

**LE RÔLE INFIRMIER DANS UN
SERVICE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
ADULTE FACE À L'ANXIÉTÉ
PRÉ-OPÉRATOIRE DES PATIENTS**

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO
en soins infirmiers

Par
Kurer Mirella
Promotion 2006-2009

Sous la direction de : Noël Giller

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 6 juillet 2009

RÉSUMÉ

Cette étude porte sur le rôle infirmier face à l'anxiété des patients adultes admis dans un service de chirurgie ambulatoire. L'auteur de ce travail l'a débuté en premier lieu par une recherche littéraire concordant au thème. Afin de mieux appréhender ce sujet, des définitions des concepts-clé de cette étude suivront l'introduction. Le but de ce travail étant de clarifier les axes de la prise en charge infirmière face à l'anxiété des patients en chirurgie ambulatoire et d'en vérifier l'efficacité, la forme d'une revue de littérature étoffée a été choisie. Les résultats de cette recherche feront l'objet d'un chapitre. Le thème principal mis en évidence dans la gestion de l'anxiété est l'apport informationnel. Le chapitre suivant traitera de l'analyse de ces résultats. Pour finir, une conclusion mettra en avant les principaux besoins de recherche que l'on peut déduire de cette étude ainsi que les limites rencontrées.

Mots-clés : Chirurgie ambulatoire, Anxiété, Pré-opératoire, Enseignement
Day Surgery, Anxiety, Pre-operative, Teaching

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à exprimer chaleureusement ma reconnaissance et mes remerciements à Monsieur Noël Giller pour son aide précieuse et le soutien apporté durant l'élaboration de ce travail.

Ensuite, je remercie aussi Madame Müller Alexandra ainsi que Madame Jiménez Mirian pour la relecture de mon travail.

Enfin, je souhaite également remercier ma mère et l'ensemble de mes amis qui m'ont encouragée dans les moments les plus difficiles.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 7
1. PRÉSENTATION.....	p. 7
1.1. Contexte	p. 7
1.2. Problématique.....	p. 9
1.2.1. Question	p. 9
1.2.2. But.....	p. 9
1.2.3. Objectifs	p. 9
1.3. Définitions et explications des concepts	p. 10
1.3.1. Traitement ambulatoire	p. 10
1.3.2. Anxiété et stress	p. 12
1.3.3. Soins infirmiers	p. 15
1.4. Cadre de référence.....	p. 16
1.4.1. Jean Watson	p. 16
1.4.2. Caring.....	p. 16
2. MÉTHODE	p. 26
2.1. Critères de sélection	p. 26
2.2. Hiérarchie des niveaux de recherche.....	p. 27
2.3. Résultats des stratégies de recherche	p. 28
2.3.1. Stratégie 1.....	p. 28
2.3.2. Stratégie 2.....	p. 28
2.3.3. Stratégie 3.....	p. 28
2.3.4. Stratégie 4.....	p. 29
2.3.5. Stratégie 5.....	p. 29
2.3.6. Stratégie 6.....	p. 29
2.3.7. Stratégie 7.....	p. 29
2.3.8. Stratégie 8.....	p. 29
2.3.9. Stratégie 9.....	p. 30
3. RÉSULTATS	p. 31
3.1. Peurs	p. 31
3.2. Soins infirmiers	p. 32

3.2.1.	Apport informationnel au patient.....	p. 32
3.2.1.1.	Contenu de l'information.....	p. 33
3.2.1.2.	Moment de l'apport d'information.....	p. 35
3.2.1.3.	Supports matériels.....	p. 36
3.2.2.	Evaluation.....	p. 36
3.2.3.	Planification.....	p. 37
3.2.4.	Disponibilité de l'infirmière.....	p. 38
3.2.5.	Propositions de méthode anxiolytiques.....	p. 39
3.2.5.1.	Musique.....	p. 40
3.2.5.2.	Techniques de relaxation.....	p. 40
3.3.	Patient.....	p. 40
3.3.1.	Contrôle au patient.....	p. 40
3.3.2.	Stratégies de coping.....	p. 41
3.3.3.	Famille du patient.....	p. 42
3.4.	Autres items.....	p. 42
4.	DISCUSSION.....	p. 44
4.1.	Analyse des études.....	p. 44
4.2.	Analyse des résultats.....	p. 46
4.2.1.	Valeurs humanistes et altruistes.....	p. 47
4.2.2.	Système de croyance et d'espoir.....	p. 47
4.2.3.	Sensibilisation à soi et à autrui.....	p. 48
4.2.4.	Développement d'une relation d'aide et de confiance.....	p. 48
4.2.5.	Acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs.....	p. 49
4.2.6.	Méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus décisionnel.....	p. 49
4.2.7.	Enseignement – apprentissage interpersonnel.....	p. 50
4.2.8.	Environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel qui est soutenant, protecteur et / ou correctif.....	p. 51
4.2.9.	Satisfaction des besoins humains du bénéficiaire.....	p. 52
4.2.10.	Forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.....	p. 53
4.3.	Réponse à la question.....	p. 54
4.4.	Implications pour la pratique et propositions d'actions.....	p. 55

CONCLUSION	p. 58
Forces et limites de ce travail	p. 58
Besoins de recherches	p. 59
GLOSSAIRE	p. 60
BIBLIOGRAPHIE.....	p. 64
Revue	p. 64
Pages Web	p. 67
Ouvrages.....	p. 70
Articles de journaux	p. 71
Document non publié	p. 71
TABLE DES FIGURES	p. 72
ANNEXES	
A. Déclaration d’authenticité.....	p. I
B. Tableau des résultats de recherches	p. II
C. Tableau d’évaluation des types de patients admissibles pour la chirurgie en ambulatoire	p. III
D. Pyramide des besoins humains dans les soins infirmiers considérés comme la science du caring	p. IV
E. Tableau comparatif des études.....	p. V
F. Schéma des résultats	p. XV
G. Tableau des principaux liens relevés dans la discussion entre les facteurs caratifs de Watson et les résultats	p. XVI
H. Apprentissages réalisés	p. XVII

INTRODUCTION

Suite à plusieurs périodes de formation pratique dans le domaine de la chirurgie, la question de la difficulté d'exercer une intervention infirmière¹ à même de diminuer l'anxiété du patient durant la phase pré-opératoire dans de courts délais d'attente s'est imposée et fera donc l'objet du travail suivant.

1. PRÉSENTATION

Afin de mieux appréhender cette étude, une description du contexte précède l'énoncé de la question de recherche. Celle-ci est suivie de définitions des concepts utilisés ainsi que de l'élaboration du cadre de référence, le caring selon Jean Watson.

1.1. Contexte

L'Office fédéral de la santé publiait en avril 2009 un communiqué de presse s'intitulant : "Les coûts de la santé continuent d'augmenter". Pourtant, l'économie mondiale est aujourd'hui en crise et la Suisse n'a pas été épargnée. "Le groupe d'experts de la Confédération prévoit, pour 2009, un recul de l'activité économique de -0,8% (...). L'économie suisse traversera ainsi une période de récession" (Confédération Suisse, 2008). De fait, cette situation aura une implication au niveau du secteur de la santé, même si le secteur des soins sera sans doute parmi les moins touchés. Son budget est élevé en comparaison du PIB (produit intérieur brut) afin d'assurer des prestations de bonne qualité et garanties pour tous.

Les aspects économiques expliquent le développement de la chirurgie ambulatoire dans de nombreuses études étrangères. Néanmoins, en Suisse, le mode ambulatoire n'a commencé à s'accroître que récemment. Au mois de mai 2009, deux journaux régionaux fribourgeois, L'Objectif et La Liberté, titraient respectivement : "Hôpital : l'ambulatoire décolle" (Angéloz, 2009) et "Le boum de l'ambulatoire" (Gaillet, 2009).

¹ Durant l'ensemble du travail, le terme "infirmière" sera utilisé, mais il peut aussi bien s'appliquer au masculin.

Effectivement, une hausse de 26.9% des prestations ambulatoires a été chiffrée en deux ans (soit 12.1% en 2007 et 14.8% en 2008) au niveau de l'HFR (hôpital fribourgeois) qui comprend les sites de Fribourg, Meyriez, Riaz, Tavel, Billens et Châtel-St-Denis. On peut en déduire que l'augmentation des soins en ambulatoire est un phénomène relativement récent en Suisse ; ce qui peut expliquer aussi le manque d'études sur ce thème dans notre pays. Même si cette absence ne permet pas d'étayer l'hypothèse qu'en Suisse, l'optique financière est un point clé dans l'ampleur que prend la chirurgie ambulatoire aujourd'hui, on peut cependant penser que l'aspect financier est à prendre en considération.

Cette augmentation de la chirurgie ambulatoire a également été rendue possible par les progrès réalisés ces dernières années dans les techniques de chirurgie et d'anesthésie comme le mentionnent Mitchell (2003) et Costa (2001).

Pourtant, malgré cette avancée, la préparation pré-opératoire est restée relativement statique alors qu'un nombre considérable de patients sont très inquiets avant de subir une chirurgie électorale (Mitchell, 2003). En effet, la littérature démontre qu'un certain nombre de carences demeurent : manque d'attention à l'expérience du patient de l'admission à la sortie, et les inquiétudes et besoins potentiels des patients ne sont pas bien pris en compte (Gilmartin & Wright, 2008). Sans compter qu'en chirurgie ambulatoire, les patients font face au stress de l'admission à l'hôpital, de la chirurgie et du retour à domicile le même jour (Costa, 2001).

De même, l'anesthésie est un élément anxiogène pour le patient (Grieve, 2002). Elle agit au niveau des fonctions vitales de l'organisme telles que le système nerveux central, le système respiratoire et le système cardio-vasculaire.

Le patient devient également dépendant des professionnels qui l'entourent. Cette perte de contrôle est décrite comme très angoissante (Grieve, 2002). L'anesthésie et le bloc opératoire sont aussi associés à des craintes de différents ordres : la peur de ne pas se réveiller, la peur de la douleur, du handicap, etc. (Fortner, 1998).

1.2. Problématique

Nous pouvons donc constater qu'il est nécessaire de développer un axe de prise en charge infirmier adapté aux besoins des patients qui permettrait de diminuer l'anxiété pré-opératoire dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Cela nous conduit à nous poser la question suivante.

1.2.1. Question

Quelles interventions peuvent être mises en place par le personnel infirmier afin de répondre à l'anxiété pré-opératoire du patient adulte dans un service de chirurgie ambulatoire ?

1.2.2. But

De ce fait, le but de ce travail est de clarifier le rôle autonome de l'infirmière face à l'anxiété pré-opératoire des patients adultes admis dans un service de chirurgie ambulatoire.

1.2.3. Objectifs

La définition du but nous permet de poser les objectifs suivants :

- définir les besoins des patients anxieux adultes durant la phase pré-opératoire en chirurgie ambulatoire et
- identifier les interventions infirmières permettant une diminution de l'anxiété des patients adultes durant la phase pré-opératoire en chirurgie ambulatoire.

Par conséquent, le thème de cette étude est : le rôle infirmier face à l'anxiété pré-opératoire des patients adultes admis dans un service de chirurgie ambulatoire.

Afin de pouvoir répondre à la question, certains concepts nécessitent une clarification et un approfondissement. Ainsi, quelques définitions sont apportées ci-après, de même qu'une explication du cadre théorique choisi.

1.3. Définitions et explications des concepts

1.3.1. Traitement ambulatoire

En 2003, l'Office fédéral de la statistique (OFS), la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et la Commission nationale des hôpitaux (H+) ont trouvé un consensus pour une interprétation nationale commune des définitions des cas hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires. Ainsi, l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP, RS 832.104) prévoit les définitions suivantes :

- "*Hospitalisation* : Sont considérés comme traitements hospitaliers au sens de l'art. 49, al.1, de la loi les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital d'une durée de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant la nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transferts dans un autre hôpital ou en cas de décès sont également considérés comme séjours hospitaliers.
- "*Semi-hospitalisation* : Sont considérés comme traitements semi-hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit. Sont également considérés comme traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.
- "*Ambulatoire* : Sont considérés comme traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les traitements qui ne sont pas considérés comme hospitaliers ou semi-hospitaliers" (OFS, 2003).

Afin de mieux comprendre l'organisation d'un lieu accueillant des patients dans le but d'un traitement en ambulatoire, les renseignements fournis sur le site internet de l'HFR de Riaz, proposant un secteur ambulatoire, permet une clarification des rôles au niveau médical et infirmier et une vision plus globale du contexte ambulatoire :

"La dotation du service répond aux besoins des différentes et nombreuses missions. Le service est ouvert du lundi au vendredi, exception faite des jours fériés" (HFR, site de Riaz, 2004a).

Au niveau de la dotation, aucune information chiffrée spécifique au secteur ambulatoire n'est fournie. Sur l'ensemble des sites de l'Hôpital Sud Fribourgeois, donc Riaz, Billens et Châtel-St-Denis, les collaborateurs, de plus de 40 corps de métiers, se montent à 550 dont 440 postes à plein temps pour 200 lits (HFR, site de Riaz, 2004b).

Le service "se compose de 2 secteurs d'activités. Le premier secteur assure la prise en charge du patient opéré sous le mode ambulatoire et le deuxième, les divers traitements, examens ambulatoires, examens fonctionnels" (HFR, site de Riaz, 2004a).

Ainsi, les "prestations offertes *sont* :

- des soins et des surveillances pré et post-opératoires
- des surveillances depuis les urgences
- des traitements médicamenteux
- une prise en charge des patients en transit depuis les urgences en attente de place dans les étages.
- des surveillances et des prises en charge après une intervention radiologique.

Les autres missions complétant les responsabilités quotidiennes du service sont:

- les examens fonctionnels: Remler, Holter, R-Test, les test d'effort, et les échographies cardiaques².
- les bronchoscopies³.
- les divers traitements possibles en ambulatoire⁴.
- les consultations d'anesthésie" (HFR, site de Riaz, 2004a).

² Cf. Glossaire

³ Cf. Glossaire

⁴ D'autres traitements, qui ne sont pas pris en charge dans cette unité de Riaz, peuvent faire l'objet d'un traitement sur le mode ambulatoire, tels que la chimiothérapie dans des unités d'oncologie ambulatoire, etc. Ainsi, la liste n'est pas exhaustive.

"Les médecins-chefs de l'hôpital ainsi que les médecins traitants extérieurs sont les principaux commanditaires de prestations. Ces multiples prises en charge exigent une polyvalence de la part des soignants et représentent l'atout principal de la dynamique de ce service" (HFR, site de Riaz, 2004a).

Dans cette étude, nous ne considérons que l'aspect chirurgical des prestations offertes en ambulatoire. De plus, un tableau d'évaluation des types de patients admissibles pour la chirurgie en ambulatoire selon Dunn (1998) se trouve dans l'annexe C.

Suite au traitement en ambulatoire l'anxiété et le stress vont maintenant être abordés.

1.3.2. Anxiété et stress

La définition de l'anxiété, selon Le Larousse médical, est expliquée comme suit:

"Un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité" (Naudin & Grumbach [Ed.], 1998, p.85). Elle est due à une souffrance ou un choc psychologique. Elle est également caractérisée par des tremblements, des palpitations, des sueurs ; le traitement reposant d'abord sur l'action de l'entourage.

Pour Grieve (2002), l'anxiété provoque un stress physiologique qui entrave le processus de santé. Selon Le Larousse médical, le stress est défini comme :

"Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque" (Naudin & Grumbach [Ed.], 1998, p.980). Les sources en sont: un traumatisme, un choc émotionnel, une intervention chirurgicale, etc.

L'agression déclenche la sécrétion de cortisol, (Plumpton & Besser, 1969, Salomon & al., 1988, cités par Grieve, 2002), une augmentation de l'adrénaline et de la noradrénaline (Nistrup-Madsen & al., 1978, Salomon & al., 1982 cités par Grieve, 2002) ainsi que de l'ocytocine, de l'hormone antidiurétique et de la prolactine (Kaufman, 1990 cité par Grieve, 2002) ; entraînant une tachycardie, une hyperventilation et une vasoconstriction artérielle. Ceci se traduit par des palpitations, des malaises, des dépressions, etc. Le traitement est avant tout préventif, se basant sur une meilleure résistance au stress.

La théorie physiologique du concept de stress selon Hans Selye (1956) établit un syndrome général d'adaptation qui vise à rétablir l'homéostasie de l'organisme. Il se divise en 3 stades :

- la phase d'alarme (les forces défensives sont mobilisées) ;
- la phase de résistance ou d'adaptation (adaptation à l'agent stressant) ;
- la phase d'épuisement (lorsque les ressources adaptatives de l'individu sont dépassées suite à un agent stressant de longue durée ou puissant). Lien entre paragraphe depuis le début...

Par conséquent, le stress fait partie intégrante de la notion d'anxiété qui touche la personne lorsque celle-ci est hospitalisée. En effet, l'hôpital est un monde inconnu, synonyme de maladie et de souffrance. Ainsi le milieu de vie habituel disparaît au profit d'un cadre sur lequel les patients n'ont que peu de contrôle. Le manque d'information diminue encore cette emprise et augmente leur anxiété (Grieve, 2002).

Néanmoins, en réponse au stress, un modèle théorique interactionniste propose les stratégies de coping. Cette théorie a été élaborée par Lazarus et Folkman en 1984. Ainsi, le stress est envisagé comme une transaction entre l'individu et l'environnement ; celui-ci pouvant dépasser les ressources de la personne, portant préjudice à son bien-être. Selon l'événement, le coping (ensemble des efforts cognitifs et comportementaux) sera destiné à maîtriser, tolérer ou réduire l'impact de l'événement sur le bien-être physique et psychologique. Le choix de la modalité de réponse dépendra de l'évaluation de la situation et de son enjeu pour l'individu.

Les stratégies de coping correspondent à un processus actif résultant d'une intention et utilisant différents types de stratégies selon la difficulté rencontrée. Celles-là se composent de trois évaluations de la part de l'individu face aux agents stressants. La première, dite primaire, est destinée à évaluer la situation et les enjeux. S'en suit une évaluation secondaire qui détermine les actions. Enfin, une ré-évaluation de l'environnement stressant s'effectue suite aux changements.

Afin de mieux comprendre le processus d'élaboration d'une stratégie de coping par l'individu face à la situation stressante, un diagramme comportant les éléments-clés est présenté ci-après.

