



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

L'anxiété préopératoire en chirurgie infantile (viscérale et orthopédique)

Etude de 2 cas réalisée au service de la chirurgie infantile de l'hôpital Targa Ouzemour de Béjaïa

Réalisé par :

BENYOUB Lydia

BOUAICHE Nadjet

dirigé par :

M^{me} Abdi Samira

Année Universitaire : 2019- 2020

REMERCIEMENT

On voudrait, tout d'abord remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'achever ce travail.

Nous tenons à formuler notre gratitude et notre profonde reconnaissance à l'égard de nos parents pour leur soutien durant nos études.

On adresse nos vifs remerciements à notre promotrice M^{me} ABDI Samira, qui a contribué à la réalisation de ce mémoire, pour nous avoir honorés en acceptant de diriger ce travail et pour ses orientations et ses conseils.

Aux membres de jury qui vont évaluer ce modeste travail.

On tient à exprimer nos sincères remerciements à tous le personnel du service de la chirurgie infantile(CCI) de Targa Ouzmour « Béjaia », pour leur coopérations et leur aide ainsi que leur disponibilité, en particulier le chef de service et la psychologue.

Aux parents et leurs enfants qui ont accordé leurs consentements à notre recherche.

On remercie également M^{me} Hani Fouzia pour son aide particulière.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux ou celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A mes chères parents que Dieu les protège.

A mon mari Mamine et sa famille.

A mes chères frères.

A mes très chères adorables sœurs.

A Mes nièces et neveux.

A ma très chère binôme Nadjat, à qui je te souhaite une vie pleine de réussite.

*A tous ceux qui ont été honnêtes et sincères avec moi durant ces longues années
d'études.*

Lydia

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A mes chères parents que dieu les protège.

A mes très chères frères.

A ma très chère adorable sœur.

A mes nièces et neveux.

A mes grands-parents, je leurs souhaite une longue vie.

A toute ma famille paternelle et maternelle.

A mes chères amies : Ahlem, tinhinane, Nani, karima, Chaima.

A ma très chère binôme Lydia pour son respect et sa confiance.

*A tous ceux qui ont été honnêtes et sincères avec moi durant ces longues
années d'étude*

Nadjet

SOMMAIRE

Introduction	2
Problématique et hypothèses	6
Opérationnalisation des concepts.....	.11

Partie théorique

Chapitre I: Chirurgie infantile

Section 1 : Aspect médical de la chirurgie infantile.....15

Préambule	15
Aperçu historique	15
1. Définition de la chirurgie.....	15
2. Définition de la chirurgie infantile	15
3. Les indications de la chirurgie.....	16
4. Les différents types de la chirurgie	17
5. Les instruments chirurgicaux	17
6. L'anesthésie chirurgicale.....	19
7. Les différentes étapes d'une intervention chirurgicale	22
8. Le bloc opératoire.....	23
Synthèse	25

Section 2 : Aspect psychologique de l'intervention chirurgicale chez l'enfant

Préambule	25
Aperçu historique de l'enfant à l'hôpital.....	25
1. Définition de l'enfance.....	26
2. Définition de l'enfant.....	27
3. Le développement de l'enfant	27
4. L'approche psychologique de l'intervention chez l'enfant	31
5. Les particularités psychologiques liées à l'anesthésie chez l'enfant.....	33
6. Les traces laissées par l'hospitalisation chez l'enfant.....	35
Synthèse	37

Chapitre II: L'anxiété préopératoire

Section 1 : L'anxiété

Préambule	39
-----------------	----

Aperçu historique.....	39
1. Définition des concepts	40
2. Distinctions entre peur et angoisse par rapport à l'anxiété	42
3. Les différentes formes de l'anxiété.....	44
4. La symptomatologie anxieuse	45
5. L'anxiété normale ou pathologique	46
6. Les types de l'anxiété selon DSM	47
7. Le modèle neuropsychologique de l'anxiété	50
8. Les modèles théoriques explicatives de l'anxiété	52
9. Traitements et prises en charge de l'anxiété	54
Synthèse	57
Section 2 : l'anxiété préopératoire	
Préambule	57
1. Définition de l'anxiété préopératoire	57
2. Spécificités psychopathologiques de l'anxiété préopératoire	58
3. La clinique de l'anxiété préopératoire	59
4. Les facteurs de l'anxiété préopératoire	60
5. Les conséquences de l'anxiété préopératoire	62
6. Tests et échelles d'évaluation de l'anxiété préopératoire	63
7. La prévention et la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant	66
Synthèse	70

Partie pratique

Chapitre III : Chapitre méthodologique

Préambule	74
1. Démarche de la recherche et techniques utilisées	74
2. Présentation de la population d'étude	78
3. Les techniques utilisées	79
4. Les limites de la recherche	84
Synthèse	85

Chapitre IV : Présentation des résultats, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	87
1. Cas Célia	87

2. Cas Ahmad	95
3. Discussion des hypothèses	101
Synthèse	104
Conclusion	106
Liste des références	
Annexes	
Liste des abréviations	
Listes des tableaux	
Liste des figures	

Introduction

La période de l'enfance est une phase essentielle du développement humain où un bon développement physique et psychologique est indispensable chez l'enfant.

Le développement au cours de la petite enfance représente une phase particulièrement importante de la vie de l'enfant, qui va déterminer sa qualité de santé, son bien être, Son apprentissage et son comportement tout au long de sa vie. C'est une période riche de potentialités, mais aussi une période de grande vulnérabilité aux influences négatives, pour l'enfant. Cette dernière peut être une source de différentes perturbations physiques et psychologiques.

Par ailleurs, il existe différentes maladies qui peuvent toucher l'enfant telle que les maladies cardiaques, respiratoires, viscérales,...etc. qui l'entraînent souvent à subir des interventions chirurgicales. L'enfant est un être fragile peut développer toutes sortes d'émotions : Tristesse, peur, inquiétude, stress et anxiété avant d'être opéré.

L'anxiété possède un rôle majeur face à une situation que nous évaluons comme potentiellement dangereuse telle que « l'intervention chirurgicale ». C'est un vécu pénible indiquant une insécurité liée à des événements provenant de l'environnement et qui s'exprime en trois composantes : physiologique, comportemental et somatique.

En effet, l'anxiété est présente quotidiennement dans les services de chirurgie infantile. Il s'agit d'un univers inhabituel où les enfants accompagnés de leurs parents, viennent consulter pour une pathologie médicale ou être hospitalisés pour une intervention chirurgicale. Des soins sont pratiqués régulièrement et sont susceptibles d'induire de la douleur et de l'anxiété chez les enfants. Les prélèvements veineux et les prises en charge des plaies font parties des soins les plus fréquemment pratiqués. L'enfant souvent gardera des cicatrices qu'elles que soient morales ou physiques de cette expérience.

Par conséquent, il est intéressant de démontrer qu'une hospitalisation est, pour un enfant, une situation extraordinaire et inquiétante où, entouré de personnes qui lui sont étrangères, ses repères sont modifiés par ce monde tout aussi inconnu. Son quotidien est bouleversé sans aucun contrôle sur les événements (rupture temporo-spatiale), il est séparé de ses parents une partie du temps, et se retrouve avec des personnes qu'il ne connaît pas au sein d'un univers déshumanisé où la technicité règne (rupture relationnelle), et enfin il subit des agressions douloureuses, comme les piqûres et les examens invasifs ou intrusifs, en étant exposé aux regards des autres dans une position d'infériorité (rupture de l'intégrité physique). (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation).

De même, il est nécessaire d'évaluer l'anxiété préopératoire car elle a un impact sur la prise en charge des patients et il s'agit d'une souffrance pour laquelle le personnel de service

est peu sensibilisé. Lorsqu'un geste potentiellement invasif a été préconisé, l'anxiété peut influencer le déroulement du soin pour l'enfant, sa famille et également pour le soignant réalisant le soin.

Dans le contexte préopératoire, l'anxiété et ses conséquences ont été étudiées par l'équipe de Kain et al, ils ont validé une échelle m-YPAS (modified Yale Preoperative Anxiety Scale) pour évaluer l'anxiété infantile avant une chirurgie. Kain a démontré que l'anxiété préopératoire a des conséquences psychologiques négatives en post opératoire qui peut entraîner des troubles du comportement durables pouvant perdurer plusieurs mois chez l'enfant.(Amouroux, 2012).

Il existe aussi un autre instrument qui est l'échelle d'anxiété de Spielberger c'est un instrument qui peut être utilisé pour mesurer l'anxiété que ce soit dans une situation médicale ou non. Elle a été développée initialement pour des enfants de 9 à 12 ans, mais elle a largement été testée pour des enfants ayant entre 5 à 18 ans.

Il semble donc important de pouvoir analyser et reconnaître les facteurs de risque d'anxiété préopératoire chez l'enfant et le rôle éventuel joué par les parents. Aussi, cette anxiété préopératoire a besoin d'être évaluée afin de connaître son intensité et de mieux la prévenir

L'amélioration de la prise en charge de l'enfant ne correspond pas qu'à une prise en charge somatique mais que la part psychologique extrêmement importante et indissociable de la part somatique. L'état psychique du patient, ses peurs et ses intégrations relatives à l'acte chirurgicale doivent être prise en considération.

Dans notre recherche sur « l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile », nous avons choisi comme terrain d'étude le service de chirurgie infantile de Targa Ouzemour de Béjaia qui répond aux objectifs de notre recherche.

Notre étude traite l'anxiété préopératoire chez l'enfant en chirurgie viscérale et orthopédique. Elle est structurée en deux parties fondamentales dont la première est la partie théorique et la deuxième est la partie pratique.

D'abord, nous avons commencé notre travail par une introduction générale suivi de la problématique et l'élaboration des hypothèses. Ensuite nous avons enchainé avec la partie théorique qui est subdivisée en deux chapitres : le premier chapitre est séparé en deux sections : la première section est centrée sur la chirurgie infantile, dans laquelle nous avons présenté l'aspect médical de la chirurgie infantile. La deuxième section est centré sur l'aspect psychologique de l'intervention chirurgicale chez l'enfant. Un deuxième chapitre subdivisé

en deux sections : la première est consacrée à l'étude de l'anxiété et la deuxième à l'anxiété préopératoire.

Dans la deuxième partie, nous sommes intéressées à la pratique de la recherche, qui comporte deux chapitres : un premier portant sur la méthodologie que nous avons suivie tout au long de notre travail, à savoir la démarche qualitative, les outils et leurs analyses : le guide d'entretien et deux échelles STAIC et M-YPAS, la présentation du groupe de recherche et le lieu dans lequel nous avons effectué notre pré-enquête.

Pour le dernier chapitre, nous l'avons consacré à la présentation des résultats obtenus, leurs analyses et la discussion des hypothèses.

Dans ce modeste travail, on a essayé d'apporter une réponse à notre problématique posée pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Enfin, une conclusion générale qui achèvera notamment notre étude.

*Problématique et
hypothèse*

Problématique et hypothèses

La santé est un bon état physiologique et psychologique d'un être vivant, un bon fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme. Etre en pleine forme ou en bonne santé est l'une des premières préoccupations de l'être humain. Selon l'organisation internationale de la santé « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité* ».

Aujourd'hui l'hospitalisation est une expérience courante et douloureuse chez l'enfant. Ce dernier est subitement confronté à une situation extraordinaire et inquiétante où la plupart de ses repères sont basculés.

Maladies, accidents sont des causes principales qui peuvent contraindre l'enfant à une hospitalisation et éventuellement à subir une intervention chirurgicale. Cette dernière est bien souvent reconnue comme une source d'anxiété, de stress et d'angoisse chez l'enfant et sa famille.

L'intervention chirurgicale produit des réactions à la fois prévisible et imprévue. Grâce à une évaluation vigilante, on peut identifier les patients qui présentent un risque élevé de complications et ceux qui réagissent négativement à l'expérience médicale. (Carpenito, 2004, p. 73).

Cette dernière représente un moment important pour l'histoire individuelle, la peur de la mort, la crainte de la douleur et l'inquiétude liée à l'imputation ou à la mutilation existe toujours. C'est l'expérience contre l'intégrité de la personne. (Lutgen, 1984, p. 40).

La chirurgie c'est l'opération d'un patient sous anesthésie locale ou générale, son objectif est d'établir un diagnostic en prélevant un fragment d'une anomalie sur un tissu ou un organe afin de l'analyser, cette pathologie est dite chirurgicale consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instrument des actes opératoire sur un corps vivant. (Larousse médicale, 2006, p. 193).

La chirurgie infantile ou pédiatrique apparait comme une spécialité particulièrement importante qui prend en charge les pathologies viscérales et orthopédiques des enfants, dès la période fœtale jusqu'à l'adolescence.

La chirurgie viscérale souvent définit comme une des branches essentielles de la chirurgie traitant essentiellement les affections des organes abdomino-pelviens. Elle est également désignée sous le terme de chirurgie générale et chirurgie digestive. Ainsi les chirurgiens viscéraux traitent les affections de l'appareil digestif mais également de la paroi abdominale ou encore d'autres organes intra-abdominaux non digestifs tels que la rate ou des glandes endocrines comme la thyroïde

La chirurgie orthopédique est une spécialité chirurgicale traitant une maladie, les accidents et les déformations de l'appareil locomoteur (os, articulations ligaments, muscles) destinée à corriger des déformations ostéo-articulaires, à pallier des paralysies nerveuses, à traiter des articulations douloureuses, des tumeurs des membres, et enfin à corriger les séquelles de traumatisme. (Larousse Médical, 2006, P. 195-196).

Selon l'estimation de l'OMS, 234 million d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde. Cependant en Afrique, la chirurgie infantile concerne un continent où les moins de 15 ans représentent plus de la moitié de la population. De nombreuses affections chirurgicales touchent ces enfants, mais la plupart des cas appartiennent à trois grandes catégories : les traumatismes, les malformations congénitales et les infections. Ces trois catégories nosologiques représentaient près de 90 % des hospitalisations entre Janvier 1996 et Mai 1998 en chirurgie pédiatrique de Banjul. Parmi ces pathologies, celles de l'abdomen, les plus fréquentes sont : la sténose hypertrophique du pylore, l'invagination intestinale aiguë, les corps étrangers digestifs de l'enfant, la hernie inguinale, l'appendicite de l'enfant, les hémorragies digestives hautes et basses, les perforations de l'œsophage. Le manque cruel de personnel qualifié, d'équipement ou souvent de leur inaccessibilité, le retard à la consultation et de diagnostic seraient la cause d'une mortalité de plus en plus pesante dans les services de chirurgie pédiatrique de Gambie et de Yaoundé. (Traore, 2009, p. 16)

Le traitement chirurgical souvent entraîne des réactions psychologiques aiguës, voir des troubles psychiatriques qui peuvent survenir quand ils sont déjà présent au moment de l'admission à l'hôpital. Ces différentes réactions psychologiques se déclenchent aussi bien dans la phase préopératoire que poste opératoire, voir même lorsque le patient est de retour à son domicile.

Les réactions psychologiques rencontrées ne sont pas toujours simple à détecter, que ce soit avant ou après l'intervention chirurgicale. En effet, il n'est pas toujours aisé d'identifier le mode particulier d'expression, des préoccupations, des émotions et les mécanismes de défense comme l'évitement et le déni propre à chaque malade. (Razavi et Delvaux, 2002, pp. 78-79).

A toutes les étapes qui vont le conduire au bloc opératoire, l'enfant traverse des états contraignants qui bouleversent sa vie, d'ailleurs cette situation chirurgicale qui ne comporte ni explications, ni discussions entraîne une source d'anxiété et d'angoisse chez le malade.

L'anxiété est une peur sans objet apparent légitime, avec sentiment pénible d'attente, il s'agit d'un état d'appréhension de tension qui provient de l'anticipation d'un danger

imminent, c'est une émotion désagréable caractérisé par un sentiment d'un malaise dissimulé et vague.

Par ailleurs, il faut noter qu'il existe deux formes d'anxiété qui sont : « l'état d'anxiété définit comme une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Elle est associée à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome, son intensité et sa durée varient en fonction de l'interprétation de l'événement ». L'anxiété trait « qui est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux est plus précisément, la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant ». (Graziani, 2003, p.12).

La décence au bloc opératoire est une période qui favorise une anxiété très grave chez tous les enfants, cette anxiété peut être diminuée par une prémédication pharmacologique, mais surtout par la rassurance verbale, comportant l'explication du déroulement des procédures. Pour certains patients, il peut être nécessaire d'y associer un contact physique (lui tenir la main). A cet instant, le patient prend connaissance de l'environnement chirurgical et prend conscience de son hostilité (froid, dénuement du patient, l'inconfort général, absence du visage). (Lugten, 1984, p. 40).

DALSTEIN.G s'interroge sur la souffrance du patient qui traverse son service :

« souvent meut, prostré dans son lit, le malade parle peu ou s'il parle, le discours est difficilement compréhensible. Nous nous efforçons de le soigner au mieux sans comprendre ce qui se passe exactement, il est simplement anxieux, craint l'intervention en elle-même, l'anesthésie ou les séquelles possible ? A-t-il été informé, par qui, comment et dans qu'elle conditions ? Comment a-t-il accepté le pronostic vital ? ». « En postopératoire immédiat, une seule chose lui importe : sortir le plus rapidement possible. Cette envie de fuir est-elle en rapport direct avec son vécu au bloc opératoire ? ». (Dalstein, 1995, pp. 65-69).

L'anxiété préopératoire est défini comme un malaise physique et psychologique dont l'apparition est spécifique au milieu hospitalier et à l'expérience chirurgicale caractérisée par des sentiments subjectifs de tension, d'appréhension, de nervosité et d'inquiétude. Les manifestations et l'intensité de l'anxiété sont variables, et peuvent avoir un impact important sur les suites médicales et psychologiques de l'intervention.

L'éventualité d'une intervention chirurgicale suscite différentes réactions qui dépendent notamment de la nature des motifs médicaux, de l'âge et de l'expérience chirurgicale et anesthésique préalable. Cette anxiété peut avoir des conséquences. En effet, une expérience chirurgicale précoce négative peut aussi favoriser le développement d'une angoisse de séparation chez l'enfant. A l'extrême, cela peut mener à l'installation d'une phobie spécifique comme la phobie des soins. L'enfant, lorsqu'il est confronté à l'expérience de

l'hospitalisation dans le cadre d'une intervention chirurgicale, est brusquement plongé dans un monde qu'il ne connaît pas et dont il ne maîtrise pas les règles ce qui induit un état d'anxiété. Il ne s'agit donc pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques, mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation. Dans cette perspective, l'anxiété préopératoire pourrait être la conséquence d'une difficulté d'adaptation au stress généré par une intervention chirurgicale.

L'anxiété est un phénomène récurrent, selon le 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation: «40% des opérés sont anxieux. De manière globale, les opérés sont 20% plus anxieux que la population générale » En chirurgie infantile, la prévalence de l'anxiété préopératoire varierait entre 40 et 60% selon les études.(Amouroux, et al, 2012, p.3)

D'après Kain, Mayes, la période préopératoire est une source de peur et d'anxiété pour environ 65% des enfants. De plus, selon une étude espagnole, 55,2% des parents présentent de l'anxiété avant l'intervention chirurgicale de leurs enfants. (Rangel, Haro, et al, 2010).

En psychologie clinique, le clinicien fait appel à plusieurs approches et méthodes, afin d'expliquer les troubles psychologiques.

Pour cela, nous avons adopté l'approche cognitive-comportementale.

GERRIG Richard et ZIMBARDO phillipe considèrent que : les explications comportementale de l'anxiété se focalisent sur les mécanismes de renforcement ou de conditionnement des symptômes anxieux. En matière d'anxiété les perceptives cognitives se concentrent sur les attitudes ou les processus perceptuels susceptibles de fausser chez un individu l'estimation du danger auquel il est confronté en surestimant la nature ou la réalité de la menace, ou inversement en sous estimant sa capacité à y faire face. (Gerrig, et Zimbardo, pp. 408- 409)

L'anxiété concerne donc un traitement sélectif de l'information de la part du sujet qui l'interprète comme une menace ou un danger à son propre bien être et sa sécurité. (Graziani, 2003, p.13)

D'un point de vue plus cognitif, l'anxiété est présentée là où le sujet perçoit un danger ou une menace. Elle est le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognitions et affectes face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologiques.(Graziani,2003, P.22).

Diverses études scientifiques ont été déjà menées sur l'anxiété préopératoire, nous pouvons citer les travaux de l'équipe de Zeev N. Kain de Yale qui ont démontrés qu'un niveau important d'anxiété préopératoire chez l'enfant été corrélé à une plus grande fréquence de troubles comportementaux postopératoires, à des scores de douleurs plus élevés, à une consommation d'antalgiques plus importantes. (Amouroux, 2012)

Des psychologues et des psychanalystes pionniers de ce domaine, comme Anna Freud et Thési Bergman, ont ainsi souligné que toute intervention chirurgicale annoncée à l'avance à l'adulte ou à l'enfant peut susciter chez le malade l'attente justifiée et consciente de la douleur, de malaises, de pertes et souvent de mutilations. (Freud, et Bergman, 1976, p. 57).

En se basant sur l'ensemble des lectures, la revue littérature et sur la pré-enquête qu'on a effectuée auprès des enfants anxieux dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital « Targa Ouzemour ». Notre étude consiste à s'interroger sur la nature de leurs réactions psychique et notamment sur l'anxiété préopératoire pour essayer de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que l'enfant admis pour une intervention chirurgical en chirurgie viscérale et orthopédique manifeste une anxiété élevée en situation préopératoire ?
- Quels sont les facteurs qui amplifient remarquablement l'anxiété préopératoire de chaque enfant admis au service de la chirurgie orthopédique et viscérale ?

Pour répondre à notre problématique nous avons proposé les hypothèses suivantes :

- Face à la situation préopératoire, l'enfant réagit par une anxiété élevée en chirurgie viscérale et orthopédique.
- L'anesthésie et l'acte chirurgicale peuvent être des facteurs importants qui engendrent l'anxiété préopératoire chez l'enfant.

❖ **Intérêt de notre recherche**

Toute recherche scientifique a des intérêts et des objectifs à aboutir, c'est le cas de notre recherche. Nous avons choisis le thème « l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile (orthopédique et viscérale) » dans le but d'avoir de meilleurs perceptives pour l'avenir, de mettre en avant ce qui se passe sur le terrain et notamment de faire le point et d'attirer l'attention sur la qualité de la prise en charge des enfants à opérés non seulement sur le plan somatique mais aussi sur le plan psychique, c'est-à-dire la nécessité d'intégrer à la fois les dimensions éthiques, humaines, psychologiques et techniques de l'acte chirurgicale.

❖ **L'objectif de notre recherche**

L'objectif de notre recherche est de :

- Mesurer le degré et l'intensité de l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile.(chirurgie viscérale et orthopédique).
- Déterminer les facteurs qui engendrent l'anxiété préopératoire chez l'enfant.
- Clarifier l'impact et la gravité de l'anxiété préopératoire.
- Démontrer une obligation d'une intervention thérapeutique pour diminuer l'anxiété préopératoire afin d'éviter les complications postopératoire en chirurgie infantile.

❖ **opérationnalisation des concepts**

- **Chirurgie**

- discipline médicale.
- traitement des maladies et des traumatismes.

- **Opération**

- Acte médical.
- Intervention chirurgicale pratiqué sur l'organisme vivant.

- **Préopératoire**

- Période qui précède l'opération chirurgicale.
- Préparation physique et psychologique du patient.
- Consentement éclairé.
- Bilan préopératoire.

- **Chirurgie orthopédique**

- Branche de la chirurgie.
- Traite les accidents et les déformations de l'appareil locomoteur.
- Traiter des articulations douloureuses et les tumeurs des membres.

- **Chirurgie viscérale**

- Branche essentielle de la chirurgie et la clé du traitement curatif.
- Traite les infections des organes abdomino-pelviens.

- **Anxiété**

- Sensation de peur forte.
- Sentiment d'impuissance, inquiétude.

- **Anxiété préopératoire**

- état d'angoisse.
- inquiétudes, peurs.
- Sensation d'un danger.

Partie théorique

Chapitre I

Chirurgie infantile

Section 1 : Aspect médical de la chirurgie infantile

Préambule

La chirurgie ou l'art de guérir par l'œuvre des mains est pratiqué depuis des siècles, elle a connu un essor important à travers les progrès réalisés en diverses sciences anatomiques, physiologiques, histologiques, et appareillages et autres moyens relatifs à l'acte chirurgical, qui est scindée en deux parties : l'anesthésie et la chirurgie. Cependant, il nous a semblé utile de dissocier l'intervention afin de mieux en détailler ses temps successifs, le tout étant conditionné par l'hospitalisation.

Dans cette section, nous allons premièrement aborder le cadre conceptuel de la chirurgie, ensuite nous allons présenter les indications de la chirurgie, ses types, ses étapes, et les instruments chirurgicaux. Deuxièmement, nous allons évoquer l'anesthésie, son but, ses étapes, et on termine par le bloc opératoire et enfin une synthèse.

Aperçu historique

Le 20^{ème} siècle sera marqué par la survenue des deux grandes guerres mondiales. Cependant, c'est avant la première guerre mondiale qui ont été mises au point les grands techniques chirurgicales qui restent en vigueur durant le siècle. Ainsi naîtra la chirurgie de la paroi de l'abdomen, du tube digestif, du thorax ainsi que la gynécologie.

Durant la deuxième partie du 20^{ème} siècle après la seconde guerre mondiale, les progrès technologiques ainsi que l'évolution des techniques chirurgicales vont participer à moderniser la chirurgie. C'est durant cette période que va naître la chirurgie cardiaque. On voit également le développement des greffes d'organes, en commençant tout d'abord par le rein en 1950. La première transplantation cardio-pulmonaire sera réalisée en 1982 par l'équipe du docteur CABROL.

Le 21^{ème} siècle verra la première transplantation de deux bras entiers réalisée à Munich, en Allemagne, par une équipe de 40 personnes. Les progrès de la chirurgie n'auraient pu être réalisés sans l'apport de nouvelles techniques d'imagerie telle que la radiographie survenue en 1895, mais bien plus tard également l'échographie (1970), le CT scanner (1980), l'IRM et le PFT scan (1990) en clinique. (pr.pwautchy-histoire de la chirurgie-année académique 2012-2013).

La chirurgie pédiatrique a longtemps été considérée comme une simple branche de la chirurgie, avec quelques différences liées à la taille des patients. Cependant, la spécificité des problèmes chirurgicaux de l'enfance a été admise il y a bien des années. Le premier ouvrage

de la langue anglaise consacré à ce sujet, « *The Surgical Diseases of Children* » de J. Cooper Foster, chirurgien au Guy's hôpital à Londres, fut publié en 1860 et, en France, M. P. Guersant, chirurgien à l'hôpital des enfants malades à Paris, assura des enseignements de chirurgie pédiatrique de 1840 à 1860.

La chirurgie infantile, a bien entendu, bénéficiée des remarquables progrès qui ont eu lieu en anesthésie, mais aussi, des avancées des autres spécialités chirurgicales. Elle a pris un essor prodigieux au cours de la dernière année. La correction préopératoire des troubles métaboliques consécutifs à l'acte opératoire, l'intubation systématique, l'utilisation d'anesthésiques nouveaux et peu dangereux, les antibiotiques, ont permis des audaces opératoires inimaginables il y a une trentaine d'années : chirurgie des cardiopathies à cœur ouvert, neurochirurgie, chirurgie des viscères digestifs et thoraciques.

L'anesthésie pédiatrique, tout comme la chirurgie pédiatrique, a ses particularités qui tiennent essentiellement aux dimensions anatomiques de l'enfant, à des facteurs physiologiques (métabolisme élevé, immaturité du fonctionnement des organes...) et à l'impact potentiel de cet événement sur son psychisme. (Guersant, 1860).

