

**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE 1996



THESE N° 159 / 1

**" JE NE FERMERAI PAS LES YEUX "**  
**ou à propos de la période préopératoire**  
**en chirurgie pédiatrique**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 25 Octobre 1996

par

**Sandrine GUILLERME épouse ZEYBEK**

Née le 4 Avril 1966 à Aix-en-Provence (Bouches du Rhône)



**EXAMINATEURS DE LA THESE**

Monsieur le Professeur GAROUX

Président

**PAR ORDRE ALPHABETIQUE**

Monsieur le Professeur ALAIN

Juge

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR

Juge

Monsieur le Professeur MOULIES

Juge

Monsieur le Docteur ROCHE

Membre invité

Monsieur le Docteur TERRIER

Membre invité



**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE 1996

THESE N° 159 / 12

**" JE NE FERMERAI PAS LES YEUX "**  
**ou à propos de la période préopératoire**  
**en chirurgie pédiatrique**

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 25 Octobre 1996

par

**Sandrine GUILLERME épouse ZEYBEK**

Née le 4 Avril 1966 à Aix-en-Provence (Bouches du Rhône)



**EXAMINATEURS DE LA THESE**

Monsieur le Professeur GAROUX

Président

**PAR ORDRE ALPHABETIQUE**

Monsieur le Professeur ALAIN

Juge

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR

Juge

Monsieur le Professeur MOULIES

Juge

Monsieur le Docteur ROCHE

Membre invité

Monsieur le Docteur TERRIER

Membre invité

1

**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur PIVA Claude

**ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIostatistique et Informatique Médicale
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
OUTREQUIN Gérard	ANATOMIE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBLIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

### PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

### SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

\* C.S = Chef de Service

A mes parents, à Valérie,

A Cem

A ma famille

A ma belle-famille

A la mémoire de mon grand-père

A la mémoire de ma grand-mère

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GAROUX  
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie  
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; tout au long de cette année passée dans votre service, vous nous avez impressionnée par votre sens pédagogique et la pertinence de vos conseils. Nous vous assurons de notre respectueuse considération.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur ALAIN  
Professeur des Universités de Chirurgie Infantile  
Chirurgien des Hôpitaux, Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse; vous nous avez accueillie à plusieurs reprises dans votre service en nous laissant la possibilité d'y travailler.  
Soyez en remercié.

Monsieur le Professeur DE LUMLEY WOODYEAR  
Professeur des Universités de Pédiatrie  
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

Vous nous faites l'honneur d'accepter de participer  
aux travaux de ce jury de thèse.  
Soyez en remercié.

Monsieur le Professeur MOULIES  
Professeur des Universités de Chirurgie Infantile  
Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous avez reçue et conseillée; vous nous faites  
l'honneur d'avoir accepter de siéger dans ce jury.  
Soyez en également remercié.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur ROCHE

Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre

Ton écoute, ta disponibilité et tes encouragements  
nous ont permis de mener à bien ce travail;  
nous t'exprimons notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur TERRIER

Praticien Hospitalier, Anesthésiste - Réanimateur

Votre disponibilité et vos conseils nous ont été utiles  
pour aborder certains des aspects du travail engagé.  
Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude.

A Mademoiselle le Docteur Marie-Michèle BOURRAT

Vous nous avez fait découvrir la pédopsychiatrie.

Vos conseils nous ont été précieux dans la réalisation de ce travail.

Nous vous exprimons notre respect et notre gratitude.

A Annie

Qui a lancé les premières explorations.

A tous les enfants qui nous ont permis de les accompagner durant leur "voyage".

**PLAN**

**INTRODUCTION**

**PREMIERE PARTIE : Etat des lieux**

I - Histoire de l'enfant à l'hôpital

II - Histoire de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique

**DEUXIEME PARTIE : L'intervention chirurgicale chez l'enfant, de quoi s'agit-il?**

I - Les différentes étapes

A / La chirurgie

a) Le chirurgien et la consultation chirurgicale

b) La salle d'opération

B / L'anesthésie générale

a) La consultation "préanesthésie"

b) Les prémédications

c) L'induction de l'anesthésie

C / La période "préopératoire"

a) Définition

b) Description

## II - Approche psychologique de l'intervention

### A / L'enfant

- a) Selon l'âge
- b) Selon le développement
- c) Particularités liées à l'anesthésie
  - α) Le sommeil
  - β) La douleur
- d) Fantasmes liés à l'intervention chirurgicale
- e) Anxiété - angoisse

### B / Les parents

- a) Les causes d'anxiété générales
- b) Les causes d'anxiété liées à la intervention
- c) Les causes d'anxiété liées à l'hospitalisation

### C / L'équipe soignante

## TROISIEME PARTIE : Illustration de la période préopératoire

### I - Patients et méthode

#### A / Présentation

#### B / Intérêts du support filmé

#### C / Echelle d'évaluation de l'anxiété

### II - Le "voyage"

### III - Les "récits"

### IV - Tableau récapitulatif

## QUATRIEME PARTIE : COMMENTAIRES

I - Hétérogénéité des modalités d'observation des enfants

II - Critiques de l'échelle utilisée et des échelles d'évaluation

A) Remarques préliminaires

B) Illustration de quelques difficultés liées à l'échelle

a) "Sucer son pouce"

b) Les moyens de défense

- externes

- internes

III - Manifestations de l'angoisse - anxiété

- "manifestations scandaleuses"

- manifestations somatiques

- les régressions

IV - Les autres manifestations

V - Souvenirs et anticipation

A) Le masque

B) La douleur

VI - "Stratégies" d'adaptation à l'anxiété

VII - Les parents

VIII - Le personnel du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique

## **CINQUIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE**

### **I - Le traumatisme**

A / Etudes

B/ Critiques

C / "Un souvenir particulier"

### **II - Une solution parmi d'autres**

A) Etudes

B) Critique

## **SIXIEME PARTIE : DISCUSSION**

I - Mise au point sur le traumatisme

II - Angoisse ou anxiété

III - Mise en pratique

## **SEPTIEME PARTIE : CONCLUSION**

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

En 1965, A. Freud (36), dans "Les enfants malades", écrivait: *"Il n'y a pas encore très longtemps que l'on amenait les enfants de tout âge à la salle d'opérations sans leur dire au préalable ce qui allait leur arriver. On considérait à l'époque qu'il valait mieux les ménager en ne suscitant pas à l'avance, chez eux, des attentes anxieuses et aussi par la suite en ne parlant pas avec eux de ce qu'ils avaient subi et qu'ils ne tarderaient pas à oublier, du moins l'espérait-on; il s'avéra pourtant, au contraire, que l'expérience vécue avait un caractère traumatique et des conséquences durables"*.

Dans "Enfance", Nathalie Sarraute (93) relate : *"la porte de ma chambre s'ouvre, un homme et une femme vêtus de blouses blanches me saisissent, on me prend sur les genoux, on me serre, je me débats, on m'appuie sur la bouche, sur le nez un morceau de ouate, un masque, d'où quelque chose d'atroce, d'asphyxiant se dégage, m'étouffe, me remplit les poumons, monte dans ma tête, mourir c'est ça, je meurs"*.

Nathalie Sarraute a écrit sa biographie en 1983, bien des années après avoir vécu cette "agression" (ou ce "meurtre"?). L'acuité de son souvenir est certainement à la mesure de l'intensité du traumatisme vécu. Ce traumatisme de l'intervention chirurgicale appartient à la conscience collective, au patrimoine social, chacun d'entre nous en a une image très précise et "tout le monde en parle". La réflexion d'Anna Freud et le témoignage de Nathalie Sarraute nous permettent de mesurer l'étendue du chemin parcouru car nombreux sont ceux qui, depuis, ont oeuvré à l'amélioration des conditions de distribution des soins et à la mise à l'abri des enfants de situations aussi traumatisantes.

A bien y regarder, ce sont toujours les adultes qui parlent du traumatisme de l'intervention en chirurgie pédiatrique (parents, professionnels de santé, média...), l'enfant ne prend jamais la parole...Des considérations de ces adultes, de leur sollicitude, vont naître toutes sortes de projets plus ou moins fantaisistes dont l'intention première serait d'atténuer le traumatisme chez l'enfant : orchestre ou clowns en salle d'opération, présence des parents au moment de l'induction de l'anesthésie, programmes préparatoires à l'intervention sous la forme de cassettes vidéo, salles de jeu recrées à proximité de la salle d'opération...Ces aménagements n'auraient, en fait, pour uniques résultats que d'"anesthésier" le vécu de la période préopératoire et la culpabilité des adultes. En dépossédant involontairement l'enfant de son espace psychique, on oublie qu'il dispose de son mode de fonctionnement mental et de ses propres mécanismes de défense et qu'il aura, de toutes façons et dans d'autres circonstances, à les utiliser.

Aucun adulte ne pourra jamais envisager l'expérience de l'intervention chirurgicale à travers le regard d'un enfant. Même la relation de souvenirs d'enfance fausse l'approche de cette expérience. Tous les intervenants qui s'essayent à l'aborder mentalement le font avec leur personnalité et leur histoire, confrontées à tout ce qu'elle peut réactiver ou provoquer chez eux : protection, attachement, identification projective, culpabilité, mais aussi sentiment de toute-puissance ou distanciation et phobie.

Le pédopsychiatre interpellé dans son travail de psychiatrie de liaison par l'intervention chirurgicale pédiatrique dispose de deux modalités d'approche : la consultation spécialisée avec un cadre bien déterminé et l'observation du sujet en situation. La première méthode s'exclut d'emblée. La deuxième nous a semblé être la plus adaptée pour pouvoir décentrer le regard habituellement jeté sur l'enfant "futur-opéré" et sur ses manifestations anxieuses dans la "période préopératoire",

au sens large. En effet, si le chirurgien et l'anesthésiste appréhendent l'angoisse de l'enfant, ils le font à travers un regard personnel, de dimension humaine. D'autre part, le pédopsychiatre ne retrouvant pas le cadre traditionnel de la consultation dans le sas d'anesthésie, va être amené à élaborer d'autres méthodes...

Nous avons choisi de nous intéresser aux enfants dans l'attente d'une intervention chirurgicale "bénigne", d'observer les manifestations de leur anxiété et leurs stratégies d'adaptation face à cette anxiété. Toute activité humaine ayant son histoire, l'hôpital, la chirurgie et l'anesthésie pédiatriques ont la leur. La manière avec laquelle un enfant est accueilli dans un sas d'anesthésie est porteuse de cette histoire. Nous avons repris, étape par étape, le parcours d'un enfant et de ses parents depuis l'annonce de l'intervention jusqu'à l'installation de l'enfant sur la table d'opération et nous avons essayé de développer les différents aspects de l'intervention pris pour chacun. Enfin, nous avons rencontré vingt-deux enfants de trois ans et demi à onze ans et nous les avons accompagnés dans leur "voyage" vers la salle d'opération.

**PREMIERE PARTIE**

*"Je ne suis jamais allé dans un hôpital, mais je suppose que c'est comme une exécution, on doit être enlevé de ses parents alors qu'on vient juste de connaître le monde."*

Les élèves de la classe de CM2 de Mme Raynaud  
Ecole du Jeu de Mail II. Montpellier.

## ETAT DES LIEUX

### I - Histoire de l'enfant à l'hôpital

Dans son livre "L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime", P. Ariès (2) s'efforce de situer dans l'histoire l'émergence du sentiment moderne de l'enfance.

Dans la société médiévale, il n'y a pas de place pour l'enfance: on n'a pas conscience de la particularité enfantine. Cette absence de reconnaissance de la particularité enfantine se retrouve à tous les niveaux. La langue ne distingue pas enfance et adolescence; l'enfant participe aux mêmes travaux et aux mêmes jeux que les adultes, la littérature l'ignore, la peinture le représente comme un adulte en miniature, portant les mêmes vêtements. Dès qu'il franchit la période de forte mortalité où il n'intéresse pour ainsi dire pas, tant sa survie est aléatoire, il se confond dans la société des adultes.

P. Ariès situe au XVIIIème siècle l'apparition d'un sentiment nouveau qui attribue à l'enfance une spécificité négligée jusqu'alors. A partir des débuts du XVIIIème siècle, dans toute l'Europe, les médecins savants commencent à s'intéresser à l'enfance et à sa "conservation"; ils sont pleinement d'accord avec toute l'élite dirigeante qui est animée par l'idéal populationniste; on souhaite augmenter le nombre des hommes car ils constituent, plus que l'argent ou les marchandises, la vraie richesse du pays: *en laissant périr les enfants, de manière ou d'autre, ce sont des adultes, c'est une population, ce sont les richesses et toutes les ressources de l'Etat qu'on perd; on le prive de sa force, on en anéantit d'avance l'éclat, la grandeur.* (106)

Avant le siècle des Lumières, la médecine savante ne songe guère à médicaliser la petite enfance. La forte mortalité des enfants est inévitable et sans

doute voulue par Dieu qui donne et reprend la vie, selon les mystères de sa toute-puissance.