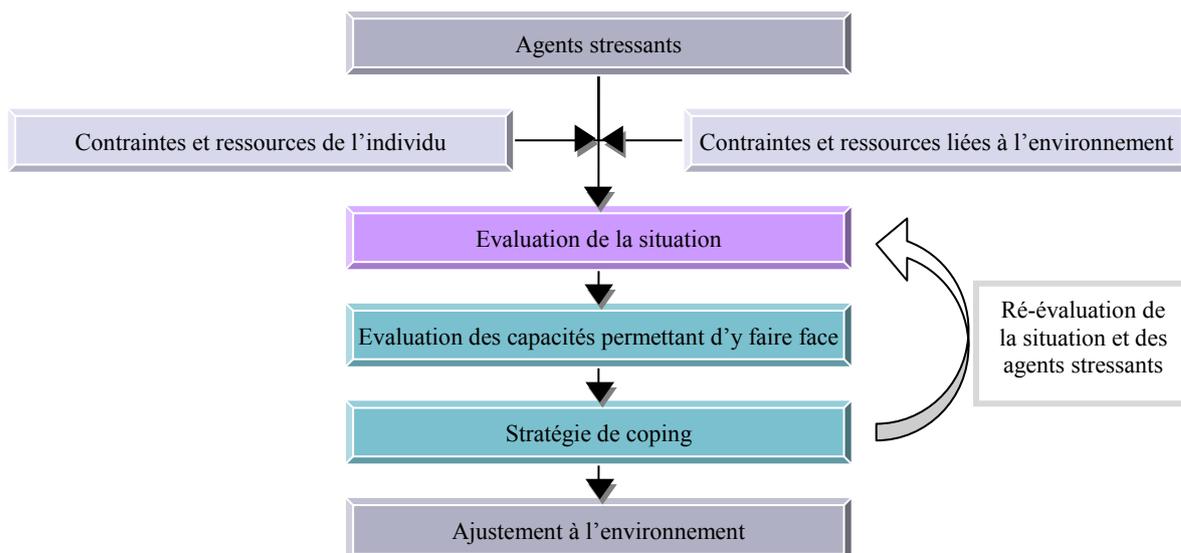


Figure 1 : Processus d'élaboration d'une stratégie de coping

Lazarus et Folkman (1984) classifient les stratégies de coping selon qu'elles sont :

- centrées sur le problème et visent une amélioration par un acte cognitif et comportemental, de manière à agir directement sur la source, telles que l'attaque, l'évitement, l'inhibition de l'action, etc. ;
- centrées sur l'émotion et visent une amélioration par une adaptation cognitive et émotionnelle, telles que la relaxation, l'humour, la prise de distance, etc. ;
- ou consistent en une recherche de soutien social dans l'environnement de l'individu tel que les amis, époux, institutions, etc.

Ils différencient également les stratégies de coping positives et négatives. Le coping positif correspondant au fait d'être optimiste, confrontant, encourageant ou indépendant, tandis que le coping négatif consiste à être évasif, émotif et à rester dans l'imaginaire.

De nombreuses autres classifications ont été établies par différents auteurs par la suite, néanmoins Lazarus et Folkman demeurent les auteurs de référence de ce thème.

Ainsi, il reste encore un concept à clarifier : les soins infirmiers, qui sont introduits ci-après.

1.3.3. Soins infirmiers

La révolution des infirmières laïques est, sans doute, en partie l'œuvre de Valérie de Gasparin (1813-1894). En effet, en 1859, celle-ci fonda une école de gardes-malades à Lausanne qui deviendra l'école d'infirmière de La Source en 1867. Auparavant, les soins infirmiers étaient prodigués par des religieuses, alors que les infirmières indépendantes formées dans son école seront rémunérées pour leur travail (F-Information – Genève, 2007).

En parallèle, une des pionnières dans le domaine des soins infirmiers laïques se trouve être Florence Nightingale (1820-1910). Ainsi, en 1890, elle a écrit un livre : "Les soins infirmiers. Ce qu'ils sont et ce qu'ils ne sont pas." Pourtant, Nightingale, considérant la profession comme une vocation, souscrit à une position essentialiste sur le rapport entre les infirmières et les médecins, pensant qu' "être une bonne infirmière, c'est être une femme bonne" (Nightingale, 1980, citée par Webb, 2001), de même que "le rôle de l'infirmière était d'obéir aux médecins de façon à ne pas empêcher *ainsi que de* diminuer le travail du médecin" (Nightingale, 1980, citée par Webb, 2001). Mais les soins infirmiers forment une discipline en soi et sont plus complexes que le rôle médico-délégué uniquement. "La prise en charge *infirmière* est un processus interactif qui exige que le soignant s'adapte aux besoins de la personne dont il a la charge, aux ressources disponibles et au contexte dans lequel se déroule le soin. Ceci implique une évaluation compétente, une planification, une action et une évaluation des implications et nuances de tous ces facteurs" (Dunlop, 1993, cité par Webb, 2001).

Finalement, la théorie de Jean Watson a été choisie. Prenant en compte un grand nombre d'auteurs de tous horizons (infirmière, psychologue, psychanalyste, etc.), elle élaborera une théorie des soins infirmiers, centrée sur la santé, englobant toutes les dimensions de la personne soignée. Ainsi, sa philosophie reposant sur un système résolument holistique, explicite en elle-même le rôle infirmier et donne des pistes d'interventions (Watson, 1998). Celle-ci est introduite après une brève biographie de son auteur, Jean Watson.

1.4. Cadre de référence

1.4.1. Jean Watson

Jean Watson est née en 1940 aux Etats-Unis. En 1961, elle a obtenu son diplôme en soins infirmiers, puis, en 1973, son doctorat en psychologie de l'éducation et counseling⁵.

Fondatrice du "Center of Human Caring", elle est actuellement professeure de soins infirmiers et directrice à l'Université des Sciences de la Santé à Denver, après avoir occupé le poste de Doyenne de la Faculté des Sciences infirmières à l'Université Health Sciences Center.

Parmi ses auteurs de référence se trouvent Maslow, Seyle, Erickson, Henderson, Lazarus et Rogers. Pour Jean Watson, la profession infirmière est un équilibre entre la science, car elle se base sur des connaissances scientifiques, et la pratique clinique, reposant sur un système de valeurs humanistes et altruistes. Cette interaction constitue la base du "caring"⁶. Ce que Watson entend aussi par "caring" est un idéal moral qui fait appel à un engagement personnel.

1.4.2. Caring

"La discipline infirmière englobe la promotion de la santé, les soins préventifs, les soins aux malades et le rétablissement en santé. Habituellement, la discipline infirmière intègre des connaissances biophysiques aux connaissances du comportement humain pour promouvoir la santé et prendre soin du malade. Aujourd'hui comme par le passé, elle accorde plus d'importance à la promotion de la santé qu'au traitement de la maladie. C'est ce qui explique pourquoi la discipline infirmière s'intéresse aux connaissances liées au concept de soin (care), qui est différent de celui de traitement (cure), relevant, lui, de la médecine" (Watson, 1998, p.22).

⁵ Cf. Glossaire

⁶ Le caring est construit du mot anglais "care" qui signifie "soin" ou "prendre soin"
Elle distingue également "nursing process" ("démarche de soins") de "caring process" ("démarche soignante")

De même, le mode de fonctionnement de la discipline infirmière se base sur des facteurs caratifs en opposition au terme curatif. Watson énumère dix facteurs caratifs comme les fondements de la science du caring :

1. *Les valeurs humanistes et altruistes*

Le caring voit sa source dans des valeurs humanistes telles que la gentillesse, l'affection, l'amour de soi et de l'autre. Elles s'acquièrent jeune et évoluent par la suite. Arrivé à l'âge adulte, l'individu associe la signification de ses valeurs et leurs relations à la réalisation d'objectifs sociaux. C'est "une philosophie qualitative qui guide la vie d'adulte. (...) Que l'on soit ou non conscient de sa propre philosophie et de ses propres valeurs, celles-ci influencent le comportement soignant. Il est possible de développer les valeurs humanistes et le comportement altruiste par un examen approfondi de ses conceptions, croyances et valeurs et en les élevant délibérément. (...) En soins infirmiers, posséder un système de valeurs humaniste-altruiste ne signifie pas que l'infirmière doit suivre un modèle de sacrifice, de générosité et d'abnégation. Cela veut dire qu'elle doit développer son Moi de façon humaniste afin d'obtenir un prolongement du sens du Moi. (...) Le caring est constitué de sentiments et d'actes humanistes-altruistes favorisant les meilleurs soins professionnels et les contributions à la société les plus mûres" (Watson, *ibid.*, pp.25-27).

2. *Le système de croyance et de l'espoir*

Il interagit avec le premier facteur, les valeurs humanistes et altruistes. L'infirmière doit prendre en compte l'importance du rôle des sentiments de croyance et d'espoir. Ceux-ci peuvent influencer sur le processus de guérison et l'issue de la maladie. "L'infirmière qui pratique la science du caring transcende les limites et les restrictions d'une approche scientifique à cause de son respect, de sa connaissance et son appréciation de la personne globale. (...) Le pouvoir de guérison d'une croyance ne doit jamais être négligé" (Watson, *ibid.*, pp.27-30).

3. *La sensibilisation à soi et à autrui*

La nature humaine comprend des émotions. Pour développer sa sensibilité, il faut accepter de ressentir celles-ci. Elles "conduisent à l'actualisation de soi par le biais de l'acceptation de soi et de la croissance psychologique. (...) La source du développement se trouve à l'intérieur de soi. (...) Une gestion équilibrée de ses états émotifs est la base de l'empathie. En reconnaissant ses propres émotions, en les acceptants et en les explorants, il devient possible de reconnaître et d'accepter celles d'autrui. (...) Si les infirmières – qui sont des membres d'une profession d'aide – ne montrent pas d'humanité à des moments sensibles et douloureux, elles ne sont pas aidantes. Elles réussissent seulement à se cacher derrière leur rôle et leurs inquiétudes et angoisses ; elles n'apportent aucune contribution à leur propre santé ni celle des autres. (...) L'infirmière qui est sensible aux sentiments est capable de faire en sorte qu'une autre personne se sente comprise, acceptée et capable d'aller vers un niveau supérieur de fonctionnement de croissance. Elle est plus à même d'apprendre la conception du monde d'une autre personne. (...) Dans le contexte du caring, l'infirmière ne prétend jamais connaître l'autre personne, mais à chaque rencontre elle continue d'essayer de connaître le patient/client" (Watson, *ibid.*, pp.31-34).

4. *Le développement d'une relation d'aide et de confiance*

Un patient qui ressent de l'intérêt de la part de l'infirmière pour ses besoins et problèmes individuels, peut avoir confiance en celle-ci. Ainsi, il va se sentir plus enclin à partager des problèmes sensibles pour lui. "Les infirmières compétentes sur le plan interpersonnel sont capables d'obtenir des issues positives et précieuses pour la santé lors de leurs transactions avec autrui. C'est pourquoi il est possible de reconnaître des signes de soins de grande qualité chez les patients/clients qui ont eu de bonnes relations interpersonnelles avec leur infirmière. (...) Pour développer une telle relation, l'infirmière doit d'abord apprendre à connaître l'autre personne – sa personnalité, son cadre de vie et sa conception phénoménologique du monde. (...) L'infirmière doit d'abord considérer l'autre personne comme un être humain pensant et ayant des émotions" (Watson, *ibid.*, p.37) et non comme des objets de soins.

De même, l'infirmière doit enrichir la relation soignant-soigné d'attitudes spécifiques : la congruence, l'empathie et la chaleur humaine et prendre en compte

tous les modes de communication ; c'est-à-dire le niveau somatique (l'état physique général, signes vitaux, etc.), le niveau de l'action (les comportements non verbaux tels que la position, les mouvements du corps, etc.) et le niveau du langage (dénotative et connotative).

En cela, elle rejoint la théorie de Carl Rogers, psychologue américain, qui introduit en 1957 les notions de congruence, de respect inconditionnel et d'empathie, bien que pour lui, ces conditions soient suffisantes. En effet, Rogers ne pense pas que le thérapeute doive comprendre la personnalité ou les problèmes de ses clients, comme il ne doit pas l'accompagner dans le processus résolutoire de ses problèmes (Zimring, 2000) ; en revanche Watson considère que l'infirmière doit chercher à comprendre le patient et le guider dans la recherche de solutions.

Ainsi, l'écoute est un élément central. L'infirmière "écoute pour glaner des informations qui faciliteront la poursuite des découvertes, de la compréhension et de l'action constructive. L'équipe implique la suspension de ses propres jugements et la résistance aux distractions et aux obstacles qui interfèrent avec la communication. L'infirmière écoute pour saisir les thèmes et les idées qui reviennent dans les paroles de la personne ainsi que leurs significations. (...) Si la discipline infirmière veut être une science, le fondement scientifique du facteur caratif "développement d'une relation d'aide et de confiance" ne peut être négligé ni dans la formation ni dans la pratique ni dans la recherche en soins infirmiers" (Watson, *ibid.*, pp.35-53).

5. *L'acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs*

"Les émotions jouent un rôle central dans le comportement des êtres humains. Des connaissances en psychodynamique et en dynamique de groupe aident à expliquer la puissance des émotions. (...) La pensée, la prise de décision et le comportement sont influencés par un facteur rationnel et un facteur quasi rationnel (affectif). (...) Il existe en chacun de nous une série de processus cognitifs et de sentiments qui affectent notre comportement. La composante cognitive représente le contenu intellectuel. La composante affective représente les sentiments que l'on peut avoir à l'égard du contenu, et elle est plus difficile à comprendre. (...) Comme nous l'avons vu plus haut [*sous l'item 4*], la communication consiste en trois composantes : cognitive, affective et conative. (...) Il existe une différence de degré

selon que c'est la cognition ou l'affect qui opère le changement de comportement. (...) Il existe une cohérence entre les composantes affectives et cognitives d'une attitude. (...) Si des sentiments changent les pensées et influencent le comportement (...), la science du caring doit systématiquement prêter attention aux sentiments des personnes lorsqu'il s'agit de maintenir et de promouvoir la santé, comme à leurs réactions à la maladie" (Watson, *ibid.*, p.53-59).

6. *La méthode scientifique de résolution de problème dans le processus décisionnel*

De part l'aspect humaniste que revêt la profession d'infirmière, les approches scientifiques ont longtemps été écartées. "La pratique de la science du caring repose sur un minimum de connaissances en sciences du comportement et sur la compréhension de la façon dont les gens se sentent et se comportent lorsqu'ils sont (1) stressés, (2) bien portants, (3) bien portants mais soucieux et (4) malades. L'infirmière professionnelle utilise systématiquement la méthode scientifique de résolution de problème pour prendre des décisions dans n'importe quelle situation de soins. La méthode de résolution de problème lui permet d'utiliser systématiquement les mêmes principes et la même base de données pour résoudre des problèmes dans le processus de prise de décision et pour formuler des jugements dans le domaine des soins infirmiers. (...) Une théorie de soins infirmiers doit proposer une synthèse de connaissances pour la pratique. (...) L'épistémologie scientifique fonde ses théories du savoir sur les critères d'acceptation suivants :

- l'acceptabilité intersubjective (...),
- le déterminisme (...)
- le matérialisme. (...)

Et pour évaluer une théorie, les critères sont :

- l'utilité (...),
- les choix /options (...),
- l'intelligibilité (...)
- la vérification" (Watson, *ibid.*, pp.61-72).

Cette méthode peut correspondre au PSI, largement utilisé dans les soins infirmiers aujourd'hui. Le PSI est le processus de soins infirmiers qui est "un système de résolution de problèmes" (Hôpital du Valais, s.d.). Le but de celui-ci est d'arriver à

la démarche de soins infirmier (DSI). Il "se compose de plusieurs étapes qui n'ont pas une chronologie constante" (Kündig, 2005) et "consiste à saisir les informations de manière systématique, à établir un diagnostic infirmier, fixer les objectifs correspondants, introduire les mesures de soins nécessaires et les évaluer régulièrement (...). Trois indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins (...):

- Satisfaction des patients
- Taux d'escarres
- Nombre de chutes" (Hôpital du Valais, s.d.).

7. *L'enseignement-apprentissage interpersonnel*

Ce facteur comprend la transmission d'information, la prise en compte de la nature de l'apprentissage et les connaissances découlant des processus interpersonnels. La promotion de la santé et l'éducation à la santé sont des fonctions primordiales de l'infirmière. Ainsi, l'éducation à la gestion du stress permet de diminuer ce dernier.

"Par exemple :

- Cette information sert à promouvoir des attentes précises et à réduire des écarts trop gênants entre le degré de stress attendu et le degré de stress vécu.
- Elle augmente la capacité de prévoir ce qui va se produire, permettant ainsi de sentir qu'on contrôle la situation et de diminuer la peur.
- Elle favorise une inquiétude réaliste et la préparation mentale à l'acceptation du stress.
- Elle modifie les croyances et réduit les peurs fantasmées que l'imminence du stress peut provoquer.
- Elle mène à une compréhension intellectuelle pouvant constituer une méthode pour affronter la maladie et pour envisager celle-ci d'une façon moins stressante.
- Elle joue nécessairement un rôle lorsqu'une situation est jugée menaçante et lorsqu'on procède à une évaluation des moyens susceptibles de réduire la menace.

Le rôle de l'information dans la réponse émotionnelle au stress a d'importantes implications pour les théories de soins infirmiers, mais aussi pour la pratique. L'information est susceptible de réduire la réponse émotionnelle aux interventions stressantes, souvent inévitables dans les soins de santé, comme par exemple

certaines examens, les injections, les soins dentaires, la chirurgie et différents protocoles de traitements. Une bonne partie des informations concernant les stimuli menaçants et des expériences stressantes pourrait et devrait être communiquée.

Aujourd'hui, les infirmières ont accès à de nombreuses données et recherches qui font ressortir l'importance de l'information pour déterminer les réponses au stress et l'aide possible. (...) La science du caring dispose maintenant de données émanant de différentes sources selon lesquelles une bonne information aide à rendre une menace ou des stimuli potentiellement stressants moins pénibles" (Watson, *ibid.*, pp.79-82).

8. *L'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel qui est soutenant, protecteur et / ou correctif*

Un grand nombre de variables influent sur la vie et le bien-être d'un individu. Celles-ci doivent entrer en ligne de compte dans la pratique de la discipline infirmière, qu'elles soient internes ou externes à l'individu. Il est important de prêter attention à l'appréciation intuitive et subjective du patient face aux changements dans les différentes variables. "Une fois en possession des données subjectives, l'infirmière peut réduire l'anxiété du patient par l'écoute, l'acceptation et la compréhension. En commençant par obtenir les données subjectives, l'infirmière peut mieux comprendre les perceptions et les inquiétudes de la personne. L'infirmière peut passer ensuite à la nature objective du stress et aider la personne à développer une perception plus réaliste et correcte de la situation. Non seulement la perception de la personne sera devenue plus juste, mais l'information cognitive que l'infirmière lui a fournie renforce également ses mécanismes d'ajustement⁷ à la situation. Si des ressources psychologiques sont nécessaires, la personne commence à y être préparée dès qu'elle est en mesure d'avoir des attentes structurées par rapport à l'événement menaçant. A ce stade, l'infirmière peut aider en devenant elle-même un soutien situationnel ou en s'assurant que la personne puisse disposer de soutiens situationnels (par exemple la famille, l'équipe de santé, une aide institutionnelle)" (Watson, *ibid.*, pp.89-91).

⁷ Les mécanismes d'adaptations correspondent au terme anglais "coping". Dans la suite du travail, il sera à nouveau fait référence à cette notion sous les deux termes, même s'ils sont semblables, afin de garder le respect de la pensée des auteurs.

9. *La satisfaction des besoins humains du bénéficiaire*

"En raison de la nature des êtres humains et de leurs besoins, il est utile, à des fins de recherche, d'établir des catégories pour les différents besoins humains à propos desquels l'infirmière intervient habituellement. La hiérarchie des besoins humains comprend plusieurs niveaux" (Watson, *ibid.*, p.109). Le besoin de survie se divise en trois besoins biophysiques : celui de s'alimenter et s'hydrater, le besoin d'éliminer et celui de respirer. Ensuite viennent les besoins fonctionnels, correspondant aux besoins psychophysiques tels que le besoin d'activité/d'inactivité et le besoin de sexualité. S'en suit les besoins d'intégration, c'est-à-dire psychosociaux, comme le besoin d'accomplissement et celui d'appartenance. Pour finir, le besoin de recherche de croissance qui est intra- et interpersonnel et correspond au besoin d'actualisation de soi. Bien que ressemblant à la pyramide de Maslow, la hiérarchie de la science du caring se centre sur les besoins humains qui ont de l'importance pour les soins infirmiers. Tous les besoins, même les besoins biophysiques, se basent sur un cadre holistique-dynamique.

