

## MEMOIRE PROFESSIONNEL

UE 7

POUR L'OBTENTION DU GRADE MASTER

DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE



**ET SI ON CHOISSAIT UN RÊVE ENSEMBLE...**

Ecole IADE, Neuilly sur Marne

Promotion 2016/2018

FREITAS CORREIA Diana

Sous la direction de Mme GAUDUCHEAU Hélène

## MEMOIRE PROFESSIONNEL

UE 7

POUR L'OBTENTION DU GRADE MASTER

DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE



**ET SI ON CHOISSAIT UN RÊVE ENSEMBLE...**

## **NOTE AUX LECTEURS**

---

*Le mémoire professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'Institut de formation Interhospitalier Théodore Simon, Groupement d'Intérêt Public est un travail réalisé au cours de la formation.*

*Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.*

*Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur et de l'école des infirmiers anesthésistes.*

## REMERCIEMENTS

---

Je souhaite remercier de tout cœur ma famille, mes parents, mon mari et mes amis qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de cette aventure dans le monde de l'anesthésie qui ne fut pas simple tous les jours.

Un remerciement tout particulier à mes collègues de promotion : Sarah, Mamadou et Julie. Notre soutien et entraide mutuelle nous a permis d'arriver au terme de ces deux années d'étudiants infirmiers anesthésistes.

À ma relectrice et amie qui m'a apportée un soutien inconditionnel tout au long de ce projet professionnel, un grand merci.

Un dernier remerciement envers l'équipe pédagogique de l'institut de formation Théodore Simon ainsi qu'à ma directrice de mémoire et formatrice, Mme Hélène Gauducheau pour sa bienveillance tout au long de la réalisation de mon travail de recherche professionnel.

# SOMMAIRE

## GLOSSAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>II. REVUE DE LITTÉRATURE</b>	<b>10</b>
1. PROCESSUS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE	10
2. ÉTAT DES SAVOIRS	13
3. SYNTHÈSE DES SAVOIRS	15
3.1. RÔLE PROPRE DE L'INFIRMIER DIPLOMÉ D'ÉTAT	15
3.2. DÉFINITION DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLOMÉ D'ÉTAT	17
3.3. CADRE JURIDIQUE	17
3.4. COMPÉTENCES DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLOMÉ D'ÉTAT	19
3.5. LA CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ	20
3.6. LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	21
3.7. L'ANXIÉTÉ	23
<b>III. PROBLÉMATIQUE, QUESTION DE RECHERCHE</b>	<b>24</b>
1. LA PROBLÉMATIQUE	24
2. QUESTION DE RECHERCHE	25
<b>IV. CADRE THÉORIQUE</b>	<b>26</b>
1. L'ANXIÉTÉ PRÉOPÉRATOIRE	26
2. LA CONSULTATION DE PRÉPARATION À L'OPÉRATION.	28
<b>V. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>	<b>31</b>
1. APPROCHE DE RECHERCHE	31
2. TYPE D'ÉTUDE	31
3. CHOIX DU TERRAIN ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	33
4. MÉTHODE DE RECUEIL DE DONNÉES	33
5. PLAN D'ANALYSE SPÉCIFIQUE DE L'ÉTUDE	34
6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	35
<b>VI. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES</b>	<b>36</b>
1. ANALYSE DES DONNÉES DE RECHERCHE RECUEILLIES	36
2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	37
2.1. IDENTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LA POPULATION INTERROGÉE	37
2.2. L'ANXIÉTÉ PRÉOPÉRATOIRE CHEZ L'ENFANT	38
2.3. LA FORMATION ET LES COMPÉTENCES DE L'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLOMÉ D'ÉTAT	40
2.4. LA CONSULTATION DE PRÉPARATION À L'OPÉRATION	41
<b>VII. DISCUSSION</b>	<b>44</b>
<b>VIII. IDENTIFICATION DES LIMITES DE L'ÉTUDE DE RECHERCHE</b>	<b>47</b>
<b>IX. LES PRÉCONISATIONS</b>	<b>48</b>
<b>X. CONCLUSION</b>	<b>49</b>

## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES

## **GLOSSAIRE**

---

<b>ALR</b>	Anesthésie Locorégionale
<b>IADE</b>	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>MAR</b>	Médecin Anesthésiste Réanimateur
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SFAR</b>	Société Française d'Anesthésie et Réanimation

## I. INTRODUCTION

---

Dans le cadre de ma formation d'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État (IADE), il nous a été demandé de réaliser un mémoire professionnel sur un sujet de recherche dans le domaine de l'anesthésie.

La priorité était de trouver un sujet original afin d'apporter une nouvelle approche à la pratique professionnelle. Dans l'optique de ce travail de recherche j'ai donc pendant mes différents stages mis en avant ma curiosité professionnelle.

Mon attention s'est particulièrement portée lors de mon dernier stage de première année. J'étais en stage au bloc opératoire en chirurgie générale, service où il y avait de la chirurgie adulte et pédiatrique. La chirurgie pédiatrique a toujours suscité un grand intérêt pour ma part. Lors d'un échange avec une IADE du service, je prends connaissance de l'existence d'une consultation pré-anesthésique sous forme « d'atelier de préparation à l'intervention chirurgicale » réalisée par une IADE en chirurgie pédiatrique. L'atelier est nommé « l'atelier du rêve ». Cette information suscite une curiosité de ma part, c'est pourquoi je demande à la cadre d'anesthésie de pouvoir participer à une matinée de consultation. La semaine suivante je participe à « l'atelier du rêve » animé par une IADE du service.

Ce fut une expérience très enrichissante, j'ai pu rencontrer une vingtaine d'enfants avec une amplitude d'âges assez variée, du nourrisson de quelques jours à l'adolescent de 16 ans.

À la suite de cette journée, je demande à la cadre d'anesthésie d'effectuer une journée en pédiatrie en fin de stage. Lors de cette journée je prends en charge plusieurs enfants que j'avais rencontrés à l'atelier du rêve.

L'impact de l'atelier sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique a soulevé des questionnements et réflexions de ma part. C'est ce qui a motivé le choix de mon sujet de mémoire sur cette thématique.

La prise en charge de ces enfants s'est déroulée dans des conditions optimales : séparation avec les parents dans le calme, arrivée en salle d'opération sereine, coopération de l'enfant dans la

mise en place du monitoring de surveillance : étape évoquée et explicitée à l'enfant lors de l'atelier ainsi que l'application du masque facial pour l'induction inhalatoire.

De cette expérience plusieurs interrogations se posent :

Quelle est la place de l'infirmière anesthésiste dans la consultation pré-anesthésique en chirurgie pédiatrique ? En quoi, la préparation de l'enfant au préalable de l'intervention diminue-t-elle l'anxiété préopératoire ? Cette approche est-elle réalisée dans tous les centres chirurgicaux pédiatriques ? Cette préparation préopératoire a-t-elle un impact sur les suites post-opératoires ?

**Question de départ : La consultation de pré-anesthésie sous forme d'atelier de préparation réalisée par l'IADE a-t-elle un enjeu sur l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction et sur la prise en charge de l'IADE ?**

Dans un premier temps, présentation de la revue de littérature scientifique avec un état des savoirs sur le sujet de recherche. Les cadres législatifs et réglementaires ainsi que les concepts et les connaissances en lien avec celui-ci seront exposés.

Dans un deuxième temps sera précisée et développée la problématique de recherche conduisant à l'élaboration de la question de recherche.

Enfin, le protocole de recherche avec la présentation de la méthodologie, des résultats, la discussion, les limites de l'étude et les préconisations en lien avec la thématique de recherche seront détaillés.

## II. REVUE DE LITTÉRATURE

---

### 1. Processus de recherche scientifique

Une recherche bibliographique approfondie et ciblée sur l'objet de la recherche a été réalisée afin de faire un état des savoirs sur celui-ci. La méthodologie de recherche a été répertoriée dans les tableaux suivants :

<b>BASES DE DONNÉES DE RECHERCHE SELECTIONNÉES</b>	<b>EQUATIONS DE RECHERCHE UTILISÉES</b>
<b>PUBMED</b>	Anesthesia and children and preoperative and anxiety
<b>GOOGLE SCHOLAR</b>	Anesthésie, pédiatrie, préopératoire

Présentation des sites spécialisés en lien avec le domaine de recherche :

<b>SITES SPECIALISÉS</b>	<b>ÉQUATIONS DE RECHERCHE</b>
<b>SPARADRAP</b>	Anxiété préopératoire de l'enfant
<b>PEDIADOL</b>	Anesthésie de l'enfant

Présentation de la sélection des critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche :

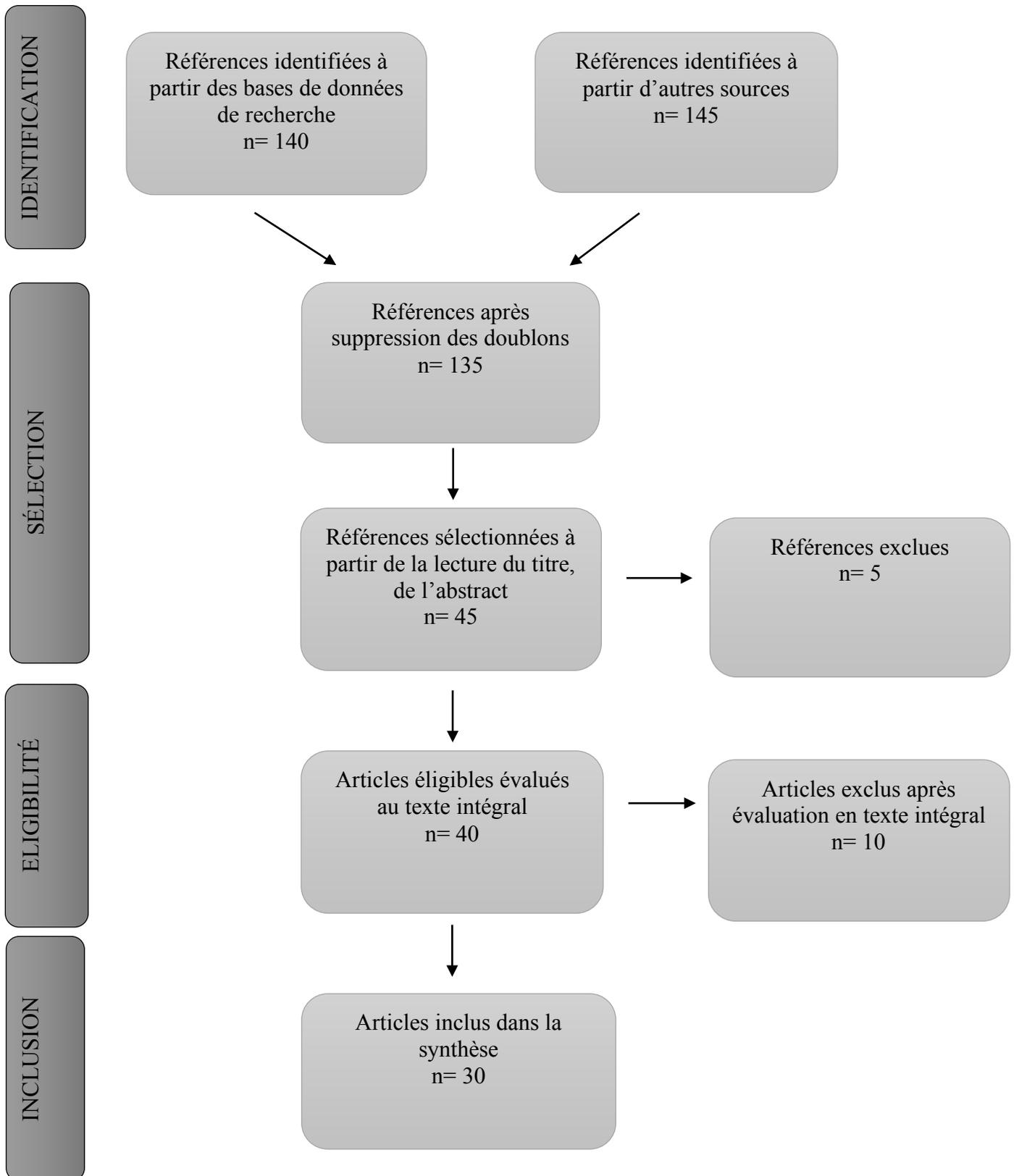
CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
Articles traitant de l'anxiété préopératoire des enfants et des parents	Etudes concernant les moyens médicamenteux pour lutter contre l'anxiété préopératoire
Echantillons composés d'enfants âgés de 0 à 16 ans	Populations des enfants prématurés, enfants avec déficit moteur et/ou cognitif
Technique de préparation à l'intervention chirurgicale	Chirurgie pédiatrique en urgence

La recherche bibliographique a été réalisée avec différentes équations de recherche sur plusieurs bases de recherche et dans différents ouvrages sur la thématique de recherche.

