

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHU DE MONTPELLIER**

**Harmonisation des Sens et « Prendre Soins »,
Un défi à l'Induction pour l'Infirmier anesthésiste**

Mémoire soutenu
par
Sylvie de LATTRE

sous la direction de Madame F. ROMEUF

PROMOTION 2016-2018

**ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
CHU DE MONTPELLIER**

**Harmonisation des Sens et « Prendre Soins »,
Un défi à l'Induction pour l'Infirmier anesthésiste**

Mémoire soutenu
par
Sylvie de LATTRE

sous la direction de Madame F. ROMEUF

PROMOTION 2016-20

A ma Mère,

à qui je dois tant, qu'elle voit dans ce travail un témoignage de l'amour que je lui porte,

A mon Frère,

toujours trop loin sans l'être réellement,

A Dovic,

pour être toujours là,

A Gérard,

mon Frère de cœur, mon Guide, mon Ami.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de tout ce que tu as pu me transmettre.

Tu m'as tout appris et bien plus encore. Merci pour ton inconditionnel soutien.

Je te promets de continuer à œuvrer dans cette même direction.

A Véro, Rad et Flo,

mes Amis de route quotidiens, ma famille, fidèles compagnons H24 dans les moments de doutes, de galères et de franches rigolades. Merci pour vos canapés Freudiens...

A Rad,

Pour avoir récupéré à plusieurs reprises des données perdues dans les méandres de mon ordinateur et pour avoir essayé de le réanimer plusieurs fois...

A Steph et Céline, de la promo d'avant,

mes confidents sans filtre au cours de ces deux années,

A Alvin,

pour s'être proposé d'être là dès le concours d'entrée,

A Bernard,

Un jour, à cause de toi..., grâce à toi..., en pleine conscience, j'ai pris la décision de ce chemin

A Valérie et Carole,

Une rencontre sans définition,

A Alex et Eric,

La musique est l'amie de l'hypnose

A mes collègues de promo,

Je n'ai toujours pas compris le sens de certaines de vos expressions...

A tous ceux qui me sont chers,

Point n'est besoin de les citer, Ils se reconnaîtront,

Vous êtes tous le fondement de ce travail.

A Monsieur le Professeur P. Colson,
A Madame E. Brauer,
A Madame A.R. Palanque,

Pour l'éthique que vous vous appliquez à maintenir au cœur de l'école,

A Madame Françoise Romeuf,

*Sans vous, ce travail n'aurait pu voir le jour,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être le directeur de ce mémoire,
Je suis très sensible à l'intérêt que vous avez témoigné à ce travail,
Je vous remercie pour votre disponibilité, vos suggestions et votre aide précieuse,
Trouvez ici l'assurance de ma profonde et respectueuse gratitude,*

A Madame Ghislaine Rouby,

*Pour votre accompagnement au cours de cette deuxième année,
Pour la transmission de votre expérience,
Pour votre dynamisme,
Pour votre facilité à cerner les personnalités de chacun et à y répondre avec tant d'ingéniosité,
Pour avoir eu les mots justes en toutes circonstances,
Soyez assurée de ma très haute considération,*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
I. PROBLEMATIQUE	11
1. SITUATION D'APPEL	11
2. DISCUSSION	12
3. PROBLEMATIQUE.....	14
II. CADRE THEORIQUE	17
1. CONCEPT DU « PRENDRE SOIN ».....	17
1.1. L'essence du « Prendre Soins ».....	17
1.2. Le Prendre soins en anesthésie-chirurgie	19
1.3. Prendre soins et cadre réglementaire	21
1.4. L'intelligence artificielle, l'antinomie du « Prendre Soins » ?	22
2. LE CONCEPT DE SENSORIALITE-LES ORGANES DES SENS	25
2.1. Traitement du message sensoriel	25
2.1.1. Réception du message extérieur	25
2.1.2. Intégration sensorielle.....	26
2.1.2.1. Point de vue du neurobiologiste et du neuropsychologue	26
2.1.2.2. Point de vue philosophique	28
2.1.2.3. Point de vue du psychologue	28
2.1.2.4. Point de vue psychanalytique	28
2.1.2.5. Point de vue de l'ergothérapeute	29
2.2. Les sens	31
2.2.1. Les cinq sens	31
2.2.2. Approche psychanalytique des 5 sens.....	32
2.3. L'environnement sensoriel du patient en phase de « pré-induction »	34
2.3.1. L'environnement gustatif	34
2.3.2. L'environnement olfactif	34
2.3.3. L'environnement visuel	35
2.3.4. L'environnement kinesthésique	35
2.3.5. L'environnement sonore	36
2.4. Stratégie adaptative soigné-soignant face à l'environnement sensoriel de la phase de « pré-induction »	36
3. LES THERAPIES SENSORIELLES	38
3.1. Le sens de la vision.....	38
3.1.1. La luminothérapie.....	38
3.1.2. La thérapie esthétique.....	38
3.2. L'olfactothérapie.....	39
3.2. La thérapie par le goût.....	40
3.4. La kinesthésie thérapie ou le toucher	41
3.5. L'Hypnose.....	41
3.6. La musicothérapie.....	42
4. SYNTHESE DU CADRE CONCEPTUEL ET HYPOTHESE DE RECHERCHE	47
III. METHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNEES	49
1. CONTEXTE DE L'ENQUETE.....	49
1.1. Lieu de l'enquête et environnement sensoriel	49
1.2. A quel moment ?.....	49
1.3. Objets de l'enquête.....	49

1.3.1. Les infirmiers anesthésistes.....	49
1.3.2. Les patients.....	50
1.4. <i>Type d'anesthésie</i>	50
1.5. <i>Bornage temporel de l'observation</i>	50
2. OUTIL D'ENQUETE	50
2.1. <i>l'autoconfrontation</i>	50
2.2. <i>Grille d'observation</i>	51
3. CADRE REGLEMENTAIRE DE L'ENQUETE	51
IV. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES	52
V. RESULTATS DES ANALYSES – DISCUSSION	53
1. LE PRENDRE SOIN.....	53
2. LA SENSORIALITE	58
2.1. <i>Mesure du flux lumineux</i>	58
2.2. <i>Mesure de l'intensité sonore</i>	59
2.3. <i>Mesure de la température</i>	60
2.4. <i>Indicateurs du concept de sensorialité non mesurés</i>	60
3. CONCEPTS EMERGEANTS.....	64
4. LE POINT DE VUE DES PATIENTS	67
5. CONCLUSION DE L'ANALYSE - DISCUSSION.....	68
6. RETOUR SUR L'HYPOTHESE DE DEPART	69
CONCLUSION	70

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Courbe de relaxation psychomusicale.....	p43
Figure 2 : Mesure du flux lumineux avec un luxmètre (Situation 1).....	p57
Figure 3 : Mesure du flux lumineux avec un luxmètre (Situation 2).....	p57
Figure 4 : Enregistrement sonore par un sonomètre (Situation 1).....	p58

LISTE DES ABREVIATIONS ET SYMBOLES

AIVOC	: Anesthésie Intraveineuse à Objectif de Concentration
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CIDN	: Contrôle Inhibiteur Descendant Nociceptif
CLIN	: Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales
EMC	: Etat de conscience modifié
HAS	: Haute Autorité de Santé
HPCI	: Hygiène Prévention et Contrôle de l'Infection
IADE	: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	: Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
MAR	: Médecin Anesthésiste Réanimateur
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SFAR	: Société Française d'Anesthésie Réanimation
SF2H	: Société Française d'Hygiène Hospitalière
♯	: Noire : note de musique

INTRODUCTION

Le cursus d'infirmier anesthésiste s'inscrit dans une démarche de professionnalisation, d'acquisition de connaissances théoriques et pratiques qui entraînent une évolution de l'apprenant. Tous nos sens sont aiguisés à la recherche d'un idéal pré construit, d'un idéal propre. L'apprentissage amène à confronter théorie et pratique mais bien au-delà, il amène aussi à confronter des professionnels qui transmettent leurs expériences. Chacune de ces expériences est nourrie de vécus professionnels et personnels. La richesse de la transmission vient de l'échange possible et permet à l'apprenant de cheminer. Certains questionnements ne trouvent pas toujours de réponse cartésienne. Une réflexion s'instaure alors et se cristallise autour d'une même thématique, d'un même catalyseur de départ.

Dans le cadre de notre expérience, nos questionnements interrogent une possible optimisation de l'induction anesthésique par le « Prendre soin », la prise en compte de l'environnement sensoriel et la pratique des thérapies sensorielles. L'harmonisation de ce trio permet-elle une modulation de l'intégration émotionnelle imaginaire du patient et de fait, s'inscrit-elle dans une meilleure qualité des soins ?

Dans un premier temps, l'analyse des concepts du « Prendre soin » et de la sensorialité a pour objectif de mettre en valeur la place de ces deux concepts au sein des pratiques de l'infirmier anesthésiste. Dans un deuxième temps, un travail de recherche à travers deux autoconfrontations permet de mettre en évidence ces deux concepts dans ce qui est observable, ce qui ne peut être observable car du domaine de l'intentionnalité, de l'humanisme, de l'attention et dans ce qui peut être mesuré afin d'être plus objectif.

In fine, la confrontation entre l'analyse des concepts et le travail de recherche fait émerger des problématiques fondamentales pour la profession d'infirmier anesthésiste.

I. PROBLEMATIQUE

1. Situation d'appel

La situation décrite ci-dessous se déroule dans un bloc opératoire polyvalent, spécialité urologie, lors du premier stage de première année.

L'infirmier anesthésiste et moi-même accueillons en salle de bloc opératoire Mme T. qui doit être opérée pour une cystectomie totale dans un contexte carcinologique. Nous nous présentons. Nous lui demandons ce qu'elle ressent afin d'évaluer son anxiété et de la rassurer de manière adaptée. Mme T. se dit très anxieuse au regard de l'anesthésie et de la chirurgie. Nous savons cette anxiété majorée par une atteinte du schéma corporel (cystectomie totale avec reconstruction vésicale) et par une atteinte de l'image du corps (hystérectomie et résection vaginale en lien à la maternité et à la féminité). Nous nous appliquons à créer un climat de confiance et de réassurance en lui expliquant le déroulé des actions à venir. La check-list est réalisée par l'infirmière de bloc opératoire (IBODE). Nous installons Mme T. et nous la monitorons tandis que l'aide soignante la réchauffe avec une couverture chauffante. Je pose ensuite la voie veineuse périphérique sur la main gauche de Mme T. tandis que l'infirmier anesthésiste essaie de détourner son attention en lui parlant. Le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) entre en salle et se présente à Mme T. Je lui précise que Mme T. a verbalisé qu'elle est anxieuse. Le MAR revient alors vers Mme T. avec une écoute active et prend le temps de la rassurer. Nous essayons de créer un environnement calme et rassurant.

La patiente est consciente. L'environnement olfactif est inodore. L'éclairage est un éclairage dit « d'ambiance ». Mme T. a suffisamment chaud avec la couverture chauffante. L'environnement sonore est calme. Nous commençons la préoxygénation. Nous proposons à Mme T. de fermer les yeux et de se concentrer sur sa respiration. Mme T. regarde autour d'elle avec un regard inquiet. Je pose ma main sur son thorax en appuyant légèrement et je lui propose de se concentrer sur ma main et de la soulever en inspirant puis d'expirer ensuite lentement. Je l'accompagne dans cette respiration dirigée. Mme T. ferme les yeux et se concentre sur sa respiration. C'est alors que l'équipe IBODE commence à installer les boîtes chirurgicales en métal sur une table dédiée et à sortir les instruments ce qui entraîne des grincements des boîtes en métal sur les tables ainsi que des bruits répétés des instruments chirurgicaux posés les uns sur les autres. Mme T. rouvre les yeux. Nous la rassurons et l'invitons à continuer à respirer comme elle le faisait auparavant. La porte claque : deux internes de chirurgie entrent en salle et commencent à parler à haute voix du

programme opératoire. L'environnement sonore se scinde alors en deux zones : D'une part, un environnement calme à la tête du patient avec l'équipe d'anesthésie qui essaie de maintenir une atmosphère rassurante initiée dès l'arrivée de la patiente et d'autre part, un environnement plus bruyant, aux pieds de la patiente avec une nette supériorité de la zone bruyante sur la zone calme. Nous nous regardons avec le MAR sachant que nous n'allons pas pouvoir continuer l'induction dans ces conditions sonores. Mme T. a les yeux fermés mais sa respiration n'est plus régulière. Face à cet environnement sonore de plus en plus bruyant, le MAR rappelle aux personnes présentes que nous sommes en train d'endormir un patient. Nous pouvons alors continuer la préoxygénation avec une attention et une réassurance toute particulière au regard des événements perturbateurs précédents et nous accompagnons Mme T. jusqu'à son endormissement initié par l'induction anesthésique « médicamenteuse ».

2. Discussion

Dans la situation précitée, l'environnement sonore est perturbateur du contexte environnemental sensoriel de la patiente et devient générateur d'anxiété.

Cet environnement sonore délétère nécessite une approche multicausale qui nous permet de décliner plusieurs hypothèses :

- l'obligation institutionnelle organisationnelle temporelle ne pourrait-elle pas être un facteur incitant l'IBODE à anticiper l'intervention ?
- le manque de collaboration entre l'équipe de bloc opératoire et l'équipe d'anesthésie ne pourrait-il pas entraîner une asynchronie de leurs actes respectifs ?
- une possible méconnaissance de ce que représente l'induction anesthésique, par les membres n'appartenant pas à l'équipe d'anesthésie, ne pourrait-elle pas être à l'origine de comportements inadaptés ?
- certains impératifs techniques du bloc opératoire ne pourraient-ils pas être à la source d'une perte de considération du patient en tant que « personne »?

Surgissent alors mes premiers questionnements :

- En quoi le bruit présent en salle de bloc opératoire aurait-il un impact sur la séquence d'induction ?
- En quoi la collaboration entre équipe d'anesthésie et équipe de bloc opératoire permettrait-elle une optimisation de l'induction ?

- En quoi l'attention portée par l'infirmier anesthésiste sur l'environnement sensoriel du patient à l'induction permettrait-elle une induction de qualité ?

L'induction anesthésique est une période de l'anesthésie qui entraîne une rapide perte de conscience suivie d'une progression vers un niveau de narcose chirurgicale (Amouroux, 2010). Elle s'inscrit dans un contexte stressant multifactoriel : stress du patient au regard de l'anesthésie, de la chirurgie et de l'induction elle-même (perte de repères, angoisse du masque occlusif, perte de conscience), et stress inhérent au vécu du patient. L'environnement du bloc opératoire est aussi un facteur stressant dans la mesure où les niveaux sonores évalués sont beaucoup plus élevés que les recommandations de l'organisation mondiale de la santé, la période la plus bruyante étant l'induction anesthésique (Hasfeldt, 2010). Par ailleurs un tiers des patients trouve le bloc opératoire bruyant et 16% d'entre eux se sont sentis stressés par ce bruit (Liu, 2000).

Cette multiplicité additionnelle de facteurs stressants majore le stress du patient lors de l'induction anesthésique. Or, des niveaux importants de stress préopératoire peuvent compliquer l'induction anesthésique et être la source de manifestations physiologiques négatives et de complications postopératoires. Par suite, ils augmentent la durée de réhabilitation post opératoire et entraînent des troubles émotionnels et comportementaux (Chabay, 2009).

A ce jour, alors que l'accent est mis à la fois sur l'organisation du bloc qui devient une pratique exigible prioritaire par la certification V2010 (Romain, 2004), et sur la recherche du maintien de la dignité du patient notamment par la prémédication raisonnée (Dureuil, 2015), la réduction du temps de jeûne, la mise en place de rideaux séparateurs et plus récemment par le concept de « patient debout » (Nicolski, 2016) (Rosay, 2015), force est de constater que les techniques de relaxation sont peu utilisées en anesthésie (Chabay, 2009). L'intérêt que le Comité de Lutte contre la Douleur a porté à l'hypnose ces dernières années, et le fait qu'il ait pu dispenser des formations d'initiation à l'hypnose ouvertes aux IADE dans le cadre de la formation continue, a permis une première prise de conscience des équipes d'anesthésie. L'intérêt de l'hypnose sur la diminution de l'anxiété préopératoire (Saadat, 2006) et l'amélioration du confort du patient (Bringman, 2009) a également été montré.

Différents travaux de recherche ont montré que la musique peut réduire le niveau d'anxiété préopératoire et la douleur post opératoire (Sin, 2015) (Wang, 2002).

In fine, au regard des éléments précédents, de ma formation de musicothérapeute et de ma conviction profonde que technicité anesthésique et approche psychologique, loin d'être dichotomiques, doivent être proportionnellement intriquées, ma réflexion s'oriente vers la question complexe suivante :

« La musicothérapie pourrait-elle être, au même titre que l'hypnose, un outil qui pourrait s'inscrire dans les actions de l'infirmier anesthésiste afin d'optimiser l'environnement sensoriel du patient, et par suite, la qualité de l'induction anesthésique? »

Ainsi surgissent de nouveaux questionnements :

- Quelle est la place donnée aux traitements non médicamenteux par les infirmiers anesthésistes dans la gestion du stress et existe-t-il des réticences et freins individuels et institutionnels à cette mise en place?
- L'adaptation et la faisabilité de la musicothérapie pour et par les infirmiers anesthésistes en salle de bloc opératoire est-elle possible?
- Considérant la nécessité d'une indissociabilité entre corps-psyché et technicité-accompagnement psychologique : quelle est la place de la prise en charge psychologique du patient dans les actes des infirmiers anesthésistes?
- La prise en charge psychologique du patient pourrait-elle devenir un indicateur efficient de la sécurisation et de la gestion des risques ?

Ces questionnements nous amènent à approfondir notre réflexion autour des concepts de technicité, d'humanité-dignité, de sensorialité, d'anxiété-stress, de qualité et de sécurité.

3. Problématique

En considérant les concepts pré-cités, sept d'entre eux (concept de technicité, d'humanité-dignité, d'anxiété-stress, de qualité et de sécurité) apparaissent fondamentaux pour la profession d'infirmier anesthésiste. Le huitième concept, la sensorialité prend toute son importance car elle regroupe l'ensemble des fonctions du système sensoriel dans un système de communication qui permet à l'être humain de percevoir de nouvelles informations du monde extérieur et de s'y adapter. Cette adaptabilité du patient, rendue fragile dans la situation singulière et stressante du bloc opératoire, demande une attention particulière de la part de l'infirmier anesthésiste.

La sensorialité inclut l'infirmier anesthésiste lui-même par l'importance du regard, de l'intonation de la voix, de la poignée de main mobilisant tour à tour les sens de la vision, de l'ouïe et de la kinesthésie. L'infirmier anesthésiste a aussi un rôle d'atténuateur et d'apaisement de la perception de l'environnement par les sens du patient. La sensorialité est donc fondamentale dans la relation infirmier anesthésiste-patient et rejoint ma problématique finale. Ne considérer qu'un seul canal sensoriel, l'ouïe, au regard de mon intérêt pour la musicothérapie ne semble pas adapté au regard de l'existence d'une synesthésie sensorielle. Traiter le concept de sensorialité dans sa globalité devient alors une nécessité.

E.HC.Liu (2000) met en évidence une corrélation entre l'environnement sonore et le stress. Face à cet environnement sonore stressant, l'hypnose et l'écoute musicale qui s'inscrivent dans un environnement calme et propice à l'endormissement, sont utilisées par les équipes d'anesthésie pour diminuer le stress du patient. H.Saadat (2006) montre l'intérêt de l'hypnose sur la diminution de l'anxiété préopératoire et l'amélioration du confort du patient. WM.Sin (2015) montre que l'écoute musicale a un effet sur le niveau de stress, l'anxiété préopératoire et sur la douleur post-opératoire. En réanimation, S.Jaber (2006) montre chez des patients en cours de sevrage ventilatoire que l'écoute musicale favorise un état de relaxation en réduisant l'intensité de la douleur en moyenne de 50% sur l'échelle numérique et le niveau de vigilance mesurée par l'échelle RASS et l'index bispectral. Il montre également une corrélation entre le rythme musical d'une part et les paramètres hémodynamiques et ventilatoires d'autre part.

Il est intéressant de noter que les articles précités font état d' « écoute musicale » et non de musicothérapie. Or, la différence entre l'écoute musicale et la musicothérapie résulte en la présence ou non d'un musicothérapeute. De nombreuses études ont donc étudié l'effet de l'écoute musicale sans musicothérapeute ce qui implique deux choses : les extraits écoutés ne répondent pas obligatoirement aux critères exigés et les études ne prennent pas en compte le rôle du thérapeute.

Quid alors du rôle du musicothérapeute ?... Quid du rôle du thérapeute ? Quid du rôle de l'humain qui accompagne le patient dans cette thérapie, dans l'écoute musicale ? Quid de la relation thérapeutique ? Quid de l'humain qui accompagne l'humain ? Quid de l'humain ?

Nous sommes dans un monde de plus en plus cartésien dans lequel s'inscrit le domaine de la santé, le domaine de la médecine et de façon plus large, le domaine du soin. Force est de constater que tout doit être mesuré, calculé, analysé mais surtout prouvé pour être adopté. On ne croit que ce que l'on prouve. Mais les mères du monde entier ont-elles attendu qu'il soit prouvé que chanter une berceuse diminue l'index bispectral et le score de l'échelle de vigilance des enfants pour endormir leur propre enfant avec des berceuses ?

Peut-on mesurer, calculer, analyser le rôle du thérapeute ? la relation thérapeutique ? ce qui se joue autour de l'humain ? la relation entre l'équipe d'anesthésie et le patient lors de l'écoute musicale malgré l'absence du musicothérapeute ? Quid de la relation de l'infirmier anesthésiste avec le patient lors de cette écoute musicale ? Pourquoi l'infirmier anesthésiste a-t-il proposé l'écoute musicale au patient ?

Certaines hypothèses voient donc le jour :

L'environnement sensoriel du patient pourrait être optimisé par :

- une meilleure collaboration des équipes (bloc opératoire et anesthésie)
- une prise de conscience par l'équipe de ce qu'est l'induction anesthésique.

Son optimisation permettrait :

- une meilleure concentration de l'infirmier anesthésiste lors de l'induction
- le bien être du patient
- la diminution de l'anxiété du patient

L'ensemble de ces hypothèses ainsi qu'une rencontre, lors de mes stages, avec un infirmier anesthésiste ayant réalisé son mémoire sur la musicothérapie il y a dix ans, me ramènent à l'essentiel de la relation de soin qui est le « Prendre Soins ».

Ainsi, ma problématique devient :

« Comment la prise en charge de l'environnement sensoriel du patient, par l'infirmier anesthésiste lors de la phase de « pré-induction » anesthésique, contribue-t-elle au prendre soin du patient ? »

Par suite, la problématique précitée nous conduit à approfondir notre questionnement par une recherche documentaire autour des concepts du « Prendre soin » et de la sensorialité.

II. CADRE THEORIQUE

1. Concept du « Prendre Soins »

1.1. L'essence du « Prendre Soins »

Le concept du « Prendre Soins » s'inscrit dans une orientation philosophique en opposition à l'orientation de modernisation expérimentale et scientifique de la médecine qui introduit un caractère rationnel et disjonctif. W.Hesbeen¹ (1997) justifie la « création » du concept de « prendre soins » face aux « dérives du système actuel » où pensée disjonctive et pensée globale apparaissent de plus en plus séparées. Pour lui, pensée disjonctive et pensée globale gagneraient à être fusionnées afin de dissoudre l'obscurantisme engendré par la rationalisation. La pensée disjonctive, nécessaire à une médecine complexe, aurait entraîné le morcellement du corps et la fin de la pensée globale.

Selon W.Hesbeen (1997), le « Prendre Soins » relève du sens que l'on donne aux actions entreprises et de l'attention particulière portée à la personne à laquelle on prodigue des soins. Il introduit la prudence, la prévenance, la sensibilité, la générosité, la délicatesse... Il distingue « faire des soins » et « prendre soins », « corps objet » et « corps sujet » et fait la différence entre « faire du relationnel » et « être relationnel ». J.Watson²(1998) propose une définition du soin sur deux aspects : « l'essence des soins infirmiers, démarche interpersonnelle entre l'infirmière et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci » tel « une contribution au bien être » et « l'accessoire des soins infirmiers », ensemble des techniques, des protocoles qui servent de support.... Il est intéressant de noter les qualificatifs choisis par J.Watson qui relègue ainsi l'aspect technique à l'accessoire et rejoint W.Hesbeen en faisant de la relation thérapeutique, un fondamental.

Ce concept engendre une spécificité du soin déjà évoquée par M.F.Collière³ (1982) qui met en avant la double signification sémantique du terme anglais « care » qu'elle traduit par « prendre soin de la vie » et qui mène à l'« Ethique du soin ». Toujours pour défendre ce concept de soin, elle s'oppose à la mise au pluriel du mot soin, « les soins » engendrant un concept bien trop général pour elle. Elle insiste sur le fait que traiter n'est pas soigner et que l'« on peut vivre sans traitement, on ne saurait vivre sans

¹ W.Hesbeen, Infirmier et docteur en santé publique, responsable pédagogique du GEFERS.

² J.Watson, professeur émérite en sciences infirmières, en sciences du « caring ».

³ MF Collière, Cadre infirmier, Cofondatrice de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur).

soins » (Collière, 2001). L'attention prodiguée dans les soins a pour intention de soulager, de conforter, de soutenir alors que le traitement a pour cible la cause de l'atteinte à l'organisme. Pour elle, la fonction infirmière est d'« accompagner en prenant soin de la vie dans toute situation de santé, (...). Elle distingue les soins d'accompagnement, de compensation et d'entretien de la vie (soins de stimulation, de confortation, du paraître et d'apaisement) qui relèvent (...) de la conscience professionnelle », les soins de réparation (nettoyer, panser, reconstituer) et les soins curatifs sur prescription. (Collière, 2001). M.F. Collière notifie que ces soins sont soumis à la décision infirmière dans leur application et donc à l'attention que l'infirmière va leur porter.