"Certains besoins sont plus familiers et concrets parce qu'ils se manifestent de façon tangible. D'autres sont abstraits et insaisissables. Ils ont tous la même importance pour les soins infirmiers de qualité et la promotion de la santé optimale. (...) Une grande partie des fonctions et buts des infirmiers est couverte *ainsi* (...) à condition de lui donner la place qui lui revient et d'accorder autant d'attention aux besoins abstraits qu'aux besoins concrets" (Watson, *ibid.*, p.115). Une pyramide des besoins selon Watson se trouve en annexe D. afin de mieux les visualiser.

10. *Les forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles*

Ce facteur prend en compte la singularité et l'identité de chaque individu. "La pratique infirmière a intégré le concept de la personne globale. (...) Dans l'ensemble, tout en s'intéressant à la nature globale des êtres humains, la discipline infirmière a créé une dichotomie dans la nature des besoins. Une perspective existentielle-phénomologique permet de comprendre qu'il n'est pas possible de rejeter l'un ou l'autre aspect de la nature humaine ; ils ne peuvent qu'être intégrés, car ils définissent simultanément les caractéristiques de la nature humaine. (...) L'approche existentielle-phénomologique est non seulement le meilleur, mais

probablement l'unique cadre pour comprendre le phénomène de santé et les difficultés d'ajustement à la maladie" (Watson, *ibid.*, pp. 207-216).

Suite aux facteurs caratifs, Watson (1998) décrit également les interventions infirmières suivantes pour les situations où le patient se trouve en état de stress :

- Considérer le contexte global de l'individu : son histoire sociale, familiale et une évaluation de l'état psychique peuvent aider l'infirmière à procéder à des interventions de promotion de la santé adéquates ;
- Définir quels sont les facteurs stressants pour la personne (passé-présent-futur) ;
- Evaluer les sources et les mesurer à l'aide d'échelle lorsque cela est possible, les principaux facteurs favorisant l'apparition de stress étant les changements, les conflits développementaux et les pertes ;
- Evaluer la perception qu'a l'individu face à l'événement stressant ;
- Comprendre comment l'individu voit et comprend le facteur de stress. La promotion d'un enseignement-apprentissage est un facteur caratif très efficace. Il est possible "de donner une information cognitive au patient, d'instaurer une relation avec le patient dans laquelle il se sent libre d'exprimer ses émotions, d'encourager le patient à commencer à changer certains comportements afin qu'il change ses perceptions" (Watson, *ibid.*, p.285) ;
- Promouvoir des stratégies d'ajustements pertinentes ;
- Evaluer la manière avec laquelle l'individu s'ajuste aux changements et la réussite de ces ajustements lors de la récolte de données. Ainsi, elle pourra s'appuyer sur cette évaluation pour déterminer ses interventions ;
- Promouvoir des soutiens situationnels ;
- Intervenir de manière directe ou indirecte dans la promotion. Il s'agit de connaître les soutiens situationnels existants ou manquants afin de voir quelles ressources peuvent être mobilisées pour pallier au manque.

Enfin, le processus d'événements peut aboutir soit à la maladie, soit à la promotion et la prévention de la maladie. Celui-ci est représenté dans la figure 2, toutefois le schéma a été légèrement simplifié. En arrière-fond se trouvent les expériences passées ainsi que les soutiens situationnels ou méthodes d'ajustement passées et présentes influençant les réponses de l'individu aux agents stressants.

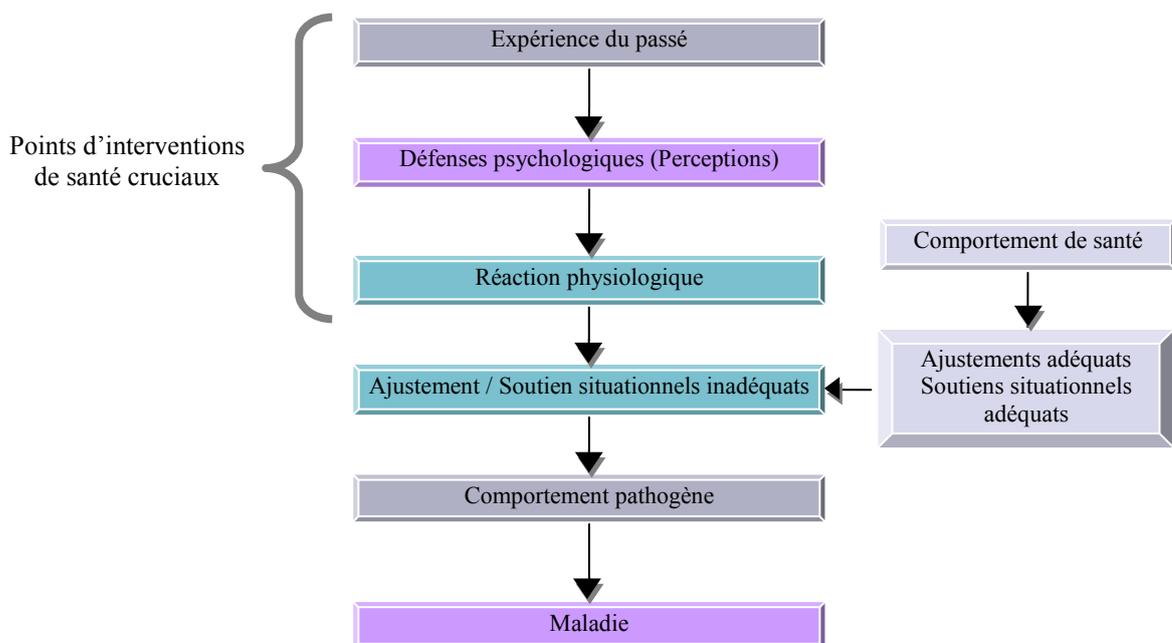


Figure 2 : Simplification du trajet entre les sources de stress et la maladie selon Rahe (1974) cité par Watson (1998), p.288.

Pour conclure, le caring implique la conscience intentionnelle de l'individu. Il s'agit d'un choix qui suppose une présence et une recherche continue du sens. Ainsi, le caring comprend le "self-healing" qui consiste en un accompagnement de la personne pour soutenir sa compréhension, son contrôle et son auto-guérison.

Suite aux éclaircissements des concepts et au choix du cadre de référence, le chapitre suivant traitera de la méthodologie.

2. MÉTHODE

Afin de répondre à la question, le choix de devis s'est porté sur une revue de littérature étoffée. De la sorte, il sera possible de vérifier un plus grand nombre d'interventions infirmières à même de diminuer le sentiment d'anxiété du patient adulte durant la phase pré-opératoire dans un service de chirurgie ambulatoire.

Ainsi, une recherche de la littérature correspondante a été entreprise dans des banques de données (PubMed/Medline, Cinahl, BDSF) ainsi que sur Google Scholar avec les mots-clés suivants : Day Surgery, Day Case, Nurs*, Anxiety, Preoperative, Teaching. La possibilité de PubMed qui consiste en des liens entre des recherches (Related Articles) a été utilisée. En revanche, la fonction termes Mesh n'a pas été employée. Cette recherche s'est déroulée de mai 2008 à avril 2009. Parmi les recherches trouvées, une sélection a été entreprise selon les critères cités ci-dessous.

2.1. Critères de sélection

- Langues : français, anglais
- Contexte de soins ambulatoires
- Articles scientifiques publiés il y a moins de 15 ans
Dans un premier temps, la sélection se portait sur la décennie passée. Suite à des difficultés dans la recherche bibliographique, le choix s'est porté sur un élargissement de la sélection pour étoffer la revue de littérature.
- Population adulte
En ce sens, la population pédiatrique est exclue et l'âge minimum est porté à 18 ans. La population gériatrique est incluse car la chirurgie en ambulatoire comporte déjà des critères de sélection liés à l'état général de l'individu ; la personne âgée qui est grabataire, présente des comorbidités, etc. ne subira pas de chirurgie dans le mode ambulatoire ; ainsi, aucun âge limite supérieur n'a été fixé.
- Etudes réalisées en Europe, en Amérique du Nord ou en Australie
Ce choix s'est fait pour assurer une homogénéité relative de résultats des recherches. Ainsi, les recherches effectuées dans des pays en voie de

développement, ne possédant pas les mêmes capacités, ressources, objectifs et priorités de soins, sont exclues de la revue de littérature.

- Critère de validité

Des fiches de lecture, comprenant différents items - titre, auteur, année, devis, échantillon, but, méthode de collecte, méthode d'analyse et résultats /conclusion -, ont été réalisées pour chaque étude. Une synthèse de celles-ci se trouve dans l'annexe E.

2.2. Hiérarchie des niveaux de recherche

Lorsque l'étude ne spécifie pas de manière approfondie son devis, il a été décidé de suivre le modèle de hiérarchie des niveaux de recherche de Fortin (2006).

Ainsi, le premier niveau se compose de la description qui correspond à la détermination de la nature et des caractéristiques des phénomènes en établissant parfois certaines associations. Selon qu'il s'agisse d'exploration des phénomènes ou de description de concepts/populations, sera utilisé le terme d'études qualitatives respectivement d'études descriptives quantitatives.

Ensuite, le deuxième niveau est explicatif et consiste en une clarification des relations entre les phénomènes et en la détermination des raisons d'un événement. Ainsi, si une exploration des relations est amorcée, le terme d'étude descriptive corrélationnelle sera utilisé ; à contrario, face à une vérification des relations, le terme d'étude corrélationnelle prédictive sera préféré.

Enfin, le troisième niveau qui est prédictif et de contrôle, correspond à des fonctions liées à l'expérimentation ; ainsi, les termes expérimental et quasi-expérimental seront utilisés.

2.3. Résultats des stratégies de recherche

Toutes les recherches ont été effectuées avec les mots-clés cités sous le point 2. (méthode). Les recherches publiées dans les revues professionnelles destinées aux infirmières ont été privilégiées. Un tableau synthétisant les stratégies se trouve en annexe B.

2.3.1. Stratégie 1

["Day Surgery" AND "Preoperative" AND "Anxiety" AND "Nurse"] sur PubMed

Résultats : 37 articles dont les suivants ont été retenus

- Gilmartin & Wright (2008)
- Grieve (2002)
- Fortner (1998)
- Lancaster (1997)

2.3.2. Stratégie 2

["Day Surgery" AND "Preoperative" AND "Nurse"] sur PubMed

Résultats : 189 articles dont les suivants ont été retenus

- Cooke, Chaboyer, Schluter & Hiratos (2005)
- Gilmartin (2004)
- Brumfield, Kee & Johnson (1996)

2.3.3. Stratégie 3

["Day Case" AND "Anxiety" AND "Nurse"] sur PubMed

Résultats : 15 articles dont le suivant a été retenu

- James (2000)

2.3.4. Stratégie 4

["Day Surgery" AND "Anxiety"] sur PubMed

Résultats : 620 articles dont les suivants ont été retenus

- Mitchell (2000)
- Mitchell (2003)
- Gilmartin & Wright (2007)

2.3.5. Stratégie 5

["Day Surgery" AND "Teaching" AND "Nurs*"] sur PubMed

Résultats : 485 articles dont le suivant a été retenu

- Bernier, Sanares, Owen & Newhouse (2003)

2.3.6. Stratégie 6

["Day Surgery" AND "Nurse"] sur Cinahl

Résultats : 218 articles dont le suivant a été retenu

- Bergström, Carlson & Jonsson (2000)

2.3.7. Stratégie 7

["Preoperative" AND "Anxiety"] sur Cinahl

Résultats : 568 articles dont le suivant a été retenu

- Mitchell (2001)

2.3.8. Stratégie 8

Enfin, des recherches ont été lancées dans les articles associés (Related Articles) aux articles retenus. Ainsi, quatre recherches supplémentaires ont pu être sélectionnées durant la stratégie 1 :

- Mitchell (2002)
- Costa (2001)
- Gilmartin (2007)
- Rhodes, Miles & Pearson (2006)

2.3.9. Stratégie 9

De nombreux essais d'association de mots-clés n'ont pas donné de résultats probants ou listaient des articles déjà obtenus. De même, certaines recherches sur les différentes banques de données se rejoignaient. Des mots-clés dirigeant sur des recherches non utilisables ont été essayés, en association avec les autres termes également : "Information", "Fear", "Ambulatory", "Psychological", "Education", "Outpatient".

A la fin de ces 9 stratégies, un total de 17 articles scientifiques est ainsi obtenu. Suite à la recension des écrits, les études ont été analysées et les résultats principaux relevés.

3. RÉSULTATS

Après une lecture des études, une analyse de contenu a été réalisée. Les résultats ont été catégorisés puis hiérarchisés selon leur fréquence d'apparition dans les différents articles. Afin de présenter brièvement les résultats, ceux-ci font l'objet d'un schéma dans l'annexe F.

3.1. Peurs

La chirurgie peut être à la fois physiquement et psychologiquement menaçante pour le patient et la famille. La période pré-opératoire est considérée comme stressante et l'anxiété remplit le temps durant lequel les patients doivent attendre (Fortner, 1998).

Les patients décrivent différentes peurs face à la chirurgie ambulatoire. De multiples auteurs citent, souvent en première ligne, la peur liée à l'anesthésie. (Costa, 2001 ; Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2008 ; Gilmartin & Wright, 2007 ; Grieve, 2002 ; Lancaster, 1997 ; Mitchell, 2002 ; Mitchell, 2003 ; Rhodes, Miles & Pearson, 2006). Effectivement, les patients craignent d'être endormis (et de ne plus se réveiller) ou d'être conscients mais incapables de bouger. De même, ils appréhendent les anesthésies locales dont ils se méfient quant à leur efficacité (Fortner, 1998).

L'anesthésie s'associe à deux autres craintes : la mort (Costa, 2001 ; Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2008) et la perte de contrôle (Costa, 2001 ; Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2007 ; Grieve, 2002 ; Rhodes et al., 2006). Celle-ci a un rapport inversement proportionnel à l'anxiété. Plus le sentiment de contrôle de l'individu (perçu ou réel) diminue, plus le sentiment d'anxiété augmente (Grieve, 2002). D'ailleurs, le sentiment de contrôle que ressent le patient évite des annulations de l'opération de la part de celui-ci (Brumfield, Kee & Johnson, 1996). En revanche, les annulations de la part de l'institution ont perturbé les patients et, pour certains, ont augmenté leur anxiété (Gilmartin, 2004).

De plus, la procédure de l'intervention chirurgicale en elle-même provoque des appréhensions (Costa, 2001 ; Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2008 ; Lancaster, 1997), associées aussi à la peur de la douleur (Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2008 ; Mitchell, 2002). Les patients ont peur de la sensation de douleur pendant la

procédure (Mitchell, 2002) mais aussi souvent lors de leur retour à domicile (Fortner, 1998 ; Gilmartin & Wright, 2008).

De plus, en ce qui concerne leur retour à domicile, les patients expriment aussi des inquiétudes quant à un retour trop précoce ou à la réalisation des soins nécessaires une fois chez eux (Lancaster, 1997).

Aussi, la crainte quant aux compétences du personnel, infirmiers compris, a été formulée. De même que les suites de celles-ci sur leur rétablissement telles qu'un handicap, une perturbation de leur image corporelle, etc. (Fortner, 1998).

3.2. Soins infirmiers

Selon Mitchell (2001), les études des deux dernières décennies associent les interventions infirmières avec des informations abondantes sur la procédure, le comportement et les sensations. Il met directement en lien l'apport informationnel et la diminution de l'anxiété ; même s'il n'est pas vraiment possible de mesurer si l'information seule aide à réduire l'anxiété dans les périodes de courtes durées qui sont associées à la chirurgie ambulatoire.

3.2.1. Apport informationnel au patient

Bien que Mitchell (2001) mentionne que l'action tranquillisante de l'information n'est pas mesurable seule car d'autres variables interagissent, de nombreuses autres études associent également l'apport d'information à la réduction de l'anxiété (Gilmartin, 2004 ; Gilmartin & Wright, 2007 ; Grieve, 2002 ; Lancaster, 1997 ; Mitchell, 2000 ; Mitchell, 2002 ; Rhodes et al. 2006).

Lancaster (1997) met en avant les difficultés de cet apport dans le domaine ambulatoire. Effectivement, dans un temps qui est limité, un important volume de données doit être fourni. Ainsi, différentes questions en découlent :

- quel est le contenu approprié?
- celui-ci doit-il être transmis oralement ou de manière écrite?
- quand doit-il être donné au patient?

Les études proposent différentes réponses à ces questions mais semblent converger quant aux données principales, comme nous pouvons le constater ci-après dans les différents aspects de l'information.

3.2.1.1. Contenu de l'information

James (2000) et Mitchell (2000) se sont penchés sur la satisfaction des patients face à l'enseignement reçu et sur la suffisance, ou à contrario, l'insuffisance des informations apportées.

Les résultats montrent que 97% de l'échantillon s'est senti soutenu à très soutenu par le personnel soignant ; en parallèle, 84% a eu l'impression de recevoir des informations utiles à très utiles (de manière orale ou écrite). Ces informations ont semblé simples à très simples à 92% de la population. Ainsi, il n'y a que 7% de l'échantillon qui déclare avoir eu le sentiment de ne pas avoir reçu suffisamment d'informations. Néanmoins, 76% des patients ont pris contact avec l'unité après leur retour à domicile, notamment pour obtenir des renseignements complémentaires (James, 2000).

Les informations peuvent concerner de nombreux items mais se focalisent autour des informations situationnelles, celles liées aux sensations, au rôle du patient et au retour à domicile avec les compétences nécessaires à ce dernier ainsi qu'au soutien psychosocial. Dans l'étude de Bernier, Sanares, Owen et Newhouse (2003), 92% des patients ont reçu des informations situationnelles/procédurales, 55% des renseignements relatifs aux sensations et à l'inconfort possibles, 87% des données sur leur rôle et le comportement adapté à la procédure, de même pour le soutien psychosocial (87%) et 42% un entraînement des compétences nécessaires au retour à domicile. Ces items ont fait l'objet parallèlement d'une évaluation par les patients quant à leur importance. Ainsi, les pourcentages relevant d'une importance très haute, dans le même ordre séquentiel, sont de 73% pour les informations situationnelles/procédurales, 44% pour les renseignements liés aux sensations et inconfort éventuel, 77% pour les indications concernant le rôle du patient, 70% pour le soutien psychosocial et enfin 40% pour l'exercice des compétences du patient.

Les informations liées à la procédure ont été largement sollicitées dans cette étude et sont reprises dans d'autres travaux, notamment par Fortner (1998). De fait, les informations procédurales doivent être concrètes, avec l'ordre d'arrivée des événements pour être efficaces. Mitchell (2001) appuie aussi l'ordre séquentiel des événements. L'information quant à la durée des événements prévus importe également (Bernier et al., 2003). Ainsi, parmi les renseignements désirés, les patients citent aussi la connaissance du temps d'attente, ceci afin d'amener des objets personnels tels que des livres, etc. mais aussi pour l'organisation du transport (James, 2000).