Jusqu'au XVIIème siècle, l'histoire des hôpitaux pédiatriques réservés aux soins des maladies infantiles a été étroitement liée à celle des hôpitaux accueillant les enfants abandonnés. Les enfants abandonnés, sains ou malades, étaient accueillis dans des salles qui abritaient également des adultes, dont ils partageaient le lit. Cette promiscuité fut de règle jusqu'à la fin du XVIIIème siècle.

En 1632, St Vincent de Paul déclencha son action pour le sauvetage des enfants orphelins ou abandonnés. Grâce à lui, fut ouvert en 1640, l'hospice des Enfants Trouvés de Paris. Au cours des XVIIIème et XIXème siècles, dans les grandes capitales occidentales, se développent les dispensaires d'abord, puis les hôpitaux voués aux soins des enfants malades. Ces établissements admettaient un nombre élevé de nourrissons et d'enfants affaiblis par leur maladie qui étaient hébergés dans des salles communes de trente à quarante lits. La moindre maladie prenait l'allure d'une épidémie meurtrière. A la fin du XIXème siècle, Archambault, pédiatre parisien, pouvait-il écrire: *"les enfants hospitalisés meurent non de la maladie pour laquelle ils entrent, mais de celle qu'ils y contractent"*. (84)

Cette déclaration finit par pousser l'administration à agir. Peu à peu se sont constitué les services d'isolement réclamés pendant un demi-siècle.

Lorsque l'hôpital, encore refuge pour les indigents, devient peu à peu établissement de soins, la pédiatrie peut apparaître. Grâce à de nombreuses autopsies pratiquées, C. M. Billard (1800-1832) a changé le regard des médecins sur le corps de l'enfant et défini la maladie par rapport à l'enfant en bonne santé. Pour paraphraser M. Maury (76), on quitte alors l'adultomorphisme et l'ère de la médecine hippocratique.

A la fin du XIXème siècle, les découvertes pasteurienues révolutionnent les conditions de survie des enfants à l'hôpital. Les conduites d'asepsie médicale, voisines de l'asepsie chirurgicale, se développent. Les constructions d'hôpitaux tiennent compte de la nécessité de l'isolement.

Jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, l'hôpital pédiatrique continue à faire peur, ce qui fait dire à l'éditorialiste du Lancet en 1933 (50): *"Il est préférable, pour mauvaises que soient les conditions du traitement à domicile et rudimentaires les soins de l'infirmière, de laisser à la maison des enfants atteints même de rougeole grave, pourvu qu'ils soient tenus dans un lit chaud avec fenêtres ouvertes"...*

Après la seconde guerre mondiale, l'explosion des connaissances et des techniques, associée aux progrès sociaux et aux conditions de vie, bouleverse le visage de la pédiatrie.

En 1973, Robert Debré, cité par J. Gerbeaux (39) s'exprime ainsi: *"Pendant ces cinquante dernières années, la connaissance de l'enfant, de ses maladies, et de ses moyens de les prévenir ou de les guérir, a fait plus de progrès que pendant vingt siècles"*.

Dans le même temps où les connaissances biologiques et les progrès techniques révolutionnent la médecine de l'enfant, les connaissances sur le développement psychologique de l'enfant, ses besoins affectifs, notamment lors d'une séparation avec le milieu familial sont largement démontrés au lendemain de la seconde guerre mondiale. Nous ne citerons que les travaux d'Anna Freud (1944), de John Bowlby (1951) et de René Spitz (1945, 1965).

L'introduction de psychologues et de pédopsychiatres auprès des enfants, de leur famille, et des équipes soignantes à l'hôpital, est désormais une pratique de plus en plus répandue, même si elle se heurte encore à des difficultés inhérentes à la mise en place de cette forme de pluridisciplinarité.

Evoquer l'accueil de l'enfant à l'hôpital aujourd'hui oblige à mesurer l'ampleur du chemin parcouru. Si on a pu parler de "l'humanisation des hôpitaux", c'est bien d'abord à propos des hôpitaux pédiatriques ou des services de pédiatrie en hôpital général.

Aux alentours des années quatre-vingt (la loi Veil qui crée le service de "l'humanisation" date de 1977; la création d' A.P.A.C.H.E. = Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants remonte à 1982), le problème de l'accueil des enfants à l'hôpital est soulevé par les professionnels de l'enfance, les parents, l'opinion publique. Les réflexions qui peuvent naître du travail de P. Riboulet, architecte de l'hôpital Robert Debré, témoignent de ce souci. Il introduit la notion "d'espaces en plus", "d'espaces vides" pour les enfants.

Un enfant sur deux étant hospitalisé avant l'âge de quinze ans (7), il était urgent d'aménager le séjour des enfants dans ce type d'institutions. Deux objectifs avaient été visés: d'une part tempérer la rupture par rapport à son environnement familial et scolaire en la rendant le moins préjudiciable possible; d'autre part accueillir l'enfant, le distraire pour que le temps passé dans cet établissement de soins, soit meublé aussi de façon agréable.

Les années qui se sont écoulées ont vu se mettre en place de nombreux dispositifs et éclore des initiatives variées. Changements et progrès se sont organisés autour de deux grands axes: l'amélioration de la vie quotidienne de l'enfant hospitalisé et l'adoucissement de la rupture enfant-famille, enfant-école.

Améliorer la vie quotidienne du petit malade, c'est en tout premier lieu l'accueillir. Chaque service propose un type d'accueil élaboré en fonction des convictions et de l'adhésion des équipes.

Une fois hospitalisé, l'enfant se voit offrir différentes animations qui varient selon les hôpitaux et les services: elles vont des marionnettes aux clowns,

en passant par les conteuses, la peinture, la sculpture, la musique, la bibliothèque (activités qui sont le plus souvent l'initiative d'associations). Les instituteurs assurent le relais de la scolarité de l'enfant. Certaines adaptations ont permis de maintenir l'enfant près de ses parents: assouplissements d'horaires consentis au profit des parents, aménagement de chambres mère-enfant, pièces communes où parents et fratrie peuvent se réunir ou prendre des repas. Toutes ces initiatives représentent la volonté de non professionnels de restituer à l'enfant sa "globalité", alors que l'hôpital, la maladie le dissocient en une pathologie que l'on soigne d'une part et un individu d'autre part.

Il ne faut pas oublier de souligner la tendance au raccourcissement des durées d'hospitalisation et citer des initiatives comme celles du Dr Queinnec, qui a créé, en 1980, l'hôpital de jour pour enfants à Laval.

Ce rapide survol de l'évolution des soins, de l'accueil, de la place de l'enfant à l'hôpital avait pour but de rappeler les immenses progrès accomplis dans ces domaines, mais aussi de situer le contexte dans lequel s'exercent la médecine et la chirurgie pédiatriques aujourd'hui.

Afin de poursuivre cet "état des lieux", nous nous sommes proposés de centrer cette étude sur l'approche de l'intervention chirurgicale chez l'enfant. L'intervention chirurgicale ou, plus précisément, l'anesthésie et l'acte opératoire en lui-même. Comment un enfant se fait-il opérer en cette fin du vingtième siècle en France? Comment vit-il cette expérience? Comment est-il préparé à cette épreuve? Là aussi, un rappel historique et un "état des lieux" se justifiaient.

## II - Histoire de l'anesthésie et de la chirurgie pédiatriques.

L'histoire de l'anesthésie pédiatrique débute avec celle de l'anesthésie, donc avec celle de la douleur, c'est à dire avec celle de l'Homme. Atténuer ou supprimer la douleur a toujours été une des préoccupations de l'Homme et il lui a fallu attendre le milieu du XIXème siècle pour y parvenir de façon efficace, par la découverte de l'Anesthésie générale que l'on attribue classiquement à Crawford William Long (1842, les vapeurs d'éther) (22). C'est Claude Bernard, qui, dès 1869, préconise l'association morphine-chloroforme sous le nom "d'anesthésie combinée" après avoir observé les effets favorables de la morphine avant chloroformisation, précurseur de la prémédication. La découverte de la rachianesthésie date de 1894.

L'anesthésie moderne commence avec l'utilisation des barbituriques intraveineux en 1932, une seconde étape est franchie avec la curarisation en 1942; la ventilation assistée se répand dès 1954. Elle s'enrichit ensuite de notions nouvelles qui ont conduit aux techniques utilisées aujourd'hui (associations chimiques, potentialisation, nouveaux produits, monitoring per-opératoire, hypothermie profonde, hypotension provoquée...).

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire de la chirurgie générale qui, à elle seule, occuperait tout un volume de cette étude. Cependant, il nous semble utile de rappeler les étapes fondamentales dans l'essor de la chirurgie, que sont la mise au point de l'anesthésie et celle de l'asepsie.

D'une guerre à l'autre (de 1870 à 1914), une ère de chirurgie "heureuse" règne sur l'Ancien et le Nouveau Continent. Dotée de deux armes nouvelles, l'anesthésie et l'antisepsie, la chirurgie semble libérée de toute contrainte et capable de toutes les prouesses techniques.

Plus sûre et moins nocive, l'asepsie remplace progressivement l'antisepsie de Lister grâce à la ténacité de L. F. Terrier (1837-1908). A l'hôpital Bichat de Paris, ce protagoniste ardent installe en 1889 le premier autoclave, crée en 1893 une technique et une école, en précisant les moyens d'aseptiser instruments et compresses.

Le couronnement de la lutte acharnée contre l'infection est la création d'une salle destinée aux interventions chirurgicales: **la salle d'opération**. Pour pénétrer dans cette enceinte réservée, il faut être revêtu d'une blouse blanche et d'un calot stérilisés pour l'opérateur et ses aides, et méticuleusement propres pour le personnel. Le matériel et les instruments sont nettoyés dans une pièce adjacente, pourvue d'un autoclave...(14)

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 langue anglaise consacré à ce sujet, "*The Surgical Diseases of Children*" de J. Cooper Foster, chirurgien au Guy's Hospital 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. (98)

La chirurgie pédiatrique a, bien entendu, bénéficié 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 des dernières années. 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 coeur ouvert, neurochirurgie, chirurgie des viscères digestifs et thoraciques.

Il est légitime de rappeler ici que l'anesthésie a longtemps été assurée sous la responsabilité du chirurgien, par l'externe du service ou plus rarement par un "stagiaire". A Limoges, lors des gardes, elle était effectuée par les religieuses de l'hôpital, toujours présentes et ainsi habituées aux anesthésies en urgence. Il faudra attendre 1954 pour que soit mentionnée, pour la première fois, la présence d'un médecin anesthésiste (15).

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...

Sur ce dernier sujet, une revue de la littérature consacrée à la collaboration d'anesthésistes et d'équipes pédopsychiatriques révèle une relative pauvreté en la matière (en regard de la collaboration pédiatres-psychiatres), alors que cette notion est admise depuis plus d'un demi-siècle. Ce constat peut être imputable, du moins en partie, aux causes suivantes: - l'anesthésie liée à la chirurgie pédiatrique est une discipline relativement récente;

- la psychiatrie demande un temps d'évaluation, des entretiens répétés qui sont difficilement compatibles avec l'urgence chirurgicale, la brièveté du temps de séjour moyen, la prévalence de l'agir face à la parole...

- il persiste des difficultés éthiques pour ce genre d'études qui, pour être intéressantes, exigeraient des enquêtes prospectives et

rétrospectives, et dont l'innocuité serait, à notre avis, impossible à garantir. Les résultats seraient "biaisés" par le caractère intrusif de l'enquête psychologique. Mais nous rejoignons là le biais inéluctable de toute recherche en pédopsychiatrie.

Ceci ne veut pas dire qu'aucun intérêt ne soit porté à l'approche psychologique de l'intervention chirurgicale. Les pédopsychiatres travaillent de leur côté à la demande des équipes chirurgicales sur la préparation à tel type d'intervention ou à l'acceptation de ses conséquences...Les équipes d'anesthésie vont privilégier un abord plus pharmacologique et plus pragmatique des perturbations psychologiques périopératoires. Puisque l'on sait aujourd'hui calmer la douleur efficacement, on veut trouver des réponses à toutes les manifestations d'un enfant risquant de gêner le bon déroulement de l'anesthésie...et lui garantir l'absence de séquelles psychologiques postopératoires.

L'idée d'atténuer l'impact psychologique de l'anesthésie et plus globalement, de l'intervention chirurgicale, n'est pas nouvelle et loin d'être complètement cernée. La majorité des études concernant ce sujet sont consacrées à la comparaison de l'efficacité de telle ou telle molécule anxiolytique ou amnésiante, à sa voie d'administration la plus rapide, à l'heure la plus propice à cette administration... D'autres s'intéressent aux "méthodes douces": cassettes vidéo préparatoires avec visites des lieux filmée, circuit proposé à l'enfant et à ses parents quelques jours avant l'intervention permettant la prise de contact avec l'hôpital, présence des parents en salle d'induction, voire en salle d'opération, clowns ou "mini-orchestre" en salle d'opération...Nous ne nous sommes pas proposé de comparer l'efficacité de ces méthodes qui semblent, d'ailleurs, venir combler un espace vide, insupportable pour l'adulte. Ces travaux concernent surtout la période préopératoire, la préparation à l'intervention. La période

"postopératoire" est moins approfondie, car elle intéresse le réveil et l'analgésie, donc des aspects plus physiologiques, la présence des parents au réveil ou dans la chambre étant là aussi assez répandue.