L'objectif de la recherche bibliographique est de réaliser l'état des lieux sur le sujet de recherche dans le domaine scientifique au travers de différents source d'informations :

- Articles scientifiques
- Recommandations des sociétés savantes
- Ouvrages bibliographiques
- Congrès scientifiques

La traçabilité de la recherche bibliographique sur l'objet de la recherche est réalisée dans un diagramme de flux inspiré du diagramme Prisma suivant :



## 2. État des savoirs

Dans la revue de littérature, nous allons nous intéresser à la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant lors de l'annonce d'une intervention chirurgicale programmée. Je constate suite aux recherches dans les bases de données scientifiques que ce sujet de recherche est au centre des études depuis environ 30 ans dans le domaine de la pédiatrie, en lien avec la création de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant en 1989. (« Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant », 1989)

D'après plusieurs études, la prévalence de l'anxiété préopératoire est de 40% à 60% en pédiatrie ce qui représente un réel phénomène à prendre en considération. (« Anesthésie de l'enfant-Sparadrap », 2012)

Dans un premier temps, plusieurs études ont été réalisées sur la prise en charge pharmacologique de l'anxiété préopératoire. Sujet non explicité dans ce mémoire professionnel car je souhaite m'intéresser aux alternatives non médicamenteuses de la prise en charge de l'anxiété. L'objet de ma recherche s'oriente plus particulièrement vers les ateliers de préparation à l'opération réalisée par l'IADE.

Dans un deuxième temps, il est observé l'apparition d'études sur la prise en charge non pharmacologique du phénomène d'anxiété chez l'enfant. Selon un article publié dans « *American Society of Anesthesiologists* » en 2006 (Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, & McClain, 2006), Dr Kain Zeev, anesthésiste pédiatrique en Californie aux États-Unis, a réalisé de nombreux travaux sur l'anxiété préopératoire chez l'enfant. Il divise la prise en charge de l'anxiété en 3 catégories :

- administration d'une prémédication,
- présence des parents lors de l'induction : sujet de recherche très controversé dans le milieu scientifique. Plusieurs études randomisées démontrent que la présence du parent lors de l'induction ne réduit pas de manière fiable le niveau d'anxiété préopératoire de l'enfant. (Rasti-Emad-Abadi, Naboureh, Nasiri, Motamed, & Jahanpour, 2017)
- programme de préparation préopératoire en milieu hospitalier avant la chirurgie : programme de préparation comportementale pour les parents et l'enfant qui consiste en un

entretien de 20 minutes lors duquel est fourni toutes les informations par différents professionnels paramédicaux : infirmière, IADE... Dr Kain constate dans cet article qu'aucune étude approfondissait la prise en charge de l'anxiété lors de l'induction qui pour lui « *est d'une grande importance parce que l'induction de l'anesthésie provoque la réponse au stress plus intense au cours de la période péri-opératoire* ».

Il réalise donc une étude randomisée comprenant des parents et des enfants âgés de 2 à 12 ans, au total 408 participants, l'objectif étant d'approfondir les méconnaissances sur le phénomène de l'anxiété préopératoire lors de l'induction. L'enquête se déroule à l'hôpital Yale-New Haven Children, Connecticut aux États-Unis (entre Novembre 2000 et Octobre 2004) au sein d'un service de chirurgie ambulatoire. L'essai randomisé compare 4 techniques de prise en charge de l'anxiété préopératoire différentes :

- groupe 1 : prise en charge habituelle
- groupe 2 : présence parentale lors de l'induction anesthésique
- groupe 3 : préparation comportementale des parents et de l'enfant
- groupe 4 : prémédication par Midazolam® (voie orale).

Les résultats de cette étude démontrent que la préparation comportementale des parents et de l'enfant réduit l'anxiété préopératoire des enfants mais également des parents. Les données sont recueillies par l'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'anxiété préopératoire : l'échelle modifiée de Yale. De plus, cette approche de l'anxiété indique une diminution de la consommation d'antalgiques, une réduction des troubles du comportement post-opératoire selon l'étude réalisée. L'article relate néanmoins l'aspect coûteux de cette technique et donc par conséquent un frein économique à la pratique de cette approche dans tous les centres de chirurgie pédiatrique.

En France, on réalise environ un million d'anesthésies générales pédiatriques par an, potentiellement le même nombre d'enfants anxieux avant la chirurgie. (« Anesthésie de l'enfant- Sparadrap », 2012)

De plus, plusieurs équipes ont mis en place des programmes de préparation à l'intervention chirurgicale au sein de leurs établissements. L'association SPARADRAP a réalisé un concours national sur l'anesthésie de l'enfant en 2012, évènement organisé dans le but de favoriser et

encourager les initiatives sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant induite lors d'une intervention chirurgicale programmée. Le concours a récompensé 3 équipes pour leur travail : Centre hospitalier de Strasbourg, Rennes et Roanne. Au sein de ces 3 établissements il a été créé une consultation préopératoire réalisée par l'IADE.

Dans la revue de littérature en 2005, l'équipe de l'hôpital Robert Debré réalise une étude, suite aux travaux du Dr Kain sur les programmes de préparation comportementaux (Hilly et al., 2015). Ils décident de mettre cette pratique en place au sein de leur établissement. L'article démontre une diminution de l'anxiété préopératoire chez les enfants et les parents ainsi qu'une diminution des troubles du comportement post-opératoire lorsque que le programme de préparation préopératoire est effectué. Cette sélection d'articles démontre un réel intérêt et investissement des établissements de santé dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant depuis de nombreuses années.

Afin d'interpréter dans les meilleures conditions la thématique de la recherche, le cadre législatif et réglementaire ainsi que différents concepts seront développés dans la partie suivante.

### **3. Synthèse des savoirs**

La revue de littérature a permis de mettre en évidence différents concepts, connaissances en lien avec l'objet de la recherche sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant par le biais d'ateliers de préparation à l'intervention chirurgicale réalisée par l'IADE.

#### **3.1. Rôle propre de l'Infirmier Diplômé d'État**

Le décret du 29 juillet 2004 du Code de Santé publique, régissant la profession d'infirmier distingue le rôle infirmier en 2 parties : le rôle propre et le rôle sur prescription.

En lien avec l'objet de recherche sur la consultation spécialisée de l'infirmier, je ferais uniquement référence au rôle propre de celui-ci. La définition du rôle propre selon le Code de Santé Publique est la suivante : « *relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux*

*fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. »*  
(« Décret du 29 juillet 2004 », 2004)

De ce concept, on soulève le développement des consultations infirmières dans différents domaines : la stomatologie premier service où la consultation infirmières est mise en place dans les années 1970, la cancérologie avec la consultation infirmière d'annonce, la douleur et les pathologies chroniques. (La consultation infirmière, Recherche en soins infirmiers, WARCHOL, 2007). Ces consultations répondent aux besoins en santé de la population mais nécessitent néanmoins la mise en œuvre de compétences et de connaissances des professionnels de santé.

La consultation infirmière est décrite dans le dictionnaire des soins infirmiers comme « *une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé ou de soins infirmiers. La consultation est réalisée en milieu hospitalier ou extrahospitalier, soit sur prescription, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut s'inclure dans une consultation pluridisciplinaire* ». Cette définition met en valeur le rôle propre de l'infirmier dans la prise en charge du patient.

La consultation permet de faire le bilan avec le patient et son entourage sur la compréhension des informations données par le médecin, éventuellement de les reformuler et de les compléter. Mais également de les adapter en fonction des besoins et des capacités du patient (enfant, adolescent, adulte, déficit cognitif...). Cependant, il n'existe pas de texte de lois officiels sur la consultation infirmière dans le cadre de la profession. Cette notion de rôle propre dans les consultations infirmières me semble importante à souligner dans cette recherche car elle s'intègre à part entière dans la démarche de consultation préopératoire de préparation auprès des enfants réalisée par l'IADE.

### 3.2. Définition de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

Selon le ministère des solidarités et de la santé :

*« L'infirmier anesthésiste diplômé d'État est un infirmier spécialisé, ce professionnel a plus spécifiquement en charge la sécurité du patient au cours de son anesthésie, que celle-ci soit générale ou locale, qu'elle ait lieu au bloc opératoire, dans le cadre de la médecine d'urgence ou de la prise en charge de la douleur ».* (« Infirmier anesthésiste », 2012)

Le syndicat national des infirmiers anesthésistes précise :

*« L'infirmier anesthésiste diplômé d'état est un infirmier praticien, clinicien responsable, réflexif et autonome possédant une expertise spécialisée dans les domaines de l'Anesthésie, de la Réanimation, de l'Urgence et de la Prise en charge de la douleur ».*

*« L'infirmier anesthésiste analyse et évalue les situations et intervient afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients en anesthésie-réanimation dans la période péri-interventionnelle. Ses activités concourent au diagnostic, au traitement, à la recherche. Il participe à la formation dans ces champs spécifiques ».*

*« L'infirmier anesthésiste réalise également des activités de prévention, d'éducation et de formation ».*

Ces différentes définitions spécifient les compétences techniques de l'IADE dans la gestion de l'anesthésie et réanimation mais également son rôle de prévention et d'éducation du patient, aspect de la définition en lien avec la thématique de recherche.

### 3.3. Cadre juridique

La profession d'iade est légiférée par un décret du Code de la Santé Publique, l'article R4311-12 du **Décret n°2017-316 du 10 mars 2017** qui stipule :

*« I.-A. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :*

1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post-interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

B.-L 'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à :

1° Pratiquer les techniques suivantes :

a) Anesthésie générale ;

b) Anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

c) Réanimation per-opératoire ;

2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

3° Assurer, en salle de surveillance post-interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation per-opératoire.

II. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I.

