire, et engendrer une sensation de malaise. Comme nous pouvons nous en douter, ces manifestations sont également des signes d'un mal-être psychologique.

Ce mal-être peut se manifester par des pleurs comme nous pouvons le voir dans la situation n°1, par de l'insatisfaction, par une modification de la perception de la réalité, et, insidieusement un accroissement de ce même mal-être. Il peut également entraîner un comportement hostile, de la colère voire de la violence, qui peut être une expression de cette anxiété. Or, ces signes doivent être repérés et interprétés par l'IDE au bloc opératoire, car, comme le soulignent L. Maward et N. Azar (2004, p. 35)<sup>10</sup>: « *l'anxiété opératoire constitue un phénomène majeur, perceptible dans ses nombreux symptômes somatiques et ses manifestations psychologiques, ainsi qu'à travers son impact important sur l'état de santé du patient opéré et sur l'ensemble de l'acte chirurgical et ses suites.* »

Car tous ces signes ont des répercussions sur la prise en soin du patient. Il existe bien entendu des répercussions sur le long terme, notamment sur le système immunitaire, comme le souligne Michel Habib (1998, p. 175)<sup>11</sup> : « *un des aspects du stress nous semble particulièrement captivant dans la mesure où il a permis récemment de découvrir des fonctions jusqu'alors insoupçonnées de certaines régions cérébrales : il s'agit de ses rapports avec le système immunitaire* ».

Mais surtout, au sein du bloc opératoire, les répercussions de cette anxiété peuvent constituer une altération de la relation de confiance entre le soigné et les équipes soignantes, un allongement du rétablissement physique postopératoire chez des patients gardant un souvenir traumatique de ce passage au bloc opératoire et qui se focaliseront du coup sur cette sensation, sans oublier la trace psychologique, prégnante dans la situation n°1 que nous avons décrite, d'une intervention s'étant mal passée et dont le souvenir néfaste réapparaîtra à toute nouvelle intervention, générant davantage d'anxiété encore. Pierluigi Graziani (2015, p. 15)<sup>12</sup> parle ici de « biais de mémoire », c'est-à-dire la sélection restreinte de certaines informations lors d'une situation donnée.

## 2.2 - Le rôle de l'IDE au bloc opératoire

### 2.2.1 - Le rôle de l'IDE auprès du patient

---

<sup>10</sup> <sup>10</sup> Maward, L. & Azar, N. (2004), Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, *Recherche en soins infirmiers*, 78, p. 35.

<sup>11</sup> Habib, M. (1998), *Bases neurologiques des comportements* (3<sup>ème</sup> éd.), Masson, p. 175.

<sup>12</sup> Graziani, P. (2005), *Anxiété et troubles anxieux*, Armand Colin, p. 15.

L'IDE a un rôle prépondérant auprès du patient au bloc opératoire, notamment en ce qui concerne le repérage des signes d'anxiété chez le patient et sa prise en soin. Nous pouvons distinguer trois temps particulièrement propices à cette relation de soin.

Tout d'abord, il y a l'accueil du patient. En effet, le patient, en provenance de son service ou d'une salle de pré anesthésie, est accueilli par l'équipe paramédicale lors de son arrivée au bloc opératoire. C'est le moment de plusieurs missions de l'IDE au bloc opératoire, à savoir le renseignement de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » de l'HAS (HAS, 2018)<sup>13</sup>. L'évaluation clinique de l'état de santé physique et psychique du patient ainsi que l'établissement d'une relation de confiance susceptible d'être bénéfique au soin, comme le rappelle l'article R. 4311 – 2 du Code de la santé publique. L'évaluation clinique de l'état de santé du patient inclut le repérage des signes de l'anxiété que nous avons cité plus haut, et la mise en place de stratégies de réassurance du patient, dans l'optique d'établir une relation de confiance soignant-soigné à même de minorer cette anxiété et de faciliter la prise en soin du patient.

Un second temps de cette relation de soin où l'IDE peut être amené à être confronté à l'anxiété du patient est le temps per opératoire lui-même, si l'anesthésie choisie est locale ou locorégionale. Le patient étant conscient, il peut exprimer verbalement ou non ses craintes, ses peurs, que l'IDE doit entendre et prendre en considération afin qu'ils n'envahissent pas le soin

Enfin, le temps de la sortie du bloc opératoire est également un temps pour l'IDE de rencontre avec l'anxiété du patient. Effectivement, l'IDE peut être confronté à un réveil difficile, à une anxiété toujours présente malgré la fin de l'intervention ou à une angoisse jusqu'ici contenue par le patient et qui s'exprime à cet instant, comme un relâchement d'une tension psychique ou physique accumulée par le patient durant la durée de l'intervention. De nouveau, l'évaluation clinique réalisée par l'IDE, le repérage des signes de l'anxiété avant que ceux-ci n'envahissent le patient et donc leur prise en soin est cruciale.

Mais l'IDE n'agit évidemment pas seul face à ces situations.

## 2.2.2 - La collaboration interdisciplinaire

L'IDE au bloc opératoire s'inscrit dans une équipe interdisciplinaire. Barbara Dufour (2004, p.9)<sup>14</sup> caractérise ainsi cette interdisciplinarité: « *traiter de manière interdisciplinaire une problématique consiste à questionner des disciplines et/ou leurs spécialités en intégrant leurs apports*

---

<sup>13</sup> HAS (2018). Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode\\_demploi\\_et\\_version\\_2016\\_de\\_la\\_check-list\\_securite\\_du\\_patient\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode_demploi_et_version_2016_de_la_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf)

<sup>14</sup> Dufour, B. (2004), Approche interdisciplinaire et soins. Les fondements de l'interdisciplinarité, *Recherche en soins infirmiers*, 79, 4-11.

*disciplinaires en vue de construire une représentation de cette problématique en fonction d'un projet spécifique ».*

Comme nous pouvons le voir, la collaboration de plusieurs disciplines orientées vers le même objectif est l'essence de l'interdisciplinarité. Monique Fournier (2004, p.13)<sup>15</sup> quant à elle précise : *« elle [l'interdisciplinarité] est avant tout basée sur l'interaction positive entre les disciplines pour les relier par des échanges, de telle sorte qu'elles s'en trouvent enrichies et que les savoirs soient réorganisés, moins disjoints et compartimentés »*

Il s'agit donc de faire collaborer les compétences de chacun. Au bloc opératoire, un rapide inventaire de la multiplicité des acteurs permet d'appréhender l'étendue de cette collaboration : IDE, Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (IADE), Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE), Aides-Soignants (AS), Agents des Services Hospitaliers (ASH), chirurgiens de toutes spécialités, médecins anesthésistes, internes en chirurgie et en anesthésie, étudiants paramédicaux, manipulateurs en radiologie, brancardiers... Toutes ces disciplines sont tournées vers un objectif commun : la prise en soin du patient au bloc opératoire. Dans le cas de la prise en soin de l'anxiété, il s'agit alors pour l'IDE de pouvoir collaborer en prenant en compte les aptitudes et les champs de compétence de chacun. Comme le rappelle Monique Fournier (2004, p.14)<sup>16</sup> : *« le dialogue, l'échange et le partage des connaissances sont avant tout une source d'enrichissement et non pas d'appauvrissement. »*

Cette collaboration s'appuie sur différents supports. Le premier, le plus évident, concerne l'approche médicamenteuse de la prise en soin de l'anxiété.

### 2.2.3 - La prise en soin médicamenteuse de l'anxiété

L'une des réponses apportées à l'anxiété d'un patient passe par la voie médicamenteuse. L'administration de traitements fait partie du rôle prescrit de l'IDE : (article R. 4311-7 du Code de la santé publique). Toutefois, dans l'organisation propre aux blocs opératoires, cette administration, qu'il s'agisse de traitements à visée anxiolytique ou sédatrice, est très majoritairement, pour ne pas dire exclusivement effectuée par les IADE ou les anesthésistes.

---

<sup>15</sup> Fournier, M. (2004), La place de l'interdisciplinarité dans les soins, *Recherche en soins infirmiers*, 78, p. 15.

<sup>16</sup> Fournier, M. (2004), La place de l'interdisciplinarité dans les soins, *Recherche en soins infirmiers*, 78, p. 14.

Comme le rappelle E. Chabay (2009)<sup>17</sup>, dans la présentation d'un Congrès d'anesthésie et de réanimation : « *La prémédication, adaptée au patient et à l'acte, a pour objectif le confort du patient : anxiolyse, amnésie, analgésie/sédation, analgésie préventive, prévention des nausées et vomissements.* »

Or, ce temps de prémédication, effectué par les IDE des services de provenance des patients en amont de leur venue au bloc opératoire, échappe à notre objet de recherche, circonscrit au bloc opératoire lui-même.

S'il n'administre pas ce traitement, l'IDE au bloc opératoire reste toutefois investi de son rôle propre. Comme le rappelle l'article R. 4311-6 du Code de la santé publique, l'IDE surveille l'efficacité du traitement, la survenue d'effets secondaires et réalise une observation clinique de l'état de santé du patient. Il intervient également en situation d'urgence. Pour se référer à la collaboration décrite auparavant, l'IDE a ici un rôle prépondérant d'observation, d'alerte, que ce soit auprès des IADE, de l'anesthésiste ou du chirurgien.

Mais cette dimension médicamenteuse n'est qu'une des facettes de la prise en soin interdisciplinaire de l'anxiété au bloc opératoire.

## 2.3 - La communication interdisciplinaire, une prise en soin non médicamenteuse de l'anxiété

### 2.3.1 - La communication, une interaction soignant-soigné

Comme le rappelle Jean Claude Abric (2016, p. 3)<sup>18</sup> : « *Pour Shannon, la communication peut-être définie comme la transmission d'un message d'un endroit à un autre* ». S'inspirant des analyses de Shannon, Abric expose le schéma à l'œuvre lors d'une communication (Shannon, 1952 cité par Abric, 2016, pp 3 & 4<sup>19</sup>) :

*« Il [ce processus] repose sur la mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire. L'émetteur souhaitant donner une information va devoir la traduire en un langage compréhensible pour le destinataire et compatible avec les moyens de communication utilisés : c'est le codage. Le message ainsi élaboré va alors être émis et véhiculé grâce à un support matériel : le canal de la communication. Il parvient alors au destinataire, le récepteur qui, grâce à une activité de décodage, va pouvoir s'approprier et comprendre le message. Le système pour être pleinement efficace doit*

---

<sup>17</sup> Chabay, E., Chinouilh, M., Pignoux, C. & Fontaine, B. (2009). Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. In *51<sup>ème</sup> Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE), 2009*, Elsevier Masson.

