

Nous avons tous subi ou aurons à subir comme l'on dit une

opération chirurgicale

Par le Docteur Jacques Jaume.

En effet, actuellement, très rares sont les personnes qui traversent leur vie sans être opérées chirurgicalement. Bien évidemment, ces interventions peuvent avoir une grande amplitude de gravité. De l'opération bénigne, comme un drainage d'abcès, aux lourdes interventions pour un cancer, un problème cardiaque ou une prothèse totale de la hanche, tous les degrés de gravité existent.

La technicité et la technologie des chirurgiens sont considérables. La maîtrise de l'anesthésie fait des prodiges et permet une absence de douleur presque parfaite, sa technicité et sa technologie sont aussi très performantes. Le couple chirurgien-anesthésiste se perfectionne pour le bien-être de l'opéré.

Des pompes à morphine permettent l'administration de « calmants » que le malade peut gérer, appelées P.C.A. pour Patient Controlled Analgesia. Ces techniques assurent une adaptation personnalisée.



La douleur aiguë péri-opératoire est de plus en plus étudiée et prise en compte. Un enseignement post universitaire réservé aux médecins, aux infirmiers, aux pharmaciens... existe sous la forme d'un Diplôme Inter Universitaire (DIU) intitulé Prise en charge et gestion de la douleur post-chirurgicale. Ce diplôme organisé par des facultés de médecine consiste en un récapitulatif et une mise au point des connaissances sur la prise en charge et la reconnaissance de la douleur aiguë péri-opératoire pour mieux la contrôler.

Le futur opéré, lui, envisage et va vivre ce moment toujours avec appréhension et crainte. Même si l'ambiance à tous les niveaux de l'acte d'anesthésie et chirurgical est très performante, la peur de l'opération persiste. Cette crainte est prise en compte et étudiée dans cet enseignement et des repaires de prise en charge sont enseignés. Parmi eux, une nouvelle vision, une nouvelle approche de l'intervention par une préparation à l'intervention chirurgicale.

Pourquoi une telle préparation doit-elle être proposée ?

Lors d'une intervention chirurgicale, le patient va vivre plusieurs stress, c'est-à-dire plusieurs obligations qui s'imposent à lui et dont il ne maîtrise pas toutes les données.

Tout d'abord: Le pourquoi de l'intervention chirurgicale.

On est opéré pour une cause importante, parce que l'on est malade et qu'une des solutions à cette maladie est un acte chirurgical. La gravité de cette maladie est au premier plan. Bien souvent la chirurgie confirmera ou in-

firmiera cette gravité, la soignera ou induira d'autres prises en charge, par exemple une rééducation après une intervention orthopédique.

Le malade est donc plongé dans une inquiétude, un « vouloir en finir », une peur qu'un geste technique peut résoudre ou au contraire amplifier en découvrant une autre gravité. Il vit dans l'attente de l'annonce du résultat. De celui-ci, dépendra sa vie future : bonne ou mauvaise, maladie ou amélioration. Un handicap peut survenir, un amoindrissement de son état ou l'évocation de la mort.

Les conditions de l'intervention.

Le futur opéré va l'être dans un milieu qu'il ne connaît pas, qu'il ne maîtrise pas. Il va quitter son « territoire » d'existence pour être sur un autre « territoire » qui lui est complètement étranger, où il n'a aucun pouvoir, où il est dépendant des gérants de ce territoire et des visites qui seront son seul lien avec l'extérieur. Il est coupé de son monde.

De plus la technologie, la rigueur de l'asepsie, les gestes des soignants, des professionnels amplifient la curio-

opération chirurgicale



sité de cette ambiance qui n'est pas la sienne.

Il demeurera étranger à ce monde, lui, qui sera en tenue de détente ou en pyjama tandis que les soignants posséderont un uniforme d'un blanc immuable pour le service d'hospitalisation, d'un vert ou d'un bleu de circonstance dans les lieux techniques, uniforme qui augmente encore le contraste de la différence qu'il ressent.

Son ressenti douloureux.

Il est là pour que « ceux qui savent », les professionnels agissent sur son corps. Chacun d'eux a ses prérogatives d'action. Les infirmiers pansent, « piquent » ; les kinésithérapeutes mobilisent, massent ; les aide-soignants lavent, nettoient ; les médecins explorent, scrutent, palpent, pénètrent, coupent, transfixient leur corps. La peur de la souffrance et de la douleur est importante, majorant fortement la sensation déjà vécue comme pénible d'un territoire et d'une atmosphère étrangers.

Actuellement, tout est fait pour que la perception douloureuse n'existe pas. Les professionnels de santé s'engagent pleinement dans ce combat et y réus-

sissent, poussés et encouragés par une prise de conscience des autorités. Mais la douleur et sa crainte ne peuvent pas être combattus à 100 %. Des résidus de douleur peuvent se présenter faisant craindre encore plus cette ambiance aux malades.

La « remise » de soi aux autres.