1. Définition de la chirurgie

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes, qui consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instrument, des actes opératoires sur un corps vivant. (Larousse Médicale, 2006, p.193).

Elle fait partie de la thérapeutique qui comporte une intervention manuelle, sous forme d'interventions sanglantes ou de manœuvres externes. Traditionnellement, la petite chirurgie désigne les opérations simples : bandages, plâtres, sondage, prélèvements et petites incisions » (Manuela al, 2004, p.88)

2. Définition de la chirurgie infantile

La chirurgie infantile est une branche du chirurgien qui s'intéresse aux diagnostics et aux soins chirurgicaux, opératoires et postopératoires, des patients souffrant d'anomalies ou de maladies congénitales ou acquises de la période prénatale à l'adolescence. Ces affections peuvent être des défauts du développement normal, des maladies inflammatoires, néoplasiques ou traumatiques. (L'american board of surgery, 2003)

La chirurgie infantile tire sa particularité de la grande variété des pathologies d'intérêt chirurgical de la population pédiatrique, de l'enfant né prématuré à l'adolescent. Succinctement abordée aux cours des études médicales, elle est séparée en deux disciplines : l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie viscérale pédiatrique.



Figure 1 : enfant face à une intervention chirurgicale.

2.1. Chirurgie viscérale pédiatrique

La chirurgie viscérale englobe différents types d'opérations :

La pathologie urologique représente la majeure partie des indications chirurgicales de l'enfant (environ 60% de l'activité de chirurgie infantile). Elle porte sur le rein (néphrectomie totale, néphrectomie partielle des systèmes doubles...), le haut appareil urinaire (cure des syndromes de la jonction pyélo-urétérale, chirurgie de l'uretère, endos-urologie...), la chirurgie de la vessie (réimplantation vésico-urétérale et endos-urologie...) et les organes génitaux externes (chirurgie de l'hypospadias, du testicule...). <https://www.asso-acpf.com>

2.2. Chirurgie orthopédique pédiatrique

L'orthopédiste pédiatre est formé à la chirurgie de la scoliose, du membre supérieur et du membre inférieur sans sur spécialisation à priori. La chirurgie de la main entre dans le champ de compétence de l'orthopédiste infantile, l'exercice de cette discipline est lié aux centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle dans le traitement des pathologies neuro-orthopédiques.

La consultation de traumatologie pédiatrique confronte l'interne précocement aux particularités du suivi ambulatoire des fractures, entorses et boiterie de l'enfant. Même si l'orthopédie pédiatrique n'a pas le monopole de toutes les indications chirurgicales de l'enfant, les particularités pédiatriques (lien parents/enfants, nosologie spécifique...), conduisent de plus en plus à la réalisation des traitements chirurgicaux infantiles par les chirurgiens de l'enfant. <https://www.asso-acpf.com>

3. Les indications de la chirurgie

Les applications de la chirurgie peuvent se classer de la manière suivante :

- Traitement de lésions infectieuses (abcès, ostéites, péritonites).

- Correction des conséquences des traitements osseux, articulaires et viscéraux.
- Ablation de tumeurs bénignes ou malignes.
- Lutte contre les effets des troubles métabolique (ablations de calculs urinaire) neurologique (libération de nerfs en cas de douleurs) ou endocriniens (ablation de la thyroïde pour traite la maladie de basedow)
- Correction de malformations de membres ou d'organes déficients (rein, cœur, foie, poumon). (Larousse médicales, 2006, p.194)

4. Les types de la chirurgie

La chirurgie est un secteur médical relativement vaste car elle englobe plusieurs types d'interventions. Il existe en effets différents services de chirurgie en fonction de l'opération réalisée et de la pathologie du patient à traiter.

- Chirurgie vasculaire concerne les interventions sur les vaisseaux.
- La neurochirurgie concerne les interventions sur le cerveau ou sur la moelle épinière.
- L'urologie concerne les interventions sur les reins et les voies urinaires, ainsi que sur l'appareil génital masculin.
- La chirurgie gynécologie concerne les interventions sur l'appareil génital féminin.
- La chirurgie cardiaque concerne les interventions sur le cœur.
- La chirurgie pédiatrique concerne la chirurgie de l'enfant.
- La chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie, l'oto-rhino –laryngologie, et la chirurgie plastique.
- Le pneumo chirurgie concerne les interventions sur l'appareil respiratoire ; exercé par un pneumo chirurgie.
- La chirurgie coelioscopies nécessite l'induction d'un tube muni d'une caméra et d'un éclairage, ainsi que plusieurs instruments à travers de petites incisions cutanées permettant une intervention avec vision indirect du champ opératoire et sans nécessite d'une grande incision.
- La chirurgie ambulatoire désigne des opérations avec une durée d'hospitalisation de moins d'une journée. (Lecourt, 2004, p. 67)

5. Les instruments chirurgicaux

Les instruments utilisés par les chirurgiens sont très nombreux mais en se limitant aux matériels courant, on peut parvenir une liste raisonnable.

- **Le bistouri** : est l'instrument de base, il est aujourd'hui à lame interchangeable à usage unique. Il existe en plusieurs tailles et en formes diverses de lame (large ou effilées)

- **Les ciseaux** : sont courts ou larges, ils sont droits ou courbes, ils sont à bout casse, pointue ou allongé.

- **Les pinces** : à disséquer sont sans griffes ou avec griffes.

- **Les aiguilles** : à coudre sont à marche. Elles sont droites ou courbes avec chas mobile, actionnée par un bouton. Les unes sont grosses, comme pour les parois (aiguilles de revendis), les autres sont fines pour suture péritoine ou intestin (aiguille de Bergeret ou de Jalaguier).

- **Les écarteurs** : l'écarteur le plus courant est celui de Farabeuf, indispensable dans les appendicectomies, les cures de la hernie, etc. l'écarteur de Hartmann est plus grand et ajouté. Il est utile chez les obèses dans la même circonstance.

Enfin pour exposer une région profond, l'aide manie des valves, qui sont droites, courbe, larges ou minces (Detrie, 1992, p.8).

Au début de l'intervention, l'aide choisit ou reçoit les instruments dont il a besoin pour une intervention courante ce sont :

- Une paire de ciseaux droits à bout casée (pour couper les fils)
- Une pince de Kocher (pour passer les fils)
- Une paire de l'écarteur de Farabeuf (Detrie, 1992, p. 10).

- **Fils et aiguilles** : Pour coudre, le chirurgien utilise des fils et des aiguilles. Bien connaître le matériel évitera des erreurs et des pertes de temps.

- **Le catgut** : c'est le produit de l'utilisation de la sous muqueuses de l'intestin grêles. IL a plusieurs types :

- Le catgut fin(00) est utilisé pour toute l'hémostase sous-cutanée dans tous les plans, c'est le numéro le plus utilisé.
- Le catgut 0 sert pour l'hémostase, petites parois, chirurgie générale, ORL.
- le catgut 1 et 2 = parois
- le catgut 3 et 4 = rares, presque plus utilisé (génécologie, urologie).

- **Les fils synthétiques à résorption lente** : Ces fils sont nombrés de deux l'acide poly glycolique, commerciales sous le nom (d'arcedex) et sous le polyglactine 910 distribuent sous le nom l'épellation vicryl.

- **Ligatures non résorbables**

- les fils de lins.
- les ligatures à base de nylon de fil synthétique plastifient.
- les fils à base de soie naturelle.

- **Les fils métalliques** sont à base d'acier, de bronze ou d'argent (Detrie,1992, pp. 11-14)

6. L'anesthésie chirurgicale

6.1.Définition

L'anesthésie est un ensemble de technique qui permet la réalisation d'un acte chirurgical ou médical (endoscopie, radiologie. Etc.). En supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie (qui ne sont pas en positions) : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

- Anesthésie générale est un état comparatif au sommeil, produit par l'injection de médicament dans une veine et/ou la respiration de vapeurs anesthésique à l'aide d'un masque. Ces médicaments peuvent diminuer ou supprimer la respiration, ce qui nécessite souvent l'aide de la respiration spontanée par une machine (ventilateur).

- Anesthésie locorégionale permet de n'endormir que la partie du corps de l'enfant concernée par l'opération en bloquant les nerfs de cette région par l'injection, à leur proximité, d'un produit anesthésique local. La rachianesthésie et anesthésie péridurale sont deux modalités particulières d'anesthésie locorégionale. Le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci. L'anesthésie caudale est une anesthésie péridurale que l'on pratique très fréquemment chez le jeune enfant pour des interventions situées sous l'ombilic.

Chez l'enfant, l'anesthésie locorégionale est le plus souvent réalisée (mais pas obligatoirement) lorsque l'enfant dort. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté. A cet âge, l'anesthésie générale permet de réaliser cet acte, de façon indolore, sur un enfant parfaitement immobile. Elle permet d'éviter que l'enfant ne s'inquiète de ce qui se passe autour de lui. (Société française d'anesthésie réanimation et association des anesthésie réanimation pédiatrique d'expression française). (Dalens, et Vegckemans,2012, p. 23)

6.2.Le but de l'anesthésie

- Provoquer la perte de conscience et supprimer la douleur.
- Relâcher les muscles.
- Prendre le relais du cerveau « mise en repos » afin d'assurer les fonctions vitales.
- Les surveillances des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires se fait de manière constante avant, pendant et après l'intervention.

6.3. Les étapes anesthésiques chez l'enfant

L'induction de l'anesthésie est une des expériences les plus stressantes vécues par l'enfant au cours de la période préopératoire.

6.3.1. La prémédication qui vise à réduire l'anxiété, facilite l'induction anesthésique, bloque certains réflexes autonomes, diminue la sécrétion des voies aériennes, produit l'amnésie et diminue l'incidence ou la sévérité d'une pneumopathie d'aspiration. Elle est prévue lors de la visite « pré anesthésie » ou lors d'une dernière visite de l'anesthésiste au lit du patient.

- En pratique avant 6 mois la prémédication est inutile et la perception d'un vagolytique (atropine) est devenue obsolète hormis les cas où une induction à l'halothane est envisagée.
- De 6 mois à 4 ans, l'administration d'un sédatif peut être bénéfique en cas de contact difficile avec l'enfant et en cas de forte anxiété parentale.
- De 4 ans à la période pubertaire, les sédatifs ne seront indiqués que dans des cas particuliers.
- Chez l'adolescent, la prémédication anxiolytique est recommandée en cas d'anxiété majeure. (Fréquente) ; elle peut éventuellement être réalisée par voie en salle d'accueil, avant de pénétrer dans le bloc opératoire si l'on craint une intubation difficile, il est utile d'administrer une prémédication vagolytique, de manière à diminuer les sécrétions pharyngées (Dalens, et Vegckemans, 2012, p. 26)

6.3.2. L'induction de l'anesthésie

L'induction est une phase capitale de l'anesthésie, capitale pour l'enfant qui ne doit pas en garder un souvenir traumatisant et pour le déroulement de l'anesthésie. En effet, c'est pendant l'induction et la phase de réveil, qui ont lieu les complications les plus fréquentes. En outre, l'agitation de l'enfant à ce moment-là peut aussi être la source de difficultés supplémentaires.

Présence des parents lors de l'induction anesthésique permet d'éviter les crises et les pleurs au moment de la séparation à l'entrée du bloc opératoire mais ne garantit pas une meilleure collaboration de l'enfant au moment de l'induction. Les enfants qui bénéficient le plus de la présence d'un parent sont :

- Les enfants de 6 mois ou 6-7ans, surtout si le parent accompagnant est calme, confiant et bien préparé.
- Les enfants souffrant de pathologie chronique avec l'intervention itérative.

- Et les enfants handicapés ; les parents peuvent être aussi une source précieuse d'information sur la signification des attitudes de l'enfant et son positionnement. (Dalens, et Vegckemans, 2012, p. 22)

6.3.3. Les risques suite à l'anesthésie

- Agitation, nausées et vomissement : ils surviennent surtout lorsque le patient n'est pas à jeun.
- Des maux de gorge, enrouement passagé ou laryngospasme : ils surviennent lors de l'anesthésie légère ou par excitation de la glotte. Le bronchospasme, le collapsus, le hoquet, un traumatisme dentaire et des troubles passagers de la mémoire.

6.3.4. Classification du risque anesthésique

La Société Américaine des Anesthésiologistes a défini une classification de l'état général du patient qui a été universellement adoptée : bien qu'il y ait une certaine corrélation entre le score ASA et le risque de morbidité/mortalité péri anesthésique, ce score ne permet pas de prédire avec précision le risque anesthésique. De plus, il n'est pas rare d'observer une discordance entre la classification ASA d'un même patient par des praticiens différents. Tout patient devant subir une anesthésie générale, enfant ou adulte, doit cependant faire l'objet d'une évaluation en fonction de cette classification. (Dalens, et Vegckemans, 2012, p. 16)

Tableau1 : classification de risque anesthésique selon le score de l'American society of anesthésiologistes (ASA).

Cotation	Caractéristique cliniques
1	Patient en bonne santé.
2	Patient ayant une maladie générale de gravité modérée.
3	Patient ayant une maladie générale sévère, limitant son activité mais ce n'entraîne pas d'incapacité.
4	Patient ayant une affection générale entraînant une incapacité on mettant en jeu son pronostic vital de manière permanente.
5	Patient morbide dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures, avec ou sans chirurgie.
6	Patient en état de mort cérébrale dont les organes vont être prélevés.

7. Différents étapes d'une intervention chirurgicales

7.1. Accueil du malade

Après les démarches administratives d'admission, le malade est dirigé sur le service qui l'attend.

A son arrivée, il est accueilli par la surveillante qui constitue le dossier infirmier ; elle s'assure que le parent a bien compris les informations donnée par le chirurgien dans la plupart des cas, elle prendra la peine de tous réexpliquer au malade (et éventuellement à son accompagnant)en des temps plus simple et moins technique, elle rassure, elle est le lien entre le médecin et le malade ,lien qui sera maintenu pendant les séjour, elle établit également une publication de ce séjour avec ses différents étapes .(Larousse médical,2006,p.137).

7.2.Bilan préopératoire

Ce bilan est prescrit par le médecin qui tient compte des éléments diagnostique déjà réunis des pathologies éventuellement associées (insuffisance cardiaque, diabète).

7.3. veilles de l'intervention

Le malade reçoit la visite de l'anesthésie qui a pris connaissance de son dossier avec les résultats des divers examens et qui pratique un examen clinique à l'issue duquel il va donner ses instructions pour la prémédication et indique l'heure de l'intervention. Il prescrira habituellement un somnifère pour que le patient puisse dormir malgré l'angoisse de l'opération.

7.4. Le jour de l'intervention

Le malade est à jeun et connaît l'heure de son intervention. Il va uriner, enfile une chemise de l'hôpital, enlever si besoin ses prothèses dentaires et il va recevoir une heure avant de partir au bloc.

Pendant le passage au bloc, l'infirmière s'assure de la réfection du lit, du ménage de la chambre et prépare le matériel nécessaire au retour de l'opéré :

Nécessaire à oxygénothérapie (manomètre de dépression, deux bocal, tubulures de raccordement)

- Un pied à sérum
- Éventuellement d'autres équipements spécifiques en fonction de type d'intervention (ex : colonne de Jeanneret en cas de drainage pleural)
- Un pousse seringue électrique ou une pompe.
- Un bocal à uriner.

- Des feuilles de surveillance et réanimation. (beranl, 1994, p. 24)

7.5. Retour du bloc opératoire

Le malade passe en salle de réveil ou le pouls, la tension artérielle, la respiration, la diurèse, ainsi que la perfusion est surveillée. Il revient dans sa chambre tandis qu'il reprend progressivement conscience.

7.6. Les soins postopératoires

Doivent être surveillés.

- Les constantes vitales, en particulier la respiration.
- Les perfusions.
- Le pansement, les drains et les sondes (bérand, 1994, p.24).

7.7. Rapport écrit postopératoire

Etant donné que la plupart des clients séjournant en unité de chirurgie sortent d'une récente intervention chirurgicale, ils ont en commun un grand nombre de diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration repris dans un plan de soins générique. Ainsi, la plupart des clients en période postopératoire présentent les problèmes traités en collaboration et diagnostic infirmiers suivant :

- Douleur aiguë.
- Risque d'altération des fonctions respiratoires.
- Risque d'infection.
- Rétention urinaire.
- Hémorragie.
- Hypovolémie.
- Thrombophlébite.
- Iléus paralytique.

Un plan de soins général destiné aux clients opérés et à leurs familles, reprenant ces diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration et d'autres diagnostics « génériques ». (Carpento, 2004, p.51).

8. Bloc opératoire

Le bloc opératoire est un lieu inconnu et mystérieux pour les patients, ce qui engendre différentes représentations. Il est sources de multiples appellations : « le bloc opératoire est un milieu clos et protégé.

8.1. Définition de bloc opératoire

Bloc opératoire est une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelle que soit la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises pour assurer la sécurité des patients. (gandjbakch, 2009, p.1).

Le bloc opératoire regroupe plusieurs salles d'opération et abrite une population très particulière. Elles sont séparées du reste de l'hôpital par des portes coulissantes, toujours fermées, sur lesquelles sont collées des panneaux « accès interdit ».



Figure 2 : bloc opératoire.

8.2. Salle d'opération

Situé au sous-sol dans la plupart des grands hôpitaux, c'est une salle de grande dimension (de 35a50mètre carrés) en raison de la présence éventuelle de gros matériels, et qui comporte plusieurs dépendances : un local où l'opéré est préparé à l'anesthésie, où les autres intervenants se lavent les mains et s'habillent avec des vêtements stériles au-dessus de la table d'opération réglable en hauteur et inclinable et un éclairage focalisé éviter la projection d'ombres.

8.3.Salle annexes

Les surfaces de circulation sont utilisées pour transférer le malade du lit au chariot pour son retour vers la salle de réveil, tous les circulations étant nettoyées et lavées après usage, puis placées dans les boîtes stérilisées.(Larousse médical, 2006, p.137)

Synthèse

La chirurgie infantile est une spécialité de la chirurgie qui prend en charge les enfants présentant une pathologie potentiellement chirurgicale de la naissance à l'adolescence, ces pathologies concernent les spécialités en chirurgie orthopédique, traumatologique et viscérale.

Cette situation que l'on redoute et que nous évaluons comme dangereuse entraîne différents affects qui expriment une anxiété chez l'enfant.

Section 2 : L'aspect psychologique de l'intervention chez l'enfant

Préambule

L'enfant est une réalité biologique, historique et juridique, il est au cœur du système familial. Son développement psychologique demande une prise en charge adaptée à chaque période de sa vie. Lorsqu'on envisage une intervention chirurgicale, les peurs des enfants en relation avec une hospitalisation, leurs craintes sont le reflet des périodes psychologiques successives qui accompagnent l'avancement de l'âge.

Dans cette section, nous allons évoquer le cadre conceptuel de l'enfant, les différentes théories de développement psychologique et l'approche psychologique de l'intervention chez l'enfant ainsi que les particularités psychologiques liées à l'anesthésie et enfin nous allons présenter les traces laissées par l'hospitalisation.

Aperçu historique

Les historiens se sont intéressés au concept de l'enfance après la publication d'un livre devenu célèbre « l'enfant et la vie familiale » sous l'ancien régime de Philippe Ariès ; on voit aussi les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée et d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès étudie la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles et il a noté qu'avant le XII^{ème} et XIII^{ème} siècle, l'enfant était représenté comme un petit adulte, c'est-à-dire reconnaissable uniquement par sa petite taille. Ce n'est qu'à partir du XIII^e siècle que l'art accorde une morphologie propre de l'enfant représenté. (Hesselnberg, 2001). En partant de ce constat et en étudiant les modes de vie des populations (en France) à travers l'histoire, Ariès distingue deux périodes :

La première période : La société traditionnelle se représentait mal l'enfant et encore moins l'adolescent. La durée de l'enfance était réduite à sa période la plus fragile quand l'enfant n'arrivait pas à se suffire. L'enfant à peine se débrouillé physiquement, était mêlé aux adultes, partageant leurs travaux ainsi leurs jeux. Dès l'enfance, il devenait un homme jeune, sans passer par les étapes de la jeunesse qui sont des aspects essentiels dans les sociétés

d'aujourd'hui. La socialisation et la transmission des valeurs n'étaient donc pas assurées par la famille, l'enfant tirait par la famille, l'enfant s'éloignait vite de ses parents. L'éducation se faisait par l'apprentissage, grâce à la coexistence des enfants et des adultes. L'enfant tirait ses connaissances en aidant les adultes. Les échanges affectifs et les communications sociales avaient lieu en dehors de la famille, dans un milieu très dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et de serviteurs, d'enfants et de vieillards, de femmes et d'hommes. (Hesselberg, 2001).

La deuxième période: Elle a commencé à partir de la fin du XVII^{ème} siècle, quand progressivement l'école s'est substituée à l'apprentissage comme moyen d'éducation. L'enfant a cessé d'être ménagé aux adultes et d'apprendre la vie directement à leur contact. Il a été séparé des adultes et maintenant à l'écart (la scolarisation) avant d'être lâché dans le monde. Cette séparation des enfants et des adultes était due en très grande partie à la tentative de moralisation des hommes voulue par l'Église. Les parents s'intéressèrent aux études de leurs enfants et la famille devint ainsi un lieu d'affection pour Ariès le sentiment de famille est né avec la scolarisation intense de la jeunesse. D'autres historiens ont affiné cette étude de l'enfance à travers les époques. En effet, il semble donc maintenant assuré que la place accordée à l'enfant est variable suivant les sociétés et qu'elle s'est considérablement modifiée à partir du XIX^{ème} siècle, sous l'effet du culte de la maternité. C'est à cette époque que l'enfant devient l'objet d'un attachement spécifique qui ne fera que de cotres avec les progrès de la médecine, puis la généralisation de la contraception dans les sociétés industrielles. Il semble aller de soi que plus le taux de mortalité diminue, plus la perte d'un enfant n'est douloureuse. De même, plus l'enfant est désiré consciemment, plus sa place n'est censée devenir importante dans l'affecte paternel. C'est dans ce contexte et dans la crise de la famille bourgeoise que sont nées la psychologie de l'enfant et la psychanalyse. (Hesselberg, 2001).

1. Définition de l'enfance

C'est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, elle est une étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte. Selon A. Gesell, *l'être humain a besoin de cette longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes auxquelles il devra s'adapter. Dans cette période de dynamique et d'une extrême richesse, ou la croissance se fait dans tous les domaines à la fois, on distingue trois grands stades (que les pédagogues avaient déjà remarqués) : la première enfance, jusqu'à trois ans, la deuxième enfance de trois ans à six ans, et la troisième enfance, qui se termine par la puberté.* (SILLAMY, 1999, p. 97).

Le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui se situe entre la naissance et la puberté entre la naissance et la maturité. (Parot, 2007, p.55).

2. Définition de l'enfant

L'enfant devient un être à part entière, perçu dans sa globalité et à travers tous les aspects de sa vie, qui n'est plus seulement « le fils... », C'est-à-dire la possession de ses parents ou de l'état, mais le sujet de ses propres droits à partir du XVI^{ème} siècle, l'idée que les enfants sont des êtres vulnérables qu'il faut protéger, émerger peu à peu en accord avec l'attention accrue accordée aux droits de l'homme depuis les révolutions. (Article Droit De L'enfant, 2009).

Selon Norbert Sillamy « *sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières* ».

3. Le développement de l'enfant

Il existe différents corpus théoriques qui ont eu pour but de rendre compte du développement de l'enfant. Ceux-ci ne sont ni équivalents ni opposés, ils sont plutôt complémentaires et permettent d'appréhender les étapes du développement et leur importance respective. Quelles que soient les époques de leur élaboration, ces travaux sont généralement basés sur la succession de passages obligés s'appuyant sur des phases antérieures.

3.1. Le développement cognitif de l'enfant selon la théorie de Piaget

La théorie de Piaget s'intéresse à la construction de la connaissance, ce qui permet d'obtenir une meilleure compréhension du développement cognitif de l'enfant. «L'intelligence constitue l'état d'équilibre vers lequel tendent toutes les adaptations successives d'ordre sensori-moteur et cognitif, ainsi que tous les échanges assimilateurs et accommodateurs entre l'organisme et le milieu» (Piaget, 1967, p.17).

Les expériences vécues par l'enfant lui permettent de se développer, ainsi il va chercher activement à comprendre son environnement, Ces expériences aident les structures mentales de l'enfant à devenir de plus en plus complexes. Cette progression commence dès la naissance jusqu'à l'âge adulte et s'articule autour de quatre stades différents. L'acquisition de chaque stade donne la possibilité d'atteindre le suivant et implique une restructuration cognitive chez l'enfant (Bee, et Boyd, 2003, p.24).

-Stade de l'intelligence sensorimotrice : L'enfant reste encore très peu différencié du monde extérieur. Grâce à la mise en place de schémas d'action, il s'agit de façon réflexe ou

enchaine ses actions de façon toujours identique dans les mêmes circonstances interactive (par exemple le nourrissage). Réaction circulaire primaire puis en réactions circulaires secondaires (8-9 mois), reproductions actives d'enchaînement d'actions qui cherchent à provoquer un résultat. Parallèlement, entre 5 et 8 mois, la permanence de l'objet s'établit (quand on cache un objet que l'enfant a repéré derrière un écran, il cherche à le retrouver : il en a donc construit une représentation mentale). Vers 18 mois, la pensée devient « préopératoire »: l'enfant met en place une amorce de fonction symbolique qui lui permet de représenter les objets, à travers, notamment, son début d'accès la langue. (Graindorge., 2005).

-La période préopératoire : C'est dans le stade pré conceptuel (de deux à quatre ans) que le langage et la compréhension se développent réellement. Ainsi, l'enfant est capable de communiquer avec les personnes de son entourage(Ball, et Bindler, 2010, p. 71).

Néanmoins, les processus mentaux sont encore restreints. En effet, il est habilité à avoir recours à une logique simple. C'est aussi à ce stade que se développe la fonction symbolique où l'enfant est alors capable de projections mentales. Il utilise les symboles pour représenter une situation, une personne ou des objets même si ceux-ci sont absents. Pour ce faire, l'enfant utilise le jeu symbolique (faire semblant), l'imitation différée (reproduction d'un acte observé mais en l'absence du modèle), le langage et le dessin (Papalia, Olds, et Feldman, 2010, p.143).

Durant cette période, l'enfant est également dans une phase d'égoïsme qui l'empêche de prendre en compte le point de vue de son entourage.

Vient ensuite le stade de l'intelligence intuitive (de quatre à sept ans). L'enfant est alors capable de transduction, c'est-à-dire, la capacité de comprendre les relations entre deux événements et d'en tirer des conclusions. Les liens qu'il fait entre deux situations peuvent être logiques ou non. C'est pourquoi, il arrive parfois que l'enfant se sente responsable de l'apparition de sa maladie. Il peut également recourir à ce que l'on appelle la pensée magique «c'est-à-dire la conviction que les événements se produisent parce qu'on les a imaginés ou souhaités» (Ball & Bindler, 2010, p. 72).

De ce fait, l'interprétation incorrecte d'un enfant, concernant un événement, peut survenir si les adultes ne lui fournissent pas des explications suffisantes (Amouroux et al. 2012, p.4). Dans ce cas, il est important de chercher à comprendre ce qui est pour l'enfant la cause de l'événement et d'y apporter des corrections. De plus, selon Thibault-Wanquet (2008, p.61), les explications apportées doivent être appropriées au développement cognitif et psychoaffectif de chaque enfant.