Les informations concernant les sensations liées à l'intervention doivent aussi être mentionnées. Celles-ci comprennent les sensations liées aux événements antérieurs et postérieurs à l'intervention en plus de cette dernière (Mitchell, 2001). Les renseignements doivent être conçus pour se concentrer sur les expériences du point de vue du patient : ce qu'il va voir, entendre, sentir (au niveau du toucher ou de l'odorat), telles que la fraîcheur de la température de la salle d'opération, la couverture chaude fournie, la traction ou pression ressentie lors d'une procédure locale, etc. (Mitchell, 2001).

Si le patient peut anticiper les événements, il peut s'en créer une image mentale et lorsqu'ils sont imminents, il peut obtenir un sentiment de contrôle sur ceux-là (Fortner, 1998).

Bien que les items liés à la psychologie et au comportement apparaissent fréquemment, les auteurs y placent différentes informations. Pour Fortner (1998), il s'agit des informations qui se concentrent sur la réduction de l'anxiété et influencent les attitudes des patients envers la chirurgie. Cela comprend surtout les techniques de relaxation (respiration profonde, visualisation, etc.) qu'il définit sous la forme d'enseignement psychologique.

En revanche, Mitchell (2001) différencie les informations comportementales comme étant les actions ou comportements nécessaires avant, pendant ou après l'intervention (position spécifique à l'opération, exercice de respiration, repos au lit recommandé, etc.) et les informations liées à la relaxation, comme les stratégies individuelles des patients ou techniques acquises par un programme, telles que la musicothérapie, l'hypnose ou autres méthodes de distraction.

Concernant l'apport informationnel, Fortner (1998) précise aussi la nécessité de donner des informations simples à comprendre pour le patient.

L'anxiété diminuant la capacité d'apprentissage du patient, il est donc nécessaire de renforcer ses connaissances (Lancaster, 1997) et par conséquent de choisir aussi le moment de l'apport.

3.2.1.2. Moment de l'apport d'information

Pour les patients, le meilleur moment de l'apport d'informations semble être avant l'admission et non durant le jour opératoire (James, 2000 ; Brumfield et al., 1996). Ce que confirme Mitchell (2002) en assurant qu'il est primordial dans la gestion de l'anxiété d'amener les informations avant l'intervention. Comme mentionné plus haut, l'anticipation des événements permet aux patients d'obtenir un sentiment de contrôle diminuant l'angoisse pré-opératoire (Fortner, 1998).

Afin d'amener des connaissances aux patients avant le jour opératoire, une visite de l'unité avant l'admission, de manière automatique ou sur demande, peut être une solution (Brumfield et al., 1996; Mitchell, 2000). De même, une ligne téléphonique pourrait être instaurée, dont le numéro serait transmis aux patients. Cela est souvent envisagé dans la phase post-opératoire, néanmoins cette ligne pourrait être également utilisée en pré-opératoire (Mitchell, 2000 ; James, 2000).

Afin d'aider à l'acquisition des connaissances, il est important de créer un environnement positif lors de l'enseignement (Mitchell, 2001). Ainsi, même si ce n'est qu'une illusion, le patient doit ressentir que l'environnement est calme et sans hâte (Fortner, 1998).

De plus, l'utilisation de différents matériels, tels que les brochures ou les vidéos, est à envisager afin d'aider l'apprentissage des patients (Brumfield et al., 1996).

3.2.1.3. Supports matériels

Les patients, comme l'ensemble des individus, apprennent par différentes stratégies. Il faut donc varier les possibilités d'enseignements et les mobiliser conjointement. Souvent, les infirmières privilégient les rencontres en face-à-face mais l'utilisation d'autres stratégies mérite l'attention des soignants. Effectivement, non seulement les différentes stratégies favorisent l'apprentissage, mais leur utilisation en parallèle permet un renforcement réciproque de leurs effets au niveau de l'apprentissage des patients (Lancaster, 1997).

Dans le contexte de l'étude de Bergström, Carlson & Jonsson (2000), une brochure concernant l'anesthésie avec la date de la visite pré-opératoire et du jour opératoire est systématiquement distribuée. Néanmoins, la construction de brochures d'informations demeure un défi au niveau du rôle infirmier, mais aussi au niveau de la formation du personnel, du financement et de l'aspect juridique (Mitchell, 2002). Car malgré que l'étude de Brumfield et al. (1996) signale que si cela paraît coûteux au premier abord, les charges pouvant être récupérées sur la diminution des retards et des annulations, il indique tout de même que le financement doit être évalué.

Enfin, au-delà de l'apport informationnel, les soins infirmiers comprennent aussi des évaluations afin d'ajuster leur pratique de manière adéquate.

3.2.2. Evaluation

La majorité des patients font part d'une évaluation physique, psychologique et sociale de leur situation. De même, ils ont reconnu les infirmières comme disposées à les écouter et possédant les compétences nécessaires à l'évaluation de leurs besoins. Néanmoins, certains patients indiquent des déficits dans l'information et dans la prise en charge de leurs besoins spécifiques, les laissant ainsi anxieux (Gilmartin, 2004). Dans l'étude de Gilmartin et Wright (2007), le pourcentage de satisfaction lié à l'apport des informations se montait à 50%. Ainsi, l'autre moitié (50%) se disait non satisfaite de cet apport.

L'infirmière doit donc évaluer les besoins et ressources des patients. En effet, la personnalité du patient influe sur sa perception du stress (Lancaster, 1997). Il faut aussi

évaluer la capacité des patients à faire face au stress ; en prenant en compte que certaines opérations agissent plus sur l'image de soi telles que la mastectomie, etc. (Fortner, 1998).

De même, les individus ressentent différents niveaux de besoins informationnels. Ainsi, 25% estiment avoir besoin d'un haut niveau de renseignements et se définissent comme très vigilants alors que 33% estiment avoir besoin de peu d'informations (Gilmartin & Wright, 2007). De fait, les soins doivent être individualisés. Parmi les éléments influençant le patient, la religion et l'ethnie sont à prendre en considération. Ceux-ci influencent la vision du patient face à la maladie et aux soins nécessaires. Il est important pour les infirmières de connaître les croyances des patients pour les prendre en compte dans leur prise en charge. De même, la barrière linguistique est un élément important ; l'infirmière doit s'assurer de la compréhension des patients. (Fortner, 1998).

De plus, afin d'assurer des soins infirmiers de qualité, une planification de ceux-ci est nécessaire, comme cela est relevé dans les résultats.

3.2.3. Planification

De nombreuses études évoquent la planification des soins infirmiers ainsi que l'efficacité de leur fonctionnement. Selon Gilmartin (2004), la majorité des patients sont satisfaits de l'organisation. Ils avaient l'impression d'être des individus à part entière avec des soins personnalisés et avaient la possibilité de poser des questions.

Mitchell (2000) propose un plan de la gestion de l'anxiété en chirurgie ambulatoire, la prise en charge devant être pluridisciplinaire. Ainsi, il définit trois phases à ce plan :

- en pré-opératoire, 3 à 4 semaines avant la chirurgie :
à ce moment, il faut choisir le niveau d'informations nécessaires que le patient va recevoir (simple, intermédiaire ou étendue), ainsi que la méthode (informations orales ou écrites, que le patient peut emmener à domicile). Des informations peuvent également être amenées par téléphone ou par la poste. De même, une visite de l'unité peut être effectuée sur demande ;

- le jour de l'opération :
il doit y avoir une continuité dans le niveau de l'information fournie au patient, tout en apportant des réponses aux questions posées. Dans la mesure des possibilités, une collaboration des aidants naturels peut être demandée ; les proches devant être tenus relativement bien informés ;
- en post-opératoire, lors du retour à domicile :
une continuité du niveau d'information doit être assurée, avec un téléphone de l'infirmière entre 24 à 48 heures après le retour à domicile. L'utilisation de la ligne téléphonique d'aide instaurée est encouragée. Des soins à domicile sont organisés, si cela est nécessaire.

Une gestion active du temps durant l'admission contribue à la diminution de l'anxiété, à l'amélioration des résultats des patients et à l'augmentation de la satisfaction (Rhodes et al., 2006). Pour Fortner (1998), l'enseignement aussi doit être planifié, de même que son évaluation, dans le temps qui est limité dans l'option de la chirurgie en ambulatoire.

De plus, parmi les résultats tirés de cette étude, la disponibilité de l'infirmière est mise en avant. Ainsi, le prochain item traite de cet aspect.

3.2.4. Disponibilité de l'infirmière

Les patients ont mis en évidence la présence de l'infirmière. Ainsi, ils ont accordé une valeur significative à la présence et à la disponibilité physique et émotionnelle des infirmières mais aussi des membres de leur famille (Costa, 2001). Fortner (1998) et Mitchell (2000, 2001 & 2002) mettent en corrélation la diminution de l'anxiété du patient et la disponibilité de l'infirmière. Dans l'étude de Gilmartin et Wright (2008), un sentiment d'abandon durant la période d'attente pré-opératoire a été relevé. La longue attente a donné aux patients un sentiment de vulnérabilité et de colère. Les effets psychologiques résultant des périodes d'attente ont été aggravés par l'augmentation de la tension nerveuse et de l'ennui ressentis par les patients.

Ce temps d'attente est également mentionné dans l'étude de Rhodes et al. (2006). Ainsi, il semble que l'insatisfaction face aux soins est liée à l'attente de ceux-ci, ce qui est

particulièrement évident lorsque les patients perçoivent une rupture ou un manque dans la communication avec les professionnels de la santé.

Dans l'étude de Bernier et al. (2003), 87% des participants ont ressenti un soutien psychosocial de la part du personnel soignant. Sur les mêmes participants, près de 70% considèrent cet aspect comme très important. Ainsi, une amélioration de la communication est souhaitable. Les capacités communicationnelles de l'infirmière ainsi que son empathie permettent aux patients de s'exprimer, particulièrement sur leurs peurs (Costa, 2001). De sorte que l'établissement d'une relation soignant-soigné permet au patient d'avoir un meilleur degré de satisfaction et de diminuer son anxiété (Rhodes et al., 2006).

L'écoute active (ou écoute thérapeutique) est un élément important (Gilmartin & Wright, 2007 ; Fortner, 1998) ; mais il faut prendre en compte non seulement les déclarations verbales, mais également les non-verbales (Gilmartin & Wright, 2007).

Souvent, les infirmières accordent leurs faveurs à différentes approches, qui n'ont pas apporté leurs preuves concernant la réduction de l'anxiété en sous-appréciant le vrai potentiel thérapeutique de la relation soignant-soigné (Grieve, 2002).

Néanmoins, différentes approches sont abordées ci-dessous.

3.2.5. Propositions de méthode anxiolytiques

Pour Mitchell (2003), la gestion de l'anxiété pré-opératoire peut se réaliser à l'aide d'une prémédication anxiolytique. Les principaux médicaments employés sont les benzodiazépines, les bêta-bloquants adrénergiques et les opioïdes. Leur administration est rare en ambulatoire, par crainte de la durée de leur effet (pour les benzodiazépines principalement). Leurs effets secondaires, qui peuvent retarder le retour à domicile, sont également redoutés tels que la perte de mémoire alors que beaucoup d'informations sont données le jour même de l'intervention. De plus, ceci demeure un acte médico-délégué dont le choix de l'administration n'est pas de la compétence de l'infirmière mais de celle du médecin.

Au-delà de la médication, différentes méthodes de relaxation ou distraction sont mentionnées telles que la musique, la télévision, etc.

3.2.5.1. Musique

La musicothérapie est citée par un certain nombre d'auteurs (Fortner, 1998 ; Mitchell, 2001 ; Mitchell, 2003). Ainsi deux études indiquent une diminution de l'anxiété suite à l'écoute de musique (Gilmartin & Wright, 2007 ; Cooke, Chaboyer, Schluter & Hiratos, 2005).

Si le fait d'écouter de la musique a une incidence significative sur la réduction du niveau d'anxiété, le type de musique ne semble pas affecter le degré d'anxiété. Néanmoins, sur les 37 CDs mis à disposition dans l'étude de Cooke et al. (2005), la totalité de la population a laissé 10 CDs de côté. Ainsi, il est préférable de laisser le choix de la musique au patient.

3.2.5.2. Techniques de relaxation

Fortner (1998) parle des techniques de relaxation telles que les exercices de respiration profonde et lente ou la visualisation. Mitchell (2001) sépare les stratégies individuelles du patient, des techniques enseignées ou apportées par le personnel soignant telles que la musicothérapie, l'hypnose et autres méthodes de distraction comme la télévision ou le fait d'avoir de la visite (Mitchell, 2003).

3.3. Patient

3.3.1. Contrôle au patient

Comme mentionné dans les points 3.2.1. et 3.2.2., le contenu de l'information, respectivement le moment de l'apport d'informations, le sentiment de contrôle du patient diminue son anxiété (Fortner, 1998). Ceci est appuyé par Grieve (2002), qui évoque le rapport entre le sentiment de contrôle et l'anxiété ressentie. Plus le premier augmente, que celui-ci soit réel ou perçu, plus les appréhensions diminuent. L'apport d'informations augmente ce sentiment de contrôle ; en effet, les renseignements donnent un sentiment de maîtrise au patient (Fortner, 1998). L'enseignement aide le patient à accomplir le comportement actif qui est attendu de lui dans la réalisation des

objectifs de traitements et de guérison. De même, l'enseignement comprend un entraînement des compétences du patient par des explications des capacités spécifiques au milieu hospitalier et de leurs applications dans le processus de guérison du patient (Bernier et al., 2003).

La participation active de la part du patient est indispensable car son apprentissage est plus efficace s'il répond à un besoin interne de l'individu (Lancaster, 1997). Un sentiment d'autonomisation est décrit par les patients dans l'expérience pré-opératoire par la réception d'informations et d'explications rassurantes de la part des professionnels (Gilmartin & Wright, 2008). Le sentiment de contrôle du patient suppose également l'implication de celui-ci dans le processus décisionnel (Mitchell, 2000).

De plus, le patient peut aussi s'ajuster à son environnement en utilisant des stratégies de coping, comme cela est mentionné dans le prochain item.

3.3.2. Stratégies de coping

Selon Mitchell (2000, 2001), il est nécessaire de promouvoir les stratégies de coping permettant de faire face à l'intervention et à l'anxiété qui en découle.

Grieve (2002) liste les stratégies de coping à promouvoir selon le type d'anxiété du patient. Ainsi, en cas de peur de la douleur ou de la sensation d'inconfort en post-opératoire, les stratégies conseillées sont le recadrement cognitif, le contrôle par le patient et l'utilisation de l'attachement. Concernant l'altération de l'image corporelle, les résultats inattendus dans le diagnostic, la perte d'indépendance, les soucis familiaux et les incertitudes liées aux traitements, la stratégie recommandée est l'utilisation de l'attachement. Pour la perte d'identité, les stratégies préconisées sont l'utilisation de l'attachement, la disposition du choix et des soins individualisés. Pour finir, lorsque le patient a le sentiment de ne pas avoir de pouvoir sur les événements, les stratégies conseillées sont le contrôle par le patient et l'utilisation de l'attachement.

Bien que des liens aient été établis entre certaines peurs et les stratégies de coping efficaces, il est important d'individualiser les stratégies dont l'utilisation ne doit pas être statique (Grieve, 2002).

3.3.3. Famille du patient

La famille fait partie de l'environnement du patient, il est important de la prendre en considération dans l'évaluation des connaissances des patients mais aussi pour le retour à domicile. Ainsi, pour les personnes âgées dont la dépendance est plus importante encore face à la chirurgie, Fortner (1998) conseille de parler directement au patient et d'inclure la famille lorsque cela est possible. Costa (2001) constate que celle-ci désire prendre une part active dans l'expérience vécue par le patient.

De plus, Gilmartin & Wright (2007) mentionnent aussi que dans les pays en développement, le patient possède des réseaux familiaux et sociaux solides plus importants et que ce fait favorise la chirurgie ambulatoire.

Simultanément, il est aussi important de prendre en charge la famille qui accompagne le patient. Celle-ci ressent aussi des inquiétudes quant à la chirurgie que subit le patient et ses différents aspects (Lancaster, 1997) tels que l'anesthésie, l'intervention, etc.

Au-delà des résultats soulevés jusqu'ici, certains points ont encore été relevés.

3.4. Autres items

Parmi les autres items, qui sont ressortis dans une moindre mesure de la revue de littérature, se trouvent :

- *Qualité des soins*

Dans le contexte ambulatoire, les infirmières doivent continuer à fournir des soins de qualité en moins de temps et avec moins de ressources que dans les services de chirurgie où le patient est hospitalisé. C'est pourquoi il est important d'axer la prise en charge de manière adéquate (Brumfield et al., 1996).

Les garanties de sécurité, appliquées de manière implicite ou explicite, sont nécessaires pour contribuer à l'auto-gestion de l'anxiété, telles que du personnel formé et compétent, une médication efficace, etc. (Mitchell, 2002). Mitchell (2000) préconise aussi le développement de protocoles afin de garantir la continuité des soins et le niveau exigé de l'information (en pré- et post-opératoire).

Dans le lieu de l'étude de Bergström et al. (2000), l'assurance qualité DySSSy a été instaurée suite à l'étude et contient des instructions pour la qualité des soins ; l'assurance qualité, incluant la gestion de l'anxiété, va s'élargir dans ses items (en introduisant la gestion de la douleur et des aspects nutritionnels).

En revanche, au niveau de la dotation, aucune étude n'a pu démontrer la dotation nécessaire au service de chirurgie ambulatoire (Gilmartin & Wright, 2007).

- *Documentation fournie aux infirmières*

Pour assurer des soins infirmiers de qualité, le site hospitalier de l'étude de Bergström et al. (2000), comprend un système informatique qui contient toute la documentation nécessaire aux infirmières.

- *Pluridisciplinarité*

Mitchell (2000) évoque la mise en place d'un système de notes au niveau pluridisciplinaire pour assurer une continuité des soins et surveiller le processus en entier.

- *Avantages économiques*

Les coûts sont fortement inférieurs pour une même opération effectuée sur le mode ambulatoire plutôt qu'en hospitalier (Gilmartin & Wright, 2007). Néanmoins, le financement des soins doit encore être évalué (Brumfield et al., 1996).

Ces items closent ce chapitre. Dans le suivant, les résultats relevés les plus pertinents seront repris pour la discussion. Toutefois, celle-ci débute ci-après par une analyse des études retenues pour cette revue.

4. DISCUSSION

L'origine de ce travail se trouve dans les manifestations d'anxiété de la part des patients dans les courts délais d'attentes en chirurgie ambulatoire et la difficulté d'assurer des prestations infirmières adéquates en un temps limité.

L'étude a été entreprise, d'une part, pour mieux appréhender ce phénomène et, d'autre part, pour mettre en lumière les interventions infirmières à même d'atténuer l'anxiété manifestée par les patients.

4.1. Analyse des études

La recherche littéraire montre que la gestion de l'anxiété est un phénomène connu et étudié. Néanmoins, la difficulté de la recension des écrits s'est présentée dans la prospection d'études en lien avec la chirurgie ambulatoire. Pourtant, celles-ci existent incontestablement, bien qu'elles soient menées en Europe (principalement au Royaume Uni) ou en Amérique pour la plupart. Ainsi, aucune étude ne permet de corréler les conclusions obtenues à des résultats suisses ; néanmoins les différentes études ne se contredisent pas entre elles.