Le malade se « remet » complètement dans l'ensemble de l'acte opératoire. Il remet sa conscience à l'anesthésiste qui va jouer sur sa présence suivant les moments. Il remet son corps aux mains du chirurgien. Une relation « magique » va se créer. La conscience, fluide palpable, support de la douleur sera gérée par le savoir de l'anesthésiste possédant le don des drogues et de leur emploi. Par ses prescription et leurs utilisations, la douleur s'effacera et le confort naîtra. Le chirurgien, lui, connaît. C'est un « connaissant » de l'intimité de notre corps alors que même nous ne le connaissons pas. Qui a vu son foie ? son pancréas ? Qui connaît ses couloirs intérieures ? Le chirurgien, lui, sait et son savoir est tel qu'il peut influencer et modifier la « machine » de notre corps qui nous fait vivre. Tel un créateur, il

modifie la mécanique du vivant pour que son mouvement fonctionnel se change en performance.

L'abandon se fait aussi avec les infirmiers ; les malades en post-opératoire sont dépendants tels les nourrissons de leur nourrice. Ils créent l'ambiance post-chirurgicale et l'opéré est obligé de s'abandonner avalant sa pudeur, son intimité et son indépendance.

Cet abandon total doit être connu aussi bien par les soignants pour en prendre conscience que par les malades pour l'accepter sans qu'une pudeur excessive ne les trouble et ne les dérange.

L'opération « anesthésie chirurgicale » est vécue et ressentie comme une coupure de vie par le patient quand il y a anesthésie générale.

Les alchimistes anesthésistes vont, par le pouvoir des drogues, faire qu'il y ait une coupure de conscience. Ce fluide, très mal connu, qui nous fait être à nous-même et vivre, va par le savoir de ces spécialistes être coupé durant l'intervention, puis il retrouvera sa continuité. Le patient vit cette coupure comme une mort à lui-même. Il ne s'en souviendra pas.



Que se passera-t-il pendant ce temps ? Aurai-je un comportement normal ? Retrouverai-je un état normal ? Vais-je mourir ? Cette coupure de vie sera-t-elle définitive ? Telles sont les questions que se pose souvent le futur opéré.

On peut rassurer les patients en comparant le chiffre élevé du nombre d'interventions pratiquées en France actuellement avec celui très faible du nombre des accidents, le rapport étant extrêmement positif.

Cette coupure n'est absolument pas la mort.

A ses différentes questions, la préparation à une intervention doit répondre. Après les avoir abordées, on comprend l'intérêt d'une telle préparation.

Bien évidemment ces préparations concernent les interventions programmées et non celles réalisées dans l'urgence.

Comment peut-on présenter ces préparations ?

Elles peuvent s'appuyer sur quatre critères fondamentaux.

Tout d'abord une parfaite organisation du lieu d'hospitalisation, d'hébergement et de technicité, une parfaite cohésion entre les professionnels et tous les

acteurs qui vont intervenir. Actuellement, des démarches de la part des établissements, des liens avec les administrations compétentes font que dans la majorité des cas ce critère est très performant.

Les trois autres critères vont se baser sur :

- la cognition, c'est-à-dire connaître et conserver une sorte d'habitude reconfortante de l'ambiance du lieu, des participants et de leur personnalité et des techniques,

- la participation du patient en lui donnant une place d'acteur et non pas de « subissant », pour cela on peut utiliser les groupes de parole, les jeux de rôle, les techniques de relaxation, les pédagogies en rapport aux autres...

- une parfaite maîtrise des traitements adjuvants facilitant le confort propice à une action positive notamment par une prise en charge rigoureuse et performante de la douleur, mais aussi des autres symptômes pouvant créer une souffrance. Actuellement la pratique répond bien à ce critère qui est bien cadré. Un effort sur la rédaction de protocoles et leur application se met en place. Des évaluations régulières de la douleur ou

d'autres symptômes désagréables se font couramment par les équipes et d'une manière performante.

Abordons les deux critères restants dans lesquels le futur opéré est plus participant, acteur d'une méthode de préparation à une intervention.

Ce que j'appelle la cognition, c'est connaître et avoir une idée claire des choses ou idée de connaissance juste.

Connaître les lieux par une visite des chambres, des espaces, des blocs opératoires ; de l'extérieur, appréhender le lieu, les bâtiments, l'environnement.

Dans le but de savoir où on va se faire opérer, de prendre contact avec les gens, le personnel administratif, les soignants, les techniciens de surface, le lieu et le personnel du bloc opératoire, les services d'explorations et de radiologie. Les médecins sont déjà connus puisque ce sont eux qui provoquent l'hospitalisation. Ils travaillent en équipe avec d'autres médecins de même ou de différentes spécialités. Les connaître, savoir qu'ils sont là est important. Il est évident qu'un futur opéré sera rassuré s'il sait qu'un médecin cardiologue est en relation continue avec l'établissement.

opération chirurgicale

Opération, du latin operatio : action d'un pouvoir, d'une faculté, d'un agent qui produit son effet. C'est une série de mesures en vue d'atteindre un résultat

Intervention : action d'intervenir dans une situation.