-La période des opérations concrètes : L'enfant d'âge scolaire est apte à avoir un raisonnement logique, ce qui lui confère la capacité à résoudre des problèmes concrets (Papalia et al. 2010, p.203). Il arrive également à se projeter dans le temps et l'espace. La période d'égoïsme est terminée et l'enfant est capable de décentration. Il peut donc tenir compte des différents aspects d'une situation. De plus, il est habilité à envisager le point de vue des personnes qui l'entourent et de comprendre la réversibilité de certaines situations (Papalia et al,2010, p.204).

Selon Piaget, *«les opérations concrètes ne sont pas encore des opérations formelles, elles sont toujours liées à l'action, elles n'impliquent en rien la possibilité de construire un discours logique indépendamment de l'action »*. Il est alors important de noter que les enfants, d'âge scolaire, ont besoin d'agir afin d'obtenir un raisonnement logique. Toujours selon Piaget (1967, p.155-156), les enfants parviennent généralement aux opérations arithmétiques et logiques à condition qu'ils puissent manipuler les objets.

-Stade de la pensée formelle à partir du 12ans :L'enfant se construit une pensée conceptuelle et hypothéticodéductive : position d'hypothèse ; développement de raisonnement adapté ; Déduction de conclusion. (Graindorge, 2005)

Afin d'obtenir de plus amples connaissances sur le développement de l'enfant, nous sommes intéressées à son développement psychosocial

3.2. Le développement psychosocial d'Erikson

Théorie du développement psychologique d'Erikson englobe huit étapes qui séparent la naissance de la vieillesse.

-Avant l'âge de 1 an, l'enfant est dans la période de l'alternative entre confiance et méfiance. Il est complètement dépendant des autres. La confiance est établie par des relations sécurisantes et chaleureuses ; à l'inverse, la méfiance est le résultat de relations froides, indifférentes voir rejeter. Le petit nourrisson a peur des mouvements brusques, des bruits violents et des lumières puissantes. Il redoute la douleur et les situations étranges. Le nourrisson ne comprenant pas l'acte chirurgical, aucune préparation n'est possible ; par contre, les parents ont besoin d'une information sur le déroulement et sur les résultats attendus de la chirurgie, ne serait-ce que parce que la peur et l'inquiétude des parents sont transmissibles aux enfants.

-Entre 1 et 3 ans, l'enfant est dans la période de l'alternative entre l'autonomie et la honte ou le doute. Il devient autonome au sein d'un environnement sécurisé par les parents. C'est la période d'apparition de l'estime de soi et de l'acquisition de l'activité cognitive. Les

parents aident à l'autonomie par leurs encouragements à de nouvelles découvertes. A l'inverse, la surprotection peut rendre l'enfant timide et l'amener à douter de lui. Les enfants ont des "pensées magiques"; ils sont égocentriques et croient que leurs souhaits peuvent se réaliser. Comme les plus jeunes, ils redoutent la douleur et les situations étranges.

Vers 2 ans les enfants ont peur de créatures imaginaires. Ils redoutent l'atteinte à leur intégrité corporelle mais les peurs les plus importantes sont celles de la séparation et de la perte de contrôle. Leurs manifestations émotionnelles sont influencées par celles des personnes qui les entourent. Il faut éviter de poser aux petits enfants des questions dont les réponses seront oui ou non, mais il faut leur proposer un choix entre deux scénarios.

-Entre 3 et 5 ans (période préscolaire), l'enfant entre dans la période de l'alternative entre initiative et culpabilité. Il passe de l'autonomie à la prise d'initiatives, il apprend à se fier un but et à l'atteindre. Il utilise son imagination. Le "feed-back" qu'il reçoit en retour à ses prises d'initiatives est important. S'il est l'objet de critiques ou si on le décourage, il peut associer un sentiment de culpabilité. A l'initiative prise, l'enfant d'âge préscolaire reste égocentrique, il est convaincu d'avoir raison et ne peut admettre un autre point de vue. A cet âge les enfants répètent et utilisent des mots qu'ils ne comprennent pas ou auxquels ils attribuent un autre sens. Les mots favoris à cet âge sont : comment et pourquoi ? Il est souhaitable de leur laisser une maîtrise de la situation chaque fois que cela est possible. À la peur de la séparation s'ajoute, à cet âge, la peur de l'abandon et l'hospitalisation peut être interprétée comme une punition.

-Entre 6 et 12 ans (période scolaire), l'enfant découvre l'alternative entre le travail, la responsabilité et l'infériorité. L'enfant élargit son environnement hors du cercle familial : des adultes autres que ses parents (professeurs) prennent de l'importance. Les efforts, et pas seulement la réussite, doivent être valorisés, car dans le cas contraire l'enfant va développer un sentiment d'infériorité. L'enfant d'âge scolaire veut apprendre, il croit en des règles et a besoin d'organisation. Aux peurs précédentes s'ajoutent celle de l'échec scolaire, celle de ne pas répondre aux attentes des autres et enfin apparaît la peur de l'amputation, de la castration et celle de la mort. Ces enfants ont besoin d'explications détaillées et il faut les faire participer aux décisions. L'anesthésie peut être redoutée en raison de la perte de contrôle mais, plus grave, elle peut être assimilée à la mort.

-L'adolescence est la période de l'alternative entre l'identité et la confusion des rôles. C'est la période de l'interaction avec ses pairs, de la transition vers l'âge adulte, des modifications physiologiques (tempête hormonale) et physiques. C'est aussi l'âge de la création de l'identité sexuelle. Les peurs de cette période sont celles d'être différent voire

mutilé, de perdre son indépendance et son identité, d'être isolé et de mourir. Les explications sur les soins sont indispensables et il faut obtenir l'adhésion de l'adolescent sans mettre pour autant les parents à l'écart. Cette période est aussi celle des conflits dans le milieu des études, de la famille, des amis et des amours. L'adolescent qui n'arrive pas à développer son identité va souffrir d'une confusion des rôles et ne pourra répondre à la question de savoir qui il est et où il va (Dalens, et Vegckemans, 2012, p. 19-20)

4. Approche psychologique de l'intervention

S'intéresser à l'enfant et à l'intervention chirurgicale nécessite de prendre en considération son âge, son stade de développement affectif, sa personnalité, son histoire personnelle, les relations qui existent entre ses membres de sa famille et en particulier, ces parents et ses schémas culturels...etc. Tous ces facteurs vont déterminer sa réponse au stress psychologique face à sa pathologie, à l'hospitalisation et à la chirurgie. De la même façon que la nature de sa pathologie et l'expérience du traumatisme vécu par l'enfant influenceront ses réactions.

Il est difficile d'évaluer l'impact psychologique spécifique d'une intervention chirurgicale chez un petit enfant, tout comme on ne se sait pas bien comment la douleur est perçue par les enfants, ni comment évaluer les souvenirs qu'ils en gardent. (Guillerme, 1996, p.37).

A. Selon âge

Les enfants d'âge préscolaire (entre 2 et 5 ans) sont pour différentes raisons, les plus vulnérables. L'intensité de leur mémorisation d'une expérience douloureuse et particulièrement vive, nous y reviendrons. Ils peuvent présenter différentes sortes de peurs relatives à leur stade de développement affectif. Ils ressentent plus l'expérience de séparation, l'étrangeté de l'environnement et les interventions intrusives que les enfants plus jeunes. En outre, ils ne se disposent pas de mécanisme de défense assez élaborés, de compétences ou de connaissances suffisantes qui pourraient les aider à mieux supporter l'expérience.

Les enfants entre douze mois et quatre ans manifestent une angoisse beaucoup plus intense s'ils ont déjà été opérés, même en ayant été hospitalisés avec leur mère en secteur mère-enfant. Lorsqu'ils sont réhospitalisés pour une nouvelle intervention, ils restent craintivement accrochés à leur mère et hurlent dès que l'on s'approche d'eux.

De ce fait, lorsque l'enfant se retrouve dans l'environnement inconnu et hostile du service de chirurgie, il n'est pas étonnant qu'il se sente réellement abandonné par ceux qu'il aime et dont il dépend. Ceci, afin d'être puni par un groupe d'étranger bizarrement vêtus,

armés de thermomètres, d'aiguilles, de masques et autres instruments de torture. On comprend mieux que l'arrivée du médecin ou l'infirmier soit accompagnée de hurlement, de terreur et que la coopération soit difficile à obtenir.

Les enfants d'âge scolaire (entre 6 et 14ans) sont susceptibles de présenter les mêmes anxiétés de séparation et des peurs aussi surréalistes ou réalistes que des enfants plus jeunes. Cependant, leur plus grand sens de la réalité et leur aptitude à communiquer avec l'adulte les aident à mieux supporter ces émotions.

Ils sont aussi aidés par leur intérêt et leur curiosité. L'environnement de l'hôpital et de technologie moderne qui s'y rapporte, bien qu'inquiétants, sont aussi extrêmement intéressants pour nombreux enfants. L'équipe médicale peut se servir de cet intérêt. Les circonstances peuvent être propices à apprendre, découvrir et à faire du patient son « partenaire » ; son plaisir de maîtriser, sa fierté d'être courageux peuvent être favorisés par les adultes. (Guillerme, 1996, pp.37-38).

B. Selon le développement

Selon les schémas culturels, selon les niveaux socio-économique et intellectuelle de la famille, selon l'édification de leur personnalité, les enfants vont réagir de façons variées face à la maladie.

Si on réfère aux théories de J. Bowlby sur l'attachement, on retient que le degré de vulnérabilité aux agents du stress est fortement influencé par les schémas d'attachement développés dans la petite enfance.

- Le schéma d'attachement compatible avec un développement sain est celui de l'attachement sûr, dans lequel l'individu a confiance dans le fait que son parent sera disponible, lui répondra et l'aidera au cas où il sera confronté à des situations adverses ou effrayantes, avec cette assurance il se sent enhardi pour ses explorations du monde. Ce schème est favorisé par un parent (au cours des premières années, notamment par la mère), lorsqu'il est facilement disponible, sensible aux signaux de son enfant, et qu'il réagit avec amour quand il cherche la protection et/ou réconfort et/ou assistance.

- le deuxième schème d'attachement est celui de l'attachement angoissé résistant : l'individu n'est pas certain que son parent sera disponible, lui répondra ou l'aidera s'il lui fait appel. Du fait de cette incertitude, l'enfant est toujours sujet à l'angoisse de séparation, tend à s'accrocher et se montre angoissé pour aller explorer le monde. Ce schème est favorisé par un parent qui est disponible et secourable dans certaines occasions et non dans d'autres, et plus tard, lorsque des menaces d'abandon sont utilisées comme moyen de discipline.

- un troisième schème est celui de l'attachement angoissé évitant : enfant n'a aucune confiance dans le fait que, s'il cherche des soins, il lui sera répondu de manière utile mais, au contraire, il s'attend à être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans soutien ni amour de la part des autres. Ce schème survient lorsque la mère le repousse constamment lorsqu'il l'approche pour trouver du réconfort ou être protégé. Les cas les plus extrêmes sont la conséquence de rejets répétés et de mauvais traitement ou d'institutionnalisations prolongés. Des données cliniques montrent que si cela persiste, ce schème peut amener tout une série de troubles de la personnalité, depuis l'individu compulsivement auto-suffisant, jusqu'aux délinquants permanents.

Rappeler ces grands schèmes nous a semblé utile pour comprendre certaines réactions observées chez les jeunes enfants exposés à des situations stressantes telles que la séparation ou l'exposition à un environnement ou à un entourage inconnu et pour évoquer l'importance de la relation à la figure parentale. (Guillerme, 1996, pp.39-40)

5. Les particularités psychologiques liées à l'anesthésie chez l'enfant

5.1. Le sommeil

Pouvoir s'endormir, en général, suppose un certain désinvestissement du monde extérieur et un repli concomitant sur soi-même et son propre monde intérieur. Cette régression est marquée par un repli narcissique, la libido étant retirée du monde extérieur pour être provisoirement réinvestie dans le Moi.

Le bon déroulement de l'endormissement suppose que l'enfant puisse accepter cette régression et, pour cela, s'appuyer sur une bonne image intérieure de sa mère, ne pas redouter de façon trop vive sa propre vie fantasmatique auquel le rêve peut lui donner accès, ne pas craindre enfin de façon trop intense la séparation avec la mère qu'implique l'endormissement. Ainsi, lorsque l'anesthésiste dit qu'il va endormir le patient, cela peut être vécu de façon très angoissante. En effet, l'enfant est, en général, soumis aux décisions des adultes et celui qui va l'endormir apparaît alors comme le détenteur d'un pouvoir considérable! La soumission et la contrainte associées à ce sommeil provoquent généralement des représentations particulièrement angoissantes.

Plus simplement, le sommeil peut avoir différentes significations selon les personnes: repos, récupération, paix, en sont les représentations positives. Mais il a d'autres aspects, en particulier chez les enfants qui viennent d'acquiescer une certaine maîtrise: au cours du sommeil, il y a une perte du contrôle, du sentiment de maîtrise qui peuvent être inquiétants. Chaque

individu a des pensées et des sentiments très intimes et l'idée de les révéler à d'autres est perturbante et angoissante.

Le sommeil est aussi associé à la mort. D'une personne décédée, on dit "qu'elle s'est endormie pour toujours". Un animal familier peut s'être endormi et ne plus jamais se réveiller... Les enfants comprennent les mots dans leur sens premier et peuvent ainsi craindre qu'en s'endormant ils ne se réveilleront jamais. Pour reprendre le thème de la punition, "aller au lit" ou "aller dormir" est une consigne souvent utilisée comme représailles. Là encore, le sommeil est associé à une image négative qui, s'ajoutant à l'angoisse de castration ou de mutilation, fait de l'intervention chirurgicale une épreuve particulièrement terrifiante. (Guillerme, 1996, p. 41).

5.2. La douleur

Alors que la pensée d'un sommeil provoqué vient comme nous l'avons dit plus haut, déclencher une série d'images angoissantes, il faut aussi considérer ce sommeil comme un rempart contre la douleur. En effet, la peur de la souffrance physique est souvent énoncée par les enfants d'âge scolaire. La question de savoir s'ils peuvent se réveiller pendant l'intervention revient régulièrement.

Le souvenir de la douleur au réveil conditionne le vécu d'une nouvelle intervention et participe à l'anxiété préopératoire chez les enfants ayant des antécédents d'intervention. Il est un des souvenirs le plus vivaces chez les enfants déjà opérés. Parmi cent soixante-dix enfants, Mather et Mackie, cités par L.J. Rice (87) en 1993, mettaient en évidence que seulement vingt-cinq pour cent de ces enfants étaient libres de toute sensation douloureuse et que treize pour cent d'entre eux éprouvaient une douleur intense après l'acte chirurgical. Dans l'étude de Bothe et Galdston, "la piqûre" constituait un des plus mauvais souvenirs des enfants interrogés au cours de leur séjour à l'hôpital pour une intervention.

La peur de l'aiguille ou de la piqûre est citée par Zuckerberg comme "la conséquence de décennies d'analgésie postopératoire inadaptée". Elle est aussi un des acteurs du conditionnement préopératoire: en effet, l'induction par voie veineuse, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, est une des méthodes préférentielles de certaines équipes anesthésiques. Outre la douleur, l'aiguille est associée à un élément pénétrant, franchissant l'intégrité corporelle, traversant un membre, grattant les os .(Guillerme, 1996, p. 42).

5.3. Les fantasmes liés à l'intervention chirurgicale

Les craintes irraisonnées autour des soins et de l'acte opératoire témoignent de la conviction des enfants qu'il s'agit de dangers réels: ils se débattent, hurlent, agressent les infirmières ou, au contraire, ils restent prostrés, muets, figés. Certes, l'enfant est confronté à

un danger bien réel, celui de la chirurgie, car, même minime, le danger de perdre son sang, son membre ou sa vie existe, et est matérialisé par l'incision de la peau. Pourtant, l'importance de l'angoisse éprouvée et manifestée par l'enfant n'est pas fonction du pourcentage de risque, qu'il ne connaît pas et qui, dans les conditions actuelles des interventions chirurgicales, est devenu très faible. L'angoisse est liée à la représentation que l'enfant se fait de ce danger: l'acte chirurgical est vécu comme une effraction sanglante sur le corps perpétré par des persécuteurs. Cette confusion entre danger réel et danger imaginaire nous renvoie aux idées exposées par Freud 1926 *dans inhibition, symptôme et angoisse* et citées par Roselyne de Carmoy, sur la situation de danger réelle et la situation de danger pulsionnelle. Elle poursuit : *"Cette surcharge d'angoisse liée aux processus pulsionnels explique la variabilité des manifestations d'angoisse des enfants devant une pathologie et un traitement chirurgical très similaire comme une intervention pour une scoliose idiopathique par exemple"*.

De plus, l'ignorance que l'enfant a de son anatomie et du fonctionnement de son corps contribue à ce que Becker, dans un article consacré à l'opération dans le vécu de l'enfant, appelle la "distorsion cognitive". Il s'agit de fausses représentations que l'enfant se fait de son corps, de la place de ses organes et de leur fonctionnement, ainsi que de la réalité de l'intervention chirurgicale. L'enfant n'est pas en mesure de donner une représentation fidèle de ses peurs ou des questions qui l'angoissent. Les dangers imaginaires inconscients ne sont pas accessibles aux explications rationnelles: les peurs vont se transformer en angoisse et les fantasmes vont surgir, s'étayant sur les dangers réels de l'acte opératoire pour véhiculer les craintes et les désirs inconscients.

La peur de la mort est presque aussi fréquente que les angoisses d'agression contre le corps et est évoquée directement ou indirectement. L'acte opératoire peut être vécu comme une agression contre la personne par le chirurgien. Ou bien les enfants ont peur de mourir parce que les gens meurent à l'hôpital: les enfants parlent d'un proche parent décédé à l'hôpital et craignent la même issue pour eux. (Guillerme, 1996, pp. 43-44).

6. Traces laissées par l'hospitalisation

6.1. Sensibilité accrue aux angoisses du développement psychoaffectif

À un niveau plus inconscient, il apparaît que, conformément à la théorie, l'hospitalisation semble avoir laissé des traces en terme d'une plus grande sensibilité à l'angoisse de castration et de séparation avec également des angoisses d'anéantissement. On sait en effet que l'exposition aux soins offrant un corps au moins partiellement dénudé à des gestes souvent invasifs, agressifs et douloureux, peut accentuer les fantasmes de castration.

Il en va de même pour l'opération qui, de par sa nature même, est également associée à ce type d'angoisses. Les angoisses de séparation quant à elles sont non seulement en lien avec la séparation du milieu habituel que représente la situation d'hospitalisation mais également avec le moment plus particulier de l'anesthésie. La sensibilité à la séparation est très forte dans notre population. Elle se voit même doublée chez certains d'une angoisse d'anéantissement, pouvant également, selon les auteurs, être provoquée par l'anesthésie chez les enfants plus vulnérables.

6.2. Inhibition des mouvements d'autonomisation

Les angoisses de séparation observées chez les enfants semblent venir entraver les mouvements d'autonomisation. Le fait que la séparation d'avec les parents soit source d'angoisse et de culpabilité complique la prise d'autonomie. En effet, tous les enfants rencontrés énoncent plus ou moins distinctement un désir de prise d'autonomie vis-à-vis des parents.

L'expression de ce désir s'avère difficile car cela les confronte aux sphères douloureuses de la solitude réveillant des angoisses de séparation et d'abandon en lien avec leur vécu d'hospitalisation. De plus, ce désir est fortement culpabilisé pour certains.

Parallèlement, il apparaît chez tous nos sujets une tendance à la régression, réaction fréquente chez l'enfant confronté à l'hospitalisation. Cette régression est amenée par la situation de dépendance passive induite par les soins. En effet, la perte de l'autonomie acquise par la maîtrise des fonctions corporelles s'accompagne d'une régression du moi à des stades antérieurs et passifs du développement, la construction du moi s'appuyant sur la maîtrise des fonctions corporelles. La régression permet néanmoins à l'enfant de conserver son énergie et d'obtenir plus d'attention de son environnement. En effet, la régression exprime un besoin d'encouragement et de soutien de l'enfant nécessaires pour retrouver son image de lui-même qui vient d'être menacée.

6.3. Aménagements relationnels post-hospitalisation

Dans l'après hospitalisation, les changements mentionnés tant par les parents que par les enfants font référence aux bénéfices secondaires attendant au statut de malade.

Le plus souvent en lien avec l'anxiété des parents. Les changements décrits sont toujours mentionnés dans le court terme et aucun des enfants ne fait référence à des aménagements relationnels durables. Un gain faisant suite à l'expérience de l'hospitalisation est décrit chez un enfant, il s'agit d'une prise d'autonomie.

L'expérience de l'hospitalisation se révèle donc dans ce cas être une expérience enrichissante pour l'enfant et sa famille, comme cela est décrit par certains auteurs.

Synthèse

En conclusion, nous observons que l'hospitalisation confronte l'enfant à différentes dimensions pouvant venir entraver son développement. Ces différentes dimensions comme la séparation de milieu habituelle et l'adaptation à un nouvel environnement ou encore l'exposition aux soins et à la maladie peuvent laisser d'éventuelles traces telles qu'une sensibilité à l'angoisse de séparation voire l'abandon, à l'angoisse de castration voire d'anéantissement.

L'hospitalisation constitue donc un moment de crise pour l'enfant et sa famille qui comporte des risques multiples.

Chapitre II

L'anxiété

préopératoire

Section 1 : L'anxiété**Préambule**

L'anxiété fait partie intégrante de la vie quotidienne, elle est considérée comme néfaste et nuisible mais aussi une force essentielle à la survie qui pousse à l'action. Elle est considérée comme la réaction émotionnelle subjective à un facteur de stress.

Les termes « stress », « peur » et « anxiété » sont des troubles pouvant affecter toutes les catégories d'âge, Mais notre travail portera sur l'anxiété dont souffrent les enfants avant de rentrer au bloc opératoire.

Dans cette section, nous allons présenter un cadre conceptuel de l'anxiété qui se focalise sur les définitions de certains concepts et leurs contextes théoriques en rapport avec notre thème de recherche, et ce, afin de mieux cerner notre sujet d'investigation.

Aperçu historique

L'utilisation des termes relatifs à l'anxiété remonte à la Bible sous le terme pachadh, désignant un sentiment anormal de crainte. Il était question de le distinguer de la pieuse "peur de Dieu" du véritable croyant. Beaucoup d'essais, de modèles ont tenté de définir, d'expliquer l'anxiété. Elle a été alternativement un état, un trait de personnalité, un stimulus, une réponse, un moteur.

Son histoire est parsemée d'évolutions, de changements, de révolutions et il est difficile d'en faire une chronologie claire. La Grèce classique est la période durant laquelle le concept d'anxiété a vu le jour. Quelques siècles plus tard, Cicéron a fait la distinction entre les notions *anxietas* (une prédisposition constante) et *angor* (une réponse émotionnelle temporaire). Par la suite, l'anxiété a été considérée comme un trouble de l'esprit, un état de malaise général.

C'est au XVIIème siècle que le terme prend un sens plus précis, défini comme un ensemble de sentiments de crainte et de symptômes physiques comme les contractions de poitrine. A cette époque, certaines personnalités sont perçues comme plus enclines : ce sont notamment les tempéraments mélancoliques et les femmes.

Des cas d'anxiété sont rapportés sous le terme "hysteria" venant du mot grec "uterus", qui renvoie au fait que les femmes seraient plus concernées par ces états. Les causes de cette expérience anxieuse s'expliquent dès lors par des dysfonctions nerveuses, des déséquilibres corporels et constitutionnels : l'anxiété est approchée sous un angle à la fois psychologique et physiopathologique.

Au XVIIIème siècle, les troubles du comportement qui accompagnent l'anxiété sont reconnus médicalement notamment l'hyperventilation qui devient un symptôme de pathologies pulmonaires, les palpitations celui de pathologies cardiaques ...

Le phénomène continue et au début du XIXème siècle, le processus de médicalisation des troubles anxieux est à son apogée notamment avec l'attention portée au système nerveux autonome.

Au milieu du XIXème siècle, les symptômes de l'anxiété trouvent leur place dans la nosologie médicale. Ils sont répertoriés dans des livres médicaux et des traitements spécifiques de ces symptômes physiques sont mis en place. Ils deviennent alors une partie intégrante des compétences de la psychiatrie.

En parallèle de la médicalisation des manifestations de l'anxiété, on assiste à leur "psychologisation". L'anxiété reconnue comme une pathologie mentale en psychiatrie est intégrée dans un modèle spécifique liant les formations de la psyché et des peurs irrationnelles. Cela rejoint la théorie psychanalytique de Freud dans laquelle les anxiétés d'un enfant de six ans et plus sont les expressions symboliques des peurs de la perte dans la plus jeune enfance.

Au début du XXème siècle, Freud a regroupé les symptômes de l'anxiété, qui étaient des maladies physiques indépendantes au sein d'une description clinique nommée «anxiety-neurosis ». Elle comprend trois formes d'anxiété : l'anxiété objective qui est acceptable, l'anxiété morale qui est un déséquilibre du "ça" et du "moi" et l'anxiété-névrose qui est un déséquilibre du "moi" et du "surmoi". Ces deux dernières entraînent inconsciemment des réponses de déni et de répression.

Cette maladie mentale a pour Freud un lien avec la perturbation de la fonction sexuelle et non pas avec une dysfonction cérébrale comme il en est fait état à cette époque. (Bodot, 2015, p. 21)

De nos jours, les troubles anxieux appartiennent à la psychiatrie au sein du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-IV. Leur approche est multidimensionnelle. On en compte différentes formes et les thérapies spécifiques à ces troubles sont en mouvance notamment avec les thérapies cognitivo-comportementale.

1. Définitions des concepts

Les termes inquiétude, peur, angoisse et anxiété sont souvent employés indifféremment dans le langage commun pour désigner le même concept général. C'est

pourquoi, il peut être intéressant de redéfinir ces différents termes, avant d'aborder plus spécifiquement les différents points de l'anxiété.

1.1. L'inquiétude

L'inquiétude et l'anxiété ne se séparent qu'au plan de l'intensité, beaucoup plus forte dans l'anxiété on devrait distinguer deux catégories d'inquiétude : l'une qui sait sa motivation, l'autre qui est l'inquiétude en générale, dont les poètes et les philosophes ont fait vertu ou une inspiration première et qui d'ailleurs puise souvent dans un fond d'anxiété personnelle.(LEGALL, 1995, p. 4).

1.2. Angoisse

Est une extrême inquiétude, peur irrationnelle. L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent, cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparable à celle que l'on observe dans le choc émotionnel ; palpitation, sueurs, tremblement, vision brouillé. (Sillamy, 2003)

Selon Freud, l'angoisse a été décrit comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé, venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive. (Le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 2011, P.58).

1.3. Peur

Emotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace. C'est un phénomène psychologique et physique qui accompagne la prise de conscience d'un danger. Ce danger est plus au moins pu être présent et visible il peut être suggéré par certains indices il peut être imaginé ou représente dans l'esprit. La peur phénomène douloureux et actif est plus souvent conscient amenant des réactions motrices et physiologique ainsi une stratégie de réponses plus au moins adaptée fuite, combat, immobilité, dissimulation. (Coulon-strumeyer, et Debray, 1998, PP.38-40)

Selon le dictionnaire de la psychologie, la peur « *est une émotion provoquée par la prise en conscience d'un danger. La peur est une réaction affective normal de l'organisme exposé à une menace réel. On la différencie de l'angoisse qui est une peur irrationnelle sans objet et de l'anxiété qui ne comporte pas de manifestation d'ordre végétatif* » (Sillamy, 2003, P.894)

1.4. Anxiété

Elle a été défini comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée

vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (Graziani, 2003, p.12).

En psychologie c'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chroniques. En psychiatrie c'est un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagnée de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance. (Le petit Larousse illustré en couleurs, 2007, p. 53).