Les résultats des études sur la préparation à l'intervention (quelque soit la méthode choisie) présentent assez peu de concordance dans leurs résultats et, finalement, la préparation à l'intervention reste du ressort des convictions de son principal artisan: l'anesthésiste. Nous ne dirons pas qu'il y a autant de méthodes que d'anesthésistes, mais au moins autant de méthodes que de services d'anesthésie!

"L'état des lieux" étant achevé, nous allons pouvoir nous intéresser à l'intervention dans les faits. Qu'est-ce qu'une intervention chirurgicale? Que signifie "se faire opérer", concrètement? Comment se déroulent les différentes séquences de cet événement? Comment cette épreuve peut-elle être envisagée par l'enfant, ses parents, l'équipe soignante? Nous allons essayer d'évoquer l'intervention chirurgicale pédiatrique telle qu'elle se pratique en France aujourd'hui en nous attachant surtout à décrire la période préopératoire.

**DEUXIEME PARTIE**

*"Il n'y a point d'autre peur, à bien regarder,  
que la peur de la peur."*

Eléments de philosophie. ALAIN.

## **L'INTERVENTION CHIRURGICALE chez L'ENFANT: de quoi s'agit-il?**

### **I - Les différentes étapes**

Dans l'esprit du petit patient, l'intervention n'est, bien entendu, pas nettement scindée en deux parties: l'anesthésie et la chirurgie. Ses craintes se rassemblent autour d'un événement, l'intervention. 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.

#### **A / La chirurgie**

##### **a) Le chirurgien et la consultation chirurgicale**

(Notre réflexion se porte sur des interventions simples, programmées, pour des enfants de 3 à 11 ans).

La consultation chirurgicale est essentiellement prévue pour poser ou non une indication opératoire. Après le recueil de l'anamnèse et des antécédents de l'enfant, le chirurgien examine son patient et prescrit éventuellement des examens complémentaires. C'est le moment pour la famille de poser des questions concernant le déroulement de l'hospitalisation, de l'opération ou les suites opératoires, le pronostic...La date d'hospitalisation est fixée et l'enfant et sa famille quittent le chirurgien pour ne le revoir qu'au moment fatidique.

Mais, cette visite a aussi un autre rôle: elle va venir placer dans une autre réalité, l'idée que l'imaginaire de chacun des membres de la famille a construit autour du symptôme. Ainsi, elle peut être très rassurante pour des parents qui avaient imaginé une pathologie plus sévère, la solution opératoire pouvant, paradoxalement, être bien accueillie. Pour l'enfant, ce qu'il entend ne correspond

à rien. Ce qui compte, c'est l'interprétation qu'il a de cette "chose cachée" qu'un individu inconnu va aller explorer. Et là, la consultation chirurgicale joue un rôle très important, celui de mettre en contact cette famille avec cet individu.

Personnage "tout-puissant" dans l'inconscient collectif, le **chirurgien** est celui qui coupe, qui ouvre, qui voit à l'intérieur du corps tout ce qui peut bien s'y trouver... Les enfants ont une grande crainte du bistouri et expriment souvent la peur "d'être ouvert" ou "coupé". (D. Legrand (64) mentionne la peur de perdre tout son sang au moment de l'opération, lorsqu'on est coupé. Les très jeunes enfants ont souvent peur d'être coupés en morceaux ou dévorés.)

Mais, le chirurgien, c'est aussi celui qui guérit d'un appendice inflammé, d'un testicule qui n'a pas migré, d'une vessie qui reflue et plus simplement, de ce qui peut faire mal à un enfant... Il détient un immense pouvoir, symboliquement, celui de vie et de mort, même pour des interventions où le "pronostic vital" n'est pas engagé. Bien sûr, son métier consiste à "régler" le problème, mais surtout, seul le chirurgien **peut** en décider, en particulier lorsque son patient est livré à sa merci, sans résistance, endormi sur la table d'opération.... Dès lors, mieux vaut avoir choisi de lui faire confiance!

#### b) La salle d'opération

D'un point de vue général aux problèmes plus spécifiques de la préparation de l'enfant à la chirurgie, la salle d'opération focalise toutes les craintes, tous les fantasmes. Situé en sous-sol dans la plupart des grands hôpitaux, le bloc opératoire regroupe plusieurs salles d'opération et abrite une population très particulière. On y accède par un ascenseur. On "descend au bloc"...

Le bloc est séparé du reste de l'hôpital par des portes coulissantes, toujours fermées, sur lesquelles sont collés des panneaux "sens interdit" ou "interdit à

toute personne étrangère au service". Que peut-il bien s'y dérouler qui doive rester caché? La plupart du temps, ce sont ceux qui y sont déjà allés qui en parlent. Comme ils étaient prêts à être opérés, ils n'en retransmettent pas un souvenir rassurant. Et ceux qui y "vivent", pris dans la routine de leurs tâches, ont du mal à en donner une description objective. La préparation à l'intervention devrait-elle prévoir une visite du bloc opératoire? Le lieu ne serait plus inconnu mais il resterait tout de même à savoir ce qui peut s'y dérouler...

En admettant que l'on voit ce qui s'y passe, cela est-il plus sécurisant? Combien de personnes supportent-elles la vue d'un champ opératoire, même à la télévision? Vaut-il mieux laisser planer le mystère autour de cet endroit?

Pour les enfants comme pour les adultes, la fermeté et la sincérité sont les garants d'une bonne relation thérapeutique. Celle ou celui qui coordonne l'intervention doit garder à l'esprit les principes de base d'une explication préopératoire à un enfant: ne jamais mentir, répondre à ses questions sans "forcer" sur l'information, corriger ses présupposés erronés à l'aide d'un langage simple. A partir de là, le cadre où se déroule l'intervention n'est qu'un moyen pour le chirurgien de parvenir à son but; ce qui importe pour l'enfant, c'est la force de la confiance investie dans sa relation avec cet intervenant. Si le lien qui s'est créé entre ces principaux acteurs est suffisamment fort, la salle d'opération ne doit plus être un concept si angoissant.

## B / L'anesthésie générale

### a) La consultation " préanesthésie "

La consultation préalable à l'anesthésie a lieu, bien évidemment, au décours de la consultation chirurgicale et, quelques jours avant l'anesthésie. Elle est, en quelques sortes, l'ultime étape avant l'hospitalisation et l'intervention puisqu'elle achève la série de visites et d'exams complémentaires qui ont conduit à retenir l'indication opératoire. D'une certaine façon, toutes ces étapes franchies par l'enfant et ses parents sont autant de paliers leur ayant permis de " mûrir " l'événement. Cependant, l'enfant n'a que peu ou pas de notions sur l'anesthésie. Si quelque chose l'inquiète, il peut aussi bien s'agir de la douleur liée à sa pathologie, que de la succession d'étrangers rencontrés ou même de cette fameuse " opération " dont parlent les adultes autour de lui.

Quoiqu'il en soit, la consultation préanesthésie reste un moment privilégié pour l'enfant et ses parents. Elle se fait dans le calme, permettant la prise de contact avec un des principaux acteurs, **l'anesthésiste**, sorte de médiateur entre le chirurgien " tout-puissant " auquel on n'ose pas toujours poser toutes les questions en suspens et l'équipe soignante plus proche mais peut-être pas assez " puissante ". Cet acteur se doit de donner une description minimum du déroulement des différentes étapes de l'hospitalisation, puis de l'anesthésie. Bien souvent, on s'attend à ce que les parents aient déjà préparé leur enfant à l'idée de l'opération et d'ailleurs, les questions qu'ils posent à ce moment-là ont plutôt trait aux techniques chirurgicales qu'à l'anesthésie. Pourtant, il ne faut pas oublier que la préparation passe par l'explication et, comme le souligne A L. Zuckerberg (113), *"la meilleure prémédication est un parent préparé"*.

Si cette visite est indispensable pour l'enfant et ses parents, elle l'est tout autant pour l'anesthésiste, qui a à établir les antécédents familiaux et personnels

de son petit patient, notamment ses antécédents anesthésiques. L'examen somatique lui permet d'estimer l'état de santé actuel de l'enfant, mais aussi de profiter de ce moment pour observer son comportement, afin d'essayer de prévoir les risques d'anxiété aiguë lors de l'induction. Ainsi, selon les résultats de cet entretien, une prémédication peut être décidée, ainsi qu'une analgésie périopératoire spécifique en fonction de la nature de l'intervention. Enfin, la consultation "préanesthésie" permet de compléter le bilan biologique ou radiologique si cela est nécessaire.

#### b) Les prémédications

La prémédication devrait viser à réduire l'anxiété, faciliter l'induction anesthésique, bloquer certains réflexes autonomiques, diminuer les sécrétions des voies aériennes, produire l'amnésie et diminuer l'incidence ou la sévérité d'une pneumopathie d'aspiration. Elle est prévue lors de la visite "préanesthésie" ou lors d'une dernière visite de l'anesthésiste au lit du patient, en cas événement intercurrent. Par définition, elle s'administre en "préopératoire", c'est à dire quelques minutes à une heure, ou plus, avant l'anesthésie proprement dite.

Nous avons voulu nous intéresser plus particulièrement à la prémédication qui a pour but d'obtenir une anxiolyse et une sédation, voire une amnésie. Elle n'est pas obligatoire, exceptionnellement indispensable, mais souvent utile, et est du ressort du médecin anesthésiste.

Selon C. Saint-Maurice (90), *"il est aussi difficile de faire une bonne prémédication que de réussir une bonne anesthésie"*. Il avance même que (...) *"bien souvent, la prise en charge psychologique de l'enfant donne des résultats au moins équivalents, à condition qu'elle soit poursuivie durant l'induction"*... Les aléas de la programmation et du déroulement des interventions rendent le

maniement des drogues anxiolytiques difficiles. Si une prémédication anxiolytique est indiquée, il s'agit d'en déterminer la nature, la dose, la voie et l'heure d'administration. Malgré les progrès réalisés dans le domaine des modificateurs du comportement et une meilleure connaissance de la pharmacocinétique de l'enfant, aucun consensus n'existe entre toutes les drogues et leurs modalités d'administration. Le choix du produit, tout comme l'indication de la prémédication, appartient donc à l'anesthésiste.

Dans le cadre de la prémédication, nous avons souhaité intégrer une technique préparatoire bien répandue. Il s'agit de l'utilisation de la pommade EMLA<sup>®</sup> (Eutectic Mixture for Local Anesthesia), dont l'efficacité antalgique n'est plus à démontrer. Cette pommade est appliquée sur la peau pendant environ une heure (106 minutes) et permet d'anesthésier la surface cutanée et ainsi, d'éviter à l'enfant la douleur de la ponction veineuse.

### c) 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, qu'ont lieu les complications les plus fréquentes. D'autre part, l'agitation de l'enfant à ce moment-là peut aussi être la source de difficultés supplémentaires.

Comme pour la prémédication, les modalités d'induction ne dépendent que des convictions de l'anesthésiste. Ses préférences varient selon des facteurs personnels, culturels et institutionnels. A cause de " la peur de l'aiguille " de l'enfant, certains anesthésistes préfèrent éviter les voies intraveineuse et intramusculaire. D'autre part, l'induction par inhalation (au masque) n'est pas toujours agréable et peut laisser de mauvais souvenirs (109). L'induction par voie

rectale permet d'éviter ces problèmes, mais on peut lui reprocher d'être associée à un sentiment d'effraction corporelle et, de plus, son absorption aléatoire. Dans une étude portant sur 90 enfants âgés de 2 à 7 ans, L. Kotiniemi et P. T. Ryhänen (59) ont mis en évidence que des inductions par voies intraveineuse ou rectale laissaient un meilleur souvenir à ces enfants que la voie inhalatoire et qu'il n'y avait pas de différence d'incidence de troubles du comportement dans le mois qui suivait l'intervention quel que soient les techniques d'induction étudiées.

Selon la nature de l'intervention, l'anesthésiste a le choix entre différentes drogues et "cocktails" pour effectuer l'induction. Schématiquement, si l'intervention est brève et peu douloureuse, il préférera une drogue à élimination rapide (type Diprivan®) et si elle risque de durer longtemps, il utilisera un "cocktail" associant un narcotique, un antalgique et un curare. Une fois l'induction "lancée", le conditionnement anesthésique se poursuit par l'intubation trachéale qui permettra la ventilation artificielle nécessitée par la dépression respiratoire due aux agents anesthésiques. Elle peut aussi être complétée par une anesthésie loco-régionale assurant un meilleur contrôle de l'analgésie périopératoire. L'anesthésie est entretenue par l'inhalation de mélanges gazeux (oxygène/protoxyde d'azote/fluorés ou halogénés).