A. Hamilton⁴ associera au domaine propre du champ de compétence infirmière, « tous les soins qui peuvent stimuler le malade à retrouver goût à la vie, et aider à compenser les troubles procurés par la maladie. Elle réintroduit les soins de stimulation visant à mobiliser les forces du malade » (Collière, 2001).

W.Hesbeen inscrit le concept du « Prendre Soin » dans celui de l'« Humanisme soignant » (Hesbeen, 2017). E.Morin⁵ le désigne comme « une pensée sans aucun fondement absolu de certitude » qui doit avoir la même reconnaissance de par sa complexité qu'un soin reconnu comme compliqué. D'autres s'évertuent à dire que le prendre soin n'est pas objectivable, et que de fait, il n'est pas à prendre en compte.

W.Hesbeen rapporte le concept d' « humanisme soignant » à une vigilance éthique et rapproche la singularité du patient à la singularité d'une situation. Le « Prendre soin » nécessite une compétence singulière, donc non transférable, faisant appel à l'intelligence : « l'intelligence de l'esprit » mais aussi à « l'intelligence du cœur ». Dans cette situation singulière, il faut « être attentif au déplacement d'intérêt et à la confusion exprimée entre les moyens utilisés et la finalité du soin que sont les personnes auxquelles sont destinés ces soins (...) Si l'on soigne, la finalité est ce que l'on fait, si l'on prend soin, la finalité est la personne à laquelle on s'adresse » (Hesbeen, 2017).

Le « Prendre soin » procède d'une intention et convoque chaque soignant dans ses valeurs morales. W.Hesbeen définit alors quatre valeurs non négociables que sont le respect, la dignité, la bienveillance et la politesse et quatre valeurs indispensables que sont

⁴ A. Hamilton, Médecin, disciple de Florence Nightingale, Intérêt profond pour le « nursing ».

⁵ E. Morin, Sociologue et philosophe français, Directeur de recherche au CNRS en 1970. Elaboreur de « la pensée complexe ».

l'humilité, la sensibilité, la générosité et la délicatesse. Cette intention est dirigée vers le bien de l'être. Il n'y a pas opposition entre faire des soins et prendre soin, tout se joue dans la perspective dans laquelle on fait ce que l'on a à faire : perspective soignante d'attention à la personne ou perspective fonctionnelle ?

1.2. Le Prendre soin en anesthésie-chirurgie

J.Dufour⁶ reprend le clivage du « Prendre soin » et de la technicité du soin en évoquant le fait que « la connaissance de plus en plus parfaite du corps ne s'accompagne pas de la connaissance de la souffrance du sujet » (Ferragut,1997). J.Dufour rejoint l'intériorité évoquée par W.Hesbeen lorsqu'elle oppose le registre du subjectif et de la réalité intérieure du patient au registre de l'objectif et de la réalité extérieure du corps médical : « la maladie du patient » est très différente de « la maladie du médecin ». Dans la situation qu'est celle de l'anesthésie-chirurgie, le médiateur entre le patient et l'équipe médicale est le corps du patient (nu, agressé) dont l'atteinte entraîne une perte d'intégrité physique et constitue une menace vitale ainsi qu'une atteinte à l'intégrité psychique. A l'arrivée au bloc opératoire, le patient doit confronter son imaginaire à la réalité. Or, cet imaginaire est nourri du caractère ambivalent de l'anesthésie véhiculée par ses représentations culturelles sociales : l'anesthésie empêche la douleur, elle empêche de voir ce qui va se passer réellement mais elle évoque par la perte de conscience, la peur de ne pas se réveiller et de mourir. Elle est assujettie à la fois à la vie et à la mort.

Le prendre soin consiste à être attentif à cet imaginaire, à comment le patient vit la situation qu'il est en train de vivre. On retrouve l'importance soulignée par W.Hesbeen de ramener le patient singulier à une situation singulière. Le soignant doit recueillir les émotions du patient en rapport avec le moment vécu (tristesse, peur, angoisse..) pour leur faire prendre sens. Il doit créer, à travers la communication, un sentiment de confiance et de sécurité qui permet au patient de se détacher de cette ambivalence et de lutter contre le stress : c'est le « Prendre Soins » de l'infirmier anesthésiste. Le « Prendre soin » se rapproche de l'empathie qui signifie percevoir et comprendre les expériences, les comportements et les sentiments de l'autre tels qu'il les vit.

⁶ J. Dufour, Maître de conférences des universités, praticien hospitalier, anesthésiste, psychosomaticienne, psychothérapeute, responsable de la consultation psychosomatique et thérapies de relaxation à l'hôpital de la Timone, Marseille.

W.Hesbeen ne veut pas définir le prendre soin comme une prise en charge psychologique ou comme « faire du relationnel », « concepts probablement trop vulgarisés » selon lui, mais derrière une prise en charge psychologique ou derrière le « relationnel », n'y-a-t-il pas le « Prendre Soin » ?

P.Colson⁷ rejoint les points de vue préalablement explicités en posant le fait que la rigueur scientifique et technique, légitime de par son action sur le pronostic vital, majore la dualité corps-psyché en délaissant la « valence psychique ». « Dès lors que la technique est de nos jours maîtrisée, alors la dimension psychologique devient fondamentale pour une médecine à dimension humaine y compris en anesthésie-réanimation » (Colson, 1996). Il relie alors l'aspect psychologique avec la dimension humaine d'un point de vue « Ethique » mais il relie aussi l'aspect psychologique à ce qu'il appelle la « menace de stress ». En anesthésie, le stress psychologique s'ajoute au stress physique et crée une potentialisation de la menace de stress avec une amplification des conséquences organiques et un risque de décompensation psychologique. Il faut être attentif dans les actes de soins anesthésiques à ce stress conditionnant et conditionné c'est-à-dire porter attention à comment le patient vit la situation qu'il est en train de vivre afin de mettre en place un accompagnement spécifique et « singulier » pour « redonner une dimension acceptable aux évènements que le patient subit ». : En des termes différents, on rejoint la définition du « Prendre soin » et on voit se dessiner l'importance du rôle de l'infirmier anesthésiste. Dans la période préopératoire, l'idée est de « casser » le rituel qui précède l'anesthésie et de faire en sorte que l'espace du bloc soit moins étrange et moins déroutant (personnel identifié, même anesthésiste que celui de la visite pré anesthésique....). P.Colson évoque le fait de conditionner le stress psychologique du patient.

Ce prendre soin, qui se traduit par une attention particulière et par la nécessité de cerner les émotions du patient, va pouvoir être aidé par certains moyens thérapeutiques que sont les techniques de relaxation, les méthodes psychothérapeutiques et les techniques thérapeutiques de sensorialité abordées dans le chapitre II.3 de ce travail.

E.Ferragut⁸ reprend la dichotomie corps/psyché et souligne l'importance d'un ajustement réciproque et l'importance que l'on doit donner à la singularité du patient en

⁷ P.Colson, Médecin Anesthésiste Réanimateur, professeur des universités, Directeur scientifique de l'école d'infirmiers anesthésistes du CHU de Montpellier

⁸ E. Ferragut, anesthésiste, psychiatre, psychanalyste, responsable de l'unité de psychosomatique et de psychopathologie de la douleur au CHU de Montpellier.

plus de l'analyse de signes objectifs qui permet le diagnostic. « Le symptôme n'est pas le centre des préoccupations mais un des éléments de sa vie qui, vu sous un autre angle, replacé dans un contexte peut prendre sens dans son histoire, exprimer une souffrance, un conflit impossible à gérer » (Ferragut, 1996). Elle remet au jour l'importance de prendre en compte une situation et donc un corps et une psyché : elle nous amène à considérer le schéma corporel mais aussi l'image du corps, corps lieu des affects, des fantasmes et des désirs, construction psychique inconsciente. E.Ferragut note, comme P.Colson, l'importance du stress mais surtout la façon dont l'individu le ressent, ce qui nécessite d'intégrer la problématique interne du sujet et son ressenti. L'idée est de prendre en compte l'agent extérieur stressant mais aussi la souffrance et les difficultés internes de la personne ce qui relèverait du « Prendre soin ».

1.3. Prendre soin et cadre réglementaire

Le concept de « rôle propre » a été introduit lors de l'élaboration de la loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 relative à l'exercice de la profession infirmière et du décret d'application n°81-539 du 12 mai 1981 (Vigil Ripoche, 2011).

Communément, les soignants rapportent le « Prendre soin » au rôle propre et donc à l'ensemble des soins non techniques. Or, les phrases, les expressions et les mots qui évoquent le « Prendre Soin » dans le code de la santé publique ne sont pas du tout isolés dans les articles R4311-3 et R4311-5 relatifs au rôle propre et à ses actes. Le concept du « Prendre soin » se trouve distillé dans l'ensemble du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmier (Annexe 1). L'importance donnée au « Prendre soin » dans la profession est marquée par son inscription dans les devoirs généraux des règles professionnelles, obligations législatives, à l'Art R4312-2.

Par ailleurs, alors que la société et les professionnels de santé ont une représentation essentiellement technique de la profession d'infirmier anesthésiste, le « Prendre Soin » se trouve largement représenté dans l'ensemble des compétences spécifiques des infirmiers anesthésistes (Annexe 2). L'une de ces compétences, la compétence 5, en fait son entier domaine de prédilection si l'on rapproche le concept de « Prendre soin » de l'approche psychologique proposée par P.Colson et E.Ferragut. On ne retrouve pas de scission franche entre corps et psyché.

1.4. L'intelligence artificielle, l'antinomie du « Prendre Soin » ?

Quelle que soit la définition donnée au concept du « Prendre Soin » par les penseurs, qu'ils soient soignants, philosophes ou d'orientation psychanalytique, leur réflexion provient d'un même constat : il existe une dualité entre corps et psyché, technicité et humanisme, qu'il faut s'appliquer à gommer pour la faire fusionner en une globalité. L'intelligence artificielle, née de l'exigence d'une technicité scientifique, s'implique de plus en plus dans le domaine de la santé et accentue cette dualité. Elle met à mal une humanité et un « Prendre soin » encore fébrile, fragile, méconnu, impalpable, insuffisamment reconnu car inquantifiable.

L'intelligence artificielle dans le domaine de la santé intervient tout d'abord dans une optique d'amélioration du suivi du patient. Elle se traduit par la mise en place des dossiers patients informatisés. Certains outils de l'intelligence artificielle aident à la rédaction de comptes-rendus médicaux, d'autres sont créés pour améliorer l'observance des traitements et le suivi thérapeutique à domicile. Certaines applications sont encore plus larges : l'intelligence artificielle, par les algorithmes, permet de traiter d'innombrables données dans le but d'optimiser le diagnostic (plus de précision en un temps réduit). En prenant en compte l'ensemble des données personnelles du patient, allant de son lieu de naissance, ses habitudes de consommation à ses mutations génétiques et en les croisant avec les bases de données disponibles, elle permet aux médecins de choisir le traitement le plus adapté par une approche globale du patient. La question est de savoir s'il s'agit d'une véritable approche globale du patient comprenant le concept du « Prendre soin » ou s'il ne s'agit que d'une approche globale des données du patient.

Certaines intelligences artificielles permettent un diagnostic et peuvent prédire le risque et le taux de survie des patientes au stade précoce par exemple du cancer du sein⁹. Un projet aux Etats-Unis¹⁰ travaille sur une application qui analyse des indicateurs de la maladie de Parkinson comme la voix ou les mouvements fins, afin de suivre l'évolution des symptômes de la maladie et par suite d'orienter la prise en charge du patient. En imagerie médicale, grâce au « machine learning assisté », l'algorithme serait capable de reconnaître et d'interpréter des clichés et de proposer ainsi un prédiagnostic. Il pourrait, à l'avenir, se prononcer sur l'évolution de la masse tumorale d'un patient.

⁹ MammaPrint développé au centre Oscar-Lambret de Lille

¹⁰ mPower mené par Sage Bionetworks

En radiochirurgie, le CyberKnifeCet, a l'avantage de pouvoir irradier et de nécroser une tumeur en mouvement, telle celle située sur le poumon. C'est un robot doté d'une intelligence artificielle. Après avoir été programmé, il génère ses propres informations grâce auxquelles il peut corriger son positionnement en permanence durant la séance. Alors qu'un robot chirurgical classique nécessite une manipulation humaine, celui-ci fonctionne tout seul (mais sous surveillance). Son ciblage d'une extraordinaire précision permet d'utiliser des doses d'irradiation beaucoup plus élevées qu'avec un appareil standard de radiothérapie (de La Brosse, 2016).

L'intelligence artificielle décrite ci-dessus, apparaît dans un premier temps comme vecteur d'une augmentation de la dualité préexistante corps-psyché et donc un frein au « Prendre Soin » :

-Dans le cas de la radiochirurgie, le chirurgien considère-t-il le patient comme finalité ou bien le robot (c'est-à-dire le moyen) est-il devenu la finalité des soins ?

-Le dossier patient informatisé ne devient-il pas un frein à la communication avec le patient notamment lors du « recueil de données » des infirmiers ?

-Les logiciels du bloc opératoire qui permettent aux données physiologiques hémodynamiques et respiratoires de s'inscrire automatiquement sur le dossier informatisé ne détournent-ils pas au final l'attention de l'infirmier anesthésiste sécurisé par la sauvegarde automatique des données à surveiller ?

A.Toledano¹¹ confirme que la médecine devient de plus en plus technique par nécessité. Pour lui, cette technicité qui passe par l'intelligence artificielle permet une expertise technique, des moyens diagnostiques en imagerie et des techniques interventionnelles fondamentales mais il souligne l'importance de ne pas perdre de vue l'art médical évoqué par Kant : « La médecine est un art et non une science exacte et rationnelle », l'art étant la manière avec laquelle on traite les patients. Il évoque une réelle science de la préoccupation de l'autre. Il propose de différencier l'approche que l'on a de la maladie, de l'approche que l'on a des patients et pense qu'il faut redéfinir le métier de médecin, l'intelligence artificielle permettant peut-être, de par son aide aux actes techniques, de laisser plus de temps aux soignants pour s'occuper de l'humain, ce que ne sait pas faire l'intelligence artificielle.

¹¹ A.Toledano, oncologue radiothérapeute, directeur médical de l'Hartmann Oncology Radiotherapy Group (HORG), fondateur de l'association Sport pour vaincre le cancer.

L'intelligence artificielle amène les soignants à redéfinir leur rôle, ce que partage le Dr An Tang¹² spécifiant que le travail du radiologue sera peut être un jour de « se concentrer sur la communication avec les patients, de revenir au rôle de médecin clinicien plutôt que d'interprète d'images (...) » (E.Garnier, 2016). En effet, une fois que l'intelligence artificielle a produit des résultats de type statistique et/ou diagnostique, l'annonce du diagnostic ne peut être faite que par des soignants. Le rôle irremplaçable du soignant sera de traduire ce que signifient ces statistiques au patient et de l'accompagner dans ses décisions ce qui s'inscrit dans une démarche soignante qu'aucune intelligence artificielle ne peut réaliser. Le rôle du soignant est d'être « un autre », qui se tient en face, qui écoute avec bienveillance et décale l'analyse, qui soutient l'autre, qui construit du sens par la parole et les émotions (Kiefer, 2017). Ce rôle de l'autre qui fait face ne peut être tenu par l'intelligence artificielle : ce rôle ne serait-il pas le « Prendre soin » ?

Le « Prendre soin » se définit comme tout ce que ne peut pas réaliser l'« intelligence artificielle » : porter une attention particulière, prendre soin du patient, créer une relation de confiance.... rejoignant le concept d'« humanité soignante » nécessitant selon B.Kiefer¹³ une relation soignante entre deux être humains, vivants mortels.

¹² An Tang, radiologue et chercheur au Centre de recherche du CHU de Montréal.

¹³ B.Kiefer, médecin, membre de la commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine.

2. Le concept de sensorialité-les organes des sens

La sensorialité regroupe l'ensemble des fonctions du système sensoriel, lequel appartient aux grands systèmes d'échanges d'informations du vivant comme le système nerveux, le système endocrinien, le système immunitaire et le système musculaire. Le système sensoriel s'organise autour des organes des sens et s'inscrit dans un système de communication intercellulaire qui fonctionne par l'existence de récepteurs protéiniques spécifiques des différents signaux. Le rôle des organes des sens est de percevoir des informations du monde extérieur afin de permettre à l'individu d'adopter, en conséquence, une réaction adaptée à son environnement. Les organes des sens sont les yeux, les oreilles, la langue, le nez et la peau. La sensorialité a une fonction d'adaptation, de régulation et de coordination (Guillon¹⁴, 2017).

La sensorialité est un concept qui suscite l'intérêt de nombreuses disciplines telles que la philosophie, les neurosciences, la neuropsychologie, l'éducation, la psychanalyse et les professions paramédicales telles que la psychomotricité, l'orthophonie, l'ergothérapie ou la kinésithérapie qui se détachent d'une approche essentiellement biomécanique pour se rapprocher d'une approche psychosensorielle. La sensorialité devient le socle des thérapies sensorielles telles que le toucher massage®, l'hypnose, la musicothérapie et l'olfactothérapie. Ces thérapies sensorielles sont retrouvées dans la prise en charge de l'anxiété et de la douleur du patient en milieu hospitalier.

2.1. Traitement du message sensoriel

2.1.1. Réception du message extérieur

L'homéostasie correspond à la capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur par des systèmes de régulation quelles que soient les contraintes qui lui sont imposées. Ce système de régulation de l'homéostasie s'inscrit dans un système de communication qui nécessite un système d'information et de transfert d'informations. Ce système d'information se définit selon trois critères : l'origine du signal (exogène ou endogène), la nature des signaux qui peuvent être chimiques (hormones, neuromédiateurs, substance sapide ou odorante), électriques (communication nerveuse) et physiques (thermique, lumineux, sonore), et la structure des systèmes de transduction selon un système de second messenger (la molécule signal ne traverse pas la membrane plasmique)

¹⁴ G.Guillon, DR1 émérite, CNRS, Institut de génétique fonctionnelle Montpellier.

ou selon un système sans second messager (la molécule signal traverse la membrane plasmique).

Les organes des sens permettent le recueil d'une information extérieure par l'intermédiaire des récepteurs sensoriels qui détectent les stimuli provenant de l'environnement. Ces stimuli sont transformés en influx nerveux par les organes des sens, transducteurs de signaux physico-chimiques (longueur d'onde de la lumière, vibrations du son, substance chimique...) en signal nerveux acheminé au cerveau par l'intermédiaire du système nerveux (fibres nerveuses, synapses) (Guillon, 2018). Classiquement, le fonctionnement des organes des sens se décline sur le modèle d'analyse cité précédemment : stimulus > récepteur sensoriel > transformateur en influx nerveux > conducteur > analyseur. (Annexe 3)

2.1.2. Intégration sensorielle

2.1.2.1. Point de vue du neurobiologiste et du neuropsychologue

Selon les neurobiologistes (Changeux¹⁵, 2016) et neuropsychologues, l'intégration sensorielle représente les territoires de projection et d'intégration dans les régions médullaires bulbaires et dans les tubercules quadrijumeaux, le thalamus, l'hippocampe et le système limbique. L'intégration sensorielle permet l'établissement de représentations et de mises en mémoire.

Dans un premier temps, le signal nerveux est analysé par le cortex cérébral. Ce cortex peut être séparé en trois zones : la zone de réception (où arrive l'influx nerveux), la zone de perception (où la nature du signal et les informations détenues par l'influx nerveux sont identifiées) et la zone d'interprétation (où le message est alors analysé). Les aires corticales ou cortex sensoriel primaire font partie de la zone d'interprétation. Cette première analyse permet une différenciation des caractéristiques spatio-temporelles des stimuli à l'origine du signal : nature (modalité), intensité (force, amplitude), fréquence, durée, ce qui permet une première représentation corticale de l'environnement (Nieoullon¹⁶, 2009).

Dans un deuxième temps, le signal nerveux est analysé par d'autres aires corticales associatives composant le cerveau émotionnel ou cerveau limbique ou système limbique. Ce système limbique est composé de l'hippocampe et de l'amygdale. L'hippocampe a un

¹⁵ JP Changeux, neurobiologiste, Professeur honoraire au Collège de France, membre de l'académie des sciences.

¹⁶ A. Nieoullon, Professeur de neurosciences, Professeur des universités de la méditerranée, CNRS.

rôle dans la mémorisation et fait ressortir des émotions liées à des faits mémorisés grâce aux précédentes expériences sensorielles. L'amygdale est le centre des émotions et a un rôle dans la réactivité émotionnelle (rôle sur le niveau de vigilance, rôle d'alerte). Cette analyse effectuée à partir du système limbique et influencée par notre mémoire et nos apprentissages, met en jeu les émotions et la motivation pour « transformer » le signal nerveux en « percept ». Ce percept est donc un signal enrichi de sentiments et de vécu qui prend sens pour l'individu et devient évènement ou représentation permettant une réaction adaptée au changement de l'environnement. Cette représentation ayant acquis une connotation émotionnelle et motivationnelle peut alors s'inscrire dans la mémoire émotionnelle de l'individu. La mémoire émotionnelle participe par la suite à la mise en place d'une réponse comportementale adaptée à une situation donnée.

Dans le cerveau, le stimulus transformé en influx nerveux est donc analysé qualitativement et quantitativement par le centre de la conscience et émotionnellement par le système limbique : on parle alors de perception sensorielle.

Les organes des sens produisent donc des émotions, réactions affectives transitoires d'assez grande intensité telles que le plaisir, la joie, le bonheur, la jouissance, la béatitude, l'extase, l'émerveillement, l'enchantement, la sympathie, la fébrilité, l'anxiété, l'angoisse, le stress, la surprise, l'inquiétude, l'insécurité, la panique, la peur, la honte, l'humiliation, la solitude, la tristesse, la peine, le rejet, la colère, le dégoût.

Autant d'émotions « négatives » retrouvées chez les patients en phase de pré-induction et que l'infirmier anesthésiste s'efforce de transformer en « émotions positives » par l'utilisation de la sensorialité au cœur du « Prendre soin ».

A ce jour, l'analyse sensorielle selon les neurosciences s'inscrit dans un schéma plutôt « cartésien » qui aboutit au concept de perception sensorielle. Ceci étant, il semble intéressant de porter notre attention sur d'autres courants de pensée notamment philosophique et psychanalytique qui font apparaître les notions de conscience et d'inconscience au cours du processus d'intégration sensorielle.

2.1.2.2. Point de vue philosophique

R.Descartes¹⁷ établit l'unicité de l'âme et de la conscience et exclut toute dimension psychique inconsciente. Selon A.Cuvillier¹⁸, la perception « serait l'état de conscience élémentaire consécutif à une impression faite sur l'un de nos organes sensoriels. La perception serait la sensation interprétée et devenue significative... Sensation et perception impliquent donc nécessairement un état de conscience » (Buizard, 2013).

2.1.2.3. Point de vue du psychologue

Se rapprochant de cette théorie, I.Rock¹⁹ et J.Piaget²⁰ avancent respectivement que la perception passant par l'image ne peut être que consciente. Par suite perception et conscience sont indissociables. GW.Leibniz²¹ différencie deux modes de perception : l'aperception (perception en conscience) et la perception sans aperception lorsqu'un stimulus extérieur peut agir sur nos sens sans pour autant alerter la conscience.

2.1.2.4. Point de vue psychanalytique

Dans le modèle métapsychologique de S.Freud²², les organes des sens permettent l'accès à la conscience par les perceptions qu'ils reçoivent du monde extérieur. La conscience se définit comme « un organe sensoriel pour la perception des qualités psychiques ». Elle est considérée comme un organe des sens supérieur. Elle perçoit les états de tension pulsionnelle et les décharges d'excitation sous forme de déplaisir/plaisir. Freud réunit la conscience et la perception dans un seul système : le système « perception-conscience » (Pc-Cs), toute perception produisant nécessairement un état de conscience. Ce système est séparé des systèmes Préconscient (Pcs) et Inconscient (Ics), lieux des traces mnésiques. Le système Pc-Cs est assimilé au « noyau du moi », le moi étant la partie du ça modifiée par l'influence directe du monde extérieur par la médiation du système Pc-Cs Perception-conscience » La conscience a alors un rôle défensif.

Plus tard, Freud introduit l'idée que les excitations suscitent des affects bien qu'elles soient inconscientes. Il différencie processus psychiques conscients et processus psychiques inconscients et souligne l'influence des représentations inconscientes dans la formation du rêve.

¹⁷ R.Descartes, mathématicien, physicien, philosophe français.

¹⁸ A.Cuvillier, professeur de philosophie et journaliste français

¹⁹ I.Rock, psychologue

²⁰ J.Piaget, biologiste, psychologue, logicien et épistémologue, fondateur de l'épistémologie génétique.

²¹ GW.Leibniz, philosophe, scientifique, mathématicien, diplomate, juriste.

²² S.Freud, neurologue, fondateur de la psychanalyse

R.Lazarus²³ et R. McCleary²⁴ confirment la théorie de A.Binet²⁵ selon laquelle il existe une possibilité de recevoir une information, d'en conserver la mémoire sans en avoir conscience telle la vision subliminale (Buizard,2012). Ainsi, la théorie tachiscopique émet le fait qu'une discrimination est possible sans conscience et introduit le concept de subception définie comme une perception sans conscience. Le phénomène implique une activité sensorielle ainsi qu'une connaissance de l'objet extérieur mais cette connaissance se manifeste en dehors de toute conscience. L'étude du Blindsight confirme que des sujets peuvent percevoir des stimuli sans s'en apercevoir.