2. Distinctions

Afin d'éviter les malentendus et les incompréhensions, certains termes nécessitent une clarification entre « angoisse » et « peur » par rapport à l'anxiété qui est décrite comme suite :

2.2. Distinction entre anxiété et peur

L'anxiété est considérée comme étant distincte des émotions telles que la peur et la panique, lesquelles sont fonctionnellement associées à la confrontation présente et immédiate avec le danger, et non simplement à la détection, à l'anticipation et à la préparation du danger.

A l'inverse de l'anxiété, la peur est conçue comme une activité caractérisée par une augmentation de l'arousal du système autonome et associée à une tendance de fuite, d'évitement actif ou d'agression défensive. (Graziani, 2003, p. 13).

2.2. Distinction entre anxiété et angoisse

La psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux termes, l'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'opposition physique.

Pour Littré (1863), l'angoisse est définie par une sensation de constriction dans la région épigastrique, avec une difficulté à respirer et une grande tristesse. L'anxiété est, quant à elle, une angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordiale.

Pour Brissaud (1890), l'angoisse est une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les réactions anxieuses qui peuvent s'y ajouter n'étant que contingentes. L'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par sentiment d'insécurité indéfinissable. (Dominique, 2012, p.02).

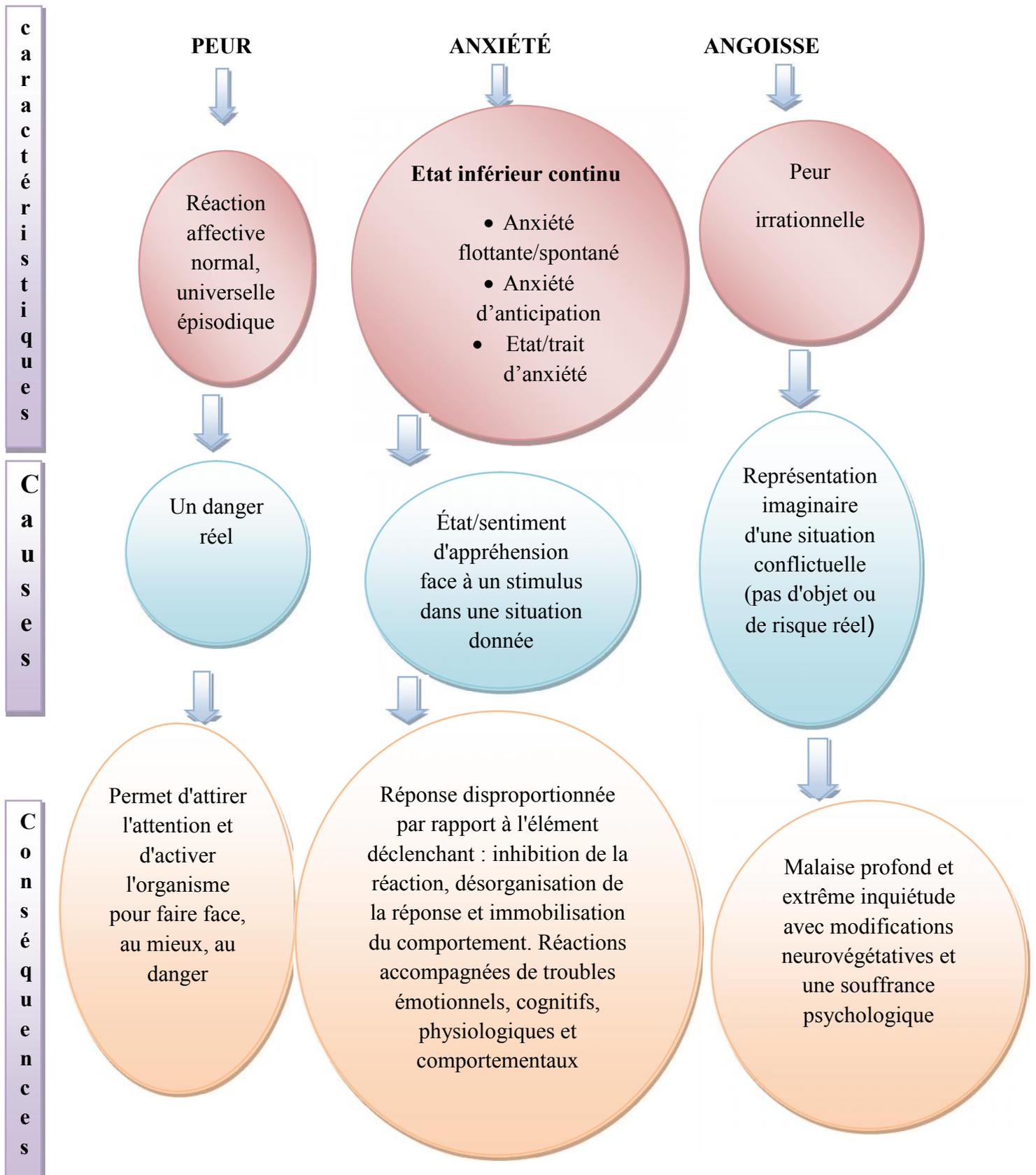


Figure 3 : schéma récapitulatif de distinction entre l'anxiété, peur et angoisse.

3. Les formes d'anxiété

Selon Spielberger, il existe deux formes d'anxiété qui sont l'état d'anxiété et le trait d'anxiété.

3.1. L'anxiété état

C'est une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Elle est associée à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome, Son intensité et sa durée varient en fonction de l'interprétation de l'événement.

Définit comme un ensemble de cognition et d'affecte momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, associés à l'activation de divers systèmes psychophysiologique (système nerveux autonome et système sympathique). (Bruchon, Quintard, 2001, p. 283)

Selon le dictionnaire de la psychologie définit l'anxiété état de la manière suivante : « la notion d'état émotionnel », comme son nom l'indique il correspond à un état passager, qui peut survenir chez tout individu.(Le grand de dictionnaire de la psychologie Larousse, 2011, p. 70).

3.2. L'anxiété trait

L'anxiété trait est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément, la tendance à répondre par la peur à des stimulus stressants. (Graziani, 2003, p. 12)

Est une dimension de la personnalité qui se réfère à des différences inter individuelle stables dans la propension à l'anxiété, c'est-à-dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuse ou menaçantes et à répondre par une élévation de l'intensité des réaction d'anxiété état. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 284)

Est une caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons qui sont les suivantes :

La prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour d'autres individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogènes du tout et la prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. Un niveau élevé d'anxiété trait est réputé avoir un caractère pathologique.(Le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, 2011, p. 70).

4. Symptomatologie anxieuse

L'anxiété peut avoir des manifestations différentes et variées selon la situation ou l'individu même. Certains sujets ne traduisent pas de façon externe leur anxiété, alors que dans d'autres cas, des perturbations voire des inhibitions du comportement surviennent accompagnées d'augmentation de la fréquence cardiaque ou de la transpiration.

En effet, l'évaluation cognitive propre que fait l'individu de l'interaction entre lui et son environnement va conditionner et déterminer les réactions et réponses qu'il va mettre en place face à un stimulus extérieur.

Les troubles anxieux se traduisent par une intensité et une durée supérieures qui ne se terminent pas à la disparition de la cause par rapport à l'angoisse non pathologique. En accord avec la théorie des trois dimensions des troubles anxieux, on retrouve une symptomatologie anxieuse à trois niveaux.

La symptomatologie des troubles anxieux :

- **Psychophysiologique** : L'anxiété se présente généralement comme une sensation subjective de malaise et de tension interne qui traduisent une expérience émotionnelle désagréable. L'individu est sujet à des pensées de crainte essentiellement vis à vis de l'avenir. Il peut être soumis à une expérience de dépersonnalisation (sensation de perdre son identité) ou de déréalisation (modification du lien avec l'environnement habituel). On retrouve de l'appréhension, de l'impatience, de la tension, de l'irritabilité.

- **Cognitive** : Au-delà d'un certain seuil d'anxiété, les pensées de l'individu sont inhibées et les fonctions cognitives perturbées, il en résulte une perte de la qualité des compétences intellectuelles. Cependant, le lien entre la modification des capacités intellectuelles et l'anxiété est paradoxal. Un trouble anxieux avec son anxiété pathologique excessive inhibe les qualités intellectuelles de son sujet en même temps qu'une intensité anxieuse insuffisante ne mobilise que trop peu ses capacités cognitives. Ainsi, la courbe des performances intellectuelles par rapport à l'anxiété serait en « u inversé », une anxiété positive et modérée serait nécessaire pour motiver l'individu à l'action.

- **Motrice comportementale** : Les mimiques et le comportement d'un individu atteint de trouble anxieux sont souvent évocateurs. La stupeur psychomotrice (maladresse, pas de réaction, attitude figée) est perceptible malgré les tentatives de détournement du sujet via des attitudes d'agitation voire d'agressivité dites compensatrices et réflexes. (Besançon, 1993, p. 243)

De plus, la symptomatologie anxieuse, de par ses dimensions psychophysiologiques, cognitives et comportementales, est diagnostiquée à l'aide des symptômes somatiques qui constituent le motif de consultation des patients atteints de troubles anxieux.

Ces symptômes somatiques se retrouvent à différents niveaux de l'organisme et, malgré leur grande variété, il est possible d'en décrire les grandes lignes.

On retrouve une certaine constance de ces manifestations aux niveaux :

- **Cardiovasculaire** : tachycardie, augmentation de la tension artérielle, douleur précordiales diffuses ;

- **Respiratoire** : dyspnée, étouffement, pesanteur thoracique, sensation de souffle coupé, hyperventilation (il y a une échelle dans les symptômes en fonction de l'intensité anxieuse) ;

- **Digestif** : difficultés à la déglutition et à l'alimentation, nausées, douleurs épigastriques et abdominales, diarrhées ;

- **Neurologique et musculaire** : sensation vertigineuse, céphalées, bourdonnements, tensions musculaires, paresthésies, hyper-vigilance, fatigue, difficultés de concentration et de mémoire ;

- **Autres** : insomnies notamment difficultés à l'endormissement, polyurie, sueurs, hyperthermie.

Si la symptomatologie évolue sur un mode chronique, elle présente ces symptômes neurovégétatifs ainsi qu'un état d'hyper vigilance et d'hyper stabilité, des pensées négatives récurrentes et un trouble fréquent du sommeil. (Hardy-Baylé, 2003, p. 324)

Ces symptômes sont la conséquence d'un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome.

5. L'anxiété de la normale au pathologique

L'anxiété n'est pas pathologique en soi, elle s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologique, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et préparer les comportements de défense.

L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluations, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation.

L'anxiété est donc un facteur d'adaptations permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance.

A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. (Dominique, 2012, p. 4-5)

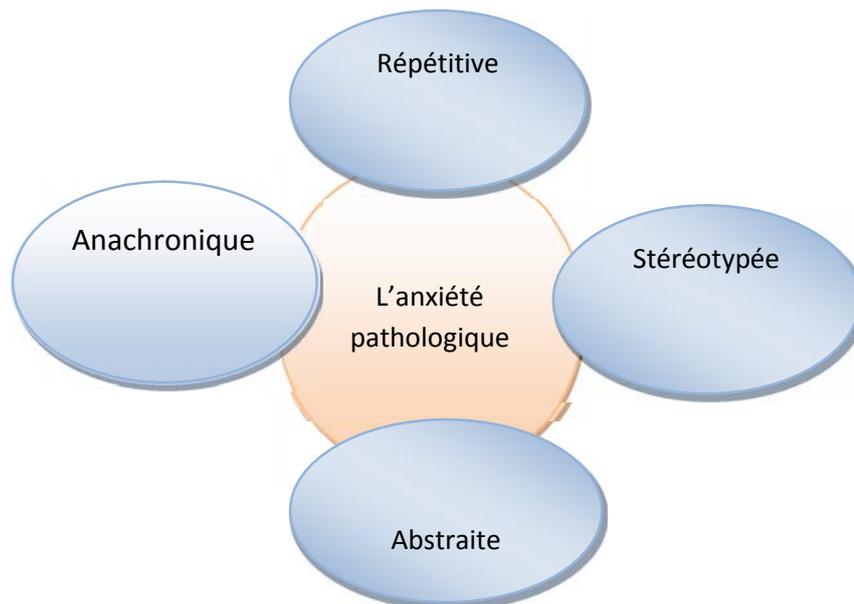


Figure 4 : les caractéristiques de l'anxiété pathologique

6. Les types de l'anxiété selon le DSM IV

Il représente plusieurs troubles, on distingue :

6.1. Une attaque de panique

Est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminent. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensation d'étranglement ou des impression d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

6.2. L'agoraphobie

Est une anxiété liée à, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

6.3. Le trouble panique sans agoraphobie

Est caractérisée par des attaques de panique récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante.

6.4. Le trouble panique avec agoraphobie

Est caractérisée à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie.

6.5. L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

Est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédent d'attaques de panique inattendues.

6.6. La phobie sociale

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

6.7. La phobie spécifique

Est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutée, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

6.8. Le trouble obsessionnel compulsif

Est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (qui servent à neutraliser l'anxiété).

6.9. L'état des stress post-traumatique

Est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné des symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

6.10. L'état des stress aigu

Il est caractérisé par des symptômes similaires à l'état de stress post-traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

6.11. L'anxiété généralisée (trouble)

Est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et des soucis ayant une persistants et excessifs. Bien que les sujets ayant une anxiété généralisée ne puissent pas toujours identifier les soucis comme « excessifs », ils font état d'une souffrance subjective due à une préoccupation constante.

6.12. Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

6.13. Le trouble anxieux induit par une substance

Est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.

6.14. Le trouble anxieux non spécifique

Cette catégorie comprend des troubles caractérisés par une anxiété ou un événement phobique prononcés qui ne remplissent pas les critères d'un trouble anxieux spécifique, d'un trouble de l'adaptation avec anxiété ou d'un trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive. (MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLEMENTAUX, 2005, pp. 462-52).

Tableau 2 : les définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V)

DSM V	CIM 10
Le trouble d'anxiété générale	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires)	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
le trouble panique avec ou sans agoraphobie	
Il associe les critères suivants: Attaques de panique récurrentes et inattendues Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants: Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique préoccupations à propos des implications possible de l'attaque ou bien de ses conséquences par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, devenir fou et changement de comportement important en relation avec les attaques.	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaque de panique) ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
le trouble d'anxiété sociale phobie sociale	

<p>Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec les gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir ou de montrer des symptômes anxieux de façon embarrassante ou humiliante.</p>	<p>Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.</p>
<p>la phobie spécifique</p>	
<p>Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifiques par exemple : prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection et voir du sang. Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial social ou professionnel tels que l'ascenseur, conduite automobile, animaux, transport, sang et blessures piquées etc.</p>	<p>Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins, le sang ou les blessures, bien que limitée la situation phobogène peut déclencher quand le sujet y est exposé à une situation de panique comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.</p>

7. L'approche neuropsychologique

L'approche neuropsychologique des troubles anxieux s'est focalisée essentiellement sur les fonctions cognitives qui sont l'attention et la mémoire. L'anxiété pathologique affecterait les fonctions cognitives en augmentant la mobilisation des capacités notamment attentionnelles du sujet sans augmenter la qualité de la réponse.

De plus, elle susciterait l'action du système attentionnel focalisé vers le stimulus de menace. En augmentant l'activation de ce processus attentionnel dit ascendant, l'anxiété déséquilibrerait le rapport dans le sens de celui-ci par rapport au système de contrôle attentionnel dirigé vers le but. Ce dernier appelé système descendant met en jeu le cortex préfrontal qui lors de troubles anxieux serait hypo-activé tandis que le système ascendant via l'amygdale serait hyper activé. Il y aurait donc un déséquilibre de l'axe amygdalo préfrontal.

Ces structures cérébrales qui sont l'amygdale et le thalamus sont des structures neurologiques primitives. La mise en jeu d'une voie courte impliquant le thalamus, l'amygdale et court-circuitant le cortex préfrontal a un rôle dans l'apprentissage des réponses anxieuses dans le cadre de situations de menace imminente et d'atteinte à la survie. En parallèle, une voie longue agissant au niveau des aires préfrontales du néocortex met en jeu des processus cognitifs plus complexes et plus lents.

Le cortex préfrontal a un rôle modulateur envers le système amygdalien. Une perturbation des systèmes de ces deux structures se retrouve spécifiquement dans les troubles anxieux chez l'enfant.

Ce déséquilibre a pour conséquence un état d'hyper vigilance anxieuse, un trouble des capacités cognitives d'interprétation, d'attention et de mémoire vis à vis du stimulus à mesure que sont répétées les expositions à cette situation source anxiogène.

Quant à la mémoire, face à un danger, les informations sont stockées et ultérieurement, il y aurait une « meilleure reconnaissance des informations anxiogènes ». En effet, les informations relatives à cette anxiété excessive sont relayées par le système de la mémoire à long terme. Le patient devient de plus en plus enclin à ressentir les événements menaçants et l'activation de l'anxiété devient automatique et plus fréquente.

Par la suite, les troubles anxieux amorcent la stimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. Il en résulte une augmentation de la sécrétion des catécholamines (adrénaline et noradrénaline). L'activation du système nerveux autonome sympathique a pour effet l'augmentation des concentrations de cortisol. Il en résulte une hyperventilation et une hypocapnie secondaire amenant un état d'hyper-vigilance et d'activation des fonctions cognitives et adaptatives. (Bodot, 2015, p. 37)

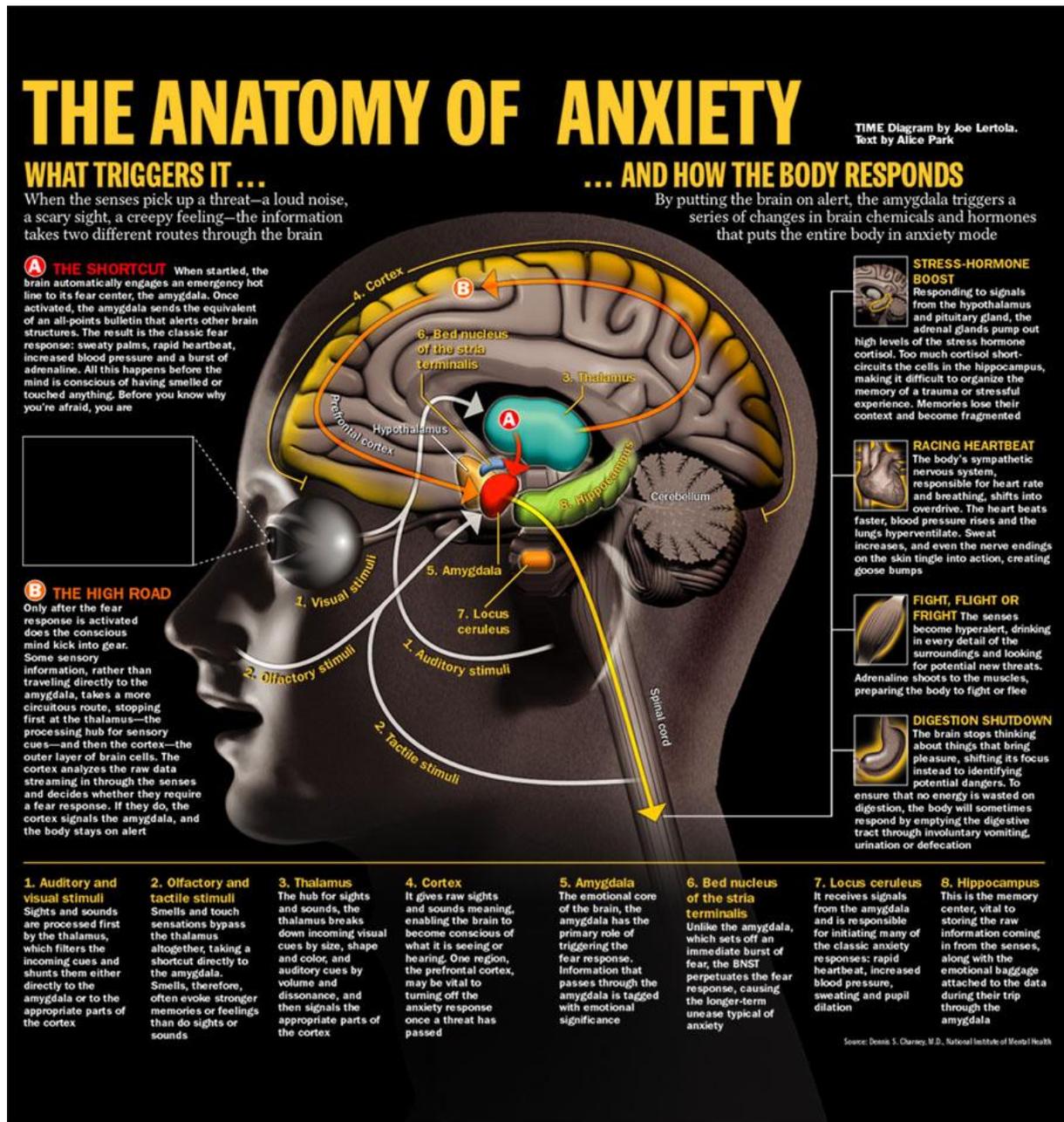


Figure 5 : Anatomie de l'anxiété

8. Les modèles théorique d'anxiété

8.1. Théorie comportemental

D'après les théories comportementales, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue, déclenchée face à certain stimuli environnementaux accaparants une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser des situations comparables mais de moins en moins précises, généralisant les craintes et multipliant les expériences douloureuses. Dans certains cas, un individu peut même s'avérer capable d'apprendre par imitation une réponse émotionnelle observée chez des proches exposés à des situations pathogènes. (Debry, Grager, et al, 2010, p.162)

8.2. Théorie cognitive

Au cours de ces dernières années, les théories comportementales se sont enrichies d'une approche cognitive permettant une meilleure conceptualisation du modèle traditionnel de l'apprentissage évoqué dans l'anxiété. Celle-ci fait référence à l'existence des schémas de pensée dysfonctionnels, dont l'acquisition et de renforcement au gré des expériences procureraient une représentation particulièrement péjorative des circonstances vécues comme menaçante.

L'apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraîne un cercle vicieux qui, par moments, peut culminer en un état de panique incoercible. (LE NAOU Ronan, 2007, p. 777)

8.3. Théorie psychanalytique

Freud, a élaboré deux théories de l'angoisse :

La première théorie(1895) est une théorie économique. Dont l'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du sur moi). Soit par insatisfaction (privation, frustration).

La deuxième théorie(1926) définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit.

Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, par contre dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement.

Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer La planche.

Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions

J.BOWLBYa montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère. Il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir, détachement. Ultérieurement à M. KLEIN a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de BOWLBY, la crise anxieuse correspondant à une de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente. (Palazzolo, 2007, pp. 64-65).

9. Traitement et prise en charge

9.1. Traitement médicamenteux

➤ Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont un groupe de médicament fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles se fixent sélectivement sur les récepteur GABA au niveau d'un site de liaison qui leur est propre. Ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibiteur. Elles ont un effet sédatif, myorelaxant, anticonvulsivant. Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. Les crises d'anxiété aiguë peuvent justifier une benzodiazépine par voie injectable.

➤ L'hydroxyzine (Atarax)

Indiquer dans le traitement de l'anxiété, il agit sur les récepteurs histaminergique H1. Parfois utilisée en prémédication sédatrice (anesthésie). Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet déprimeur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utile en cas d'anxiété patente.

➤ La buspirone (Busper)

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2à4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré. (Palazzolo, 2007, pp. 71-73)

➤ Les Etifoxine (Stresam)

L'etifoxine est indiqués dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardiovasculaire(tachycardie). Elle l'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. (Palazzolo, 2007, p.73)

➤ Les carbamates

Les carbamates ont 03 propriétés ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants. Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatrice (anesthésie) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes. Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et

du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique. Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique. Indésirables sont une prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche et une atteinte des fonctions sexuelles. (Palazzolo, 2007, p. 74).

➤ **Les antidépresseurs tricycliques**

Bien que ces médicaments aient été d'abord utilisés pour le traitement de dépression, certains sont aussi efficaces dans le traitement des attaques de panique. La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire également les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC. Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet. Malheureusement, ils comportent de nombreux effets secondaires, ce qui explique qu'aujourd'hui ils sont de moins prescrit. (Palazzolo, 2007, pp. 73-74)

9.2. Prise en charge thérapeutique

➤ **La relaxation**

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété. (Palazzolo, 2007, p.67)

Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisée. Ces effets sont les suivantes :

- Diminution de rythme respiratoire.
- Diminution du rythme cardiaque.
- Diminution de la pression artérielle.
- Diminution du flux sanguin vers les muscles.
- Diminution des vaisseaux sanguins périphérique.
- Diminution de la transpiration.
- Augmentation de la l'élimination salivaire.
- Stabilisation de la motilité gastrique.
- Détente des sphincters rectal et vésical.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration, tonus musculaire diminué.

➤ **La thérapie cognitivo comportementale**

Elle consiste à mettre en évidence les pensées automatiques dysfonctionnelles traduisant des croyances erronées et à les modifier par des pensées et des postulats plus adaptés. Elle s'applique à tous les troubles anxieux. (Dominique, 2012, p.34).

Il existe dans l'anxiété une composante comportementale décrite comme une réponse de fuite (évitement) ou de combat en fonction des individus. Les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et on entraînement à l'affirmation de soi. L'entraînement à l'affirmation de soi utilise des techniques dans le but de faire acquérir au sujet un comportement affirmé qui, s'oppose aux comportements passifs, agressifs et inadéquats. (Palazzolo, 2007, p. 70).

➤ **La thérapie psychanalytique**

Les approches psychanalystes arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psycho dynamique focalisée sur le trouble de panique.

Pour déterminer la manière d'aborder le travail psychothérapique, pour définir ses objectifs ou pour évaluer les résultats du traitement. Les psychanalystes se focalisent plus volontiers sur la conflictualité intrapsychique, les mécanismes de défense ou la levée du refoulement. Ainsi qu'une description de la manière de prendre en compte ces facteurs dans une psychothérapie psychanalytique.

Le transfert est en particulier considéré comme un outil central de compréhension et d'action thérapeutique. Les différentes étapes de la DFPP sont décrites en trois phases :

La première centrée, sur la symptomatologie panique, vise à mettre en évidence la signification inconsciente des symptômes, au moyen d'une investigation du contexte dans lequel les symptômes sont apparus et des sentiments qui prévalent à ce moment, d'une recherche de la signification personnelle donnée aux symptômes, et enfin d'une exploration des sentiments et du contenu des épisodes d'attaque de panique à proprement dit. Le

thérapeute peut alors progressivement formuler à son client diverses interprétations des conflits sous-tendant l'apparition du trouble.

La seconde phase du traitement vise à diminuer la vulnérabilité du sujet à la récurrence des attaques de panique. Le thérapeute approfondit avec son client l'exploration des conflits à même de déclencher une attaque de panique, à mesure qu'ils se réactualisent dans le transfert.

La dernière partie est réservée à une élaboration de la séparation, thématique conflictuelle centrale chez ces sujets. La limitation temporelle du traitement permet un travail fécond de cette thématique.

Quelques objectifs et écueils des débuts de prise en charge sont abordés, comme par exemple le développement de l'alliance thérapeutique, la motivation et la capacité du patient à s'engager dans un processus psycho dynamique, ou la résistance au traitement liée à l'humiliation de présenter des symptômes incontrôlables, les mécanismes de défense les plus souvent à l'œuvre du tableau symptomatique comme (la formation réactionnelle, l'annulation rétroactive, la somatisation et l'externalisation). L'élaboration de ces phénomènes transférentiels, qui peuvent s'accompagner de manifestations anxieuses paroxystiques, permet au sujet de mieux comprendre ses fantasmes et ses conflits, de les relier à ses symptômes, ce qui a des effets thérapeutiques et diminue la vulnérabilité à la rechute. (Thierry, et coll. 2004)

Synthèse

Dans ce chapitre, l'anxiété constitue un état psychologique particulièrement utile à l'adaptation et la survie de tout individu, en revanche, les troubles anxieux constituent des formes pathologiques altérant la qualité de vie de chaque être humain. Pour cela une prise en charge doit se faire immédiatement, plusieurs techniques sont à la portée du patient. Soit par le biais des médicaments et ou par la prise en charge non médicamenteuse telle que la relaxation, les thérapies cognitives...etc.