<sup>18</sup> Abric, J-C. (2016), *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Armand Colin, p. 3.

<sup>19</sup> Abric, J-C. (2016), *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Armand Colin, pp. 3 et 4.

*prévoir une modalité de contrôle, de régulation et de traitement des erreurs : c'est le feedback, c'est-à-dire la boucle de rétroaction du récepteur vers l'émetteur. »*

C'est précisément cette notion de feedback qui va particulièrement nous intéresser. Car la communication loin de n'être qu'une transmission de message, est comme le rappelle Abric « une interaction ». Au bloc opératoire, il s'agit d'une relation soignant-soigné. Or, (Abric J., 2016, p. 20)<sup>20</sup> « *l'existence du feedback augmente la « sécurité interne » des acteurs. Il réduit l'appréhension et augmente la satisfaction.* » Nous voyons donc que par ce biais, il est possible d'agir sur l'anxiété du patient : à la fois pour le soignant, en prenant compte le feedback renvoyé par le patient, à la fois pour le patient, en étant confronté à un feedback rassurant de la part du soignant.

Il ne s'agit toutefois pas que d'un procédé verbal. Car comme le souligne Abric (2016, p. 69)<sup>21</sup> : « *Tous les spécialistes de la communication s'accordent sur un constat malheureusement peu attractif : 70% du message passe par le relationnel, c'est-à-dire par la forme et les indicateurs non-verbaux ; 30% seulement par le contenu du message.* »

Ainsi, pour établir une relation de confiance pouvant mener à une alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné au bloc opératoire, avec comme effets positifs la baisse de l'anxiété et le mieux-être du patient, l'IDE et l'équipe interdisciplinaire devront établir des stratégies de réassurance verbale, des attitudes menant à l'anxiolyse ainsi que des méthodes de communication propres à favoriser l'apaisement de la personne soignée.

### 2.3.2 - La prise en soin de l'anxiété par la communication interdisciplinaire

De nombreuses actions visant à minorer la survenue de l'anxiété ont été mises en place dans les blocs opératoires, comme le fait pour le patient d'arriver debout au bloc opératoire. Comme le souligne Favier (2015, p. 41)<sup>22</sup> : « *Le chirurgien qui opère est face à face avec son patient avant la réalisation de l'acte, côte-à-côte dans une situation moins anxiogène pour le patient.* »

Là où le fait d'arriver allongé produit une asymétrie entre le soignant, placé en position physiquement dominante, et le soigné, sans même parler de la nudité partielle de celui-ci sous les draps, asymétrie qui vient interférer dans la qualité de la communication, le fait d'arriver debout est vécu comme le rétablissement d'une relation d'égal à égal. L'instauration de cette pratique, pratiquée par les différents professionnels du bloc, fait suite à une concertation et à un accord des équipes sur ce changement dans la prise en soin.

---

<sup>20</sup> Abric, J.-C. (2016), *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Armand Colin, p. 20.

<sup>21</sup> Abric, J.-C. (2016), *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Armand Colin, p. 69.

<sup>22</sup> Favier, A. (2015), Debout jusqu'au bloc opératoire. *Objectifs soins & management*, 238(41).

A un niveau plus verbal, Gilles Besson (2010)<sup>23</sup> rappelle l'utilité de la communication thérapeutique lors de l'accueil du patient notamment. A ce moment comme nous l'avons vu, le stress peut induire des biais mentaux qui viennent parasiter le patient (Besson G., 2010, p.198)<sup>24</sup> : « *dans cet état particulier, son cerveau ignore la négation* ». Afin de minorer l'anxiété, le fait d'induire des pensées positives se montre particulièrement efficace. Cette efficacité est illustrée par un exemple récurrent dans les blocs opératoires (Besson G. 2010, p.198)<sup>25</sup> :

*« Ainsi, même s'il fait plutôt froid dans les blocs opératoires, pourquoi suggérer cette notion du froid, et même de « trop » froid, qui risque d'induire un inconfort ?*

*Il est facile de rester bienveillant en suggérant la chaleur : « Avez-vous assez chaud ? »*

*On fait preuve de sollicitude en s'intéressant au confort thermique de l'opéré, en obtenant une réponse sûrement plus réaliste et non induite « négativement » par la question. »*

L'écoute, le toucher, la prise en considération du patient comme une personne, comme Autre, et non comme un sujet réduit à sa pathologie sont essentiels dans la prise en soin de l'anxiété, et nous voyons par ces exemples que les équipes interdisciplinaires, sensibilisés à ces questions, se sont emparés de cette communication bienveillante. Les équipes de bloc opératoire pédiatriques proposent elles aussi de nombreuses actions dans ce sens.

Par exemple, elles utilisent des véhicules pour mener les enfants jusqu'au bloc opératoire (Stocky A. & Sikora E., 2019, p. 21)<sup>26</sup>: « *Voiture, moto, 4 X 4, équipés de barrières, d'une ceinture et d'un casque, permettent à l'enfant de se rendre en famille, en toute sécurité, au bloc opératoire.* »

Des méthodes de distraction, comme « l'imaginaire et le dialogue » où « les électrodes deviennent les boutons de la veste de moto », sont également largement employés. Mais comme le rappellent A. Stocky et E. Sikora (2019, p. 22)<sup>27</sup> : « *La distraction, la communication positive, les jeux et tous ces supports seraient inefficaces sans la volonté des soignants.* » Aussi, la volonté des soignants, leur réflexion en équipe et la mise en place de protocoles interdisciplinaires sont les garants de l'efficacité et de la pérennité de telles actions. Dans ce rôle de force motrice de la collaboration, les IDE ont une place centrale à tenir.

---

<sup>23</sup> Besson, G. (2010), L'accueil au bloc opératoire: dix secondes, quatre phrases, *Inter bloc*, 29(3), 197-198.

<sup>24</sup> Besson, G. (2010), L'accueil au bloc opératoire: dix secondes, quatre phrases, *Inter bloc*, 29(3), p. 198.

<sup>25</sup> Id.

<sup>26</sup> Stocky, A. & Sikora, E. (2019), Distraire les enfants pour réduire l'anxiété peropératoire, *Oxymag*, 32(164), p. 21.

<sup>27</sup> Stocky, A. & Sikora, E. (2019), Distraire les enfants pour réduire l'anxiété peropératoire, *Oxymag*, 32(164), p. 22.

### 2.3.3 - Le rôle central de la communication IDE dans la prise en soin interdisciplinaire de l'anxiété.

Nous sommes partis d'un constat simple, plutôt basé sur la pratique que la théorie : certains professionnels du bloc opératoire, tels que les IADE sont de plus en plus nombreux à être formés à la communication positive ainsi qu'à l'hypnose, cette dernière notamment du fait de leur rôle clé lors de l'anesthésie du patient. Or, comme nous l'avons vu, les professionnels à entrer en contact avec le patient, notamment lors de son accueil au bloc opératoire, sont nombreux. Et si cet accueil est réalisé de manière interdisciplinaire, l'IDE a toutefois un rôle prépondérant du fait de son évaluation de l'anxiété du patient, de l'établissement d'une relation de confiance ainsi que du fait du renseignement de la check-list préopératoire avec le patient.

Pourtant, l'investissement de cette relation semble dépendre de volontés personnelles (Stocky A. & Sikora E., 2019, p. 22)<sup>28</sup> : « L'ensemble des équipes du bloc pédiatrique est sensibilisé à ces méthodes, mais le contact humain reste propre à chaque soignant. »

Si nous reprenons l'article R. 4311-2 du Code de la santé publique, les soins infirmiers ont pour objet de : « *participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse psychique des personnes* »

Notamment, est précisé dans cet article que : (art. R. 4311-2 du Code de la santé publique) « *les soins infirmiers (...) intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.* »

Or par leur formation initiale, leurs compétences relationnelles, leurs capacités à mener des projets, à entrer en communication avec de nombreux professionnels et coordonner des actions, les IDE travaillant au bloc opératoire sont à mêmes de concilier ces deux qualités en s'inscrivant notamment dans des projets interdisciplinaires, où leur expertise relationnelle et leur regard clinique pourront mener à des propositions bénéfiques pour l'état de santé psychique des patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale.

## 3 - Dispositif méthodologique du recueil de données

Pour poursuivre ce travail d'initiation à la recherche, nous avons décidé de mener deux entretiens auprès d'infirmiers diplômés d'état, travaillant ou ayant travaillé au bloc opératoire. Suite à notre recherche par nos propres moyens, nous avons mené ces entretiens auprès d'une infirmière (n°1) disposant de 22 ans d'ancienneté mais n'ayant travaillé au bloc opératoire que deux ans, et

---

<sup>28</sup> Stocky, A. & Sikora, E. (2019), Distraire les enfants pour réduire l'anxiété peropératoire, *Oxymag*, 32(164), p. 22.



auprès d'un infirmier (n°2) actuellement à l'école de formation IBODE, disposant de 5 années d'expérience toutes effectuées au sein d'un bloc opératoire.

La durée des entretiens est fixée à 30 minutes. Du fait des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID, les entretiens sont intégralement réalisés à distance, par téléphone. L'anonymat est assuré à chacun des infirmiers. Le téléphone est mis en mode haut-parleur et l'enregistrement des entretiens est assuré par un dictaphone.

Les objectifs de ces entretiens sont de voir comment ces professionnels identifient une personne anxieuse, quelles sont les actions qu'elles mettent en place et si le fait de travailler en équipe est pour eux un atout et si oui, pourquoi.

Le choix des deux intervenants est paradoxal : l'infirmier n°2, le plus expérimenté dans sa pratique du bloc opératoire est le professionnel ayant le moins d'ancienneté en tant qu'infirmier. Aussi, le choix de l'infirmière ayant plus d'ancienneté en tant qu'IDE et moins au bloc explique notamment le regard critique qu'elle pourrait apporter, du fait de sa connaissance des services de soin.

L'une des principales difficultés rencontrées fut, dans l'entretien avec l'IDE n°1, qu'elle n'identifiait pas les actions qu'elle menait comme étant une prise en soin de l'anxiété. Pour elle, ce rôle était dévolu à d'autres professionnels, les IADE. Or, en utilisant plusieurs questions de relances et quelques suggestions, celle-ci a reconnu ces actions qu'elle menait spontanément sans pour autant les caractériser. De même, lors de cet entretien, le sujet de la prise en soin interdisciplinaire de l'anxiété fut difficile à aborder, pour des raisons identiques.

De manière générale, le fait de réaliser les entretiens à distance fut un frein, conduisant à des échanges moins spontanés, sans décryptage possible du non verbal, ce qui est assez ironique dans le cas de notre sujet.