In Fine, toutes les théories s'accordent sur le fait que la perception est un phénomène subjectif qui donne conscience du monde extérieur à partir d'une stimulation sensorielle. Cette perception nécessite au préalable une traduction psychique qui peut être soit consciente, soit inconsciente. Cette dernière théorie suscite encore de nos jours des désaccords.

L'ensemble de ces théories nous amène à considérer que si tout patient en phase de pré-induction anesthésique est soumis consciemment à l'environnement sensoriel du bloc opératoire, il est de fait soumis à une charge discriminative mais aussi à une charge émotionnelle et aux traces mnésiques de ses expériences sensorielles antérieures qui entraînent parfois un phénomène de sensibilisation. L'évocation d'une possible traduction psychique inconsciente de l'environnement sensoriel amène à une plus grande vigilance de la qualité de l'environnement sensoriel de la part de l'infirmier anesthésiste. La dite traduction psychique inconsciente, couplée au rôle de l'hippocampe, entraîne un risque de « syndrome de stress post traumatique » qui majore l'attention de l'infirmier anesthésiste sur la sensorialité.

2.1.2.5. Point de vue de l'ergothérapeute

A.J.Ayres²⁶ est la principale instigatrice de la théorie d'intégration sensorielle²⁷ et de l'approche thérapeutique qui en découle. Elle définit deux mécanismes principaux

²³ R.Lazarus, psychologue renommé pour sa théorie cognitive-médiative dans l'émotion.

²⁴ R.McCleary, psychologue, chercheur, Université Chicago

²⁵ A.Binet, psychologue

²⁶ A.J.Ayres, ergothérapeute, psychologue scolaire, docteur en neurosciences.

²⁷ L'approche de l'intégration sensorielle de Ayres : Ayres Sensory Integration® est une approche protégée par la loi et dont le titre a été déposé par le Baker Ayres Trust.

impliqués dans le traitement de l'intégration sensorielle : la discrimination et la modulation sensorielle.

La discrimination sensorielle implique un processus cognitif et correspond à la capacité de différencier les différents stimuli et à définir leurs différentes caractéristiques : modalité (visuel, tactile, olfactif, gustatif et auditif), intensité (force, amplitude), durée (durée absolue et durée ressentie).

La modulation sensorielle se réfère à la capacité du SNC à réguler l'intensité des réponses (sociales, émotives et comportementales) en fonction des stimuli extérieurs et à y répondre de façon adaptée. Cette modulation est aussi responsable du niveau d'éveil et de vigilance. Elle permet de différencier ce qui est essentiel dans une situation donnée de ce qui ne l'est pas, ce qui est menaçant de ce qui ne l'est pas. Elle est responsable des mécanismes de défense. A.J. Ayres, distingue les phénomènes d'habituation et de sensibilisation. Elle insiste sur le fait que :

- la confrontation de l'ensemble des différents signaux sensoriels permet de concevoir une représentation complète de l'espace extracorporel environnemental.
- les troubles anxieux apparaissent lorsque le sujet n'est pas capable de produire une réponse adaptée.

L'intérêt de cette approche de l'intégration sensorielle est de définir que l'état de vigilance et d'éveil peut être modulé par l'intégration sensorielle. Deux types de perturbations de l'intégration sensorielle sont définis:

- des difficultés de praxie motrice causée par une mauvaise analyse des stimuli dans le cerveau.
- des difficultés de modulation sensorielle causée par une mauvaise perception de stimuli dans le cerveau, c'est-à-dire une difficulté à distinguer ce qui est essentiel de ce qui ne l'est pas, ce qui est menaçant de ce qui ne l'est pas. Cette perturbation de la modulation sensorielle passe par l'état de vigilance qui peut être plus élevé lorsqu'il y a plus de stimuli dans l'environnement ou qui peut être plus bas lorsqu'il y a moins de stimuli.

Les thérapies sensorielles travaillent sur la modulation sensorielle des stimuli extérieurs sur ce même schéma. De fait, le rôle de l'infirmier anesthésiste auprès du patient soumis à l'environnement hostile du bloc opératoire serait soit d'adoucir le dit-environnement, soit de permettre une meilleure perception de cet environnement permettant ainsi une modulation sensorielle non perturbée.

2.2. Les sens

2.2.1. Les cinq sens

Communément, cinq sens sont définis : la vision, l'audition, l'olfaction, le goût et le toucher auxquels sont très souvent ajoutés la proprioception et l'équilibre : Sept sens sont donc couramment évoqués.

Pour R.Steiner²⁸, les sens permettent une expérimentation du monde extérieur mais aussi une expérimentation des autres et de soi-même et il distingue cinq autres sens (Soesman,1998):

-*le sens de la vie* qui concerne le sentiment intérieur de bien être ou de mal être face aux angoisses, à la crainte et qui se manifeste par l'humeur. Il nous permet de faire l'expérience de notre être.

-*le sens de la chaleur* distinct du sens du toucher qui considère la chaleur en tant que température mais aussi dans sa coloration psychique de ressenti d'une ambiance (ambiance glaciale, chaleureuse)

-*le sens de la parole* ou le langage qui comprend la capacité à comprendre les mots et l'intonation (psychique) nécessaire à la communication entre les individus. La parole est liée à la respiration et s'exprime grâce au souffle.

-*le sens de la pensée* qui permet de conceptualiser ce qui est formulé à partir du langage. Le sens de la pensée permet la perception d'autrui à partir de sa propre compréhension : c'est la construction du moi.

-*le sens d'autrui*, capacité à reconnaître la présence d'autrui, à être sensible à l'individualité de l'autre, à faire preuve d'empathie. C'est la perception du moi de l'autre.

La définition de ces 5 nouveaux sens selon la théorie de R.Steiner est d'autant plus intéressante qu'elle correspond aux composantes nécessaires à une prise en soin : En effet, au bloc opératoire, l'infirmier anesthésiste doit prendre soin du patient dont il a la charge : il doit prendre en compte le bien être ou mal être du patient (sens de la vie), il doit lui-même être bienveillant (sens de la chaleur), il doit être attentif à une communication active avec une présence et une écoute active (sens de la parole et de la pensée) et doit faire preuve d'empathie (sens d'autrui).

²⁸ R.Steiner, Philosophe, fondateur de l'anthroposophie.

2.2.2. Approche psychanalytique des 5 sens

Le toucher :

Le toucher est le sens le plus ancien. D.Anzieu²⁹, avec le concept du moi-peau, a inscrit la peau comme organe participant à l'organisation psychique avec une double fonction contenant et protectrice, la peau ayant anatomiquement un rôle de protection (Biard, 2010). Le toucher introduit une notion d'intimité. Il se développe par le maternage. Socialement, la première manifestation du toucher est la poignée de main.

DW.Winnicott³⁰ développe les concepts du Holding relatif à la mobilisation physique et du Handling relatif à l'approche attentive qui est donnée dans la façon dont l'enfant est manipulé (Winnicott, 2006).

L'olfaction :

L'olfaction est le second sens perçu par le fœtus, sens qui n'a pas de rôle dans le développement humain. Les perceptions olfactives restent au stade infra verbal et ne seraient donc pas perçues de manière consciente. Selon H.Tellenbach³¹, l'atmosphère incorpore et porte les odeurs. Il considère l'odorat comme un sens affectif qui aurait quatre rôles que sont l'établissement d'un « environnement maintenant », la construction des fondements de la confiance, l'élaboration d'une barrière protectrice et le développement de la relation à son propre corps et au maintien de son propre corps (Mueller,2006). Cette théorie peut être rapprochée des nouveau-nés qui refusent leur « doudou » lorsqu'il a été lavé et qu'il ne porte plus d'odeur : ces nouveau-nés ne sont plus « contenus », ne sont plus protégés, perdent confiance et perdent la relation à leur propre corps. L'olfaction a donc un pouvoir émotionnel intense avec des pouvoirs évocateurs autrement inaccessibles. Les odeurs sont donc plus empreintes d'émotions que les autres stimuli sensoriels. L'image d'une « enveloppe olfactive » de D.Anzieu se rapproche alors de l'« environnement maintenant » de DW.Winnicott et du « cadre atmosphérique » de H.Tellenbach.

Le goût :

Le goût se développe dans le même temps que l'odorat. Il est associé au principe de plaisir/déplaisir provoqué par la faim et représenté par l'objet du sein de la mère. Les sensations de goût sont très rarement évoquées. Le goût doit être médié par un transfert pour produire un ressenti.

²⁹ D.Anzieu, Philosophe, psychologue clinicien, psychanalyste, fondateur du concept du « Moi-Peau »

³⁰ D.Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste.

³¹ H.Tellenbach, psychiatre, philosophe.

L'ouïe :

Avant le langage, c'est la voix de la mère qui permet au nourrisson d'éprouver des sensations de sécurisation et d'apaisement. L'ouïe permet d'avoir accès au langage et au pouvoir des mots qui permettent d'accéder au sens. Elle permet la communication avec l'autre et le positionnement dans l'espace. Elle a un rôle dans la vigilance et un rôle premier dans la défense du soi. Elle permet la perception de l'environnement sonore. La voix, en dehors du message qu'elle transmet à travers le langage, est avant tout porteuse d'une coloration affective révélatrice de l'état d'être de son interlocuteur (voix chaleureuse, voix excédée, triste, rassurante...).

La vision :

La vision met en relation avec l'ensemble des stimuli extérieurs et entraîne une certaine extériorisation du sujet au contraire d'une intériorisation sur l'intime lors de la fermeture des yeux. La vision est aussi liée à la notion d'esthétique. Mais au-delà de permettre l'appréhension d'une situation, le regard transmet les émotions. Le regard peut, à lui seul, être symbole de multiples expressions. L'intensité, la profondeur, la fréquence ou la durée du regard sont autant de paramètres intervenant dans une signification. La reconnaissance des visages joue un rôle essentiel dans la relation à l'autre. L'évitement du regard peut également revêtir différents sens tel que la peur, l'indifférence, l'attrait. Le regard apparaît aussi comme une recherche d'informations pertinentes sur l'environnement, une recherche d'orientation (orientation spatio-temporelle, recherche de visages connus, du chirurgien qui doit opérer). Le regard peut être aussi intime que le toucher : « La vision est palpation par le regard » dira Merleau-Ponty. Il établit le contact avec l'autre. Le regard est décidé en fonction de ses intentions. Il appartient à la communication non verbale.

L'approche psychanalytique des cinq sens met en exergue des principes fondamentaux que l'infirmier anesthésiste peut prendre en compte lors de la phase de pré-induction :

- la fonction contenante et protectrice de la peau et le concept du holding/handling pour le toucher.
- le pouvoir évocateur de l'olfaction.
- le principe plaisir/déplaisir induit par le goût.
- la coloration affective de la voix et le rôle premier dans la défense du soi pour l'ouïe.
- l'intériorisation sur l'intime et le regard porteur des intentions pour la vision.

2.3. L'environnement sensoriel du patient en phase de « pré-induction »

2.3.1. L'environnement gustatif

Le jeûne préopératoire qui débutait auparavant la veille de l'intervention à minuit, autorise maintenant, chez les patients ne présentant pas de risque classique de pneumopathie d'inhalation, de manger jusqu'à 6h avant une chirurgie programmée, de boire des liquides clairs jusqu'à deux heures avant et de mâcher du chewing-gum ou sucer un bonbon juste avant (SFAR³²) (COLAS,2001). Ces nouvelles dispositions ont considérablement amélioré le confort du patient. Ceci étant, nombreux sont les patients qui sont à jeûn depuis une période plus longue soit par nécessité médicale, soit par des programmes opératoires retardés. La durée prolongée de ce jeûne entraîne alors une halitose: face à la diminution des apports en sucres, l'homéostasie est conservée par la glycogénolyse puis par la néoglucogenèse entraînant la production de cétones responsables d'une haleine cétonique. Cette haleine cétonique ainsi que la sécheresse buccale induite par la diminution du flux salivaire lors du jeûne peuvent créer non seulement un inconfort pour le patient mais aussi une gêne dès lors que l'infirmier anesthésiste s'approche du patient et lui demande de respirer profondément dans le masque.

2.3.2. L'environnement olfactif

L'environnement olfactif est avant tout responsable d'une atmosphère.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) oblige à une préparation pré opératoire du patient qui n'autorise pas les produits cosmétiques habituels souvent parfumés (shampoings, savons..) participant au « moi-peau » décrit par D.Anzieu ce qui ampute le patient de son enveloppe identitaire olfactive (SF2H,2013). De plus, des règles strictes d'asepsie imposent un nettoyage-désinfection à chaque salle de bloc opératoire (HPCI,2016). Cette désinfection est responsable d'une odeur de désinfectants et de détergents aux fortes composantes trigéminales qui peuvent entraîner un sentiment désagréable et qui signent l'imminence de l'acte chirurgical. Au regard du fort pouvoir évocateur du sens de l'olfaction, ces mêmes odeurs peuvent raviver chez le patient, des traces mnésiques évocatrices de situations vécues désagréables relatives à l'hôpital. Elles peuvent ainsi déclencher une émergence émotionnelle paroxystique majorant l'anxiété du patient.

³² SFAR, Société Française d'Anesthésie Réanimation

2.3.3. L'environnement visuel

L'éclairage au bloc opératoire doit assurer des conditions optimales qui doivent spécifiquement répondre à des exigences chirurgicales. Par suite, l'environnement lumineux en salle de bloc opératoire est assuré soit par des plafonniers et des hublots en fluorescence dont l'intensité est d'environ 1000 lux, ce qui correspond à un éclairage dit « éclairage d'ambiance », soit par des scialytiques qui dispensent de 10 000 à 100 000 lux (Caclin,2016). Il n'existe pas, à notre connaissance, de règles précises concernant l'éclairage dans la phase de « pré-induction ». Les scialytiques peuvent devenir un éclairage de confort ou de secours pour certains actes tels que la pose d'une voie veineuse périphérique. Les hublots en fluorescence sont très souvent montés sur des variateurs de lumière ce qui permet aux soignants de régler l'intensité de l'éclairage et de décider de l'ambiance voulue. L'éclairage retrouvé en phase de pré-induction dépend donc des soignants présents.

Force est de constater également que l'environnement est de couleur blanche dont la représentation occidentale est liée à l'hygiène, à la pureté, à l'unité et à l'équilibre parfait. La couleur blanche est aussi la seule couleur qui réfléchit la lumière ce qui, par suite, entraîne une sur-stimulation du patient sans possibilité de catharsis car nus. D'autre part, si l'on considère le rôle de la vision dans la communication par l'intermédiaire du regard (Berthoz,2008), le patient, en phase de pré-induction, se retrouve face à une équipe dont les visages sont masqués, ce qui rend difficile la reconnaissance des visages et par suite, perturbe ses repères.

2.3.4. L'environnement kinesthésique

A son arrivée en salle de bloc opératoire, le patient est transféré sur une « table de bloc opératoire ». Très souvent, la table est préalablement réchauffée avant le transfert du patient non seulement pour son confort mais aussi dans le but de prévenir une hypothermie délétère. Des coussins gel installés pour le risque d'escarres atténuent également les sensations désagréables de plan dur. A contrario, certaines installations telles que les installations gynécologiques lorsque la chirurgie s'effectue sous anesthésie loco-régionale, entraînent une atteinte à la pudeur et à l'intimité du patient, source de malaise et de mal-être. De même, l'installation systématique des bras en « croix » sur les appuis bras en phase de pré induction, doublée de contentions dites sécuritaires peut raviver une symbolique chrétienne culturelle de la crucifixion du Christ, image à l'émergence

émotionnelle peu rassurante. La proprioception et l'équilibre sont donc fortement mis à mal.

2.3.5. L'environnement sonore

L'environnement sonore du bloc opératoire est très souvent bruyant avec des niveaux évalués beaucoup plus élevés que ceux recommandés par l'organisation mondiale de la santé (OMS), la période la plus bruyante se révélant être la période de l'induction anesthésique. Une revue de littérature (Hassfeldt, 2010) relève que les niveaux sonores dépassent les recommandations de plus de 100% avec des pics de plus de 400% alors que le conseil international du bruit ainsi que l'agence américaine de protection de l'environnement recommandent que le niveau sonore au bloc opératoire soit le plus faible possible et qu'il n'excède pas 30dB. Le niveau de bruit moyen serait entre 52 et 75dB avec un niveau maximum entre 80 et 119 dB et avec un niveau plus élevé en ce qui concerne la chirurgie orthopédique. Le bruit en salle d'opération est un problème international. Une étude montre que un tiers des patients trouve le bloc opératoire bruyant et que 16% d'entre eux se sont sentis stressés par ce bruit (Liu ,2000). Les sources de bruit sont l'ouverture des boîtes pour la préparation de l'intervention, les chariots mobiles, les claquements de portes, la manipulation des outils, l'aspiration, le monitoring, les alarmes et les conversations de l'équipe. L'ensemble de ces bruits se retrouvent en phase de « pré-induction ».

L'analyse de l'environnement sensoriel de la phase de pré-induction montre que le patient doit s'adapter à un environnement sensoriel menaçant et perturbateur qui vient s'ajouter à son propre stress.

2.4. Stratégie adaptative soigné-soignant face à l'environnement sensoriel de la phase de « pré-induction »

Il est rapporté que l'anxiété ou le stress, face à une situation potentiellement stressante telle que l'intervention chirurgicale, constitue une réponse adaptée et adaptative de l'organisme. Le stress fait partie de la vie qui serait une oscillation permanente entre un état de stress positif (plaisir) et un état de stress négatif (douleur). Cette réponse de stress devient morbide lorsque le niveau de stress devient menaçant et dès lors qu'il est répété (Amouroux, 2010). Des niveaux importants de stress préopératoire peuvent compliquer l'induction anesthésique et être la source de manifestations physiologiques négatives (neuroendocrines) et de complications postopératoires (ralentissement de la cicatrisation, augmentation du risque infectieux). Il peuvent aussi augmenter la durée de réhabilitation et

entraîner la survenue de troubles émotionnels et comportementaux tel qu'un état de stress aigu ou un état de stress post traumatique (Chabay,2009). Par ailleurs, la répétition des évènements stressants ou un stress trop important peut entraîner un phénomène de baisse du système immunitaire.

Face à ce stress, et notamment chez des patients présentant des risques cardiovasculaires, une stratégie pourrait être de contrer la survenue d'une tachycardie de stress avec des bêtabloquants. Or la tachycardie est un système adaptatif face à un incident peropératoire telle qu'une hémorragie. Supprimer la tachycardie revient donc à supprimer un système d'adaptation aux incidents et par suite à augmenter les risques peropératoires et postopératoire (risque d'accident vasculaire cérébral et surmortalité augmentés). Une stratégie médicamenteuse permet donc de contrer les manifestations physiologiques du stress mais par conséquence diminue voire supprime les systèmes d'adaptation. Au regard de la morbidité portée par cette première stratégie, une seconde stratégie serait d'agir sur les différents facteurs de stress (évènements physiques et psychologiques et/ou sa perception) (Colson, 2017).

Le rôle de l'équipe d'anesthésie serait donc d'une part, de réduire la douleur induite par l'agression physique chirurgicale, et d'autre part, de réduire le stress psychologique du patient en éliminant les facteurs extrinsèques du stress et en diminuant la propre perception du patient de la situation de stress vécue.

Cette méthode qui s'inscrit dans la stratégie du « blunting » décrite par SM. Miller³³ se rapproche d'un conditionnement psychologique s'appuyant sur des modèles de thérapies cognitivo comportementales telles que la relaxation, l'hypnose ou la musicothérapie dont le socle est la sensorialité (Amouroux,2010).

³³ SM.Miller, sociologue économique-politique, professeur émérite de sociologie à l'Université de Boston.

3. Les thérapies sensorielles

3.1. Le sens de la vision

3.1.1. La luminothérapie

A notre connaissance, aucune étude n'a travaillé sur l'influence de l'éclairage sur les patients au bloc opératoire. Nous savons que la rétine contient des cellules sensibles aux influx lumineux qui transmettent l'information du degré d'éclairement au niveau du noyau suprachiasmatique, lui-même en lien avec l'épiphyse qui secrète de la mélatonine. La sécrétion de mélatonine est fonction des variations de lumière. Ce phénomène prend du temps et s'étale sur environ dix heures. IL commence dès lors que les yeux perçoivent une baisse d'intensité lumineuse. La mélatonine est sécrétée pendant la nuit, c'est-à-dire en l'absence de stimulus lumineux avec un pic vers trois heures du matin. Son rôle est celui d'un synchroniseur endogène des rythmes circadiens, de température et de veille-sommeil. L'effet synchroniseur de la lumière peut être objectivé par le fait qu'au contraire, une lumière forte artificielle augmente la vigilance et améliore les performances des personnes : un retard de phase est obtenu. La lumière peut exercer un effet inhibiteur sur la sécrétion de mélatonine (Claustrat,2009) (Réseau-morphée,2016).

La phase de « pré-induction » est une phase de conditionnement à l'endormissement. Etre attentif à l'intensité lumineuse permettrait à l'infirmier anesthésiste d'avoir deux actions qui se potentialiseraient : un conditionnement psychologique par une ambiance propice à l'endormissement du patient et un conditionnement physiologique du patient par l'augmentation de la sécrétion de mélatonine.

3.1.2. La thérapie esthétique

La contemplation d'une œuvre d'art met en jeu une intégration neuronale qui passe par le sens de la vision et se finalise par la mise en jeu du système limbique et du cortex préfrontal qui en fera sa spécificité (Changeux,2016). La contemplation de cette œuvre d'art devient « un rêve partagé, plausible et réconciliateur ». S.Zeki³⁴ montre que le traitement de l'information visuelle nécessite non seulement une « reconnaissance du mouvement de la forme, de la séparation figure/fond et de l'organisation de la scène visuelle dans l'espace mais aussi une reconnaissance des objets, des visages et une perception des couleurs ». Cette contemplation peut aller jusqu'à « susciter une évocation

³⁴ S.Zeki, neurobiologiste spécialisé dans les corrélats neuraux des états affectifs, Professeur de neuroesthétique à l'UCL (University College London).

sonore en-chantée » accompagnée d'une palette de sentiments différenciés à l'IRM chez le spectateur exploitant la relation entre ces deux sphères sensorielles » (Changeux,2016). M.Onfray³⁵ affirme que les œuvres d'art jouissent d'une « efficacité esthétique [...] brutale, immédiate, sidérante », potentiellement responsable d'une « catharsis » selon L.Vygotsky³⁶ (Changeux,2016).

La mise en place de fresques picturales sur les murs de la salle de bloc pourrait entraîner une « évocation sonore en-chantée », source de plaisir et/ou un état de sidération nécessaires à un déconditionnement de l'état de stress selon la théorie du blunting de SM.Miller. Il s'agit là d'une action figée qui relève d'un projet de service et sur laquelle, l'infirmier anesthésiste ne peut agir seul.

3.2. L'olfactothérapie

Alors que de nombreuses études ont étudié l'influence de l'environnement sensoriel olfactif sur le nouveau né et que les parfums sont utilisés lors de l'induction anesthésique pédiatrique, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études sur l'influence des odeurs en anesthésie adulte. L'olfactothérapie est actuellement utilisée dans onze centres de rééducation adultes afin de surmonter les troubles mnésiques et les troubles du langage. Elle est également utilisée dans les unités de gériatrie pour un travail axé sur la mémoire, en service de soins palliatifs afin de créer une ambiance relaxante et en hématologie dans le but d'une rééducation du goût et de l'olfaction face aux troubles sensoriels liés à la chimiothérapie (Hancock,2014).

En anesthésie pédiatrique, des études ont montré (Morlier,2006) :

- des réactions de plaisir, de désagrément ou de rejet chez l'enfant prématuré soumis à l'odeur de vanille versus l'acide butyrique (odeur de beurre rance).
- une diminution des comportements douloureux de l'enfant prématuré par l'exposition à une odeur familière.
- une diminution moyenne de 36% de l'incidence des apnées en diffusant une odeur de vanille auprès des enfants prématurés comparativement à une période témoin sans addition d'odeur dans l'incubateur.
- une diminution de 45% des apnées associées à des bradycardies sévères (FC<70btt/min) en présence de l'odeur de vanille.

³⁵ M.Onfray, philosophe, essayiste.

³⁶ L.Vygotsky, professeur d'université, philosophe, psychologue, scientifique, musicien.

Au bloc opératoire pédiatrique, des masques parfumés sont utilisés pour l'utilisation de l'induction par inhalation. L'équipe d'anesthésie pédiatrique du CHU de Dijon a mis en place un protocole d'accueil des enfants basé sur les thérapies sensorielles (hypnose couplée à l'olfactothérapie) dont le principe est de procurer un bien être et de permettre à l'enfant d'être acteur de son anesthésie (Laville, 2012).

L'utilisation des parfums en anesthésie adulte ne semble pas être une pratique courante. Pourtant, il existe des masques adultes en taille 4-5-6 parfumés à la vanille mais aussi aux senteurs de menthe, bubble gum, fraise et cerise ce qui prouve qu'un intérêt a été porté sur le sujet. Le but de l'utilisation des parfums est d'induire un sentiment de bien être et une distraction de la pensée.

Par suite, il semblerait intéressant de se rapprocher du modèle pédiatrique en l'adaptant à l'adulte afin d'intégrer l'olfactothérapie dans les soins de l'infirmier anesthésiste lors de la phase de pré-induction notamment par l'utilisation de masques parfumés.

3.2. La thérapie par le goût

Comme pour l'olfactothérapie, aucune étude en anesthésie adulte ne fait, à notre connaissance, état du goût comme objet de recherche. En anesthésie pédiatrique, des études ont montré l'effet analgésique du saccharose dont le mode d'action serait supporté par la voie des opioïdes, raison pour laquelle il faut attendre un minimum de trois minutes avant de faire la procédure. Ces études rapportent aussi que le sucre a une action spécifique qui se différencie de la succion seule (Blass, 1995). Le niveau de preuve d'analgésie est de grande qualité en ce qui concerne la ponction au talon, la ponction veineuse et l'injection intramusculaire (Stevens, 2016).