III. L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers.

IV. Les transports sanitaires mentionnés à sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat. » (Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat, 2017)

### 3.4. Compétences de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

Les compétences de l'IADE dépendent du référentiel de formation, il comporte 7 compétences. Dans le cadre de ma recherche j'ai sélectionné la compétence 5 :

*« Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie :*

- 1. Evaluer le niveau d'information du patient relatif à l'intervention et à l'anesthésie et détecter les signes pouvant influencer l'anesthésie pour adapter la prise en charge du patient*
- 2. Maintenir un contact avec un patient vigile (ALR ...), évaluer son comportement et son anxiété pour adapter l'anesthésie réanimation*
- 3. Reconnaître un trouble du comportement traduisant une éventuelle complication et identifier l'intervenant à alerter dans le but d'une action corrective (réajustement de traitement, reprise anesthésique et chirurgicale, ...)*
- 4. Communiquer avec les familles pour recueillir et donner les informations nécessaires afin d'optimiser la prise en charge anesthésique ou de réanimation*
- 5. Etablir et maintenir une relation de confiance, sécurisante avec le patient tout au long du processus anesthésique*
- 6. Adapter la prise en charge de l'anxiété et de la douleur au contexte spécifique de l'anesthésie*
- 7. Expliquer au patient l'utilisation des dispositifs à visée analgésique*
- 8. Identifier les mémorisations peropératoires et adapter la prise en charge péri-anesthésique*
- 9. Identifier les troubles cognitifs post-opératoires, repérer les conséquences délétères possibles afin d'adapter une prise en charge personnalisée post-anesthésique.*

La compétence 5 a particulièrement retenue mon attention car celle-ci développe la notion de prise en charge psychologique et d'accompagnement du patient.

Dans la cadre de la pédiatrie, la prise en charge doit être spécifique et s'adapter aux différents stades de développement de l'enfant ainsi que son environnement familial. Cette compétence inclut l'approche relationnelle en complément de la compétence technique qui est essentielle

dans la prise en charge globale du patient. J'expliciterais le développement de l'enfant dans un autre paragraphe après le cadre législatif.

### 3.5. La charte de l'enfant hospitalisé

La charte de l'enfant hospitalisé établit ses droits lors de son séjour hospitalier. Il est important de rappeler les droits de l'enfant au sein de l'hôpital. J'ai sélectionné les notions en corrélation avec l'objet de la recherche :

4. *« Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur ».*

5. *« Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable ».*

6. *« Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge ».*

8. *« L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille ».*

9. *« L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité' dans les soins donnés à chaque enfant ».*

10. *« L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance ».* (ONU, 1988)

La charte de l'enfant hospitalisé résume plusieurs notions importantes. L'enfant et son entourage familial ont le droit à l'information dans un cadre adapté à leurs besoins par une

équipe soignante formée spécifiquement à la pédiatrie. Le but étant de permettre une continuité des soins pour l'enfant.

### 3.6. Le développement psychomoteur de l'enfant

Plusieurs psychanalystes décrivent le développement de l'enfant, les travaux de Piaget et Henri Wallon exposent des théories non psychanalytiques.

L'auteur Jean PIAGET (1896-1980), docteur en Sciences Naturelles, professeur de psychologie, sociologie et philosophie des sciences a réalisé de nombreux travaux sur le développement de l'intelligence. Jean Piaget décrit les différents stades de développement de l'intelligence en 4 périodes :

- **Période sensori-motrice** : (0 à 2 ans) l'enfant voit, entend et réagit à ses sensations par des mouvements. L'enfant qui répondait par des mouvements réflexes va progressivement organiser ses activités motrices en relation avec l'environnement. Son activité motrice se différencie et s'oriente vers un but.
- **Période préopératoire** : (2 à 7 ans) l'enfant accède à une intelligence représentative, c'est à dire que chaque objet est représenté par une image mentale en son absence. Se développe également la fonction symbolique.
- **Période des opérations concrètes** : (7 à 12 ans) l'enfant prend conscience de sa propre pensée et de celle des autres. Il est capable d'anticiper par la pensée, les résultats de ses actions.
- **Période des opérations formelles** : (à partir de 12 ans) L'adolescent acquière un mode de raisonnement avec une pensée structurée.

L'auteur Henri WALLON (1879-1962), agrégé en philosophie devient par la suite neurologue à l'hôpital Bicêtre et à la Salpêtrière à Paris. Il dirige ensuite un service de consultation en psychiatrie de l'enfant, point de départ de ses observations sur le développement de l'enfant.

Pour cet auteur, l'origine de la vie affective de l'individu est physiologique et les émotions trouveraient leurs origines dans le domaine postural. Il décrit 6 stades :

- **Le stade de l'impulsivité motrice** : (0-6 mois) la réponse motrice apportée aux diverses stimulations est une réponse réflexe. Il y a une dépendance totale du nouveau-né à l'égard du milieu humain.
- **Le stade émotionnel** : (6-11 mois) les réactions motrices, dominées par l'affectivité deviennent le moyen d'expression des émotions et de communication avec l'entourage. La première manifestation émotionnelle est le chatouillement tonique qui provoque des spasmes, des contorsions, puis le rire saccadé.
- **Le stade sensori-moteur et projectif** : (1-3 ans) l'activité motrice stimule l'activité mentale, le mouvement devient un instrument d'action sur le monde extérieur car il reconnaît l'objet par l'action qu'il exerce. Il s'agit également de la période d'acquisition progressive de la marche et du langage. L'ensemble de ces acquisitions permettent à l'enfant d'affirmer sa personnalité.
- **Le stade du personnalisme** : (3-6 ans) l'enfant parvient à avoir une conscience de soi, il est capable d'avoir une image de lui.
- **Le stade catégoriel** : (6-11 ans) ce stade correspond à l'âge scolaire, développement de l'activité intellectuelle ainsi que de la pensée.
- **Le stade de la puberté et de l'adolescence** : (à partir de 11 ans) il s'agit du stade où l'adolescent affirme sa personnalité.

L'approche du développement de l'enfant décrite par ces auteurs permet d'identifier les différents stades de compréhension en fonction de son stade de développement. L'objectif est de s'adapter de façon optimale à l'évolution perpétuelle de l'individu lors de la prise en charge de celui-ci à l'hôpital.

Le développement moteur du bébé évolue au quotidien en lien avec la maturation neurologique, sa progression est propre à chaque individu. Le développement moteur est en lien très étroit avec le développement émotionnel et cognitif du bébé.

### 3.7. L'anxiété

Le mot "anxiété" vient du latin « anxius » qui signifie « esprit troublé » à propos d'un évènement incertain et dérive d'une racine grecque portant les notions "d'enserrement" ou "d'étranglement".

C'est au cours de la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle que le concept d'anxiété apparaît dans le domaine de la pathologie. *« Elle renvoie à l'état qui accompagne l'appréhension d'évènements susceptibles de porter atteinte au bien être personnel. Autrement dit, elle correspond à l'état ressenti dont on se sent lorsque l'on envisage des conséquences négatives. Cette réponse d'anxiété dépendrait du type d'évènement, de la personnalité et de la signification ou interprétation de la situation. Certains auteurs distinguent l'anxiété "trait" qui serait un trait de personnalité renvoyant à un tempérament anxieux, une structure stable de l'individu, de l'anxiété "état", état passager pouvant survenir temporairement chez tout individu sous l'effet d'une situation présentant un certain degré de gravité. »* (CNRD, 2008)

Selon le Larousse médical *« l'anxiété est un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité »*.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il s'agit *« d'un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement »*

L'anxiété est un état émotionnel présent chez tous les humains qui est lié à l'appréhension d'un danger potentiel plus ou moins subjectif. Il s'agit d'une dimension normale de la personnalité. C'est un signal d'alarme qui nous prévient des dangers et qui nous permet d'accroître notre vigilance.

L'annonce d'une intervention chirurgicale en particulier chez l'enfant et ses parents engendre un état anxieux plus ou moins intense. Il est possible d'observer des manifestations physiques et/ou psychologiques diverses provoquées par les évènements inconnus à venir c'est-à-dire l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale.

### III. PROBLÉMATIQUE, QUESTION DE RECHERCHE

---

#### 1. La problématique

L'annonce d'une intervention chirurgicale chez l'enfant va engendrer une situation anxiogène. L'enfant va être confronté à une expérience inconnue pour lui. Dans ce contexte, il est possible d'observer le développement d'un état anxieux chez l'enfant et ses parents.

En effet d'après plusieurs études, la prévalence de l'anxiété préopératoire est de 40% à 60% en pédiatrie ce qui représente un réel phénomène à prendre en compte. (« Anesthésie de l'enfant- Sparadrap », 2012)

La prise en charge non médicamenteuse de l'anxiété préopératoire chez l'enfant est une thématique qui suscite de multiples recherches depuis de nombreuses années. Certaines approches existent telle que l'hypnose sous différentes formes, la distraction, les ateliers de préparation...

Au travers de la revue de littérature et des différentes découvertes, il est mis en avant que les États-Unis sont les précurseurs dans le domaine de la recherche pédiatrique surtout sur l'anxiété préopératoire de l'enfant. Différentes méthodes ont fait l'objet d'études de recherche comme par exemple la prémédication, la présence des parents lors de l'induction anesthésique, les ateliers de préparation à l'opération...

Dans le cadre de d'une recherche au niveau national, j'ai été interpellée par le nombre restreint d'établissements proposant cette approche dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Les études démontrent son efficacité et son intérêt dans l'anxiété de l'enfant lors de l'annonce d'une intervention chirurgicale ainsi que dans les troubles comportementaux post-opératoire.

De ces différents constats, plusieurs questionnements en lien avec la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant et la pratique professionnelle de l'IADE ont été mis en avant.

- Quel est la place de l'IADE dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant ?

- Les freins de la mise en place de cette pratique dans les centres hospitaliers ?

La consultation de préparation à l'opération est la pratique qui a suscité plus particulièrement ma curiosité. Dans cette nouvelle approche l'IADE a un rôle clé dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant.

L'axe de ma réflexion s'oriente vers l'impact de cette méthode alternative sur la pratique professionnelle de l'IADE et son vécu dans cette nouvelle approche de l'anxiété préopératoire.

De ce cheminement, élaboration d'une problématique sur la thématique de recherche :

**La spécificité et les compétences de l'IADE sont-elles un atout dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant et dans sa pratique professionnelle en chirurgie pédiatrique ?**

## **2. Question de recherche**

En lien avec la recherche bibliographique ainsi que l'exploration des différents concepts et connaissances sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant. J'ai décidé de m'intéresser à l'expérience humaine et le vécu de l'IADE dans le cadre d'une nouvelle méthode de prise en charge : la consultation de préparation réalisée par l'IADE en chirurgie pédiatrique.

La sélection de cette approche du phénomène est motivée par la volonté d'explorer l'expérience humaine par rapport à un nouveau concept dans le domaine de la pédiatrie, spécialité en évolution permanente.

La question de recherche est la suivante :

**En quoi, la consultation préopératoire réalisée par l'IADE est-elle une plus-value dans sa pratique professionnelle face à l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique ?**

L'objectif de la recherche est de comprendre et explorer l'impact de la consultation de préparation à l'opération dans la pratique professionnelle de l'IADE qui est au cœur de la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant au bloc opératoire.