Au total, dix-sept études ont été analysées pour cette revue de littérature. Huit recherches présentent un devis qualitatif, qu'elles soient descriptives ou phénoménologiques. Huit revues littéraires ont également été utilisées. Une étude a été conduite avec un devis expérimental, l'essai contrôlé et randomisé.

Pour le choix des études, la priorité a été donnée à la qualité de la méthode ainsi qu'au setting (patients adultes, subissant une opération sous le mode ambulatoire). La composition de cette revue, c'est-à-dire principalement des études qualitatives et des revues de littérature, permet également d'obtenir un plus grand setting. Ainsi, les revues bibliographiques recouvrent 543 études (le nombre de participants n'a pas pu être établi) et les études qualitatives et expérimentales arrivent à une population de 1053 patients (une des études portait sur les différences de perceptions face à l'enseignement entre les patients et les infirmières, mais les 29 infirmières de cette étude ne sont pas comptabilisées dans le total susmentionné).

Au niveau de la hiérarchisation, la majorité des études choisies obtiennent un haut niveau de preuves ; les essais contrôlés randomisés ainsi que les revues systématiques et méta-analyses se trouvent au sommet de la hiérarchie des types d'études établie en fonction de leur qualité méthodologique intrinsèque (Université de Liège, 2002).

Dans chacune des études, les participants ont dû donner leur accord afin de participer à l'enquête. De même, l'anonymat des participants a été assuré, que la participation s'effectue sous la forme de questionnaires ou d'interviews. Plusieurs recherches indiquent que la demande déposée à la commission d'éthique a été approuvée. Ainsi, les recommandations éthiques ont été respectées.

En lien avec le thème de cette recherche, les études la concernant plus particulièrement ont toutes le même auteur, Mitchell. La première (2000), correspond au rôle informationnel de l'infirmière dans la gestion de l'anxiété dans un service de chirurgie ambulatoire. Toutefois, la prise en charge est axée uniquement sur l'enseignement. Ensuite, la deuxième (2002), concerne la prise en charge psychologique complète du patient en ambulatoire ; elle est aussi rattachée à l'apport informationnel et recouvre toute la période péri-opératoire. Enfin, la dernière (2003), examine le concept de l'anxiété en chirurgie moderne ; ainsi, il ne prend pas uniquement en compte le mode ambulatoire.

Ensuite, deux études ont des questions de recherche semblables, reliant l'efficacité ou l'utilité du mode ambulatoire à des soins infirmiers de qualité (Bergström et al., 2000 ; Gilmartin & Wright, 2007). Bien que cette dernière souhaite amener des preuves pour les pays en voie de développement, leur recension des écrits n'a pas été probante et se base ainsi sur des recherches se déroulant dans les pays développés. De ce fait, elle a été sélectionnée. Une autre étude se focalise sur les interventions infirmières adaptées, en posant la question de la pertinence des interventions conventionnelles et de la nécessité potentielle de réviser celles-ci (Grieve, 2002).

Parmi les autres recherches, cinq ont centré leur question sur l'enseignement en chirurgie ambulatoire. Ainsi, celles-ci, toute en abordant différents aspects de l'enseignement, mettaient en avant une diminution de l'anxiété associée. De sorte que cet élément est ressorti comme central dans la gestion du stress en pré-opératoire sur le mode ambulatoire et les études ont été sélectionnées pour la revue (Bernier et al., 2003 ; Brumfield et al., 1996 ; Fortner, 1998 ; Lancaster, 1997 ; Mitchell, 2001).

L'expérience des patients dans la chirurgie ambulatoire fait l'objet de quatre recherches (Costa, 2001 ; Gilmartin, 2004 ; Gilmartin & Wright, 2007 ; Rhodes et al., 2006). En ce sens, ces auteurs examinent différents aspects de l'expérience péri-opératoire tels que les sentiments éprouvés face à la procédure chirurgicale ou aux interventions infirmières, ceci en mettant en lumière différentes causes de l'anxiété chez les patients durant la phase pré-opératoire. De même, James (2000) pose la question des problèmes réels et potentiels en chirurgie ambulatoire ; un des éléments ressortant consiste en la gestion de l'anxiété. Bien que sa population couvre les patients adultes et pédiatriques, les deux populations sont distinctes et les résultats relevés proviennent uniquement de la population adulte.

Enfin, une recherche cible la diminution de l'anxiété en chirurgie ambulatoire par la musicothérapie (Cooke et al., 2005).

De la sorte, à la connaissance de l'auteur, aucune étude n'a été consacrée au thème spécifique du rôle infirmier face à l'anxiété pré-opératoire dans la chirurgie ambulatoire, bien que de nombreux aspects de ce sujet soient présents, en arrière-fond ou de manière incomplète, dans de nombreuses recherches. Il est étonnant de constater que cette question n'ait pas encore fait l'objet d'études, si ce n'est dans notre pays, du moins dans les pays anglophones où la pratique de la chirurgie ambulatoire est déjà bien implantée.

4.2. Analyse des résultats

Dans ce chapitre, les résultats tirés des études sont analysés à travers les facteurs caratifs de la théorie du caring de Watson (1998). Néanmoins, de l'interaction des résultats et des facteurs caratifs, en eux-mêmes et entre eux, résultent l'apparition de certains résultats de façon répétitive dans les différents facteurs. Un tableau est présenté en annexe G., exposant les principaux liens relevés.

Pour passer à l'examen critique des thèmes soulevés durant l'élaboration des résultats, il paraît indispensable à l'auteur de formuler des hypothèses. Pour cela, l'auteur fera usage de la deuxième personne du pluriel dans ce chapitre ainsi que dans les suivants.

L'utilisation des facteurs caratifs se fait dans le même ordre séquentiel que sous le point 1.4.2. : Caring.

4.2.1. Valeurs humanistes et altruistes

La base du caring se compose de valeurs humanistes et altruistes qui favorisent des meilleurs soins aux patients. Dans les résultats, la majorité des patients font mention d'une certaine qualité des soins infirmiers au niveau des compétences infirmières telles que la capacité d'écoute. Néanmoins, si la majorité des patients se disent soutenus durant l'expérience péri-opératoire, une partie importante s'est sentie abandonnée durant les phases d'attentes pré-opératoires. De la sorte, il ressort que des améliorations quant à la perception infirmière de l'anxiété des patients doivent être amenées. Cela doit être réalisé par une évaluation objective faite avec la collaboration du patient et non subjective, élaborée par les infirmières uniquement. De plus, la présence émotionnelle de l'infirmière est jugée aussi nécessaire que sa présence physique. Les patients désirent ressentir de la part de leur soignant. Cela est légitime, particulièrement lorsque les patients ressentent de l'anxiété. Ainsi, si la démarche infirmière se centre totalement sur le patient, elle se réalise avec le patient, selon ses valeurs et ses choix.

4.2.2. Système de croyance et de d'espoir

La spécificité de chaque individu est mentionnée dans plusieurs études, particulièrement à travers les aspects d'une évaluation correcte de l'infirmière face au patient. Si une valeur plus importante est donnée à l'ethnie et à la religion dans les résultats, la nécessité d'intégrer la personne dans sa globalité, tout en prenant en compte ses systèmes de croyances dans sa prise en charge, apparaît clairement. Ainsi, il sera possible pour l'infirmière d'accompagner le patient dans ses choix, ses valeurs, sa culture, sa religion, etc. tout au long du jour opératoire, mais également lors du retour à domicile par l'assurance de la compréhension et de l'acceptation des consignes données pour ce dernier. Cela rejoint également le facteur des besoins du bénéficiaire. Effectivement, pour une prise en charge globale et adéquate, tous les aspects de l'individu doivent entrer dans l'évaluation de l'infirmière et dans le choix de ses interventions. De plus, Watson (1998) va encore plus loin en disant que les croyances et sentiments de l'individu peuvent influencer non seulement sur le processus de guérison mais aussi sur l'issue de la maladie et que celles-ci ne doivent jamais être oubliées.

4.2.3. Sensibilisation à soi et à autrui

Pour développer sa sensibilité aux autres, l'infirmière doit accepter ses propres émotions et sentiments, et apprendre à les gérer de manière équilibrée, afin de faire preuve d'humanité face aux difficultés et douleurs du patient. Les résultats montrent que les patients ont effectivement accordé une valeur aussi importante à la présence émotionnelle de l'infirmière qu'à sa présence physique. De ce fait, l'infirmière se doit de rester centrée sur le patient lorsqu'elle se trouve en sa présence, encore plus particulièrement lorsque celui-ci est anxieux. De même, l'écoute reste un élément central. Celle-ci permet en effet de comprendre le patient, d'évaluer sa situation et de promouvoir sa santé.

De plus, l'infirmière ne doit jamais prétendre connaître le patient mais persévérer dans sa prise de connaissances lors de chaque rencontre (Watson, 1998). Le fait de connaître les peurs les plus fréquentes peut faciliter l'évaluation du patient. Ainsi, si les résultats montrent que les craintes concernent souvent l'anesthésie, associée à la mort et / ou à la perte de contrôle, de même que les peurs liées à l'intervention chirurgicale et à la douleur, ces connaissances doivent nous aider à guider notre évaluation ; celles-ci ne doivent cependant surtout pas faire l'objet d'une généralisation. En effet, nous jugeons que chaque patient est unique et que ses peurs sont spécifiques. Par conséquent, sa prise en soins doit absolument être individualisée.

4.2.4. Développement d'une relation d'aide et de confiance

Le patient doit sentir de l'intérêt pour ses besoins de la part de l'infirmière pour avoir confiance en elle. De la sorte, il se sentira non seulement soutenu mais sera également plus enclin à partager ses problèmes et ses sentiments tels que l'anxiété. Néanmoins, les résultats montrent que les patients avaient souffert de longs temps d'attente, créant des sentiments d'abandon, de vulnérabilité et de colère. Ainsi, leurs craintes se sont amplifiées. Cela péjore la relation d'aide et de confiance. En effet, comme mentionné précédemment, les résultats montrent que les patients accordent une valeur significative à la présence de l'infirmière, tant au niveau physique qu'émotionnel. En développant sa sensibilité aux autres et en basant ses soins dans une dimension humaniste, l'infirmière soutient le développement d'une relation d'aide et de confiance ; plusieurs auteurs l'ont

également mis en avant comme soutenant pour le patient. Néanmoins, pour cela, le personnel soignant doit prendre en considération le patient, lui accorder toute sa place en tant qu'être humain. Ainsi, l'infirmière pourra appliquer son savoir au niveau communicationnel, comportemental, somatique et langagier, et particulièrement autour de l'écoute active.

4.2.5. Acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs

Ensuite, pour développer une relation d'aide permettant une diminution de l'anxiété du patient dans la phase pré-opératoire, l'infirmière doit aussi accepter l'expression de ses sentiments tant négatifs que positifs. En effet, le comportement est influencé par les émotions, autant que par les processus cognitifs, même si cela est plus difficile à appréhender. Ainsi, dans le caring, il faut prendre en compte les sentiments pour offrir une prestation infirmière de qualité promouvant la santé (Watson, 1998).

Effectivement, en niant l'anxiété et la peur que peuvent ressentir le patient, il ne sera pas possible pour l'infirmière de les prendre en charge. Néanmoins, certaines peurs peuvent être plus difficile à accepter telles que celles liées à nos compétences d'infirmières, pourtant mentionnées par les patients. Néanmoins, l'infirmière doit voir au-delà de ses propres sentiments, en les acceptant (ce qui conduit à l'actualisation de soi et donc à une sensibilisation à soi et à autrui, item 4.2.3.) pour prendre en charge les angoisses des patients et leur offrir un soutien infirmier adapté.

4.2.6. Méthode scientifique de résolution de problème dans le processus décisionnel

Ensuite, plusieurs études évoquent l'établissement d'un programme incluant la gestion de l'anxiété dans l'organisation de l'équipe soignante, favorisant ainsi sa prise en charge. Cela demande d'accorder une plus grande valeur à cet aspect des soins et nécessite une vision commune de la prise en charge des patients par toute l'équipe

infirmière, ainsi qu'une application constante de celle-ci quels que soient les obstacles rencontrés.

Cela est conseillé par Watson (1998) qui montre que l'infirmière se doit d'utiliser une méthode scientifique de résolution de problème afin de faire preuve de stabilité dans sa prise en soins. Cela est applicable dans un programme de gestion de l'anxiété.

Néanmoins, il n'est pas forcément nécessaire d'instaurer un programme spécifique à l'anxiété. Une première démarche serait d'inclure cet aspect de la prise en charge dans les programmes existants, de manière à ce que celle-ci soit systématique.

4.2.7. Enseignement-apprentissage interpersonnel

Plus de 70% des recherches (12 études) évoquent l'apport informationnel au patient, en termes de technique de gestion de l'anxiété du patient, de contenu, de support matériel ou du temps opportun pour l'enseignement. De plus, si la majorité des patients se dit soutenue durant l'expérience périopératoire, la moitié des patients n'était pas satisfaite au niveau des informations apportées en évoquant leurs insuffisances. De la sorte, il nous paraît évident que l'enseignement est un élément central dans la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient et doit encore être amélioré. Cela rejoint le facteur caritatif susmentionné qui comprend la transmission de l'information mais aussi la nature de l'apprentissage qui en découle. Watson (1998) attribue d'ailleurs une valeur primordiale à l'éducation à la santé et l'associe à la gestion du stress des patients.

Au niveau du contenu, les résultats montrent que, parmi les informations que les patients souhaitent recevoir, se trouvent prioritairement les renseignements situationnels et procéduraux, les indications en lien avec le comportement attendu de leur part par les professionnels durant la procédure ainsi que le soutien psychosocial. Toutefois, la procédure reste l'objet central avec des questions relatives au temps nécessaire à celle-ci ou à l'ordre d'arrivée des événements. Ceci répond à un besoin de contrôle ressenti par le patient face à la situation qui est d'ailleurs relevée comme permettant une meilleure gestion de l'anxiété.

Au niveau des conditions temporelles de l'apport informationnel, le meilleur moment semble être avant l'admission. Ainsi, les patients peuvent anticiper les événements, ce qui augmente leur autonomisation et les aide à gérer leur stress.

Au niveau du matériel, les brochures ou les vidéos sont souvent évoquées. Néanmoins, si le contenu de ces supports est encore à étudier, leur utilisation est indiquée car différentes stratégies d'enseignement permettent de renforcer l'apprentissage du patient.

Parmi les enseignements divers que peut effectuer l'infirmière, se trouvent les méthodes anxiolytiques telles que l'hypnose, les exercices respiratoires, la visualisation, etc. Néanmoins, aucune d'elles n'a fait l'objet d'une étude approfondie prouvant ou infirmant ses bénéfices anxiolytiques. Ainsi, d'autres recherches sont nécessaires pour juger de la pertinence de leur utilisation. Watson (1998) se centre d'ailleurs sur l'importance de l'information comme facteur favorisant une bonne gestion du stress par le patient.

4.2.8. Environnement mental, physique, socioculturel et spirituel qui est soutenant, protecteur et / ou correctif

Au niveau de l'environnement, les études conseillent de favoriser un espace calme, propice à l'apprentissage du patient. De même, Watson (1998) recommande un environnement physique, psychologique, socio-culturel et spirituel soutenant. De sorte que l'infirmière puisse elle-même devenir un soutien pour le patient suite à son évaluation si ce dernier ne dispose pas de soutiens environnementaux initiaux.

Un des principaux soutiens environnementaux est la famille. Celle-ci est un élément important de l'histoire de vie du patient qui doit être utilisée sciemment dans l'évaluation du patient. Il est primordial de privilégier la relation avec le patient et de s'assurer de ses choix quant à la place qu'il attribue à sa famille et à ses différents membres. Néanmoins, dans certaines situations, particulièrement chez les personnes plus âgées dont la difficulté de compréhension et la mémoire diminuent, la prise en compte de la famille est nécessaire.

De plus, l'infirmière peut assurer un environnement soutenant par la musicothérapie. Celle-ci est la principale méthode anxiolytique ressortie des résultats. Elle diminue le degré d'anxiété de manière significative. En revanche, le choix de la musique, n'agissant pas sur le degré d'anxiété, est à laisser aux préférences du patient.

Parmi les différents aspects de l'environnement, Watson (1998) cite également ses conséquences sur les stratégies d'ajustement. En effet, une aide facilitant une perception correcte des événements d'une situation, par une première évaluation de ses sentiments subjectifs afin de passer aux craintes objectives, permet au patient d'ajuster au mieux ses stratégies sur la réalité. De plus, le sentiment de contrôle du patient s'acquiert particulièrement à travers l'apport informationnel précoce et la visualisation des agents stressants.

De même, deux auteurs évoquent les stratégies de coping. Celles-ci doivent être promues par les infirmiers, selon la cause de l'anxiété. Malheureusement, nous éprouvons une certaine difficulté face à cette proposition, car les stratégies de coping proposées ont fait l'objet de recherches mais restent obscures pour certaines d'entre-elles. De même, aucune piste n'est réellement donnée dans la promotion concrète de ces stratégies de coping dans les résultats. Quant à Watson, les stratégies d'ajustement qu'elle propose n'y correspondent pas non plus. Néanmoins, elle voit quatre facteurs influençant les stratégies d'ajustements : le niveau d'incertitude perçue, l'importance de la menace, le facteur conflit et le niveau du sentiment d'impuissance. De même, elle différencie les stratégies positives et négatives mais explicite peu celles-ci (Watson, 1998). De la sorte, ce sujet devrait faire l'objet de recherches plus fouillées avant de poser quelques hypothèses quant à l'utilisation des stratégies de coping /d'ajustement lors de stress pré-opératoire dans de courts délais d'attente.

4.2.9. Satisfaction des besoins humains du bénéficiaire

Nous considérons le patient comme le centre de la pratique infirmière. Ainsi, la personne hospitalisée doit être maîtresse de ses choix à tout moment, ainsi que ses besoins évalués et pris en charge tout au long de la durée hospitalière. Pourtant, si une majorité des patients font mention d'une certaine qualité des soins infirmiers au niveau de l'évaluation dont ils ont fait l'objet, il apparaît que les patients n'ont pas ressenti une réelle prise en charge de l'ensemble de leurs besoins. Ainsi, il ressort de ces résultats que l'infirmière doit améliorer l'évaluation des besoins des patients. Les ressources et limites de l'individu doivent être également prises en compte. De même, le patient doit pouvoir participer aux processus décisionnels.

Si l'infirmière effectue une évaluation globale de l'individu, se basant sur l'ensemble des besoins de la pyramide de Watson, et en s'assurant de la compréhension du patient, sa prise en soins sera complète et adéquate ; prenant naturellement en charge l'anxiété manifestée par les patients, parmi l'ensemble de leurs besoins.

Ainsi, dans la satisfaction des besoins de l'individu, il est essentiel de prendre en charge les besoins concrets (situés en bas de la pyramide de Watson) comme les éléments abstraits (situés en haut de la pyramide), leur importance étant identique dans les soins infirmiers.

Enfin, parmi les besoins du patient se trouvent indirectement ceux de la famille. Celle-ci doit également être prise en charge et accompagnée dans ses inquiétudes et questionnements par le personnel infirmier. Pourtant, sa prise en charge dépend de la place que lui accorde le patient. Ainsi, nous considérons que le patient est au centre de nos soins, avec ses valeurs familiales et ses choix.