## C / La période " préopératoire "

### a) Définition

Au sens large, la période préopératoire pourrait être considérée depuis l'annonce de l'indication opératoire aux parents et à l'enfant jusqu'à l'opération elle-même. " Sur le terrain ", elle correspond aux heures voire à l'heure qui précèdent l'intervention ou même à la période durant laquelle l'enfant est supposé rester à jeun jusqu'au premier geste du chirurgien.

### b) Description

Pour l'enfant et ses parents, on peut considérer que la période préopératoire débute par l'hospitalisation. C'est d'ailleurs le cas de figure exact de la chirurgie ambulatoire.

Généralement, le premier contact avec le bâtiment et le service a eu lieu lors de la consultation chirurgicale et le deuxième, lors de la consultation " préanesthésie ". Le jour de l'admission, il est tout à fait possible que l'enfant n'ait jamais visité le service d'hospitalisation ni vu une chambre d'hôpital telle que celle qui lui sera attribuée. Or, l'hospitalisation constitue une perte des repères et la confrontation à un univers inconnu, d'autant plus inquiétant que l'enfant n'est pas toujours en mesure de comprendre les événements qu'il va devoir y vivre. Par la force des choses, il va être soumis à toute une série de séparations, de coupures relationnelles, voire de déracinements (67). Il a déjà dû quitter son milieu familial (même si le "rooming-in" est admis dans presque tous les services d'enfants); il doit rester à jeun, il doit ensuite quitter ses affaires personnelles pour mettre une blouse qui n'est pas toujours à sa taille et puis, il va être **PIQUE!** Dans une étude citée par L. J. Rice (87) en 1993, portant sur 119 enfants, 65 d'entre eux

pensaient que "la piqûre" ou "l'aiguille" les faisait plus souffrir que tout ce qu'ils avaient déjà connu auparavant. Malgré le progrès apporté par la pommade EMLA<sup>®</sup>, l'anxiété anticipatoire existe et toutes les promesses de prévenir la douleur n'y font rien! Lorsque l'infirmière entre dans la chambre avec son plateau, les manifestations anxieuses sont quasi-constantes!

La période "préopératoire" se poursuit par l'attente: l'enfant est dans son lit; généralement, un de ses parents attend avec lui. Celui-ci partage ce moment avec son enfant. Puis, un "convoyeur" vient chercher l'enfant pour effectuer le trajet, en lit, jusqu'au sous-sol, où se trouvent les salles d'opération. La séparation parent-enfant est effective à l'entrée du bloc opératoire ou dès la chambre, selon les familles.

Une nouvelle attente a lieu dans le sas de la salle d'opération: l'enfant est en territoire complètement inconnu et entouré d'étrangers.

Enfin, les événements s'accélèrent, on le transporte sur la table d'opération, on le "conditionne" et l'anesthésie commence.

Au cours de ces différentes étapes, divers intervenants se seront succédés autour du petit patient. Le personnel du service à l'étage n'est pas le même que celui du bloc opératoire, les couleurs des costumes changent. Le seul visage connu, s'il n'est pas masqué, est celui de l'anesthésiste. Le chirurgien ne passe pas systématiquement saluer son patient.

## II - Approche psychologique de l'intervention

### A / L'enfant

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 les membres de sa famille et en particulier, ses parents, ses schémas culturels...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 sait pas bien comment la douleur est perçue par les enfants, ni comment évaluer les souvenirs qu'ils en gardent.

#### a) Selon l'âge

Les enfants d'âge préscolaire (entre 2 et 5 ans) sont, pour différentes raisons, les plus vulnérables (109) ( 63) (113). L'intensité de leur mémorisation d'une expérience douloureuse est 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 disposent pas de mécanismes 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. (23)

Leur sens de la réalité est immature: leur univers est peuplé de magiciens, de monstres, d'agressions et de châtiments. Eux-mêmes sont animés par des sentiments agressifs, par une grande rivalité envers leurs frères et soeurs et aussi envers leur parent du même sexe. D'ailleurs, ils pensent que cela mérite une punition. Ainsi, ils interprètent la plupart de leurs expériences désagréables comme une punition.

Cette période du développement est aussi celle où la peur d'une mutilation ou d'une blessure physique est à son maximum, où une petite plaie provoque la précipitation de la mère, où une goutte de sang peut déclencher une véritable panique.

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

Les enfants d'âge scolaire (entre 6 et 11 ans) 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 la technologie moderne qui s'y rapporte, bien qu'inquiétants, sont aussi extrêmement intéressants pour de 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" (58); son plaisir de maîtriser, sa fierté d'être courageux peuvent être favorisés par les adultes.

#### b) Selon le développement

Selon les schémas culturels, selon les niveaux socio-économique et intellectuel 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 (17) sur l'attachement, on retient que le degré de vulnérabilité aux agents du stress est fortement influencé par les schèmes d'attachement développés dans la petite enfance.

Pour mémoire, nous citerons les trois principaux schèmes d'attachement présents au cours des premières années:

- le schème 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 serait 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 lorsqu'il cherche 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**: l'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 traitements ou d'institutionnalisations prolongés. Des données cliniques montrent que si cela persiste, ce schème peut amener toute 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.

### c) Particularités liées à l'anesthésie

#### α) 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 (81). 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.

### β) 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 (113) (13).

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 (13), "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 (113) 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..(69).

#### d) Fantômes 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 (37) en 1926 dans *Inhibition, symptôme et angoisse* et citées par Roselyne de Carmoy (23), 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 (9), 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.

Déjà citée dans le paragraphe consacré au sommeil, on ne peut pas se limiter à ne l'associer qu'à la perte de conscience induite. La mort est impliquée en tant que risque dans chaque intervention chirurgicale. Aucune intervention n'est exempte de tout risque vital. L'enfant n'est pas forcément conscient de ce risque, mais il reste soumis à l'anxiété transmise par ses parents, qui, eux, en sont informés.

## e) Anxiété - angoisse

Est-il besoin de préciser que l'étude d'enfants dans l'attente d'une intervention n'a rien à voir avec l'étude de l'anxiété pathologique ou avec l'étude des "Troubles anxieux" de la nomenclature américaine? D'ailleurs, doit-on parler d'anxiété ou d'angoisse? "Le Normal et le Pathologique chez l'enfant" d'A. Freud (35) et les communications du Congrès de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (6 et 7 mai 1995) ont alimenté notre réflexion.

On définit habituellement l'angoisse comme "un état affectif pénible en relation soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé". (P. Mazet, D. Houzel)

Dans la perspective classique, le terme d'anxiété est habituellement réservé au versant psychique du phénomène et celui d'angoisse à son versant somatique, ce qui pose d'emblée chez l'enfant un certain nombre de difficultés. En effet, plus l'enfant est jeune et plus il utilise largement son corps comme intermédiaire et comme vecteur relationnel. De ce fait, ses manifestations corporelles sont si fréquentes et si naturelles comme moyen d'extériorisation qu'on ne peut guère tabler sur leur absence pour spécifier l'anxiété par rapport à l'angoisse.

Pour B. Golse (41), *"plus l'enfant est jeune, plus fragile s'avère la ligne de départage entre dangers réels et dangers imaginaires, ces derniers étant vécus comme des menaces tout à fait réelles, ce qui atténue inévitablement l'opposition entre peur avec ou sans objet, opposition qui n'apparaît pertinente que du point de vue de l'observateur. Il est clair que l'angoisse n'est évidemment pas synonyme de pathologie. Un développement à l'abri de toute angoisse est absolument inconcevable et pour le coup - s'il existait - se trouverait être franchement pathologique"*.

Pour J. Hochmann (47), *"si l'angoisse est une rupture brutale dans la trame psychique qui traduit l'émergence de l'incompréhensible, l'anxiété ou plus exactement l'alerte anxieuse est un essai plus ou moins réussi pour rétablir la cohérence"*. Pour qu'il y ait surgissement de l'angoisse, il faut qu'il y ait rencontre entre fantasmes et situation réelle.

L'angoisse est un signal d'alarme; tenter d'éviter l'angoisse revient à éviter la confrontation au Moi. Les figures de l'anxiété seraient une sorte de traitement de l'angoisse.

Pour B. Gibello (40), l'anxiété s'accompagne de manifestations biologiques des états d'activation élevée du système nerveux central. Ses formes cliniques sont : les crises d'angoisse, les états d'anxiété chronique, les névroses post-traumatiques, les phobies, les obsessions, et certaines altérations des processus cognitifs.

Anna Freud (35), dans "Le Normal et le Pathologique chez l'enfant", évoque l'angoisse pathologique : *"il y a peu de différence entre ces enfants quant au type d'angoisse qu'ils éprouvent, car , comme nous l'avons noté précédemment, les modalités de celle-ci sont des sous-produits constants des stades consécutifs de l'union biologique avec la mère (angoisse d'annihilation et de séparation), de la relation d'objet (peur de perdre l'objet d'amour), du complexe d'Oedipe (angoisse de castration), de la formation du Surmoi (culpabilité)...Ce qui est significatif ce n'est pas la présence ou l'absence d'angoisse, sa qualité ou même sa quantité..., c'est seulement la capacité du Moi de maîtriser l'angoisse.(...) les enfants auront ultérieurement d'autant plus de chance d'être victimes de troubles névrotiques qu'ils se montrent incapables de tolérer des quantités même modérées d'angoisse. Dans ce cas, ils doivent nier et refouler tous les dangers externes qui sont des sources possibles d'angoisse, ou*

*projeter les dangers internes dans le monde extérieur, ce qui rend ce dernier plus inquiétant".*

Cela les distingue des enfants dont on peut prévoir une meilleure évolution psychologique, *"ceux qui, dit A. Freud, font face de manière active aux mêmes situations de danger, grâce aux ressources du Moi telles que la compréhension instinctuelle, le raisonnement logique, la possibilité de transformer les conditions extérieures, la contre-attaque agressive, c'est à dire en maîtrisant la situation au lieu de battre en retraite".*

Dans le cadre de la période préopératoire, nous retrouvons l'attente d'un danger externe et la séparation des parents qui vient aggraver l'angoisse principalement chez les enfants d'âge préscolaire. Cette situation est une situation ordinaire de la vie d'un enfant puisque, en 1996, cinquante pour cent des enfants seront opérés avant l'âge de quinze ans (7). Cependant, nous reconnaissons que cette situation est en rapport avec un danger externe, qui peut aussi rencontrer des fantasmes chez l'enfant. La distinction entre anxiété et angoisse s'avérera donc difficile, en particulier pour des observations brèves comme celles que nous allons proposer. Nous emploierons donc généralement le terme d'anxiété, mais aussi, et avec une certaine spontanéité le terme d'angoisse.

## B / Les parents

La reconnaissance des sources d'anxiété parentale est essentielle à la préparation psychologique de l'intervention.

### a) Causes d'anxiété générales

En plus des représentations individuelles difficiles à imaginer, on retrouve, chez la majorité des parents d'enfants allant se faire opérer, la culpabilité, l'angoisse de séparation et le sentiment de perte de contrôle.

La **culpabilité** est une des premières causes d'anxiété chez les parents d'enfants allant se faire opérer : elle est due à leur sentiment d'incapacité à protéger leur enfant dans une situation particulièrement dangereuse. Ils peuvent, en outre, avoir le sentiment d'avoir une part de responsabilité dans le processus de la maladie, sentiment très cruel émanant du Surmoi parental. Tout enfant malade représente une blessure narcissique pour ses parents.

Le sentiment de **perte de contrôle** n'est pas négligeable: face à l'univers inconnu et "inhospitalier" que représente l'hôpital, ces parents viennent déposer leur enfant entre les mains d'étrangers dont les compétences ne semblent, à ce moment-là, plus si évidentes. Les événements vont s'enchaîner et, impuissants, ils assisteront à "l'enlèvement" de leur enfant. Ils l'auront, au départ, mentalement confié à un chirurgien; ils auront eu un contact avec un anesthésiste qui aura précisé certains points inquiétants; ils auront raconté à une infirmière venue les accueillir à leur arrivée dans le service les habitudes et les préférences de leur enfant. Tous ces éléments communiqués, donnés, les ont dépossédés du contrôle, de la protection qu'ils exercent habituellement sur leur enfant.

**L'anxiété de séparation** existe dans l'autre sens: ce n'est pas uniquement l'enfant qui n'imagine pas se séparer de son image parentale. A l'inverse, le lien narcissique établi entre l'enfant et sa mère surtout, peut être encore très fort pour le parent et engendrer, s'il est modifié par une séparation imposée, une anxiété importante.

#### b) Causes d'anxiété liées à l'intervention

**La mort** est un risque dont on ne parle pas au moment des consultations chirurgicale ou anesthésique. En dehors de l'association que font certains parents avec l'anesthésie qui génère un "sommeil artificiel", elle reste un sujet presque impossible à aborder, alors qu'elle fait partie des causes d'anxiété des parents. Il est vrai que pour des interventions bénignes, elle n'est pas la première issue envisagée et que le pronostic vital n'étant pas d'emblée engagé, on ne s'attarde pas sur elle. Elle est à la fois associée aux risques liés à la chirurgie et à ceux liés à l'anesthésie.