Section 2 : l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile

Préambule

L'éventualité d'une intervention chirurgicale suscite différentes réactions qui dépendent notamment de la nature des motifs médicaux, de l'âge et de l'expérience chirurgicale et anesthésique préalable. Le concept d'anxiété préopératoire désigne une forme de malaise physique et psychologique dont les manifestations et l'intensité sont variables, et qui peut avoir un impact important sur les suites médicales et psychologiques de l'intervention.

Dans cette deuxième section nous allons présenter la spécificité psychopathologique de l'anxiété préopératoire, ses manifestations cliniques ainsi que ses moyens d'évaluation et de prévention.

1. Définition de l'anxiété préopératoire

L'anxiété préopératoire est un état d'angoisse provoquant des réactions physiques et psychologiques que le patient peut ressentir lors d'une intervention chirurgicale.

Selon Reppelin Danièle « *l'anxiété préopératoire est une réaction normale, une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement* ». (Reppelin, 1980, p. 37)

L'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique dont l'apparition est consécutive à la possibilité d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à cette situation potentiellement anxiogène. Il a été établi que des niveaux importants d'anxiété préopératoire augmentent le risque de complications postopératoires, ainsi que la survenue de troubles émotionnels et comportementaux » (Amouroux, 2012, p.1)

2. Spécificités psychopathologiques de l'anxiété préopératoire

Il n'est pas aisé de situer précisément l'anxiété préopératoire au niveau psychopathologique, et de la rattacher à une entité nosographique. Si elle est d'intensité faible ou modérée, elle est une réaction adaptée à une situation anxiogène. Lorsqu'elle est massive, elle peut remplir les critères d'une attaque de panique. Chez l'enfant, une expérience chirurgicale précoce négative peut aussi favoriser le développement d'une angoisse de séparation. Si les symptômes perdurent, cela peut mener à l'installation d'une phobie spécifique comme la phobie des soins. Enfin, dans des cas extrêmes et rares, une mauvaise expérience de ce type peut être à l'origine d'un état de stress aigu, voire d'un état de stress post-traumatique. Au-delà de ces aspects nosographiques, il est important de retenir que l'anxiété préopératoire n'est pas une catégorie diagnostique. Il s'agit plutôt d'un type d'anxiété spécifique au milieu hospitalier et à l'expérience chirurgicale. C'est cependant différent d'une peur ou d'une phobie de l'anesthésie et/ou de la chirurgie. L'enfant, comme l'adulte, lorsqu'il est confronté à l'expérience de l'hospitalisation dans le cadre d'une intervention chirurgicale, est brusquement plongé dans un monde qu'il ne connaît pas et dont il ne maîtrise pas les règles. C'est cette confrontation à la situation préopératoire qui induit un état d'angoisse. Il ne s'agit donc pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques, mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur

différents aspects de l'hospitalisation. Dans cette perspective, l'anxiété préopératoire pourrait être la conséquence d'un débordement de la capacité d'adaptation face au stress généré par une intervention chirurgicale. Certaines attitudes et certains modes de raisonnements, comme le catastrophisme (tendance à la rumination, la résignation, et à la généralisation), pourraient majorer l'apparition de troubles émotionnels et comportementaux. (Amouroux, Rousseau-Salvador, Annequin, 2009, pp. 2-3)

3. La clinique de l'anxiété préopératoire chez l'enfant

Lors d'une hospitalisation, l'enfant est subitement confronté à une situation extraordinaire et inquiétante où la plupart de ses repères sont bousculés.

Des psychologues et des psychanalystes pionniers de ce domaine, comme Anna Freud et Thési Bergman, ont ainsi souligné que toute intervention chirurgicale annoncée à l'avance à l'adulte ou à l'enfant peut susciter chez le malade l'attente justifiée et consciente de la douleur, de malaises, de pertes et souvent de mutilations. Joyce Robertson a par ailleurs décrit au jour le jour les modifications subtiles du comportement qu'elle observe chez son enfant de quatre ans avant qu'il ne subisse une amygdaléctomie.

La spécificité de l'expérience de l'hospitalisation chez l'enfant tiendrait au fait que sa maturité affective étant incomplète, il est confronté à une situation étrange dont il ne comprend pas les règles de fonctionnement. L'hospitalisation et la chirurgie comportent en effet beaucoup de mauvaises surprises potentielles : l'enfant est séparé de ses proches, il va devoir se déshabiller devant des étrangers, il risque d'avoir mal, et il gardera souvent des cicatrices, qu'elles soient morales ou physiques. Dans le cas de nombreuses interventions chirurgicales de routine (végétations, pose d'aérateurs trans-tympaniques, ou encore amygdaléctomie), l'enfant sort de l'hôpital dans un état qui peut lui sembler bien pire que celui dans lequel il était à son arrivée. On peut aisément comprendre qu'il se méfiera la prochaine fois qu'il sera confronté à des blouses blanches qui lui assurent qu'elles vont le « soigner ». C'est en effet la pensée magique plus que l'évaluation rationnelle des faits qui prédomine chez le jeune enfant. Cela implique notamment qu'en l'absence d'explication satisfaisante, l'enfant interprète les faits de façon erronée. Les maladies peuvent ainsi parfois être comprises comme des punitions qui viennent sanctionner un « mauvais » comportement ou une « mauvaise » pensée.

Mc Graw a proposé une interprétation développementale des facteurs psychologiques prédisposant à l'anxiété dans un contexte chirurgical. Selon lui, le nouveau-né pourrait dans la majorité des cas être rassuré par l'équipe soignante, et ne ressentirait généralement pas

difficilement la séparation avec les parents. À l'inverse, d'un an à trois ans, la prénatalité des liens entre l'enfant et ses parents impliquerait un risque important de développement d'une anxiété de séparation. Les enfants sont alors généralement trop jeunes pour bénéficier d'explications, mais répondent bien à la distraction et à la réassurance. De quatre à six ans, les enfants veulent plus d'explications. Ceux de sept à douze ans veulent être impliqués dans les prises de décisions les concernant. Il convient cependant de ne pas tout discuter lors d'une situation stressante, mais d'en parler en amont, et en dehors d'un contexte anxiogène. Enfin, les adolescents bénéficieront tout particulièrement du respect de leur intimité et de leur autonomie. Cette interprétation offre l'avantage de pointer l'importance de la prise en compte des capacités de communication de l'enfant. Elle doit cependant être pondérée, notamment pour le nouveau-né qui mérite lui aussi une attention particulière. (Amouroux, Rousseau-Salvador, Annequin, 2009, pp. 3-5)

4. Facteurs et causes de l'anxiété préopératoire chez les enfants

Chaque patient présente un niveau d'anxiété différent en fonction de son intervention, son vécu et sa personnalité. Il est donc nécessaire d'identifier les causes de l'anxiété afin d'adapter la prise en soin de la personne soignée de manière spécifique pour ne pas aggraver son état.

Les facteurs de risques identifiés comme pouvant augmenter le niveau d'anxiété chez les enfants sont les suivants:

Les enfants introvertis, timides et présentant des difficultés d'adaptation sociales. De même, les enfants ayant des parents anxieux, absents, célibataires ou divorcés et ceux rapportant avoir eu de mauvaises expériences à l'hôpital ou chez le médecin, sont plus à risque de développer une anxiété préopératoire. (Kain, Caldwell-Andrews, et Wang, 2002, p. 2). C'est pourquoi, avant une intervention chirurgicale, les infirmières devraient établir un recueil de données complet afin de cibler les enfants à risque et de leur apporter une attention particulière.

Lors d'une hospitalisation et quel que soit son âge, l'enfant est subitement confronté à une situation angoissante où pratiquement toutes ses marques et habitudes sont perturbées. (Amouroux et al., 2012, p.3).

L'enfant se retrouve dans un environnement étranger. Le matériel et les personnes qui l'entourent lui sont inconnus. Par conséquent, il peut ressentir un sentiment d'insécurité. (Demers, 2008, p. 13). De plus, il peut éprouver des peurs concrètes telles que

celle des aiguilles, celle d'être mutilé, celle de ne pas se réveiller à la fin de l'opération et enfin celle d'être séparé de ses parents (Morrison, 1991, cité dans Habre, 2002, p. 1).

Le bloc opératoire est lui-même un facteur d'anxiété, c'est un lieu mystérieux source de multiples représentations. Ainsi, dans les recherches sur l'anxiété préopératoire citent les facteurs d'anxiété propre au bloc opératoire suivant : l'acte chirurgical en lui-même, l'atteinte à l'intégrité, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit, la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention.

L'induction de l'anesthésie a été décrite comme étant le moment le plus anxiogène de l'hospitalisation pour l'enfant. De plus, il a été constaté que le niveau d'anxiété augmente lorsque l'enfant doit passer une nuit à l'hôpital. [Traduction libre] (Litke, Pikulska, et Wegner, 2012, p.166).

Etant donnée sa maturité affective encore inachevée, l'hospitalisation est pour lui une expérience très particulière. (Amouroux et al, 2012, p.3). C'est pourquoi, lors de la préparation à la chirurgie, il est indispensable, de la part des soignants, de prendre en compte le stade de développement de l'enfant afin d'adapter les interventions à son âge.

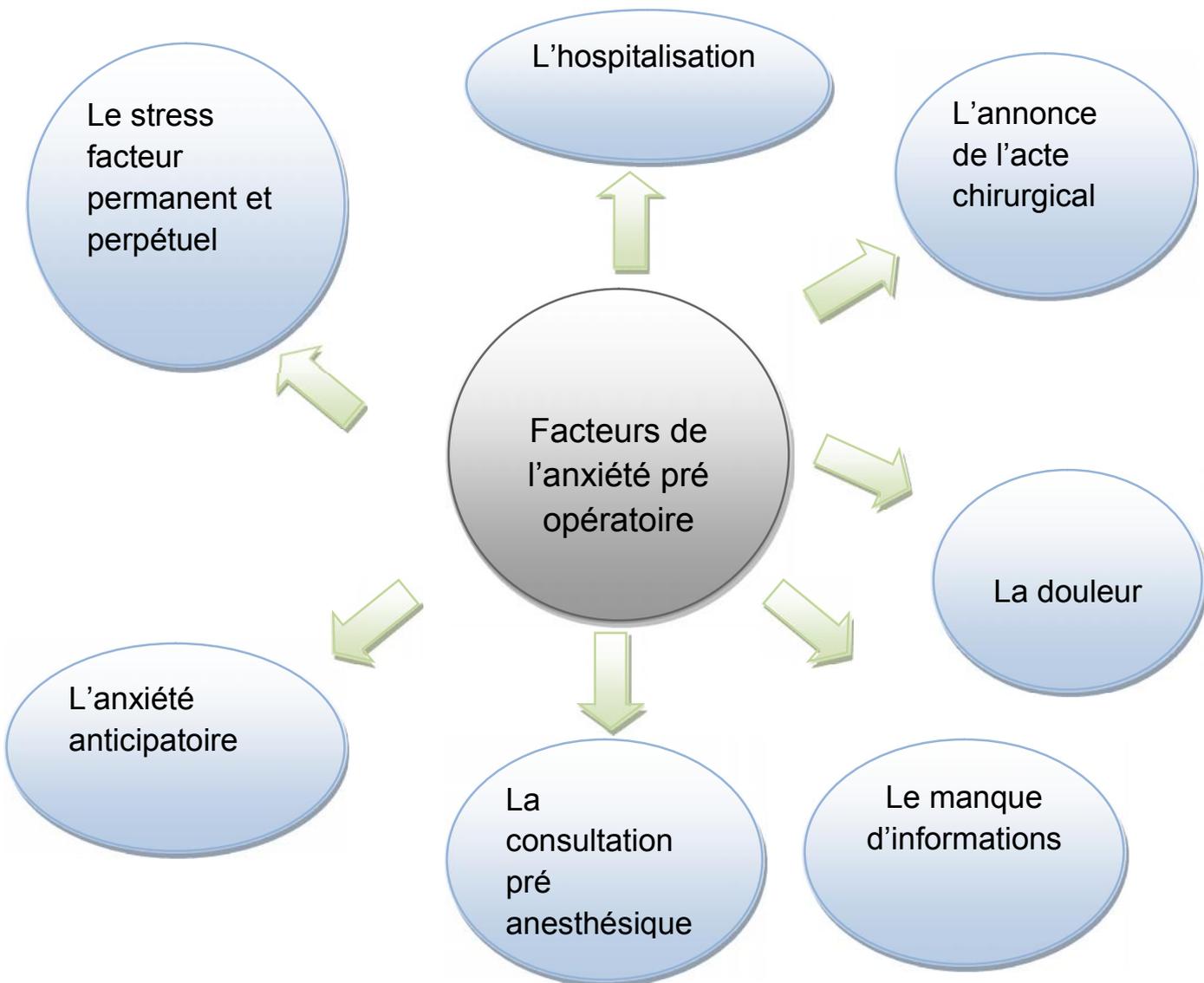


Figure 6 :facteurs de l'anxiété préopératoire

5. Les conséquences de l'anxiété préopératoire chez l'enfant

Il a été démontré que l'anxiété préopératoire des enfants entraîne souvent des complications telles que les changements comportementaux. Ceux-ci peuvent se manifester par des inquiétudes, des craintes nocturnes, des comportements régressifs tels que l'énurésie, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil ou une angoisse de séparation(Thibault-Wanquet, 2008, p. 58).

Selon Kain et al, 60% des enfants présentent déjà des changements comportementaux deux semaines avant la chirurgie. Ceux-ci sont également observés deux semaines après l'intervention chez 54% des enfants. Parallèlement, pour 20% des enfants, ces comportements se poursuivent jusqu'à six mois après la chirurgie. Enfin, ils persistent jusqu'à une année

après la chirurgie chez 7,4% des enfants. [Traduction libre]. (1996, cité dans Litke et al, 2012, p. 166)

Lorsque l'anxiété préopératoire des enfants n'est pas traitée de manière efficace, d'autres complications peuvent survenir. Il peut s'agir d'une prolongation de l'induction de l'anesthésie, de douleurs postopératoires augmentées conduisant à l'administration de doses d'antalgiques plus élevées et à l'augmentation du risque de développer un état confusionnel en salle de réveil. [Traduction libre] (Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, et McClain, 2006, cité dans Litke et al, 2012, p.166). En outre, la réaction au stress entraîne une immunosuppression qui va accroître la sensibilité aux infections en postopératoire. [Traduction libre] (Astuto et al., 2006, p. 461).

6. Tests et échelles d'évaluation de l'anxiété préopératoire chez l'enfant

L'anxiété préopératoire est un phénomène fréquent. Elle se mesure par différents tests psychologiques et échelles d'évaluation afin de déterminer quelles manifestations cliniques en résultent, et surtout, comment il est possible de la diminuer.

6.1. Le score modified Yale Preoperative Anxiety Scale (m-YPAS)

Une échelle d'hétéro-évaluation a notamment été validée par l'équipe de Zeev N. Kain en 1997. C'est l'échelle d'hétéro-évaluation de l'anxiété préopératoire la plus connue et la plus utilisée. Le score est rempli au bloc opératoire par un opérateur indépendant en salle d'attente, au moment de l'installation de l'enfant sur la table d'opération puis au début de l'anesthésie au masque.

Cette échelle m-YPAS comprend 22 items répartis en 5 catégories : l'activité, le comportement verbal, l'expression, l'éveil, l'attitude avec les parents. Pour chaque catégorie, l'item correspondant au niveau de l'anxiété de l'enfant est noté. Le résultat maximal allant de 4 à 6, des quotients sont calculées puis additionnés afin d'obtenir un score allant de 23 à 100 chez l'enfant. Un score strictement supérieur à 24 correspond à la présence d'une anxiété chez l'enfant. La prise en charge de l'anxiété préopératoire est nécessaire car une anxiété significative est responsable d'effets indésirables tels que des douleurs postopératoires plus élevées et davantage de complications postopératoires

La validation de l'échelle m-YPAS a été réalisée en comparant cette échelle avec un gold standard de l'évaluation de l'anxiété pédiatrique l'échelle STAI-C (State-Trait Anxiety Inventory Children) pour les enfants de 5 à 12 ans. Cette échelle a été cotée par un psychologue et un anesthésiste. Les jeunes enfants ne peuvent communiquer verbalement du

fait de leur développement encore insuffisant au vue de l'âge, l'auto évaluation n'est pas adapté à une échelle d'anxiété incluant différentes classes d'âge. (Pourchet, 2017, p. 26)

6.2. L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) anxiété

L'EVA est une échelle facile, pratique et rapide à réaliser pour mesurer de façon subjective l'anxiété. Elle peut être utilisée en auto-évaluation ou par une mesure observationnelle d'un examinateur. Elle correspond en une ligne verticale ou horizontale possédant un adjectif de chaque côté indiquant les deux niveaux d'anxiété extrêmes opposés. Habituellement, elle consiste en une ligne graduée de 100 mm, qui a démontré peu d'erreur de mesure. Les enfants sont questionnés sur le point de la ligne qui correspond à la perception de leur anxiété.

Les différentes études ont montré une bonne corrélation test-retest avec 2 heures d'intervalle et une semaine. Cette échelle présente une bonne validité pour discriminer la mesure de l'anxiété de celle de la douleur. Ce qui suggère que les enfants sont en capacité de différencier l'anxiété de la douleur lorsqu'ils utilisent l'EVA. Il a été trouvé une bonne corrélation entre l'EVA anxiété et les autres échelles d'évaluation de l'anxiété ($r= 0.61-0.65$) avec notamment la STAIC.

L'EVA est également un instrument adapté pour évaluer le niveau d'anxiété avant une chirurgie. Une différence statistiquement significative a été montrée lors de l'utilisation de l'EVA pour discriminer l'anxiété de la dépression. L'EVA a une bonne validité, c'est un instrument de mesure, court, facile, et sensible pour évaluer des niveaux d'anxiété faible et suivre leur évolution dans le temps.

Cependant le fait que l'EVA soit composée d'un item unique peut présenter un inconvénient car la mesure de la fiabilité interne ne peut pas être réalisée. La présence d'un seul item ne donne pas une information claire sur l'aspect de l'anxiété qui va être mesuré. De plus les enfants en bas âges ont des difficultés de compréhension de l'EVA, pour qu'elle soit réalisée par l'enfant, il doit être capable de comprendre la notion d'espace, des nombres et de la distance représentée sur une ligne. Les termes utilisés aux deux extrêmes de la ligne de l'EVA sont difficiles à interpréter pour les enfants de moins de 6 ans. Actuellement l'anxiété des enfants était déterminée par l'évaluation subjective des soignants, il était alors important qu'ils puissent se baser sur leur système d'évaluation « habituel » qui serait matérialisé par une échelle qui s'apparente à l'échelle EVA anxiété mais sans norme prédéfinie. (Pourchet, 2017, p. 27)

6.3. Venham Picture test (VPT)

Le VPT a été développé pour les enfants de 2 à 5 ans, il consiste à l'utilisation de huit paires d'images (Venham et al, 1977). C'est une auto évaluation réalisée par l'enfant lors de situation anxiogène. Les enfants vont devoir à partir de cartes contenant des images d'expression faciale et corporelle opposées exprimer leur état d'anxiété actuel. Pour une paire d'images, l'une d'elle va représenter l'anxiété (elle sera notée avec un score à 1) et l'autre image l'absence d'anxiété (score à 0). Les huit paires d'images vont être présentées à l'enfant qui devra choisir l'image qui reflète au mieux son état émotionnel. L'échelle est notée de 0 à 8. Plus le score sera élevé plus, il correspondra à un niveau d'anxiété élevé. Cette échelle a été développée pour mesurer l'anxiété liée aux soins dentaires des jeunes enfants. Elle a également été utilisée en période périopératoire.

Les recherches ont montré une bonne fiabilité test-retest entre deux visites chez le dentiste ($r=0.7$) et une bonne validité interne (0.70-0.84). Il existe une bonne corrélation du VPT avec d'autres échelles mesurant l'anxiété et la détresse. Lorsque les enfants ont montré des images exprimant plutôt un comportement anxieux, c'est un bon facteur prédictif d'un niveau d'anxiété important en péri-opératoire.

Le score VPT est simple, rapide à utiliser et adapté aux enfants de 2 à 8 ans même si le langage verbal est pauvre. Il a été souligné dans certaines études que les images d'expressions faciales et corporelles ne représentaient pas toutes clairement l'anxiété, mais qu'elles pouvaient exprimer d'autres sentiments comme la tristesse et la colère. Toutes les images représentent des garçons, suggérant que les filles²⁹ peuvent ne pas se reconnaître dans les différents affects. L'échelle a été validée sur une petite taille d'échantillons et manque donc de données pour confirmer sa validité et sa reproductibilité.

Le score VPT ne contient pas de niveau discriminant une anxiété importante. La majorité des enfants évalués avec cette échelle ont présenté un score proche de 0, il n'y avait donc pas une bonne distribution des données. ²⁹ peuvent ne pas se reconnaître dans les différents affects. L'échelle a été validée sur une petite taille d'échantillons et manque donc de données pour confirmer sa validité et sa reproductibilité. Le score VPT ne contient pas de niveau discriminant une anxiété importante. La majorité des enfants évalués avec cette échelle ont présenté un score proche de 0, il n'y avait donc pas une bonne distribution des données. (Pourchet, 2017, p. 28)

6.4. State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)

L'échelle STAI-C est composée de 2 séries de 20 items, une première série nommée anxiété état et une deuxième nommée anxiété trait. L'échelle d'anxiété état représente l'état d'anxiété à un moment donné, alors que l'échelle d'anxiété trait décrit comment l'enfant se sent de manière générale. Pour chaque item un score de 1 à 3 est coté. Le score total de chaque échelle peut être noté de 20 à 60. Les niveaux les plus élevés d'anxiété sont représentés par les scores les plus hauts. Le seuil de 34 définit une anxiété pathologique.

L'échelle d'anxiété de Spielberger peut être utilisée à la fois comme instrument de dépistage (à l'école) pour détecter précocement des enfants présentant des troubles anxieux mais également comme instrument de recherche clinique. L'échelle anxiété trait est utilisée dans un but de quantification de l'anxiété. Elle donne un score de sévérité d'anxiété, mais ne permet pas de déterminer le type de troubles anxieux. Elle présente une bonne fiabilité interne (avec un Cronbach α entre 0.82 et 0.91).

L'échelle STAI-C a montré une bonne corrélation avec d'autres échelles de mesure de l'anxiété, comme l'EVA ($r=0.38$), et YPAS ($r=0.79$). L'échelle STAI-C est discriminante entre une situation stressante et une situation non stressante, entre une hospitalisation et le comportement dans une situation normale comme lorsque l'enfant est à l'école, ou entre l'anxiété avant puis après les procédures médicales. La STAI-C évalue significativement la réduction de l'anxiété de l'enfant au cours de la période d'hospitalisation. C'est un instrument qui peut être utilisé pour mesurer l'anxiété que ce soit dans une situation médicale ou non. Elle a été développée initialement pour des enfants de 9 à 12 ans, mais elle a largement été testée pour des enfants ayant entre 5 et 18 ans. (Pourchet, 2017, P. 29)

7. La prévention et la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant

L'anxiété préopératoire peut favoriser le développement de complications postopératoires diverses, ainsi que de troubles comportementaux et émotionnels. Pour contrecarrer ces méfaits, outre la consultation médicale de pré-anesthésie, des stratégies de prévention ont été élaborées chez l'enfant et l'adulte. En plus de l'approche pharmacologique (anxiolytiques et autres prémédications), il existe une multitude d'approches psychologiques (programme de préparation psychologique, hypnose, musicothérapie, « clown-thérapie », ...). Enfin, la présence des parents lors de l'induction anesthésique est une approche innovante à l'origine de controverses entre les professionnels.

Pour les enfants, de nombreuses préparations psychologiques existent et ils sont le sujet de plusieurs études. Nous allons présenter les différents programmes existants :

7.1. Hypnose

L'hypnose est utilisée lors de l'induction, elle vise à détourner l'attention de l'enfant du monde extérieur. L'enfant fait abstraction de la réalité environnante tout en restant lié au professionnel pratiquant l'hypnose. Le lien entre le patient et l'anesthésiste se crée dès la première consultation, celui-ci veut établir un sentiment de confort et de sécurité.

Le jour de l'intervention, l'anesthésiste souhaite faire retrouver à l'enfant le sentiment de confort éprouvé lors de la consultation ou bien recrée avec lui la réalité d'un vécu agréable ou d'une histoire adaptée à la situation. Lors de la phase de réveil, l'anesthésiste peut continuer son histoire afin de limiter l'angoisse liée à cette étape. Les résultats sont encourageants.(Marchi, 2016, P. 44)

7.2. L'acupuncture

L'acupuncture est une thérapie médicale d'origine asiatique, très liée à la tradition médicale chinoise, qui consiste à stimuler des points précis du corps à travers l'épiderme. Depuis des millénaires cette technique est utilisée en Asie et soulage de multiples douleurs. Ces effets n'étant pas à prouver en Asie, c'est en occident que des études se multiplient sur le sujet.

Cette technique devient une alternative à la prise d'anxiolytiques dans plusieurs tests pour diminuer l'anxiété pré opératoire chez les adultes mais aussi en pédiatrie. Wang et Kain en 2001 affirment que l'acupuncture est une méthode facile et rapide à mettre en place (moins d'une minute), peu chère, avec peu d'effets négatifs sur le patient.

Wang, Gaal, Maranets, Caldwell-Andrews, and Kain en 2005 créent une étude avec comme échantillon les parents des patients de pédiatrie. Désireux de démontrer un lien entre anxiété du parent et anxiété de l'enfant avec une opération, ils les assignent au hasard dans 2 groupes. Les sujets du premier groupe vont recevoir de l'acupuncture au point yingtang (entre les deux sourcils), les sujets du deuxième groupe seront piqués sur un faux point d'acupuncture.

Les parents du vrai point d'acupuncture se révèlent être moins anxieux 20 minutes après application sur le point d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Wang et coll. estiment que c'est une grande avancée et continuerons dans cette voie, avec des études sur la durée de l'effet apaisant de cette méthode et les effets sur les enfants.(Marchi, 2016, p.46)

7.3. L'acupressure

L'acupressure est une alternative thérapeutique proche de l'acupuncture. Alors que l'acupuncture stimule des points spécifiques avec une aiguille, l'acupressure stimule ces mêmes points par pression. Cette technique est aussi proche du massage asiatique appelé Shiatsu. Elle est très utilisée au Japon et en Chine mais aussi aux Etats-Unis et en Occident pour soulager la douleur, nausées. Très peu de recherches existent sur l'utilisation de cette pratique.