Afin de comprendre le phénomène étudié, un cadre théorique sera développé dans la partie suivante constitué de l'anxiété préopératoire et de la consultation de préparation à l'opération en pédiatrie.

#### **IV. CADRE THEORIQUE**

---

##### **1. L'anxiété préopératoire**

Dans le cadre de ma recherche, l'anxiété préopératoire chez l'enfant ainsi que la consultation de préparation à l'opération constitueront les deux éléments principaux du cadre théorique.

L'induction anesthésique et la séparation avec les parents sont les événements les plus stressants parmi les expériences de l'enfant dans la période préopératoire. D'après plusieurs études l'anxiété va induire des répercussions psychologiques et comportementales chez l'enfant en préopératoire et postopératoire.

L'anxiété préopératoire se définit comme un malaise physique et psychologique ressenti par l'enfant avant une opération. L'intensité de l'anxiété est déterminante dans la réponse adaptée ou non de l'individu face à une situation anxiogène. L'inquiétude est liée à l'anticipation d'une situation inconnue où l'enfant va se trouver dans un contexte de séparation avec son entourage familial et dans un environnement mystérieux du bloc opératoire. Sans compter qu'il peut y avoir un antécédent d'expérience négative lors d'un précédent séjour à l'hôpital. Cet état anxieux préopératoire est associé à des conséquences post-opératoires comme des troubles comportementaux au réveil, avec par conséquent une éventuelle majoration de la douleur post-opératoire.

L'anxiété préopératoire diffère en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant :

- De 1 à 3 ans, c'est surtout la séparation avec les parents qui va engendrer l'anxiété
- De 4 à 6 ans, la peur de l'inconnu s'intensifie, les enfants veulent des explications,
- De 7 à 12 ans, ils veulent comprendre et sont à la recherche d'informations.
- Les adolescents veulent comprendre et être informés de leur état de santé et participer

aux décisions de leur prise en charge. (CNRD, 2008)

En pédiatrie, la prévalence de l'anxiété préopératoire varierait entre 40 et 60% selon les études. Lors de l'annonce d'une intervention chirurgicale, l'enfant est subitement confronté à une situation extraordinaire et inquiétante car le monde de l'hôpital est un univers inconnu pour l'enfant.

Des psychologues et des psychanalystes pionniers de ce domaine, comme Anna Freud et Thési Bergman, ont ainsi souligné que *« toute intervention chirurgicale annoncée à l'avance à l'adulte ou à l'enfant peut susciter chez le malade l'attente justifiée et consciente de la douleur, de malaises, de pertes et souvent de mutilations. La spécificité de l'expérience de l'hospitalisation chez l'enfant tiendrait au fait que sa maturité affective étant incomplète, il est confronté à une situation étrange dont il ne comprend pas les règles de fonctionnement. L'hospitalisation et la chirurgie comportent en effet beaucoup de mauvaises surprises potentielles : l'enfant est séparé de ses proches, il va devoir se déshabiller devant des étrangers, il risque d'avoir mal, et il gardera souvent des cicatrices qu'elles soient morales ou physiques. Dans le cas de nombreuses interventions chirurgicales de routine, l'enfant sort de l'hôpital dans un état qui peut lui sembler bien pire que celui dans lequel il était à son arrivée. On peut aisément comprendre qu'il se méfiera vivement la prochaine fois qu'il sera confronté à des blouses blanches qui veulent le « soigner ». Car c'est la pensée magique plus que l'évaluation rationnelle des faits qui prédomine chez le jeune enfant. Dans cette perspective tout doit avoir une raison. Les maladies peuvent ainsi parfois être comprises comme des punitions qui viennent sanctionner un mauvais comportement ou une mauvaise pensée. »* (Centre National de Ressources de Lutte contre La Douleur, 2008)

McGraw a proposé une interprétation développementale des facteurs psychologiques prédisposant à l'anxiété dans un contexte chirurgical. *« Selon lui, le nouveau-né pourrait dans la majorité des cas être rassuré par l'équipe soignante et ne ressentirai généralement pas difficilement la séparation avec les parents. A l'inverse, de 1 à 3 ans, la prégnance des liens entre l'enfant et ses parents impliquerait un risque important de développement d'une anxiété de séparation. Les enfants sont alors généralement trop jeunes pour bénéficier d'explications, mais répondent bien à la distraction et à la réassurance. De 4 à 6 ans, les enfants veulent plus d'explications. Ceux de 7 à 12 ans veulent être impliqués dans les prises de décision les concernant. Il convient cependant de ne pas tout discuter lors d'une situation stressante, mais*

*d'en parler en amont et en dehors d'un contexte anxiogène. Enfin, les adolescents bénéficieront tout particulièrement du respect de leur intimité et de leur autonomie ».* (CNRD, 2008)

L'équipe de Zeev N. Kain a effectué de nombreux travaux qui ont permis de mieux préciser les conséquences négatives liées à l'anxiété préopératoire chez l'enfant. Il a ainsi été démontré qu'un niveau important d'anxiété préopératoire chez l'enfant était corrélé à une plus grande fréquence de troubles comportementaux postopératoires, à des scores de douleurs plus élevés ainsi qu'à une consommation d'antalgiques majorée. (Kain & Caldwell-Andrews, 2005).

De plus, plusieurs études ont mis en évidence que les jeunes enfants ont plus de risque de développer ce type d'anxiété que des enfants plus âgés. Les expériences négatives d'hospitalisations préalables augmentent de façon importante le risque de l'installation de troubles anxieux lors de futures hospitalisations. L'anxiété préopératoire de l'enfant est enfin généralement corrélée à celle qu'éprouvent les parents en préopératoire. (Fortier, Del Rosario, Martin, & Kain, 2010), (Kain et al., 2006)

L'optimisation de la prise en charge de l'anxiété préopératoire est essentielle et doit être une priorité dans notre prise en charge quotidienne. La prévention de l'anxiété est déterminante dans le déroulement des événements du séjour hospitalier.

## **2. La consultation de préparation à l'opération.**

La consultation de préparation à l'intervention chirurgicale est apparue dans les établissements hospitaliers depuis quelques années dans le but d'améliorer la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant. Cependant, il n'existe pas de cadre législatif ou de recommandations sur le contenu et le déroulement de la consultation de préparation à l'opération.

La consultation de préparation est réalisée par l'IADE seule ou en collaboration avec d'autres professionnels de santé comme par exemple : une auxiliaire de puériculture, une infirmière de bloc opératoire.

L'atelier est réalisé de façon régulière toutes les semaines ou toutes les deux semaines avec un jour fixe déterminé lors de la mise en place du projet au sein de l'établissement. L'atelier de

préparation est proposé en complément de la consultation du médecin anesthésiste réanimateur (MAR) réalisée au préalable. La consultation est accessible du nouveau-né à l'adolescent de 16 ans ainsi qu'aux parents.

La consultation de préparation se déroule dans des locaux au sein de l'établissement dédiés à cette activité et adaptés au monde de l'enfant (espace accueillant, table et chaises pour enfants...). La tenue de l'IADE est variable et propre à chaque établissement hospitalier. Une tenue civile permet de réduire l'effet anxiogène « blouse blanche » chez l'enfant, la tenue de bloc opératoire permet de familiariser l'enfant à l'univers du bloc opératoire. Le choix vestimentaire a été décidé au préalable lors de la création de l'atelier et de ses modalités de fonctionnement. La durée moyenne de la consultation est de 20 à 30 minutes, durée qui peut se prolonger selon les besoins de l'enfant et des parents.

La consultation est proposée lors de la consultation avec le MAR par les secrétaires médicales. Une liste avec le nombre et l'identité des enfants est ensuite fournie à l'IADE le jour ou la veille de la consultation.

L'objectif de la consultation est de mettre en place un atelier ludique qui permet à l'enfant et ses parents de découvrir le bloc opératoire sous forme imagée. L'IADE explique avec un langage positif et adapté à l'enfant les différents événements de sa journée opératoire au départ du domicile jusqu'à la sortie de salle de surveillance post-interventionnelle à l'aide de multiples dispositifs :

- diaporama photos
- album photos
- maquette et personnage du bloc opératoire en Playmobil
- feutres et gommettes
- matériel de surveillance : appareil de scope, électrodes, tensiomètre, saturomètre
- masque parfumé pour l'induction anesthésique

➤ remise de documents : livret d'explications, feuille de renseignements avec choix d'un rêve si l'enfant le souhaite, document rapporté le jour de l'intervention afin d'avoir un fil conducteur pour l'IADE en charge de l'enfant lors de l'induction anesthésique.

L'objectif est de rendre l'univers du bloc opératoire plus familier et moins mystérieux pour l'enfant et ses parents, l'accompagner et le rassurer. Cette première prise de contact à distance permet à l'enfant de dédramatiser une situation anxiogène et de maîtriser un environnement inconnu.

Le but de la consultation est de présenter les différentes étapes de la journée afin de permettre à l'enfant et ses parents de se sentir plus confiants dans l'environnement du bloc opératoire. L'enfant devient acteur de son séjour hospitalier. La consultation permet également un échange avec l'entourage familial de l'enfant, de répondre à des questions éventuelles lorsque certaines informations n'ont pas été comprises lors de la consultation de préanesthésie avec le MAR (le jeun, la prémédication, les traitements...).

L'objectif final de cette approche est de réduire l'anxiété causée par l'annonce d'une intervention chirurgicale chez l'enfant et son entourage familial afin que l'hospitalisation se déroule dans les meilleures conditions pour tous les acteurs.

Dans le cadre de l'étude et afin de répondre à la question de recherche, une méthodologie de recherche a été élaborée., celle-ci sera exposée dans la partie suivante.

## V. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

---

La méthodologie de recherche consiste à élaborer une méthodologie la plus adaptée à l'exploration de la question de recherche.

### 1. Approche de recherche

Au regard de la question de recherche posée, l'étude qualitative semble la plus appropriée afin d'explorer « *l'interaction de l'individu et son environnement et ainsi comprendre, de manière contextualisée les attitudes et les comportements de l'être humain.* » (Recherche en Soins infirmiers, Debout, Janvier, 2012). La méthode qualitative permet un recueil de données sous forme verbale et textuelle, c'est un type de recherche concernant le sens, l'expérience, les perceptions des participants à l'étude dans leur milieu naturel. Cette méthode de recherche vise à la compréhension et la description de l'expérience humaine par rapport à un phénomène. Cette approche développe des concepts qui permettent de comprendre des phénomènes.

*« La recherche qualitative vise à comprendre, de manière contextualisée, les attitudes et les comportements de l'être humain. Le savoir produit par ce type de recherche résulte de la rencontre du chercheur et du participant. Les méthodes de recueil de données privilégiées en recherche qualitative sont déclaratives. Elles produisent des données textuelles ».* (Recherche en soins infirmiers, Debout, Janvier, 2012).

L'approche qualitative d'une étude a pour objectif de décrire, classer, structurer et interpréter des données afin d'en extraire le sens principal exprimé par les participants de la recherche.

### 2. Type d'étude

La recherche qualitative en sciences infirmières comportent plusieurs méthodologies : l'ethnographie, la théorie ancrée et la phénoménologie. En lien avec le sujet de la recherche, j'exposerais uniquement les particularités de la méthodologie phénoménologique.