**L'échec de la procédure** (but du geste chirurgical ou complications intercurrentes) est plus facilement verbalisé par les parents, bien que, là aussi, pour des interventions bénignes, l'échec ne soit pas la première crainte des parents. **La crainte de la douleur** dans sa durée et son intensité est évoquée, particulièrement au moment de la consultation préanesthésie. Elle se rattache souvent à une expérience passée personnelle ou concernant l'enfant.

#### c) Causes d'anxiété liées à l'hospitalisation

En 1993, dans une étude consacrée à l'anxiété parentale et aux hospitalisations infantiles, C.-A. Valdes Sanchez et J.-A. Florez Lozano (107) ont

procédé à l'évaluation du taux d'anxiété de cinquante-neuf parents dont les enfants allaient subir une intervention chirurgicale. Au cours de l'hospitalisation, on permettait aux parents de demeurer auprès de leur enfant à l'hôpital, de se charger des soins, et d'être quotidiennement informés de son état de santé. Les résultats ont montré une augmentation considérable du niveau d'anxiété des parents, au sein de tous les groupes étudiés, indépendamment de l'âge de l'enfant et du sexe des parents.

Les recherches analysées ont révélé que, parmi les principaux agents stressants influençant les parents en milieu hospitalier, on pouvait relever: **le besoin d'information, la perte du rôle parental et le besoin de rester auprès de leur enfant le plus longtemps possible.** Paradoxalement, les résultats de cette étude mettaient en évidence une augmentation considérable du niveau d'anxiété chez les parents, dans tous les groupes étudiés, alors qu'ils pouvaient demeurer constamment aux côtés de l'enfant, à l'hôpital, le soigner et être continuellement informés de son état de santé par le chirurgien.

L'explication proposée par les auteurs est la suivante: les taux d'anxiété chez les parents augmentent du fait de leur préoccupation quant à l'évolution de la maladie chez leur enfant et des risques que l'intervention chirurgicale comporte. Les parents subiraient, alors, une altération de leur état émotionnel les rendant incapables d'assimiler correctement, à ce moment-là, l'information et les explications techniques fournies par le chirurgien et l'anesthésiste, arrivant même à provoquer une forte augmentation de leur taux d'anxiété, du fait qu'ils soient plus conscients des risques encourus par l'intervention...

Cette étude rappelait aussi les événements stressant les parents, survenant lorsqu'il s'agit d'opérer leur enfant: en dehors de l'admission et des examens complémentaires réalisés, on retenait **la signature de l'accord des parents pour l'opération, l'administration de la prémédication et le départ vers le bloc,**

**l'attente pendant l'opération.** Ces événements sont autant de facteurs de perte de contrôle par les parents.

Nous pensons que la présence des parents auprès de leur enfant hospitalisé est plus naturelle et rassurante pour l'enfant. Cependant, il est aisé d'admettre que cette présence peut compliquer le fonctionnement du personnel soignant. Celui-ci a des attentes de la part des parents et il se trouve que, dans la réalité, cette famille est souvent décevante.

### C) L'équipe soignante

On sait maintenant combien les attitudes professionnelles du personnel soignant, déterminantes sur l'évolution des réactions socio-affectives de l'enfant et de ses parents, dépendent de multiples facteurs: le choix du service, reposant sur des motivations personnelles ou le hasard des affectations imposées; la recherche ou non d'une formation ne se limitant pas à la technique mais abordant la psychologie de l'enfant et de sa famille; et surtout la personnalité et l'histoire de chacun, confrontées à tout ce qu'un enfant hospitalisé peut réactiver ou provoquer chez un adulte: protection, attachement, identification projective, mais aussi sentiment de toute puissance ou distanciation et phobie.

Dans bien des cas, la présence de la famille, de plus en plus active, permet tout naturellement au personnel de prendre des distances face à des situations porteuses de charges émotionnelles trop fortes, surtout lorsque la communication et la collaboration entre ce personnel et les parents sont aisées. Parfois, cependant, la personnalité des parents, leur mode de relation à l'enfant sont très mal ressenties par le personnel soignant, d'autant que la famille reste très idéalisée dans les images culturelles profondes comme dans la vulgarisation actuelle de la psychologie, ce qui ne correspond pas toujours aux situations rencontrées dans la

pratique quotidienne; des tensions apparaissent, des attitudes agressives, un climat pénible qu'il faut savoir alléger, en reconnaissant les difficultés complexes rencontrées par ce personnel, en les dénouant par une écoute où l'ensemble de l'équipe est impliquée et solidaire, et où se manifeste la qualité de la dynamique institutionnelle d'un service.

L'intervention en elle-même concerne une équipe plus large que celle du service d'hospitalisation: à l'équipe soignante du service d'hospitalisation, se joint celle du bloc opératoire: chirurgien, anesthésiste, internes, infirmière anesthésiste ou instrumentiste, panseuses, brancardiers.

Cette deuxième grande équipe n'a pas toujours le meilleur rôle à jouer auprès des petits patients. En effet, le maternage que l'on a le temps d'exercer dans le service n'est pas de mise en salle d'opération. En dehors de l'anonymat imposé par la tenue, le cadre, le vocabulaire, la routine favorisent la mise en place de défenses contre l'émergence des angoisses de ces adultes. La salle d'opération, tout comme le bloc opératoire, fonctionne en "vase clos". On ne connaît pas l'enfant qui va se présenter, on n'a pas à se confronter à sa famille. Le seul moment où va s'exercer un contact, où une relation va s'établir, est la période de l'attente dans le sas, avant l'intervention. Une fois que l'enfant est endormi, il faut le "conditionner": désinfecter la zone cutanée qui sera incisée, installer les "champs opératoires" et, là, il n'y a plus de temps à perdre. Le petit corps est caché sous les draps stériles, il ne représente plus qu'une intervention à exécuter. La personnalité qui l'habite n'étant pas connue, il est plus facile de faire abstraction de ce qui est en train de se dérouler...

C'est donc cette attente préopératoire qui permet aux membres de l'équipe et à l'enfant de conserver la globalité de leur individu.

Lorsque, juste après la consultation préanesthésie, on interroge l'anesthésiste sur ses prédictions quant au comportement de l'enfant dans le sas, il

ou elle sait généralement "faire un pronostic" à ce sujet. "Cela se passera bien" ou "cela se passera mal"...Pourtant, il lui est presque impossible de donner ses critères de prédictibilité, ses "clignotants"... Chaque anesthésiste a son expérience de cette première relation qui s'établit et il sait en ressentir la qualité. L'anesthésiste est sûrement la personne la plus directement concernée par le vécu de la période préopératoire par l'enfant, à plusieurs titres. En tant que technicien de l'anesthésie, il sait qu'un enfant qui n'a pas pleuré ou ne se sera pas agité aura une induction et une intubation plus faciles, des réactions autonomiques plus simples à contrôler.

En tant qu'adulte responsable d'un enfant, il va éprouver la culpabilité de celui qui inflige un stress, il va aussi projeter sur lui-même l'anxiété de l'épreuve vécue par l'enfant, les cris et l'agitation éventuels contribuant à accentuer cette anxiété.

Ainsi voit-on tenter ça et là, différentes méthodes "douces" plus ou moins inspirées de ce qui est pratiqué dans les services d'hospitalisation d'enfants, leur but étant d'atténuer ces multiples culpabilités en répondant à des schémas de pensée d'adultes...Nous y reviendrons.

**TROISIEME PARTIE**

*"As I lay down myself to sleep  
I pray the Lord my soul to keep  
If I should die before I wake  
I pray the Lord my soul to take."*

Prière supposée être dite par les enfants avant de  
se coucher, probablement écrite par un adulte...

## ILLUSTRATION DE LA PERIODE PREOPERATOIRE

### I - Patients et méthode

#### A / Présentation

22 enfants hospitalisés dans le service de chirurgie pédiatrique du C.H.R.U. de Limoges ont constitué l'échantillon de notre étude. Tous étaient hospitalisés pour des interventions chirurgicales "bénignes" et programmées. Ne furent retenus que les enfants indemnes de troubles psychologiques sévères. Ils étaient sélectionnés en fonction du programme opératoire, de leur âge, de la nature de l'intervention et... de l'emploi du temps de l'investigateur. Il s'agissait donc de 22 enfants, 19 garçons et 3 filles, âgés de 3,5 à 11 ans, (âge moyen = 5 ans 9 mois) observés entre janvier et juin 1996.

Après avoir pris connaissance du programme opératoire (la veille ou le matin même par téléphone, sachant que ce programme pouvait être modifié à tout instant, compte tenu du caractère prioritaire des urgences), nous prenions contact avec l'enfant et sa famille environ vingt minutes avant l'intervention. L'objet de l'étude était, dans l'ensemble, bien compris et la démarche bien acceptée, à une exception près (cas n°22). Le principe d'une trace filmée était facilement admis, avec, à 2 reprises et malgré les assurances données, l'inquiétude de savoir si ce support serait utilisé pour une diffusion publique. Le camescope a offert, d'ailleurs, une certaine diversion pour quelques uns des enfants. L'échelle d'évaluation de l'anxiété\* était utilisée rétrospectivement, soit dans "l'après-coup", lors de la rédaction de l'observation pour la partie "anxiété dans la chambre", soit en reVISIONnant le film pour la partie "anxiété dans le sas".

L'entretien était assez stéréotypé, axé sur les antécédents anesthésiques et chirurgicaux de l'enfant, sur l'appréhension qu'il avait de la situation dans laquelle il se trouvait, sur l'idée qu'il se faisait des événements qui allaient se dérouler. Le

ou les parents présent(s) orientai(en)t aussi l'impression de l'observateur: il(s) rapportai(en)t la qualité de la nuit qui précédait, les images, les paroles de son(leur) enfant, l'expérience qu'il(s) avai(en)t de la situation, de la chirurgie, de l'anesthésie. Cet entretien était semi-dirigé, l'impression globale sur le vécu de l'attente par les différents protagonistes se dégageant du comportement de l'enfant et du discours spontané de chacun.

Il nous est arrivé de répondre à des questions déjà posées à l'anesthésiste au moment de la consultation "préanesthésie". Les premières explications ne semblaient pas avoir été retenues ou bien il leur a été impossible, dans la situation du moment, de se les remémorer.

L'investigateur subissait différentes contraintes qui limitaient la qualité des observations envisagées: quitter l'enfant à l'entrée du bloc opératoire, récupérer la clef du local où se trouvent les "tenues de bloc", se changer, pendant qu'une autre équipe venait prendre en charge le lit et son "contenu". Il fallait ensuite rejoindre le sas et enfiler chapeau et masque. Le premier contact avec l'équipe du sas se trouvait donc empêché par les contraintes liées à la tenue...

## B / Intérêts du support filmé

Le principe d'un support filmé nous est apparu rapidement évident compte tenu de l'utilisation d'une échelle d'observation. La vidéo permettait, d'une part, de coter l'anxiété en visionnant le film, de réaliser un test de fidélité inter-cotateur puisque cette échelle n'avait pas fait l'objet d'un travail de validation et, d'autre part, d'étudier plus en détail les manifestations de l'anxiété présentée par les enfants. Un autre avantage nous a semblé être apporté par cet outil: le "repli" de l'observateur derrière le camescope permettait d'obtenir une meilleure objectivité, du fait du parti pris de "moindre ingérence". Lorsque l'enfant s'adressait

directement à l'observateur, celui-ci lui répondait, mais le choix avait été fait de ne pas se manifester durant l'observation. Il faut d'ailleurs remarquer que la sollicitation des enfants était extrêmement rare, comme si le caméscope créait un écran entre eux et l'observateur: les enfants fixaient l'objectif, mais ne s'adressaient à l'observateur que lorsque celui-ci interrompait le tournage et offrait un visage vers lequel se tourner.

C / Echelle d'évaluation de l'anxiété

**ECHELLE D'ANXIETE****ANXIETE 0:**

- Sourit.
- Communication facile: répond aux questions, parle spontanément.
- Se laisse examiner.
- Décontraction musculaire (hypertonie 0).

**ANXIETE 1:**

- Autoréassurance: câline, suce un objet...
- Examen possible, communication possible, mais doit être encouragé.
- Cris et pleurs au départ des parents.
- Tendus (hypertonie 1).

**ANXIETE 2:**

- Grognon, pleurnicheur.
- Communication difficile.
- Appréhension et questions multiples.
- Hyperactif.
- Figé (hypertonie 2).
- Ebauche non soutenue d'opposition aux manoeuvres.

**ANXIETE 3:**

- **Crie tout le temps.**
- **Aucune coopération.**
- **Communication impossible.**
- **Lutte à la moindre approche.**

Cette échelle d'évaluation de l'anxiété a été créée par les Dr M. Sokolowski et O. Paut (100), pour une étude présentée sous forme de communication au Congrès de de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Clermont-Ferrand en 1995, qui avait pour but de s'intéresser à l'expression de l'anxiété dans la période préopératoire chez l'enfant.