Toutefois, le recueil de données a permis de réunir de nombreuses données riches à analyser. Le guide d'entretien fut adapté selon les échanges. L'un de ses axes d'amélioration se situe au niveau des questions autour de la communication. Avec le recul, cette dernière apparaît déjà au cours de l'entretien et est exploitable auparavant, aussi le fait de poser une question dessus semble redondant, surtout que l'évocation d'une forme de communication n'est pas suffisamment explicite pour les professionnels. D'un autre côté, l'IDE n°1 parle spontanément de l'influence de la relation soignant-soigné sur la prise en soin de l'anxiété, que ce soit d'un point de vue bénéfique ou non, alors que l'IDE n°2 n'en parle pas. Il aurait pu être intéressant d'avoir le point de vue des deux professionnels sur ce sujet et donc de formuler une question à ce propos.

## 4 - L'analyse descriptive des entretiens

A partir de la retranscription de ces entretiens, placés en annexe (IV et V), nous avons établi deux tableaux d'analyse, l'un portant sur les causes et symptômes de l'anxiété chez un patient au bloc opératoire (tableau I) et le second sur les outils mis en place par les équipes afin de pallier cette anxiété (tableau II).

A travers ces tableaux, notre but est de décrypter les éléments permettant aux professionnels d'identifier des patients anxieux, et de voir quelle est pour eux la cause de cette anxiété. Dans un deuxième temps nous cherchons à établir les actions mises en place par ces professionnels, individuellement et en équipe, afin de prendre soin de cette anxiété.

Pour ce faire, dans le tableau I, nous avons établi deux grandes parties, la première s'intéressant aux causes de l'anxiété, avec comme sous-parties les items les plus récurrents concernant ce thème : la nature anxiogène de l'entité bloc opératoire, la peur générée par l'anesthésie, et l'anxiété par la relation soignant-soigné elle-même. La deuxième grande partie, les manifestations de l'anxiété, est divisée en deux items : tout d'abord la verbalisation de l'anxiété par le patient, avec entre guillemets des verbatims de patients rapportés par les professionnels, puis les manifestations psycho-comportementales identifiées par les professionnels.

Dans le tableau II, nous nous attachons aux outils mis en place par les professionnels du bloc opératoire et particulièrement les IDE. La première grande partie, à savoir la communication, regroupe les items de la communication verbale, non-verbale ainsi que l'efficacité ou non de cette communication. La seconde grande partie basée sur les projets interdisciplinaires, regroupe la collaboration interdisciplinaire, les formations dont bénéficient les équipes pour prendre soin de l'anxiété ainsi que les actions établies par les équipes.

A travers ces tableaux nous pouvons voir que la cause majeure de l'anxiété chez les patients est celle de l'inconnu : lieu inconnu, organisations de travaux inconnues, inconnu du geste opératoire et surtout de l'anesthésie qui peut être perçue comme une perte de contrôle, de son corps et de sa conscience, par le patient. Les deux IDE se rejoignent sur ce constat ainsi que sur le fait que le manque d'information ou de communication de la part du soignant entretient cet inconnu et donc la peur qui en découle. A contrario, comme on peut le voir dans le tableau I, cette peur est aussi celle

des premières fois, car selon l'un des IDE, elle décroît avec la répétition des opérations. Les IDE interrogés relatent aussi que la relation soignant-soigné elle-même peut être source d'anxiété. Le manque d'information, une communication inadaptée pouvant engendrer des pensées négatives, notamment lors de la phase d'induction à l'anesthésie sont les principaux items relevés.

Ces différentes causes provoquent des manifestations de l'anxiété détectées par les IDE interrogés dans leur pratique, à savoir des verbalisations par le patient, ici exprimées par des verbatims rapportées par les IDE, ainsi que des manifestations psycho-comportementales. Ces dernières comprennent des manifestations physiques, comme les pleurs, les tremblements ou une prostration dans le lit, mais les IDE interrogés soulignent également que la difficulté à établir une communication, la qualité de celle-ci sont également des révélateurs du niveau d'anxiété du patient.

Dans le tableau II, nous pouvons voir que les méthodes de prise en soin de l'anxiété peuvent être séparées en deux groupes : pour le premier, il s'agit de ce qui relève de la communication individuelle de l'IDE avec le patient. Celle-ci est à la fois verbale et non-verbale. Lors de la communication verbale, nous voyons que les IDE utilisent des attitudes de Porter telles que la reformulation et le soutien, mais également des méthodes de distraction afin que le patient ne se focalise par le caractère anxiogène du bloc opératoire. Les IDE utilisent alors une communication destinée à évoquer au patient des pensées, des lieux, des situations positives. Nous voyons aussi que la communication non-verbale est très prégnante également, avec 8 items dans cette catégorie. Les IDE évoquent l'utilisation du toucher, l'importance du sourire, de l'attitude corporelle, dynamique, pleine d'empathie et source de soutien pour le patient. D'ailleurs les IDE remarquent l'efficacité de cette communication par le feed-back renvoyé par le patient : minoration des manifestations anxieuses, communication plus fluide, remerciement et sourire de la part du patient.

Les IDE évoquent l'apport de l'interdisciplinarité dans la prise en soin d'un patient sous trois angles : ce qui relève de la collaboration interdisciplinaire, les actions mises en place en équipe ainsi que les formations interdisciplinaires dont ont pu bénéficier les équipes du bloc opératoire. En ce qui concerne la collaboration, nous pouvons voir la place prépondérante des IADE dans la prise en soin de l'anxiété, notamment par le biais de la formation en hypnose dont disposent certains d'entre eux. Mais les IDE évoquent aussi la complémentarité des caractères, des approches individuelles lors de la prise en soin des patients. L'interdisciplinarité est perçue de manière contrastée par les IDE : à la fois comme vecteur de réassurance pour le patient mais aussi comme potentielle source d'angoisse, du fait de la taille des équipes et du manque d'identification du rôle de chacun. Au niveau de actions mises en place en équipe, nous pouvons voir l'application de projets interdisciplinaires, tels que le fait d'avoir des tablettes pour les enfants, d'amener ceux-ci au bloc opératoire en véhicules ludiques

plutôt que sur un brancard. Nous pouvons voir également que les IDE évoquent l'accueil interdisciplinaire du patient, notamment lors du renseignement de la check-list, l'établissement d'une communication bienveillante, positive. Surtout, les IDE soulignent que ces actions sont postérieures à des réunions d'équipe, des réflexions de groupe ayant abouti à l'établissement de ces protocoles. Ce qui nous amène au dernier volet, à savoir, les formations dont ont bénéficié les IDE travaillant au bloc opératoire. Si l'un des IDE interrogé fait remarquer le manque de formation, notamment à la communication, des IDE travaillant au bloc opératoire et insiste plutôt sur l'utilisation de formations antérieures et de son expérience, nous pouvons voir que le second évoque des formations interdisciplinaires à la communication effectuées au bloc. Ce qui nous amène à penser qu'il s'agit bel et bien de dynamiques de groupes, du fruit de la réflexion de certaines équipes là où le cheminement d'autres équipes ne les a pas menées vers ces questionnements.

## 5 - Discussion

Les résultats de cette analyse convergent en certains points avec le cadre théorique que j'ai défini.

Ainsi, quant aux causes et aux manifestations de l'anxiété, nous pouvons voir que les professionnels s'accordent avec les éléments dégagés par les auteurs, notamment L. Maward et N. Azar (2004), à savoir que la part d'inconnu propre au bloc opératoire et à l'anesthésie sont des éléments anxiogènes majeurs, que les manifestations de cette anxiété chez le patient sont certes protéiformes (verbales, non verbales, distorsions dans la communication) mais que ces signes sont identifiables par l'IDE afin de mettre en place une prise en soin adaptée.

Le rôle de la communication dans la prise en soin de l'anxiété d'un patient au bloc opératoire est également identifié dans le cadre conceptuel et dans les résultats de l'analyse des entretiens. Je peux noter l'importance des stratégies de réassurance, la nécessité d'instaurer une relation de confiance à même de cimenter la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné afin de minorer l'anxiété de ce dernier.

Cependant, je remarque également l'écart qu'il existe sur la question de l'interdisciplinarité. Là où, dans mon cadre conceptuel, je décrivais un rôle central de l'IDE dans la prise en soin interdisciplinaire de l'anxiété, notamment par ses compétences relationnelles et son aptitude à travailler en équipe, les résultats des entretiens m'orientent vers plusieurs réajustements. Le premier concerne le rôle

même de l'IDE. L'entretien avec l'IDE n°1 en particulier est assez éloquent à ce sujet : communication avec le patient essentiellement assurée par les IADE, manque de formation, prises en soins de l'anxiété avant tout individuelles, dépendant des compétences de chacun et non pas de projets interdisciplinaires ; je constate alors une image de l'IDE semblable à une particule isolée et non comme membre d'une équipe tendant vers un but commun, comme l'a souligné B. Dufour (2004). A contrario, l'entretien avec l'IDE n°2 s'est rapproché des pratiques interdisciplinaires que j'ai exposées dans mon cadre conceptuel.

Aussi, à partir de ce constat, je peux émettre plusieurs hypothèses : la première, que la communication interdisciplinaire est un projet d'équipe et en tant que tel, pour reprendre les analyses de Mucchielli<sup>29</sup>, contingentes d'une réunion de volontés et d'une organisation de l'équipe (temps de réflexion collective, définition de projets) que toutes les équipes de bloc opératoire ne mettent pas en place. Deuxième hypothèse, voisine de la première : peut-être que tous les professionnels ne prennent pas conscience de leur rôle dans la prise en soin de l'anxiété. Celle-ci, assurée par une catégorie de professionnels, à savoir les IADE, souffre peut-être d'un manque d'appropriation de la part de certains IDE, pour des raisons diverses (organisation du travail ? mauvaise communication dans l'équipe ?). Comme nous pouvons le voir lors de l'entretien avec l'IDE N°1, des stratégies de prise en soin de l'anxiété sont appliquées sans réellement être identifiées comme telles : peut-être est-ce le fait de certaines équipes n'ayant pas établi de réflexion interdisciplinaire sur la question.

Si je reprends ma question de départ, je peux constater les limites du rôle de l'IDE : lorsque des projets interdisciplinaires, des protocoles sont établis, le rôle de l'IDE est primordial par sa proximité avec le patient, ses compétences relationnelles, et son statut au sein de l'équipe interdisciplinaire. A contrario, ce rôle est minimisé lorsque l'IDE est avant tout perçu comme un technicien, devant gérer avant tout la partie peropératoire de l'intervention chirurgicale, sans temps de communication avec le patient lorsque celui-ci arrive au bloc opératoire notamment.