La phénoménologie compte plusieurs courants philosophiques, les deux principaux philosophes dont s'inspirent les chercheurs en recherche phénoménologique sont Husserl (1889-1938) et Heidegger (1889-1976), le premier s'intéressant en particulier à la description et à la question épistémologique et le second, à l'interprétation et à la question ontologique.

La phénoménologie regroupe plusieurs écoles de pensées philosophiques au début de XX<sup>ème</sup> siècle, il s'agit à la fois d'une philosophie et d'une méthode de recherche. Comme philosophie, « elle s'intéresse aux questions ontologiques et épistémologiques, lesquelles influencent le développement des connaissances au fil de son évolution » (Mackey, 2005). Comme méthode de recherche elle vise la compréhension et la description de l'expérience humaine telle que la vivent les participants à une étude. (Munhall, 2012).

Il existe deux types de méthodes phénoménologique :

➤ **Descriptive** : mise au point par Husserl, elle a pour but de décrire des expériences vécues afin d'atteindre la compréhension de la structure essentielle des expériences et l'essence du vécu (Holloway et Wheeler, 2010). On cherche à décrire les caractéristiques essentielles d'un phénomène, les données sont recueillies auprès des personnes qui ont vécu l'expérience d'un phénomène particulier.

➤ **Interprétative** : mise au point par Heidegger, tout comme la phénoménologie descriptive, elle se focalise sur l'expérience humaine vécue. Cependant, la phénoménologie interprétative met l'accent sur la compréhension et l'interprétation de l'expérience vécue. Le but principal de cette méthode de recherche est de dégager le sens du vécu par rapport à un phénomène particulier. (Marie-Fabienne Fortin & Johanne Gagnon, 2016)

*« La phénoménologie offre aux infirmiers chercheurs une approche de recherche en adéquation avec la philosophie des soins infirmiers et avec la pratique de l'art infirmier. Elle met en exergue le caractère singulier de l'être humain, le rôle joué par les interactions humaines ainsi que l'influence de l'environnement. Cette méthodologie est particulièrement adaptée pour étudier des phénomènes complexes qui occupent une place centrale dans la pratique des soins infirmiers ».* (Recherche en soins infirmiers, Debout, Janvier, 2012).

Dans la cadre de la thématique de recherche, la méthode phénoménologique interprétative me semble la plus appropriée afin de comprendre l'expérience humaine, le vécu des IADE dont le service propose la consultation de préparation à l'opération dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant.

### **3. Choix du terrain et recrutement des participants**

Dans le cadre de l'étude de recherche, les terrains sélectionnés pour l'enquête sont 2 établissements hospitaliers publics de la région parisienne. Un premier établissement possédant une activité adulte et pédiatrique avec en moyenne 2000 opérations pédiatriques par an. Leur taux annuel de participation à la consultation de préparation est de 30 % soit environ 690 enfants.

Le deuxième établissement est un centre hospitalier exclusivement pédiatrique avec un service de maternité, il y a en moyenne 10 000 interventions par an. Le nombre de participants à l'atelier de préparation est d'environ 100 enfants par an.

Le choix de ces 2 terrains est induit par leur exclusivité dans la réalisation de cette pratique dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant dans la région parisienne.

Le choix des participants est intentionnel et inclut des participants ayant fait l'expérience du phénomène étudié. Les participants à l'enquête sur la consultation préopératoire de préparation dans la prise en charge de l'anxiété chez l'enfant sont les IADE exerçant dans un établissement où la consultation est réalisée dans le cadre de la chirurgie pédiatrique.

### **4. Méthode de recueil de données**

La méthode de recueil de données retenue est l'entretien semi-directif, ce choix est justifié par une recherche d'immersion dans la vision du phénomène par le participant et une discussion autour de son expérience vécue. Le but de l'entretien est de recueillir des données en vue de

comprendre et interpréter la signification d'un phénomène vécu par les participants. L'élaboration du protocole de recherche s'effectue en lien avec la recherche bibliographique réalisée précédemment ainsi qu'un guide d'entretien conçu au préalable. Les entretiens permettent de mettre en évidence les thèmes centraux ainsi que les sous-thèmes sur le sujet de recherche.

*« L'interview est une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations »* (Ketele & Roegiers, 1996).

L'entrevue semi-dirigée est une interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes, de questions en lien avec le guide d'entretien, qu'il souhaite aborder avec le participant.

## **5. Plan d'analyse spécifique de l'étude**

L'analyse des données qualitative consiste à organiser et à interpréter les données narratives en vue de mettre en évidence les thèmes et les sous-thèmes recueillies lors de l'entretien avec le participant. *« L'analyse phénoménologique propose une démarche différente de celle des autres types de recherches qualitatives concernant le codage ou l'analyse de contenu. La clarification des significations et l'établissement de liens dans le texte nécessite une stratégie qui privilégie un mouvement de va-et-vient entre les expressions particulières, les détails et le sens du texte dans son ensemble »* (Todres et Holloway, 2006).

Morse et Field (1995) ont constaté que l'analyse qualitative était *« un processus d'emboîtement des données consistant à rendre l'invisible évident, à établir des liens et à attribuer des conséquences à des antécédents. Ils ont mis en lumière quatre processus cognitifs qui interviennent dans l'analyse qualitative :*

- *La compréhension. Au début du processus analytique, le chercheur s'efforce de donner un sens aux données et de découvrir « ce qui se passe ».*
- *La synthèse : Synthétiser des données suppose qu'on les « passe au crible » et qu'on rassemble ensuite tous les morceaux en procédant par induction.*
- *La théorisation : à partir des données émergence d'une théorie*
- *La recontextualisation. »*

Dans le cas d'une analyse qualitative, un plan d'analyse adapté à l'étude et étayé par une référence bibliographique est retenue. Les verbatim des différents entretiens seront retranscrits.

## **6. Considérations éthiques**

La recherche en sciences infirmières est encadrée par une législation rigoureuse, notamment la Loi Jardé, sur la personne humaine doit être obligatoirement respectée.

Cette enquête visant à évaluer des pratiques professionnelles, n'entre pas en conflit avec la Loi Jardé n°2012-300 du 5 mars 2012. Et ce conformément au Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 : *« Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine [...] et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé. »* (Décret n°2017-884, 2017)

Cette enquête n'engage pas la sécurité du patient et celle des professionnels de santé, de plus l'anonymat et la confidentialité des renseignements sont garantis. Une demande d'autorisation d'enquête a été rédigé au préalable, accompagnée du protocole de recherche ont été adressé à la direction des soins de chaque établissement sélectionné ainsi que les cadres d'anesthésie. Une demande de consentement d'enregistrement audio pour les entretiens est également demandée le jour de l'interview.

## VI. PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

---

### 1. Analyse des données de recherche recueillies

L'analyse de données dans la phénoménologie interprétative est un processus inductif composé d'allers-retours entre la collecte des données qui représentent la réalité des participants à une étude et les conceptualisations théoriques qui se dégagent de ces données recueillies. Ce processus consiste à examiner, comparer, catégoriser et conceptualiser les données (Corbin et Strauss, 2008).

*« Le défi de l'analyse qualitative consiste à donner une signification à la masse de données recueillies. Cela suppose de réduire le volume des renseignements bruts, d'éliminer les données changeantes, de déceler les tendances significatives et de construire un cadre de référence qui permet de communiquer l'essence de ce que les données révèlent » (Patton, 2002).*

Le but de l'analyse de données consiste à interpréter les données brutes recensées sur le terrain lors de des entretiens avec les différents participants afin d'en soustraire les idées principales en les regroupant par thèmes et sous-thèmes afin de répondre de façon optimale à la question de recherche initiale. Tout d'abord par la retranscription narrative des données puis dans un second temps par l'interprétation des données puis la présentation des résultats obtenus.

*« Les résultats d'une recherche phénoménologique permettent au professionnel infirmier de mieux comprendre le vécu d'une personne confrontée à une situation particulière. Les études phénoménologiques procurent des savoirs scientifiques utiles au raisonnement clinique infirmier. Enfin, une réaction humaine mieux comprise par le soignant favorise la sélection d'interventions de soins infirmiers plus pertinentes et efficaces ». (Recherche en soins infirmiers, Debout, Janvier, 2012).*

## 2. Présentation des résultats

### 2.1. Identification des établissements et de la population interrogée

Les entretiens ont été réalisés au sein de 2 établissements hospitaliers publics différents situés dans la région parisienne. Le premier établissement A prend en charge des adultes et des enfants, en revanche le second établissement B prend en charge majoritairement des enfants (service de maternité au sein de l'établissement).

La population interrogée est exclusivement des IADE exerçant au bloc opératoire. Au sein de chaque établissement, il a été réalisé 3 entretiens semi-directifs c'est-à-dire 6 entretiens en totalité. Les personnes questionnées étaient à 100% de sexe féminin avec une ancienneté dans la profession d'IADE entre 3 et 21 ans.

IADE	ETABLISSEMENT	AGE	SEXE	ANCIENNETE DIPLOME IADE
IADE A	Etablissement A	46 ans	Féminin	14 ans
IADE B	Etablissement A	57 ans	Féminin	19 ans
IADE C	Etablissement A	55 ans	Féminin	17 ans
IADE D	Etablissement B	35 ans	Féminin	3 ans
IADE E	Etablissement B	47 ans	Féminin	21 ans
IADE F	Etablissement B	38 ans	Féminin	5 ans

Dans le cadre de la réalisation des entretiens, une demande d'autorisation a été faite au préalable auprès de la direction des soins et de la cadre d'anesthésie du service. De plus, une date a été convenue en amont pour les entretiens avec les cadres des 2 établissements hospitaliers.

Les entretiens pour l'établissement A se sont déroulés dans un bureau au sein du bloc opératoire, j'ai réalisée 3 entretiens à la suite d'une durée moyenne de 30 minutes, les entrevues se sont déroulées dans le calme. Un seul entretien a fait l'objet d'une interruption de quelques instants car une personne avait un document à récupérer dans le bureau. Tous les entretiens ont

été enregistrés sur le dictaphone de mon téléphone portable avec autorisation du participant interrogé au préalable.

Les entretiens pour l'établissement B se sont déroulés dans la salle de repos au sein du bloc opératoire. La réalisation des 3 entretiens ont duré environ 1h30 avec en moyenne 25 minutes d'échange. Les entretiens se passent dans le calme avec 3 interruptions pour communication téléphonique et aller-venue dans la salle de repos de 2 personnes. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur le dictaphone de mon téléphone portable avec autorisation du participant interrogé au préalable.

L'ensemble des entretiens se sont déroulés dans la spontanéité et dans le partage de l'expérience vécue du phénomène étudié de la part des participants.

L'entretien est organisé dans un premier temps avec des questions générales sur l'anxiété préopératoire de l'enfant qui va subir une anesthésie générale dans le cadre d'une chirurgie programmée.

Dans un second temps des questions plus spécifiques sur la consultation de préparation à l'opération. Enfin un questionnement sur l'expérience humaine et le vécu de l'IADE par rapport à cette pratique mise en place dans leur établissement.

## 2.2. L'anxiété préopératoire chez l'enfant

L'entretien débute par un questionnement sur la fréquence de journées travaillées en pédiatrie.