Des chercheurs de l'université de médecine de Yale ont cependant étudié l'effet de cette méthode sur l'anxiété préopératoire chez l'enfant. Cette étude, publiée dans « Anesthesiology Analogs », a montré que l'acupressure peut diminuer le niveau d'anxiété de l'enfant devant subir une procédure médicale invasive. L'étude regroupe 52 enfants âgés de 8 à 17 ans devant subir une coloscopie ou endoscopie sous anesthésie générale. Les enfants sont divisés en 2 groupes. Le premier groupe reçoit une pression sur un vrai point d'acupressure, le deuxième groupe est un groupe contrôle recevant un faux traitement d'acupressure. L'évaluation de l'anxiété des patients est mesurée avant toutes interventions médicales puis 30 minutes après le traitement d'acupressure. Dans le groupe numéro 1 on remarque une diminution de l'anxiété de 9%, dans le groupe numéro 2 on remarque une augmentation de l'anxiété de 2%. La quantité d'anesthésique nécessaire pour chaque enfant a aussi été évaluée mais il n'y a pas de différence entre les 2 groupes. (Marchi, 2016, P.47)

Cette méthode est une technique peu chère, très facile à mettre en œuvre. Des formations existent. L'étude présentée est de petite taille, il serait utile d'en réaliser d'autres afin d'avoir un recul sur l'efficacité de cette méthode pour diminuer l'anxiété de l'enfant en pré opératoire.

7.4. La musicothérapie

L'Association Canadienne pour la Thérapie Musicale (2006) et l'Association Américaine pour la Thérapie Musicale (2003) sont partisans de l'idée d'utiliser la musique durant la phase peropératoire pour diminuer l'anxiété des patients.

L'enfant est encouragé à chanter et à jouer d'un instrument, encadré par un professionnel. Dans la salle d'induction, le thérapeute musical chante et joue avec l'enfant la même chanson que dans la salle d'attente.

Wang, Kain et coll. en 2002 propose une étude de 93 adultes afin de montrer l'utilité de la musique dans la diminution de l'anxiété avant une opération. Les patients ayant écouté de la musique se révèlent être moins anxieux en phase post opératoire. Avec le temps les auteurs s'intéressent à des échantillons plus jeunes.

Au début des années 2000, Kain et coll. (2004) ont démontré que l'utilisation d'une musicothérapie à la place du midazolam permettait de réduire l'anxiété préopératoire des enfants ainsi que l'anxiété lors de la séparation des parents. Dans leur étude ils ont réparti les 123 enfants de l'échantillon en 3 groupes, 51 vont expérimenter la thérapie musicale, 34 vont recevoir du midazolam et 38 seront affectés dans le groupe de contrôle. Les auteurs n'ont pas pu mettre en évidence une diminution de l'anxiété à l'induction, qui est une phase encore trop stressante. De plus l'efficacité de la thérapie musicale dépend beaucoup de la musicothérapeute et de l'interactivité.

L'effet de la musique est donc intéressant pour les enfants lors de l'induction lorsqu'elle fait partie d'une sélection de plusieurs critères. L'ambiance générale doit être calme, les machines ne font pas de bruit et les intervenants sont à distance, sauf l'anesthésiste qui sera le seul à communiquer avec le patient. Dans ce contexte précis, l'utilisation de musique dans le bloc opératoire est utile pour l'enfant. (Marchi, 2016, p. 47)

7.5. Dessins-animés

L'utilisation de « Youtube » durant l'induction en pédiatrie se fait à l'aide d'un écran relié à la machine de monitoring dans la salle d'opération. La vidéo est présentée une fois l'enfant installé dans la salle d'opération. Les enfants découvrent alors la zone opératoire sans avoir de préparation particulière, ce qui peut être une épreuve alors c'est un inconvénient.

De plus, si la présence des parents n'est pas autorisée, la séparation se fera sans que l'enfant soit distrait par les dessins-animés. Cependant les enfants sont particulièrement attirés par les dessins-animés, c'est une activité très appréciée des patients de pédiatrie en général. Aux alentours de 5 ans, les petits sont capables de suivre l'histoire du dessin-animé et sont alors comme coupés du monde extérieur pendant un instant.

Au 21ème siècle, il est facile de mettre en place un programme de préparation à l'AG avec comme support internet via tablettes, ordinateur portable et téléphone portable. Internet est à la portée de tous actuellement et le panel de choix que nous offre cet outil est très intéressant. Il existe des moteurs de recherche comme « Youtube » qui nous offrent de très nombreux dessins animés ou de multiples chansons pour enfants, qui sont rapides à installer, peu coûteux en énergie et en budget pour les accompagnants. Le simple fait aujourd'hui d'avoir sur soi un portable permet à l'enfant d'avoir accès à de multiples choix de jeu sur applications. Donner à un enfant un support électronique et le laisser jouer à ce qu'il veut (jeux vidéo) ou regarder ce dont il a envie permet de le distraire lors de la préparation de l'induction. Les parents et l'enfant sont alors plus détendus. La distraction est une technique

très efficace chez les jeunes enfants. La distraction proposée doit être attractive, compatible avec son niveau d'énergie et d'attention et son aptitude à se concentrer.

Si la distraction passive fait appel à la musique ou à l'audio-visuel, la distraction active implique une participation de l'enfant, ce qui est le cas du jeu (Marchi, 2016, p. 4)

7.6. Le jeu thérapeutique

Le jeu thérapeutique est un « ensemble d'activités conçues selon le développement psychosocial et cognitif de l'enfant. » (William Li et al., 2007, p.36).

Ces activités sont constituées d'une visite des différentes salles par lesquelles l'enfant va passer durant son hospitalisation (réception, salle d'anesthésie, salle d'opération et salle de réveil). Ensuite une démonstration des procédures médicales (souvent sur une poupée) est faite par un professionnel. Pour terminer les enfants sont encouragés à toucher et explorer le matériel et à jouer les différentes procédures médicales (Cuzzocrea et al., 2013, p.141)

Ce type de préparation permet à l'enfant d'avoir une meilleure connaissance sur les différents lieux par lesquels il passera lors de son hospitalisation et de pouvoir exécuter les différents soins médicaux, ce qui permet d'améliorer sa coopération (Vaezzadeh et al, 2011, p.36).

Le jeu est un moyen de communiquer avec les enfants. De plus, cette préparation permet à l'enfant de se familiariser avec un environnement inconnu. En effet, l'environnement inconnu menace la sécurité de l'enfant (Lynch, 1994, p.75). Selon Vaezzadeh et al, le jeu thérapeutique permet une meilleure orientation et préparation de l'enfant concernant les soins médicaux et permettrait d'améliorer la qualité des soins infirmiers. (Vaezzadeh et al, 2011, p.462)

7.7. Les clowns

Par les jeux, leur fraîcheur, leur gaieté et leurs plaisanteries ainsi que leur inventivité, les clowns entrent en interaction avec les enfants et leurs parents. Cela atténue le stress lié à l'hospitalisation, aide les enfants à extérioriser leurs émotions et favorise les interactions sociales. (Dionigi, Sangiorgiet al, 2013, p. 2).

Synthèse

L'anxiété préopératoire est un phénomène courant, lié à l'appréhension d'une intervention chirurgicale qui peut entraîner des complications médicales et psychologiques.

Il est établi que des niveaux importants d'anxiété préopératoire augmentent le risque de complications postopératoires chez l'enfant. Il existe pourtant des moyens pharmacologiques et psychologiques qui permettent de diminuer l'anxiété préopératoire de

manière significative. En préalable à toute intervention, il est cependant indispensable de disposer de moyens fiables d'identification des patients à risque.

Les professionnels impliqués dans le champ préopératoire, et notamment les psychologues cliniciens et les psychiatres, ont un important rôle à jouer du fait de leurs compétences en matière d'évaluation, de prévention, et de prise en charge psychothérapeutique des conséquences liées à l'anxiété préopératoire.

partie pratique

Chapitre III
Démarches de la
recherche et
techniques utilisées

Préambule

La recherche en psychologie nécessite une partie théorique et une partie pratique. Cette recherche est fondée sur une épistémologie des objets et des méthodes.

La méthodologie de la recherche permet de guider et cerner la recherche toute en passant par des étapes et suivre une méthodologie bien précise, qui nous permet de tracer des objectifs dès le début de notre recherche.

Dans ce chapitre nous allons présenter les différentes techniques adoptées et les étapes qu'on a suivies dans notre travail de recherche, qui ont pour but la collecte des informations et des données qui vont nous permettre de mesurer l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile et de déterminer les facteurs qui engendrent cette anxiété.

1. Démarche de la recherche et techniques utilisées

1.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche méthodologique et scientifique. Cette étape nous a permis de recueillir des informations sur la nature et les caractéristiques de notre population d'étude et c'est ce qui nous permet la bonne application de nos outils de recherche. En revanche, elle nous permet d'apporter et d'élaborer des changements et des modifications à notre problématique et la formulation des hypothèses, elle nous a aussi facilité l'élaboration de notre guide d'entretien. Mais bien avant de s'engager dans notre recherche, nous avons opté de rencontrer, le chef de service de la chirurgie infantile de l'hôpital de « Targa Ouzemour », qui nous a directement orienté vers la psychologue du service à laquelle nous avons bien expliqué notre thème de recherche et la démarche méthodologique que nous avons choisis afin de réaliser ce travail.

Cette pré-enquête de deux mois qui s'étale du 25 Décembre jusqu'aux 25 Février 2020. Pendant cette durée, nous avons trouvé tous les moyens qu'il faut pour un bon déroulement de notre recherche, la psychologue du service nous a présenté deux cas afin de s'assurer de la validation de nos outils de recherche. Après avoir eu le consentement des patients et leurs familles, on a commencé notre étude de cas premièrement par la passation de l'entretien ensuite par l'échelle de mesure de l'anxiété préopératoire qui s'est déroulé dans un cadre bien déterminé, mais malheureusement à cause de l'émergence du corona virus, on n'a pas pu continuer notre partie pratique avec les autres cas.

1.2. Le lieu de la recherche

Notre stage a été effectué au sein d'hôpital de TARGA OUZEMOUR- BEJAIA, exactement au service de la chirurgie infantile CCI, ce dernier se compose de :

- un service à 20 chambres pour malades, 40 lits devisés en deux pôles : chirurgie viscérale et orthopédique.
- Un bloc opératoire qui contient 4 salles d'opération
- 2 salles de réveil, 06 lits pour chaque une.
- bureaux de la secrétaire.
- Chambre de garde pour le médecin et l'infirmier.
- une cuisine
- Une pharmacie
- 08 médecines spécialistes en chirurgie infantile.
- 13 infirmiers
- Une psychologue.

1.3.La méthode clinique

La recherche scientifique, est un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations, qui comprennent différentes méthodes. Pour cela, choisir une méthodologie de recherche appropriée pour mener à bien le processus de recherche n'est pas une tâche facile. Etant donné la diversité importante des méthodes, le choix d'une procédure demande une réflexion, une compétence « *car la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre* » disaient Festinger et Katz (1974). (Angers, 1997, p.97)

En sciences humaines et sociales, la recherche sur le terrain fait fréquemment recours aux méthodes qualitatives. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons retenu la démarche qualitative dans notre recherche « *car la recherche en science humaines et sociales curieuse des expériences humaines et des interactions sociales se conduisent toutes naturellement de manière qualitative* ». (Paillé, 2006, p.5).

Ainsi, en psychologie clinique «la recherche vise à fournir des informations, des connaissances fines et approfondir des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, d'écrire, et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé» (Chahraoui, Benony, 2003, p.73).

Egalement, selon Marquet « *la recherche est d'envisager une conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la*

structure et genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits». (Marquet, 2011, p.5). Ainsi étant dans le domaine de la psychologie clinique qui place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas de subjectiver la situation, nous nous sommes penchées sur la méthode clinique de type descriptif.

Dès lors, « *La méthode clinique est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée*». (Sillamy, 1999, p.58).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas. Ce second niveau peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situer toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont : l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation et le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse «psychopathologique», analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les inter relations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple). (Pedielli, 2005, p.9-14).

- **L'étude de cas**

Dans notre travail de recherche, on s'est référé à la méthode de l'étude de cas, cette dernière qui nous a permise d'étudier et d'analyser les cas de notre population d'étude.

L'étude de cas définit comme: « l'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individu. Tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet». (Chahraoui., Benony., 2003, p.14).

De plus, l'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente aussi de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignage de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. (Chahraoui, Bénony, 2003).

En effet, Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles même, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode, pour les faire apparaître : étudier un cas c'est bien le considérer parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergence avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyse, transformer, faire apparaître...), L'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. (Colin, 2015).

L'étude de cas, qui occupe une place fondatrice dans la constitution des pratiques et des théories en psychopathologie, a fait l'objet des mêmes réserves. Elle est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode déjà pratiquée par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution. (Chahraoui, Benony, 2003).

2. Population d'étude

2.1.Sélection de notre population d'étude

Suivant la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique. On a demandé le consentement des enfants et leurs parents afin de participer dans la réalisation dans notre travail de recherche.

On a opté d'investiguer avec (10) enfants qui vont subir une intervention chirurgicale que ce soit viscérale ou orthopédique, leurs âges varient entre 8 ans et 15ans, mais à cause de l'émergence et de l'apparition du virus covid-19, on n'a pas pu réaliser cette étude de dix cas, on a juste travaillé avec deux cas de la pré-enquête dans l'anonymat en gardant la confidentialité où on a opté à changer et à modifier leurs prénoms.

Critères d'inclusion

- Sujets enfants.
- Subir une intervention chirurgicale orthopédique ou viscérale.
- Intervention chirurgicale programmé.

Critères d'exclusion

- Les admissions en urgence.
- La dimension du sexe du patient n'est pas prise en considération puisque la maladie touche les deux sexes.
- Patients atteints de pathologies neurologiques ou psychiatriques empêchant la bonne compréhension des consignes de l'étude.

Tableau 3 :tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

Cas	sexe	Age	Niveau scolaire	Type de chirurgie
Celia	Féminin	11ans	1 ^{er} année moyenne	Viscéral
Ahmad	Masculin	10 ans	5 ^{ème} année primaire	Orthopédique

Le tableau suivant représente les cas étudiés, au service de chirurgie infantile de Targa Ouzemour. Ce tableau nous a permis d'englober les différents caractéristique des cas ; l'âge, le sexe et ainsi le type de la chirurgie et on a opté au changement des noms pour garder la confidentialité indiquée par la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

3. Les techniques utilisées

3.1. l'entretien de recherche et l'entretien clinique

Comme le rappellent Blanchet et Gotman (1992) : « *s'entretenir avec quelqu'un est, davantage encore que questionner, une expérience, un événement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information* ». (Cyssau, 1999, p.60).

L'entretien de recherche peut être présenté de deux manières. Il peut être analogue à l'entretien clinique mais c'est son contenu qui est traité différemment : on analyse alors, dans un but de recherche, un entretien clinique réalisé dans un autre objectif. Il peut aussi s'agir d'un entretien dont les objectifs sont définis à l'avance et qui est construit pour un type de recueil préétabli. Dans le premier cas, on se situe dans l'axe de pratique clinique définie par une méthode naturaliste sur laquelle on opère un travail rétrospectif, dans le second cas, (recherche planifiée) le recueil des données et de validation des hypothèses. L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en ce centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en Sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Blanchet, 1997).

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Benony, Chahraoui, 1999, p.11-12).

A- Entretien semi-directif

Parmi les diverses formes possibles de collecte d'informations orales, le psychologue clinicien accorde une importance particulière à l'entretien semi-directif, nommé aussi entretien centré, il préfère ces appellations à celle d'entretien non directif dans la mesure où il choisit et annonce au préalable le thème ou les thèmes et dispose d'un guide d'entretien. Comme le plan et la grille d'observation, le guide... Dans ce type d'entretien, le clinicien

dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive: il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Benony, Chahraoui, 1999, p.16).

B. Attitude clinique du clinicien

Les aspects techniques de l'entretien clinique (non-directivité et semi-directivité) sont indissociables de l'attitude clinique du clinicien.

I. Non-directif

La notion d'attitude clinique est proche de la conception de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante. La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le client.

C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imposer au client une direction quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.17-18).

II. Respect

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et les enseignants-chercheurs en psychologie.

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur liberté, de leur protection, le secret professionnel et le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le

sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter le moment amènent des épreuves pénibles ou traumatiques. (Bénony, Chahraoui, 1999, p. 18).

III. Neutralité Bienveillante

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critique ou de approbations à l'égard du sujet. Toutefois, à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (Bénony, Chahraoui, 1999, p. 18).

IV. Empathie

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans oublier la qualité de « comme si » sentir les colères, les peurs, et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que C. Rogers essaye de décrire. L'empathie du clinicien apparait comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.18-19).

B- Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écouter et d'intervention qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire. (Ferlandez, 2001, p.77)

Axe 1 : Information personnel :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre date de naissance ?
- Vous êtes en quelle année d'étude ?
- Combien de frères avez –vous ? et quel est votre position dans cette fratrie ?

Axe 2 :Hospitalisation et maladie

- Est ce que vous-êtes déjà hospitalisé ? pour quel type de maladie ou de chirurgie ?
- Que signifie l'hôpital pour vous ?
- Comment sont-elles vos relations avec le personnel chirurgico-médical (les médecins et les infirmiers) ?
- Est ce que vous êtes sous traitement médicamenteux ?

Axe 3 : L'intervention chirurgicale

- Quelle est la cause de votre intervention chirurgicale (Maladie ou accident) ?
- Pouvez-vous me dire comment avez-vous reçu l'information de subir une intervention chirurgicale ?
- Quand est ce que on vous a informé de subir l'intervention chirurgicale ? Par qui ? et comment ?
- Vous a-t-on expliqué le déroulement de votre intervention ?
- Vous allez subir quel type de chirurgie ?

Axe 4 : L'anxiété

- Est ce que vous vous inquiétez de tomber malade ou d'être obligé d'aller à l'hôpital ou de subir une intervention chirurgicale ?
- Comment vous vous sentez en ce moment ?
- Etes- vous nerveux (se) ? Par rapport à quoi ?
- Qu'est- ce qui vous inquiète le plus en ce moment ?
- Sentez-vous bouleversé (e) ?
- Avez-vous confiance en vous ?
- Etes- vous détendu (e) ?
- Etes-vous effrayé par rapport à l'intervention ?
- Est ce que vous êtes pressé de sortir de l'hôpital ?
- Comment envisagez-vous l'avenir après l'intervention ?
- Avez-vous peur ? vous sentez vous anxieux (se) ?

3.2. Echelle d'anxiété état-trait pour enfant (STAI-C)

- **Caractéristiques** : le STAIC comporte 2 séries de 20 items chacune : l'une concerne l'anxiété autant que « trait de personnalité » ; l'autre série concerne « l'état d'anxiété » du sujet au moment où il remplit le questionnaire, état qui peut fluctuer au cours du temps.(Spielberger, 1973)
- **Durée de passation** : 15 minutes.
- **Populations cible** : enfant entre 8 et 12 ans.
- **Mode de passation, cotations, score** :
 - Les items exprimant l'absence d'anxiété sont :1, 3, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 17 et 20. Alors on cote 3, 2, ou 1 pour chacun dans les trois choix alternatifs dans lesquels le terme clé indique la présence d'anxiété

- Les items exprimant la présence d'anxiété sont : 2, 4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 18 et 19. Alors on cote 1, 2 ou 3 pour chacun dans les trois choix alternatifs dans lesquels le terme clé indique l'absence d'anxiété.
- Le score définissant une anxiété pathologique est de 34. (Spielberger,1973)

- **Etude de validation** : Les qualités psychométriques de la version anglaise ont été bien établies. Ainsi, Muris et al. (1999) ont examiné la sensibilité du questionnaire (état et trait) après une thérapie cognitive et comportementale chez des enfants âgés entre 10 et 13 ans, et montré que les deux échelles diminuent.

Les qualités psychométriques de la version française du STAIC ont été évaluées auprès d'un échantillon de 288 enfants québécois francophones âgés entre 8 et 13 ans (turgeon et chartrand, 2003).

Les résultats indiquent que la structure factorielle de la traduction française est semblable à celle de la version originale, à savoir un facteur trait (unidimensionnel), un facteur état « présente » et un facteur état « absent ».La consistance interne des échelles d'anxiété de trait (0,89) et d'anxiété situationnelle (0,88) est excellente. La stabilité test- retest est semblable à celle indiqué avec des échantillons d'enfant américains.

La validité concurrente, déterminée par la corrélation entre le STAIC et la version française de la RCMAS, est également satisfaisante. Elle est égale à 0,46 pour l'échelle état et a 0,62 pour échelle trait.

Enfin, les filles présentent des scores plus élevés que les garçons, comme cela est habituel. En France, une version adulte du STAI est publiée aux éditions ECPA. Elle a été administrée à des lycéens de première (16 ans) et de terminale (17 ans), de même qu'à des collégiens de sixième(11ans) et de troisième(14 ans). Les questionnaires a été administré dans des situations non stressantes et, pour les lycées de première et terminale, avant et après un examen. Dans la situation anxiogène, l'anxiété état s'élève, mais cela est plus accentué chez les filles. Toujours avec les lycées, les coefficients de stabilités test-retest (8 semaines) sont satisfaisants et comparables aux données américaines. La consistance interne de l'anxiété état est égal à 0,77, celle de anxiété état et l'échelle d'anxiété trait. Des normes pour lycées et les collégiens sont fournies. (bouvard, 2008, p.41)

- **Intérêts et limites** : l'échelle d'anxiété de spielberger peut être utilisée a la fois comme un instrument de dépistage (à école) pour détecter précocement des enfants présentant des troubles anxieux très également comme instrument de recherche clinique.

Il s'agit d'un instrument très largement utilisé en France et dans le monde. Ceci permet de faire des comparaisons entre différentes études.

3.3- le score modified Yale preoperative anxiety scale (m-YPAS)

Une échelle d'hétéro-évaluation a notamment été validée par l'équipe de Zeev N. Kain en 1997. C'est l'échelle d'hétéro-évaluation de l'anxiété préopératoire la plus connue et la plus utilisée. Le score est rempli au bloc opératoire par un psychologue en salle d'attente, au moment de l'installation de l'enfant sur la table d'opération puis au début de l'anesthésie au masque.

• Mode de passation

Cette échelle m-YPAS comprend 22 items répartis en 5 catégories : l'activité, le comportement verbal, l'expression, l'éveil, l'attitude avec les parents. Pour chaque catégorie, l'item correspondant au niveau de l'anxiété de l'enfant est noté. Le résultat maximal allant de 4 à 6, des quotients sont calculés puis additionnés afin d'obtenir un score allant de 23 à 100 chez l'enfant.

La validation de l'échelle m-YPAS a été réalisée en comparant cette échelle avec un gold standard de l'évaluation de l'anxiété pédiatrique l'échelle STAI-C (State-Trait Anxiety Inventory Children) pour les enfants de 5 à 12 ans. Cette échelle a été cotée par un psychologue et un anesthésiste. Les jeunes enfants ne peuvent communiquer verbalement du fait de leur développement encore insuffisant au vue de l'âge, l'autoévaluation n'est pas adapté à une échelle d'anxiété incluant différentes classes d'âge.

• Cotation

Pour un protocole avec un score de 1 pour les cinq catégories, le calcul est :
 $(1/4+1/6+1/4+1/4+1/4) \times 100/5 = \text{score total}$. Les enfants ayant un score inférieur ou égal à 24 sont considérés comme calmes et ceux dont le score est supérieur à 24 comme anxieux. (Amouroux et al, 2009, p. 13)

4. Les difficultés de la recherche

Dans notre recherche, on a rencontré quelques difficultés, mais qui n'ont pas empêché la réalisation de notre travail.

4.1. Les difficultés d'ordre théoriques: La majeure difficulté rencontrée est sans doute la difficulté à trouver des ouvrages spécialisés qui traitent l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile.

4.2. Les difficultés d'ordre pratique: on n'a pas pu effectuer notre stage pratique à cause de l'émergence du corona virus qui a durée plus de 6 mois.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique, nous a servi de démarche ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche à travers certaines règles et étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail. sachant la méthode utilisée, le cadre de la recherche, les outils et les étapes de l'étude pour aboutir à des résultats qu'on peut analyser et interpréter afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises au début de la recherche.

Chapitre IV

Analyse des résultats
et discussion des
hypothèses

Préambule

Dans cette partie, nous allons procéder à une analyse et à une interprétation des données et des résultats obtenus de notre étude. Cette dernière comporte une analyse des entretiens et une analyse des résultats des deux échelles STAI-C et m-YPAS pour mieux évaluer l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile (viscérale et orthopédique).

1. Cas de Célia

1.1. Présentation de cas de Célia

Célia est âgée de 11 ans, originaire de Sidi Aïch, c'est la dernière d'une fratrie de deux enfants, vit avec son père et ses grands-parents paternels, sa maman est décédée depuis trois ans. Elle est en 1^{ère} année moyenne au CEM, elle est admise au service de chirurgie infantile de Béjaïa, le 20/02/2020 pour être opérée d'une hernie.

1.2. Analyse de l'entretien de Célia

Célia a déjà connu l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation. Quant elle avait neuf ans, elle a subi une intervention chirurgicale qui est l'appendicite à l'hôpital de Sidi Aïch.

C'est au mois de décembre 2019 qu'elle a commencé à sentir des douleurs abdominales intenses apparues soudainement et rapidement, son père la prise directement pour une consultation médicale où le médecin lui a fait des analyses et des scanner pour savoir la cause de sa douleur. Après l'obtention des résultats, c'était finalement une hernie, il lui a prescrit un traitement médicamenteux en attendant de calmer ses douleurs et prendre un rendez-vous pour être opérée.

En février 2020, Célia est admise à l'hôpital pour subir son intervention chirurgicale et de mettre fin à ses douleurs.

Dans l'entretien, elle nous a dit qu'elle a trop mal, ses douleurs sont intenses et insupportables, elle a des problèmes alimentaires, elle mangeait plus comme avant car elle avait souvent des vomissements, une constipation totale et surtout elle dormait très peu, et elle ressentait au fond d'elle grande peur par rapport à sa maladie. « *je suis tellement malade, ma vie a complètement changé, je ne joue plus avec mes copines, je ne part plus pour faire de la natation et la plus part de mon temps, je le passe à la maison en regardant la télévision* »¹.

¹Helkagh melih, dounith iw thenvedal, ula3vagh wahi thimdoukaliw, urtrouhough adhehefetagh le3oum, lewaqthiw ak tefaridjagh la télé.

Nous avons remarqué que Célia n'arrêtait pas de mettre sa main sur son ventre car elle ressentait des douleurs graves .

D'après elle, malgré qu'elle a déjà vécu cette expérience, elle a toujours peur surtout lorsqu'elle a reçu soudainement l'information par son père. Elle nous a dit que depuis, elle était tellement inquiète qu'elle n'arrêtait pas de pleurer et elle ne sait pas comment son intervention va se dérouler. *« je pleure beaucoup car j'ai peur que le médecin m'ouvre à nouveau mon ventre et la nuit ,quand je dort, je n'arrête pas de faire des cauchemars »*².

Malgré les bonnes relations avec le personnel hospitalier (les médecins, les infirmiers) et même avec les autres enfants, elle ressent une grande peur de laisser son père et d'être seule au bloc opératoire. *« je n'ai personne qui m'aime comme mon père, je ne veux pas qu'il me laisse et j'ai trop peur de mourir après l'intervention »*³. En plus, elle a peur des piqûres, de l'anesthésie et de l'intervention elle-même.

Elle nous a informés qu'elle a toujours peur qu'elle soit malade ou d'être hospitalisé à l'hôpital car elle a gardé un mauvais souvenir de cette expérience, elle ne veut plus revivre la même scène. *« je ne veux pas rester ici je veux rentrer maintenant chez moi »*⁴.

Célia nous a dit qu'elle est nerveuse malgré qu'elle se sent reposer et l'hôpital lui offre tout les moyens nécessaires. Au fond de son cœur, elle ressentait de la tristesse, beaucoup de peur et de l'inquiétude par rapport à son intervention. *« je crains la mort, j'ai trop peur d'être opéré, je suis gravement effrayée et bouleversée par l'intervention, je veux quitter rapidement cet hôpital, je veux retrouver ma vie habituelle, retourner à l'école et retrouver mes amis, sortir et jouer comme avant »*⁵.