Sachant que ce mécanisme est médié par la sécrétion d'endorphines endogènes, il serait intéressant d'étudier si ce même mode d'action peut s'adapter chez l'adulte en permettant un renforcement du contrôle inhibiteur descendant nociceptif (CIDN) par le "plaisir" induit par la saveur sucrée. Les critères de faisabilité s'appuient sur le fait que les critères de jeûne autorisent, à ce jour, à sucer un bonbon juste avant l'anesthésie.

3.4. La kinesthésie thérapie ou le toucher

Le sens du toucher ramène irrémédiablement au corps et devient d'autant plus important en phase de pré-induction qu'il se trouve contextualisé par la chirurgie (cf. chp 1.2). Le toucher se retrouve aussi dans la poignée de main. Lors d'une relation de soin, au-delà d'un acte socialisé, celle-ci s'inscrit dans une dimension symbolique de reconnaissance du patient en tant que personne et non en tant qu'individu. L'infirmier anesthésiste, en serrant la main du patient à son arrivée traduit une prise en charge du patient dans son intégralité corporelle et psychique et induit un sentiment de confiance.

Au bloc opératoire, le toucher est omniprésent lors de l'installation du patient. Avant l'induction anesthésique, l'installation répond à des impératifs sécuritaires mais aussi à une approche attentive du patient conscient. Après l'induction anesthésique, la mobilisation du patient, alors endormi, répond à des impératifs chirurgicaux et anesthésiques d'évitement des répercussions fonctionnelles et vitales pour le patient. Ces deux types d'installation nous ramènent aux concepts du Handling et du Holding.

Cette approche attentive du toucher par le Handling pourrait s'intégrer dans les actes de l'infirmier anesthésiste, alors « chef d'orchestre » d'un point de vue sécuritaire, lors de la mobilisation du patient. Elle rejoindrait ainsi le « Prendre soin », renforcé par la reconnaissance et la mise en confiance induite par la poignée de main.

3.5. L'Hypnose

L'hypnose est plus connue en anesthésie sous le nom d'hypno-analgésie ou d'hypnose conversationnelle. L'hypnose a pour but d'initier un état de conscience modifié (EMC) différent de la veille et du sommeil. L'hypnose a pu s'introduire au sein des communautés scientifiques et médicales à partir du moment où les techniques d'imagerie ont pu mettre en évidence « des différences d'activation de diverses régions du cerveau entre l'état normal et l'état hypnotique » (Hick,2011). L'hypnose intègre une dissociation psychique et une activation corticale, tout en privilégiant une relation singulière au praticien. L' « Executive Committee of The American Physiological Association, Division of Psychological Hypnosis » définit l'hypnose comme une « procédure durant laquelle un professionnel ou un chercheur suggère à un patient ou à un sujet des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou de comportements » (Hick,2011). La suggestibilité est élevée, le patient a une perception modifiée de lui-même, de

l'environnement et du temps. En anesthésie, seront distinguées l'hypno-analgésie pour prévenir et limiter la douleur en pré, per et post opératoire, l'autohypnose qui permet au patient de se mettre lui-même en état d'hypnose lors de soins répétés et l'hypno sédation qui associe l'hypnose à une sédation intraveineuse consciente ou à une anesthésie locale. Certains travaux de recherche ont montré les mécanismes physiologiques de l'hypno-analgésie sur la douleur (Rainville,1999) (Danziger,1998) (Jensen,2009) et son action sur la diminution de l'anxiété préopératoire (Saadat,2006) et l'amélioration du confort du patient (Bringman,2009). En post opératoire, il est également observé moins de douleur, d'anxiété et de fatigue. Par ailleurs, l'hypnose conversationnelle est aussi très largement utilisée au bloc opératoire et ne nécessite pas de transe hypnotique. Elle consiste « à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui en évitant notamment l'emploi de la négation ».

Par ces différentes techniques (autohypnose, hypno-analgésie, hypnose conversationnelle, hypnose profonde, hypnosédation.), l'hypnose a toute sa place dans la pratique des infirmiers anesthésistes en phase d'induction.

3.6. La musicothérapie

La musicothérapie est une thérapie sensorielle qui utilise la musique comme médiateur au sein d'une relation thérapeutique. Comme l'hypnose, la musicothérapie voit sa reconnaissance naître avec son inscription dans les domaines de recherche des neurosciences et l'avènement des travaux effectués en imagerie cérébrale. L'ensemble de ces travaux de recherche a permis d'avoir une meilleure compréhension des mécanismes psychophysiologiques qui lient musique et douleur (Roy,2008). Plusieurs travaux de recherche s'appuyant sur des études contrôlées, randomisées ont permis de démontrer l'intérêt de l'utilisation de ces techniques notamment en réanimation (Jaber,2007) (Bradt,2010) (Chlan,2013). Il a été montré que la musique a aussi un effet sur le niveau de stress et d'anxiété préopératoires et sur la douleur post opératoire (Sin,2015) (Defechereux,2000) (Wang, 2002). Ceci étant, la plupart de la littérature sur la musicothérapie au bloc opératoire fait état d'« écoute musicale » et non de musicothérapie.

A l'inverse de l'hypnose, la musique a toujours eu culturellement une place dans la vie de chacun et sa représentation culturelle et sociale selon laquelle « la musique adoucit les mœurs » a inconsciemment empreint les représentations individuelles et certaines

pratiques professionnelles dans le but de diminuer l'anxiété des patients. Des médecins anesthésistes ou des infirmiers anesthésistes proposent parfois au patient d'écouter des extraits musicaux pour s'endormir. Il s'agit alors d'« écoute musicale ».

La différence entre l'« écoute musicale » et la « musicothérapie » se définit autour de 2 axes : la présence d'un musicothérapeute et un montage d'écoute musicale répondant à une méthodologie précise. Le statut de musicothérapeute est aujourd'hui réservé aux personnes ayant suivi un cursus de trois années d'études dans l'un des cinq centres de formations universitaires et privées accréditées par la Fédération Française de Musicothérapie.

Il existe différentes techniques de musicothérapie telle que la musicothérapie active, la musicothérapie réceptive et la relaxation psychomusicale. La première est fondée sur le jeu d'instruments de musique tandis que les secondes sont fondées sur une écoute musicale qui répond à une méthodologie spécifique. Dans le cadre d'une utilisation de la musicothérapie au bloc opératoire c'est l'effet anxiolytique, sédatif et analgésique de la musicothérapie qui est recherché. C'est donc la technique de relaxation psychomusicale qui est utilisée.

La durée de base d'un montage de relaxation psychomusicale est de 20 à 45 minutes. Ce montage est construit selon trois phases :

- une première phase d'une durée de 15 minutes, phase descendante qui doit respecter une diminution de tous les paramètres musicaux (intensité sonore, pulsation musicale débutée à $J=110$, formation instrumentale) afin d'amener progressivement le patient à une deuxième phase.

- une deuxième phase, phase de relaxation ($J=50-60$) d'une durée de 20 minutes au cours de laquelle est recherchée une atmosphère chaleureuse et un certain bercement du patient permettant une meilleure intégration tonico-émotionnelle avec une perte de repère de temps.

- une troisième phase d'une durée de 10 à 15 minutes, phase ascendante qui, en respectant une augmentation progressive de tous les paramètres musicaux va permettre au patient d'atteindre un état d'éveil post-relaxation, apaisé par rapport à son état d'éveil de pré relaxation ($J=90$).

Les trois phases doivent être en continuité et de tonalités voisines afin de ne pas créer de ruptures susceptibles de stimuler des processus d'angoisse déjà réactivés par une situation présente traumatisante.

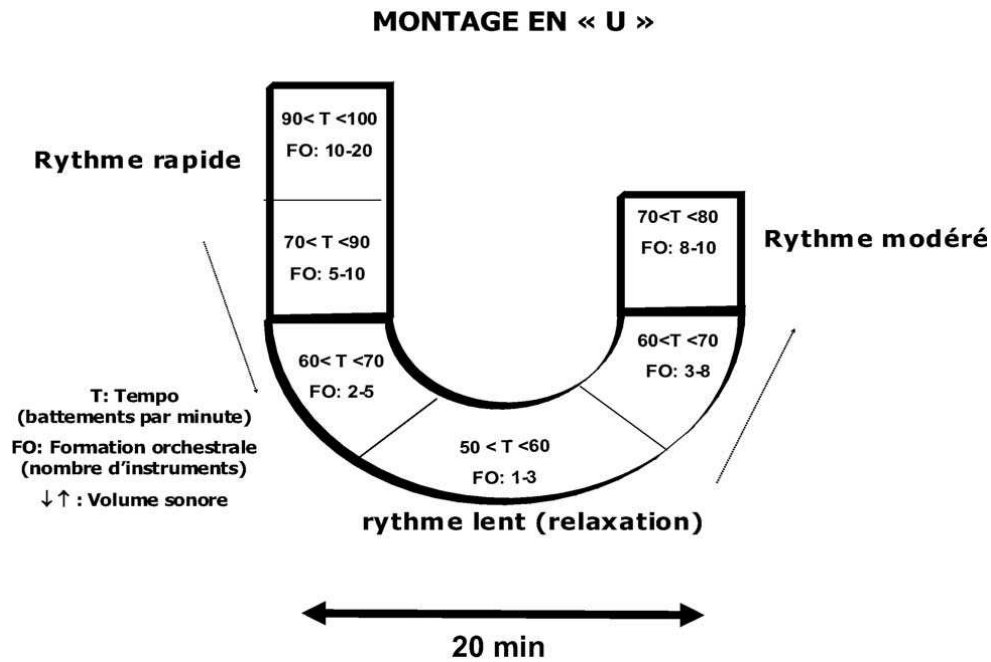


Figure 1 : Courbe de relaxation psychomusicale

Dans le cadre de l'induction anesthésique, la deuxième phase est prolongée et il n'y a pas de troisième phase : il s'agit d'une courbe de relaxation psychomusicale d'endormissement.

Le choix des différents extraits qui composent le montage est alors défini à partir d'un bilan, appelé bilan psychomusical ou bilan de réceptivité musicale (Verdeau-Pailles, 1983). Ce bilan permet au musicothérapeute de mieux connaître le fonctionnement du patient face à la musique et d'apporter des informations complémentaires concernant sa personnalité. Lors de ce bilan, dix extraits d'œuvres de genres et de caractères différents (descriptif, pesant et inquiétant, affectif et sentimental, favorisant la communication, insolite, apaisant, agressif, apaisant, oriental équilibré et grandiose) sont diffusés au patient. Le patient est alors invité à verbaliser « tout ce qui lui vient à l'esprit » à la fin de chaque extrait écouté. Chacune de ses verbalisations est analysée et classée en différents types de réponses : réponses sensorielles, cénesthésiques, motrices (désir de faire un geste, geste réalisé), visuelles simples, visuelles élaborées, jugements de valeur, affectives, souvenirs, intellectuelles et banalités. L'analyse de ces réponses est reportée dans un tableau et permet d'établir un psychogramme de réceptivité (Annexe 4). Ce psychogramme de réceptivité permet de cerner l'impact de la musique sur le patient, les spécificités de sa réceptivité à certaines œuvres, ses mécanismes de défense (refus, pauvreté idéique,

intellectualisation, jugement de valeur..), son affectivité, son adaptabilité (réaction à des œuvres inconnues) et les conflits qui l'habitent (refus d'écouter ou décharge affective et émotionnelle incontrôlable). Il permet également de définir si le patient possède une modalité de traitement cognitif proche du traitement représentationnel.

Le choix des extraits musicaux nécessaires aux montages repose aussi sur les modalités de traitements cognitifs. O.S.M.Marin³⁷ définit deux modalités de traitement cognitif qui permettent de donner une signification puis un sens à l'information sensorielle neuronale : « l'une aurait trait aux processus cognitifs qui sont activés dans le cerveau par les échanges verbaux », « l'autre comprendrait les processus cognitifs opérant dans des situations non verbales comme l'écoute de la musique » (Adams, 1988).

La première modalité nécessite un apprentissage, l'apprentissage de la langue, du langage. Elle nécessite une expérience antérieure ainsi qu'une représentation cognitive antérieure. Ce traitement cognitif est qualifié de « traitement représentationnel ». A l'inverse, la seconde modalité ne nécessite aucune expérience antérieure, aucune représentation cognitive antérieure. Il s'agit du « traitement perceptif organisationnel ».

Ainsi, un patient qui n'a jamais eu d'expérience antérieure relative à un certain genre musical et qui ne possède donc pas de représentation cognitive antérieure peut écouter un extrait inconnu et ainsi, trouver une signification qui lui est propre.

Il apparaît donc qu'il ne faut ni classer, ni enfermer les patients dans des catégories trop souvent soumises à une emprise éducationnelle qui conditionne une écoute préférentielle. Cependant, le musicothérapeute doit être vigilant en ce qui concerne les auditeurs « compétents ou experts » pour lesquels le traitement perceptif organisationnel se rapproche du traitement représentationnel. Ceci entraîne alors une écoute intellectualisée, analytique et critique perturbant le processus de relaxation en cours.

Lorsque le bilan psychomusical n'est pas réalisé, ce qui est le cas lors de l'« écoute musicale » proposée par les infirmiers anesthésistes lors de la phase de « pré-induction », il devient fondamental de considérer les modalités de traitements cognitifs mais aussi la mémoire émotionnelle du patient. En effet, la mémoire émotionnelle du patient entraîne le fait que l'écoute habituelle d'une musique ramenée à un contexte stressant (l'intervention chirurgicale) dans un milieu stressant (le bloc opératoire) peut être source d'une émergence émotionnelle non contrôlée. De la même façon, des musiques écoutées lors de moments

³⁷ Oscar SM Marin, laboratoire de neuropsychologie cognitive, Département de Neurologie, Good Samaritain Hospital, Portland, Oregon (USA).

désagréables (hospitalisation, intervention chirurgicale) deviennent par suite inécoutables car porteuses de souvenirs (hospitaliers) émotionnellement trop mobilisateurs. Ces deux phénomènes s'expliquent par le lien direct explicité au paragraphe II entre les deux « structures » du système limbique que sont l'hippocampe (émotions liés à des faits mémorisés) et l'amygdale (centre des émotions). Ainsi, plus l'évènement est chargé émotionnellement, plus il sera mémorisé facilement et, plus on fait ré émerger ces évènements connus (mémorisés), plus le risque d'émergence émotionnelle augmente. De fait, il ne semble pas judicieux de proposer au patient une écoute musicale basée sur ses goûts et son vécu. L'attitude la plus appropriée est de proposer au patient plusieurs extraits musicaux et de lui demander de choisir l'un de ces extraits non pas en fonction de ses goûts musicaux habituels, mais en fonction de son vécu et de son état psycho émotionnel de l'instant présent, conditionné par le contexte du bloc opératoire.

Il reste néanmoins le fait que l'extrait proposé ne répond pas aux critères spécifiques de construction d'un montage psychomusical dédié à l'endormissement. D'un point de vue praticopratique, l'application Music Care créé par S.Guétin³⁸, propose des montages de différents genres musicaux qui répondent aux critères fondamentaux de la séquence de relaxation psychomusicale.

A ce jour, la pratique de l'écoute musicale proposée par les infirmiers anesthésistes en phase de « pré-induction » présente donc des limites et ne peut pas être considérée comme relevant de la « musicothérapie ». Ceci étant, l'écoute musicale qu'ils proposent peut être de qualité dès lors qu'elle répond à 3 critères fondamentaux :

- un montage conforme aux critères d'un montage de relaxation psychomusical qui pourrait être porté par un logiciel dédié.**
- une proposition de montage selon le vécu émotionnel du patient au moment présent et non sur ses goûts habituels.**
- un accompagnement possible d'une éventuelle émergence émotionnelle du patient portée par la relation d'aide et le prendre soin inscrit dans le rôle propre de l'infirmier anesthésiste.**

³⁸ S.Guétin, psychologue, musicothérapeute, Inserm U1061, service de neurologie, CHU de Montpellier.

Au regard de l'étude ci dessus concernant les thérapies sensorielles existantes, il est intéressant de se rendre compte que, de nos jours, les thérapies sensorielles les plus développées suivent la hiérarchisation sensorielle sociale et culturelle décrite par E.Letonturier et B.Munier selon laquelle, face à des exigences de désodorisation des corps et de désinfection de l'environnement, qui annihilent et rendent progressivement peu intelligibles les sens olfactif et gustatif, et face à la peur de l'intime réveillé par le toucher, hautement soumis à l'interdit, se trouve l'usage croissant des techniques de communication nécessitant et stimulant en permanence nos sens visuel et auditif (Letonturier, 2016). Ainsi, l'hypnose et la musicothérapie, utilisant l'ouïe, respectivement par l'induction verbale et par l'écoute musicale suivent cette hiérarchisation.

Mais qu'en est-il réellement de l'utilisation des thérapies sensorielles par les infirmiers anesthésistes lors de la phase de pré-induction ?

4. Synthèse du cadre conceptuel et Hypothèse de recherche

Le métier d'infirmier anesthésiste supporte une représentation exclusivement technique. Or il relève à la fois de la profession d'infirmier et à la fois de la spécialité d'anesthésie. Par cette double appartenance, il répond d'autant plus à l'exigence d'une prise en charge globale du patient alliant « Prendre Soin » et technicité.

Le prendre soin relève de l'attention particulière portée à la personne lors d'une situation de soins. Le patient doit se sentir considéré en son humanité et dans sa singularité. Le Prendre soin interroge l'estime et la considération. Il nécessite d'avoir une attention permanente de la dignité de la personne, de se préoccuper de la personne, d'« avoir le souci de... », d'avoir une attention bienveillante et bienfaisante. Le prendre soin est ce que l'Intelligence artificielle ne sera jamais : « un autre », qui se tient en face, qui écoute et qui soutient.

En anesthésie, le prendre soin s'inscrit dans une dimension éthique et dans une nécessité physiologique de diminution des répercussions organiques et psychologiques du stress. Le patient subit une double ambivalence de son imaginaire :

-la chirurgie, qui sous entend une amélioration mais qui induit une atteinte du schéma corporel (porteur de sensorialité) et de l'image corporelle

et

-l'anesthésie, qui permet de supprimer la douleur et l'état de conscience mais qui entraîne la peur de mourir.

Cette ambivalence est source de stress. Le prendre soin en anesthésie consiste à être attentif à cet imaginaire et à recueillir les émotions du patient. Sa finalité doit être de créer un climat de confiance et de sécurité afin de diminuer le stress sous-jacent. Il consiste en un conditionnement positif du patient.

La sensorialité permet de percevoir des informations du monde extérieur à travers les cinq sens que sont la vision, l'audition, l'olfaction, le goût, le toucher auxquels s'ajoutent la proprioception et l'équilibre. Si l'intégration sensorielle entraîne une charge émotionnelle trop importante, la stratégie adaptative sera dépassée et source de morbidité. Au bloc opératoire, l'environnement sensoriel est menaçant et perturbateur. Il s'ajoute à l'ambivalence imaginaire et aux traces mnésiques. Il majore le risque d'une émergence émotionnelle perturbatrice. Le risque de « menace de stress » (physiologique) immédiat et le risque de « syndrome de stress post traumatique » (psychologique) à distance sont réels. Il apparaît donc fondamental de moduler l'environnement sensoriel du bloc opératoire et d'être attentif aux émotions émergentes. Cette modulation permet un conditionnement « sensoriel » du patient. Elle peut s'organiser autour des thérapies cognitivo-comportementales telles que la relaxation, l'hypnose ou la musicothérapie dont le socle est la sensorialité. Le but est une meilleure intégration tonico-émotionnelle et un mieux être du patient.

En soi, la modulation sensorielle rejoint le « Prendre soin ». Elle est d'autant plus proche du « Prendre soin » qu'un courant philosophique définit cinq autres sens : le sens de la vie, le sens de la chaleur, le sens de la pensée et le sens d'autrui dont les qualificatifs relèvent du « Prendre soin ». Le « Prendre Soins » et la modulation sont en étroite intrication. La modulation sensorielle contribue au Prendre Soins.

Cette analyse ramenée à la profession d'infirmier anesthésiste nous conduit à émettre l'hypothèse suivante :

« En utilisant les thérapies sensorielles pour moduler l'environnement sensoriel du patient en phase de pré-induction anesthésique, l'infirmier anesthésiste optimise le Prendre soins et la qualité de l'induction anesthésique ».

Cette hypothèse intègre plusieurs points : les thérapies sensorielles, l'environnement sensoriel, la phase de pré-induction, l'infirmier anesthésiste et le prendre soins.

III. METHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNEES

Au regard de l'hypothèse retenue, le but de notre enquête est de travailler sur la prise en compte de l'environnement sensoriel, sur le « Prendre soin » et sur l'utilisation des thérapies sensorielles par l'infirmier anesthésiste lors de la phase de pré-induction. L'outil d'enquête retenu pour les raisons explicitées au paragraphe 2.1. est l'autoconfrontation qui nécessite une observation. L'observation est une observation non participative.

1. Contexte de l'enquête

1.1. Lieu de l'enquête et environnement sensoriel

Notre expérience professionnelle ainsi que notre expérience en tant que stagiaire infirmier anesthésiste nous a conduit à repérer les blocs opératoires ayant des pratiques spécifiques. Certains sont plus sensibilisés aux thérapies sensorielles que d'autres ce qui permet de faire un choix éclairé sur le lieu de l'enquête.

L'enquête s'effectue dans une salle de bloc opératoire dont la configuration spatiale permet d'accueillir un intervenant supplémentaire qui est le chercheur. Sont exclus des lieux de l'enquête, les isolements septiques ou protecteurs pour lesquels des déplacements supplémentaires sont des facteurs de comorbidité.

1.2. A quel moment ?

Cette observation se réalise en début de programme opératoire, le matin pour plusieurs raisons :

- réduire les biais de l'enquête (fatigue de l'observé et de l'autoconfronté).
- possibilité de faire l'autoconfrontation le jour même.
- possibilité de s'entretenir avec le patient en post opératoire.

1.3. Objets de l'enquête

1.3.1. Les infirmiers anesthésistes

L'enquête est réalisée auprès d'infirmiers anesthésistes. Au regard de l'hypothèse de recherche, les infirmiers anesthésistes observés doivent avoir un minimum d'expérience assurant une maîtrise de la prise en charge globale du patient alliant Prendre Soins et technicité. Les infirmiers anesthésistes débutants et/ou intermédiaires ayant leur attention portée prioritairement sur la sécurité théorique, pratique et technique qui répond à une culture de gestion des risques restrictive mais rassurante seront donc exclus. Sachant que l'on distingue des bornes de niveaux (débutant, intermédiaire, confirmé et expert) pour une

compétence, les infirmiers anesthésistes observés sont des infirmiers confirmés présentant au moins 5 ans d'expérience professionnelle.

1.3.2. Les patients

La recherche porte sur l'environnement sensoriel et la perception de cet environnement sensoriel ce qui implique, au regard de la synergie sensorielle, d'exclure tous les patients présentant au moins un trouble sensoriel.

Les patients en aplasie ou en isolement septique sont également exclus du fait de rentrer du matériel ainsi qu'un intervenant supplémentaire, facteurs de risque infectieux.

1.4. Type d'anesthésie

La thématique sous jacente de l'hypothèse est d'observer la prise en charge du patient qui présente une ambivalence de son imaginaire ce qui augmente la menace de stress. Les patients inclus dans l'étude doivent donc tous bénéficier d'une anesthésie générale quel que soit le type d'anesthésie générale (AIVOC, Halogénés, curarisation).

1.5. Bornage temporel de l'observation

L'objet de l'observation étant l'environnement sensoriel ainsi que le prendre soin en phase de pré-induction, l'observation débute dès l'entrée du patient dans la salle de bloc opératoire ce qui correspond à son passage des portes de la salle du bloc. Elle se finit à la perte de conscience du patient (après l'induction anesthésique médicamenteuse) qui est évaluée cliniquement par une évaluation des pupilles (myosis serré), de la respiration et de la réflexivité à la luxation.

2. Outil d'enquête

2.1. l'autoconfrontation

L'observation permet une évaluation de l'environnement sensoriel et du « Prendre soin ». L'environnement lumineux et l'environnement sonore sont évalués à l'aide d'un luxmètre et d'un sonomètre. Les échanges verbaux sont enregistrés. L'infirmier anesthésiste est équipé d'un dictaphone-enregistreur avec un microphone attaché sur le haut de sa tenue pour une meilleure qualité d'enregistrement. L'observation de l'environnement sensoriel implique une grille d'observation détaillée afin d'être la plus complète possible.

Une autoconfrontation permet une analyse du « Prendre soin » plus exhaustive et représentative de la réalité. Elle permet de connaître les intentions qui accompagnent les actes de l'infirmier anesthésiste.

Un entretien avec le patient permet de qualifier son vécu de la phase de pré-induction relatif à sa perception de l'environnement sensoriel et au « Prendre soin » de l'infirmier anesthésiste (Annexe 5).

2.2. Grille d'observation

Afin que l'observation soit la plus exhaustive possible, il est nécessaire de connaître les indicateurs de la sensorialité et du « Prendre Soins ». (annexe 6).

Pour chacun de ces deux concepts, certains indicateurs sont observables (la bienveillance, la bienfaisance, l'attention donnée au patient, l'humanisme, le fait de conforter-réconforter, l'utilisation de thérapies sensorielles..), d'autres indicateurs ne le sont pas (l'intentionnalité, la pensée globale...). Certains indicateurs de l'environnement sensoriel sont mesurables (intensité lumineuse, intensité sonore) et d'autres ne le sont pas (environnement olfactif, gustatif, proprioception, durée ressentie ...).

Les entretiens d'autoconfrontation ainsi que les entretiens auprès des patients permettent de répondre aux indicateurs non observables.