4.2.10. Forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles

Chaque individu est unique. Cela est la base du facteur caratif susmentionné. De même, en abordant le patient sous une perspective existentielle-phénoménologique, la prise en charge devient globale et spécifique. Selon Watson (1998), cela permet de comprendre, d'une part, la santé et d'autre part, les difficultés liées à l'ajustement à la maladie. Effectivement, ce facteur donne un sens et une perspective à la pratique de l'activité professionnelle de l'infirmière par la manière d'être et le sens personnel de celle-ci dans la vie. Il constitue une introduction à l'existentialisme et correspond ainsi à une remise en question de la part des infirmières dans leur vie personnelle et professionnelle afin d'arriver à une pratique holistique. La démarche doit être réalisée par chaque soignant selon ses désirs et valeurs.

Suite au dernier facteur caratif, il est nécessaire de spécifier qu'aucun de ceux-ci n'est applicable efficacement de manière isolée. L'ensemble des facteurs compose le caring et ils permettent, appliqués conjointement, des soins infirmiers de qualité.

En appliquant l'ensemble des facteurs caratifs dans sa pratique, l'infirmière favorisera le "self-healing". Effectivement, en soutenant la compréhension du patient dans ce milieu, qui lui est inconnu, et en l'impliquant dans le processus décisionnel, cela influera positivement le contrôle que le patient possède sur lui-même et son environnement. Ainsi, il participera activement à son rétablissement en santé.

De plus, il ne faut pas oublier que le stress est non seulement néfaste au niveau psychologique, mais a également un impact sur le physique de l'individu. Ne pas prendre en charge l'anxiété du patient peut le plonger dans une détresse émotionnelle mais aussi agir au niveau des systèmes cardiaque, digestif et immunitaire. L'ensemble des éléments soulevés démontre qu'apporter une réponse à la question de la gestion de l'anxiété pré-opératoire du patient en chirurgie ambulatoire est primordial.

4.3. Réponse à la question

Ainsi, suite à cette revue de littérature, nous considérons que le rôle infirmier face à l'anxiété pré-opératoire du patient adulte admis dans un service de chirurgie ambulatoire s'articule particulièrement autour de l'enseignement. A travers le cadre de référence et les résultats, il est évident que l'information détermine les réponses au stress en aidant à rendre les agents stressant moins menaçants. Celle-ci doit être individualisée et suivre une évaluation de la part de l'infirmière.

Watson constate différents aspects de l'éducation à la gestion du stress, qui ressortent également des résultats de la revue. L'enseignement aide à éprouver une inquiétude qui soit réaliste, diminue les peurs fantasmées et évite des écarts trop importants entre le degré de stress attendu puis vécu par une accession à des attentes claires. La préparation mentale (ou visualisation) favorise l'acceptation du sentiment de stress ressenti.

L'apport d'information diminue la réponse émotionnelle au stress dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, des informations en lien avec les agents stressants tels que l'anesthésie, la procédure (les événements dans l'ordre séquentiel avec la durée de ceux-

ci), le comportement attendu de la part du patient, etc. peuvent et doivent être fournies au patient. De même, nous considérons que cela doit se faire avant l'admission, afin d'aider à leur autonomisation.

De plus, l'utilisation de méthodes alternatives peut être efficace. La musicothérapie a fait ses preuves. Néanmoins, nous n'avons pas pu établir des preuves de l'efficacité d'autres méthodes telles que l'hypnose ou l'aromathérapie. Ainsi, la réponse à notre question de départ est incomplète car nécessiterait des études dans différents aspects de la gestion de l'anxiété des patients dans le contexte ambulatoire.

En résumé, même si certaines possibilités ne dépendent pas uniquement du personnel infirmier et demande l'accord, voire le soutien de l'institution (particulièrement au niveau financier et logistique), la compréhension et les preuves de l'aspect préventif de l'information précoce ou de certaines méthodes alternatives sur la gestion de l'anxiété du patient nous permet néanmoins d'appuyer et d'exercer de manière satisfaisante notre rôle infirmier propre auprès des patients.

Ainsi, certains éléments peuvent être proposés pour la pratique.

4.4. Implications pour la pratique et propositions d'action

Au niveau de l'apport d'information, il est difficile de se prononcer quant à la méthode la plus efficace au niveau de la diminution de l'anxiété des patients. Néanmoins, une visite dans l'unité comprenant une rencontre, le tout planifié d'avance est à priori une des méthodes les plus faciles et moins onéreuses à mettre en place. Nous pouvons effectivement imaginer que le temps mis à disposition par le personnel avant l'admission pour une visite des lieux et une rencontre se récupère en partie sur le temps pris lors de l'admission des patients. De plus, la visite permet au patient d'acquérir des repères facilitant son admission et sa gestion du stress le jour de l'intervention. De même, la rencontre en face-à-face est utile au patient car il aura l'occasion de poser des questions. Néanmoins, il se pose la question de la rencontre avec les autres patients hospitalisés au moment de la visite, c'est pourquoi un espace d'accueil serait utile ; celui-ci permettrait une visualisation des lieux (emplacement du bureau des infirmières ainsi que des salles d'opérations, disposition des chambres, etc.) de manière directe ou

sur description de l'infirmière. De la sorte, ce monde qui est inconnu pour les patients perdrait de sa mysticité. Le patient, connaissant les lieux et la procédure, pourrait acquérir un sentiment de contrôle sur les événements, ce qui augmenterait son autonomie et lui permettrait de gérer au mieux son anxiété. Cette visite pourrait être organisée en même temps que la rencontre avec le médecin anesthésiste afin de ne pas contraindre le patient à des déplacements multiples. Ainsi, une organisation des informations apportées lors de cette rencontre serait également nécessaire et ferait l'objet d'un consensus de l'équipe.

Au vues des résultats, nous proposons néanmoins que les informations englobent la procédure, de l'admission à la sortie, ainsi que des informations et consignes pour le retour à domicile. Une brochure pourrait être fournie ; celle-ci se composant de feuilles individuelles à assembler pour un patient défini, selon ses spécificités. Ainsi, un patient recevrait des remarques générales sur le service, une explication spécifique à son opération et des consignes individuelles selon les soins à effectuer au retour à domicile (une fiche expliquant les changements de pansements simples, une fiche indiquant la marche à suivre pour une injection anticoagulante, etc.).

Au-delà de cet apport informationnel, il semble intéressant de se pencher sur les méthodes de distractions. Effectivement, si les temps d'attente sont importants, il ne nous est pas réellement possible de les diminuer. Cela va effectivement dépendre des horaires et de l'organisation de la salle opératoire le plus souvent. En revanche, afin d'éviter une augmentation de l'anxiété du patient ou l'apparition d'un sentiment d'abandon, l'utilisation d'un moyen de distraction nous paraît pertinent. Ainsi, la mise à disposition de musique ou d'une télévision pourrait être envisagée. La musicothérapie emporte notre préférence de part sa facilité de mise en place ainsi que la possibilité d'une mise à disposition individuelle pour des coûts moindres en comparaison avec d'autres méthodes comme la télévision. De plus, les résultats prouvent son efficacité.

Ainsi, quels que soient les choix de l'institution et du corps infirmier, ceux-ci doivent être formalisés à travers des protocoles en assurant une qualité des soins, dans la collaboration avec les autres professionnels de la santé tels que les anesthésistes qui prennent le relais dans la phase pré-opératoire directe.

De plus, de l'admission à la prise en charge pré-opératoire directe, l'infirmière doit être attentive de manière individuelle aux manifestations d'anxiété des patients et prévenir celles-ci en :

- créant une sensation de tranquillité environnementale dans l'unité ;
- établissant une relation de confiance ;
- se montrant disponible lors des demandes des patients et en les écoutant ;
- utilisant un vocabulaire adéquat et précis d'une voix calme ;
- établissant un contact visuel et non-verbal avec le patient.

Pour le domaine de l'enseignement, ces résultats nous amènent à considérer de manière plus spécifique la prise en charge de l'anxiété des patients par les étudiants. Effectivement, si les soins concrets sont plus faciles à évaluer, les soins infirmiers englobent la prise en charge des aspects bio-psycho-sociaux de l'individu et donc de l'anxiété, cela au niveau péri-opératoire. Le modèle de Watson n'est pas utilisé dans l'enseignement de la Haute Ecole de Santé (HEdS) de Fribourg. Néanmoins, son concept propose une théorie humaniste et globale, se basant sur de nombreux cadres et auteurs. De même, son concept est internationalement reconnu. De sorte, il serait intéressant d'introduire le modèle de soins infirmiers de Watson dans les cours, afin d'étendre les connaissances théoriques estudiantines et d'approfondir les savoirs qui sous-tendent les pratiques des stagiaires durant les périodes de formation pratique.

De même, des propositions de recherches peuvent être formulées. Bien que la profession infirmière soit profondément humaniste, elle demeure une science. En tant que telle, la recherche est nécessaire, afin d'amener de nouvelles connaissances et d'ajuster au mieux notre rôle infirmier dans la pratique. Les différentes propositions seront exposées dans la conclusion, suite à l'énoncé des forces et limites de cette études.

CONCLUSION

Cette revue de littérature, qui concerne un thème d'actualité aux vues de l'extension actuelle du mode ambulatoire en Suisse, a permis une clarification du rôle infirmier dans la gestion de l'anxiété en chirurgie ambulatoire. Il est clair néanmoins qu'un transfert dans la pratique des données empiriques relevées dépendra des écrits scientifiques, relevant des interventions infirmières, qui seront encore produits.

Dans un premier temps, les forces et limites de cette étude sont relevées. Ensuite, les besoins de recherches sont abordés.

Forces et limites de l'étude

Au niveau de la méthode, la majorité des études était une bonne qualité, c'est-à-dire qu'elles comprenaient une introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion. Parmi les points positifs, les résultats ne se contredisaient pas entre les différentes études, ce qui porte à penser que ces résultats sont plausibles, même si les questions de recherche n'étaient pas toujours comparables. Néanmoins, même si une sélection des études a été entreprise d'après le lieu d'investigation de celles-ci afin d'assurer une homogénéité des résultats, les études provenaient tout de même de différents pays, où la culture comme les soins diffèrent des nôtres. De plus, aucune étude n'a été conduite en Suisse. A partir de là, on ne peut qu'imaginer que si les résultats américains, européens et australiens concordent, ceux-ci doivent être applicables en Suisse.

Au niveau de l'auteur, il a effectué sa première recherche et la tâche ne lui a pas été aisée. De plus, la recension des écrits a été laborieuse et entravée par sa compréhension limitée de la langue anglaise tout comme par l'aspect financier. L'accès à une majorité de recherches étant payant, des sélections ont été entreprises dans les commandes.

Besoins de recherches

Suite à cette revue, le constat nous amène à un manque d'études en lien avec le financement et la logistique nécessaires à la mise en place des propositions d'action ressorties. Effectivement, si le financement des brochures est plus clairement abordé, ce n'est pas le cas des autres techniques, telles que l'utilisation de la musique ou de la télévision. Il est vrai que ces données dépendent des infrastructures de l'institution et nécessitent vraisemblablement une volonté de cette dernière d'agir à ce niveau. De même, aucune étude ne donne de résultats probants sur la dotation infirmière nécessaire en chirurgie ambulatoire. Ainsi, il est difficile de connaître l'impact sur la dotation que peuvent avoir les pistes d'actions proposées. Il serait intéressant de connaître la base des choix de dotation infirmière faite dans les établissements fribourgeois, le site de Riaz mentionnant effectivement un juste niveau dans la dotation en réponse aux besoins et missions de l'unité.

Afin de promouvoir des techniques de relaxation ou de distraction dans les unités de chirurgie ambulatoire, il serait intéressant de mener des études en lien avec l'efficacité de différentes méthodes. Parmi les possibilités se trouvent l'hypnose, l'aromathérapie, les techniques de relaxation comme les exercices respiratoires ou la visualisation. De même que pour les techniques d'enseignements, le financement et la formation des infirmières en lien avec la technique choisie devraient être évalués.

Il est probablement possible de partir des expériences diverses de gestion de l'anxiété de la chirurgie sous le mode hospitalier pour évaluer les méthodes transférables dans la chirurgie ambulatoire.

Une des autres possibilités d'études se trouve être la place de la famille dans la chirurgie ambulatoire. Même si elle est mentionnée dans l'évaluation du patient ainsi que dans le retour à domicile, il serait intéressant de connaître le réel potentiel de la famille, tout comme la prise en charge concrète de celle-ci par le personnel soignant.

Ce dernier questionnement conclut ce chapitre et donc cette revue.

GLOSSAIRE

Bronchoscopie

"La bronchoscopie est un examen qui permet d'explorer visuellement la trachée et les bronches et de faire des prélèvements pour analyse. L'appareil utilisé, appelé bronchoscope, est un tube souple de moins de 5 mm de diamètre (le diamètre d'un crayon) dont l'extrémité est dirigeable. Il est relié à une source de lumière blanche et à un système d'aspiration des sécrétions" (Hôpital de la Broye, s.d.).

Counseling

Le terme counseling, d'abord utilisé par Rogers, définit une "relation d'aide en situation. Sa caractéristique est l'apport d'une aide, d'une médiation, etc. à une personne ou un groupe dans son contexte propre" (association française de counseling dans l'approche centrée sur la personne, s.d.).

Echographie cardiaque

Une échographie est "un moyen de diagnostic reposant sur l'enregistrement des échos produits par des ultrasons lors de leur passage à travers divers milieux de l'organisme" (Guerard, 2003, p.458), dans le cas présent, le cœur.

"Les ultrasons sont émis et leurs signaux reçus par l'intermédiaire d'un cristal de quartz, pour être transformés en images statiques ou dynamiques sur un écran ou sur un film photographique. Cet acte de radiologie, qui permet notamment le diagnostic de kyste ou de malformations internes, est indolore et ne présente pas de dangers connus. Il est largement pratiqué en gynécologie-obstétrique (suivi de la grossesse), mais aussi en cardiologie, angiologie, ophtalmologique, hépatologie, etc." (Guerard, *ibid.*, p.458).

Une échographie transoesophagienne peut suivre une échographie transthoracique. Celle-ci "permet l'étude du cœur, de l'aorte et des structures cardiaques inaccessibles aux autres méthodes d'imagerie radiologique. C'est un examen semi-invasif qui utilise les propriétés des ultrasons au moyen d'un capteur placé sur un endoscope introduit dans le tube digestif" (Prudhomme, Brun & Pauchet-Traversat, 2007, p.56).

Electrocardiogramme

"L'électrocardiogramme (ECG) est l'enregistrement des variations de l'activité électriques du myocarde, recueilli dans les différents points du corps. La compréhension des tracés électrocardiographiques implique une connaissance de l'anatomie et de la physiologie cardiaque" (Prudhomme et al., 2007, p.58).

"L'enregistrement s'effectue sur un papier millimétré (...). 4 électrodes sont disposées aux extrémités des 4 membres *et* 6 électrodes sont disposées sur le thorax (précordiales)" (Hallouët, 2007, p.390).

Holter

L'holter permet un enregistrement de l'électrocardiogramme pendant une durée de 24 heures. "Cet enregistrement contient environ 100 000 complexes cardiaques (un complexe correspondant à un battement cardiaque). Les éventuelles modifications de l'enregistrement doivent être corrélées avec les activités journalières du patient (...) susceptibles de modifier le rythme cardiaque. (...) Il est ainsi utilisé pour diagnostiquer des troubles du rythme cardiaque qui surviennent dans des circonstances spécifiques ou de manière inopinée" (Vulgaris Médical, s.d.).

Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité consiste en une juxtaposition informelle de regards et de savoirs venant de plusieurs disciplines différentes. Chacun amenant son point de vue sur une problématique isolée, le souci d'efficacité est présent mais ne nécessite pas un colloque interdisciplinaire. Il s'agit d'un échange informel entre plusieurs intervenants (Buillard Verville, 2008).

De même, "l'interdisciplinarité est l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème" (Wikipédia, 2008). Le but étant "d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples" (Buillard Verville, *ibid.*). La rencontre, et donc la démarche, est plus formelle (Buillard Verville, *ibid.*).

Remler

Le remler consiste en un enregistrement de la pression artérielle sur 24 heures (Tagan, 2004). "Les intervalles de mesures sont de 30 minutes le jour et de 1 heure la nuit" (Tagan, *ibid.*). Les valeurs considérées dans la norme sont sensiblement différentes le jour et la nuit (Tagan, *ibid.*).

R-test

"Le R-test est un appareil conçu pour pouvoir monitorer un patient pendant une durée allant de quelques heures à plus de 8 jours en mode continu, voire 6 semaines en mode ponctuel. Il se présente sous la forme d'un enregistreur ergonomique miniature. (...) La surveillance peut également s'effectuer en mode automatique. C'est-à-dire avec le calcul de la courbe du rythme, détection et mise en mémoire des événements les plus pathologiques et comptage de tous les événements en fonction de critères programmables par le clinicien" (Tagan, 2000).

Test d'effort

"Le test d'effort consiste à accroître le travail cardiaque en augmentant les besoins en oxygène du cœur par un effort musculaire réalisé sur deux types d'ergomètres : la bicyclette et le tapis roulant. Durant l'effort, un électrocardiogramme est enregistré en permanence" (Prudhomme et al., 2007, p.63). Le déroulement consiste à la pose des électrodes (les 12 dérivations habituelles), d'un tensiomètre avant une montée de la charge régulière en parallèle des surveillances (Prudhomme et al., *ibid.*, p.63).

BIBLIOGRAPHIE

Revues

Bakkour, R. (2003). *L'influence des stratégies de coping sur l'épuisement professionnel des infirmières du Liban-Nord*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières; Faculté des Sciences Infirmière, USJ.

Bergström, Y., Carlson, T., Jonsson, A. (2000). Nursing care for ambulatory day surgery: the concept and organization of nursing care. *Ambulatory surgery*, 8 (1), 3-5.

Bernier, MJ., Sanares, DC., Owen, SV., Newhouse, PL. (2003). Preoperative teaching received and valued in a day surgery setting. *AORN journal*, 77 (3), 563-82.

Brumfield, VC., Kee, CC., Johnson, JY. (1996). Preoperative patient teaching in ambulatory surgery setting. *AORN journal*, 64 (6), 941-52.

Campione, BA. (2000). Good use of short time. *Nursing Managment*, 31 (6):48-50.

Cericola, SA. (2000). Time/stress management techniques. *Plastic surgical nursing*, 20 (1), 48-9.

Cooke, M., Chaboyer, W., Hiratos, MA. (2005). Music and its effect on anxiety in short waiting periods : a critical appraisal. *Journal of clinical nursing*, 14 (2), 145-55.

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of advanced nursing*, 52 (1), 47-55.

Costa, MJ. (2001). The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN journal*, 74 (6), 874-81.

Dunn, D. (1998). Preoperative assesement criteria and patient teaching for ambulatory surgery patients. *Journal of perianesthesia nursing*, 13 (5), 274-291.

Formarier, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 79, 12–18

Fortner, PA: (1998). Preoperative patient preparation: psychological and educational aspects. *Seminars in perioperative nursing*, 7 (1):3-9

Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of clinical nursing*, 13 (2), 243-50

Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients experience of discharge and recovery. *Journal of clinical nursing*, 16 (6), 1109-17.

Gilmartin, J., Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Council of Nurses*, 54 (2), 183-90.

Gilmartin, J., Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of clinical nursing*, 17 (18), 2418-25.