Selon moi, si l'expertise au niveau du geste opératoire, de la réduction des risques, du travail avec les équipes chirurgicales est primordiale pour l'IDE au bloc opératoire, il est important que ce dernier exerce son rôle propre lors de l'accueil du patient, de la prise en soin de l'anxiété de ce dernier afin de contribuer à son bien-être lors de ces temps difficiles que sont ceux entourant l'intervention chirurgicale. Et pour cela, le fait de s'inscrire dans l'interdisciplinarité au sein d'un bloc opératoire est une richesse, une complémentarité, qui ne peuvent qu'être bénéfiques au patient, et à sa

---

<sup>29</sup> Mucchielli, R. (2009), *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective* (11<sup>ème</sup> éd.). ESF.

conception du bloc opératoire afin que celui-ci soit perçu moins négativement et engendre moins d'anxiété pour son entourage et lui.

Au niveau de ma pratique professionnelle, j'ai l'impression suite à ce travail de disposer des outils nécessaires pour m'inscrire dans une prise en soins adaptée à mes valeurs, à savoir : un guide de concepts vers lequel tendre, un exemple de ce qui est concrètement fait avec l'un des entretiens, et un contre-exemple de ce qui peut exister mais qui ne me semble pas souhaitable avec l'autre entretien.

Ces différents éléments consolident mon projet professionnel, de travailler au bloc opératoire en tant qu'IDE, de passer le concours pour intégrer l'école de formation IBODE, et orientent ma vision du métier vers une alliance des compétences techniques et relationnelles au sein du bloc opératoire.

## 6 – Conclusion

J'arrive au terme de ce travail. Je me suis interrogé depuis le début sur les modalités de la prise en soin d'un patient anxieux au bloc opératoire. Plus précisément j'ai cherché à savoir si et pourquoi le travail en équipe interdisciplinaire permettait une prise en soin de l'anxiété d'un patient. J'ai également cherché le rôle de l'IDE dans cette démarche.

Tout d'abord, j'ai pu identifier la nature anxiogène du bloc opératoire chez le patient, notamment à cause de l'inconnu qu'il représente. Ce qui m'amène à constater que l'anxiété diffère selon le nombre d'opérations dont a bénéficié le patient : à savoir une anxiété surement davantage reliée à la nature et au résultat de l'opération qu'à l'environnement du bloc opératoire en lui-même.

Dans un second temps, j'ai noté l'importance de l'observation clinique IDE dans l'évaluation de l'anxiété et l'intérêt de ses compétences relationnelles dans la prise en soin de cette dernière. L'IDE joue également un rôle central dans la communication d'équipe et sa capacité à élaborer et mener des projets interdisciplinaires.

Si ces derniers permettent de minorer l'anxiété d'un patient, comme j'ai pu le remarquer dans les exemples que j'ai rapportés, je peux également en voir les limites. Ces dernières peuvent être imputées à plusieurs causes, à savoir le manque de temps (de réflexion, d'échange, un rythme de travail trop soutenu ne permettant pas ce pas de côté propice à l'instauration de projets), l'absence de volonté d'équipe (due à une communication de moindre qualité ?) ou le fait, pour certains

professionnels de ne pas s'inscrire dans cette communication avec le patient, de ne pas se le permettre ou de laisser ce pan de la communication aux équipes d'anesthésie notamment, afin de se concentrer sur l'approche technique du soin. Ce sont différentes hypothèses ressortant à l'issue de ce travail.

D'un point de vue personnel, je pense qu'il faut tendre vers une alliance de l'approche technique propre au bloc opératoire et de cette dimension relationnelle qui fait partie du rôle propre infirmier et des valeurs soignantes qui sont associées à cette profession. Sans tomber dans une vision idyllique, je constate que la prise en soin en équipe dans un milieu anxiogène comme le bloc est une force, que la complémentarité des fonctions et des personnalités peut amener à réduire l'anxiété du patient et faciliter la suite de son parcours de soin qui sera marqué par un souvenir moins traumatique de son intervention chirurgicale.

Ce travail de recherche m'a permis de clarifier mon raisonnement sur certains points, de théoriser certaines notions que j'avais expérimenté. Il m'a aussi permis de mener à terme un travail s'étalant sur une longue durée (ce que je pensais difficilement possible), de penser plus large et plus loin, moins dans l'immédiateté. L'une des difficultés principales fut la recherche de soignants pour l'entretien, le fait de devoir les réaliser à distance demandant de coordonner avec une grande minutie les agendas de chacun, parfois chamboulés par des organisations professionnelles en mutation.

J'ai évoqué la minoration de l'anxiété chez le patient. Je note également, j'ai d'ailleurs hésité à travailler sur ce sujet initialement, que le fait de prendre en soin efficacement de cette anxiété permet également de diminuer l'anxiété induite chez les soignants. En effet, le fait d'être confronté à un patient en détresse psychique peut avoir des répercussions sur les équipes du bloc opératoire, particulièrement lors de prises en soins potentiellement stressantes du fait de la gravité de l'opération, du contexte de la prise en soin, de la charge de travail, etc. Aussi la question de départ aurait pu se transformer en : quelles sont les répercussions de l'anxiété du patient sur les équipes du bloc opératoire ?

## Bibliographie

### ❖ Ouvrages :

- Abric, J-C. (2016), *Psychologie de la communication, Théorie et méthodes*, Armand Colin.
- Breack, P. (2018), *Comprendre et concevoir le bloc opératoire*, Hospihub.
- Graziani, P. (2005), *Anxiété et troubles anxieux*, Armand Colin.
- Habib, M. (1998), *Bases neurologiques des comportements* (3<sup>ème</sup> éd.), Masson.
- Mucchielli, R. (2009), *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective* (11<sup>ème</sup> éd.). ESF.
- Soumaille, S. & Bondolfi, G. (2015). *L'anxiété et les troubles anxieux*. Médecine et hygiène.

### ❖ Articles :

- Batt, M. & Trognon, A. (2011), L'éthique de l'interaction au bloc opératoire, *Inter bloc*, 30(4), 236-238.
- Besson, G. (2010), L'accueil au bloc opératoire: dix secondes, quatre phrases, *Inter bloc*, 29(3), 197-198.
- Cepisul, M. (2008), Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire, *Inter bloc*, 27(3), 200-202.
- Ducerf-Thoret, B. (2013), Le mode de relation et de communication au bloc opératoire, *Inter bloc*, 32(3), 174-176.
- Dufour, B. (2004), Approche interdisciplinaire et soins. Les fondements de l'interdisciplinarité, *Recherche en soins infirmiers*, 79, 4-11.
- Favier, A. (2015), Debout jusqu'au bloc opératoire. *Objectifs soins & management*, 238(41).
- Fournier, M. (2004), La place de l'interdisciplinarité dans les soins, *Recherche en soins infirmiers*, 78, 12-18.
- Graw, E. & Dupalut, E. (2018), Arriver debout au bloc opératoire, une expérience plus humaine, *Inter bloc*, 37(3), 175-177.
- Hemon, B. & Michinov, E. (2018), Silence et communication ouverte au bloc opératoire, *Oxymag*, 31(163), 11-14.
- Hespel, D. (1998), L'information préopératoire du futur opéré, *Bulletin d'éducation du patient*, 17(4), 103-112.



- Jean-Louis, F. (2014), L'aide-soignante au bloc opératoire, *L'aide-soignante*, 28(161), 29-30.
- Karam, M. (2015), Communiquer au bloc opératoire pour mieux vivre avec les autres, *Inter bloc*, 34(4), 236-238.
- Maward, L. & Azar, N. (2004), Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire, *Recherche en soins infirmiers*, 78, 35-65.
- Privat, V. (2013), Heureux au bloc opératoire, *Inter bloc*, 32(3), 197-199.
- Quintard, M. (2019), La communication hypnotique pour prévenir l'anxiété au bloc opératoire, *Inter bloc*, 38(2), 72-76.
- Smirdec, M. & Atrmouh, M. (2018), La communication non-violente au bloc opératoire, *Oxymag*, 31(163), 15-18.
- Stocky, A. & Sikora, E. (2019), Distraire les enfants pour réduire l'anxiété peropératoire, *Oxymag*, 32(164), 19-22.

❖ Webographie :

- HAS (2018). *Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »*.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode\\_demploi\\_et\\_version\\_2016\\_de\\_la\\_check-list\\_securite\\_du\\_patient\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/mode_demploi_et_version_2016_de_la_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf)

❖ Dictionnaire :

- *Le Petit Robert de la langue française*. (1993).

❖ Législation :

- *Art. R.4311-1 à 4311-15 du Code de la santé publique*.

❖ Congrès :

- Chabay, E., Chinouilh, M., Pignoux, C. & Fontaine, B. (2009). Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. In *51<sup>ème</sup> Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état (IADE), 2009*, Elsevier Masson.

## Annexes

**Annexe I** : Situation d'appel n°1, gestion d'une patiente anxieuse à son arrivée au bloc opératoire

**Annexe II** : Situation d'appel n°2, gestion en équipe d'un patient bénéficiant d'une anesthésie loco-régionale

**Annexe III** : Guide d'entretien

**Annexe IV** : Retranscription de l'entretien n°1

**Annexe V** : Retranscription de l'entretien n°2

**Annexe VI** : Objectif du tableau d'analyse n°1 : identifier les causes et manifestations de l'anxiété au bloc opératoire

**Annexe VII** : Objectif du tableau d'analyse n°2 : repérer les outils mis en place par les équipes du bloc opératoire afin de prendre en soin un patient anxieux

## **Annexe I :** Situation d'appel N°1, gestion d'une patiente anxieuse à son arrivée au bloc opératoire

Un vendredi matin au bloc opératoire des urgences. Je suis aide-soignant au sein de ce bloc opératoire. J'accueille avec une infirmière une patiente de 39 ans venant bénéficier d'une cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) sous anesthésie générale. L'accueil des patients dans ce bloc opératoire se fait dans un sas situé entre la SSPI (Salle de soins post-interventionnelle) et le bloc opératoire lui-même. La SSPI accueille également les patients avant leur intervention : c'est ici que sont réalisées les consultations de pré-anesthésie par les médecins anesthésistes.

L'accueil d'un patient au bloc comprend la vérification de l'identité du patient, de son opération (quelle spécialité : digestif, urologie, neurochirurgie ; quel côté sera opéré en cas de d'opération sur un membre notamment), le contrôle de la préparation préopératoire (jeûne, réalisation d'une douche ou d'une toilette préopératoire, absence de maquillage, de bijoux,...), le rappel d'allergies s'il y en a. C'est également le moment d'évaluer le niveau d'anxiété du patient et de le rassurer, lui qui est confronté à un acte médical stressant, dans un environnement perçu comme étranger et peu accueillant.