3. Cadre réglementaire de l'enquête

Dans le cadre de cette enquête, des autorisations sont demandées aux cadres de santé respectifs des différents services afin de pouvoir effectuer :

- Les observations et les enregistrements des situations d'induction au bloc opératoire.
- Les entretiens d'autoconfrontation.
- Des photographies des salles de bloc des situations d'induction.
- Une utilisation de ces photographies pour illustrer la sensorialité.
- Les entretiens post opératoires des patients.

Un contrat moral relatif à l'anonymat du lieu d'enquête, des enregistrements et à la non « transmission » des enregistrements est établi entre le chercheur et les infirmiers anesthésistes autoconfrontés.

IV. METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES

Dans un premier temps, les enregistrements sont retranscrits en verbatim (Enregistrements/Observations des situations et enregistrements des autoconfrontations).

Afin de réduire le risque de biais :

- seuls, les verbatims des autoconfrontations sont analysés car porteurs de la réalité alors que l'analyse de l'observation entraîne un risque d'hypothèses émises par le chercheur.
- un modèle de catégorisation des données à partir du cadre conceptuel est établi.
- une grille d'analyse à partir de la catégorisation est construite.
- L'enregistrement de la situation commence dès l'accueil du patient par l'infirmier anesthésiste et non à l'arrivée en salle de bloc opératoire afin de ne pas créer une rupture des interactions présentes entre le patient et l'équipe présente.

Les grilles d'analyse comportent :

- 4 catégories pour le prendre soin (Annexe 7 : situation 1/Annexe 8 : situation 2) :
 - l'intention
 - l'humanisme : se mettre à la place de l'autre c'est-à-dire l'empathie. La finalité est la personne et non le soin.
 - l'attention : attention donnée au patient, préoccupation et considération du patient.
 - «conforter-réconforter », « soulager/apaiser », « conditionner le stress du patient (techniques psychosensorielles) ».
- 7 catégories pour la sensorialité (Annexes 9 : situation 1/Annexe 10 : situation 2) : l'intensité sensorielle mesurée / la cénesthésie / l'audition / la vision / la kinesthésie / le sens de la chaleur (ambiance) / les thérapies sensorielles.

Chaque verbalisation est affectée à une catégorisation avec le numéro de la ligne du verbatim correspondant noté entre parenthèse. Le bornage temporel de l'enquête est reconsidéré. En effet, la retranscription des enregistrements en verbatim montre que le « Prendre soin » est initié dès le premier contact patient-infirmier anesthésiste. Il apparaît donc réducteur d'analyser les données uniquement à partir de l'arrivée du patient en salle de bloc opératoire comme initialement prévu. Le bornage de l'enquête débute donc à l'accueil du patient par l'infirmier anesthésiste et se termine à la perte de conscience du patient (après l'induction anesthésique).

V. RESULTATS DES ANALYSES – DISCUSSION

Au regard des catégorisations, il apparaît que le « Prendre soin » et la sensorialité sont deux concepts largement retrouvés dans les deux entretiens d'autoconfrontation. Certaines verbalisations se retrouvent dans plusieurs catégorisations d'un même concept ou dans les catégorisations des deux concepts étudiés.

L'analyse comprend les deux autoconfrontations. Chaque référence sera notée comme suit : (15)¹ ou (15)² signifieront respectivement : ligne 15 de l'autoconfrontation n°1 ou ligne 15 de l'autoconfrontation n°2.

1. Le Prendre Soins

L'intention se traduit par la nécessité d'être calme et de ne générer aucun stress pour le patient. Il faut que ça se passe bien (28)¹ « pour l'interne » et par suite, pour le patient. Une intention peut donc en cacher une autre. Le but est de « faire de façon détendue » (73)¹, de « ne pas (...) faire peur » (73-74)¹, de « diminuer l'anxiété de la personne » (31)², de « rassurer » (32)², « d'enlever la gêne de la douleur » (160)², de transmettre une détente au patient (196)². L'intention fait aussi partie des gestes (119-120)² en essayant « d'être le plus doux et le plus délicat possible » (117-118)², c'est « l'intentionnalité » (119-120)², c'est-à-dire ce qui est amené dans ce qui est fait (283)², ce qui est amené « avec » (285-286)². Le but est « de faire en sorte que ce soit le moins traumatisant » (291-292)² et d'« essayer d'endormir (...) dans de bonnes conditions, relâchée, en détente et en confiance » (243-244)². Il s'agit de « créer du lien » (27)², de « créer un dialogue » (86)² afin d'initier « un accordage » (28)². L'intention correspond au « sens » donné au soin (285)², au « but » donné (285)² afin d'être cohérent entre ce qui est dit et ce qui est fait (200)².

L'intention relève du réconfort et de l'humanisme et accompagne chacune des paroles et des gestes de l'infirmier anesthésiste.

L'humanisme est défini par l'empathie au cœur du concept du « Prendre soin », le fait de « se mettre à la place d'un patient » (392-395)¹. La notion de temps et de rythme est omniprésente. C'est une condition pour réaliser une hypnose profonde (119)¹. Tout peut être proposé mais il faut « laisser le temps » (118)¹, « il faut laisser du temps » (125-126)¹ (138)¹. Cette notion de rythme accompagne les actes de l'infirmier anesthésiste lorsqu'il « ne se précipite pas (...) et attend le bon moment pour piquer » (181)², lorsqu'il « enlève doucement la manche » (121)², « de façon la plus douce possible » (124)² en « aidant » les

patients, « sans forcer » (131-132)², en amenant les choses (168)². Le langage non verbal (118-119)² permet d' « envoyer un message » (126)². « C'est un contact discret mais (...) attentionné » (239)¹ « le contact permet une protection (...) pour rassurer, être moins froid » (233-234)¹. Le socle de l'humanisme est de réconforter les patients en créant « une espèce de petit cocon » (236-237)¹, cocon protecteur et chaleureux. Le respect du patient se traduit par sa reconnaissance en tant que personne et non en tant qu'individu « numéro » (392-395)¹, par le respect et la protection de son intimité (122)² (131-132)² et par la prise en compte de ses émotions et du contexte qui induit ces émotions (retard imprévu, souvenirs négatifs...). L'humanisme passe par l'explication au patient de tout ce qui se passe autour de lui notamment lorsque la dignité est mise à mal lorsqu'il est découvert pour des soins (273-274)¹.

L'humanisme ramène au réconfort, au sens de la chaleur et crée un lien entre cénesthésie, kinesthésie et sens de la chaleur. Il est intéressant de rapporter la notion de temps et de rythme lent aux séances de relaxation psychomusicale qui nécessitent une diminution progressive du rythme jusqu'à l'endormissement.

In fine, l'humanisme, traduit par la nécessité de « prendre le temps », est à la recherche d'une « synchronisation » (98)² et d'une « alliance avec le patient » (78-80)¹. L'humanisme est moins verbalisé dans le discours de l'autoconfrontation mais il se traduit par des termes forts et symboliques : « j'avais envie d'apprendre et de connaître ce qu'on pouvait apporter de plus, ce qui peut être intéressant sur le plan humain » (396-397)¹.

La prise en charge du patient nécessite de lui porter attention. L'infirmier anesthésiste s'applique à l'accueillir en sas de transfert, à aller vers lui et n'attend pas qu'il soit accompagné à l'entrée de la salle de bloc (58)¹. Cette attention nécessite une curiosité de l'infirmier anesthésiste pour le patient, son vécu, ses connaissances, ses attentes et ses besoins afin de réajuster ses actions, afin de « s'adapter au patient » (24)¹. Il est fondamental de « connaître son patient » (178)¹, « je voulais connaître rapidement d'où elle venait, ce qu'elle aimait » (87)¹. Cette curiosité passe par une double lecture, lecture du dossier « je savais parce que j'avais vu sur la feuille qu'elle était en état de stress » (96-97)¹ et attention clinique, « j'ai vu que la patiente était souriante » (80)¹, « elle avait les yeux qui brillaient » (89)¹. Cette curiosité de l'autre passe par une communication verbale en étant attentif aux verbalisations du patient, « elle me parlait de cohérence cardiaque,

c'est quelqu'un qui devait connaître des méthodes douces » (267)² (6-7)², curiosité qui permettra d'adapter l'accompagnement. De la même façon, le patient est reconnu comme acteur de sa prise en charge notamment lorsqu'il indique les veines les plus faciles à perfuser. Les patients « se connaissent mille fois plus que nous » (171-172)². L'infirmier anesthésiste « n'est pas un super héros » (173-174)². Il s'agit d'« une expérience partagée » (116)², d'« un ensemble » (233)². L'attention donnée au patient passe aussi par le non verbal. Il est « de l'ordre du ressenti (41) ², de la « sensibilité » (114)², de l'observation. « Elle se déplaçait tranquillement, elle ne parlait pas de sa douleur » (162-163)¹ donc « je n'ai pas senti la nécessité spécialement d'évaluer et de poser la question » (163-164)¹. L'observation doit être fine pour avoir une réponse adaptée. « Elle n'était pas inquiète pour la perfusion, elle était inquiète pour la localisation de la perfusion » (346-347)¹. L'infirmier anesthésiste doit être conscient que son observation est aussi soumise à son interprétation et qu'il peut inconsciemment majorer ou minorer une situation. « Elle était moins anxieuse que ce que je pensais » (5-6)², et « plus détendue que ce que je me l'imaginai » (36-37)².

L'induction anesthésique nécessite un partage d'expérience, une relation réciproque. « Ce n'est pas moi qui vis quelque chose et le patient qui vit autre chose » (115-116) ². Les explications données sont fondamentales car elles permettent au patient de mieux intégrer la situation dont il n'est plus maître (environnement, actes effectués) « je dis ce que je fais » (279)¹, « j'explique à la patiente » (121-122)², « j'explique tout ce que je fais » (184)², « toutes les explications sont là pour la patiente » (199)². Certains réexpliquent plusieurs fois, « parfois, j'explique deux fois » (275-276)¹, « donc je redis » (277)¹ et « je le redis en salle car on les découvre » (306-307)¹. Ces explications sont le garant du respect de la dignité de la personne (273-274)¹. Le fait que l'infirmier anesthésiste soit positionné à la tête du patient permet la continuité des informations données « je me mets toujours à la tête comme ça je continue à parler à la patiente » (225-226)¹ mais cela nécessite une organisation d'équipe « c'est bien qu'il y en ait un qui mette le monitoring en expliquant et l'autre qui s'occupe du reste » (256-257)¹. Il est aussi important que le patient puisse repérer l'ensemble des intervenants présents, « j'aime bien que le patient sache qui est autour de lui » (85-86)².

L'attention portée au patient passe par la curiosité et par une observation du patient via un canal verbal ou non verbal. Elle relève de l'empathie de l'infirmier anesthésiste. Elle permet une prise en charge personnalisée et adaptée au vécu du

patient. Elle passe par la reconnaissance du patient en tant qu'acteur de son hospitalisation et par des explications précises qui permettent une meilleure intégration sensorielle de l'environnement et des soins dispensés. La répétition de ces explications permet une réassurance, une adéquation et une cohérence. Elle nécessite une organisation d'équipe implicite ou explicite.

L'intention, l'humanisme et l'attention portés au patient sont étroitement intriqués et ont pour but de reconforter, soulager et apaiser le patient.

L'apport du réconfort au patient se concrétise par l'utilisation de thérapies sensorielles telles que l'hypnose qui se décline sur un processus évolutif : amorcer, « commencer quelque chose » (32)¹, « continuer à amorcer » (64)¹, « faire un lien » (26)¹, « que l'on approfondit » (11)¹ « et pour lequel on peut avancer progressivement, aller plus loin » (14)¹. L'attention passe par « l'hypnose conversationnelle » (31)² (218)² (85-86)¹ en utilisant des métaphores, « des suggestions » (37)¹, le trajet jusqu'à la salle de bloc devenant « un petit voyage paisible » (53)² et le « chariot de la table, le train pour aller à Houston » (64-65)¹ (92-93)¹. La métaphore employée doit plaire pour être imprimée. « Houston, ça avait l'air de lui plaire (...) c'est au moins le mot qu'elle a imprimé elle et ensuite, elle est partie vite » (360-361)¹. L'hypnose conversationnelle nécessite une attention particulière sur les mots employés (278)¹. Ainsi on préfère « collants à électrodes », « un petit doigtier à une pince » (287-288)¹, « « ça va gonfler et se dégonfler » à « ça va serrer » » (289-292)¹, « « soyez rassurée » à « ne vous inquiétez pas » » (297)¹. L'hypnose permet de conditionner le patient, « de casser cette angoisse qui potentialise » (141)², de détourner l'attention (166)² en créant un peu de confusion, en leur posant des questions, en « leur demandant ce qu'ils faisaient hier à la même heure » (155-156)². Il s'agit d'envoyer des « messages rassurants » (126)², un « message subliminal » (144-145)² « de ne pas choquer la personne » (124)² afin qu'il n'y ait « pas d'inquiétude » (143-144)². Le but est « de passer cette phase d'attente, de préparation, de questions, de direction vers la salle de bloc tout en étant avec le sourire et en détente » (97-98)¹, le but est d'apaiser les gens(471)¹.

Les infirmiers anesthésistes utilisent aussi l'humour « pour faire un peu de confusion » (150-151)² en utilisant « cette petite blague » (134)² (229)² et allient différentes « techniques de relaxation, de sophrologie liées à l'hypnose et à la respiration (...) pour se détendre » (244-245)². La respiration permet de mobiliser le corps et la psyché. Par la

respiration, « c'est le corps qui le ressent, c'est le langage du corps » (248-249)² et il faut « amener la personne à prendre conscience de ça » (250)² car « le phénomène de détente va être accentué » (250-251)². Le patient peut par exemple, presser un agrume dans le but de serrer le poing pour la pose de perfusion (203-204)². Le renforcement positif a aussi une place dans le réconfort des patients. « Je les félicite dans leur façon de faire (...) pour qu'ils soient rassurés » (365-366)¹ spécifiquement lors de la respiration en pré-oxygénation. La prise en compte de la cénesthésie et de la kinesthésie fait partie du confort du patient. Il faut prendre soin de « ne pas plaquer le masque sur le visage » (258-259)², « ne pas asphyxier le patient » (259)², et l'amener ainsi à « comprendre comment il faut respirer dans le masque » (372)¹. L'anesthésie générale et la pré-oxygénation sont des moments où il est nécessaire d'« amener cette détente » (247-248)², il s'agit d'une phase d'essai de détente, « dans ces dix minutes qu'on a, tu peux en faire des choses » (548)¹.

Le réconfort du patient passe par l'attention que l'infirmier anesthésiste lui porte. Ce réconfort passe par le choix d'une verbalisation choisie qui peut s'inscrire ou non dans un processus hypnotique conversationnel ou par le choix d'une hypnose profonde. Le but est de permettre par un conditionnement, d'amener progressivement le patient vers une zone de confort, de détente, de cohérence et de confiance. L'attention portée au confort physique du patient est fondamentale et relève du respect de la sensorialité du patient. Ce réconfort est potentialisé par un renforcement positif par l'infirmier anesthésiste. Ce dernier s'inscrit dans un accompagnement du patient dont le but est de faciliter la préhension de la situation et de diminuer son appréhension.

2. La sensorialité

2.1. Mesure du flux lumineux

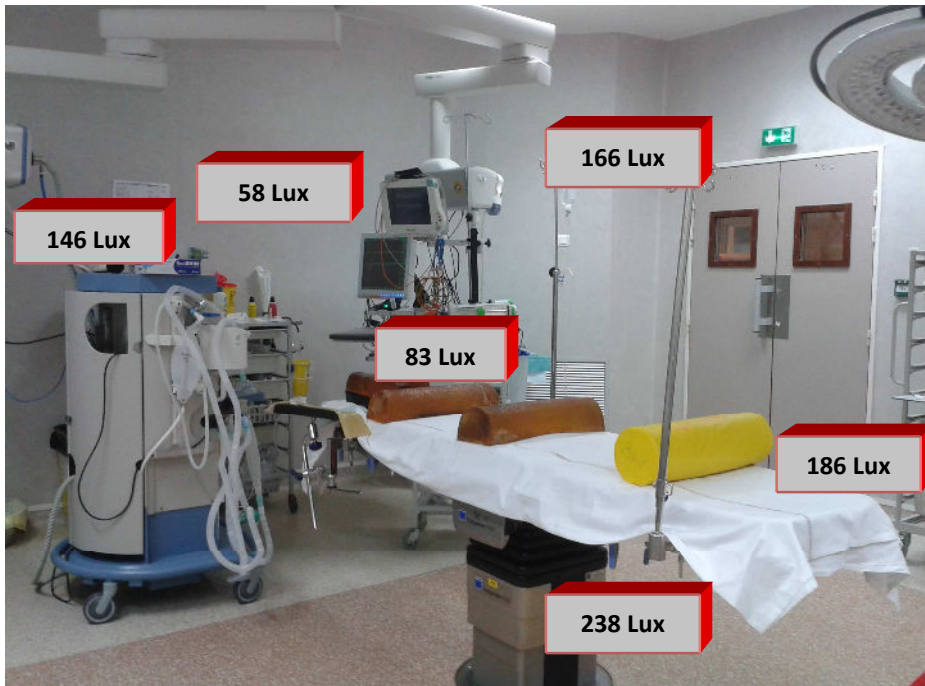


Figure 2 : Flux lumineux mesuré avec un luxmètre (Situation1)

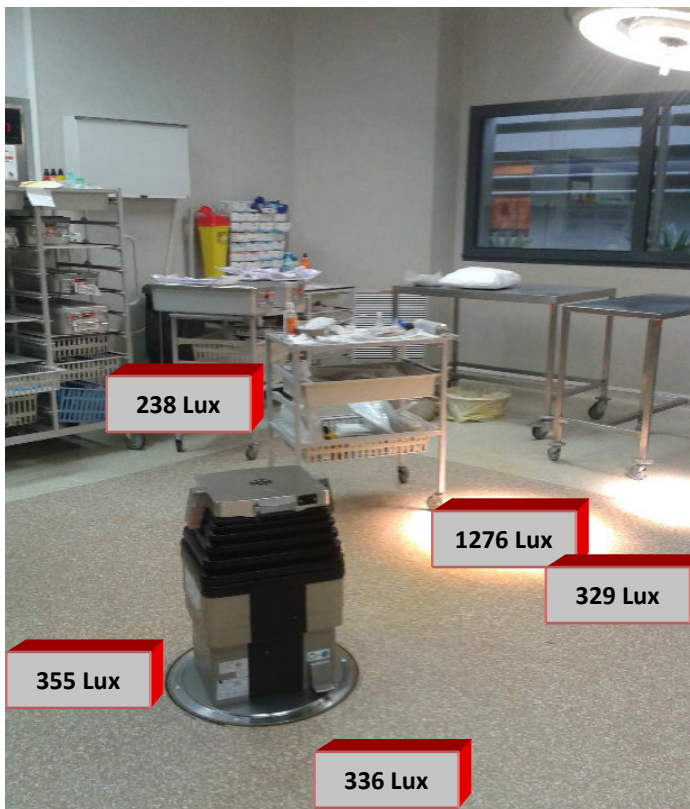


Figure 3 : Flux lumineux mesuré avec un luxmètre (Situation 2)

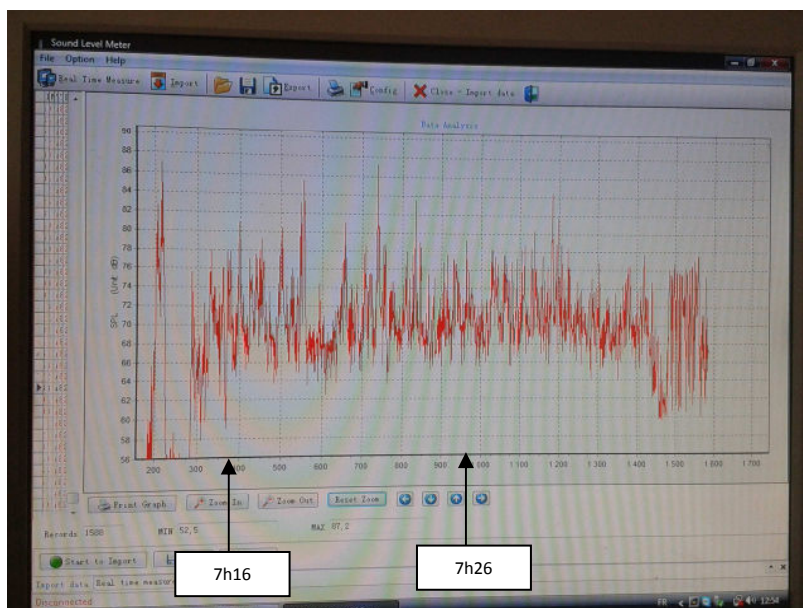
Le luxmètre permet de mesurer l'éclairement c'est-à-dire la quantité de flux lumineux reçu par une surface de 1m². Les éclairagements sont très variables selon leur localisation dans la salle de bloc opératoire.

Dans la situation 1, le visage du patient est soumis à un éclairage de 83 Lux ce qui correspond à un éclairage plus faible que celui d'une chambre qui s'élève à 100/150 Lux (Lux,2004). Les soignants bénéficient d'un éclairage de 166 Lux afin de poser la voie veineuse ce qui est faible si l'on considère que l'éclairage d'un bureau s'élève à 300 Lux. En revanche l'espace dédié aux infirmiers de bloc opératoire aux pieds du patient est plus éclairé mais reste faible également (186 Lux et 238 Lux).

Concernant la situation 2, les zones d'éclairages sont plus contrastées avec un scialytique qui délivre un halo lumineux de 1276 Lux mais qui reste derrière la tête du patient. Les zones adjacentes présentent une intensité lumineuse moyenne de 314,5 Lux, c'est-à-dire une intensité lumineuse qui correspond à l'éclairage moyen d'un appartement bien éclairé.

Le patient est soumis à un éclairage faible dans les deux situations étudiées, ce qui est cohérent avec le retour d'expérience des patients mais pas avec le ressenti de l'infirmier anesthésiste qui note que « c'était très éclairé »(342)² mais avec une lumière qui « n'était pas aussi blanche que d'habitude » (344-345)².

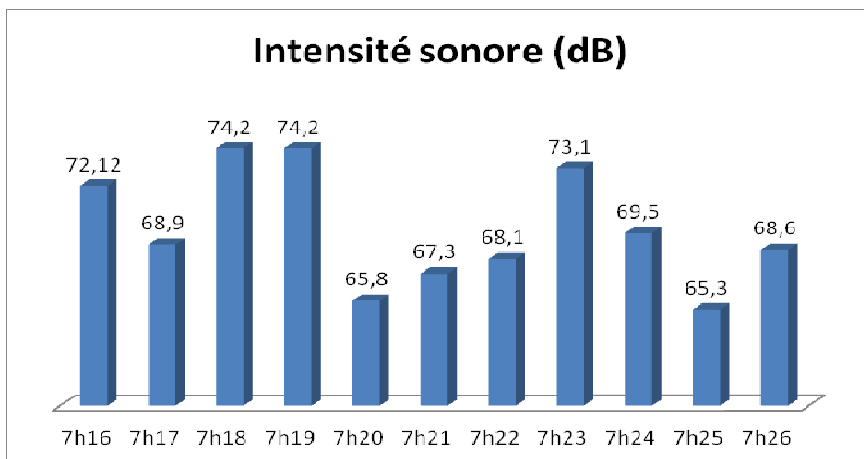
2.2. Mesure de l'intensité sonore



Données par seconde
Intensité sonore minimale : 59,1 dB
Intensité sonore maximale : 85,4 dB

Figure 4 : Enregistrement sonore par un sonomètre (situation 1)

L'enregistrement de l'intensité sonore s'effectue en continu toutes les secondes. Pour des raisons organisationnelles, l'enregistrement débute à 7h10'27'' mais l'enquête débute à l'entrée de la patiente en salle de bloc opératoire soit à 7h16' et se termine à son endormissement soit à 7h26'.



Ramené à un enregistrement par minute afin d'avoir une valeur plus significative, le calcul de la médiane des intensités sonores par minute s'élève à 68,9 [65,3 -74,2].

Sachant que le seuil d'inconfort auditif est de 90dB (Atelier machine) et que le seuil de douleur auditive est à 120dB (Avertisseur sonore). 68,9dB correspond à une intensité comprise entre une conversation normale (60dB) et un restaurant bruyant (70dB, intensité dite supportable).

L'intensité sonore de la situation 1 n'entraîne donc pas de nuisance mais reste au-delà du seuil de 45dB relatif à un environnement calme (Inforisque,2012).

L'enregistrement de l'environnement sonore de la situation 2 n'a pu être effectué pour des raisons techniques.

2.3. Mesure de la température

La température des deux salles calculée par un système central est identique soit 20°C.

2.4. Indicateurs du concept de sensorialité non mesurés

La cénesthésie ou système thermo-algique se retrouve plus à travers la douleur, les mots relevant de la température étant plus rattachés au sens de la chaleur (ambiance) qu'à la température corporelle. La douleur est reconnue comme un traceur de complications post opératoires (160)¹ tel un symptôme alarme à corrélérer avec l'évaluation de la douleur pré opératoire (152-153)¹ (158)¹. La douleur est une préoccupation de l'ensemble de l'équipe. Certains l'évaluent par une échelle numérique validée (158)¹, d'autres l'évaluent

par l'observation et par leur ressenti afin de ne pas entraîner une rupture du processus hypnotique débuté. « elle se déplaçait tranquillement, elle ne parlait pas de sa douleur donc je n'ai pas senti la nécessité spécialement d'évaluer et de poser la question »(162-164)¹ Ceci étant, une échelle d'hétéroévaluation sur un patient conscient en pré opératoire n'est pas validée à cause de l'impact du masque social.