1.3. Résumé de l'entretien de cas de Célia

Après avoir analysé les données de l'entretien du cas Célia, on a constaté que c'est une fille très sensible, elle a les yeux triste et souvent préoccupée, on a remarqué qu'elle est trop attaché à son père, elle n'arrêtait pas de le câliner et de lui tenir la main, elle avait peur que son père la laisse seule.(angoisse de séparation).

Le milieu hospitalier pour elle est un endroit qui l'effraye. Malgré la gentillesse du personnel soignant, elle ressentait de la peur envers eux car ils possèdent du matériels qui lui

²Tettrough bezaf, akhatar ughadhagh ayeldi dhaghen teviv a3eboutiw, la3cha mara tessagh targough yer thirega fanechetha.

³Uveghigh ara ayedj papa akhatar tehabigheth athas, hachanetta isse3igh gassemi ithmouth yemma, ughadhagh adhemthagh wathedjagh.

⁴Uveghigh ara adequimagh dhayi, veghigh adhweligh akham

⁵Ughadhagh melih lemouh, ughadhagh, khel3agh, teqlqagha f l'opération ayi, uyessagh adhefeghagh g l'hopital iwaken adhoughalagh aken te3ichagh zik, adoughalagh ar l'école.

font peur. Elle a peur de ressentir de la douleur par les piqûres et le médicament que le médecin va lui injecter. (peur des soins).

Son regard triste et son comportement nous indique qu'elle est vraiment anxieuse, stressée et même angoissée par l'intervention chirurgicale.

1.4. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Célia

Echelle d'anxiété état-trait pour enfant –State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)

Nom : _____ / _____ prénom : CéliaAge : 11ans Sexe : FémininDate de passation : 20/02/2020

Anxiété situationnelle

Instructions

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens **maintenant**. Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne prends pas trop de temps sur une phrase. Souviens-toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant, **à ce moment-ci**.

Tableau 4 : Scores et résultats de l'échelle STAI-C de cas de Célia

Items	
1. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très calme <input type="checkbox"/> calme <input checked="" type="checkbox"/> pas du tout calme
2. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très bouleversé (e) <input type="checkbox"/> bouleversé (e) <input type="checkbox"/> pas bouleversé (e)
3. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très aimable <input type="checkbox"/> aimable <input type="checkbox"/> pas aimable
4. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très nerveux (se) <input checked="" type="checkbox"/> nerveux (se) <input type="checkbox"/> pas nerveux (se)
5. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très agité (e) <input checked="" type="checkbox"/> agité (e) <input type="checkbox"/> pas agité (e)

6. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très reposé (e) <input checked="" type="checkbox"/> Reposé (e) <input type="checkbox"/> pas reposé (e)
7. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> beaucoup de peur <input type="checkbox"/> un peu de peur <input type="checkbox"/> pas de peur
8. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très détendu (e) <input checked="" type="checkbox"/> détendu (e) <input type="checkbox"/> pas détendu (e)
9. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très inquiet (e) <input type="checkbox"/> inquiet (e) <input type="checkbox"/> pas inquiet (e)
10. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très satisfait (e) <input type="checkbox"/> satisfait (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas satisfait (e)
11. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très effrayé (e) <input type="checkbox"/> effrayé (e) <input type="checkbox"/> pas effrayé (e)
12. Je me sens...	<input type="checkbox"/> Très heureux (se) <input type="checkbox"/> Heureux (se) <input checked="" type="checkbox"/> pas heureux (se)
13. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très sûr (e) <input type="checkbox"/> sûr (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas sûr (e)
14. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très bien <input type="checkbox"/> bien <input checked="" type="checkbox"/> pas bien
15. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très troublé (e) <input type="checkbox"/> troublé (e) <input type="checkbox"/> pas troublé (e)
16. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très tracassé (e) <input checked="" type="checkbox"/> tracassé (e) <input type="checkbox"/> pas tracassé (e)
17. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très gentil (le) <input type="checkbox"/> gentil (le) <input type="checkbox"/> pas gentil (le)
18. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très terrifié (e) <input type="checkbox"/> terrifié (e) <input type="checkbox"/> pas terrifié (e)
19. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très confus (e) <input checked="" type="checkbox"/> confus (e) <input type="checkbox"/> pas confus (e)
20. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très enjoué (e) <input type="checkbox"/> enjoué (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas enjoué (e)

1.5. L'analyse de l'échelle d'anxiété Etat (Situationnelle) de cas de Célia

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété- E de Spielberger, Célia a mis 15 minutes pour la remplir.

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, Célia manifeste une anxiété sévère avec une note T= 50 sur 60.

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété qui comptent un score de (3 à 1) :

- Pour les items 2, 7, 9, 11, 15, 18, elle a répondu par (très bouleversée, beaucoup de peur, très inquiète, très effrayée, très troublée, très terrifiée) qui comportent un score de (3).
- Pour les items 4, 5, 16, 19, elle a répondu par (nerveuse, agitée, tracassée) qui comportent un score de (2).

Donc le score obtenu par Célia pour l'ensemble de ses items est de 26.

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété qui comportent de (1 à 3) :

- Pour les items 3, 17, elle a répondu par (très aimable, très gentille) qui comportent un score de (1).
- Pour les items 6, 8, elle a répondu par (reposée, détendu) qui comptent un score de (2).
- Pour les items 1, 10, 12, 13, 14, 20, elle a répondu par (pas du tout calme, pas satisfaites, pas heureuse, pas sûre, pas bien, pas enjouée) qui comptent un score de (3).

Donc le score obtenu par Célia pour l'ensemble de ces items est de 24.

A noter que la majorité des items expriment l'absence d'anxiété, les réponses de Célia étaient négatives, expriment le sens inverse c'est-à-dire la présence de l'anxiété.

Et pour les items qui comportent un score élevé de 3, les réponses de Célia expriment sa peur, son inquiétude, sa frayeur, elle est terrifiée et bouleversée par rapport à la situation au quelle elle est confrontée. (l'intervention chirurgicale).

1.6. L'analyse de l'échelle m-YPAS de cas de Célia

Tableau 5 : score et résultats de l'échelle m-YPAS de cas de Célia.

		Cotation	Réponse
Activité	Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux)	1	
	Ne joue pas, tripote, suce ses doigts Attente près de ses parents	2	
	Activité confuse sans but Agrippé à ses parents Bouge sur la table, refuse le masque	3	X
	Refuse la séparation avec ses parents Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres	4	
Comportement verbale	Questionne calmement, rires Commentaire adaptée	1	
	Réponse chuchotée Hochement de la tête	2	
	Meut, pas de réponse aux adultes	3	
	Plaintes, gémissements, pleurnichard	4	
	Cris, dit « non »	5	X
	Cris fort, audible sous le masque	6	
	Heureux, souriant	1	
	Indifférent, sans expression	2	
	Inquiet, triste, yeux apeurés	3	

Expression	Anxieux, cris, effrayé	4	X
Eveil	Curiosité, en éveil	1	
	Replié sur lui, assis sans bouger, regarde les adultes	2	
	Vigilant, tendu, regards furtifs	3	
	Paniqué, cris, repousse les adultes	4	X
Attitude avec les parents	Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	
	Epie leurs gestes, s'accroche à eux	3	X
	Rejet des parents, ou désespérément accroché à eux, ne les laissant pas s'éloigner	4	

1.7. L'analyse de l'échelle de cas Célia

On a pu remplir cette échelle, à partir de l'observation du comportement de Célia au moment de sa rentrée au bloc opératoire .

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle m-YPAS, Célia manifeste une anxiété très élevée avec une note T= 81 sur 100

- Pour l'item trois dans la catégorie « activité », la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4.
- Pour l'item cinq dans la catégorie « comportement verbal », la réponse était 5 qui compte un score de 5 sur 6
- Pour l'item trois dans la catégorie « Expression », la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4
- Pour l'item quatre dans la catégorie « Eveil », la réponse était 4 qui compte un score de 4 sur 4
- Pour l'item trois dans la catégorie « Attitude avec les parents », la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4

Donc le score obtenu par Célia est de 19 sur 22.

Conclusion de cas de Célia

Après l'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et des deux échelles, on constate que le sujet manifeste une anxiété dont l'intensité est très élevée. Cette anxiété se focalise sur l'intervention chirurgicale, qui a développé en elle une angoisse de séparation avec son père et une peur aux soins.

2. Cas de Ahmad

2.1. Présentation de cas Ahmad

Ahmad âgé de 10 ans, originaire de Temzrit, fils unique, vit avec ses deux parents, il est en 5^{ème} année primaire, admis au service de chirurgie infantile pour une intervention chirurgicale au niveau du coude de la main gauche.

2.2. L'analyse de l'entretien avec Ahmad

Ahmad n'a pas connu l'expérience d'une maladie ou de l'hospitalisation, il s'agit de sa première intervention chirurgicale. C'est au mois de janvier 2020, malheureusement suite à une chute sur des patins à roulettes, il a eu une fracture au niveau de sa main gauche, ses parents l'ont pris d'urgence à l'hôpital où l'orthopédiste lui a fait directement des radios pour voir sa fracture et enfin lui mettre un plâtre.

Après 20 jours, Ahmad retourne à l'hôpital pour voir son orthopédiste afin de savoir s'il va enlever le plâtre ou non. Suite à un scanner, le médecin a décidé de l'envoyer directement à l'hôpital afin de subir une intervention chirurgicale et de lui mettre une broche pour que son os retrouve sa place.

En février 2020, Ahmad est admis à l'hôpital pour subir son intervention chirurgicale.

Dans l'entretien, Ahmad nous a dit que depuis sa chute, sa main lui fait gravement mal, la douleur est toujours persistante. *« J'ai trop mal, je ne peut plus supporter cet état, j'ai l'impression que mon bras va s'arracher, ces douleurs m'empêchent de dormir, de bouger et de faire mes activités et même mes besoins »*⁶

Effectivement nous avons remarqué que ce garçon est bouleversé par l'intervention et l'hospitalisation, malgré l'accueil chaleureux de l'équipe soignante et la disponibilité des moyens. *« je ne peux pas supporter de rester ici, je veux rentrer chez moi car l'hôpital, pour moi, est un endroit qui me fait tellement peur »*⁷.

⁶Tewaqrhagh melih, uzemiraghara adhessevragh, sehousayagh iwefousiw adiqelagh, leqrih ayi uyidji ni adhegenagh ni adheharekar.

⁷Uzemiragh ara adhequimagh dhayi akhatar taghadhagh sevitara

Ahmad nous a informé qu'il a reçu l'information par son médecin traitant avant cinq jours qu'il soit admis à l'hôpital. Depuis ce jour, il n'arrêtait pas de poser des questions à ses parents sur le déroulement de l'intervention, vu qu'il n'a aucune idée sur l'expérience de la chirurgie. « J'ai des douleurs intenses, je commence à sentir de la peur, j'ai envie de pleurer et de crier très fort, je ne veux pas rentrer au bloc opératoire, J'ai peur du médecin »⁸.

« Pour vous dire, je me sens pas du tout bien, comme si j'ai une boule au niveau du ventre, quand je vois le médecin rentrer, dans cette chambre, mon cœur bat très fort. Je suis vraiment effrayé et je ressens une grande peur de mourir et de ne pas retrouver mes amis et ma famille, j'ai des idées négatives qui me viennent à l'esprit et j'ai l'impression de perdre confiance »⁹.

Il nous a dit qu'il a toujours peur d'être malade ou d'aller à l'hôpital car pour lui, celui qui rentre à l'hôpital va mourir. L'hôpital est fait pour les grands pas pour les petits enfants. « je suis préoccupé par l'intervention, je suis tellement effrayé surtout lorsque je serai seule, je ne veux pas que ma mère me laisse, je veux qu'elle reste à côté de moi, j'ai peur que le médecin m'enlève mon bras avec sa machine, et je ne pourrais plus jouer avec mes amis, avec mon vélo, de retrouver ma classe, et tout le monde va se moquer de moi si je serai avec un seul bras »¹⁰.

1.3. Résumé de l'entretien de Ahmad

Après avoir analysé les données de l'entretien de cas Ahmad, on a constaté que c'est un garçon très agité, il pose beaucoup de questions, cherche à comprendre le déroulement et les détails de l'intervention.

On a remarqué qu'il est stressé et angoissé par l'opération, surtout la descente au bloc opératoire et de se séparer avec ses parents mais beaucoup plus avec sa maman.

⁸Sehoussayagh tewa qarhaghak, ikechemiyi lekhoufdhameqran, veghigh adheterough, adhe3eytagh, uveghigh ara adhekechemagh anidha ikhedmen les operations.

⁹Awentidinigh sehoussayagh amaken se3igh thabalout g 3aboutiw, marra waligh tevivi kechedmedgh ardhayil uliw yekath, khel3agh, tughadhagh ademthagha dedjagh la famille iw, hachaayendiriiyiditerouhensa qarouyi, houssagh usse3igh ara la confiance gel 3emriw.

¹⁰Uligharaok a l'aise, qarouyiw irouh ar l'opération arakhedhemagh, surtout marra yedjen imaniw, uveghigh ara ayithedj mama, ughadhagh tevivni ayikess afoussiw s themachit is, uzemar raghara adela3bagh wahi imedoukaliw s le vélo, wadheqlagh ar l'école, meden marra adhettemessekhiren felli.

L'hôpital, pour lui, est un endroit qui l'effraye. Malgré la gentillesse du personnels soignants, il ressent de la peur envers eux car ils possèdent du matériels qui lui font peur et auxquels il va ressentir de la douleur.(peur des soins).

D'après l'observation de son comportement, nous constatons qu'il est vraiment anxieux, stressé et même angoissé par l'intervention chirurgicale.

1.4. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Ahmad

Echelle d'anxiété état-trait pour enfant -State- Trait Anxiety Inventory for Children(STAIC)

Nom : _____ / prénom : Ahmad

Age : 10 ans Sexe : Masculin

Date de passation : 20/02/2020

Anxiété situationnelle

Instructions

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens **maintenant**. Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne prends pas trop de temps sur une phrase. Souviens-toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant, **à ce moment-ci**.

Tableau 6 : score et résultat de l'échelle STAI-C du cas de Ahmad

Items	
1. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très calme <input type="checkbox"/> calme <input checked="" type="checkbox"/> pas du tout calme
2. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très bouleversé (e) <input checked="" type="checkbox"/> bouleversé (e) <input type="checkbox"/> pas bouleversé (e)
3. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très aimable <input type="checkbox"/> aimable <input type="checkbox"/> pas aimable
4. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très nerveux (se) <input checked="" type="checkbox"/> nerveux (se) <input type="checkbox"/> pas nerveux (se)
5. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très agité (e) <input type="checkbox"/> agité (e) <input type="checkbox"/> pas agité (e)
6. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très reposé (e) <input checked="" type="checkbox"/> Reposé (e) <input type="checkbox"/> pas reposé (e)

7. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> beaucoup de peur <input type="checkbox"/> un peu de peur <input type="checkbox"/> pas de peur
8. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très détendu (e) <input checked="" type="checkbox"/> détendu (e) <input type="checkbox"/> pas détendu (e)
9. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très inquiet (e) <input checked="" type="checkbox"/> inquiet (e) <input type="checkbox"/> pas inquiet (e)
10. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très satisfait (e) <input type="checkbox"/> satisfait (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas satisfait (e)
11. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très effrayé (e) <input checked="" type="checkbox"/> effrayé (e) <input type="checkbox"/> pas effrayé (e)
12. Je me sens...	<input type="checkbox"/> Très heureux (se) <input type="checkbox"/> Heureux (se) <input checked="" type="checkbox"/> pas heureux (se)
13. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très sûr (e) <input type="checkbox"/> sûr (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas sûr (e)
14. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très bien <input type="checkbox"/> bien <input checked="" type="checkbox"/> pas bien
15. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très troublé (e) <input checked="" type="checkbox"/> troublé (e) <input type="checkbox"/> pas troublé (e)
16. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très tracassé (e) <input checked="" type="checkbox"/> tracassé (e) <input type="checkbox"/> pas tracassé (e)
17. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très gentil (le) <input type="checkbox"/> gentil (le) <input type="checkbox"/> pas gentil (le)
18. Je me sens...	<input checked="" type="checkbox"/> très terrifié (e) <input type="checkbox"/> terrifié (e) <input type="checkbox"/> pas terrifié (e)
19. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très confus (e) <input checked="" type="checkbox"/> confus (e) <input type="checkbox"/> pas confus (e)
20. Je me sens...	<input type="checkbox"/> très enjoué (e) <input type="checkbox"/> enjoué (e) <input checked="" type="checkbox"/> pas enjoué (e)

1.5. L'analyse de l'échelle d'anxiété Etat (Situationnelle) du cas de Ahmad

Lors de la passation de l'échelle d'anxiété Etat (situationnelle) de Spielberger, Ahmad a mis 12 minutes pour la remplir.

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, Ahmad manifeste une anxiété élevée avec une note $T = 47$

Le sujet a répondu aux items exprimant la présence d'anxiété qui comptent un score de (3 à 1) :

- Pour les items 7, 5, 18, il a répondu par (beaucoup de peur, très terrifié) qui comptent un score de (3).
- Pour les items 2, 4, 9, 11, 15, 16, 19, il a répondu par (bouleversé, nerveux, effrayé, troublé, confus) qui comptent un score de (2).

Donc le score obtenu par Ahmad pour l'ensemble de ses items est de 23

Le sujet a répondu aux items exprimant l'absence d'anxiété qui comptent un score de (1 à 3)

- Pour les items 3, 17, il a répondu par (très aimable, très gentille) qui comptent un score de (1).
- Pour les items 6, 8, il a répondu par (reposé, détendu) qui comptent un score de (2).
- Pour les items 1, 10, 12, 13, 14, 20, il a répondu par (pas du tout calme, pas satisfait, pas heureux, pas sûr, pas bien, pas enjoué) qui comptent (3).

Donc le score obtenu par Ahmad pour l'ensemble de ses items est de 24

A noter que la majorité des items exprimant l'absence d'anxiété, les réponses de Ahmad étaient négatives expriment le sens inverse c'est-à-dire la présence d'anxiété.

Pour les items qui comptent un score élevé de 2 à 3, les réponses de Ahmad expriment sa peur, son insatisfaction, son inquiétude, sa frayeur et ses idées négatives face à la situation au quelle il est confronté (l'intervention chirurgicale).

1.6. la présentation des résultats de l'échelle de cas Ahmad

Tableau 7 :score et résultat de l'échelle de m-YPAS de cas de Ahmad

		Cotation	Réponse
Activité	Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux)	1	
	Ne joue pas, tripote, suce ses doigts Attente près de ses parents	2	
	Activité confuse sans but Agrippé à ses parents Bouge sur la table, refuse le masque	3	X
	Refuse la séparation avec ses parents Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres	4	
Comportement verbale	Questionne calmement, rires Commentaire adaptée	1	
	Réponse chuchotée Hochement de tête	2	
	Meut, pas de réponse aux adultes	3	
	Plaintes, gémissements, pleurnichard	4	X
	Cris, dit « non »	5	
	Cris fort, audible sous le masque	6	
Expression	Heureux, souriant	1	
	Indifférant, sans expression	2	
	Inquiet, triste, yeux apeurés	3	X
	Anxieux, cris, effrayé	4	
Eveil	Curiosité, en éveil	1	
	Replié sur lui, assis sans bouger, regarde les adultes	2	
	Vigilant, tendu, regards furtifs	3	X
	Paniqué, cris, repousse les adultes	4	

Attitude avec les parents	Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	X
	Epie leurs gestes, s'accroche à eux	3	
	Rejet des parents, ou désespérément accroché à eux, ne les laissant pas s'éloigner	4	

1.7. L'analyse de l'échelle de cas de Ahmad

On a pu remplir cette échelle, à partir de l'observation du comportement de Ahmad au moment de sa rentrée au bloc opératoire.

On se référant aux résultats obtenu par l'échelle m-YPAS, Ahmad manifeste une anxiété très élevée avec une note T= 68 sur 100

- Pour l'item trois dans la catégorie « activité », la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4.
- Pour l'item quatre dans la catégorie « comportement verbal », la réponse était 4 qui compte un score de 4 sur 6
- Pour l'item trois dans la catégorie « Expression » la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4
- Pour l'item quatre dans la catégorie « Eveil » la réponse était 3 qui compte un score de 3 sur 4
- Pour l'item deux dans la catégorie « Attitude avec les parents », la réponse était 2 qui compte un score de 2 sur 4

Donc le score obtenu par Ahmad est de 15 sur 22.

Conclusion de cas de Ahmad

D'après l'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et des deux échelles, on constate que le sujet manifeste une anxiété dont l'intensité est élevée, cette anxiété est relative à l'acte chirurgical, la séparation avec ses parents et surtout aux conséquences de l'intervention.

3. Discussion des hypothèses

Dans cette partie, on va s'intéresser essentiellement à la vérification des deux hypothèses formulées au préalable, en s'appuyant sur les deux techniques employées en pratique :

L'entretien clinique et les deux échelles de l'anxiété (STAIC et m-YPAS) effectuées auprès des enfants admis pour une chirurgie viscérale et orthopédique.

La première hypothèse

Face à la situation préopératoire, l'enfant réagit par une anxiété élevée en chirurgie viscérale et orthopédique.

Effectivement, les cas admis pour une intervention chirurgicale viscérale et orthopédique investigués, souffrent d'une anxiété à un degré élevé dont on souligne dans notre population d'étude l'absence du degré léger et modéré qui sont comme suit :

Cas Célia : Après avoir analysé les données de l'entretien de cas Célia, on a remarqué que c'est une fille très sensible, elle a les yeux tristes, souvent préoccupée par sa maladie et par la peur de mourir après l'intervention. C'est une fille qui s'attache rapidement vu son manque affectif par la perte de sa maman.

Face à l'acte chirurgical, Célia est effrayée et très bouleversée par l'intervention chirurgicale, elle a peur de quitter sa famille et d'être seule au bloc opératoire. On peut dire qu'elle a développé une angoisse de séparation et même une certaine phobie aux soins.

L'analyse des résultats des deux échelles STAIC et m-YPAS montrent que Célia souffre d'une anxiété élevée dont le T=50 sur 60 dans l'échelle STAIC et 81 sur 100 dans l'échelle m-YPAS, Accompagné par des symptômes tels que la peur, l'inquiétude, la nervosité, elle se sent effrayer, troublée, très terrifiée par rapport à l'acte chirurgical qu'elle va subir.

Cas de Ahmad : Après avoir analysé les données de l'entretien du cas Ahmad, on a constaté que c'est un garçon très agité, il pose pleine de questions par rapport au déroulement de son intervention, il manifeste une anxiété, beaucoup de peur, de l'inquiétude face à la situation à laquelle il est confronté (l'intervention chirurgicale).

D'après l'analyse des deux échelles STAIC et m-YPAS montrent que Ahmad souffre d'une anxiété élevée dont le T= 47 sur 60 dans l'échelle STAIC et 86 sur 100 dans l'échelle m-YPAS, Accompagné par des symptômes tels que la peur, l'inquiétude, il se sent effrayer, troublé, terrifié et bouleversé par rapport à l'acte chirurgical qu'il va subir.

La deuxième hypothèse

L'anesthésie et l'acte chirurgical peuvent être des facteurs importants qui engendrent l'anxiété préopératoire chez l'enfant.

Ci-dessous, on va présenter nos cas dont on souligne les facteurs qui favorisent l'anxiété préopératoire en chirurgie viscérale et orthopédique.

Cas Célia : Célia affirme que l'hôpital est un lieu affreux, pleins de représentations qui lui font peur. De même, l'anesthésie chirurgicale est l'un des facteurs qui développe en elle l'anxiété et la peur de la mort.

Cas Ahmad : la crainte de l'intervention chirurgicale chez Ahmad à engendrer chez lui une anxiété élevée.

On a constaté que les deux cas en situation préopératoire souffrent d'une anxiété dont l'intensité est élevée, donc l'anxiété face à l'acte opératoire existe et doit être différencier de l'anxiété trait, son expression est propre à chaque patient, elle nécessite une évaluation et une prise en charge individuelle.

Donc d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle STAIC et m-YPAS pour la mesure de l'anxiété, notre première hypothèse relative à l'intensité de l'anxiété est confirmée, c'est-à-dire que les deux cas souffrent d'une anxiété élevée en situation préopératoire.

Et en s'appuyant sur la théorie cognitive-comportementale qui nous a servi d'approche référentielle dans notre étude, on a remarqué que les pensées des patients futurs opérés ne sont pas seulement centrées sur la situation immédiate relative à l'intervention chirurgicale mais aussi centrée sur l'avenir, ils s'inquiètent pour eux-mêmes et pour leurs proches.

Les sujets dont l'anxiété est d'intensité élevée sont des personnes tourmentées par la souffrance relative à la suite de l'intervention chirurgicale. C'est le cas et Célia et Ahmad, qui non seulement craignent les conséquences fâcheuses de la chirurgie sur le suivi et la réussite de leur activité quotidiennes mais aussi ils forgent des scénarios pessimistes notamment sur une éventuelle possibilité de mourir lors de l'acte opératoire.

Pour la deuxième hypothèse relative au facteur déclencheur de l'anxiété préopératoire, elle est confirmée, c'est à dire que l'anxiété des patients est surtout relative à la peur de l'anesthésie et de l'acte chirurgical lui-même.

Il est noté que quelque soit son contexte, son intensité, son mode d'expression, l'anxiété est toujours présente et se manifeste physiquement et psychiquement en situation préopératoire car l'acte chirurgical est un élément anxiogène chez le futur opéré.

Synthèse

A partir des résultats obtenus de cette étude, nous avons constaté que les enfants admis à l'hôpital pour une intervention chirurgicale souffrent d'une anxiété préopératoire. Celle-ci se manifeste par une intensité très élevée vu qu'ils n'ont pas été préparés psychologiquement à cet acte considéré chez eux une mort absolue. Il est donc nécessaire et primordiale de les prendre en charge afin d'éviter des complications postopératoire.

Conclusion

Conclusion

Dans le cadre de cette étude inhérente, nous avons tenté de répondre à la question concernant l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile (viscérale et orthopédique).

Ce travail a été réalisé à base d'une recherche bibliographique d'un ensemble d'observations constatés sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête et des résultats obtenus à partir de la passation de l'entretien et des deux échelles STAIC et m-YPAS afin de mesurer le degré et l'intensité de l'anxiété des enfants avant d'aller au bloc opératoire pour être opérés.

Tout d'abord, on a parlé de la chirurgie infantile qui apparaît comme une spécialité particulièrement importante car elle s'adresse à des enfants physiquement et socio-psychologiquement fragiles.

Ensuite, on a abordé l'anxiété préopératoire qui est un malaise physique et psychologique en lien avec l'intervention chirurgicale, ce n'est pas une peur spécifique ou précise mais une réaction au stress qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation.

Notre objectif était également de mesurer le degré et l'intensité de l'anxiété préopératoire chez les enfants avant d'être opérés et les facteurs déclenchant de cette dernière.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche portées sur l'anxiété préopératoire, nous avons eu recours à la méthode qualitative (l'entretien clinique de recherche semi-directif) et à l'échelle de (STAIC). Ces outils de recherche ont été appliqués sur les deux cas, dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses. À partir des résultats obtenus, nous avons pu dire que ces hypothèses ont été confirmées pour les deux sujets.

Nous avons aussi essayé de trouver et d'identifier les facteurs qui associent cette anxiété telle que l'hospitalisation, l'acte chirurgical, la consultation pré-anesthésique, la douleur et la séparation avec les parents.