Dans le cas de cette patiente, nous nous apercevons (ma collègue et moi) dès les premiers mots échangés qu'elle est très stressée : elle se mord la lèvre, sa voix est chevrotante. J'essaie d'explorer son anxiété en lui disant que je vois qu'elle ne se sent pas bien. Elle acquiesce et nous explique qu'elle a déjà bénéficié d'une intervention 2 ans auparavant qui s'était mal passée. Je lui demande alors ce qui s'était mal passé. Elle répond que l'intervention en elle-même n'avait pas présenté de complication. Par contre l'anesthésie générale avait été très éprouvante, notamment le réveil ; où elle avait été très nauséuse, très douloureuse et qu'elle avait mis longtemps à vraiment récupérer de cette anesthésie. J'essaie alors de la rassurer en soulignant que l'anesthésiste qui allait l'endormir aujourd'hui était bien consciente de cet incident, et qu'elle ferait son maximum pour que cette fois-ci le réveil se déroule en douceur.

C'est à cet instant qu'elle fond en larmes. Je suis surpris et décontenancé. Outre la petite voix sarcastique qui me dit dans un coin de la tête : « belle réassurance, beau travail ! », je ne sais pas vraiment comment réagir. Je lui dis alors que je comprends que la situation l'inquiète, qu'une opération génère toujours une certaine appréhension mais que les équipes médicales et paramédicales sont expérimentées et prendront bien soin d'elle. La patiente me dit alors : *« j'ai deux loulous de 3 et 6 ans à la maison, ils ont besoin de leur maman. Je ne peux pas les laisser. »*

Je suis touché par son désarroi et ses inquiétudes. Ma collègue baisse son masque et lui prend alors la main pour la rassurer. Je baisse mon masque également. Ma collègue lui dit alors qu'elle va revoir ses enfants, que dès son arrivée en salle de réveil, nous appellerons son mari et qu'elle pourra avoir ses enfants au téléphone. La patiente sourit au milieu de ses larmes. L'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste arrivent près de la patiente, se rendent rapidement compte de la situation et expliquent calmement, sur un ton de voix lent, assez bas, le déroulé prochain du soin, ce qu'elles vont réaliser avant que la patiente dorme, et son réveil, au chaud en salle de réveil. Nous rentrons dans la salle d'opération dans une atmosphère calme, les lumières sont baissées afin de pas agresser la patiente, tout le monde veille à faire le moins de bruit possible. L'anesthésiste insiste sur des mots positifs : confortable, à l'aise, au chaud. La patiente s'endort, rassurée, sous l'effet des drogues anesthésiantes. L'anesthésiste nous explique alors que les patients se réveillent avec le souvenir du moment où ils se sont endormis : d'où la recherche de l'environnement le plus apaisant.

## **Annexe II** : Gestion en équipe d'un patient bénéficiant d'une anesthésie loco-régionale

Je suis aide-soignant au bloc opératoire des urgences. C'est un bloc pluridisciplinaire pouvant accueillir aussi bien des patients relevant de l'orthopédie que du vasculaire ou de la neurochirurgie. Nous sommes l'après-midi. Les 5 salles du bloc opératoire sont toutes occupées par un patient. Je viens de sortir de l'une d'elles après avoir aidé un neurochirurgien à installer un patient en vue de la chirurgie à venir.

Nous sommes 3 aides-soignants l'après-midi. Chacun dispose d'un téléphone professionnel grâce auxquels nous sommes joignables par les équipes des différentes salles. Cet après-midi-là je dispose de celui qui, par habitude de service, est le plus souvent contacté. Peu de temps après ma sortie de salle d'opération, la sonnerie du téléphone en question retentit.

Au bout du fil, un infirmier anesthésiste de la salle n°2 qui me demande de venir au plus vite, avec un collègue si possible. Je vais chercher un de mes collègues et nous nous rendons dans la salle n°2. Une opération est en cours, une opération d'orthopédie, visiblement au niveau de la main du patient. Celui-ci, qui a bénéficié d'une anesthésie loco-régionale, est en train d'invectiver l'infirmier anesthésiste, qui tente de le calmer, tandis que l'équipe chirurgicale s'est vu contrainte d'interrompre son geste chirurgical. En effet, le patient bouge beaucoup trop pour permettre le bon déroulé de l'intervention.

L'infirmier anesthésiste nous dit de nous méfier, de ne pas s'approcher trop près. Le patient est très agité, fait preuve d'agressivité et pourrait peut-être se montrer violent. L'infirmier anesthésiste nous apprend qu'il a également appelé le médecin anesthésiste qui se trouve dans une salle voisine et que, lorsqu'il arrivera, ils injecteront un sédatif au patient. Mon collègue et moi serons peut-être amenés à ce moment à immobiliser le patient afin de permettre cette sédation.

En aparté, l'infirmier anesthésiste nous explique que c'est un patient toxicomane et qu'un sentiment de manque commence sûrement à se faire sentir. L'anesthésiste est retardée. En attendant nous tentons de conserver une communication active avec le patient. Je lui dis notamment que s'il reste tranquille, l'opération pourra se poursuivre, et donc qu'elle finira plus tôt également. Il s'énerve et nous insulte en disant de ne pas approcher. Je lui réponds alors, sans m'énerver, avec une voix calme, que ça ne sert à rien de nous insulter, que nous sommes là pour prendre soin de lui, que l'opération n'est pas un bon moment à passer mais que, plus il coopère mieux elle se déroulera.

Le patient se montre un peu moins agressif mais toujours trop agité pour poursuivre l'opération. Mon collègue infirmier anesthésiste lui explique alors qu'on sera peut-être amené à ajouter un complément médicamenteux, une sédation, pour qu'il soit suffisamment calme afin que l'opération se poursuive. Le patient comprend les explications, même s'il est toujours dans un état de grande agitation, notamment verbale. Mais au moins se montre-t-il moins agressif.

Le fait de n'avoir pas répondu par la colère à l'agressivité a sûrement permis de ne pas majorer celle-ci. Et lorsque l'anesthésiste arrive dans la salle, la sédation peut se dérouler sans avoir recours à l'immobilisation de ce patient.

## **Annexe III : Guide d'entretien**

### **Objectifs :**

- Repérer comment les professionnels identifient l'anxiété d'un patient
- Comparer les causes de l'anxiété identifiées par les professionnels avec celles de notre cadre théorique
- Connaitre les outils mis en place par les professionnels pour prendre en soin les patients anxieux
- Repérer leur rôle face à l'anxiété
- Rechercher comment l'infirmière envisage cette problématique en équipe et quels sont les outils mis en place
- Déterminer le rôle de la communication et la forme de celle-ci

Bonjour, je suis étudiant en 3ème année de soins infirmiers. Dans le cadre de la rédaction de mon MIRSi, j'aimerais vous poser différentes questions concernant l'anxiété du patient au bloc opératoire. Toutes les réponses que vous apporterez lors de cet entretien seront anonymes. Afin de pouvoir rédiger ce mémoire, je vais avoir besoin d'enregistrer ces entretiens. Est-ce que vous me donnez votre accord pour que j'enregistre ces entretiens?

1 - Depuis combien de temps êtes-vous diplômé? Quel est votre parcours professionnel?

2 - Comment identifie-t-on un patient anxieux à l'arrivée au bloc opératoire?

Comment se manifestait cette anxiété? Pourquoi est-elle majorée au bloc opératoire?

3 - Face à l'anxiété d'un patient, quel est le rôle de l'IDE?

Quel est celui de vos collègues?

4 - Qu'est-ce que vous avez mis en place face à ce type de situation?

Avez-vous trouvé cela efficace? Qu'est-ce qui vous a permis de juger cette efficacité?

5 - Qu'est-ce qui a constitué une ressource pour prendre en soin un patient anxieux?

Votre formation? Vos collègues? Des méthodes?

6- Comment le travail en équipe peut-il faire baisser l'anxiété ?

Qu'est-ce qui est alors mis en place par l'équipe pluridisciplinaire?

7 - Comment la communication permet-elle de faire baisser l'anxiété?

Quel type de communication avez-vous utilisé? Avez-vous suivi des formations pour faire baisser l'anxiété d'un patient? Lesquelles?

Je vous remercie, je n'ai plus de questions. Souhaitez-vous ajouter quelque chose avant que nous terminions? Comme je vous l'ai annoncé au début de cet entretien, tous vos propos ont été recueillis sous le couvert de l'anonymat.



## **Annexe IV** : Retranscription de l'entretien avec l'IDE n°1

**ESI** : Tu es diplômée depuis quand? Quel a été ton parcours professionnel?

**IDE 1** : Je suis diplômée depuis 1999. Ça fait 22 ans. J'ai commencé par un service de soins intensifs en cardiologie, puis des services de consultation notamment en orthopédie. Comme en consult' j'aidais sur des petits, c'était pas du bloc, mais sur des petites interventions autrement sur des fistules machin et tout, bah je me dis pourquoi pas travailler au bloc, et j'ai été prise. J'avais aucune formation en fait.

**ESI** : Ok, tu as été formée directement...

**IDE 1**: J'ai été formée directement, bah au bloc

**ESI** : D'accord. Et du coup comment identifiais-tu un patient anxieux, à l'arrivée au bloc opératoire?

**IDE 1** : Comme je travaillais soit en pédiatrie, ou tu sais, soit avec des adultes, il y avait deux trucs différents. Soit c'était avec des enfants c'était des pleurs, tu vois, mais certains patients pleuraient aussi mais eux aussi ils exprimaient qu'ils étaient anxieux en fait. Parce que si tu poses la question directe, "ça va?" tu sais quand tu accueilles des patients et puis non en fait "je suis anxieux", "je ne suis jamais venu, ça me fait peur", "je n'ai pas dormi", "j'ai peur d'avoir mal", bah voilà. Donc il y a des tremblements, enfin ça après avec des enfants c'est complètement particulier, quoi. Tu sais, pleurs, tremblements enfin voilà. Mais tu sais, les adultes, ils pleurent aussi.

**ESI** : Oui. Mais à ton avis du coup pourquoi c'est majoré au bloc opératoire?

**IDE 1** : C'est l'inconnu. Généralement les patients ils...c'est leur première intervention, en fait, et du coup comme ils ne savent pas comment ça se passe bah du coup l'inconnu fait peur et s'ils ont pas eu la réponse à tous leurs questionnements en amont ils sont plus anxieux en fait. Et le fait aussi d'être endormi et d'avoir peur de ne pas se réveiller et...c'est la peur principale en fait. Qui engendre leur anxiété pour tout. Ils ont pas forcément peur de l'intervention en elle-même, c'est le fait d'être endormi en fait.