➤ « A quelle fréquence faites-vous de la pédiatrie ? »

IADE	ETABLISSEMENT	FREQUENCE
IADE A	Etablissement A	1 fois/semaine
IADE B	Etablissement A	1 à 2 fois/semaine
IADE C	Etablissement A	1 fois/mois
IADE D	Etablissement B	Quotidiennement
IADE E	Etablissement B	Quotidiennement
IADE F	Etablissement B	Quotidiennement

Dans l'établissement A, établissement mixte (adultes et enfants), les IADE travaillent en moyenne 1 à 2 fois par semaine en pédiatrie, uniquement l'IADE C 1 fois par mois. Les IADE font très régulièrement de la pédiatrie de garde. Dans l'établissement B majoritairement pédiatrique, les IADE font 90% de pédiatrie durant leur temps de travail, les 10% restant sont consacrés au service de maternité.

La question suivante est en lien avec l'anxiété préopératoire de l'enfant :

➤ « *Pour vous, quel est le moment le plus anxiogène en préopératoire chez l'enfant ?* »

Pour l'ensemble des IADE interrogés, il y a 2 moments très anxiogènes en préopératoire chez l'enfant : la séparation avec les parents et la pose du masque sur le visage lors de l'induction anesthésique. Les IADE A, B, E et F expliquent « *la séparation avec les parents représente le pic d'anxiété chez l'enfant en préopératoire puis la pose du masque pour l'induction* ».

Dans la continuité de l'anxiété préopératoire, un questionnaire sur les signes d'anxiété que l'on observe chez l'enfant en préopératoire.

➤ « *Selon vous, quels sont les signes d'anxiété chez l'enfant en préopératoire ?* »

Les signes majeurs relatés par les IADE A, B, D et F sont « *la majorité des signes de l'anxiété préopératoire sont les pleurs, les cris et l'agitation à des degrés différents selon l'âge de l'enfant et de son stade de développement.* »

L'IADE C mentionne « *on peut également observer un mutisme chez l'enfant, aucune verbalisation de la part de celui-ci, signe assez alarmant car l'enfant se laisse faire sans réaction* ». L'IADE E relate « *l'observation de signes de logorrhée parfois.* »

Ensuite une interrogation sur les répercussions psychologiques et comportementales sur l'enfant qui va subir une intervention chirurgicale :

➤ « *À votre avis, existe-t-il des répercussions d'ordre psychologiques et/ou comportementales sur l'enfant qui va subir une anesthésie générale dans le cadre d'une chirurgie programmée ? Si oui, lesquelles ?* »

Selon la majorité des IADE interrogées, il existe des répercussions d'ordre psychologiques et/ou comportementales sur l'enfant qui va subir une intervention chirurgicale.

Les IADE D, E et F mentionnent les répercussions en préopératoire « *Dès que l'enfant est en âge de comprendre l'annonce d'une opération chirurgicale c'est-à-dire un évènement, un lieu inconnus dans le schéma habituel, des personnes étrangères à son environnement, le fait de ne pas dormir à la maison va avoir des répercussions... L'enfant va se montrer inquiet, anxieux et présenter des troubles dans sa vie quotidienne : une perte d'appétit, troubles du sommeil, troubles comportementaux...* »

L'IADE E apporte également la notion de l'anxiété des parents en préopératoire « *Si les parents sont stressés avant la chirurgie l'enfant le sera aussi. Il existe dans ces cas une anxiété familiale à prendre en compte dans son ensemble* ».

Les IADE A, B et C évoquent des répercussions sur le post-opératoire « *on peut observer chez certains enfants des troubles comportementaux post-opératoire à type de cauchemars, troubles de l'appétit ainsi qu'une perturbation du sommeil.* »

L'IADE A précise également « *les répercussions sont identiques dans le cadre d'une chirurgie lourde ou en ambulatoire.* »

### **2.3. La formation et les compétences de l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat**

La suite de l'entretien est en relation avec la formation initiale et les compétences de l'IADE dans le cadre du sujet de recherche.

➤ « *Pensez-vous que l'IADE a les compétences spécifiques nécessaires à la délivrance de l'information du patient en préopératoire ? Oui, non, pourquoi ?* »

Pour l'ensemble des 6 IADE la réponse est positive à cette question.

L'IADE E expose son point de vue « *L'IADE a la maîtrise de toutes les informations techniques sur l'anesthésie, possède également les compétences qui permettent la délivrance des informations au patient en préopératoire. La spécificité de la pédiatrie est d'adapter et de simplifier les informations en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant.* »

L'IADE C apporte la notion de « *cela fait partie de notre rôle d'explication, on va expliquer*

*d'une façon différente du MAR. Les parents vont parfois nous poser des questions qu'ils n'ont pas osé poser au MAR. »*

#### **2.4. La consultation de préparation à l'opération**

L'entretien se poursuit vers un questionnaire plus précis sur la consultation préopératoire de préparation qui est le cœur de la thématique de recherche.

➤ *« Participez-vous à la consultation préopératoire mise en place dans votre service ? »*

IADE	ETABLISSEMENT	PARTICIPATION
IADE A	Etablissement A	Oui
IADE B	Etablissement A	Non
IADE C	Etablissement A	Non
IADE D	Etablissement B	Non
IADE E	Etablissement B	Oui
IADE F	Etablissement B	Oui

Sur les 6 IADE interrogées seulement 50% participent à la consultation préopératoire de préparation à l'opération au sein des 2 établissements.

➤ *« Pensez-vous qu'une consultation préopératoire réalisée par l'IADE en complément de la consultation d'anesthésie permettrait d'améliorer l'anxiété préopératoire chez l'enfant lors de l'induction anesthésique ? »*

La totalité des IADE interrogées expriment un avis favorable sur l'amélioration de l'anxiété préopératoire chez l'enfant qui bénéficie de la consultation préopératoire.

L'IADE A qui participe à la consultation de préparation relate *« la consultation sert à démystifier l'évènement inconnu et angoissant de l'intervention chirurgicale qui va avoir lieu. Elle permet de diminuer l'anxiété car on familiarise l'enfant à l'endroit et les différentes étapes du déroulement de la journée avec des outils multiples : photos, film, présentation du matériel,*

*bloc opératoire en Playmobil... De plus cette consultation permet d'expliquer et de rassurer les parents en même temps que l'enfant ainsi le parent pourra lui-même rassurer son enfant. »*

Les mêmes notions sont retrouvées dans tous les entretiens, l'IADE E exprime également « on note une diminution de l'anxiété également chez les patients multiopérés après leur passage à la consultation de préparation. L'effet de groupe est aussi positif car l'enfant prend conscience qu'il n'est pas le seul à vivre cette situation complexe ».

Pour finir, l'IADE F soulève « grâce à la consultation, ça sera moins la découverte pour l'enfant le jour de l'intervention, il aura des notions de ce qui va se passer et donc être plus détendu et ainsi moins anxieux ce qui est primordial pour une prise en charge optimale. »

➤ « Au moment de l'induction, constatez-vous une différence entre l'enfant ayant bénéficié d'une consultation et l'enfant n'ayant pas participé à celle-ci ? »

D'après les différents entretiens, les IADE constatent une différence entre les enfants qui ont bénéficié de la consultation de préparation et les enfants n'ayant pas participé à celle-ci, à part l'IADE C qui a un avis moins favorable « la différence n'est pas toujours évidente à déterminer, l'angoisse reste parfois présente chez certains enfants. Je trouve dans certains cas quand les parents sont calmes l'enfant sera calme sans avoir participé à la consultation de préparation. »

Les IADE B et E expliquent « l'enfant qui participe à la consultation est plus souriant, détendu et moins stressé. Il est participatif et acteur dans le déroulement de ses soins, c'est une approche complètement différente. »

L'IADE A confie « l'approche de l'enfant ayant participé à l'atelier est différente, on a un fil conducteur pour notre prise en charge car certaines notions ont été vues en préopératoire. On gagne du temps et de l'énergie dans la prise en charge de ces patients. »

➤ « Quel est votre ressenti, vécu par rapport à cette approche dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant lors de l'induction anesthésique ? »

Plusieurs ressentis s'entremêlent par rapport à cette dernière question.

L'IADE A évoque « une sensation d'avoir bien fait son travail, d'avoir réalisé une prise en charge optimale de l'enfant car il est participatif et acteur de ses soins. Je ressens comme une satisfaction personnelle, un vécu positif. Travail gratifiant quand l'enfant s'endort calme et

*serein, c'est une preuve de qualité. Je dirais que cette consultation est une plus-value dans la gestion de l'anxiété préopératoire de l'enfant. »*

De plus, l'IADE D rajoute *« Plus satisfaisant pour l'IADE, on est plus calme, moins stressé même si la pédiatrie reste une spécialité stressante. Il y a vraiment un plus lors de l'induction. On est satisfaite de voir l'enfant s'endormir dans les meilleures conditions, c'est fantastique. »*

Les IADES E et F se rejoignent sur leur vécu *« Le ressenti principal est une satisfaction personnelle lorsque l'enfant s'endort dans une atmosphère sereine, paisible et non dans l'opposition et la lutte qui arrive parfois avec un sentiment de frustration. Cela donne envie de continuer cette approche, car c'est une plus-value pour notre qualité de vie au travail dans la prise en charge de l'anxiété chez l'enfant en préopératoire. »*

Les entretiens se terminent par une question ouverte sur le rajout éventuel d'informations, commentaires ou suggestions.

➤ *« Commentaires et suggestions libres. »*

Pour terminer, l'IADE A commente *« Qu'il est important de ne pas rester sur ses acquis, qu'il y a toujours des axes d'amélioration. Beaucoup de choses restent encore à faire pour améliorer la qualité de prise en charge de l'enfant. Cette consultation permet d'avoir un regard global sur le parcours de l'enfant qui va être hospitalisé. »*

L'IADE E conclut *« la consultation de préparation permet également de réaliser un travail hors du bloc opératoire avec une approche plus relationnel avec l'enfant et ses parents. Un réel atout dans notre pratique professionnelle qui facilite le contact avec l'enfant et son entourage familial en amont de l'intervention chirurgicale qui engendre une situation complexe pour tous les acteurs. »*

L'analyse des différentes données recueillies lors des entretiens sera effectuée dans la partie suivante lors de la discussion.

## VII. DISCUSSION

---

En lien avec la présentation des résultats, on note l'émergence de différentes notions sur la thématique de recherche. L'objectif des entretiens auprès des IADE interrogées était de mettre en évidence la plus-value de la consultation de préparation réalisée par l'IADE dans sa pratique professionnelle dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique.

Selon l'ensemble des IADE inclus dans l'étude de recherche, l'annonce d'une intervention chirurgicale va susciter une réaction complexe d'anxiété plus ou moins variée chez l'enfant en fonction de son stade de développement. L'anxiété peut être également présente dans l'environnement familial de l'enfant.

L'état anxieux de l'enfant peut être responsable d'une majoration de la consommation des produits anesthésiques, des antalgiques et de la présence de troubles comportementaux post-opératoires. C'est pourquoi, il est essentiel de prendre en charge l'anxiété préopératoire en amont de l'intervention afin de prévenir ces différents risques.

Dans l'ensemble des données recueillies lors des multiples entretiens, on note plusieurs éléments importants.

Dans un premier temps, l'ensemble des IADE interrogées expriment dans la majorité les bénéfices de cette approche sur l'anxiété préopératoire de l'enfant ainsi que celle ses parents.