La rupture du processus hypnotique doit être évitée mais des actes spécifiques à la prise en charge anesthésique ne peuvent être écartés. Afin d'éviter tout conflit, une réorganisation intra équipe est nécessaire. Les actes indispensables perturbateurs du processus hypnotique doivent avoir lieu avant l'induction hypnotique. Une dynamique d'équipe s'impose lors d'une prise en charge hypnotique.

Les infirmiers anesthésistes sont sensibles à l'environnement sonore. Les bruits perturbants sont « les gens »(489)¹, « les paroles qui fusent »(491)¹ et « les boîtes en métal »(493)¹. Il faut essayer de ne pas parler fort, « baisser d'un ton » (465-466)¹ et faire attention « quand on ouvre les boîtes » (462-463)¹. Il est noté que « c'est bien de parler aux gens mais c'est bien aussi de laisser des blancs »(45)².

La pratique de l'hypnose induit un certain respect de l'environnement sonore par l'ensemble des soignants présents. Ce respect est renforcé par les formations répétées au sein du service (459)¹(270)². « Il y a un cadre qui est un peu plus respecté » (461-462)¹ mais pour des situations d'hypnose profonde, ce respect doit être rappelé par une pancarte signalétique (479)¹. L'environnement doit être calme mais pas forcément silencieux (462)¹ car « on est dans un bloc opératoire » (462-463)¹ ce qui implique une activité qui doit être assurée. Les bruits générateurs d'anxiété ou de questionnements doivent être expliqués au patient. Ils peuvent être « inclus dans l'hypnose » (457)¹ comme le bruit du scope par exemple (508-509)¹ (511-512)¹. Le but est d'« expliquer à la personne qu'il y a des bruits (...) mais que ces bruits ne la dérangent pas et font partie de l'environnement » (466-468)¹. Cette intégration des bruits de l'environnement à l'hypnose nécessite une cohésion d'équipe car « il ne faut pas que tu aies des bruits comme ça, d'un seul coup » (469)¹.

Les bruits perturbateurs de l'environnement sonore sont clairement identifiés et la prise de conscience de l'impact de l'environnement sonore, générateur de stress, font émerger un nouveau concept de « pratiques sonores » (474-475)¹ ce qui est « positif pour l'ensemble de l'équipe » (473-474)¹. L'hypnose impose un cadre qui modifie la conception de l'environnement sensoriel pour l'équipe. L'environnement

sensoriel sonore peut être intégré dans le processus hypnotique qui utilise les paramètres discriminatifs retrouvés dans l'analyse sensorielle auditive « écoutez bien, les sons aigus ou graves, ou accélérés et puis le rythme va se ralentir » (511-512)¹. La musique peut avoir sa place, car « c'est l'amie de l'hypnose »(500)¹.

L'environnement lumineux ne représente pas un facteur à prendre en compte en systématique tel un indicateur d'ouverture de salle (360-361)². Il est pris en compte uniquement s'il s'avère inapproprié ou dérangent (356-357)² (358)² (364-366)² (373-374)². Sa prise en compte est donc contextualisée. Lors d'une induction, si l'intensité lumineuse est trop forte, alors on la diminue comme les paramètres musicaux de la phase descendante du montage de relaxation psychomusicale mais il n'est pas pensé préalablement de la diminuer avant l'arrivée du patient malgré la présence de variateurs de lumières (374-376)². L'intensité lumineuse se trouve au cœur d'un conflit entre le confort du patient et les exigences professionnelles telle que la pose de voie veineuse pour laquelle l'infirmier anesthésiste a besoin de lumière (330)¹ (335-336)¹. Ceci étant, il existe une reconnaissance de l'agression des patients par la lumière des scialytiques (332-333)¹.

Il n'est donc pas habituel pour des infirmiers anesthésistes qui pratiquent l'hypnose de se préoccuper de l'intensité lumineuse, ce qui est surprenant, car diminuer l'intensité lumineuse avec un variateur de lumière semble plus simple que de pratiquer l'hypnose. L'entretien d'autoconfrontation permet une prise de conscience que l'environnement sensoriel ne fait pas partie des préoccupations (354-355)² et qu'on ne va pas « volontairement y penser »(357)². En revanche, cette prise de conscience va permettre de changer les pratiques (380-381)².

L'environnement lumineux est un facteur pris en compte dès lors qu'il est contextualisé. Il n'est pas anticipé probablement parce qu'il se situe entre confort du patient et nécessité professionnelle.

La kinesthésie relève du langage non verbal (118-119)² et permet un « message rassurant »(126)², « un contact, une protection (...) pour être moins froid » (233-234)¹. Le contact est discret mais « c'est quelque chose d'attentionné »(239)¹. Il s'agit de « faire doucement, être le plus doux possible, le plus délicat » (117-118)². Elle permet de diminuer l'impact de certaines pratiques obligatoires telle que « ne pas plaquer le masque sur le visage »(258)² pour ne pas induire une impression d'asphyxie (259)². Elle permet une adéquation avec l'effet recherché à travers l'hypnose « je ne voulais pas qu'on l'asphyxie

alors qu'avec (la métaphore du) nuage... »(259)². Elle permet de faire participer le patient, d'induire un état qui optimise un acte comme la pose de voie veineuse en serrant le poing comme on « presse un agrume »(203)².

Le toucher est parfois inconscient. Il est porteur de protection et de réassurance en cohérence avec le discours dispensé.

Une attention particulière est portée par le fait que le patient ait connaissance de l'ensemble des soignants présents autour de lui (77)². L'infirmier anesthésiste « essaie de créer un dialogue » (86)², « de faire l'effort de coordonner »(97)², d'« associer tout le monde »(230-231)², de créer une ambiance de « petit cocon »(237)¹ autour du patient. L'ambiance est créée par l'ensemble de l'équipe dont les membres « rentrent de plus en plus dans le jeu » (144-145)¹. Le but est de créer une ambiance chaleureuse qui s'oppose au froid induit par les questions obligatoires de la Check list : « ça peut se faire en discutant avec le patient sans être trop froid » (416-417)¹, « sinon, c'est trop froid »(78)¹, « ça fait trop interrogatoire » (78-79)¹. Il faut « rassurer, être moins froid »(233-234)¹, être dans un « moment de détente »(165)¹.

Le sens de la chaleur est porté par une cohésion d'équipe et a pour but d'induire un climat rassurant et chaleureux autour du patient.

Les thérapies sensorielles sont largement utilisées dans les pratiques des deux infirmiers anesthésistes autoconfrontés. L'hypnose conversationnelle est utilisée (31)² (103)¹ ainsi que des « techniques de relaxation, de sophrologie liées à l'hypnose et la respiration (...) » (245-246)². L'hypnose est considérée comme « l'ancêtre de l'anesthésie » (251)². Ils différencient l'hypnose conversationnelle, l'« hypnose profonde » (114-115)¹ et l'hypno analgésie (386)¹ et évoquent « des techniques d'induction rapide » (122)¹ et des « techniques de distractions hypnotiques »(247)¹. L'hypnose est intégrée dans « l'accueil au bloc opératoire » (191)¹ et peut être utilisée lors de la réalisation d'actes spécifiques. Les infirmiers anesthésistes reconnaissent les bienfaits d'autres techniques telle que la musicothérapie mais reconnaissent que cela représente «un travail (...) intense» (536-537)¹.

L'hypnose a toute sa place dans la prise en charge anesthésique. Les infirmiers anesthésistes pensent que d'autres thérapies sensorielles ont leur place dans leur pratique mais ils spécifient que la mise en place de nouvelles pratiques demandent un investissement non négligeable.

L'analyse des deux autoconfrontations met en évidence que les concepts du « Prendre soin » et de la « sensorialité » sont ancrés dans la pratique des infirmiers anesthésistes de l'accueil du patient à l'induction anesthésique. Les thérapies sensorielles prennent progressivement leur place probablement du fait de l'étroite intrication et interdépendance de ces deux concepts. D'autre part, des considérations essentielles à leur optimisation en phase de pré-induction ont émergé.

3. Concepts émergents

Le « Prendre soin » fait partie de l'humain et n'est donc pas une technique à proprement parler. Il s'agit d'une façon d'être, retrouvée aussi dans la vie de tous les jours (300-301)². Il fait partie de l' « ADN » (279)².

Le « Prendre soin » relève d'une culture personnelle, « ma culture et l'anesthésie » (256)² que l'infirmier anesthésiste s'efforce de lier.

Les formations d'hypnose obligent à réfléchir sur ce que l'on fait, pourquoi on le fait et donne du sens à cela (302-303)².

L'hypnose, thérapie sensorielle, donne un sens au « Prendre soin ».

Après reconsidération, l'enquête commence à l'accueil du patient. Or, l'accueil du patient se cristallise plus sur la Check List que sur le patient lui-même ce qui entraîne un stress inévitable. La préoccupation majeure des infirmiers anesthésistes est d'humaniser la Check list, « de la faire de façon détendue » (72-73)¹ et qu' « elle ne soit pas trop réglementaire » (75)¹. L'humour peut être utilisé pour dédramatiser cela avec notamment une « petite blague sur l'identité (134)².

Le but de l'accueil pour l'infirmier anesthésiste est donc de créer du lien contrairement au caractère froid (77-78)¹ et formel de la check list.

La notion de cohérence voit le jour : cohérence entre le discours et les actes. Il ne faut pas, par exemple, plaquer le masque sur le visage, ne pas asphyxier le patient si je viens de faire une métaphore avec un nuage léger (258-259)².

Le discours doit être adapté et cohérent.

Une cohésion de l'équipe permet un meilleur accompagnement et permet d'optimiser l'effet recherché par l'hypnose. L'accueil se fait « en général (...) ensemble » (58-59)¹. L'organisation au sein des équipes et plus spécifiquement au sein de l'équipe d'anesthésie permet d'optimiser le « Prendre soin ». « C'est bien qu'il y en ait un qui mette le monitoring en expliquant et l'autre qui s'occupe du reste » (256-257)¹. L'organisation

est induite par un chef d'orchestre. « Les collaborateurs cernent ça rapidement et sans leur dire, comprennent le message » (98)², « mes collègues rentrent dans le même jeu »(142)¹, « ce n'est pas préparé, ça se fait naturellement » (102)², « ça fonctionne » (102)² et « si ce n'est pas le cas, on réajuste » (103)².

Cette organisation implicite confirme l'importance de la communication non verbale dans la construction du cadre thérapeutique : Etre ensemble dans une même direction. Le chef d'orchestre est souvent le « porteur d'hypnose ». Il permet une coordination. Les soignants sont respectueux du projet thérapeutique mis en place (l'hypnose) dès lors qu'il s'agit d'un projet de service. Cette cohésion doit permettre d'éviter les ruptures du processus thérapeutique.

Le propre conditionnement de l'infirmier anesthésiste voit le jour. Tout expliquer fait partie de l'attention portée au patient mais cela sert aussi l'infirmier anesthésiste. « Tout expliquer, ça sert à me conditionner »(186)², « à m'installer dans le soin » (187-188)², « pour me préparer psychologiquement »(189)², « un relâchement, une détente » (191)².

Ce conditionnement qui permet une détente de l'infirmier anesthésiste permet une meilleure prise en soin car la détente mise dans le geste du soignant va être transmise au patient. (195-196)².

La pratique de l'hypnose est optimisée si l'infirmier anesthésiste est pleinement présent (245-246)¹ et s'il peut se mettre à la tête du patient car « à la tête de la personne, tu vois bien le visage de la personne, tu vois si elle respire bien (...) » (254-255)¹. De fait, elle nécessite une organisation d'équipe. Si l'infirmier anesthésiste est dédié à l'hypnose, il a plus de possibilités de « trouver plus de phrases pour faire des techniques de distraction hypnotique »(247)¹.

L'organisation intra équipe permet d'optimiser le processus hypnotique et permet de réduire l'échec sur un acte sous hypnose « c'est bien qu'elle soit posée dès le départ » (262)¹.

L'humour apparaît comme un allié du « Prendre soin », moyen de réconfort qui permet de dédramatiser une situation anxiogène. L'humour entraîne le rire, révélateur du principe de plaisir-déplaisir mais qu'il faut savoir différencier du « rire », mécanisme de défense.

Les thérapeutiques non médicamenteuses, telles que l'hypnose et la musicothérapie, auxquelles un grand nombre de soignants peuvent ne pas adhérer, deviennent étrangement un recours face à un « échec » déclaré. Ce phénomène s'est retrouvé en service de réanimation où lorsque les patients sont réfractaires à des doses importantes de sédation et que cela devient difficilement gérable pour l'équipe, la musicothérapie est utilisée.

Il ressort également que la pratique des thérapies sensorielles telles que l'hypnose par les infirmiers anesthésistes, nécessite d'avoir de l'expérience en anesthésie car il faut réussir à allier « Prendre soin », « technicité » et exigences d'une anesthésie efficace. « je ne voulais pas lui plaquer le masque sur le visage (...) sachant qu'il faut quand même essayer d'être hermétique » (261)², « malgré tout, il faut avancer » (264-265)¹. « Je voulais connaître rapidement d'où elle venait, ce qu'elle aimait tout en avançant » (87)¹. « Les années d'expérience permettent déjà d'être habitué à l'ambiance du bloc » (518-519)¹ et de « se libérer de certaines choses » (523)¹, « ce que tu ne peux pas avoir quand tu sors du diplôme ou que tu apprends » (523-524)¹. L'anesthésie demande de la concentration et même si l'hypnose se décline sur le mode de l'imaginaire, l'infirmier anesthésiste doit rester concentré sur l'anesthésie (209)¹.

Il faut réussir à allier hypnose et exigences de l'anesthésie. Il s'agit d'un ensemble, ce qui fait beaucoup de choses (314-315)¹ et nécessite de l'expérience.

Ces pratiques entraînent un engagement de soi-même, de l'ordre du personnel (321-322)². Elles font émerger l'émotionnel « qu'on a tendance à mettre de côté (...) car on doit faire du rationnel » (330-331)². C'est encore l'inconnu, le non-reconnu qui induit une gêne mais c'est aussi le début d'une reconnaissance, d'une « prise de conscience de toute la part de l'émotionnel dans la prise en charge des patients » (334)². Les infirmiers anesthésistes qui ne pratiquent pas l'hypnose sont « focalisés sur autre chose » (320)² et ce ne peut pas leur être opposé « du moment que leur priorité, c'est la sécurité » (320-321)².

La sécurité serait « le centre de la cible » (320-321)² et donc la priorité dans la prise en charge anesthésique mais le « Prendre soin » du patient relève aussi de sa sécurité au regard des risques majorés (morbidity du stress, syndrome de stress post traumatique). Le « Prendre soin » fait partie de l'essence même de la sécurité et, en tant que tel pourrait devenir un indicateur de la sécurité.

4. Le point de vue des patients

La référence aux questionnaires des patients est notée comme suit : (13)Q1 signifie : ligne 13 du questionnaire 1 alors que (13)Q2 signifie : ligne 13 du questionnaire 2.

Le Prendre soin ressort très clairement dans les deux entretiens par la verbalisation d'indicateurs spécifiques. Les termes d'empathie et de compréhension (69)Q1 ainsi que les qualificatifs représentatifs de l'humanisme avec la possibilité de « prendre son temps » : « respirer doucement »(7)Q2, « en douceur » (8)Q2, gentiment (8)Q2 sont bien présents. La crainte d'être un numéro a laissé place à une « très belle expérience » (13)Q1. Les ambiances ressenties sont des ambiances de gaieté basées sur l'humour (67)Q1 ou une ambiance paisible et tranquille (18)Q2 non bruyante (22)Q1. Le nombre important d'intervenants reste un souvenir systématique, avec parfois une mémorisation précise du rôle de chacun (67-68)Q1 et parfois pas du tout (56)Q2. Le fait d'avoir des explications continues de ce qui va se passer (11)Q1 (69)Q1 est notifié. La période de la mise en place des appareils de surveillance fait partie des souvenirs ainsi que la pose de voie veineuse périphérique (5-10)Q1. Du point de vue de la sensorialité, l'environnement visuel esthétique picturale se réduit à des lampes et aux anesthésistes du fait d'arriver allongé (17-18)Q1. Etonnamment, le froid n'a pas été ressenti (51)Q1 (46)Q2. On note le souvenir d'une couverture chauffante (22-23)Q1. Le souvenir d'un inconfort n'est pas décrit. La lumière ressemble à la lumière du jour en contraste avec la traversée du couloir qui était sombre (31)Q1. Respirer dans un masque parfumé et écouter de la musique pourraient être un facteur majorant le confort sous condition que le parfum et la musique soient choisis par le patient (26)Q1 (39)Q1 mais ces propositions ne semblent pas forcément essentielles (34)Q2. Entendre les bruits présente un caractère rassurant (22-23)Q2 et certains ont leur propre façon de se recentrer seul (22)Q2 avec notamment la technique de cohérence cardiaque (8-9)Q2. La période d'induction paraît très courte (52)Q2 voire très rapide mais sans précipitation (58)Q1.

5. Conclusion de l'analyse - discussion

Si nous rapprochons l'analyse des entretiens d'autoconfrontations avec les entretiens des patients il en résulte que

-La check list, considérée par les infirmiers anesthésistes comme génératrice d'anxiété n'apparaît pas dans les souvenirs, nous en déduisons donc que la pratique des infirmiers anesthésistes et leur attention à rendre la check list « moins froide » est réussie.

-Le « Prendre soin » est fondamental dans la prise en soin anesthésique, il fait partie des souvenirs spontanés des patients et se traduit par le ressenti du patient de ce que transmet l'infirmier anesthésiste : son empathie, son humanisme (ne jamais précipiter le patient, prendre le temps malgré les contraintes...), son attention portée par les explications continues, le renforcement positif et l'intentionnalité de ses actes d'apporter du réconfort, de la chaleur. L'ensemble de ce ressenti correspond à l'intentionnalité de l'infirmier anesthésiste, à l'humanisme et à l'attention déployés lors de sa pratique.

-L'environnement sensoriel apparaît au second plan dans les souvenirs des patients et il apparaît déguisé dans le discours des infirmiers anesthésistes. Il est souvent contextualisé à l'exception de l'environnement sonore. La kinesthésie ou sens du toucher est porteur du « Prendre soin » par son intention protectrice et réassurante.

-Les thérapies sensorielles sont des fondements du « Prendre soin » et de la sensorialité. Elles nécessitent une expérience professionnelle en anesthésie et un engagement personnel en terme d'investissement émotionnel intrapersonnel mais aussi interpersonnel au regard de l'équipe. L'optimisation du développement des thérapies sensorielles à travers le « Prendre soin » et la sensorialité se trouve conditionnée par une dynamique d'équipe.

En définissant le sens de la chaleur et le sens d'autrui comme véritables sens au sein de la sensorialité, R.Steiner émet une alliance entre le « Prendre soin » et la sensorialité, fondement de l'accordage nécessaire entre Patient et soignant. Cet accordage semble être une préoccupation implicite des infirmiers anesthésistes.

La réflexion que nous avons étayée autour des pratiques de l'infirmier anesthésiste lors de l'induction a confirmé que l'induction anesthésique est préalablement conditionnée par l'accueil du patient. Les multiples représentations sociales du bloc opératoire, de la chirurgie et de l'anesthésie se cristallisent dans un imaginaire générateur d'angoisse. Au-delà d'une anesthésie sécurisée, le rôle de l'infirmier anesthésiste est d'être attentif à cet imaginaire pour le rendre acceptable et diminuer la morbidité induite. Dans cette

démarche, le « Prendre soin » et la sensorialité sont étroitement liés. Ils génèrent une intention particulière et nécessitent un engagement personnel au cœur duquel apparaissent de nouvelles pratiques telles que les thérapies sensorielles. Cette implication personnelle fait émerger le rôle des valeurs des infirmiers anesthésistes dans leurs pratiques professionnelles. Elle confirme le caractère immuable de l'essence même de l'être humain dans son accomplissement et voit l'humanisme côtoyer la technicité.

Le rôle de l'infirmier anesthésiste est de reconnaître la morbidité liée au stress et d'allier « technicité » et « psyché » pour une prise en charge sécuritaire et de qualité. Cette dynamique implique expérience, implication et alliance au sein de l'équipe. Cette implication et cet engagement nous amènent à prendre conscience de la nécessité de prendre le temps de méditer sur les raisons de nos choix personnels et/ou professionnels.

6. Retour sur l'hypothèse de départ

La confrontation entre le cadre théorique étudié, l'analyse de l'enquête réalisée et le vécu des patients porte à croire que l'utilisation des thérapies sensorielles par l'infirmier anesthésiste à l'induction optimise le « Prendre soin » et la qualité de l'induction anesthésique. Cependant, dans un souci d'objectivité, nous sommes obligés de souligner certains biais :

- Les thérapies sensorielles pratiquées relevaient spécifiquement de l'hypnose.
- Les circonstances de la réalisation de l'enquête ont fait que les deux infirmiers anesthésistes confrontés étaient empreints de la culture de l'hypnose.
- Les infirmiers anesthésistes sont des infirmiers ayant une expérience professionnelle respectivement de 10 et 20 ans. Autoconfronter des infirmiers anesthésistes récemment diplômés aurait probablement fait émerger d'autres déclinaisons du « Prendre soin » et de la sensorialité dans leur pratique et dans leur essence professionnelle.
- Les patients interrogés ont été interrogés à des distances différentes en post-opératoires (J0 et J5).

Ces biais doivent être pris en considération et ne nous permettent pas de répondre, à ce jour, à notre hypothèse de départ, laquelle relève encore du possible ou du probable. L'enquête réalisée permet une ébauche qualitative qui certes, tend à valider notre hypothèse mais qui permet surtout de reconsidérer des angles de recherche afin d'évoluer dans notre réflexion et d'envisager, dans notre futur professionnel, une étude quantitative avec des mesures comparatives de paramètres physiologiques.

CONCLUSION

Le commencement... Le sujet de mémoire.... Pour certains, ce choix semble bien compliqué, pour moi il s'impose comme une évidence... mon mémoire de fin d'études traitera de l'alliance possible entre la musicothérapie et l'anesthésie dans la pratique des infirmiers anesthésistes. Mais l'évidence est maître de confusion et seuls les maîtres ont cette clairvoyance ... il faut les écouter, accepter, faire confiance, méditer... L'évidence s'impose à l'esprit avec une telle force qu'elle efface toute nécessité de preuve pour en connaître la vérité et la réalité contrairement à la réflexion qui impose un retour de la pensée sur elle-même en vue d'examiner en profondeur une idée, une situation. Il faut commencer par comprendre cela. Il faut repenser, réfléchir ... recommencer, réinitialiser son système de pensée, abandonner ses certitudes, son idéal...Changer de corpus... se nourrir de l'expérience de ses pairs... Partir du général pour arriver au particulier, se rapporter à une situation... alors seulement, apparaissent de nouveaux concepts : la musicothérapie et l'anesthésie font place à la sensorialité dans le prendre soin pour une optimisation de l'induction anesthésique et la focalisation monothématique restrictive fait place à la richesse de la plasticité cérébrale.

Le second challenge est de maîtriser tout au long du travail de recherche cette plasticité cérébrale stimulée par l'inspiration et la passion du sujet choisi : il faut se recentrer et synthétiser, ce qui est facilité par le respect d'une méthodologie stricte. Les recherches sur les concepts de sensorialité et du « Prendre soin » se sont inscrites dans un processus constructiviste de la conception de ma future profession. Les références relatives à la musicothérapie se sont vues facilitées par mon expérience de musicothérapeute. Ce processus constructiviste s'est ensuite « cristallisé » dans une dimension plus intime de l'essence même de l'infirmier anesthésiste en tant qu'Être humain lors des autoconfrontations réalisées. Les infirmiers anesthésistes rencontrés se sont livrés spontanément, sans réserve et avec sincérité dans leur intimité, comme une évidence. Cette évidence a initié un accordage avec mes futurs pairs, une re-connaissance, une rencontre véritable de grande valeur. Ils ont consolidé mes convictions et en ont fait naître d'autres. Ils m'ont transmis leur passion pour l'hypnose. Ils ont confirmé qu'il n'existe pas une vérité ramenée à une possibilité mais une interdépendance pour une prise en charge anesthésique personnalisée.

Les exigences nécessaires à la pratique des thérapies sensorielles ne doivent pas freiner la motivation des infirmiers anesthésistes. La prise en compte de la sensorialité passe dans un premier temps par une première prise de conscience et des gestes simples (tourner un variateur de lumière, baisser le son de sa voix, etc..) qui prennent toute leur importance lors de l'induction anesthésique. Dans un deuxième temps, la pratique des thérapies sensorielles nécessite une formation. Des formations de sensibilisation et d'approfondissement sont dispensées institutionnellement ou hors institution. Certains infirmiers anesthésistes passionnés par cette thématique se sont impliqués dans différentes pratiques et ont à cœur de transmettre leurs connaissances. La richesse de l'enseignement de ses propres pairs relève de leur expérience pratique de terrain. En plus de leur transmission dite théorique, ils témoignent de leur vécu, de leurs interrogations, de leurs doutes, de leurs difficultés passées et/ou encore présentes. Bien plus encore, ils sont les témoins de la possible réalisation du projet. Ils transmettent leur passion et ont à cœur d'accompagner leurs pairs en réflexion. Allier technicité et « Prendre soin » est possible même s'il s'agit d'un apprentissage long. Allier « Prendre soin » et équipe est possible même s'il s'agit d'une dimension managériale. Dès lors que la passion habite un projet, il ne peut que se réaliser. Dès lors que l'on prend conscience que la conjonction de sensorialité, thérapies sensorielles et « Prendre soin » permettent une optimisation de la qualité et de la sécurité des soins cœur du métier de l'infirmier anesthésiste, alors le projet ne peut que se réaliser. Et lorsque vos pairs, face à votre préoccupation de réussir à allier technicité et « Prendre soin » vous diront « nous, on a réussi et on n'est pas des flèches donc forcément toi, tu vas réussir aussi », alors la passion ne vous quittera plus et vous vous prendrez d'affection pour vos pairs face à l'humilité dont ils viennent de témoigner et vous serez fiers de les rejoindre dans un futur proche. Mais attention, vous serez peut être en proie à un processus hypnotique...