**ESI** : Et du coup, face à cette anxiété, quel était ton rôle et le rôle de l'infirmier en général au bloc?

**IDE 1** : Le rôle de l'infirmier, c'est beaucoup les IADE qui s'en occupent de l'anxiété. Alors après ça dépend des blocs mais en fait, tu sais bien comment ça se passe, nous les patients étaient rentrés avec les aides-soignants et puis l'infirmière circulante elle s'occupe beaucoup du matériel avec l'infirmière instrumentiste et c'est l'IADE qui les prend en charge, beaucoup.

**ESI** : D'accord. Tu n'étais pas amenée à accueillir les patients.

**IDE 1** : Si moi j'ai été amenée parce qu'en salle d'urgence tu instrumentes pas donc tu vas vers eux. Moi mon rôle pour diminuer l'anxiété quand je pouvais le faire parce qu'il n'y avait pas quelqu'un d'attitré à chaque fois pour dire bah c'est toi qui gères ça mais...moi je parlais beaucoup parce que j'ai fait la formation relation patient-soignant et la relation d'aide. Moi je me suis beaucoup aidé de ça en fait dans la parole et puis qu'ils expriment leur anxiété ou leur peur, la reformulation et aussi de penser à autre chose. Il y avait des IADE qui avaient aussi des formations hypnose et finalement j'ai appris un peu grâce à eux parce que de discuter de tout, de rien ça ne les préoccupe pas de ce qui se passe autour et moi j'avais cette particularité, je prenais les mains souvent des patients et je caressais les mains en fait pour qu'ils s'évadent. Par contre avec les enfants on avait des tablettes. C'était notre rôle aussi de regarder les dessins animés avec eux ou de chanter avec eux. Et pour les adultes moi je pense surtout des FIV ou des IVG parce que ça c'était pas forcément en AG (anesthésie générale), c'était en rachis, bah voilà moi je discutais auprès d'eux ou alors avant les AG moi je caressais beaucoup les bras en fait, parce que quand tu t'endors sur une pensée positive tu te réveilles sur une pensée positive. Donc il fallait penser à ça.

**ESI** : Du coup qu'est-ce qui te permettait de juger de l'efficacité de ce que tu faisais? Tu les voyais plus rassurés?

**IDE 1** : Oui, plus rassurés. Si c'était un enfant, il s'arrêtait de pleurer. Et puis ils commençaient à parler d'autre chose mais pas du tout de ce qui se passait autour d'eux et le patient qui me dit "merci", avec un sourire. Bah juste des "merci", en fait. Ils me le rendaient comme ça en fait.

**ESI** : Tu parlais de ta formation tout à l'heure, qu'est-ce qui a été une ressource pour prendre en soin un patient anxieux?

**IDE 1** : La formation relation d'aide. Mais autrement...l'expérience. Parce qu'il faut oser aller vers les gens, et pas avoir peur. Tu vois? D'aller vers eux parce que quelques fois l'anxiété c'est communicatif

aussi, si la personne est anxieuse ça peut te rendre anxieux aussi et t'as pas forcément les mots aussi pour le rassurer. Donc je pense, la formation et mon expérience.

**ESI :** Est-ce que tu penses que le fait de travailler en équipe ça permettait de faire baisser l'anxiété?

**IDE 1 :** Ça dépend, parce que s'il y a trop de monde autour des gens, les gens se demandent pourquoi il y a autant de monde et qu'est-ce qu'ils font. En fait, il faut expliquer au patient pourquoi il y a autant de monde. Oui, il y a un IADE, oui il y a un anesthésiste parce qu'eux ils sont là pour vous endormir, vous avez deux infirmières, une pour l'instrumentation et l'autre circulante. Et en expliquant les choses, le patient est moins anxieux. La relation d'équipe, oui, parce qu'il ne faut pas crier, il ne faut pas rigoler, enfin voilà être à 100% avec le patient et puis le rassurer comme ça. Mais je pense que quand tu expliques tout aux personnes, ils comprennent mieux et c'est moins anxiogène. Le fait de ne savoir, enfin je reviens à l'idée de départ, c'est l'inconnu en fait.

**ESI :** Et du coup tu parlais de tablettes, mais est-ce qu'il y a d'autres choses mises en place par l'équipe en général pour faire baisser l'anxiété?

**IDE 1 :** Non, non. Si pour les enfants, il y a plein de choses, tu sais c'est l'association des petits doudous, il y a des voitures, des mini-voitures, ils rentrent dedans et vont au bloc avec ça pour que ce soit plus ludique. A part les tablettes, tu sais si à la consult' d'anesthésie s'ils ont exprimé leur anxiété, leur peur, quelques fois t'as des anxiolytiques à donner, un Atarax à donner, t'as pas forcément de protocole.

**ESI :** Les anxiolytiques, c'est plutôt avant le bloc, non?

**IDE 1 :** Oui, oui, tu sais tu peux le donner en ambulatoire, un Atarax 1 heure avant le bloc pour les détendre un petit peu.

**ESI :** Mais au bloc lui-même tu n'as pas eu besoin de donner de médicaments?

**IDE 1 :** Non, non. Pour avoir l'effet, il faut anticiper.

**ESI :** Tu parlais de communication, tu utilisais quel genre de communication pour faire baisser l'anxiété? Tu parlais de toucher, d'hypnose...

**IDE 1 :** Moi je ne faisais pas d'hypnose. C'était les IADE qui faisaient de l'hypnose parce qu'elles avaient une formation hypnose mais autrement, moi en tant qu'infirmière, non. En tant que communication...il n'y a que communication verbale et puis le toucher. C'est ce que j'utilisais. Aller tout doucement (*rires*).

**ESI :** Je sais qu'il existe de la communication positive, tu sais quand tu dis...

**IDE 1 :** J'ai parlé de reformulation tout à l'heure...Mais c'est quoi la communication positive, peut-être que j'utilisais sans m'en rendre compte?

**ESI :** Tu sais, c'est par exemple le fait de ne pas dire "vous allez avoir froid"....

**IDE 1 :** Ah d'accord, oui oui je comprends. C'est vrai qu'inconsciemment on le fait dans la reformulation et puis tu dis jamais: "on va vous faire une petite piqûre", enfin voilà oui oui c'est ça.

**ESI :** D'accord. Mais tu n'avais pas eu de formation particulière pour ça, à part la relation d'aide?

**IDE 1 :** Non pas du tout. Tu apprends beaucoup sur le tas.

**ESI :** Et sur le tas, c'était plutôt avec tes collègues?

**IDE 1 :** Tu vois, c'est bizarre, mais c'est pas au bloc que j'ai appris tout ça. C'est dans les autres services que j'ai fait avant. Parce que malheureusement j'ai trouvé qu'au bloc opératoire, les IBODE avec qui j'ai été formée, c'était vraiment concentré sur le matériel, sur le patient une fois qu'il était endormi, sur l'intervention avec le chirurgien. Donc, au niveau relationnel moi je pense que...enfin, j'ai pas été formée. Je pense que c'est une lacune, c'est un manque, au niveau de la communication au bloc.

## **Annexe V** : Retranscription de l'entretien avec l'IDE n°2

**ESI** : Ma première question est: depuis combien de temps es-tu diplômé? Quel est ton parcours?

**IDE 2** : alors je suis diplômé depuis juillet 2017, j'ai été diplômé si mes souvenirs sont bons le 13 juillet et le 17 juillet je commençais au bloc opératoire. Donc j'ai fait que ça de ma carrière d'infirmier. Pendant 3 ans au bloc opératoire des urgences. Donc avec comme spécialité du digestif, de l'ortho, de l'uro, de la neurochir, du vasculaire, tout ça très varié, dans un contexte d'urgence relative ou différée. Depuis le mois d'octobre 2020 je suis rentré à l'école d'infirmiers de bloc opératoire afin d'obtenir le diplôme d'IBODE et enrichir mes connaissances dans ce milieu du bloc opératoire.

**ESI** : D'accord. Ma deuxième question est: comment identifies-tu un patient anxieux à l'arrivée au bloc opératoire?

**IDE 2** : Euh....Bonne question. Du moins l'accueil de toute façon selon, enfin en suivant les recommandations de l'HAS et des différentes sociétés savantes il est doit être fait par l'ensemble de l'équipe de bloc opératoire, que ce soit au niveau anesthésique, chirurgical, avec les infirmiers de bloc, les aides-soignants c'est ça qui est important c'est ça ce qui permet de montrer qu'il y a une présence au bloc opératoire, donc le patient nous on l'accueille, voilà c'est vrai que des fois il peut être dans un cas d'anxiété. Comment dire qu'il est anxieux...déjà ça va être, la première chose qui me vient, c'est qu'on va avoir de mal à établir une communication avec lui, les réponses qu'il va nous donner, la check-list qu'on peut faire il va répondre "oui", "non", voilà il ne va pas déborder vraiment, ça va être assez direct sa façon de parler, on peut essayer d'instaurer un climat de confiance, en demandant ce qu'il a pu faire dans sa vie ou ce qu'il fait dans la vie, s'il a de la famille, des choses comme ça et la personne elle va répondre...elle va pas développer. On sent juste...je ne sais pas si c'est parce qu'on l'embête ou parce qu'elle pense à autre chose, qu'elle pense à l'intervention....elle n'est pas à l'aise. Ca déjà je pense que ce sont des signes d'anxiété...quelqu'un aussi qui a l'air peut-être prostré dans son lit, sous son drap, qui se cache un peu...ce sont les choses qui me viennent.

**ESI** : Selon toi qu'est-ce qui majore l'anxiété au bloc opératoire?

**IDE 2 :** Parce que le bloc c'est quand même quelque chose, un environnement qui est très peu connu, qui est méconnu et qui fait peur en fait, je pense à beaucoup de gens. Les patients comme la société ne savent pas du tout ce qui se passe au bloc opératoire, et on a cette peur de l'anesthésie déjà avec les histoires qu'on peut entendre de patients qui ne se réveillent pas ou des patients qui ont des complications déjà ça je pense que ça joue et puis les patients ils savent qu'ils vont être endormis, il n'y a pas toujours des anesthésies générales, mais quand il y a une anesthésie générale ils savent qu'ils vont être endormis et donc qu'ils ne seront plus du tout maîtres de leur corps qu'il y aura...ils ne sauront pas du tout ce qui se passera autour d'eux, ils ne seront plus du tout dans le contrôle...c'est pas comme quand quelqu'un dort tranquillement dans son lit, là c'est induit c'est provoqué, le patient n'a pas du tout la main là-dessus je pense. Ça déjà ça peut faire peur, et puis il y a l'acte chirurgical; il y a des actes qui peuvent être simples et des actes qui peuvent être lourds, il peut y avoir cette crainte, est-ce que je vais m'en sortir après cette acte-là, est-ce que je ne vais pas me retrouver en soins intensifs, en réanimation, est-ce que je vais pouvoir revoir mes proches donc je pense que ça les rend un peu anxieux en arrivant.