L'idée principale est une diminution de l'anxiété préopératoire car l'enfant en participant à l'atelier de préparation n'est plus dans l'inconnu sur ce qu'il va se passer par conséquent la situation devient moins anxiogène. La consultation présente les différentes étapes du parcours de l'enfant le jour de son intervention. Cette présentation permet de familiariser l'enfant avec les événements à venir. Cette notion est primordiale et décrite dans différents articles exposés au préalable dans la revue de littérature.

Dans le parcours de l'enfant hospitalisé en vue d'une chirurgie pour l'ensemble des IADE, le moment identifié comme le plus anxiogène est la séparation avec les parents. D'où l'importance de réaliser la préparation à l'intervention au préalable avec l'enfant et ses parents. La venue au

bloc opératoire en sera facilitée et par conséquent une minimisation des répercussions de l'anxiété sur la suite des événements.

Il est fondamental de créer avec les parents et l'enfant une relation d'aide et de confiance : on parle alors de relation triangulaire enfant/ parents/ soignant dans la prise en charge de l'anxiété familiale. Cette approche triangulaire entre ces 3 acteurs dans les soins est un aspect que je n'ai pas abordé dans ce travail de recherche. À travers les différents entretiens, je me suis rendue compte de l'importance de cette relation.

L'annonce d'une intervention chirurgicale est souvent synonyme de crainte, d'anxiété et de sentiment d'insécurité. Dans ce contexte, inclure les parents dans la prise en charge de l'enfant est primordial, ils détiennent des informations sur les habitudes de vie, les peurs et les réactions de celui-ci. L'implication parentale par l'IADE lors de la consultation permet un échange mutuel d'informations dans l'optique de rassurer et diminuer l'état anxieux causée par l'hospitalisation. De plus la consultation par le biais d'explications simples et adaptées à l'enfant et son entourage familial permet aux parents de réexpliquer, de rassurer et d'accompagner leur enfant. (Galland & Minguet, 2005)

Dans un deuxième temps, les IADE expriment une approche différente de l'enfant lorsqu'il a participé à la consultation de préparation. L'IADE a connaissance que l'enfant a reçu les informations sur le déroulement des événements au préalable, ce qui rend l'approche plus facile. L'enfant est plus souriant, moins anxieux, participatif et acteur de sa prise en charge : reconnaissance du matériel de surveillance, maintien du masque facial... La notion de l'existence d'un « fil conducteur » établit lors de la consultation avec le choix d'un rêve facilite l'approche relationnel par l'IADE lors de l'installation et l'induction anesthésique de l'enfant (feuille informative dans le dossier de l'enfant).

Enfin, sur l'ensemble de la population interrogée, le ressenti est positif. Tout d'abord un sentiment de satisfaction professionnelle dans la prise en charge de l'enfant et de ses parents. Les événements préopératoires se déroulent dans un climat de confiance où l'ensemble des acteurs s'apaisent. La triade œuvre dans un même but que chaque acteur vive au mieux cette expérience. L'anesthésie pédiatrique est décrite lors des entretiens comme une spécialité

stressante. Les IADE décrivent des meilleures conditions de travail quand l'enfant vu en consultation de préparation arrive au bloc opératoire détendu. Les IADE ont le sentiment d'une tâche réussie, d'un travail gratifiant et d'une mission accomplie.

L'analyse des résultats de l'étude de recherche ainsi que l'état des savoirs réalisés au préalable permettent de mettre en exergue que la consultation de préparation réalisée par l'IADE est une plus-value dans sa pratique professionnelle face à l'anxiété préopératoire de l'enfant dans le cadre d'une chirurgie programmée. Cette approche relationnelle en amont de l'intervention chirurgicale est un atout pour l'IADE et sa pratique professionnelle lors de la prise en charge de l'enfant et son entourage familial le jour de son opération.

## **VIII. IDENTIFICATION DES LIMITES DE L'ETUDE DE RECHERCHE**

---

Dans le cadre de l'étude de recherche, j'ai été confrontée à certaines limites dans la réalisation de celle-ci.

Le nombre restreint d'établissements où la consultation était pratiquée a été un frein, il existe uniquement 2 centres en région parisienne ce qui diminue les possibilités d'entretiens et d'éléments de comparaison dans le vécu du phénomène étudié. Le nombre restreint des centres hospitaliers bénéficiant de cette pratique se justifie par un manque de valorisation de la consultation de préparation et de ses bénéfices positifs dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant et de son environnement familial.

De plus, mon intention initiale était de réaliser des entretiens auprès des MAR afin d'avoir une autre perspective afin de pouvoir comparer l'expérience humaine de 2 corporations différentes, mais pour une question d'organisation et faisabilité l'étude a été réalisée uniquement auprès des IADE.

## **IX. LES PRECONISATIONS**

---

L'anxiété préopératoire est une notion importante à prendre en considération dans la prise en charge globale de l'enfant lors d'une intervention chirurgicale programmée.

Cette recherche a permis de mettre en évidence la plus-value de cette approche pour l'IADE, l'enfant et ses parents dans la prise en charge de l'anxiété.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité et l'intérêt de cette pratique, c'est pourquoi il est fondamental de favoriser la mise en place de cette consultation de préparation à l'opération réalisée par les IADE dans l'ensemble des centres de chirurgies pédiatriques en France.

En parallèle, il est important de sensibiliser les parents sur les bienfaits de la consultation pour l'enfant qui va subir une intervention chirurgicale. À l'heure actuelle encore très peu de parents ont la connaissance de ce type de prise en charge préopératoire alternative et bénéfique pour leur enfant.

De plus, cette prise en charge fait partie intégrante de notre rôle propre et de notre référentiel de compétences. L'accompagnement, l'information du patient et de son entourage ainsi qu'établir une relation de confiance doit faire partie de notre pratique professionnelle.

La prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant doit être une priorité pour l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale ainsi que s'inscrire dans les projets de l'établissement hospitalier. La valorisation de cette prise en charge impactera sur la durée et déroulement du séjour à l'hôpital de l'enfant et de ses parents ainsi que les hospitalisations futures.

En dernier lieu, il est intéressant de souligner que l'étude réalisée a permis de mettre en exergue qu'au-delà des bénéfices sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant, la consultation de préparation contribue également à une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels de santé. Une réelle motivation est ressentie chez les IADE avec une volonté de valorisation de ce projet fédérateur au sein de leur institution.

## X. CONCLUSION

---

Ce travail de recherche a permis de s'interroger, de réfléchir sur la pratique professionnelle de l'IADE dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire en chirurgie pédiatrique. Il a été très intéressant d'essayer de comprendre l'expérience humaine et le vécu des professionnels de santé par rapport à un phénomène particulier.

Au fil de la recherche bibliographique, de l'état des savoir et de l'étude phénoménologique interprétative réalisée auprès des professionnels de santé, il a été mis en évidence que la consultation de préparation est une plus-value pour tous les acteurs : enfant, parents et IADE. Mais surtout pour l'acteur principal qui est l'enfant qui va subir une intervention chirurgicale.

Dans un contexte de qualité des soins et d'humanisation des pratiques en pédiatrie, j'ai pris conscience que notre métier d'IADE est une spécialité technique avec des compétences spécifique sur l'anesthésie mais pas uniquement. La dimension relationnelle est fondamentale dans la qualité de notre prise en charge même dans le métier technique qu'est celui de l'IADE.

L'approche technique et relationnelle sont les éléments clés d'une prise en charge optimale du patient dans son ensemble avec la prise en considération de son contexte psychique et social.

Au terme de ce travail de recherche, certaines questions et réflexions subsistent comme par exemple les bénéficiaires potentiels de la consultation en dehors de la pédiatrie, la mise en place de la consultation de préparation chez l'adulte, ou encore la place de l'IADE dans les consultations de préanesthésie...

Le questionnement et la perpétuelle réflexion montre que la spécialité d'anesthésie est un domaine en évolution constante ce qui fait la richesse de ce métier que j'ai choisi d'exercer.

*« La peur de l'inconnu, c'est l'appréhension du connu défiguré par l'imagination »* Albert Brie.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Batuman, A., Gulec, E., Turktan, M., Gunes, Y., & Ozcengiz, D. (2016). Preoperative informational video reduces preoperative anxiety and postoperative negative behavioral changes in children. *Minerva Anestesiologica*, 82(5), 534-542.
- Capurso, M., & Ragni, B. (2016). Psycho-educational preparation of children for anaesthesia: A review of intervention methods. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 173-185. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.004>
- Centre National de Ressources de Lutte contre La Douleur. (2008, juin). L'anxiété préopératoire. Consulté 15 avril 2018, à l'adresse <https://www.cnrdr.fr/L-anxiete-preoperatoire.html>
- Charte de l'enfant hospitalisé (version française).pdf. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.sparadrap.org/content/download/5075/47849/version/2/file/Charte%20enfant%20hospitalise2017.pdf>
- Cumino, D. de O., Cagno, G., Gonçalves, V. F. Z., Wajman, D. S., & Mathias, L. A. da S. T. (2013). Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)*, 63(6), 473-482. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.04.003>
- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Paediatric Anaesthesia*, 23(2), 139-143. <https://doi.org/10.1111/pan.12100>
- Drasković, B., Simin, J. M., & Kvrđić, I. M. (2015). Psychological aspects of pediatric anesthesia. *Medicinski Pregled*, 68(1-2), 29-34.
- Fideler, F., & Grasshoff, C. (2017). The Influence of Anesthesia On Perioperative Outcome in Children - Institutional and Individual Factors. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 52(7-08), 513-523. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118829>
- Fortier, M. A., Blount, R. L., Wang, S.-M., Mayes, L. C., & Kain, Z. N. (2011). Analysing a family-centred preoperative intervention programme: a dismantling approach. *British Journal of Anaesthesia*, 106(5), 713-718. <https://doi.org/10.1093/bja/aer010>

- Fortier, Michelle A., Chorney, J. M., Rony, R. Y. Z., Perret-Karimi, D., Rinehart, J. B., Camilon, F. S., & Kain, Z. N. (2009). Children's Desire for Perioperative Information. *Anesthesia and analgesia*, *109*(4), 1085-1090. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181b1dd48>
- Fortier, Michelle A., Del Rosario, A. M., Martin, S. R., & Kain, Z. N. (2010). Perioperative anxiety in children. *Paediatric Anaesthesia*, *20*(4), 318-322. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2010.03263.x>
- Galland, F., & Minguet, B. (2005). Place des proches dans les soins, 11.
- Güleç, E., & Özcengiz, D. (2015). Preoperative Psychological Preparation of Children. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, *43*(5), 344-346. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2015.16768>
- Hilly, J., Hörlin, A.-L., Kinderf, J., Ghez, C., Menrath, S., Delivet, H., ... Dahmani, S. (2015). Preoperative preparation workshop reduces postoperative maladaptive behavior in children. *Pediatric Anesthesia*, *25*(10), 990-998. <https://doi.org/10.1111/pan.12701>
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a « gold standard »? *Anesthesia and Analgesia*, *85*(4), 783-788.
- Kain, Zeev N., & Caldwell-Andrews, A. A. (2005). Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update. *Anesthesiology Clinics of North America*, *23*(4), 597-614, vii. <https://doi.org/10.1016/j.atc.2005.07.003>
- Kain, Zeev N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S.-M., MacLaren, J. E., & Blount, R. L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology*, *106*(1), 65-74.
- Kain, Zeev N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain, B. C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, *118*(2), 651-658. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2920>
- Kassai, B., Rabilloud, M., Dantony, E., Grousson, S., Revol, O., Malik, S., ... Pereira de Souza Neto, E. (2016). Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *British Journal of Anaesthesia*, *117*(1), 95-102. <https://doi.org/10.1093/bja/aew154>
- Laval, V. (2007). *La psychologie du développement* (Armand Colin).