La finalité est d'insuffler cette conception du « Prendre soin » à travers la sensorialité à l'ensemble de l'équipe. En effet, le respect de l'environnement sensoriel et la pratique des thérapies sensorielles sont facilités par une prise de conscience de l'ensemble des collaborateurs de l'infirmier anesthésiste (Aides soignants, infirmiers de bloc opératoire, médecins anesthésistes réanimateurs et chirurgiens) et par un travail d'équipe. La subtilité réside dans la transmission du projet à l'ensemble de l'équipe, l'infirmier anesthésiste ou le groupe d'infirmiers anesthésistes porteurs du projet étant au cœur de cette transmission.

Ce travail fait partie d'un processus de professionnalisation dont l'essence véritable est née de la rencontre de deux passions : l'une déjà ancrée, la musicothérapie, thérapie sensorielle, l'autre émergente car en construction, l'anesthésie. « La musique est l'amie de l'hypnose » m'a-t-on-dit au cours des rencontres permises par ce travail. Cette simple confiance confirme mon intime conviction qu'il n'existe pas « une prise en soin anesthésique » mais des « prises en soin anesthésiques personnalisées » qui peuvent être optimisées à travers différentes pratiques sensorielles dans le « Prendre soin ». Ainsi, continuer ce travail émergent, me nourrir de l'expérience de mes pairs, m'initier à l'hypnose, transmettre la musicothérapie, m'inscrire dans une dynamique d'équipe, allier Technicité et « Prendre soin » relèveront de mon prochain challenge afin d'être en accord avec mon éthique professionnelle et personnelle. Le chemin semble long mais il devient possible dès lors que l'on médite sur le proverbe qui suit : « Ne crains pas d'avancer lentement, crains seulement de t'arrêter ».

BIBLIOGRAPHIE

- Amouroux R., Rousseau-Salvador C., Annequin D. (2010), « l'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention », *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 168(8), p.588.
- Benrberbia F.e t al.(2007), « Construction et utilisation d'un outil permettant d'évaluer les compétences relationnelles des étudiants infirmiers en stage en psychiatrie », *Recherche en soins infirmiers* (n° 90), p.4-14.
- Berthoz A., (2008) « L'échange par le regard », *Enfances & Psy*, <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-page-33> / consulté le 24/02/18.
- Biard MF.,d'Olier C. (2010), "Des psychanalystes à l'écoute des sens" *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°54.
- Bradt J., Dileo C., Grocke D. (2010,) « Music interventions for mechanically ventilated patients ». *Cochrane Database Syst Rev* 8 :CD006902.doi:10.1002.
- Bringman H, Giesecke K, Töme A et al. (2009), "Relaxing music as premedication before surgery : a randomized controlled trial." *Acta Anaesthesiol Scand Jul* ; 53(6) :759-64.
- Buizard JM. (2013), « De la séparation entre perception et conscience » *L'évolution psychiatrique* Vol XXXX p.1-11.
- Blass EM, Shah A. (1995), Pain-reducing properties of sucrose in human newborns. *Chemical Senses* 20(1) p.29-35.
- Caclin S. (2016), « Pratique de la lumière au bloc opératoire » Site de lightzoomlumière [en ligne] <http://www.lightzoomlumière.fr> / consulté le 10/03/2017.
- Chabay E., Chinouilh M., C. Pignoux et al. (2009), « Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété » 51^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier Masson
- Changeux P. (2016), « *La beauté dans le cerveau* » Odile Jacob p195-208.
- Chlan LL., Weinert CR., Heiderscheit A et al. (2013), « Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support : a randomized clinical trial » *JAMA* 309 (22) :2335-44.
- Claustrat B. (2009), « Mélatonine et troubles du rythme veille-sommeil » *Elsevier Masson* (6), p.12-24.
- Colas MJ. (2001), « les règles du jeûne pré-opératoire ont-elles évoluées ? » Conférences d'actualisation Editions Elsevier SAS et SFAR. p.81-93.
- Colson P. (2017), « Peripheral and central effect of neurohumoral stress response » Cours IADE 1^{ère} année Montpellier. UE.2.02.S2
- Collière MF. (2001), *Soigner, le premier art de la vie*. Editions Masson (2^{ème} ed.)
- Danziger, N., Fournier, E., Bouhassira, D., Michaux, D., De Broucker, T., Santarcangelo, E., Carli, G., Chertok, L., Willer, J.C. (1998).- Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia : a neuro-physiological study, *Pain*, n°75, p. 85-92
- Defechereux T, Degauque C., Fumal I et al.,(2000), « l'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée » *Ann Chir* ; 125 (6) :539-46.
- Dureuil B. (2015), « la prémédication en 2015 chez l'adulte » SFAR, conférence d'essentiel.

- Ferragut E., Colson P. (1996), *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*, Editions Masson.
- Garnier E. (2016) « Médecine et intelligence artificielle, Un nouveau monde de possibilités » Le Médecin du québec <http://www.lemedecinduquebec.org/archives/medecine-et-intelligence-artificielle-un-nouveau-monde-de-possibilites/> consulté le 6.01.2018.
- Guillon G. (2017) « Communication intercellulaire: notion de récepteurs, de canaux ioniques, de médiateurs, neurotransmetteurs. Concept de signalisation intracellulaire : récepteurs, voies de a signalisation, phosphorylations » Cours IADE 1ère année Montpellier.
- Guillon G. (2017) « Classification des systèmes d'échange d'information au niveau du monde animal » Cours IADE 1ère année Montpellier.
- Hancock C. (2014), « l'olfactothérapie, une technique pour rééduquer les sens des patients » <http://www.topsante.com/medecine/medecine-divers/hopital/olfactotherapie-une-technique-utilisee-pour-reeducer-les-sens-des-patients-consulte-le-28.12.17>.
- Hasfeldt D., Laerkner E., Birkelund R. (2010), « Noise in the Operating Room –What Do We Know ? » A Review of the literature. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol 25, No 6, p380-386.
- Hesbeen W. (1997), *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* p1-38 p.61-67, Editions Masson.
- Hesbeen W. (2017), *Humanisme soignant et soins infirmiers "un art du singulier"* p.1-32 Editions Masson.
- Hick G., Kirsch M., Brichant JF et al. (2011) « Hypnose en anesthésie » 53ème congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Conférence d'actualisation. *SFAR* 2011.
- HPCI (2016), « Fiche technique : entretien salle d'opération » <https://www.hpci.ch/prevention/recommandations/contenu/bop-entretien-des-locaux/> consulté le 22/12/17.
- Jaber S et al. (2006), « Effets de la musicothérapie en réanimation hors sédation chez des patients en cours de sevrage ventilatoire versus des patients non ventilés » *AFAR*, Elsevier Masson
- Jensen M.P. (2009), « Topical Review. Hypnosis for chronic pain management : A new hope », *Pain* p.235-237.
- KieferB. (2017), « l'intelligence artificielle, le soin, la mort » <https://www.amge.ch/2017/11/20/lintelligence-artificielle-le-soin-et-la-mort/> consulté le 03.01.18.
- La Brosse de S. (2016), « Tumeurs inopérables : avec CyberKnife, une chirurgie sans scalpel » Interview du Dr A.Toledano. <https://news.sen360.sn/people/tumeurs-inoperables-avec-cyberknife-une-chirurgie-sans-scalpel/> consulté le 03..01.18
- Laville A.C., Mouchon S., Gueneau E. et al. (2012), « Expérience de l'hypnose et de l'olfactothérapie en anesthésie pédiatrique » *Oxymag* n°125 p.5-7.
- Letonturier E., Munier B. (2016), « La sensorialité, une communication paradoxale » *Hermes* 74
- Liu EHC, Tan SM (2000), « Patient's perception of sounds levels in the surgical suite » *J.Clin Anesth.* 12 :298-302.
- Lux, La revue de l'éclairage (2004), Lieux de travail « les normes européennes de l'éclairage » *Lux* n°228 p.45-50.
- Marlier L., Gaugler C., Astruc D., et al. (2006), « la sensibilité olfactive du nouveau né prématuré » *Archives de pédiatrie* 14 p.45-43.

- MCadams S., Deliege I. (1988), « *la musique et les sciences cognitives* », Liège, éditions Mardaga. p.361-374.
- Mueller J. (2006), « Au cœur des odeurs », <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-3-page-791.htm> /consulté le 04.01.18.
- Nicolosky A. (2016), « concept du patient debout » Congrès hypnose et douleur St Malo.
- Nieoullon A. (2009), « Le cerveau sensoriel » *Le Bulletin scientifique de l'arapi* n°29 (association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations ».
- Rainville P., Carrier B., Hofbauer R.K. et coll. (1999) –“Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation” *Pain*; 82 (2):159-71
- Ramain E., Carlès M., Brigato K. et al. (2004), « Désorganisation du bloc opératoire : le rôle des facteurs humains », *MAPAR*, p583-598.
- Reseau-morphée (2016), « le sommeil profond » <http://www.reseau-morphée.fr/le-sommeil-profond/>consulté le 18.12.18
- Rosay H. (2015), «Des patients debout au bloc opératoire... » *MAPAR*, p.413-416
- Roy M., Peretz I., Rainville P. (2008) « Emotional valence contributes to music-induced analgesia », *Pain* 134 :140-147
- Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I et al.(2006), « Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients ». *Anesth Analg.* 102 (5) : 1394
- SF2H Société française d'hygiène hospitalière,(2013), « gestion pré-opératoire du risque infectieux, mise à jour de la conférence de consensus2004, <https://sf2h.net/publications/gestion-preoperatoire-risque-infectieux-mise-a-jour-de-conference-de-consensusHygiènes/>consulté le 12.02.18
- Sin WM, Chow KM. (2015), « Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review », *Pain Manag Nurs* 16(6) :978-87.
- Soesman A., (1998), *les 12 sens , fenêtre de l'âme*. Editions Triades
- Stevens B, Yamada J, Ohlsson A et al.(2016), « Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of systematic Reviews*, Issue 7.
- Verdeau-Pailles J., (1983), « *le bilan psychomusical et la personnalité* ». Fuzeau, Courlay, 318p.
- Vigil-Ripoche M.A., (2011) “Marie-françoise Collière-1930-2005, Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme », une contribution infirmière au “prendre soin”. *Recherche en soins infirmiers* vol 107,no 4, p7-22.
- Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, Kain ZN, (2002), «Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesth Analg.* Jun ; 94(6) :1489–94.
- Watson J. (1998), *Le Caring. Philosophie en sciences infirmières*. Editions Seli Arslan.
- Winnicott D. (2006), *la mère suffisamment bonne*, Petite biblio Editions Payot classique.

.....

ANNEXES

Annexe 1 : Le « Prendre soin » dans le code de la Santé Publique	p76
Annexe 2 : Le « Prendre soin » au sein des compétences IADE	p77
Annexe 3 : Modèle d'analyse des organes des sens	p78
Annexe 4 : Psychogramme de réceptivité	p79
Annexe 5 : Questionnaire Patient.	p80
Annexe 6 : Indicateurs pour l'observation.	p81
Annexe 7 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 1 : Concept du « Prendre soin »	p82
Annexe 8 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 2 : Concept du « Prendre soin »	p87
Annexe 9 : Situation 2 : Enregistrement de l'intensité sonore par sonomètre.	p89
Annexe 10 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 1 : Concept de Sensorialité.	p90
Annexe 11 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 2 : Concept de Sensorialité.	p93

Annexe 1 : Le « Prendre soin » dans le code de la Santé Publique

Code de la Santé Publique	Phrases/Expressions/Mots évoquant le « Prendre Soins »
Art R4311-2	Les soins infirmiers intègrent (..) la qualité des relations avec le malade 1° Protéger (...) la santé mentale des personnes. 5° Participer à la prévention (..) de la détresse physique et psychique des personnes Fonction d'entretien et de continuité de la vie
Art R4311-3 (rôle propre)	Identifie les besoins de la personne
Art R4311-5 (actes relevant du rôle propre)	Assurer le confort (...) de la personne 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne (...) observation des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur 40° (...) privilégiant l'écoute de la personne 41° Aide et soutien psychologique 42° Observation et surveillance des troubles du comportement
Art R4311-6 (santé mentale)	Entretien d'accueil
Art R4311-7	42° Entretien individuel et utilisation (...) de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.
Art R4312-2 (sous section 1/ devoirs généraux)	Il respecte la dignité et l'intimité du patient (...)
Art R4312-25 (sous section 2/ devoirs envers les patients)	(...) dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience.
Art R4312-26	L'infirmier (...) agit (...) dans l'intérêt du patient.
Art R4312-32	L'infirmier (...) informe de façon adaptée. (...) Il donne tous les conseils utiles (...)

Annexe 2 : Le « Prendre soin » au sein des compétences IADE

Compétences des infirmiers anesthésistes	Phrases/Expressions/Mots évoquant le « Prendre Soin »
Compétence 1.7.	Identifier (...) en fonction des caractéristiques du patient, (...)
Compétence 2.2.	Apprécier l'état clinique (...) du patient.
Compétence 2.3.	Evaluer l'état psychologique du patient (...)
Compétence 2.5.	Maintenir l'équilibre physiologique en fonction de l'état clinique du patient.
Compétences 3.8.	(...) en fonction de l'évaluation des données cliniques
Compétence 5.1.	Evaluer le niveau d'information du patient
Compétence 5.2.	Evaluer son comportement et son anxiété
Compétence 5.3.	Reconnaître un trouble du comportement
Compétence 5.4.	Communiquer avec les familles
Compétence 5.5.	Maintenir une relation de confiance, sécurisante
Compétence 5.6.	Adapter la prise en charge de l'anxiété
Compétence 5.7.	Expliquer au patient (...)
Compétence 5.8.	Identifier les mémorisations per-opératoires (...)
Compétence 5.9.	Identifier les troubles cognitifs post-opératoires (...) afin d'adapter une prise en charge personnalisée.
Compétence 6.1.	Recueillir et sélectionner les informations (...)
Compétence 6.3.	(...) en prenant compte de son état

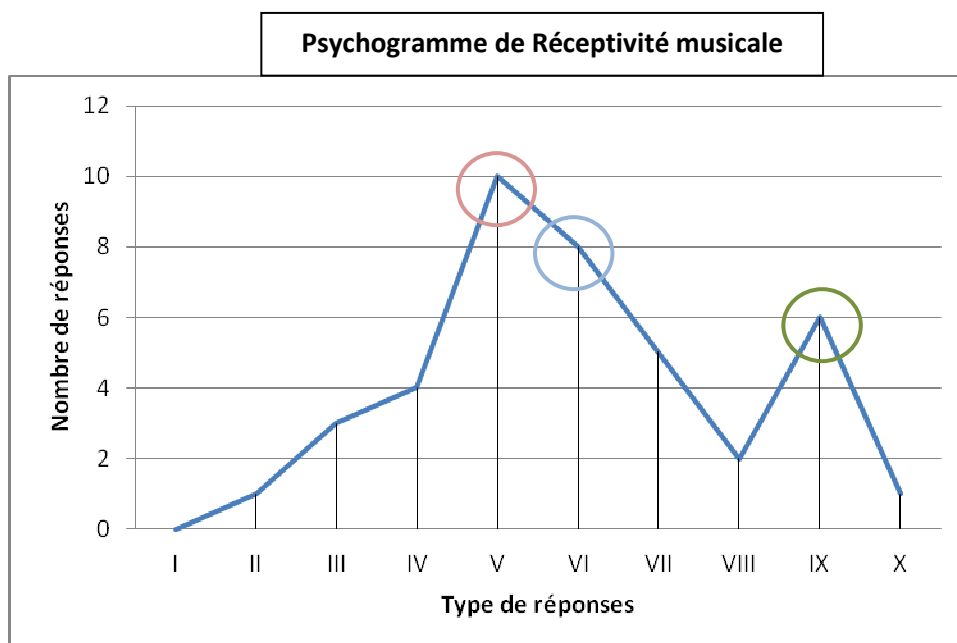
Annexe 3 : Modèle d'analyse des organes des sens

	Stimulus	Récepteur	Transformateur	Conducteur	Analyseur Cerveau
Vision	Lumière (Photons)	Œil (Cornée/Cristallin)	Rétine (Cônes et bâtonnets)	Nerf Optique	Aire Visuelle
Audition	Sons (Ondes sonores)	Oreille Oreille Externe (Pavillon) Oreille Moyenne (tympan, osselet, étrier) Oreille Interne (vestibules, canaux semi circulaires)	Oreille interne Cochlée (Cils de la cochlée)	Nerf Auditif	Aire Auditive
Goût	Substance sapide et soluble	Papilles (filiformes, fongiformes, foliées, calciformes)	Papilles (Bourgeons gustatifs)	Nerfs Crâniens TC	Aire gustative
Odorat	Substance Odorante et volatile	Nez Tâche olfactive	Cellules olfactives (cils olfactifs)	Nerf Olfactif	Aire Olfactive
Toucher	Pression Température Douleur } }	Terminaisons nerveuses (corpuscules Pacini,Riffini,Meissner) Terminaisons nerveuses libres	Terminaisons nerveuses Terminaisons nerveuses libres	Nerf sensitif ME TC	Aire du toucher

Annexe 4 : Psychogramme de réceptivité.

	Extraits d'oeuvres		Types de Réponses
1	Œuvre descriptive	I	Réponses sensorielles
2	Œuvre pesante traduisant l'inquiétude	II	Réponses cénesthésiques
3	Œuvre affective et sentimentale	III	Réponses motrices
4	Œuvre favorisant la communication, chaleureuse	IV	Réponses visuelles simples
5	Œuvre insolite	V	Réponses visuelles élaborées
6	Œuvre apaisante	VI	Réponses jugements de valeur
7	Œuvre agressive	VII	Réponses affectives
8	Œuvre apaisante	VIII	Réponses souvenirs
9	Œuvre orientale	IX	Réponses intellectuelles
10	Œuvre équilibrée et grandiose	X	Réponses banalités

Types de Réponses										
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Extrait 1			x	xx	xxxx				x	
Extrait 2			x		x	x				
Extrait 3					x		x		x	x
Extrait 4					x	xx	x		x	
Extrait 5		x	x		x	x		x	x	
Extrait 6				x			x			
Extrait 7					x	x				
Extrait 8						x	x		x	
Extrait 9				x	x	x	x	x		
Extrait 10						x			x	



On note une implication par des réponses visuelles élaborées contrôlées par des jugements de valeur et des intellectualisations.

Annexe 5 : Questionnaire Patient

1. Pourriez-vous m'évoquer les souvenirs que vous avez de la phase de pré-induction c'est-à-dire entre le moment où vous êtes entré(e) en salle de bloc opératoire et le moment où vous vous êtes endormi(e) ?
2. Pourriez-vous décrire ce que vous avez vu lorsque vous êtes entré(e) dans la salle de bloc opératoire ?
3. Pourriez-vous décrire l'environnement sonore du bloc opératoire ?
(bruyant, calme, dérangent...)
4. Pensez-vous qu'écouter de la musique vous aurait apporté un mieux-être ?
5. Vous souvenez-vous si la lumière était douce ou éblouissante ?
6. Avez-vous le souvenir d'odeurs particulières ? Si oui, pourriez-vous les décrire ?
7. Auriez-vous aimé respirer dans un masque empreint d'une odeur qui vous est agréable ?
8. Vous souvenez-vous avoir eu un goût particulier dans la bouche ?
9. Étiez-vous confortablement installé(e) ? ou avez-vous des souvenirs d'inconfort ? si tel est le cas, pourriez-vous décrire cet inconfort ? (ex : contact corps-table d'opération)
10. Avez-vous eu froid ?
11. Avez-vous ressenti l'air de la salle ?
12. Ce moment vous a-t-il paru long ?
13. Vous souvenez-vous de l'infirmier(e) anesthésiste qui s'est occupé(e) de vous ?
14. Pourriez-vous décrire la relation que vous avez eu avec lui (elle) ?
(ce qu'il vous a dit / ce qu'il ne vous a pas dit / ce qu'il vous a expliqué / ce qu'il vous a apporté / son attention quant à vos besoins)
15. Avez-vous été satisfait(e) de l'accompagnement que vous avez eu en salle de bloc opératoire ? Vous a-t-il manqué quelque chose ?

Annexe 6 : Indicateurs pour l'observation

Indicateurs du prendre soin observable	Indicateurs de l'environnement sensoriel observable
<p>Etre actif dans la construction du cadre thérapeutique</p> <p>Etre Bienveillant / Etre Bienfaisant / Accompagner</p> <p>Interactions patients-soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre en relation - Regards <p>Attention donnée au patient (empathie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir le patient - Observer le patient (être attentif au patient) - Identifier les besoins du patient (= Curiosité de l'autre) - Etre attentif à - Réajuster ses actions en fonction du comportement du patient - Prendre en compte les messages non verbaux significatifs - Expliquer le déroulé des actions à venir <p>Soulager / Apaiser</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre à la demande du patient - Assurer le confort du patient - Donner des conseils <p>Conforter / Réconforter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir les émotions du patient - Laisser le patient s'exprimer - Evaluer l'état psychologique du patient (anxiété) - Ecouter activement - Nature des mots prononcés - Prise en compte du bien être du patient <p>Humanisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre la main - Prendre le temps (Ne pas se précipiter) - Mouvements vers l'autre (se pencher vers) - Etre présent, Faire face - Prendre position pour protéger - Respecter la dignité <ul style="list-style-type: none"> - Considération (Choix des mots, Intonation de la voix) - Nudité <p>Conditionnement du stress du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de techniques psychosensorielles <p>Dimension psychologique Aide et soutien psychologique</p>	<p>Perception par le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat de conscience du patient <p>Adaptation</p> <p>Modalités sensorielles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visuel (design) *Couleur murs/plafond *Agencement/Architecture - Tactile *Qualité de la table d'opération (dur, confortable) - Olfactif (olfactomètre : NA=non applicable) *Qualité odorante *Intensité odorante - Gustatif (NA=non applicable) - Auditif - Cénesthésique : Système thermo-algique *Température *Qualité de l'air - Proprioceptif (NA) *Volume de la salle de bloc <p>Intensité sensorielle (lux / dB / °C / u.o./m3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Force - Amplitude (= variation) <p>Durée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée absolue - Durée ressentie (NA ou en post op avec entretien patient)

Annexe 7 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 1 : Concept du « Prendre soin »

Intention	Humanisme Se mettre à la place de l'autre = empathie	Attention donnée au patient Préoccupation Considération du patient	Conforter-Réconforter Soulager-Apaiser Conditionner le stress du patient
<p>« ce n'était que la préparation pour aller loin, d'aller plus loin en hypnose » (13-14)</p> <p>« il voulait que l'interne soit tranquille pour piquer » (28)</p> <p>« du moment qu'elle a fermé ses yeux et qu'elle ne se souvient pas de quelque chose de négatif » (50)</p> <p>« j'essaie de ne pas lui faire peur » (73-74)</p> <p>« que ce ne soit pas trop réglementaire » (75)</p> <p>« faire partir cette transe négative » (139-140)</p> <p>« je vois où je veux essayer d'aller » (177)</p> <p>« essayer de le faire partager aux gens pour faire un accueil correct » (407-408), « faire prendre en charge à l'accueil »</p>	<p>« oui, avoir plus de temps » (18)</p> <p>« il a tout fait rapidement » (24)</p> <p>« on aurait pu la faire différemment, il faut un peu plus de temps » (38-39)</p> <p>« je tiens à aller chercher les patients » (58)</p> <p>« voilà, une petite alliance avec la patiente » (79-80)</p> <p>« pour les personnes, on peut proposer tout sauf qu'il faut nous laisser le temps » (118)</p> <p>« si on veut faire de l'hypnose profonde, il faut qu'une fois rentré en salle, on me laisse du temps » (119)</p> <p>« l'induction est plus longue donc il faut laisser du temps » (125-126)</p> <p>« pour ça, il faut le temps » (138)</p>	<p>« Elle est partie très bien » (13)</p> <p>« la perfusion se serait mieux passée » (21)</p> <p>« il ne s'est pas adapté à la patiente » (24)</p> <p>« elle avait l'air quand même stressée sur cette voie veineuse » (31)</p> <p>« elle avait l'air quand même stressée sur cette voie veineuse » (47-48)</p> <p>« en discutant quand même, pas trop formel car sinon, je trouve que c'est trop froid » (77-78)</p> <p>« j'ai vu que la patiente était souriante » (80)</p> <p>« je voulais connaître rapidement d'où elle venait, ce qu'elle aimait » (85-86)</p> <p>« elle avait les yeux qui brillaient » (89)</p> <p>« ça l'a fait rire aussi ça » (94)</p>	<p>« j'ai commencé à essayer de me lancer dans de l'hypnose » (9-10)</p> <p>« j'allais essayer d'approfondir l'hypnose » (10)</p> <p>« d'aller plus loin (...) en hypnose » (14)</p> <p>« j'aurais aimé que l'on entre dans un état plus hypnotique » (18-19)</p> <p>« j'avais essayé de faire un lien, de faire des trucs » (26)</p> <p>« il n'a pas trop écouté » (27-28)</p> <p>« j'avais essayé de commencer quelque chose » (32)</p> <p>« j'avais essayé de faire quelques petites suggestions » (37)</p> <p>« j'avais essayé de commencer quelque chose, mais bon, ça a été coupé un peu (...) » (48-49)</p> <p>« pour continuer à amorcer le truc » (64),</p>