Elle ne comporte que quatre niveaux d'anxiété, un nombre d'items variables par niveaux; elle n'a pas fait l'objet d'une validation et offre des limites d'application pour des enfants de plus de huit ans. Cependant, son utilisation rapide et le principe de l'observation permettait aux "travailleurs de salle d'opération" ou à un autre cotateur de ne pas modifier leurs habitudes professionnelles et de ne pas perturber l'enfant en lui posant des questions, auxquelles, d'ailleurs, selon son âge et son état d'anxiété, il ne pouvait ou ne voulait répondre.

En effet, le but principal des échelles d'évaluation telles que celles créées pour des observations rapides, quasiment instantanées, est de pouvoir estimer un niveau d'anxiété sans prendre en compte le contenu du discours de l'observé. Dans la situation de l'étude, cette condition nous semblait tout à fait indiquée. Chez des enfants d'âge préscolaire, ce type d'échelles est particulièrement adapté puisque la parole est un vecteur moins spécifique de transmission de l'anxiété. Celle-ci s'exprime, chez ces enfants, surtout par l'intermédiaire de leur

comportement. Cependant, nous ne disposions pas d'une échelle pour chaque tranche d'âge et si cela avait été le cas, rien ne nous aurait permis de déterminer à quelle tranche d'âge appartenait réellement un enfant rencontré pendant quinze minutes. Afin d'uniformiser notre analyse, nous avons préféré appliquer cette échelle à tous les enfants de l'étude et réaliser dans un deuxième temps et grâce au support filmé, un test de fidélité inter-cotateurs. Le coefficient de corrélation de rangs de Spearman confirmait la bonne fidélité du test avec un  $r$  corrigé égal à 0,855 et  $p$  égal à 0,0031.

Il existe d'autres échelles d'évaluation de l'anxiété. Nous ne les avons pas retenues pour les raisons suivantes :

Parmi les échelles d'évaluation de l'anxiété ayant fait l'objet d'une validation en pédopsychiatrie, nous rappellerons que la "Children's Manifest Anxiety Scale" (CMAS) est l'équivalent pour l'enfant de l'échelle des adultes. Elle comporte cinquante trois items dont quarante deux qui concernent l'anxiété et onze, une échelle de "mensonge".

La "State-Trait Anxiety Scale" a également bien été étudiée par Johnson et Melamed (56); elle a été étudiée dans le but de différencier l'anxiété-état de l'anxiété-trait, ceci afin de pallier les "lacunes" de la CMAS qui n'est pas sensible à un stress aigu; malheureusement, les données validant la différence entre les deux échelles ont été décevantes.

La "Test Anxiety Scale for Children" (TASC) a été étudiée par Jones (57); cette échelle est dérivée d'une version pour adultes, le "Test Anxiety Questionnaire" (TAQ) de Mandler et Sarason (75) destiné à évaluer les réactions d'anxiété des adultes lors de tests ou d'examens; chez l'enfant, elle a plutôt été utilisée dans le cadre pédagogique que clinique; elle comporte trente questions....

La "General Anxiety Scale for Children" (GASC) a été élaborée par Sarason et coll. (92) pour fournir un instrument de mesure de l'anxiété générale; elle comporte plusieurs questions dont onze items de mensonge qui cherchent à évaluer, davantage que le mensonge lui-même, la tendance que peut avoir l'enfant à sous-estimer ou nier ses affects anxieux.

Les échelles comportementales d'anxiété qui ont été répertoriées et décrites par Barrios et coll. (6) évaluent l'enfant "en situation"; elles ont l'avantage d'une fidélité élevée mais sont intrusives, coûteuses et doivent être réservées à des évaluations entrant dans le cadre de thérapies comportementales...

Il fallait aussi citer la "Behavior Problem Check-list" et la "Child Behavior Check-list" qui sont destinées à fournir une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences sociales par les parents, les enseignants...Il s'agit de méthodes lourdes, coûteuses en temps et en personnel, et dont l'aspect intensif fausse sans doute l'évaluation que l'on peut en faire.

Cette énumération un peu fastidieuse avait pour but de rappeler qu'il n'existe pas d'outil réellement satisfaisant pour étudier l'expression comportementale de l'anxiété de l'enfant "en situation". La situation de l'étude est fort différente de celle d'une consultation : nous ne sommes pas en face d'un enfant et d'une famille en souffrance qui viennent chercher une aide thérapeutique, nous sommes "l'intrus" qui va être le témoin des "défaillances" potentielles d'un enfant dans un moment difficile; le cadre n'est donc pas celui de l'entretien classique et, d'ailleurs, l'entretien est semi-directif voire libre afin de permettre la meilleure spontanéité de l'observé.

## II - "Le voyage"

Avant de présenter les petits patients qui ont bien voulu être accompagnés par une inconnue en blouse blanche, "armée" ou non de son camescope (objet insolite sur les lieux d'un tel trajet), il nous a semblé inévitable, puisque les thèses ne se publient pas encore sur CD-Rom et qu'il fallait essayer de donner quelques impressions sur le "voyage", de décrire l'itinéraire du futur "anesthésié-opéré" depuis sa chambre jusqu'à la table d'opération.

Le point de départ est la chambre d'hospitalisation, le moyen de transport, le lit du patient et les bras de l'aide-soignant ou du brancardier ("le convoyeur"). Quitter la chambre n'est pas une mince affaire, compte tenu de l'étroitesse de l'encadrement de la porte. La traversée des couloirs du service permet, quelques fois, de croiser un visage connu. Ensuite, il s'agit de faire entrer dans l'ascenseur le lit et son contenu et les différents accompagnants... La descente est ponctuée d'éventuels arrêts aux étages intermédiaires annoncés par une voix synthétique et sans chaleur. Puis, la sortie de l'ascenseur a lieu, aussi fastidieuse que l'entrée. Encore un long couloir, puis une porte devant laquelle le patient dit au revoir à ses accompagnants, la fin du couloir et enfin, un espace lumineux où attendent d'autres lits, vides, eux ! Là, le relais est passé à une équipe vêtue et chapeautée de vert, qui conduit le patient dans son lit jusqu'à une pièce minuscule, généralement encombrée d'un premier lit, vide, lui aussi. Le voyage semble terminé et commence alors le va-et-vient des différents membres de l'équipe du bloc opératoire, et pour le patient, une attente de durée inconnue, dans un cadre où rien ne lui est familier.

Cette salle d'attente, aussi appelée le "sas d'anesthésie", est en fait l'antichambre de la salle d'opération. C'est là où se trouvent entreposés une

partie du matériel et des médications nécessaires à l'anesthésie et à l'intervention chirurgicale : des appareils de surveillance des constantes vitales et des respirateurs avec leurs fils et leurs tuyaux, un réfrigérateur, un lavabo, des flacons de solutés, des draps, des tabliers de plomb, des boîtes de masques et de chapeaux en papier, des aiguilles, des seringues en plastique, des ampoules de produits anesthésiques....

Cette salle aux dimensions intimes est aussi le lieu de passage des membres de l'équipe qui entrent et qui sortent, au gré des besoins des différents intervenants. Toutes sortes de bruits sont audibles depuis le sas : la porte coulissante, les alarmes des monitorings, le froissement des papiers qui emballent le matériel stérile, des entrechoquements métalliques, quelques paroles échangées, d'éventuels bruits de perceuse si des travaux sont en cours quelque part dans l'hôpital, le ronronnement continu, sourd et lointain de la ventilation....

Durant l'attente, il est possible de voir sortir, dans les bras d'un soignant et complètement endormi, un autre patient que l'on dépose dans le lit resté vide dans le sas, la sonde d'intubation en place et la perfusion fixée. Une fois installé, on l'emmène très vite ailleurs. Cela arrive lorsque l'on est pas le premier à passer sur la liste des interventions de la journée....

Pour notre petit patient, il va être temps, si cela n'a pas été fait dans le service, de poser la perfusion et de placer les pastilles électrodes autocollantes du monitoring cardiaque. L'étape dans le sas s'achève alors et le voyage reprend dans les bras de l'aide soignant qui les conduit, le patient et sa peluche, en salle d'opération et les dépose sur la table d'opération. La fameuse salle est déjà nettement plus grande que la précédente et surtout, elle est très vivement éclairée. Il s'y trouve des personnes vêtues, elles aussi, de vert, mais masquées (les connaît-on ?), qui s'affairent chacune de leur côté. Le conditionnement de notre sujet se poursuit par la mise en place de la plaque du bistouri électrique sous les

fesses, le brassard du tensiomètre à un bras et, au bout d'un doigt, le capteur de l'oxymètre de pouls. Au dessus de sa tête, fixé au plafond, le scialytique et au niveau de son cou, un arceau métallique qui soutiendra les champs stériles durant l'intervention.

Voilà ! Bientôt , le masque sera appliqué sur son visage, le robinet de la tubulure de la perfusion sera ouvert pour injecter dans la veine la drogue inductrice de la perte de conscience.....Le voyage est terminé ! Un autre va commencer !

### III - Les "récits"

Le terme "observation" évoquant d'emblée "l'observation médicale", nous avons préféré faire le "récit" de chacun de ces voyages. D'autre part, nous avons volontairement conservé le langage et la tonalité du discours des enfants et des parents.

#### \* Cas n°1: MAXIME

Maxime a quatre ans. Il est le dernier d'une fratrie de trois enfants et vient pour la première fois se faire opérer. Son intervention s'appelle "une cure d'hydrocèle". Ses parents l'ont accompagné lors de son admission, le matin même. Ils affirment que ni les uns ni les autres n'ont pu dormir cette nuit et, d'autre part, que Maxime refait pipi au lit depuis deux nuits. Sa maman craint la piqûre mais surtout l'anesthésie qui évoque pour elle la mort. Son papa est logorrhéique et se dépense à essayer de détourner les pensées de son fils.

Maxime est agrippé à sa maman . Il est autoritaire, il exige, ordonne, pleurniche, gémit tout en regardant sa perfusion.

Le trajet jusqu'au bloc opératoire le laisse silencieux, replié sur lui-même, le mouchoir près du nez, mais vigilant à tout ce qui se passe autour de lui. Dans le sas, il accepte l'interaction, ne parlant que pour répondre aux questions. Son attitude est calme. Maxime est sous les draps, ne laissant dépasser que sa tête. A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété de Maxime 2 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°2: VINCENT.

Vincent a cinq ans et demi. Il est fils unique. Il va être opéré d'une ectopie testiculaire. C'est la troisième fois qu'il est opéré. Ses parents l'ont accompagné ce matin même. Ils ont tous mal dormi. Ses parents semblent moins à l'aise que Vincent. Sa maman pense que Vincent est un petit garçon anxieux, très émotif, *"qui ne peut même pas regarder la cassette de Bambi!"*. Elle-même est anxieuse à l'idée de l'anesthésie: *"On arrête la vie!"*. Son papa pense que son fils va avoir peur de la piqûre.... Cependant, pour tous les deux, l'intervention en elle-même n'est pas inquiétante; Vincent semble détendu, il évoque sa dernière intervention, la salle de réveil, l'ascenseur...

Durant le trajet vers le bloc, il est semi-assis dans son lit, vigilant, et il n'oublie pas de fixer le camescope. Dans le sas, souriant, il pose quelques questions, commente à nouveau sa dernière intervention et, tout en palpant la pommade EMLA sur son bras, il annonce: *"Je m'en fous des piqûres, j'ai pas mal!"*. Son attente se déroulera sans difficulté apparente, mais, une fois installé sur la table d'opération, il présentera une logorrhée et un érythème pudique à la base du cou.

A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété de Vincent 0 dans la chambre et 0 dans le sas.

\* Cas n°3: ELODIE.

Elodie a six ans. Elle est la deuxième d'une fratrie de trois enfants. Elle va être opérée pour la première fois et ce sera d'une appendicectomie qui va peut-être mettre un terme à des douleurs abdominales évoluant depuis deux mois.

Ses parents qui l'accompagnent se disent coutumiers des lieux puisque le frère d'Elodie a été opéré à trois reprises dans le service et qu'Elodie y était déjà hospitalisée il y a une semaine. L'un et l'autre se montrent confiants. Elodie, elle, ne dit pas un mot.

Le trajet se passe dans le silence et le calme.

Dans le sas, elle garde un sourire figé tout en tripotant méthodiquement les moustaches de son écureuil en tissu. Elle répond aux questions simples par des mouvements de la tête et assiste, avec attention, à tous les mouvements des différents protagonistes. Son attente sera longue, mais Elodie gardera le même comportement jusqu'à l'induction.

A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété d'Elodie 1 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°4: SYLVAIN.

Sylvain est un garçon âgé de six ans et demi, fils unique, adopté à l'âge de trois ans. Ses parents, médecins, l'ont accompagné ce matin. Ils se disent familiarisés avec l'hôpital. La maman de Sylvain affirme que tous les trois relativisent cette opération du fait de l'hospitalisation récente et soudaine d'un membre de la famille. Elle dit ne pas s'inquiéter pour Sylvain: "Considérant ce à quoi il a survécu avant d'être adopté....".