Grieve, RJ. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British journal of nursing*, 12, 670-78

James, D. (2000). Patient perceptions of day surgery. *The British journal of theatre nursing*, 10 (9), 466-72

Kratz, A. (1993). Preoperative education: preparing patient for a positive experience. *Journal of post anesthesia nursing*, 8 (4), 270-5

Lancaster, KA., (1997). Patient teaching in ambulatory surgery. *The Nursing clinics of North America*, 32 (2), 417-27

Mitchell, M. (2000). Anxiety management : a distinct nursing role in day surgery. *Ambulatory Surgery*, 8(3), 119-127.

- Mitchell, M. (2001). Constructing information booklets for day-case patients. *Ambulatory Surgery*, 9 (1), 37-45.
- Mitchell, M. (2002). Guidance for the psychological care of day case surgery patients. *Nursing standard*, 16 (40) , 41-44.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery : a literature review. *Journal of clinical nursing*, 12 (6), 806-15.
- Naish, J. (1996). The route to effective nurse-patient communication. *Nursing times*, 92 (17), 27-30.
- Palese, A., Comuzzi, C., Bresadola, V. (2005). Global case management: the “nurse case manager” model applied to day surgery in Italy. *Lippincott’s Case management*, 10 (2), 83-92.
- Reid, JH., (1997). Meeting the informational needs of patients in a day surgery setting – an exploratory level study. *The British journal of theatre nursing*, 7 (4), 19-24.
- Rhodes, L., Miles, G., Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: a systematic review. *International journal of nursing practice*, 12, 178-192.
- Roche, B., Robert, J., Delgadillo, X., Zufferey, G. (2003). La chirurgie proctologique ambulatoire : l’expérience genevoise. *Le Courrier de colo-proctologie (IV)* 3, 76-79.
- Sutherland, R., (1994). Is this the way forward ? The role of the nurse in day surgery. *The British journal of theatre nursing*, 4 (1), 12-3
- Webb, C. (2001). Prise en charge, guérison, coping : vers un modèle intégré. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 132-142

Zimring, F. (2000). Carl Rogers. *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*. 3-4, 1994 (91/92), 429-442.

Pages Web

Association française de counseling dans l'approche centrée sur la personne (s.d.). *Qu'est-ce que le counseling ?* [Page WEB].

Accès : <http://www.geocities.com/afcacp/COUNSELING.html> [Page consultée le 26 juin 2009]

Centre hospitalier de l'université de Montréal. (2006). *L'interdisciplinarité, défi ou déni ?* [Page WEB].

Accès : www.chumontreal.qc.ca/pdf/defideni_01c.pdf. [Page consultée le 22 décembre 2008]

Confédération Suisse, le Secrétariat d'Etat à l'économie (16 décembre 2008). *La conjoncture suisse prise dans la tourmente de l'économie mondiale*. [Page Web].

Accès : <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=24239> [Page consultée le 14 avril 2009].

Confédération Suisse, Office de la statistique OFS (2009a). *Statistique de la santé*. [Page Web].

Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.Document.118129.pdf> [Page consultée le 16 avril 2009].

Confédération Suisse, Office de la statistique OFS (2009b). *Statistiques des hôpitaux 2007-Tableaux standard*. [Page Web].

Accès : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexicon.Document.119065.pdf [Page consultée le 16 avril 2009].

Confédération Suisse, Office de la statistique OFS (2003). *Statistique des hôpitaux*. [Page Web].

Accès : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexicon.Document.87967.pdf [Page consultée le 16 avril 2009].

Confédération Suisse, Office de la statistique OFS (2002). *Statistique médicale*. [Page Web].

Accès : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexicon.Document.88967.pdf [Page consultée le 16 avril 2009].

Confédération Suisse, Office fédérale de la santé publique (2009). *Les coûts de la santé continuent d'augmenter*. [Page Web].

Accès : <http://www.admin.ch/aktuell/00089/index.html?lang=fr&msg-id=26460> [Page consultée le 21 avril 2009].

Dictionnaire historique de la Suisse (2007). *Gasparin, Valérie de*. [Page Web].

Accès : <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F11123.php> [Page consultée le 26 juin 2009].

F-Information – Genève (2007). *A découvrir... Valérie de Gasparin*. [Page Web].

Accès : <http://www.f-information.org/fiche/188.htm> [Page consultée le 26 juin 2009].

Fornierod, P. (s.d.). *Du diagnostic infirmier à l'art de prendre soin de l'être humain situé*. [Page Web].

Accès : <http://www.mno.ch/publi/doc/171.pdf> [Page consultée le 27 juin 2009].

Herman, G. (s.d.). Chapitre 2. *Approches théoriques du stress dans le monde du travail (partie b)*. [Page Web].

Accès : www.psor.ucl.ac.be/personal/herman/Chapitre%202b.ppt [Page consultée le 8 juin 2009].

HFR, site de Riaz (2004a). *Secteur ambulatoire/hôpital de jour*. [Page Web].

Accès : <http://www.hsf.ch/prestations/jour.php> [Page consultée le 16 avril 2009].

HFR, site de Riaz (2004b). *Notre hôpital en quelques chiffres et données*. [Page Web].

Accès : <http://www.hsf.ch/bref/technologie.php> [Page consultée le 16 avril 2009].

Hôpital de la Broye (s.d.). *Bronchoscopie*. [Page Web].

Accès : <http://www.hopital-broye.ch/pdf/Bronchoscopie.pdf> [Page consultée le 26 juin 2009].

Hôpital du Valais (s.d.). *Charte des soins*. [Page Web].

Accès : <http://www.ichv.ch/fr/portrait/strategie/Pages/chartesoins.aspx> [Page consultée le 27 juin 2009].

Kündig, I. (2005). *Guide pour la qualité dans la fonction d'Infirmière ou d'Infirmier Indépendant*. [Page Web].

Accès : http://www.asi-vaud.org/documents/guide_pour_la_qualit%E8res_ind%E9pendantes.pdf [Page consultée le 27 juin 2009].

Nadot, M. (2008). *Conférence internationale sur l'histoire de la profession infirmière, Association canadienne pour l'histoire du nursing, La première école de soignantes laïques au monde face au pouvoir des Eglises*. [Page Web].

Accès : http://www.heds-fr.ch/fr/recherche/doc/conf/mna_ACHN_Toronto_juin_2008.pdf [Page consultée le 26 juin 2009].

Tagan, D. (2000). *Enregistrement de longue durée activée par le patient (R-Test)*. [Page Web].

Accès : http://www.hopital-riviera.ch/soins-intensifs/Site_EF/R-test.htm [Page consultée le 26 juin 2009].

Tagan, D. (2004). *Mesure de la pression artérielle sur 24 heures*. [Page Web].

Accès : http://www.hopital-riviera.ch/soins-intensifs/Site_EF/Remlerd.htm [Page consultée le 26 juin 2009].

Université de Liège, Bibliothèque de la faculté de médecine (2002). *Définitions des principaux types d'études*. [Page Web].

Accès : http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/type_etud.htm [Page consultée le 10 juin 2009].

Vulgaris Médical (s.d.). *Holter*. [Page Web].

Accès : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/holter-6327/technique-medicale.html> [Page consultée le 26 juin 2009].

Wikipédia. (2008). *Interdisciplinarité*. [Page WEB].

Accès : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinarit%C3%A9>. [Page consultée le 19 décembre 2008].

Ouvrages

André, C., Legeron, P., Lelord, F. (1995). *La gestion du stress*. Paris : Morisset

Fortin, M.F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education

Hallouët, P. (2007). *Mémo-guide infirmier, les 100 fiches essentielles*. Trento : Masson

Guerard, F., (Ed.) (2003). *Dictionnaire encyclopédique Auzou*. Paris : Philippe Auzou

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New-York : Springer Publishing Company

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières*. Saint-Laurent : Renouveau Pédagogique Inc.

Naudin, C. & Grumbach, N. (Ed.) (1998). *Le Larousse médical*. Montréal : Larousse-Bordas

Prudhomme, C., Brun, M.F. & Pauchet-Traversat, A.F. (2007). *Cardiologie : Mémento de stage de l'infirmière*. Paris : Maloine

Saliba, J., Bon-Saliba, B., Ouvry-Vial, B. (1993). *Les infirmières. Ni nonnes, ni connes*. Paris : Syros

Scherman, D. (1987). *La biologie du stress*. Monaco : Du Rocher

Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan

Articles de journaux

Angéloz J.M. (mai 2009). Hôpital : l'ambulatoire décolle. *L'Objectif*, p. 5

Gaillet, C.A., (2 mai 2009). Le boum de l'ambulatoire. *La liberté*, p. 12

Document non publié

Buillard Verville, D. (2008). *Enjeux, défis, difficultés du travail en équipe interdisciplinaire. Quelles implications pour l'infirmière HES*. [Polycopié]. Fribourg: Heds

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Processus d'élaboration d'une stratégie de coping

Figure 2 : Simplification du trajet entre les sources de stress et la maladie selon Rahe
(1974) cité par Watson (1998)

ANNEXES

A. Déclaration d'authenticité

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées.

Kurer Mirella

B. Tableau des résultats de recherches

<i>Termes de recherches</i>	<i>Banque de données utilisée</i>	<i>Résultats</i>	<i>Nombre d'études retenues</i>
"Day Surgery" AND "Preoperative" AND "Anxiety" AND "Nurse"	PubMed	37	4
"Day Surgery" AND "Preoperative" AND "Nurse"	PubMed	189	3
"Day Case" AND "Anxiety" AND "Nurse"	PubMed	15	1
"Day Surgery" AND "Anxiety"	PubMed	620	3
"Day Surgery" AND "Teaching" AND "Nurs*"	PubMed	485	1
"Day Surgery" AND "Nurse"	Cinahl	218	1
"Preoperative" AND "Anxiety"	Cinahl	568	1
<i>Related Articles</i>	PubMed	-	4

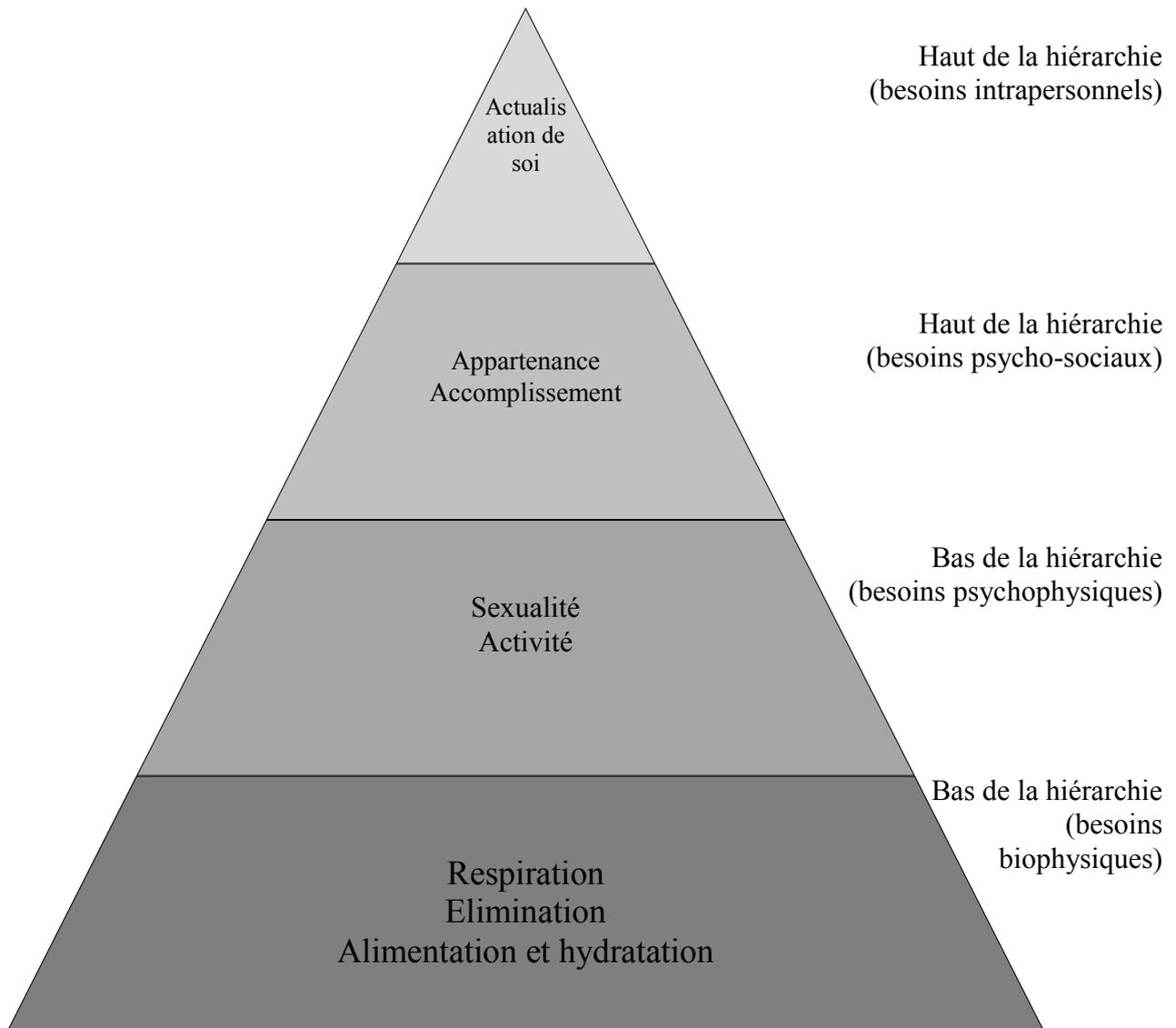
C. Tableau d'évaluation des types de patients admissibles pour la chirurgie en ambulatoire

Selon Dunn Debra (1998, p.284)

Systeme respiratoire	Les patients présentant de l'asthme, des difficultés respiratoires ou BPCO doivent être traités en phase pré-opératoire pour assurer une bonne oxygénation pour l'opération.
Systeme cardio-vasculaire	La sévérité de la physiopathologie cardiaque détermine l'appropriation d'une chirurgie en mode ambulatoire.
Systeme nerveux central	Les patients qui présentent des difficultés cognitives contrôlées par la médication. Les enfants et les adultes présentant une arriération mentale mais qui sont sains physiquement et ne présentent pas de malformation cardiaque congénitale.
Systemes hépatique et rénal	Les patients avec une défaillance rénale ou hépatique sévère ne sont acceptés pour une chirurgie ambulatoire qu'après la consultation anesthésique. Les patients dialysés sont candidats s'ils reçoivent un traitement dans les 24 heures de la chirurgie, un CBC (évalue l'hémoglobine contenu dans le sang) et une dialyse post-opératoire pour les électrolytes.
Systeme endocrinien	En cas de diabète de type II ou d'hyper-d'hypothyroïdie, un traitement abolissant les symptômes doit être établi avant l'intervention.
Systeme hémodynamique	Les patients hémodynamiquement stables durant les 12 derniers mois, en bon état général et sans difficultés organiques majeures.
Systeme digestif	En cas de présence de hernie, d'ulcère gastrique ou de maladie inflammatoire de l'intestin.
Systeme musculo-squelettique	Les patients souffrant de maux chroniques tels que ostéoporose, arthrite rhumatoïde, lupus, myasthénie, etc. doivent être évalués de manière individuelle.

D. Pyramide des besoins humains dans les soins infirmiers considérés comme la science du caring

Selon Watson (1998, p.114)



E. Tableau comparatif des études

N°	Auteur	Devis	Population	But	Méthode	Thèmes principaux	Conclusion
1	Bergström Carlson Jonsson (2000)	Etude qualitative avec analyse de contenu	68 patients Sexe : F et M Age : 30-69 ans	Gagner en efficacité dans la chirurgie ambulatoire avec des soins infirmiers de hautes qualités en pré- et post-opératoires.	Distribution d'un questionnaire. Catégorisation et hiérarchisation des résultats.	Les soins infirmiers sont organisés en quatre principes : <ul style="list-style-type: none"> - L'information au patient - Les soins primaires - La documentation infirmière - L'assurance qualité DySSSy 	La clinique de chirurgie ambulatoire est plus efficace avec une qualité de service conservée grâce à un programme actif d'apport d'informations et un système de continuité des soins.
2	Bernier Sanares Owen Newhouse (2003)	Etude qualitative avec analyse de contenu	116 patients Sexe : F et M Age : dès 18 ans	Examiner la congruence entre l'enseignement pré-opératoire reçu et son évaluation dans un service de chirurgie ambulatoire.	Distribution d'un questionnaire. Catégorisation et hiérarchisation des résultats.	5 items sont ressortis : <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités de l'information - L'information liés aux sensations / à la gêne - Le rôle du patient dans l'information - L'entraînement des compétences - Le soutien psychologique 	Un programme d'éducation comprenant les besoins du patient dès que l'opération est annoncé jusqu'aux soins post-opératoire à domicile a été créer et est disponible en ligne dans tout l'établissement du lieu de l'étude. Les infirmières peuvent par l'identification des besoins et des manques assumer au mieux la responsabilité des soins.

3	Brumfield Kee Johnson (1996)	Etude qualitative descriptive	30 patients Age : 19-68 ans 29 infirmières Age : 26-58 ans Sexe : M et F	Identifier le contenu de l'enseignement important pour le patient ainsi que pour l'infirmière afin de découvrir les différences.	Distribution d'un questionnaire. Catégorisation et hiérarchisation des résultats.	Les principales différences sont : - L'apport informationnel que les patients priorisent autour des informations situationnelles alors que les infirmières les centrent autour du soutien psychosocial. - le moment de l'apport de l'information que les patients souhaitent avant l'admission, tandis que les infirmières en placent une plus grande partie après l'admission.	Il est important - de tenir compte des priorités des patients pour l'enseignement. - de respecter les temps d'enseignement demandés par les patients Parmi les alternatives : - Améliorer les communications pré-hospitalières. - Utiliser du matériel (vidéos, brochures, etc.) - Une visite de l'unité avant le jour opératoire Les charges peuvent être récupérées sur la diminution des retards et annulations. Avoir une information précoce permet aux patients de planifier, envisager des alternatives pour les soins post-opératoire et d'apaiser les inquiétudes. En ambulatoire, les infirmières doivent continuer à fournir des soins de qualité en moins de temps et avec moins de ressources ; donc il est important d'axer la prise en charge de manière adéquate.
---	---	-------------------------------	--	--	--	---	--

4	Cooke Chaboyer Schluter Hiratos (2005)	Essai contrôlé randomisée	120 personnes Sexe : M et F Âge : dès 18 ans	Tester l'hypothèse que les patients de chirurgie ambulatoire qui écoutent de la musique durant la période pré- opératoire ont statistiquement un niveau d'anxiété moins élevé.	Distribution d'un questionnaire ainsi que de l'échelle STAI. Analyse des résultats avec le SAS 8.2 et des données socio- démographiques à l'aide du test Camer-von Mises.	La musique diminue l'anxiété, augmente la sensation de confort et fait se sentir bien.	Le fait d'écouter de la musique a une incidence significative sur la réduction du niveau d'anxiété. Le type de musique ne semble pas affecter de manière significative le degré d'anxiété. Les infirmières peuvent introduire de la musique en pré-opératoire de manière indépendante. C'est pratique, simple et peu contraignant pour les infirmières. La population a choisi 27 CDs sur les 37 disponibles. Cela est un argument pour laisser le libre choix de la musique au patient.
5	Costa (2001)	Etude qualitative phénoménologique	16 patients Sexe: M et F Age: 26-69 ans	Explorer les perceptions et la vision de l'expérience périopératoire des patients en chirurgie ambulatoire	Interview dirigé par un guide semi-structuré. Catégorisation des résultats.	Les principaux thèmes émergeant des interviews sont : - La peur : de la mort et de l'anesthésie, la crainte de la perte de contrôle et la peur d'être "coupé" - Les connaissances : le fait de ne pas savoir et le fait de ne pas être reconnu comme individu. - La présence : la disponibilité physique et émotionnelle des infirmières et membres de la famille	Les patients accordent une valeur significative à la présence de l'infirmière ou de leur famille. Ils désirent ressentir que l'infirmière est disponible physiquement et émotionnellement ainsi qu'avoir un soutien de leur famille. Celle-ci désirent prendre une part active à l'expérience. L'infirmière doit comprendre ce que le patient essaie de dire et lui permettre d'exprimer ses peurs. Cela demande des capacités communicationnelles et de l'empathie.