<p>(409)</p> <p>« améliorer autour de la check list » (411)</p> <p>« le patient va le vivre différemment » (447)</p> <p>« tout ça, c'est pour le patient » (538)</p> <p>« pour le patient, si on peut apporter, diminuer les produits, améliorer le réveil » (542)</p> <p>« Dans ces dix minutes qu'on a, tu peux en faire des choses »(548)</p>	<p>« un contact sans m'en rendre compte, une protection (...) pour rassurer, être moins froid » (233-234)</p> <p>« quelqu'un de vraiment avenant, et bien tu fais une espèce de petit cocon, un petit cocon » (236-237)</p> <p>« c'est bien si tu peux te libérer en faisant l'hypnose, toi tu tiens le masque et une autre personne va poser la voie veineuse parce que ça te libère »(245-246)</p> <p>« j'aime bien tout expliquer parce que (...) on découvre les patients, 3 brins, la poitrine à l'air (...) (273-274)</p> <p>« les cinq minutes ou les dix minutes qu'on a avec eux, c'est super important parce que je me mets à la place d'un patient » (393-394)</p> <p>« et si j'étais à sa place, j'aimerais bien déjà qu'on me respecte, qu'on me pose des questions, qu'on ne me prenne pas comme un numéro » (392-395)</p>	<p>«comme je savais parceque j'avais vu sur la feuille qu'elle était en état de stress » (96-97)</p> <p>« elle se déplaçait tranquillement, elle ne parlait pas de sa douleur » (162-163)</p> <p>« je n'ai pas senti la nécessité spécialement d'évaluer et de poser la question » (163-164)</p> <p>« il faut connaître son patient » (178)</p> <p>« ce n'était pas adapté » (186)</p> <p>« il faut de la concentration dans la prise en charge » (206)</p> <p>« je me mets toujours à la tête comme ça je continue à parler à la patiente » (225-226)</p> <p>« c'est un contact discret mais c'est quelque chose d'attentionné, c'est pour ça que je fais ça » (239)</p> <p>« c'est pour essayer d'être attentionné »(240)</p>	<p>(...)</p> <p>« on va prendre le train, le train, c'était le chariot de la table d'opération » (64-65)</p> <p>« j'ai fait exprès de jouer avec ça avec elle (...) » (82) et « c'est pour ça qu'elle a éclaté de rire »(83)</p> <p>« je voulais être un peu dans l'hypnose conversationnelle, (...) même si on n'était pas dans l'hypnose profonde » (85-86)</p> <p>« on va partir en hypnose conversationnelle et après je lui ai parlé du train parce que comme c'était le voyage (...) »(92-93)</p> <p>« ça a permis de passer toute cette phase d'attente (...) tout en étant avec le sourire et en détente »(97-98)</p> <p>Houston, « c'est une amorce, je ne suis pas passé par les étapes que » (135)</p> <p>« ce moment de détente, ce fou rire après l'accent, le train, (...) on va aller à Houston »(165-167)</p> <p>« voilà, conversationnel »(169)</p>
--	--	---	--

	<p>« j'avais envie d'apprendre et de connaître ce qu'on pouvait apporter de plus, ce qui peut être intéressant sur le plan humain en fait » (396-397)</p> <p>« tu essaies de ton côté de détendre » (496-497)</p>	<p>« (...) à la tête de la personne, tu vois bien le visage de la personne, tu vois si elle respire bien, tu vois sa respiration, tu ne penses qu'à ça » (254-255)</p> <p>« c'est bien qu'il y en ait un qui mette le monitoring en expliquant et l'autre qui s'occupe du reste » (256-257)</p> <p>« j'aime bien tout expliquer parce que le scope, on découvre le patient, 3 brins, la poitrine est à l'air, le doigtier(...) » (273-274)</p> <p>« je l'ai expliqué dans le sas, (...), je l'explique tôt, parfois j'explique deux fois » (275-276)</p> <p>« donc, je le redis » (277)</p> <p>« je dis ce que je fais » (279)</p> <p>« je le redis en salle car on les découvre » (306-307)</p> <p>« elle était quand même restée sur une anesthésie, une transe négative sur la prise en charge en anesthésie »</p>	<p>« elle m'a dit qu'elle était infirmière au bloc alors qu'elle ne l'était pas » (228-229)</p> <p>« là, elle est contente d'être là apparemment et par contre, on commence à regarder sur la main et c'est là qu'elle s'inquiète » (229-230)</p> <p>« faire des techniques de distractions hypnotiques » (247)</p> <p>« elle ne se rend pas compte qu'on la scope » (266-267)</p> <p>« je fais attention aux mots que j'emploie » (278)</p> <p>« un petit doigtier, pas une pince »(287-288)</p> <p>« ça va serrer (...)« ça va gonfler et se dégonfler » (289-292)</p> <p>«c'est plus soyez rassuré que ne vous inquiétez pas »(297)</p> <p>« je surveille le cœur, je vous mets des petits collants »(314)</p> <p>« je dis plutôt les fils que les cables pour le scope »(305)</p> <p>« tu as plein de petits mots, de petits trucs à éviter » (311-312)</p>
--	---	---	---

		(352-353)	<p>« « elle n'était pas inquiète pour la perfusion, elle était inquiète pour la localisation de la perfusion » (346-347)</p> <p>« j'ai employé quelques mots » (356-357)</p> <p>« Houston, ça avait l'air de lui plaire. On l'a utilisé au moins cinq ou six fois mais c'est au moins le mot qu'elle a imprimé elle et ensuite, elle est partie vite »(360-361)</p> <p>« je les félicite dans leur façon de faire (...) pour qu'ils soient rassurés » (365-366)</p> <p>« il vaut mieux leur dire on va essayer de respirer différemment, vous inspirez bien profondément, voilà, c'est très bien comme ça » (368-369)</p> <p>« ça ne va pas t'aider » (370)</p> <p>« il va commencer à comprendre comment il faut respirer dans le masque » (372)</p> <p>« en discutant avec le patient sans être trop froid » (417)</p> <p>« voilà, ce type de mots il faut éviter » (420)</p>
--	--	-----------	---

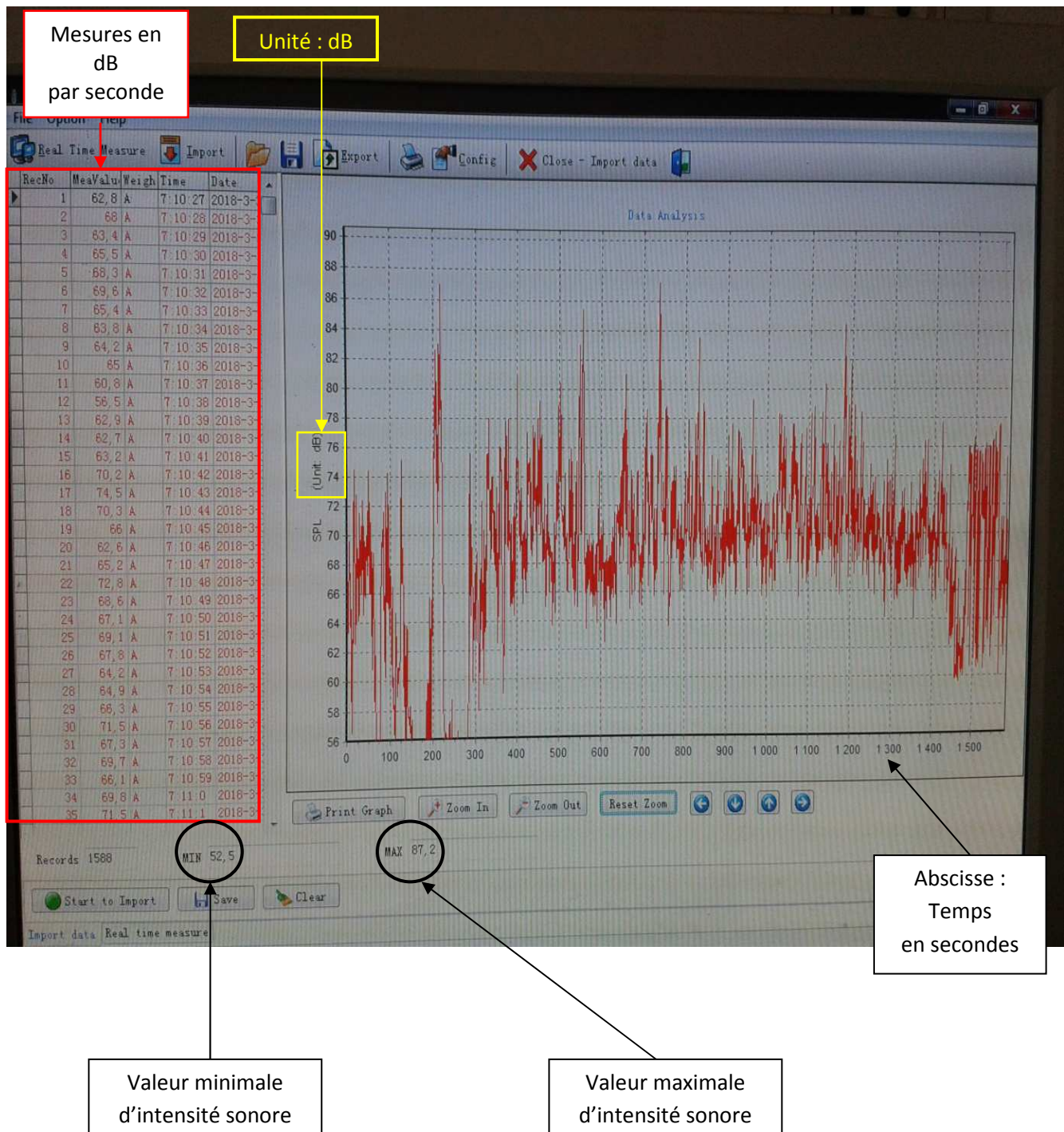
			<p>« (...) tu l'as emmenée ailleurs et que si tu l'as mis dans un état de transe » (448)</p> <p>« on apaise les gens » (471)</p>
--	--	--	--

Annexe 8 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 2 : Concept du Prendre Soins

Intention	Humanisme Se mettre à la place de l'autre = empathie	Attention donnée au patient Préoccupation Considération du patient	Conforter-Réconforter Soulager-Apaiser Conditionner le stress du patient
<p>« je ne pensais pas que je parlais si vite » (16) « Créer du lien »(27)</p> <p>« Accorderait... »(28) « accordage »(29)</p> <p>« l'idée, c'est de diminuer l'anxiété de la personne»(31) « rassurer » (32) « essayer de ne pas toujours intervenir »(48) « créer un dialogue »(86)</p> <p>« j'essaie d'être le plus doux et le plus délicat possible » (117-118)</p> <p>« c'est l'intention qu'on met dans les gestes » « ce qu'on appelle l'intentionnalité » (119-120)</p> <p>« pour casser ce truc là (les attentes) » (149-150)</p> <p>« poser la perfusion sans avoir de retrait du bras » (161) significatif « enlever la gêne de la douleur »(160) « pour mieux accepter la perfusion »(165y</p>	<p>« Cette pauvre dame (...), ça faisait un moment qu'elle attendait » (8)</p> <p>« elle est là depuis 7h du matin »(10)</p> <p>«je l'ai ressentie comme ça, c'est de l'ordre du ressenti »(41)</p> <p>« moment pendant lequel on peut se focaliser sur les murs, sur la verrière, il y a le patio »(44)</p> <p>« c'est ma sensibilité »(114)</p> <p>« langage non verbal » (118-119)</p> <p>« j'enlève doucement la manche » (121)</p> <p>« je protège son intimité »(122)</p> <p>« de façon la plus douce possible »(124)</p> <p>« j'envoie un message »(126)</p> <p>« je retire les bras de la manche mais elle reste couverte » (131-132) « je les aide, je ne force pas » (131-132)</p> <p>« c'est pour amener les choses »(168)</p> <p>« je ne me précipite</p>	<p>« était moins anxieuse que ce que je ne pensais » (5-6)</p> <p>« elle me parlait de cohérence cardiaque, c'est quelqu'un qui devait connaître les méthodes douces » (6-7)</p> <p>« j'étais en train de me dire que cette dame était plus détendue que ce que je me l'imaginai » (36-37)</p> <p>« c'est bien de parler au patient mais aussi de laisser des blancs et des silences »(45)</p> <p>« c'était (...) pour elle le moment de profiter du trajet » (49-50)</p> <p>« elle sait qui est autour d'elle » (77)</p> <p>« j'aime bien que le patient sache qui est autour de lui » (85-86)</p> <p>« c'est une expérience partagée » (116)</p> <p>« partages d'expérience »(117)</p> <p>« si je ne le suis pas (doux) j'essaie de l'expliquer (pourquoi) » (118)</p> <p>« j'explique à la patiente » (120-121)</p> <p>« j'envoie un</p>	<p>« utiliser l'hypnose conversationnelle »(31)</p> <p>« le trajet pouvait être un petit voyage paisible » (53)</p> <p>« le petit voyage »(84)</p> <p>« pour ne pas choquer la personne » (124-125)</p> <p>« j'envoie des messages rassurants » (126)</p> <p>« j'ai toujours ma petite blague » (134)</p> <p>« casser cette angoisse qui potentialise » (141)</p> <p>« pas d'inquiétude, le message subliminal, il est là » (144-145)</p> <p>« utiliser l'humour pour faire un peu de confusion » (150-151)</p> <p>« j'essaie de les détourner (.) en leur demandant ce qu'ils faisaient hier à la même heure » (155-156)</p> <p>« je détourne l'attention » (166)</p> <p>« le coup de presser un agrume, c'est bien (...) quand tu as des patients un peu stressés » (203-204)</p> <p>« un peu d'hypnose conversationnelle »(218)</p>

<p>« la détente (.) je pense que je vais la transmettre au patient » (196)</p> <p>« (...) pour que je sois cohérent entre ce que je dis et ce que je fais » (200-201)</p> <p>« amener une détente » (248)</p> <p>« quand tu as un élément qui intervient, tu ne montres pas que tu es surpris » (213)</p> <p>« qu'elle sache qu'elles étaient là » (222)</p> <p>« remettre à l'aise tout le monde » (223)</p> <p>« essayer d'endormir la patiente dans de bonnes conditions, relâchée, en détente, en confiance » (243-244)</p> <p>« je ne voulais pas qu'on l'asphyxie » (259)</p> <p>« amener de l'intention dans ce que je fais » (283)</p> <p>« il faut que ça ait un sens » (285), « qu'il y ait un but » (285)</p> <p>« Soigner, (...), c'est aussi ce qu'on amène avec » (285-286)</p> <p>« faire en sorte que ce soit le moins traumatisant pour eux » (291-292)</p>	<p>pas par contre, j'attends un bon moment pour piquer » (181)</p> <p>« c'est une synchronisation » (198)</p> <p>« là, c'est le non verbal. Je ne voulais pas qu'on l'asphyxie » (259)</p> <p>« C'est dans mon ADN » (279)</p>	<p>message » (125-126)</p> <p>« ça peut dépendre du parcours du patient » (149)</p> <p>« ils se connaissent mille fois plus que nous » (171-172)</p> <p>« on est pas des supers héros » (173-174)</p> <p>« j'explique tout ce que je fais » (184)</p> <p>« c'est pour présenter à la patiente » (188)</p> <p>« toutes les informations sont là pour la patiente » (199)</p> <p>« transmettre » (201)</p> <p>« tu es moins douloureux quand tu fais ça » ((209-210)</p> <p>« il n'y a pas que moi, (...), c'est un ensemble » (233)</p> <p>« elle m'a dit qu'elle faisait de la cohérence cardiaque » (267)</p>	<p>« cette petite blague » (229)</p> <p>« utiliser les techniques de relaxation, de sophrologie liées à l'hypnose et à la respiration (...) pour se détendre » (244-245)</p> <p>« (...) y allier et faire des petites métaphores, des images en utilisant cette respiration » (246-247)</p> <p>« inspirer, expirer, ça c'est le corps qui le ressent, c'est le langage du corps, ça détend » (248-249)</p> <p>« amener la personne à prendre conscience de ça » c'est-à-dire l'intérêt de la respiration (250)</p> <p>« le phénomène de détente va être accentué » (250-251)</p> <p>« je ne voulais pas lui plaquer le masque sur le visage » (258-259)</p>
--	--	--	---

Annexe 9 : Situation 1 : Enregistrement de l'intensité sonore par un sonomètre



Annexe 10 : Grille d'analyse de l'autoconfrontation 1 : Concept de sensorialité

Cénesthésique (Thermo- algique)	Auditif	Visuel
<p>« elle voulait savoir la douleur qu'elle ressentait avant l'intervention » (152-153)</p> <p>« elle disait qu'elle avait une douleur à 5 sur 10 » (158)</p> <p>« ça nous permet de voir s'il y a des complications de l'intervention » (160)</p> <p>« si les gens disent « mal, douleur, froid » (193-194), « on va plutôt axer sur « chaud, confortable »(194)</p> <p>« on ne parle pas de douleur, on va axer plutôt sur le chaud » (195)</p> <p>« on découvre les patients »(273)</p> <p>« ça va serrer »(289), « ça va gonfler et dégonfler »(292)</p> <p>« je vous mets la pince et les électrodes qui brûlent »(299)</p>	<p>« il faut l'inclure (...) dans l'hypnose » (457)</p> <p>« les gens sont quand même plus attentifs » (459)</p> <p>« il y a un cadre qui est un peu plus respecté » (461-462)</p> <p>« Après, (...) on ne demande pas le silence »(462)</p> <p>« le silence, là, on n'est pas dans une cathédrale, on est dans un bloc opératoire » (462-463)</p> <p>« il faut baisser d'un ton, essayer de ne pas parler fort, quand on ouvre les boîtes » (465-466)</p> <p>«on va inclure ces bruits (...) en expliquant à la personne qu'il y a des bruits (...) mais que ces bruits ne la dérangent pas et font partie de cet environnement » (466-468)</p> <p>« c'est positif pour l'ensemble de l'équipe, on est plus dans le calme » (473-474)</p> <p>« les pratiques sonores » (474-475)</p> <p>« maintenant pour les cadres, on met une affiche où il est écrit « hypnose » » (479)</p> <p>Le plus frappant dans le bruit : « c'est les gens »(489), « les paroles qui fusent »(491), « des boîtes en métal »(493)</p> <p>« la musique, c'est l'amie de l'hypnose » (500)</p>	<p>« je n'ai pas le souvenir » (323)</p> <p>« pour ma prise en charge, pour la voie veineuse, j'ai besoin de lumière » (330)</p> <p>« je suis vigilant sur les scialytiques, je ne veux pas de scialytiques sur les patients » (332-333)</p> <p>« la luminosité dans la salle, c'est important » (335)</p> <p>« je pense que je ne la baisse pas volontairement pour être à l'aise pour moi » (335-336)</p> <p>« chaleur et lumière, c'est important » (338-339)</p>

<p>« je le redis en salle car on les découvre » (306-307)</p> <p>« je vais être plus axé sur la chaleur »(326)</p> <p>« chaleur et lumière, c'est important » (338-339)</p>	<p>« je suis très sensible aux sons » (501)</p> <p>« avec le bruit du scope, je peux faire une séance hypnotique » (508-509)</p> <p>« ce sont les bruits de votre cœur, (...) écoutez bien, les sons aigus ou graves, ou accéléré et puis le rythme va se ralentir » (511-512)</p>	
---	--	--

Kinesthésie	Sens de la chaleur	Thérapies sensorielles
<p>« un contact sans m'en rendre compte, une protection. Oui, pour rassurer, être moins froid » (233-234)</p> <p>« c'est un contact discret mais c'est quelque chose d'intentionné » (239)</p> <p>« c'est pour essayer d'être attentionné, c'est pour ça que je fais ça » (239-240)</p>	<p>« sinon, c'est trop froid » (78)</p> <p>« les gens rentrent de plus en plus dans le jeu » (144-145)</p> <p>« ce moment de détente »(165)</p> <p>« moi, je suis dans l'imaginaire » (209)</p> <p>« Oui, pour rassurer, être moins froid » (233-234)</p> <p>« tu fais un espèce de petit cocon, un petit cocon »(237)</p> <p>« ça peut se faire en discutant avec le patient sans être trop froid » (416-417)</p>	<p>« j'ai commencé à me lancer dans de l'hypnose » (10-11)</p> <p>« essayer d'aller plus loin en hypnose » (13-14)</p> <p>« l'hypnose conversationnelle » (103)</p> <p>« l'hypnose formelle »(108)</p> <p>« l'hypnose profonde » (114-115)</p> <p>« les techniques d'induction rapide »(122)</p> <p>« les mettre en état de transe hypnotique avant de mettre un abord veineux » (130-131)</p> <p>« on fait une formation sur l'hypnose et l'accueil au bloc opératoire »(191)</p> <p>« faire des techniques de distractions hypnotiques » (247)</p> <p>« les notions d'hypnose »</p>

		<p>(376)</p> <p>« l'hypno analgésie »(386)</p> <p>« on va inclure ces bruits » (466)</p> <p>« Après oui, la musique et tout ça mais il y a un travail tellement intense et ce n'est pas évident » ((536-537)</p>
--	--	--

Annexe 11: Grille d'analyse de l'autoconfrontation 2 : Concept de la sensorialité

Cenesthésique	Auditif	Visuel
<p>« enlever la gêne de la douleur »(160)</p>	<p>« je ne pensais pas que je parlais aussi vite »(16)</p> <p>C'est bien de parler aux gens mais aussi de laisser des blancs »(45)</p> <p>« il n'y avait pas de bruit »(52)</p> <p>«si jamais la patiente entendait ces bruits autour d'elle » (221-222)</p> <p>« C'est silencieux, là autour » 267</p> <p>« Depuis qu'on fait de l'hypnose, les gens font plus attention »(270)</p>	<p>« c'est très éclairé »(342)</p> <p>« elle n'était pas aussi blanche que d'habitude » (344-345)</p> <p>« tu me fais prendre conscience d'un truc que je ne voyais pas jusqu'à présent » (354-355)</p> <p>« si la lumière me convient et que je ne vois pas quelque chose de choquant (...), du coup, je laisse comme ça » (356-357)</p> <p>« je ne vais pas volontairement y penser »(357)</p> <p>« ce n'est pas comme une ouverture de salle » (360-361)</p> <p>« si je vois que quelque chose m'embête (..) " là, je vais faire quelque chose » (358-360)</p> <p>« je me dis que ce n'est pas adapté à la séquence du moment(...) où c'est une induction »(...) parce que quand les scialytiques sont allumés, c'est horrible d'avoir cette lumière » (364-366)</p> <p>« ce n'est quelque chose sur lequel je me focalise dessus (...) sauf s'il y a quelque chose de dérangentant » (373-374)</p> <p>« je sais que tu peux varier l'intensité de la lumière, mais tu vois, je n'y pense pas » (374-376)</p> <p>« du coup, j'y penserais peut-être, maintenant qu'on en a parlé » (380-381)</p>

Kinesthésie	Sens de la chaleur	Thérapies sensorielles
<p>« être le plus doux et le plus délicat possible »</p> <p>« le langage non verbal » (118-119)</p> <p>« de la façon la plus douce possible »(124)</p> <p>« presser un agrume » (203)</p> <p>« je ne voulais pas lui plaquer le masque sur le visage » (258-259)</p>	<p>« ça s'est bien passé »(4)</p> <p>« En général, ça se cale bien » (103-104)</p> <p>« Au pire, on réajuste »(103)</p>	<p>« hypnose conversationnelle »(31)</p> <p>« j'essaie de les détourner » (153)</p> <p>« un peu d'hypnose conversationnelle »(218)</p> <p>« utiliser les techniques de relaxation, de sophrologie liées à l'hypnose et la respiration (...), des petites métaphores, des images » (245-246)</p> <p>« l'ancêtre de l'anesthésie, c'était l'hypnose »(251)</p> <p>« depuis qu'on fait de l'hypnose » (270)</p>

**Harmonisation des Sens et « Prendre Soin »,
Un défi à l'induction pour l'Infirmier anesthésiste**

Résumé

Le bloc opératoire, la chirurgie et l'anesthésie sont source d'un imaginaire générateur de stress en phase d'induction anesthésique. Le stress entraîne une morbidité physiologique et des complications postopératoires. L'avènement de hautes technicités et le développement de l'intelligence artificielle ont probablement majoré la dualité corps-psyché et fait perdre au soignant la finalité réelle du soin. Lors de l'induction, l'infirmier anesthésiste doit être attentif à cet imaginaire et allier technicité et « Prendre soin » pour une prise en charge sécuritaire et de qualité.

L'objectif de ce travail est de montrer que la prise en compte de l'environnement sensoriel du patient au bloc opératoire et par suite, la pratique des thérapies sensorielles s'inscrivent dans le « Prendre soin » et relèvent de la dynamique précitée.

Ce travail de recherche a permis d'établir de nouveaux constats relatifs à l'engagement personnel inhérent à la pratique des thérapies sensorielles et aux conditions de bonne réalisation de ces pratiques.

Mots-clés :

Induction anesthésique, « Prendre soin », Technicité, Environnement sensoriel, Thérapies sensorielles.

**Harmony of the senses and care giving
A challenge for the anesthesist nurse during induction**

Abstract

Operating room, surgery and anesthesia may lead to extremely stressful thoughts during anesthesia induction. Stress creates physiological morbidity and post operative complications. Extreme technicality and the artificial intelligence expansion may increase the body - psyche duality and may lead caregivers to lose sight of the final goal of what they do: care giving. The anesthesist nurse (NA) during anesthesia induction needs to be attentive to the imagination role and to reunite technicality and care giving to ensure safe and high quality care.

The aim of the present work was to show that taking into account the patient's sensory environment in the operating room and consequently, using sensory therapies are fully part of care giving and are implied by the aforementioned dynamics.

This research has made it possible to describe new observations relating to the personal commitment inherent in the practice of sensory therapies and the conditions for the successful realization of these practices.

Keywords :

Anesthesia induction, Take care, Technicality, sensory environment, sensory therapies.