Sylvain, lui, est hyperactif, il passe de couché sur son lit à debout sur le sol, se déshabille, se rhabille et annonce: "*Je viens pour ma cacahouète!*".

Il passe le trajet jusqu'au bloc assis dans son lit, très attentif à l'environnement et à l'entourage. Il a emmené avec lui un gros chien tout mou dont il s'occupe peu. Dans le sas, il se montre agité, ne répond qu'en faisant le clown, aboie, tripote la tubulure...

Une fois installé sur la table d'opération, il sera mutique, jusqu'au moment où, le masque posé sur le visage, il reprendra ses commentaires...pour enfin s'endormir.

A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété de Sylvain 2 dans la chambre et 2 dans le sas.

\* Cas n°5: NICOLAS.

Nicolas a sept ans et un frère jumeau. Admis le matin même, accompagné par ses parents, il explique calmement qu'il va être opéré, pour la première fois sous anesthésie générale, du tendon (fléchisseur) de son index droit. Il relate alors, spontanément, les circonstances de son accident survenu il y a huit mois.

La maman de Nicolas se dit rassurée et confiante. Elle rapporte que Nicolas redoutait la date fixée pour cette intervention, bien qu'il en ait peu parlé.

Durant le trajet, accompagné par un orang-outan en peluche et une minuscule souris (en triste état), Nicolas reste immobile sous les draps et se sépare facilement de sa maman à l'entrée du bloc.

Dans le sas, Nicolas est en contact avec le personnel qui trouve, d'ailleurs, toujours quelque chose à dire sur l'orang-outan. Nicolas est souriant, syntone à l'ambiance ludique qui règne dans la pièce. En salle d'opération, il observera avec attention le déroulement de chaque geste.

A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété de Nicolas 0 dans la chambre et 0 dans le sas.

\* Cas n°6: MATHIEU.

Mathieu a quatre ans et va être opéré d'une ectopie testiculaire. Il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Il y a un an, il avait subi la même intervention pour son autre testicule mais, il dit ne pas s'en souvenir. Son papa, qui a dormi ici avec lui, rapporte que Mathieu s'est réveillé en pleurant cette nuit. Sa maman les a rejoint et affirme avec son mari que l'un et l'autre se sentent plus rassurés qu'il y a un an pour la même opération. Ils s'étonnent de l'appréhension de Mathieu face aux blouses blanches (crise de larmes à note arrivée).

Mathieu est mutique, refuse de répondre à quelques questions et se remet à pleurer au moment de quitter ses parents. Après avoir hésité, ceux-ci l'accompagnent jusqu'au bloc. Mathieu s'accroche à sa maman et hurle: "*Maman! Mamie!*" tout en pleurant lorsqu'ils se séparent.

Dans le sas, ses cris ont attiré le personnel. Mathieu se calme très progressivement, en serrant contre lui sa peluche et en écoutant les paroles rassurantes ou un peu moralisatrices prodiguées par le personnel: "*C'est quand on ne pleure pas qu'on a un cadeau!*". Pour lui, l'induction aura lieu dans le sas.

A la fin de cette "rencontre", nous coterons l'anxiété de Mathieu 2 dans la chambre et 2 dans le sas.

\* Cas n°7: ALICIA.

Alicia a quatre ans et de demi, est l'aînée d'une fratrie de deux enfants et va bientôt avoir un petit frère ou une petite soeur. Elle est là pour la première fois, afin qu'on lui enlève un petit naevus de la joue gauche. Sa maman l'a accompagnée ce matin. Elle semble assez détachée, l'intervention ne l'inquiète pas: "Compte tenu du motif!". A. serait habituellement très vivante, voire désinhibée.

Dans la chambre, Alicia est silencieuse, serrant contre elle une grande panthère rose et un mouton en peluche. On vient juste de lui poser sa perfusion et elle a beaucoup pleuré.

Durant le trajet jusqu'au bloc, immobile, Alicia, s'assure que sa maman reste bien près d'elle. Elle pleure un peu lorsqu'elles se séparent.

Dans le sas, Alicia est très vigilante et toujours silencieuse et immobile. Attentive aux personnes qui l'entourent, elle écoute les paroles murmurées près de son oreille par une infirmière, après la sortie mouvementée d'un nourrisson qui vient d'être opéré. Son attente se poursuit sans autre difficulté.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété d'Alicia 2 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°8: ROMAIN.

Romain qui a quatre ans et trois mois a une soeur jumelle et un grand frère. Il va être opéré pour la première fois et cette intervention corrigera une ectopie testiculaire.

Romain et sa maman ont dormi ici cette nuit. Celle-ci exprime uniquement une contrariété: l'intervention concerne les deux testicules mais se fera en deux temps. Donc, "cela fait deux anesthésies!". Elle en connaît les raisons mais ne développe pas plus son idée. Romain semble à l'aise, il présente ses compagnons: son petit "Simba" en peluche, son nounours et ses "Power-Rangers". "Ils sont forts, eux!".

Durant le trajet vers le bloc, il se montre indifférent à la présence de sa mère et, au moment de le quitter, lorsqu'elle l'embrasse, il détourne la tête.

Dans le sas, Romain se révèle curieux, à l'affût mais tellement sympathique que chacun passe lui dire un mot. Il sourit, accepte et renvoie les commentaires

sur ses peluches. Le petit "Simba" le suit sur la table d'opération et Romain est encore en train de jouer avec lui au moment où le robinet de la tubulure est tourné.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Romain 0 dans la chambre et 0 dans le sas.

\* Cas n°9: SIMON.

Simon a cinq ans et va subir sa deuxième intervention chirurgicale: une cure de hernie inguinale. Il est fils unique. Il a passé la nuit dans le service, avec sa maman qui dit être rassurée d'être à Limoges où elle a toute sa famille. Simon lui a raconté la première intervention: *"c'était avec le masque, à l'hôpital de Sarlat; il a été impressionné, c'était désagréable!"*. Ici, les anesthésistes lui ont expliqué que l'induction se faisait sans le masque. A ce moment-là, Simon fait semblant de mettre un masque sur le visage de sa mère. Il est calme, souriant mais reste silencieux.

Durant le trajet, Simon est entouré d'un tigre, d'un "Mickey" et d'un gros chien mou et plat. Il tient la main de sa maman jusqu'au moment de se séparer et, là, les cris et les larmes commencent. Il est assis dans le lit, appelle sa maman.

Dans le sas, une infirmière fait un "marché" avec lui: *"j'appelle Maman si tu arrêtes de pleurer!"*. Simon accepte, mais reste assis, serrant contre lui son tigre. Il attend sa maman. L'anesthésiste arrive alors et lance l'induction dans le sas.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Simon 1 dans la chambre et 3 dans le sas.

\* Cas n°10: MICKAEL.

Mickaël a huit ans et va être opéré d'une ectopie testiculaire (l'autre testicule a été opéré l'an dernier). Il est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Il explique que ses parents ne l'ont pas accompagné à sa demande: l'an dernier, il les a "virés"! Il avait trop mal et leur a dit des choses désagréables. Et puis, ils sont tous les deux "en maladie": *"Maman, c'est pour la tête, Papa, c'est pour la colonne!"*.

Il a donc passé la nuit seul à l'hôpital. Mickaël dit ne pas se souvenir de l'expérience de l'an dernier en dehors de la douleur et qu'il n'est pas inquiet. Il joue tranquillement avec les jouets de son voisin de chambre, pourtant, il se dégage de lui une certaine tristesse voire une résignation.

Durant le trajet et dans le sas, Mickaël est calme, mais très vigilant. Il ne pose aucune question, se montre très coopérant, voire très maître de lui-même, notamment lors de la pose de la perfusion, ainsi que sur la table d'opération. A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Mickaël 0 dans la chambre et 0 dans le sas.

\* Cas n°11: DAMIEN.

Damien est un garçon de cinq ans et demi, troisième d'une fratrie de trois. Il va subir une intervention de type "Cohen" bilatérale. Ce sera la première fois qu'il est opéré. Damien est né prématuré, porteur d'un syndrome malformatif et était hypotonique à sa naissance. Sa maman explique que pour toutes ses raisons, elle a beaucoup protégé Damien, s'est toujours occupée de lui seule et qu'elle vit très mal la perspective de l'intervention. Elle a passé une nuit sans sommeil auprès de lui dans la chambre d'hospitalisation. Damien écoute sa maman raconter sa vie à lui avec un sourire dissimulé sous une tétine. Il semble très sécurisé en comparaison de sa maman.

Durant le trajet, il est immobile dans le lit, affichant toujours son sourire. Sa maman aura beaucoup de mal à le quitter, au contraire de Damien.

Dans le sas, Damien est en contact avec les différentes personnes qui lui parlent, bien que sa tétine gêne son élocution. Il annonce d'ailleurs avec fierté qu'il possède cinq tétines! L'attente devient longue et, sans raison apparente, Damien se met soudain à pleurer et à appeler sa maman. Des paroles rassurantes lui sont prodiguées par une infirmière qui prend la peine de s'agenouiller auprès de son lit. Rapidement, Damien se calme et finit par s'endormir. Le transport en salle d'opération le réveillera à peine.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Damien 1 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°12: GEOFFREY.

Geoffrey a six ans et demi et est fils unique. Il a déjà été opéré d'une malformation cardiaque à dix-huit mois et d'une amygdalectomie associée à une adénoïdectomie vers l'âge de quatre ans. Aujourd'hui, il va subir un "allongement du frein" et une méatostomie. Sa maman qui l'a accompagné ce matin décrit Geoffrey comme un garçon "bien dans sa peau, très vivant, qui pratique le judo". Elle relativise beaucoup la portée de l'intervention car elle se réfère à celle plus sévère déjà subie.

Geoffrey, lui, s'agite, s'amuse bruyamment. Il affirme ne pas se souvenir de "l'opération des amygdales". Il s'intéresse au camescope et demande à revoir le film plus tard.

Durant le trajet, Geoffrey est toujours très actif: il ne reste pas couché, s'assoit, s'allonge, tire la langue à sa mère et se sépare d'elle facilement.

Dans le sas, il affiche un large sourire, un rien forcé, se montre hypervigilant, attentif au moindre geste de chacun. Tout en observant la préparation de l'infirmière, il demande: "Ou'est-ce que tu fais? Ou'est-ce que c'est, ça?". Son "sourire-façade" s'effondre après la sortie, devant lui, de l'enfant qui le précède. Geoffrey perd son sourire, les larmes montent, mêlées aux questions: "Ouand tu vas m'endormir? Comment tu vas faire? Après, je suis où?". Il pleure plus fort, appelle sa maman, mais écoute les explications de l'infirmière: "On va coller les pastilles sur tes poumons, autour de ton coeur!". Coopérant, il se calme progressivement. La pose de la perfusion en salle d'opération réactive son anxiété. L'induction lancée, luttant contre l'anesthésie, Geoffrey comptera, ainsi qu'on lui a proposé de le faire, jusqu'à cinquante.

Vingt-quatre heures plus tard, comme promis, Geoffrey visionne "son" film. Avant de le voir, il affirme qu'il ne se souvient pas de ce qui c'est passé. Il s'excite autour de sa mère qui a commencé à regarder la première. Une fois fini, il semble un peu triste, toute agitation a disparu. Peut-être avait-il réellement oublié?

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Geoffrey 2 dans la chambre et 2 dans le sas.

\* Cas n°13: BASTIEN.

Bastien a cinq ans et va être opéré pour la deuxième fois. Cette fois, ce sera d'une syndactylie du cinquième orteil droit. Il a un petit frère âgé d'un an, qui a déjà subi deux interventions dans le service. Comme ils viennent de loin, sa maman et lui ont passé la nuit dans le service. Celle-ci ne ressent pas d'inquiétude particulière: Bastien voulait venir! Cependant, elle pense qu'il est un peu excité: il

a présenté, pour la première fois, un épistaxis à deux reprises depuis son admission.

Bastien est calme, il suce son pouce et répond aux questions posées. Il se sépare de sa maman dès la chambre.

Le trajet se déroule dans le calme et le silence, Bastien suce toujours son pouce.

Il n'attend pas dans le sas, la salle d'opération est "libre", l'anesthésiste est arrivé, on peut commencer. Sur la table, Bastien suce toujours son pouce.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Bastien 1 dans la chambre et 1 dans le sas.

### *Observations non filmées.*

\* Cas n°14: PAUL.

Paul a neuf ans et demi, il est le troisième d'une fratrie de trois enfants. Il va être opéré d'un kyste synovial du carpe gauche. Il a déjà subi une amygdalectomie-adénoïdectomie, mais ne s'en souvient pas. Paul est venu seul, car il habite à cent kilomètres d'ici et ses parents travaillent, sa maman viendra le rejoindre ce soir.