6	Fortner (1998)	Revue de littérature	19 études	Démontrer l'importance de l'enseignement malgré le manque de temps en ambulatoire.	Méthode de collecte non mentionnée. Catégorisation des résultats.	L'infirmière doit clarifier et renforcer des connaissances des patients. Les peurs des patients concernent : l'inconnu / le fait d'être endormi / la mort / le sentiment de dépendance / la douleur / la possibilité d'handicap / les perturbations de l'image corporelle. Différents points sont à prendre en compte dans l'évaluation : l'ethnie et la religion / la famille / la capacité du patient à faire face au stress / les personnes âgées sont plus fragiles.	<p>Les interventions infirmières diminuant l'anxiété sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contact visuel et non-verbal - La création d'un environnement calme - Une voix calme avec un vocabulaire apaisant - L'apport d'informations, faciles à comprendre - L'écoute thérapeutique - La disponibilité de l'infirmière - La discussion sur l'intervention et l'enseignement de technique de relaxation <p>Les informations comprennent : les informations procédurales concrètes, les informations sensorielles et les informations psychologiques</p> <p>En conclusion, l'infirmière doit comprendre les différences des individus et répondre aux besoins des patients. Une bonne expérience pré-opératoire est un investissement sur le RAD.</p> <p>La préparation psychologique et l'enseignement sont essentiels malgré le manque de temps.</p>
---	----------------	----------------------	-----------	--	--	--	--

7	Gilmartin (2004)	Etude qualitative phénoménologique	30 patients Sexe : M et F Âge : 19-85 ans	Obtenir les perceptions des patients de la préparation qu'ils reçoivent avant la chirurgie ambulatoire	Interview dirigée par un questionnaire. Analyse et catégorisation selon la méthode de Colaizzi et Van Manen.	4 thèmes sont ressortis : - L'efficacité du fonctionnement - L'évaluation de l'aptitude du patient - L'expérience de l'information donnée - Les problèmes d'annulation	La majorité des patients ont eu le sentiment d'être correctement préparés : ils ont reçu des informations compréhensibles sur la procédure, la promotion de la santé et ont pu poser des questions. Une partie des patients indique des déficits dans l'information, que leurs besoins n'étaient pas pris en charge de manière individualisée, les laissant anxieux. Ainsi les résultats montrent que la préparation personnalisée pourrait être renforcée dans la chirurgie ambulatoire.
8	Gilmartin Wright (2008)	Etude qualitative phénoménologique herméneutique	20 patients Sexe: M et F Âge: 19-85 ans	Décrire et interpréter les expériences des patients en chirurgie ambulatoire.	Interview non dirigée. Catégorisation des résultats.	Les quatre thèmes qui ont émergés de la recherche sont : - Le sentiment d'autonomisation pendant la préparation - Les appréhensions rencontrées - Le sentiment d'abandon durant la période d'attente pré-opératoire - La dynamique du rétablissement	Le ressenti principal est un sentiment d'abandon durant la période pré-opératoire. La longue attente a donné aux patients un sentiment de vulnérabilité et de colère. Certains ont aussi peur de se réveiller durant la procédure ou de mourir sous l'anesthésie. Il est important d'augmenter la part d'autonomisation du patient.

9	Gilmartin, Wright (2007)	Revue de littérature	152 études mais 20 sont directement en lien avec le sujet	Prouver l'utilité de la chirurgie ambulatoire pour les infirmières et de promouvoir son instauration dans des cliniques	Banques de données : RCN library, BNI, CINAHL and Medline Evaluation selon Hawker et hiérarchisation.	Organisation en huit thèmes : - les avantages économiques - les "meilleures pratiques" dans la journée chirurgie - l'anxiété liée à l'apport des informations - l'amélioration de communication - l'effet de la musique sur l'anxiété - la gestion de la douleur - les infections de la plaie - les nausées / vomissements	La revue met en évidence des points forts : le rapport coût-efficacité, l'augmentation de la satisfaction des patients et une faible incidence de l'infection ; et des points faibles : l'élaboration de l'évaluation pré-opératoire, l'utilisation de nouvelles de stratégies de communication, la préparation psychologique, l'amélioration de la gestion des symptômes en post-opératoire, adaptée et centrée sur la planification familiale.
10	Grieve (2002)	Etude qualitative avec analyse de contenu	150 patients Sexe et âge non mentionnés	Savoir si les rencontres pré-opératoires avec les infirmières diminuent l'anxiété et si les interventions infirmières conventionnelles sont adaptées ou si la réflexion sur la question doit être révisée.	Interview non dirigée. Catégorisation des résultats.	Deux thèmes principaux sont ressortis : 1. La peur de l'anesthésie et de perdre le contrôle 2. Un sentiment d'inconfort avec la manipulation de son corps endormi. Deux interventions diminuent l'anxiété des patients : 1. Le contrôle du patient 2. L'apport d'information	Les propositions principales : - Les stratégies de coping ne doivent pas être statiques mais adaptés aux besoins. - Le plus important est : 1. La prise de conscience des déterminants de la qualité d'une interaction soignant-soigné ; 2. Le temps. Les infirmières doivent prioriser les aspects de leurs soins ; la gestion de l'anxiété doit être considérée comme un besoin centrale du patient. Les infirmières accordent leur faveur à des approches incertaines en sous-appréciant le vrai potentiel thérapeutique de la relation.

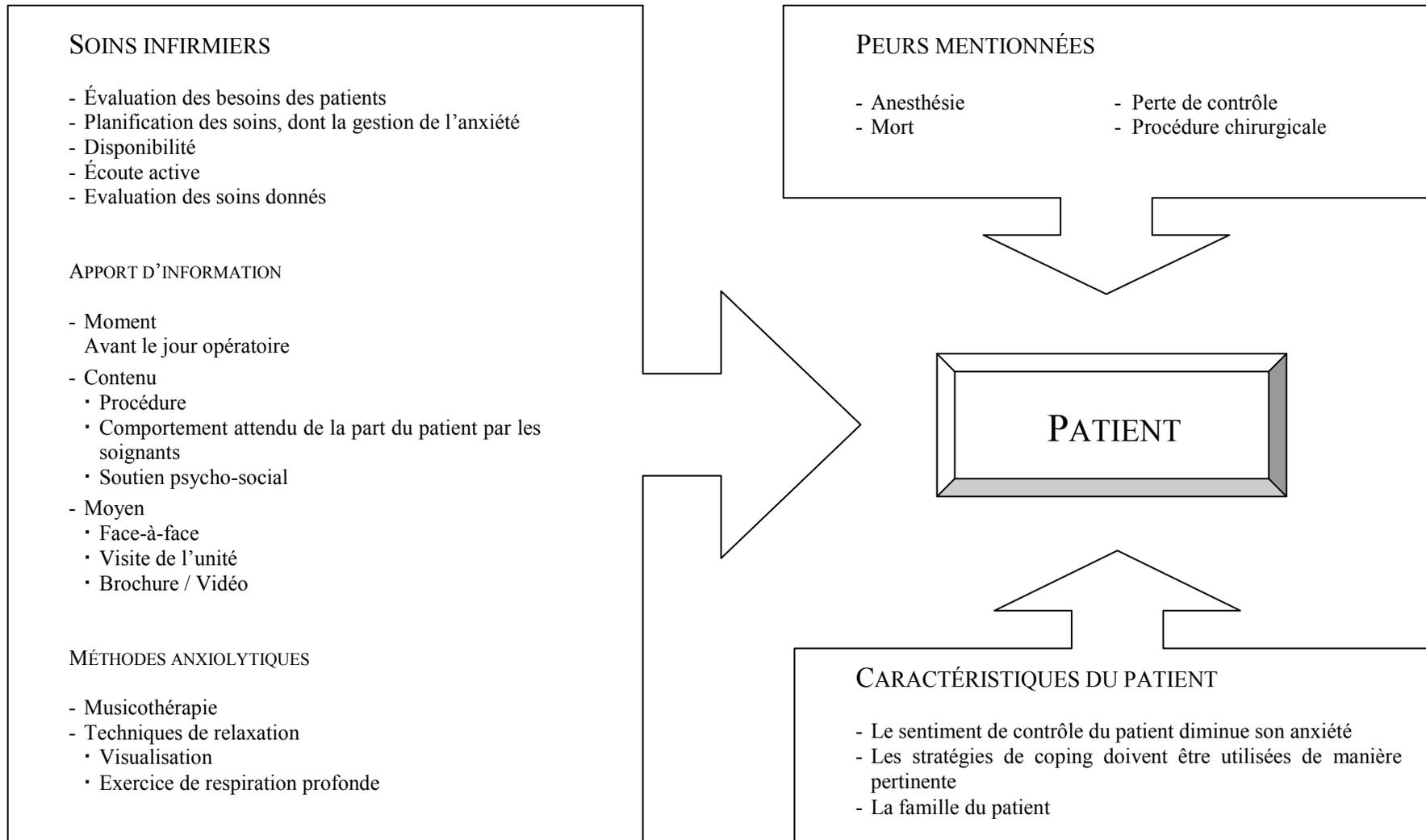
11	James (2000)	Etude qualitative exploratoire	503 patients pour le questionnaire 22 patients pour les interviews Sexe : F et M Âge : population pédiatrique, adulte et âgée	Déterminer les problèmes réels et potentiels de la chirurgie ambulatoire	Distribution d'un questionnaire ; interview semi-structurée. Catégorisation des résultats.	Les principaux items sont : - le sentiment de soutenance - l'apport informationnel	Les patients apprécient d'une manière générale les bénéfices de la chirurgie ambulatoire, même si la majorité n'a pas reçu d'alternative. Les informations au patient étaient standard bien qu'une partie les ont reçu que le jour opératoire. Les recommandations sont d'informer les patients une semaine avant leur opération. Ceci comprend le nom de l'intervention, une description procédurale et des informations de temporalité (au niveau périopératoire et récupération à la sortie).
12	Lancaster (1997)	Revue de littérature	18 études	Définir les besoins informationnels des patients	Méthode de collecte non mentionnée. Catégorisation des résultats.	Les principaux items sont : - Evaluation des besoins et ressources des patients - Les sujets de préoccupations des patients - Les différentes stratégies d'apprentissage qui peuvent se renforcer mutuellement. - L'anxiété diminue la capacité d'apprentissage des individus. - La famille du patient. - L'appel de l'infirmière en post-opératoire.	Un programme d'éducation au patient qui fonctionne doit inclure ces principes : - L'apprentissage est plus efficace quand il répond à un besoin interne du patient. Les besoins du patient doivent être compris par l'infirmière. - La participation active du patient est indispensable. - Le matériel utilisé doit être significatif, dans une langue que le patient comprend et viser l'apprentissage du patient. - L'apprentissage doit être renforcé.

13	Mitchell (2000)	Revue de littérature	99 études	Décrire l'apport informationnel dans la gestion de l'anxiété	Méthode de collecte non mentionnée. Classification des résultats.	Le rôle infirmier en ambulatoire comprend quatre défis : - l'apport informationnel - les soins infirmiers - l'expérience des patients - la récupération à domicile. Tous les défis sont reliés au premier : l'apport informationnel.	La gestion de l'anxiété en chirurgie ambulatoire comprend le diagnostic infirmier, les repères (tension artérielle, le ton de la voix,...) et les buts afin d'arriver à des interventions infirmières : - L'apport d'information - La promotion des stratégies de coping - L'utilisation thérapeutique du Moi - L'apport de contrôle - La promotion de l'auto-efficacité - L'évaluation
14	Mitchell (2001)	Revue de littérature	103 études	Fournir une approche méthodique au niveau informationnel dans la construction de brochure d'information et des suggestions pour leur application dans la chirurgie ambulatoire	Méthode de collecte non mentionnée. Catégorisation et comparaison des résultats.	Les principaux thèmes de la gestion de l'anxiété : - L'apport d'information - La promotion de stratégie de coping - La présence thérapeutique - L'apport d'un contrôle du patient - La promotion de l'autonomisation - La création d'un environnement positif Les différents apports d'information : - L'information de la procédure - L'information comportementale - L'information sensorielle	Il est nécessaire d'amener des informations : - En phase de pré-admission - En phase d'admission - En phase post-opératoires La construction de brochure d'information est un défi au niveau du rôle infirmier, mais aussi au niveau de la formation du personnel, des finances et de l'aspect juridique

15	Mitchell (2002)	Revue de littérature	22 études	Prendre en charge psychologiquement les patients en chirurgie ambulatoire.	Méthode de collecte non mentionnée. Catégorisation des résultats.	La gestion de la psycho-éducation du patient en pré-opératoire peut être divisée en trois domaines : <ul style="list-style-type: none">- La pré-évaluation- L'admission- La planification du départ	La disparition de l'anxiété n'est pas envisageable, néanmoins sa gestion de manière formalisée doit être un objectif.
16	Mitchell (2003)	Revue de littérature	103 études	Examiner le présent niveau de connaissance concernant l'anxiété du patient lors de la chirurgie moderne.	Banque de données : MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, PsychInfo et Scirus.com Catégorisation des résultats.	Les causes de l'anxiété sont : <ul style="list-style-type: none">- Communes telles que la personnalité de base anxieuse et l'anesthésie- Spécifiques telles qu'une différence entre les opérations volontaires (chirurgie plastique) et les opérations non-volontaires	La gestion de l'anxiété : <ul style="list-style-type: none">- La prémédication anxiolytique- La distraction Ainsi, deux défis subsistent : <ul style="list-style-type: none">- L'anxiété du patient comme un problème clinique individuel- L'insuffisance des interventions thérapeutiques Actuellement, la gestion de l'anxiété est dirigée par l'efficacité plus que par les besoins des patients. La distraction est limitée car non formellement acceptée. Il est ainsi nécessaire de rechercher quels moyens peuvent être mis en place face à l'émergence de la chirurgie ambulatoire.

17	Rhodes, Miles et Pearson (2006)	Revue de littérature	17 études	Présenter les informations valables en relation avec l'expérience des patients face aux interventions et aux soins infirmiers durant la période pré-opérative dans le contexte de la chirurgie ambulatoire.	Banques de données : Cambridge Scientific Abstracts, Expanded Academic Index, CINAHL, Current Contents, Embase, Medline, Proquest Health and Medical Complete, Psychinfo, Sociofile and Dissertation Abstract International. Analyse et synthétisation des résultats selon l'instrument QARI.	Les thèmes principaux sont : - L'éducation et l'information - La communication - La vie privée	Le premier contact avant l'admission est important ainsi que l'apport d'informations approprié et spécifique, l'établissement d'une relation soignant-soigné, et le maintien de la dignité du patient. Une gestion active du temps en admission contribue à la diminution de l'anxiété, à l'amélioration des résultats des patients et à l'augmentation de la satisfaction du patient
----	--	----------------------	-----------	---	--	---	---

F. Schéma des résultats



G. Tableau des principaux liens relevés dans la discussion entre les facteurs caratifs de Watson et les résultats⁸

<i>Facteurs caratifs</i>	<i>Résultats</i>
Valeurs humanistes et altruistes	SI : Disponibilité de l'infirmière SI : Evaluation
Système de croyances et de foi	SI : Evaluation Pt : Contrôle au patient
Sensibilisation à soi et à autrui	SI : Disponibilité de l'infirmière Peurs
Développement d'une relation d'aide et de confiance	Peurs SI : Apport informationnel SI : Disponibilité de l'infirmière
Acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs	Peurs SI : Disponibilité de l'infirmière SI : Evaluation
Méthode scientifique de résolution de problème dans le processus décisionnel.	SI : Planification
Enseignement – apprentissage interpersonnel	SI : Apport informationnel
Environnement mental, physique, socioculturel et spirituel qui est soutenant, protecteur et /ou correctif	SI : Apport informationnel SI : Disponibilité de l'infirmière Pt : Stratégies de coping Pt : Famille
Satisfaction des besoins humains du bénéficiaire	SI : Evaluation Pt : Contrôle au patient Pt : Famille
Forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles	SI : Evaluation SI : Disponibilité de l'infirmière Qualité des soins

⁸ Les catégories "soins infirmiers" et "patient" relevées dans le travail sont spécifiées à l'aide des abréviations "SI", respectivement "Pt" dans ce tableau.

H. Apprentissages réalisés

Afin d'expliquer les apprentissages réalisés au cours de ce travail, l'auteur de ce travail fera usage de la première personne du singulier dans la suite de cet item.

Pendant ce travail, ma compréhension de la méthodologie s'est considérablement améliorée, cette dernière étant un de mes points faibles. J'ai peu eu l'occasion de m'interroger de manière approfondie sur cet aspect des travaux auparavant. D'ailleurs, j'ai pu constater, lors de la rédaction d'autres travaux étudiants, l'influence de l'élaboration de ce Bachelor Thesis. J'ai pu appréhender de nouveaux concepts et découvrir comment les exploiter et les utiliser, ceci de manière plus rigoureuse.

Au niveau du thème du travail, j'ai aussi pu creuser mes connaissances dans de nombreux domaines. Ainsi, en premier lieu, la recherche d'une théorie de soins infirmiers convenant au sujet m'a permis d'explorer de nouvelles théories, particulièrement la théorie du caring. Celle-ci étoffera les cadres théoriques que j'utilise dans ma pratique quotidienne et me permettra d'améliorer ma pratique de soins infirmiers. Parmi les concepts utilisés, ceux-ci m'aident également à clarifier ma compréhension des structures hospitalières. Effectivement, aucune de mes périodes de formation pratique n'a eu lieu dans une unité ambulatoire, à l'exception d'un stage effectué avant mon entrée dans la HEdS de Fribourg. Effectivement, j'ai réalisé un stage d'observation dans une unité de pédiatrie, qui est séparée en deux services : hospitalier et ambulatoire. Néanmoins, j'ai choisi une population adulte pour ce travail, de part mes expériences ultérieures dans des services de chirurgie adulte sur plusieurs sites hospitaliers, dont l'institution qui m'a également engagée pour une unité équivalente suite à la fin de ma formation.

De cette manière, même si le contexte diffère, je pourrais transférer les connaissances acquises durant ce travail dans ma profession. En effet, les hospitalisations sont de plus en plus courtes et les événements s'enchaînent rapidement également pour les patients hospitalisés. De plus, je pourrais partager mes connaissances avec mes collègues et enrichir aussi ma propre pratique de l'expérience plus importante de celles-ci.

Cela me permettra également de faire des propositions durant les colloques en m'appuyant sur des résultats scientifiques. Ce partage dans l'équipe favorisera des soins de qualité pour les patients.