Intervenir, c'est prendre part volontairement à une action afin d'en modifier le cours.

Ce qui inclut un pouvoir.

Enfin la cognition de ce que le malade va vivre: la préparation à l'intervention, la période d'attente, les techniques d'asepsie, de travail à l'intérieur d'un bloc opératoire, la technique même de l'intervention qu'il va subir. Le médecin peut très bien, lui-même, être pédagogue. Si cela est possible, la projection de films pédagogiques, d'animation peut expliquer ce qui va se passer, les pourquoi et les comment. On peut concevoir de telles projections par les établissements suivant les besoins.

Les techniques centrées sur le malade dans une participation complète de ce dernier sont aussi essentielles. On peut proposer des groupes de parole où les opérés pourront verbaliser et entendre ce qui les préoccupe. Un spécialiste de ce genre de prise en charge est indispensable ainsi que la coordination du bon déroulement et le maintien d'un « proposant » qui doit toujours être

positif. Des patients volontaires et « sélectionnés » peuvent très bien aider des futurs opérés en venant raconter leur expérience.

Des prises en charge plus spécifiques et personnalisées peuvent se réaliser pour certaines craintes ou chez des patients demandeurs ayant vécu une mauvaise expérience ou redoutant ces situations au point d'avoir besoin d'aide. Des accompagnements spécifiques, centrés sur certains cas personnels peuvent avoir lieu, affinant la préparation à l'intervention. Ils peuvent se réaliser avec des professionnels spécifiques.

Enfin les techniques de relaxation sont fondamentales dans cette préparation pré-opératoire. Elles sont multiples, variées et nécessitent toujours un professionnel bien formé à la technique et à ce genre de thérapeutique. Elles s'appuient sur différentes théorisations mais leur point commun est de réaliser une mo-

dification des états de conscience et d'utiliser cette modification à des fins thérapeutiques.

Nous connaissons tous, deux états de conscience que nous vivons quotidiennement : la veille dans la journée et le sommeil la nuit. Il existe des états modifiés de conscience, modifiés par rapport à ces deux états, qui se trouvent entre veille et sommeil. Ils sont propices à un rééquilibrage de vie et à un retour à un état de bien-être de base, c'est ce que l'on retrouve dans différentes relaxations : le training autogène de Schultz, la relaxation de Jacobson et la sophrologie qui parle, elle, de l'état sophröliminal.

Une fois cet état de conscience modifié atteint, par des techniques particulières, on réalise un travail qui se veut positif, utilisant le potentiel bénéfique de cet état.

Ces techniques en préparation à une intervention sont très intéressantes



à mettre en œuvre et à proposer aux patients. Elles créent un regard différent de l'opération à vivre et une dynamique « de vouloir » et « d'être » qui permet de passer le cap de l'intervention dans les meilleures conditions. De plus, elles peuvent être utilisées en post opératoire pour faciliter les suites opératoires. Elles permettent une certaine gestion de la douleur et des désagréments comme les nausées. Leur intérêt se situe aussi pendant l'intervention elle-même. Si la personne est analgésiée par un bloc nerveux ou une péridurale, elle reste consciente durant l'intervention et l'utilisation de ces méthodes peut rendre de grands services pour la gestion du stress péri-opératoire. Si la personne est anesthésiée donc non consciente, elle peut aussi bénéficier de cet accompagnement qui pénètre probablement dans un conscient « subliminal » et qui facilite là aussi le stress de

l'intervention

En salle de réveil, ces techniques sont très utilisées et facilitent un certain équilibre. De même au début de l'anesthésie, dans l'induction.

Nous voyons bien avec ces exemples que ces techniques de relaxation sont primordiales dans la proposition d'une préparation aux interventions.

Ce type de prise en charge devrait être plus souvent organisé et proposé. Il permettrait aux patients d'avoir une place plus active, ce qui le responsabiliserait dans la démarche de soins et l'attirerait vers une amélioration à laquelle il aurait participé et donc bénéficierait de cet engagement. Son énergie de réadaptation serait mieux catalysée, maîtrisée et serait donc plus performante. Tout le monde en tirerait du bénéfice : les soignants par la synergie de leur action et celle du patient ce partageraient plus. Ils auraient un versant pédagogique

valorisant leurs actes. Le patient et son entourage comprendraient mieux les aboutissants du vouloir des soignants, ils participeraient davantage à la réussite des soins.

L'entourage serait par cette implication partie prenante, il collaborerait à « l'aller vers » des soins et du projet de soins, il apporterait sa pierre à l'édifice du mieux être de l'opéré.

Toutes les forces iraient donc dans le même sens, s'ajoutant comme des vecteurs dans un seul but : **le mieux être de l'opéré.**