Il est donc important de signaler que dans la réalisation de ce travail de recherche, on a rencontré de nombreux obstacles : le manque de documentations au niveau de la bibliothèque, difficulté de trouver un lieu de stage et la crise sanitaire (Covid 19) qui nous a bloqué pendant une longue durée alors on n'a pas pu continuer notre stage pratique.

Cependant, il faut admettre que malgré tous les obstacles rencontrés dans la préparation de ce mémoire, cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de choses sur le plan pédagogique, personnel et humain.

En outre, le choix de notre thème est basé sur son importance. On peut dire qu'il y a un manque de sensibilisation concernant ce type de sujet dans notre pays, qui est marqué par

l'absence des moyens de préventions et de pris en charge de cette anxiété préopératoire spécialisée pour soulager et aider ces enfants à dépasser leur stress et anxiété.

Enfin, nous pensons qu'il est utile et profitable pour nos enfants hospitalisés de voir des psychologues qui seront à l'écoute de leur préoccupations et leurs craintes légitimes relatives à l'hospitalisation et à l'acte chirurgicale car nous avons constaté que l'ensemble des enfants se disent qu'ils sont sécurisés et soulagés d'avoir pu parler de leur crainte à un psychologue.

Nous souhaitons à travers ce modeste essai que nous avons apporté quelque quelques éclaircissements et explications à notre thème « L'anxiété préopératoire en chirurgie infantile » et d'ouvrir de nouvelles perceptives sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Bibliographie

Bibliographie

- 1- Amouroux, R., Rousseau-Salvador, C., Annequin, D. (2012). L'anxiété préopératoire: manifestation cliniques, évaluation et prévention. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00682246/documen>
- 2- Astuto, M., Rosano, G., Rizzo, G., Disma, N., Raciti, L., Sciuto, O. (2006). Preoperative parental information and parents' presence at induction of anesthesia. *Minerva Anesthesiologica*, 72(6), 461-465.
- 3- Ball, J., & Bindler, R. (2010). Soins infirmiers en pédiatrie. Saint-Laurent, Canada: ERPI.
- 4- Bee, H., & Boyd, D. (2003). Psychologie du développement: les âges de la vie. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- 5- Belleau, P., Martin, V. (2014). Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec une vision partagée pour des interventions concertées. Québec: Québec. Disponible sur : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>.
- 6- Bennony, H. (2005). Le développement de l'enfant et ses psychopathologies. Paris: Armand Colin
- 7- Berard, L. (1994). Soins en cancérologie. (2^{ème} éd), Paris, France : arnette
- 8- Besançon, Guy. Manuel de psychopathologie. [Internet]. Dunod; 1993 [cité 23 avril 2015]. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/manuel-de-psychopathologie-9782100014521.html>
- 9- Bodot, L. (2015). Evaluation de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaire. (Université de toulouse, thèse de doctorat).
- 10- Bouvard, M.(2008). Echelles et questionnaire d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. France : Masson.
- 11- Bruchon-Schweitzer, M. (2001) Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement, Paris, France : Dunod
- 12- Carpentio, LJ. (2004). Plans de soins et Dossiers infirmier. (2^{ème} éd), Bruxelles, Belgique : Boeck
- 13- Chahraoui, Kh., Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherches En psychologie clinique. Paris : Dunod.

- 14- Coulon-Strumeyer, C., Debray, Q. (1998) Soins, anxiété, peur, angoisse, soins infirmière, 5, 38-40
- 15- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anaesthesia*, 23(2), 139-143.
- 16- Dalens, B., Veyckemans, F. (2012) L'anesthésie générale de l'enfant et du nouveau-né. Montpellier, France : Sauramps Médical
- 17- Dalstein, G. (1995). L'expérience du bloc opératoire, vécu du patient. *Recherche en soins infirmier*, 14, 65-66
- 18- Debray, Q., Grager, B., Et al. (2010) psychopathologie de l'adulte (4^{ème} éd), Paris, France : Masson
- 19- Demers, J-C. (2008). L'enfant et l'hôpital: accompagner l'enfant face à la maladie et à l'hospitalisation, accompagner l'enfant dont un parent est malade. Le Mont-sur-Lausanne, Suisse: LEP
- 20- Detrie, PH. (1992). Petite chirurgie : soins, conduite à tenir et investigations.(4^{ème} éd), Paris, France : Masson
- 21- Dionigi, A., Sangiorgi, D., & Flangini, R. (2013). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. *Journal of health psychology*, 0(0), 1-12.
- 22- Dominique, S. (2012) Gestion du stress et de l'anxiété. (3^{ème} éd), Elsevier Masson
- 23- Doron, R., Parot, F. (2007). Dictionnaire de psychologie. Paris: PUF.
- 24- Freud, A., Bergman, T. (1976). Les enfants malades, Toulouse, France : Privat
- 25- Gandjbakhch, I. (2009). Bloc opératoire. *Bultin de l'académie de médecine*, vol 193 N°4
- 26- Gerrig, JR., Zimbardo, P. (2008). Psychologie (18^{ème} éd), Paris, France : Pearson Education
- 27- Graindorge, C. (2005). Comprendre l'enfant malade: du traumatisme à la restauration psychique. Paris: DUNOD
- 28- Graziani, P. (2003). Anxiété et trouble anxieux (éd Nathan)/ VUEF, Paris.
- 29- Guillerme, S.(1996). «Je ne fermerai pas les yeux » ou à propos de la période préopératoire en chirurgie pédiatrique. (thèse de doctorat en médecine, université de Limoges)
- 30- Habre, W. (2002). Prémédication-préparation à l'intervention. Repéré à <http://e-adarpef.fr/wp-content/uploads/2016/03/Premedication.pdf>

- 31- Hardy-Baylé M-C, Hardy P. Enseignement de la psychiatrie. Wolters Kluwer France; 2003. 324 p.
- 32- Hesselberg, M. (2001). Psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Etudiant du secteur social. Paris: Vuibert
- 33- <https://www.asso-acpf.com>
- 34- Kain, Z.N., Mayes, L.C., Caldwell-Andrews, A.A., Saadat, H., McClain, B., & Wang, S.M. (2006). Predicting which children benefit most from parental presence during induction of anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 16, 627-634
- 35- Kain, Z.N., Mayes, L.C., Wang, S.M., Caramico, L.A., Krivutza, D.M., & Hofstadter, M.B. (2000). Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery. *Anesthesiology*, 92(4), 939-946.
- 36- Lambotte, I., Gheest, F., Detemmerman, D. (2006). Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2006-2-page-31.htm>
- 37- Larousse médicale.(2006).
- 38- Lecourt, D. (2004). Dictionnaire de la pensée médicale (éd PUF), Paris, France.
- 39- Legall, A. (1995). L'anxiété et l'angoisse, (5^{ème} éd), Alger : Dahlab
- 40- Les droits de l'enfant. (2009). Dossier préparé par l'Unicef pour le Parlement des enfants. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/livretParlementUNICEF100107v2.pdf>
- 41- Li, H.C.W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63-73
- 42- Li, H.C.W., Lopez, V., Lee, T.L.I. (2007b). Psycho educational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 34-41.
- 43- Litke, J., Pikulska, A., & Wegner, T. (2012a). Management of perioperative stress in children and parents. Part I-The preoperative period. *Department of Anesthesiology and Intensive Therapy*, 44(3), 165-169
- 44- Litke, J., Pikulska, A., & Wegner, T. (2012b). Management of perioperative stress in children and parents. Part II-Anesthesia and postoperative period. *Anesthesiology Intensive Therapy*, 44(2), 170-174.
- 45- Lutgen I.(1984). L'angoisse préopératoire, soins en chirurgie, 42/43, 40

- 46- Lynch, M. (1994). Preparing children for day surgery. *Children's health care*, 23, 75-85.
- 47- Manuila, A, et al. (2004). Dictionnaire médical Manuila (10^{ème} éd), Paris, France : Masson
- 48- Marchi, A. (2016). Les soins dentaires sous anesthésie générale des jeunes enfants. (thèse de doctorat en médecine, université de strasbourg).
- 49- Organisation mondiale de la santé, (2001). Classification mondiale des troubles du comportement (10^{ème} éd). Paris, France : Masson
- 50- Palazzolo, J. (2007) Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, Paris, France : Massion
- 51- Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2010). Psychologie du développement humain. Saint-Laurent, Canada: Chenelière Education.
- 52- Piaget, J. (1967). La psychologie de l'intelligence. Paris, France: Armand Colin.
- 53- Pourchet, M. (2017). Elaboration EVEA, une échelle d'évaluation de l'anxiété avant les soins aux urgences pédiatrique chez les enfants de 3 à 16 ans (université de Lyon 1, thèse d'exercice en médecine).
- 54- Razavi, D., Delvaux, N.(2002). Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille (2^{ème} éd). Paris, France : Masson
- 55- Revue médicale Suisse. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-236/L-hypnose-et-les-troubles-anxieux>
- 56- Sillamy, N. (1999). Dictionnaire de la psychologie, éd Larousse
- 57- Sillamy, N. (2003) Dictionnaire de psychologie, Paris, éd Larousse
- 58- Spielberger, C. (1973). Manuel for the state Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). Palo Alto (CA) Consulting psychologists Press: 1973
- 59- Thibault-Wanquet, P. (2008). Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital: la place des proches dans la relation de soin. Paris, France : Elsevier Masson.
- 60- Tourrette, C., Guidetti, M. (2008). Introduction à la psychologie: Du bébé à l'adolescent. Paris: ARMAND COLIN.
- 61- Traore, M. (2009). Pathologies chirurgicales chez les enfants de 0 à 15 ans (thèse de doctorat, université de Bamako). Theses.fr.
- 62- Turgeon, L., Chartrand, E. (2003). Psychometric properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63: 174-185

- 63-** Vaezzadey, N., Douki, Z.E., Hadipour, A., Ousia, S., Shahmohammadi, S. & Sadeghi, R. (2011). The effects of performing preoperative preparation program on school-age childrens anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 461-466.
- 64-** William Li, H. C., Lopez, V. & Lee, T. L.(2007). Psycho Educationnal Preparation of Children for surgery: The importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling*, 65, 34-41.
- 65-** William Li, H.C., Lopez, V., & Lee, T. L. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in Nursing Health*, 30(3), 320-332.

Annexes

Annexe A

Guide d'entretien

Axe 1 : Information personnel :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre date de naissance ?
- Vous êtes en quel année d'étude ?
- Combien de frères avez –vous ? et quel est votre position dans cette fratrie ?

Axe 2 : Hospitalisation et maladie

- Est –ce que vous-êtes déjà hospitalisé ? pour quel type de maladie ou de chirurgie ?
- Que signifie l'hôpital pour vous ?
- Comment sont-elle vous relations avec le personnel chirurgico-médical (les médecin et les infirmiers) ?
- Est-ce que vous êtes sous traitement médicamenteux ?

Axe 3 : L'intervention chirurgical

- Quelle est la cause de votre intervention chirurgical (Maladie ou accident) ?
- Pouvez-vous me dire comment avez-vous reçu l'information de subir une intervention chirurgicale ?
- Quand est ce que on vous a informé de subir l'intervention chirurgicale ? Par qui ? et comment ?
- Vous a-t-on expliquez le déroulement de votre intervention ?
- Vous allez subir quel type de chirurgie ?

Axe 4 : L'anxiété

- -Est –ce que vous vous inquiétez de tomber malade où d'être obligé d'aller à l'hôpital ou de subir une intervention chirurgicale ?
- Comment vous vous sentez en ce moment ?
- Etes- vous nerveux (se) ? Par apport à quoi ?
- Qu'est- ce qui vous inquiète le plus en ce moment ?
- Sentez-vous bouleversé (e)
- Avez-vous confiance en vous
- Etes- vous détendu (e) ?
- Etes-vous effrayé par apport a l'intervention ?
- Est-ce que vous êtes pressé de sortir de l'hôpital ?

- Comment envisagez-vous l'avenir après l'intervention ?
- Avez-vous peur ? vous sentez vous anxieux (se) ?

Annexe B

Echelle d'anxiété état-trait pour enfant –State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)

Nom : _____ prénom : _____

Age : _____

Date de passation : _____

Anxiété situationnelle

Instructions

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour ce décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens **maintenant**. Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne prends pas trop de temps sur une phrase. Souviens toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant, **à ce moment-ci**.

Items	
1 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très calme <input type="checkbox"/> calme <input type="checkbox"/> pas du tout calme
2 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très bouleversé (e) <input type="checkbox"/> bouleversé (e) <input type="checkbox"/> pas bouleversé (e)
3 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très aimable <input type="checkbox"/> aimable <input type="checkbox"/> pas aimable
4 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très nerveux (se) <input type="checkbox"/> nerveux (se) <input type="checkbox"/> pas nerveux (se)
5 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très agité (e) <input type="checkbox"/> agité (e) <input type="checkbox"/> pas agité (e)
6 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très reposé (e) <input type="checkbox"/> Reposé (e) <input type="checkbox"/> pas reposé (e)
7 Je me sens...	<input type="checkbox"/> beaucoup de peur <input type="checkbox"/> un peu de peur <input type="checkbox"/> pas de peur

8 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très détendu (e) <input type="checkbox"/> détendu (e) <input type="checkbox"/> pas détendu (e)
9 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très inquiet (e) <input type="checkbox"/> inquiet (e) <input type="checkbox"/> pas inquiet (e)
10 Je me sens...	<input type="checkbox"/> satisfait (e) <input type="checkbox"/> très satisfait (e) <input type="checkbox"/> pas satisfait (e)
11 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très effrayé (e) <input type="checkbox"/> effrayé (e) <input type="checkbox"/> pas effrayé (e)
12 Je me sens...	<input type="checkbox"/> Très heureux (se) <input type="checkbox"/> Heureux (se) <input type="checkbox"/> pas heureux (se)
13 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très sûr (e) <input type="checkbox"/> sûr (e) <input type="checkbox"/> pas sûr (e)
14 Je me sens...	<input type="checkbox"/> très bien <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> pas bien
15 Je sens...	<input type="checkbox"/> très troublé (e) <input type="checkbox"/> troublé (e) <input type="checkbox"/> pas troublé (e)
16 Je sens...	<input type="checkbox"/> très tracassé (e) <input type="checkbox"/> tracassé (e) <input type="checkbox"/> pas tracassé (e)
17 Je sens...	<input type="checkbox"/> très gentil (le) <input type="checkbox"/> gentil (le) <input type="checkbox"/> pas gentil (le)
18 Je sens...	<input type="checkbox"/> très terrifié (e) <input type="checkbox"/> terrifié (e) <input type="checkbox"/> pas terrifié (e)
19 Je sens...	<input type="checkbox"/> très confus (e) <input type="checkbox"/> confus (e) <input type="checkbox"/> pas confus (e)
20 Je sens...	<input type="checkbox"/> très enjoué (e) <input type="checkbox"/> enjoué (e) <input type="checkbox"/> pas enjoué (e)

Annexe C

Anxiété trait

Instructions

Tu trouveras ci-dessous des phrases que les garçons et les filles utilisent pour ce décrire. Lis chaque phrase attentivement et décide comment tu te sens **en général**. Ensuite, place un X dans le carré devant le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne prends pas trop de temps sur une phrase. Souviens toi que tu dois essayer de trouver le mot ou la phrase qui décrit le mieux comment tu te sens maintenant, **habituellement**.

items		Presque jamais	Quelquefois	Souvent
1	Je suis préoccupé (e) par l'idée de faire des erreurs.			
2	J'ai envie de pleurer.			
3	Je me sens malheureux (e).			
4	J'ai de la difficulté à prendre des décisions.			
5	Il est difficile pour moi de faire face à mes problèmes.			
6	Je m'inquiète trop.			
7	Je deviens bouleversé (e) quant je suis à la maison.			
8	Je suis gêné (e).			
9	Je me sens troublé (e).			
10	Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.			
11	Je m'inquiète à propos de l'école.			
12	J'ai de la difficulté à décider quoi faire.			
13	Je remarque que mon cœur			

	bat vite.			
14	J'ai peur et je n'en parle à personne.			
15	Je m'inquiète pour mes parents.			
16	Mes mains sont moites (mouillées).			
17	Je m'inquiète à propos de choses qui pourraient arriver.			
18	J'ai de la difficulté à m'endormir le soir.			
19	J'ai une sensation bizarre dans mon estomac.			
20	Je m'inquiète à propos de ce que les autres pensent de moi.			

Annexe D**ECHELLE m-YPAS**

Nom : prénom :

Age : Sexe :

Date de passation :

		Cotation	Réponse
Activité	Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux)	1	
	Ne joue pas, tripote, suce ses doigts Attente près de ses parents	2	
	Activité confuse sans but Agrippé a ses parents Bouge sur la table, refuse le masque	3	
	Refuse la séparation avec ses parents Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres	4	
Comportement verbale	Questionne calmement, rires Commentaire adaptée	1	
	Réponse chuchotée Hochement de tête	2	
	Meut, pas de réponse aux adultes	3	
	Plaintes, gémissements, pleurnichard	4	
	Cris, dit « non »	5	
	Cris fort, audible sous le masque	6	
Expression	Heureux, souriant	1	
	Indifférent, sans expression	2	
	Inquiet, triste, yeux apeurés	3	
	Anxieux, cris, effrayé	4	

Eveil	Curiosité, en éveil	1	
	Replié sur lui, assis sans bouger, regarde les adultes	2	
	Vigilant, tendu, regards furtifs	3	
	Paniqué, cris, repousse les adultes	4	
Attitude avec les parents	Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux	1	
	Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux	2	
	Épie leurs gestes, s'accroche à eux	3	
	Rejet des parents, ou désespérément accroché à eux, ne les laissant pas s'éloigner	4	

Liste des abréviations

- **ALG:** Anesthésie loco régionale.
- **ASA:** American Society of Anesthésiologiste.
- **CIM:** Classification Internationale des Maladies.
- **DSM :** Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
- **HAA :** Hospitalisation Avant Acte opératoire.
- **EVA:** échelle visuelle analogique.
- **OMS :** Organisation Mondial de la Santé.
- **STAIC:** State- Trait Anxiety Inventory Children.
- **SNS :** Système Nerveux Sympathique.
- **SNP :** Système Nerveux Parasymphatique.
- **m-YPAS :** modified Yale Preoperative Anxiety Scale.
- **VPT :** Venham Picture Test.

Liste des figures

N° de la figure	Titre	Page
1	Enfant face à une intervention chirurgicale.	16
2	Bloc opératoire.	24
3	Schéma récapitulatif de distinction entre anxiété, angoisse et peur .	43
4	Caractéristiques de l'anxiété morbide.	47
5	The anatomy of anxiety/anatomie et biologie de l'anxiété.	52
6	Facteurs de l'anxiété préopératoire.	62

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
1	Classification du risque anesthésique selon le score de l’American Society of Anesthésiologistes (ASA)	21
2	Définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM 5).	49
3	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d’étude.	78
4	Score et résultats de l’échelle STAI-C de cas de Celia.	90
5	Score et résultats de l’échelle m-YPAS de cas de Celia.	93
6	Score et résultats de l’échelle STAI-C de cas de Ahmad.	98
7	Score et résultats de l’échelle m-YPAS du cas de Ahmad.	105

Table de matière

Remerciement

Dédicace

Introduction2

Problématique et hypothèses6

Opérationnalisation des concepts..... .11

Partie théorique

Chapitre I: Chirurgie infantile14

Section 1 : Aspect médical de la chirurgie infantile.....14

Préambule14

Aperçu historique14

1. Définition de la chirurgie.....15

2. Définition de la chirurgie infantile15

2.1. La chirurgie viscérale pédiatrique.....16

2.2. La chirurgie orthopédique pédiatrique16

3. Les indications de la chirurgie.....16

4. Les différents types de la chirurgie17

5. Les instruments chirurgicaux17

6. L'anesthésie chirurgicale19

6.1. Définition de l'anesthésie19

6.2. Le but de l'anesthésie19

6.3. Les étapes anesthésique chez l'enfant20

6.4. Les risques suite à l'anesthésie21

6.5. Classification anesthésique21

7. Les différentes étapes d'une intervention chirurgicale22

7.1. L'accueil du malade22

7.2. Bilan préopératoire22

7.3. veilles de l'intervention22

7.4. Le jour de l'intervention22

7.5. Retour du bloc opératoire23

7.6. Les soins postopératoires23

7.7. Rapport écrit postopératoire	23
8. Le bloc opératoire	23
8.1. Définition de bloc opératoire	23
8.2. Salle d'opération	24
8.3. Salle annexes	24
Synthèse	25
Section 2 : Aspect psychologique de l'intervention chirurgicale chez l'enfant	25
Préambule	25
Aperçu historique de l'enfant à l'hôpital.....	25
1. Définition de l'enfance.....	26
2. Définition de l'enfant.....	27
3. Le développement de l'enfant	27
3.1.Le développement cognitif de l'enfant selon la théorie de Piaget	27
3.2. Le développement psychosocial d'Erikson	29
4. L'approche psychologique de l'intervention chez l'enfant	31
5. Les particularités psychologiques liées à l'anesthésie chez l'enfant.....	33
6. Les traces laissées par l'hospitalisation chez l'enfant	35
6.1. Sensibilité accrue aux angoisses du développement psychoaffectif	35
6.2. Inhibition des mouvements d'autonomisation	36
6.3. Aménagements relationnels post-hospitalisation	36
Synthèse	37
Chapitre II: L'anxiété préopératoire	39
Section 1 : L'anxiété	39
Préambule	39
Aperçu historique.....	39
1. Définition des concepts	40
1.1. L'inquiétude	41
1.1. Angoisse	41
1.2. Peur	41
1.3. Stress	41
1.4. Anxiété	41
2. Distinctions entre peur et angoisse par rapport à l'anxiété	42
2.1.Distinction entre anxiété et peur	42

2.2. Distinction entre anxiété et angoisse	42
3. Les différentes formes de l'anxiété	44
3.1 L'anxiété état	44
3.2 L'anxiété trait	44
4. La symptomatologie anxieuse	45
5. L'anxiété normale ou pathologique	46
6. Les types de l'anxiété selon DSM	47
6.1. Une attaque de panique	47
6.2. L'agoraphobie	47
6.3. Le trouble panique sans agoraphobie	48
6.4. Le trouble panique avec agoraphobie	48
6.5. L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique	48
6.6. La phobie sociale	48
6.7. La phobie spécifique	48
6.8. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)	48
6.9. L'état des stress post-traumatique	48
6.10. L'état des stress aigu	48
6.11. L'anxiété généralisée (trouble)	48
6.12. Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale	49
6.13. Le trouble anxieux induit par une substance	49
6.14. Le trouble anxieux non spécifique	49
7. Le modèle neuropsychologique de l'anxiété	50
8. Les modèles théoriques explicatives de l'anxiété	52
8.1. Théorie comportemental	52
8.2. Théorie cognitive	53
8.3. Théorie psychanalytique	53
9. Traitements et prises en charge de l'anxiété	54
9.1. Traitement médicamenteux	54
9.2. Prise en charge thérapeutique	55
Synthèse	57
Section 2 : l'anxiété préopératoire	57
Préambule	57
1. Définition de l'anxiété préopératoire	58

2. Spécificités psychopathologiques de l'anxiété préopératoire	58
3. La clinique de l'anxiété préopératoire	59
4. Les facteurs de l'anxiété préopératoire	60
5. Les conséquences de l'anxiété préopératoire	62
6. Tests et échelles d'évaluation de l'anxiété préopératoire	63
6.1. Le score modified Yale Preoperative Anxiety Scale (m-YPAS)	63
6.2. L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) Anxiété	64
6.3. Venham Picture test (VPT)	65
6.4. State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)	66
7. La prévention et la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'enfant	66
7.1. Hypnose	67
7.2. L'acupuncture	67
7.3. L'acupression	68
7.4. La musicothérapie	68
7.5. Les dessins animés	69
7.6. Le jeu thérapeutique	70
7.7. Les clowns	70
Synthèse	70

Partie pratique

Chapitre III : Chapitre méthodologique	74
Préambule	74
1. Démarche de la recherche et techniques utilisées	74
1.1. La pré-enquête	74
1.2. Présentation du lieu de stage	74
1.3. La méthode clinique	75
2. Présentation de la population d'étude	78
2.1. Population d'étude	78
3. Les techniques utilisées	79
3.1. l'entretien de recherche et l'entretien clinique	79
3.2. Echelle d'anxiété état-trait pour enfant (STAI-C)	82
3.3. le score modified Yale preoperative anxiety scale (m-YPAS)	84
4. Les limites de la recherche	84

4.1. Les difficultés d'ordre théoriques	84
4.2. Les difficultés d'ordre pratique	85
Synthèse	85
Chapitre IV : Présentation des résultats, analyse et discussion des hypothèses	87
Préambule	87
1. Cas Célia	87
1.1. Présentation de cas de Célia	87
1.2. Analyse de l'entretien de Célia	87
1.3. Résumé de l'entretien de cas de Célia	88
1.4. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Célia	90
1.5. L'analyse de l'échelle d'anxiété Etat (Situationnelle) de cas de Célia	92
1.6. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Célia.....	94
1.7. L'analyse de l'échelle de cas Célia	94
2. Cas Ahmad	95
2.1. Présentation de cas de Ahmad	95
2.2. Analyse de l'entretien de Ahmad	95
2.3. Résumé de l'entretien de cas de Ahmad.....	96
2.4. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Ahmad	98
2.5. L'analyse de l'échelle d'anxiété Etat (Situationnelle) de cas de Ahmad.....	100
2.6. Présentation des résultats de l'échelle de cas de Ahmad	101
2.7. L'analyse de l'échelle m-YPAS de cas de Ahmad	102
3. Discussion des hypothèses	103
Synthèse	105
Conclusion	107
Liste des références	
Annexes	

Résumé

Cette étude porte sur « l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile », ses objectifs sont multiples. D'abord, mesurer le degré et l'intensité de l'anxiété préopératoire en chirurgie infantile en déterminant les facteurs qui l'engendrent. Ensuite, clarifier l'impact et la gravité de cette anxiété. Enfin, démontrer l'obligatoire d'une intervention thérapeutique afin de la diminuer et d'éviter les complications postopératoire.

On a effectué cette recherche au sein du service de la chirurgie infantile de l'hôpital de Targa Ouzemour Béjaïa. A fin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique qui comporte l'étude cas, l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles STAI-C et m-YPAS.

Les résultats obtenus mettent en lumière la présence d'une anxiété dont l'intensité est très élevée chez les deux cas étudiés (Célia et Ahmad), ainsi plusieurs facteurs engendrent cette anxiété chez l'enfant avant d'être opéré tels que : l'anesthésie, l'hospitalisation, l'acte chirurgical lui-même, la séparation avec les parents...etc.

Il est donc essentiel d'évaluer cette anxiété afin de prendre en charge l'enfant avant l'acte chirurgical et d'éviter les complications postopératoires.

Mots clés : chirurgie, chirurgie infantile, enfant, anxiété, anxiété préopératoire.

Abstract

This study focuses on "preoperative anxiety in childhood surgery", its objectives are multiple. First, measure the degree and intensity of preoperative anxiety in childhood surgery by determining the factors that cause it. Next, clarify the impact and severity of this anxiety. Finally, demonstrate the necessity of a therapeutic intervention in order to reduce it and avoid postoperative complications.

This research was carried out in the infant surgery department of Targa Ouzemour Béjaïa hospital. To carry out this work, we opted for the clinical method which includes the case study, the semi-structured clinical interview and the two scales STAI-C and m-YPAS.

The results obtained highlight the presence of anxiety whose intensity is very high in the two cases studied (Célia and Ahmad), thus several factors generate this anxiety in the child before being operated on, such as: anesthesia, hospitalization, the surgical act itself, separation from parents... etc.

It is therefore essential to assess this anxiety in order to manage the child before surgery and to avoid postoperative complications.

Keywords: surgery, infant surgery, child, anxiety, preoperative anxiety.