**ESI :** Oui c'est un peu anxiogène, ça c'est sûr. Et du coup face à l'anxiété du patient quel était ton rôle, celui de l'IDE en général au bloc?

**IDE 2 :** Le rôle de l'IDE déjà c'est avec les outils de communication, essayer d'établir un premier lien, on n'est pas là pour le faire rire, rigoler s'esclaffer mais essayer de...je ne sais pas si on peut dire...dédramatiser la situation ou en lui parlant, en essayant de lui parler d'autre chose que l'acte chirurgical en lui-même, comme on peut entendre du côté de l'équipe d'anesthésie, même ce qui est fait par nous, on lui demande peut-être des endroits où il aime être, des choses qu'il aime faire au quotidien, qui lui font sortir du bloc opératoire. Je pense que c'est ça qui peut être important, c'est de lui faire oublier le contexte dans lequel il est, qui peut le rendre anxieux et l'emmener dans un contexte qui lui est familier, qui le pacifie, qui le calme.

**ESI :** Selon toi, qu'est-ce qui a constitué une ressource pour prendre en soin un patient anxieux? Ta formation? Des collègues peut-être?

**IDE 2 :** Pendant la formation...je ne me rappelle plus trop, mais je me souviens pendant mon exercice au bloc on avait une formation par une anesthésiste, la cheffe de service du bloc des urgences sur les choses, les mots à dire, les mots à ne pas dire, les comportements à avoir au bloc opératoire, quand on accueille un patient, et puis même ça peut servir après aux services de soins; utiliser des mots

positifs, ne pas utiliser par exemple des terme "pas". Par exemple...il ne faut pas dire "ne vous inquiétez pas", le patient ne va retenir que le "inquiétez" et le "ne pas" il ne va pas l'entendre, ce qui va provoquer de l'anxiété chez lui. Il faut essayer d'utiliser plutôt le "rassurez-vous", "ayez confiance", des choses positives qu'il va entendre, qui vont rester et puis sinon éviter de dire: "attention je vais piquer", "attention la planche qu'on vous met sous le dos va être froide", ne pas utiliser ces mots-là qui vont lui apporter l'idée que ça va être froid et qui vont majorer l'effet de froid, l'effet de piqûre, etc.

**ESI** : Ça me rappelle quelque chose ça...

*(Rires)*

**IDE 2** : Et puis voilà on a eu cette formation et c'était super intéressant et c'est vrai que je n'avais eu ces notions-là quand j'étais à l'IFSI, c'est quelque chose qui n'est pas forcément facile à faire au quotidien quand on accueille le patient il faut faire attention à ce qu'on dit, mais on n'est pas toujours dans la réflexion à 100% des mots qu'on va utiliser donc c'est une habitude à prendre.

**ESI** : Comment le travail en équipe permettait de faire baisser l'anxiété?

**IDE 2** : Je vais reprendre un exemple que l'anesthésiste m'avait dit: je pense que chaque personne à sa façon d'aborder les patients, à sa façon de s'entretenir avec eux, il y a des gens qui vont amener d'une façon les choses...qui va amener à les déstresser de manière différente. Elle disait par exemple qu'il y avait plusieurs anesthésistes qui avaient voulu voir ce patient, il était assez prostré, il ne voulait pas répondre aux questions et par une autre manière elle était arrivée, elle avait amené les choses différemment, ce qui avait fait que ce patient avait répondu. Mais c'est pareil pour nous infirmiers, je sais que personnellement je ne suis pas le plus à l'aise mais je sais que certains de mes collègues qui vont...voilà, c'est un travail d'équipe mais il y a certaines individualités dans l'équipe qui vont permettre d'amener certaines choses. Et puis le fait qu'on soit en équipe, plusieurs autour de lui, plusieurs infirmiers, plusieurs aides-soignants, plusieurs médecins, je pense aussi que cette équipe-là ça permet aussi que ça peut le rassurer; qu'il y a du monde pour le prendre en soin, qu'il y a du monde qui sera autour de lui en tout cas. Et puis le travail d'équipe je pense qu'il peut se faire après, peut-être pas en post-op immédiat, mais peut-être lors de réunions, où les professionnels discutent entre eux, des choses qu'ils réajustent, qu'ils améliorent dans leur façon de communiquer avec les patients.

**ESI** : Justement, qu'est-ce qui peut être mis en place après ce genre de réunion?

**IDE 2** : Ces réunions peuvent être formatives, ou même amener des formations en fonction des demandes des soignants, des formations en rapport avec la communication, avec la gestion du stress du patient au bloc et on peut même...j'imagine...faire des panneaux d'affichage qu'on met peut-être pas là où les patients les voit, comme "dites ça plutôt que ça", "utilisez plutôt ces mots" et qui peuvent être affichés au niveau des zones de travail et qui peuvent imprégner les esprits des soignants, des infirmiers, et puis au fur et à mesure faire en sorte qu'on utilise bons mots, c'est un truc qui est important, utiliser les bons mots au bon moment, c'est pas toujours facile.

**ESI** : Tu as beaucoup parlé de communication, à ton avis comment cette communication permet de faire baisser l'anxiété? Elle permet de s'évader...peut-être qu'il y a aussi la communication non-verbale...

**IDE 2** : Il y a quelque chose qui bloque au niveau du bloc opératoire, et qui majore l'anxiété, c'est qu'on arrive et qu'on est tous avec un masque. Le patient il ne voit pas notre visage...et comme tu dis ce peut-être du non verbal, et la plupart des gens quand on communique...bon en ce moment c'est un peu plus difficile....quand on communique on voit notre visage, on voit nos expressions, on voit notre sourire...rien que ça, de sourire, ça permet d'apporter je pense un sourire chez le patient. Pas toujours bien sûr ça dépend du patient, mais quand quelqu'un fait la tête face au patient, ça ne lui donne pas envie d'aller au bloc opératoire.

**ESI** : C'est plus compliqué...

**IDE 2** : Alors que quand quelqu'un a l'air joyeux, a de l'entrain, déjà ça aide. Et donc la solution ça peut être aussi de baisser son masque quand on rencontre le patient, quand on l'accueille, dire bonjour, être souriant, le regarder dans les yeux, déjà montrer qu'on s'adresse à lui, le considérer en tant que personne et pas en tant qu'objet qui va être opéré sur une table d'opération. Ça peut aussi passer, je pense que tous les patients ne sont pas réceptifs à ça, mais ça peut passer par le toucher aussi, le fait de l'aider...en fait j'ai l'image du sas de transfert, là où on passe le patient du lit sur la table d'intervention, et on peut l'aider à ces moments-là pour aller sur la table, peut-être qu'il y a des choses qui se jouent à ce moment-là, un échange verbal et non verbal.

**ESI** : Bah c'est parfait, je te remercie. Je n'ai plus de questions. As-tu envie de rajouter quelque chose?



**IDE 2** : Sur l'anxiété du patient, rien ne me vient...peut-être que cette anxiété-là, je pense qu'il y a aussi...l'anxiété des premières fois. Le patient qui vient se faire opérer pour la cinquième ou la dixième fois, c'est pas super pour eux mais on sent qu'ils ont appréhendé le truc. Bon certains ça les saoule parce que...ils en ont marre de se faire opérer. Mais certains le disent bien: "j'en suis à ma dixième intervention, ça ne me fait plus peur". Bon après il y a peut-être une peur cachée quand même mais l'anxiété n'est pas la même si c'est la première intervention ou la dixième.

**ESI** : Parfait. Eh bien merci.

**IDE 2** : Avec plaisir.

**ESI** : Comme je te disais en début d'entretien, toutes les réponses sont anonymes.

**Annexe VI :** Objectif du tableau d'analyse n°1 : identifier les causes et manifestations de l'anxiété au bloc opératoire

Causes et manifestations de l'anxiété au bloc opératoire										
Causes						Manifestations				
Lieu anxiogène		L'anesthésie		Relation soignant-soigné		Verbalisées		Psycho-comportementales		
IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	
C'est l'inconnu	Parce que le bloc c'est quand même quelque chose, un environnement qui est très peu connu, qui est méconnu et qui fait peur en fait, je pense à beaucoup de gens	Et le fait aussi d'être endormi et d'avoir peur de ne pas se réveiller	Les patients comme la société ne savent pas du tout ce qui se passe au bloc opératoire, et on a cette peur de l'anesthésie déjà avec les histoires qu'on peut entendre de patients qui ne se réveillent pas ou des patients qui ont des complications	s'ils ont pas eu la réponse à tous leurs questionnements en amont ils sont plus anxieux en fait			mais eux aussi ils expriment qu'ils étaient anxieux en fait	Mais certains le disent bien: "j'en suis à ma dixième intervention, ça ne me fait plus peur"	Soit c'était avec des enfants c'était des pleurs	la première chose qui me vient, c'est qu'on va avoir de mal à établir une communication avec lui, les réponses qu'il va nous donner, la check-list qu'on peut faire il va répondre "oui", "non", voilà il ne va pas déborder vraiment, ça va être assez direct sa façon de parler
c'est leur première intervention, en fait, et du coup comme	et puis il y a l'acte chirurgical; il y a des actes qui peuvent être simples et des actes	Ils ont pas forcément peur de l'intervention elle-même,	quand il y a une anesthésie générale ils savent qu'ils vont être endormis	parce que quand tu t'endors sur une pensée positive tu te réveilles sur une pensée positive		"je suis anxieux"		mais certains patients pleuraient aussi	tremblements	