- Lin, C.-J., Liu, H.-P., Wang, P.-Y., Yu, M.-H., Lu, M.-C., Hsieh, L.-Y., & Lin, T.-C. (2018). The Effectiveness of Preoperative Preparation for Improving Perioperative Outcomes in Children and Caregivers. *Behavior Modification*, 145445517751879. <https://doi.org/10.1177/0145445517751879>
- Lorraine M. WRIGHT, & LEAHEY Maureen. (2003). *L'infirmière et la famille* (De boeck).
- Manyande, A., Cyna, A. M., Yip, P., Chooi, C., & Middleton, P. (2015). Non-pharmacological interventions for assisting the induction of anaesthesia in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD006447. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub3>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012, mars 7). Infirmier anesthésiste. Consulté 15 avril 2018, à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier-anesthesiste>
- ONU. (1988). Charte de l'enfant hospitalisé, 1.
- ONU. (1989). Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant. Consulté 21 février 2018, à l'adresse <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
- Rasti-Emad-Abadi, R., Naboureh, A., Nasiri, M., Motamed, N., & Jahanpour, F. (2017). The Effects of Preanesthetic Parental Presence on Preoperative Anxiety of Children and their Parents: A Randomized Clinical Trial Study in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 72-77. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_178\\_14](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_178_14)
- Sartori, J., Espinoza, P., Díaz, M. S., Ferdinand, C., Lacassie, H. J., & González, A. (2015). What preoperative information do the parents of children undergoing surgery want? *Revista Chilena De Pediatría*, 86(6), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.021>
- SPARADRAP. (2012, septembre). Anesthésie de l'enfant / Initiatives de terrain / Professionnels / La santé, les soins et l'hôpital expliqués aux enfants - Sparadrap. Consulté 20 février 2018, à l'adresse [https://www.sparadrap.org/Professionnels/Initiatives-de-terrain/Anesthesie-de-l-enfant/\(language\)/fre-FR](https://www.sparadrap.org/Professionnels/Initiatives-de-terrain/Anesthesie-de-l-enfant/(language)/fre-FR)
- Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA). (2014, septembre). La profession IADE. Consulté 19 mai 2018, à l'adresse <http://www.snia.net/la-profession-diade.html>

WARHOL Nathalie. (2007). La consultation infirmière, *Recherche en soins infirmiers*.

*Recherche en soins infirmiers*, (91), 76-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0076>

Winnicott, D. . (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Payot).

## **ANNEXES**

---

**ANNEXE I : CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ**

**ANNEXE II : RÉFÉRENTIEL DE COMPETENCES DE L'IADE**

**ANNEXE III : PROTOCOLE DE RECHERCHE**

**ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN**

## ANNEXE I - CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

---

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire.  
On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.  
On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins.  
On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

## **ANNEXE II - RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE L'IADE**

---

1. Anticiper et mettre en place une organisation du site d'anesthésie en fonction du patient, du type d'intervention et du type d'anesthésie
2. Analyser la situation, anticiper les risques associés en fonction du type d'anesthésie, des caractéristiques du patient et de l'intervention et ajuster la prise en charge anesthésique
3. Mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie en fonction du patient et du déroulement de l'intervention
4. Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie réanimation
5. Analyser le comportement du patient et assurer un accompagnement et une information adaptée à la situation d'anesthésie
6. Coordonner ses actions avec les intervenants et former des professionnels dans le cadre de l'anesthésie-réanimation, de l'urgence intra et extrahospitalière et de la prise en charge de la douleur
7. Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques dans les domaines de l'anesthésie, la réanimation, l'urgence et l'algésie

## ANNEXES III - PROTOCOLE DE RECHERCHE

---

<p>LA CONSULTATION PREOPERATOIRE RÉALISÉE PAR L'IADE ET L'ANXIÉTÉ PREOPERATOIRE DE L'ENFANT</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Contexte et objectif du protocole de recherche :**

La prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant est un sujet primordial dans la chirurgie pédiatrique, l'anesthésie et l'acte chirurgical sont des éléments anxiogènes. L'anxiété de l'enfant lors de l'induction va avoir une incidence sur le déroulement de celle-ci, et va également influencer le comportement post-opératoire de l'enfant.

A ce titre, il existe des techniques non médicamenteuses comme par exemple l'hypnose, la musicothérapie ou plus précisément dans le cadre de ma recherche la consultation préopératoire réalisée par l'infirmier anesthésiste diplômé d'État. Cette consultation de préparation à l'intervention chirurgicale est pratiquée dans plusieurs établissements en France depuis plusieurs années. Les premières études sur ce type de consultation en amont de la chirurgie en pédiatrie ont été réalisées au États-Unis dans les années 90, celles-ci démontrent les bénéfices de cette préparation sur la diminution de l'anxiété préopératoire chez l'enfant mais également une consommation moindre des antalgiques et une réduction des troubles comportementaux post-opératoire. L'infirmier anesthésiste par les compétences et le rôle qu'il détient au bloc opératoire est un élément clé dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique.

L'objectif de mon mémoire de recherche est d'explorer l'expérience vécue et les représentations sur le terrain des infirmiers anesthésistes et médecins anesthésistes réanimateur sur la plus-value de la consultation préopératoire réalisée par l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique.

**Question de recherche de mémoire :**

**En quoi, la consultation préopératoire réalisée par l'IADE est-elle une plus-value dans sa pratique professionnelle face à l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique ?**

**Méthode de recherche :**

La méthode retenue est une étude qualitative phénoménologique sous forme d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers anesthésistes et médecins anesthésistes réanimateurs qui exercent au sein d'un service où une consultation préopératoire chez l'enfant est réalisée par l'infirmier anesthésiste.

## ANNEXE IV- GUIDE D'ENTRETIEN

---

### PROTOCOLE ENTRETIEN DE RECHERCHE

#### 1. Identification de l'Établissement, du service

(Nombre d'interventions pratiquées par an, nombre d'IADE...)

#### 2. Identification de la personne

⇒ Sexe, âge, statut établissement

#### 3. Ancienneté dans l'exercice de la profession IADE, MAR ?

#### 4. À quelle fréquence faites-vous de l'anesthésie pédiatrique ?

- ⇒ Tous les jours
- ⇒ 2 fois par semaine
- ⇒ Plusieurs fois par semaine
- ⇒ 1 fois par trimestre
- ⇒ 1 fois par semestre
- ⇒ 1 fois par an

#### 5. Pour vous, quel est le moment le plus anxiogène en anesthésie chez l'enfant ?

- ⇒ Salle d'attente
- ⇒ Arrivée au bloc opératoire
- ⇒ Présentation de l'équipe soignante à l'enfant
- ⇒ Séparation avec les parents
- ⇒ Pose d'une voie veineuse périphérique
- ⇒ Installation sur la table d'opérateur
- ⇒ Pose du masque
- ⇒ Autre :

6. Selon vous, quels sont les signes d'anxiété chez l'enfant en préopératoire ?

- |               |                     |
|---------------|---------------------|
| ⇒ Pleurs      | ⇒ Agitation, sueurs |
| ⇒ Colère      | ⇒ Calme             |
| ⇒ Panique     | ⇒ Ne parle pas      |
| ⇒ Agrippement | ⇒ Verbalise         |

7. À votre avis, existe-t-il des répercussions d'ordre psychologique et/ou comportemental sur l'enfant qui va subir une anesthésie générale dans le cadre d'une intervention chirurgicale programmée ? Si oui, lesquelles ?

8. Pensez-vous que l'IADE a des compétences spécifiques nécessaires à la délivrance de l'information du patient en préopératoire ? Oui, non pourquoi ?

9. Participez-vous à la consultation préopératoire mis en place dans votre service ?

10. Pensez-vous qu'une consultation préopératoire réalisée par l'IADE en complément de la consultation d'anesthésie permettrait d'améliorer l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique ?

11. Au moment de l'induction, constatez-vous une différence entre l'enfant ayant bénéficié d'une consultation de préparation et l'enfant n'ayant pas participé à celle-ci ?

12. Quel est votre ressenti, vécu par rapport à cette technique dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant lors de l'induction anesthésique ?

13. Commentaires et suggestions libres.







## RÉSUMÉ

---

**Introduction :** la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant est un sujet d'actualité dans la chirurgie pédiatrique. Les premières études sur la consultation de préparation à l'opération réalisée par l'IADE ont été effectuées aux USA dans les années 1990. L'objectif de la recherche est d'explorer l'expérience vécue par les IADE sur cette nouvelle approche de l'anxiété préopératoire de l'enfant lors de l'induction anesthésique au bloc opératoire.

**Méthode :** il s'agit d'une recherche qualitative s'intéressant au vécu de l'IADE par rapport à cette nouvelle approche. L'outil utilisé est l'entretien semi-directif, il a été réalisé auprès de six IADES exerçant dans un établissement où est réalisée la consultation de préparation à l'opération.

**Résultats :** la majorité des IADE interrogées soulignent la plus-value de la consultation de préparation dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire de l'enfant dans leur pratique professionnelle. Cependant, une IADE explique que cette consultation n'est pas toujours efficace, notamment pour l'enfant présentant un état anxieux majeur.

**Discussion :** la consultation de préparation à l'opération réalisée par l'IADE est une plus-value face à l'anxiété préopératoire de l'enfant. Le vécu est une expérience humaine positive pour les IADE avec un sentiment de satisfaction professionnelle dans la prise en charge de l'enfant et de ses parents. Il en résulte un climat plus serein et une meilleure qualité de vie au travail bien que la pédiatrie reste une spécialité stressante.

**Mots clés :** Anxiété préopératoire, enfant, préparation, anesthésie, infirmier anesthésiste.

## ABSTRACT

---

**Introduction :** The management of preoperative anxiety in children is a topical issue in pediatric surgery. The first studies on the nurse anesthetist readiness consultation were conducted in the US in the 1990s. The aim of the research is to explore the experience of nurse anesthetist on this new approach to preoperative anxiety of the child during anesthesia induction in the operating room.

**Method :** it is a qualitative research focusing on nurse anesthetist's experience with this new approach. The tool used is the semi-directive interview, it was conducted with six nurses anesthetist working in an establishment where the preparation of the operation is conducted.

**Results :** the majority of the nurses anesthetist interviewed underline the added value of the consultation of preparation in the management of the preoperative anxiety of the child in their professional practice. However, a nurse anesthetist explains that this consultation is not always effective, especially for the children with a major anxiety state.

**Discussion :** nurse anesthetist's readiness consultation is an added value to the preoperative anxiety of the child. The experience is a positive human experience for nurse anesthetist with a sense of professional satisfaction in caring for the child and his parents. The result is a quieter climate and a better quality of life at work, although pediatrics remains a stressful specialty.

**Key words :** Preoperative anxiety, child, preparation, anesthesia, nurse anesthetist.