<p>ils ne savent pas comment ça se passe bah du coup l'inconnu fait peur</p>	<p>qui peuvent être lourds , il peut y avoir cette crainte, est-ce que je vais m'en sortir après cette acte-là, est-ce que je ne vais pas me retrouver en soins intensifs, en réanimation, est-ce que je vais pouvoir revoir mes proches donc je pense que ça les rend un peu anxieux en arrivant.</p>	<p>c'est le fait d'être endormi en fait.</p>	<p>et donc qu'ils ne seront plus du tout maîtres de leur corps qu'il y aura...ils ne savent pas du tout ce qui se passera autour d'eux, ils ne seront plus du tout dans le contrôle</p>					
<p>Le fait de ne savoir, enfin je reviens à l'idée de départ, c'est l'inconnu en fait.</p>	<p>Le patient qui vient se faire opérer pour la cinquième ou la dixième fois, c'est pas super pour eux mais on sent qu'ils ont</p>		<p>...c'est pas comme quand quelqu'un dort tranquillement dans son lit, là c'est induit c'est provoqué</p>	<p>Ça dépend, parce que s'il y a trop de monde autour des gens, les gens se demandent pourquoi il y a autant de monde et qu'est-ce qu'ils font</p>	<p>«je ne suis jamais venu»</p>		<p>pleurs</p>	<p>elle va pas développer. On sent juste...je ne sais pas si c'est parce qu'on l'embête ou parce qu'elle pense à autre chose, qu'elle pense à l'intervention</p>

	appréhension de le truc		, le patient n'a pas du tout la main là- dessus je pense					n....elle n'est pas à l'aise
				Parce que malheureusement j'ai trouvé qu'au bloc opératoire, les IBODE avec qui j'ai été formée, c'était vraiment concentré sur le matériel, sur le patient une fois qu'il était endormi, sur l'intervention avec le chirurgien. Donc, au niveau relationnel moi je pense que...enfin, j'ai pas été formée. Je pense que c'est une lacune, c'est un manque, au niveau de la communication au bloc.	«ça me fait peur»		Mais tu sais, les adultes, ils pleurent aussi	quelqu'un aussi qui a l'air peut-être prostré dans son lit, sous son drap, qui se cache un peu
					“je n'ai pas dormi”,			
					“j'ai peur d'avoir mal”			
	6	5	4	7	7			

**Annexe VII :** Tableau d'analyse n°2 : repérer les outils mis en place par les équipes du bloc opératoire afin de prendre en soin un patient anxieux

Outils											
Communication						Projets interdisciplinaires					
Verbale		Non-verbale		Efficacité		Collaboration		Formations		Actions	
IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2	IDE 1	IDE 2
moi je parlais beaucoup	en lui parlant, en essayant de lui parler d'autre chose que l'acte chirurgical en lui-même	je prenais les mains souvent des patients et je caressais les mains en fait pour qu'ils s'évadent	quand on communique on voit notre visage, on voit nos expressions, on voit notre sourire.	parce que quand tu t'endors sur une pensée positive tu te réveilles sur une pensée positive	rien que ça, de sourire, ça permet d'apporter je pense un sourire chez le patient	Il y avait des IADE qui avaient aussi des formations hypnose et finalement j'ai appris un peu grâce à eux parce que de discuter	je pense que chaque personne à sa façon d'aborder les patients, à sa façon de s'entretenir avec eux, il y a des gens qui vont amener d'une façon les choses...qui va amener à les déstresser de manière différente	j'ai fait la formation relation patient-soignant et la relation d'aide	je me souviens pendant mon exercice au bloc on avait une formation par une anesthésiste, la cheffe de service du bloc des urgences sur les choses, les mots à dire, les mots à ne pas dire, les comportements à avoir au bloc opératoire, quand on	avec les enfants on avait des tablettes. C'était notre rôle aussi de regarder les dessins animés avec eux ou de chanter avec eux	l'accueil de toute façon selon, enfin en suivant les recommandations de l'HAS et des différentes sociétés savantes il est doit être fait par l'ensemble de l'équipe de bloc opératoire, que ce soit au niveau anesthésique, chirurgical, avec les infirmiers de bloc, les aides-soignants c'est ça qui est important c'est ça ce qui permet de montrer qu'il y a une présence au bloc opératoire

									accueille un patient, et puis même ça peut servir après aux services de soins		
je discutais auprès d'eux	on lui demande peut-être des endroits où il aime être, des choses qu'il aime faire au quotidien, qui lui font sortir du bloc opératoire	je caressais beaucoup les bras en fait	quand quelqu'un a l'air joyeux, aide l'entraîne, déjà ça aide	Oui, plus rassurés	quand quelqu'un fait la tête face au patient, ça ne lui donne pas envie d'aller au bloc opératoire	Ça dépend, parce que s'il y a trop de monde autour des gens, les gens se demandent pourquoi il y a autant de monde et qu'est-ce qu'ils font	je sais que personnellement je ne suis pas le plus à l'aise mais je sais que certains de mes collègues qui vont...voilà, c'est un travail d'équipe mais il y a certaines individualités dans l'équipe qui vont permettre d'amener certaines choses	La formation relation d'aide	Et puis voilà on a eu cette formation et c'était super intéressant et c'est vrai que je n'avais eu ces notions-là quand j'étais à l'IFSI, c'est quelque chose qui n'est pas forcément facile à faire au quotidien quand on accueille le patient il	pour les enfants, il y a plein de choses, tu sais c'est l'association des petits doudous, il y a des voitures, des mini-voitures, ils rentrent dedans et vont au bloc avec ça pour que ce soit plus ludique	Le rôle de l'IDE déjà c'est avec les outils de communication, essayer d'établir un premier lien, on n'est pas là pour le faire rire, rigoler s'esclaffer mais essayer de...je ne sais pas si on peut dire...dédramatiser la situation

									faut faire attention à ce qu'on dit		
il faut expliquer au patient pourquoi il y a autant de monde	lui faire oublier le contexte dans lequel il est, qui peut le rendre anxieux et l'emmener dans un contexte qui lui est familier, qui le pacifie, qui le calme		de baisser son masque quand on rencontre le patient, quand on l'accueille, dire bonjour, être souriant, le regarder dans les yeux, déjà montrer qu'on s'adresse à lui, le considérer en tant que personne et pas en tant qu'objet qui va être opéré sur	Si c'était un enfant, il s'arrêterait de pleurer		C'était les IADE qui faisaient de l'hypnose parce qu'elles avaient une formation hypnose mais autrement, moi en tant qu'infirmière, non. En tant que communicati on...il n'y a que communicati on verbale et puis le toucher	le fait qu'on soit en équipe, plusieurs autour de lui, plusieurs infirmiers, plusieurs aides-soignants, plusieurs médecins, je pense aussi que cette équipe-là ça permet aussi que ça peut le rassurer; qu'il y a du monde pour le prendre en soin, qu'il y a du monde qui sera autour de lui en tout cas		Mais autrement...l'expérience	tu sais si à la consult' d'anesthésie s'ils ont exprimé leur anxiété, leur peur, quelques fois t'as des anxiolytiques à donner, un Atarax à donner, t'as pas forcément de protocole	Le rôle de l'IDE déjà c'est avec les outils de communication, essayer d'établir un premier lien, on n'est pas là pour le faire rire, rigoler s'esclaffer mais essayer de...je ne sais pas si on peut dire...dédramatiser la situation

			une table d'opération							
Mais je pense que quand tu expliques tout aux personnes, ils comprennent mieux et c'est moins anxiogène			ça peut passer par le toucher aussi, le fait de l'aider	Et puis ils commençaient à parler d'autre chose mais pas du tout de ce qui se passait autour d'eux				La relation d'équipe, oui, parce qu'il ne faut pas crier, il ne faut pas rigoler, enfin voilà être à 100% avec le patient et puis le rassurer comme ça		utiliser des mots positifs, ne pas utiliser par exemple des termes "pas". Par exemple...il ne faut pas dire "ne vous inquiétez pas"
C'est vrai qu'inconsciemment on le fait dans la reformulation et puis tu dis jamais: "on va vous faire une petite piqûre"			fait j'ai l'image du sas de transfert, là où on passe le patient du lit sur la table d'intervention, et on peut l'aider à ces moments-là pour aller sur la table,	le patient qui me dit "merci", avec un sourire				malheureusement j'ai trouvé qu'au bloc opératoire, les IBODE avec qui j'ai été formée, c'était vraiment concentré sur le matériel, sur le patient une fois qu'il était endormi, sur l'intervention avec le chirurgien		le travail d'équipe je pense qu'il peut se faire après, peut-être pas en post-op immédiat, mais peut-être lors de réunions, où les professionnels discutent entre eux, des choses qu'ils réajustent, qu'ils améliorent dans leur façon de communiquer avec les patients.



			peut-être qu'il y a des choses qui se jouent à ce moment- là , un échange verbal et non verbal.								
				Et en expliquant les choses, le patient est moins anxieux							Ces réunions peuvent être formatives, ou même amener des formations en fonction des demandes des soignants, des formations en rapport avec la communication, avec la gestion du stress du patient au bloc et on peut même...j'imagine ...faire des panneaux d'affichage
9		8		9		7			8		9

LEBRETON FLORIAN

Title: Taking care of anxiety in the operating theatre

Titre : Prise en soin de l'anxiété au bloc opératoire

Abstract: The operating theatre is a mysterious place. This unfamiliar area causes anxiety for the patient coming for surgery. The nurse taking care of them assesses this anxiety and seeks to reassure them. The communication developed with the interdisciplinary team in the operating room, as well as the team projects will reduce this anxiety. We sought to define how the nurse's work in this interdisciplinary team allows an anxious patient to receive treatment. To that end, we have defined a theoretical framework that enabled us to identify the elements of this issue. Then we developed an interview guide that we submitted to nurses in order to compare our results with them. The data thus collected were then analyzed in order to produce a review that highlights the contribution of the interdisciplinary approach by nurses in the operating room, along with the limits of this exercise, depending on material contingencies, organizations as well as each and everyone's wishes. As a conclusion we looked into the influence of this work on our professional practice.

Résumé : Le bloc opératoire est un lieu mystérieux. Cet inconnu engendre de l'anxiété chez le patient venant se faire opérer. L'infirmier prenant en soin ce dernier évalue cette anxiété et cherche à le rassurer. La communication mise en place avec l'équipe interdisciplinaire du bloc opératoire, ainsi que les projets d'équipe vont venir minorer cette anxiété. Nous avons cherché à définir en quoi le travail de l'infirmier dans cette équipe interdisciplinaire permet de prendre en soin un patient anxieux. Pour ce faire, nous avons établi un cadre théorique permettant de mieux cerner les éléments de cette problématique. Puis nous avons élaboré un guide d'entretien que nous avons soumis à des infirmiers afin de confronter nos résultats à leurs propos. Les données ainsi recueillies ont ensuite été analysées dans le but de produire une synthèse qui met en lumière l'apport de l'approche interdisciplinaire par les infirmiers au bloc opératoire ainsi que les limites de cet exercice, dépendant des contingences matérielles, des organisations ainsi que des volontés de chacun. Dans la conclusion, nous nous sommes intéressés à l'influence de ce travail sur notre pratique professionnelle.

Keywords: anxiety / care / operating theatre/ communication / interdisciplinarity

Mots-clés : anxiété / prise en soin / bloc opératoire / communication / interdisciplinarité

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU DE RENNES

2 Rue Henri le Guilloux 35000 RENNES

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - 2018/2021