Paul est allongé, immobile dans son lit. Il répond volontiers aux questions d'une voix qui paraît plus jeune que son âge. Tout en évoquant sa peur de l'intervention, il se met à pleurer doucement comme s'il ne pouvait plus retenir ses larmes. Il se demande ce qui va se passer pendant l'intervention.

Durant le trajet, il reste silencieux, ne pleure plus.

Dans le sas, il est réconforté par l'équipe qui semble percevoir son inquiétude à travers son mutisme et son immobilité. Il ne dira pas un mot, mais sera tout à fait coopérant.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Paul 1 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°15: YVON.

Yvon a quatre ans et un frère jumeau. Il a déjà subi une adénoïdectomie et va , aujourd'hui, être opéré d'un hypospadias pénien antérieur.

Lors de la consultation préanesthésie, Yvon a beaucoup de mal à s'éloigner de sa maman pour l'examen. Il est souriant et joueur tant qu'elle est toute proche. C'est sa maman qui explique combien Yvon est inquiet que l'on "touche à son zizi".

Admis la veille de l'intervention avec sa maman, Yvon a passé une mauvaise nuit à cause d'un bébé qui pleurait dans une chambre voisine. Il est plutôt grognon, juste après la pose de la perfusion et sa maman, qui est infirmière, s'inquiète du réveil de l'anesthésie. Elle espère pouvoir descendre et être présente à ce moment-là. Yvon, qui pleurait déjà un peu, accentue ses cris et ses larmes, s'accroche à sa maman, la supplie de venir avec lui.

Le trajet est difficile pour Yvon. Il surveille sans cesse sa maman, lui reprend la main dès qu'il le peut. La séparation est bruyante: Yvon pleure, crie, s'agite.

Dans le sas, rien ne parvient à le rassurer: aucune parole, aucune caresse, aucun contact, ni même son hérisson en peluche. Épuisé, il finit par se calmer, mais reste vigilant au moindre geste.

Sur la table d'opération, l'infirmière lui caresse doucement le ventre en lui conseillant de ne pas lâcher son hérisson. Il s'endort sans autre difficulté.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété d'Yvon 2 dans la chambre et 3 dans le sas.

\* Cas n°16: BELTRAM.

Beltram a quatre ans et demi. Il a un petit frère âgé de deux ans et demi. Il vient subir une intervention pour la première fois: on va lui enlever "cet angiome sus-orbitaire qui est vilain". Beltram explique qu'il est venu seul, ses parents ne viendront que plus tard. Il est observé directement dans le sas, car il "intègre" le sas au moment où l'enfant qui le précède en sort.

Beltram se montre coopérant, interactif mais un peu tendu. Une demi-heure s'écoule pendant laquelle les bruits du bloc résonnent avec d'autant plus d'intensité que personne ne parle. Beltram s'agite un peu, appelle sa maman, criant qu'il ne veut pas rester seul. Quelques paroles semblent le rassurer. A ce moment-là, il annonce: "De toutes façons, je ne fermerai pas les yeux! Je ne ferme jamais les yeux, je ne dors jamais!". A la maison, cela lui permettrait de voir ce qui se passe dans la nuit... (Remarque: parmi les antécédents signalés dans le carnet de santé, on retrouve une insomnie du huitième mois).

L'attente prend fin, Beltram est calme jusqu'à l'induction de l'anesthésie. Et, finalement, il fermera les yeux...

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Beltram 2 dans le sas.

\* Cas n°17: DAMIEN.

Damien a huit ans et est le dernier d'une fratrie de quatre enfants. Il va subir une intervention sous coelioscopie pour corriger une hernie hiatale. Ce sera la deuxième fois qu'il est opéré. Sa maman qui l'a accompagné ce matin affirme que Damien n'a jamais évoqué cette première opération (qui s'était déroulée il y a un an) et qu'elle ne lui a pas posé de questions à ce sujet. Elle ne veut pas exprimer d'inquiétude: *"Dans la famille, on ne parle pas de ces choses-là!"*. Damien l'écoute attentivement, n'ajoute aucun commentaire. Il est souriant, très calme.

La séparation de sa maman et le trajet vers le bloc se font sans difficulté.

Dans le sas, Damien est immédiatement pris en charge et installé sur la table d'opération. Il ne pose aucune question, se montre coopérant et calme.

Au cours d'une visite deux jours plus tard, la maman de Damien exprime sa réticence à discuter avec son fils des souvenirs qu'il garde de son "voyage". Elle répète: *"Dans la famille, c'est comme ça, on ne parle pas de ces choses-là, ça ne sert à rien! J'étais inquiète avant, Damien ne s'en est pas rendu compte. Maintenant, je suis rassurée, c'est tout!"*. De son côté, Damien ne se souvient de rien, il ne peut pas dire pourquoi il a été opéré. En guise de réponse, il montre ses points de suture sur l'abdomen...

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Damien 0 dans la chambre et 0 dans le sas.

\* Cas n°18: YANN.

Yann a trois ans et demi et est le premier d'une fratrie de deux enfants. Il va être opéré d'une ectopie testiculaire. C'est sa première intervention. Il est arrivé la veille avec sa maman qui a dormi avec lui. Celle-ci décrit son fils comme un petit

garçon "anxieux, à son avis". *"Il ne parle jamais de ce qui le tracasse!"*. Elle évoque des situations où elle n'a découvert qu'après-coup que Yann avait souffert.

L'intervention l'inquiète moins que l'anesthésie. Mais, elle dit se sentir en confiance. Yann est réservé, captivé par son jeu, il annonce son âge et donne son accord pour être accompagné par une inconnue. Ce sont ses seules paroles.

Durant le trajet, Yann s'est enfoui sous les draps, en position foetale, un pouce dans la bouche. Il surveille sa maman et dès qu'elle s'éloigne, il lui crie: *"Viens, Maman!"*. Elle le quitte sans l'embrasser. Yann ne bouge pas, ne dit rien.

Dans le sas, il remonte les draps au-dessus de sa tête. Nous réalisons qu'il est en train de pleurer en silence et lui proposons alors un mouchoir. Quelques paroles semblent suffire à arrêter ses larmes. Il s'endort. Les bruits de la salle d'opération le réveillent. On le transporte en respectant son besoin d'être caché, c'est à dire, en recouvrant son visage d'un drap. C'est lui qui tiendra le masque sur son visage au moment de l'induction.

Deux jours après l'intervention, Yann affirme qu'il se souvient de ce qui s'est passé, mais il n'en parlera pas. Il réalise un dessin fait de superpositions de couleurs: *"Ce sont les couleurs!"*. Celles que verraient certains enfants au moment de l'induction?

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Yann 0 dans la chambre et 1 dans le sas.

\* Cas n°19: SALIF.

Salif a onze ans et est venu du Burkina Faso pour subir un allongement du tibia. Il est fils unique et sa maman ne l'a pas accompagné (son père est décédé). Il est accueilli par une famille.

Il se souvient parfaitement de ses trois premières interventions pour une fracture de l'avant-bras: "*C'était horrible, j'ai tout vu, l'intérieur, le sang!...*".

Il a peur de la perfusion déjà posée, peur de souffrir au réveil, que sa jambe lui fasse mal. Il est "paralysé" par la perfusion, le bras tendu le long du corps. C'est un garçon qui "ne joue plus, mais qui lit et qui sera pilote d'avion plus tard".

Au début du trajet, dans les couloirs, un enfant lui crie: "*Bonne chance, Salif!*". Salif lui sourit et lui renvoie son "Bonne chance!". Il n'attend pas dans le sas, il est directement installé sur la table d'opération. Il est en alerte, attentif à tout ce qui se passe, à chaque bruit. Il grelotte malgré le drap. Les paroles prodiguées par une infirmière parviendront à le détendre un peu.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Salif 1 dans la chambre et 1 dans le sas.

### ***Observations dans la chambre uniquement.***

\* Cas n°20: ALEXANDRE.

Alexandre a huit ans et est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Il va être opéré d'une ectopie testiculaire. Ce sera sa deuxième intervention. Sa maman l'a accompagné ce matin. Elle décrit son fils comme un "garçon très actif, toujours en mouvement, voire difficile à supporter". Elle trouve que son attitude d'aujourd'hui contraste avec son comportement habituel. A le voir si calme, elle se demande si elle va dormir ici ce soir.

La maman d'Alexandre a été opérée il a quatre mois et elle explique que le fait de se souvenir du déroulement des événements la rassure. Elle évoque sa première anesthésie: le masque posé sur le visage et l'impression désagréable d'étouffer. Elle a discuté de tout cela avec son fils. Elle se dit confiante.

Alexandre est calme. Assis en tailleur sur son lit, il me présente ses "Power-Rangers", les décompose, les recompose. *"Ce sont des guerriers qui défendent contre les méchants!"*. Coopérant, souriant, il ne veut pas parler de l'opération, un de ses copains a eu la même chose... et il n'en sait pas plus.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété d'Alexandre 0 dans la chambre.

\* Cas n°21: SANOUSSE.

Sanoussi a quatre ans. Il est le dernier d'une fratrie de cinq enfants. Il est sénégalais et son intervention est une circoncision rituelle. C'est la première fois qu'il est opéré. Son papa qui lui tient compagnie durant la journée n'est pas inquiet: *"C'est une circoncision rituelle!"*. Sa seule contrariété tient au fait que l'intervention a dû être décalée en raison d'un épisode infectieux.

La perfusion vient d'être posée et Sanoussi a encore une larme au coin de l'oeil. Il ne parle pas spontanément, mais écoute la conversation. Il baille, se repousse sous les draps. Je respecte son besoin de se reposer. Son papa ajoute: *"C'est long cette attente!"*.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Sanoussi 0 dans la chambre.

\* Cas n°22: KIM.

Kim a trois ans et demi et est la dernière d'une fratrie de quatre enfants. Son intervention s'appelle "intervention de type Cohen bilatérale". Sa maman l'a accompagnée la veille. Pendant que Kim somnole dans son lit, sa maman est en larmes: elle n'a pas dormi cette nuit, elle a peur de tout ce qui pourrait se produire durant cette intervention, elle est très angoissée par la perspective de cette

opération. Elle entoure sa fille de ses bras, la réveillant. Kim se rendort. Sa maman ne parvient pas à se rassurer et refuse de participer à l'étude.

En les croisant dans le couloir, nous remarquons cette maman accrochée à la tête du lit, le visage marqué par l'insomnie et les larmes. Kim somnole toujours.

A la fin de notre "rencontre", nous coterons l'anxiété de Kim 0 dans la chambre

#### IV - Tableau récapitulatif

N°	Age	Intervention	ATCD d'intervention chirurgicale	Présence des parents Mère	Père	Représentations parentales	Anxiété dans la chambre	Anxiété dans le sas	Manifestations de l'anxiété	Moyens de lutte contre l'anxiété	Souvenirs
1	4	Hydrocèle et phimosis	1ère	OUI	OUI	mort-aiguille	2	1	désorganisation émotionnelle-agrippement	autoréassurance	--
2	5,5	Ectopie testiculaire	3ème	OUI	OUI	arrêt de la vie-aiguille	0	0	érythème pudique	interaction-maintien du contact	--
3	6	App.*	1ère	OUI	OUI	--	1	1	inhibition	autoréassurance-objet transitionnel	--
4	6,5	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	OUI	anxiété floue	2	2	hyperactivité	repli	--
5	7	reprise tendon	1ère	OUI	OUI	--	0	0	inhibition motrice légère	interaction-maintien du contact	--
6	4	Ectopie testiculaire	2ème	OUI	OUI	souvenir positif de la 1ère intervention	2	2	désorganisation émotionnelle	reprise contact-autoréassurance	--
7	4,5	Naevus	1ère	OUI	NON	intervention jugée banale	2	1	inhibition-mutisme	autoréassurance	--
8	4	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	NON	"2 anesthésies car 2 testicules"	0	0	"Les P-R sont forts, eux!"	autoréassurance	--
9	5	Hernie inguinale	2ème	OUI	NON	induction sans masque	1	3	désorganisation émotionnelle-pas de communication	accepte l'interaction-induction dans sas	--
10	8	Ectopie testiculaire	2ème	NON	NON	--	0	0	inhibition légère, hypervigilance	résignation	--
11	5,5	Cohen bilatéral	1ère	OUI	NON	séparation-chirurgie	1	1	désorganisation émotionnelle-séparation	autoréassurance	--

\*.:Appendicectomie

Tableau I

N°	Age	Intervention	ATCD d'intervention chirurgicale	Présence des parents Mère	Père	Représentations parentales	Anxiété dans la chambre	Anxiété dans le sas	Manifestations de l'anxiété	Moyens de lutte contre l'anxiété	Souvenirs
12	6,5	méat.**	3ème	OUI	NON	intervention "légère"	2	2	hyperactivité	questions multiples	déni
13	5	syndactylie	2ème	OUI	NON	rassurée par comportement de son fils	1	1	inhibition légère	autoréassurance	--
14	9,5	kyste synovial	2ème	NON	NON	--	1	1	larmes- représentations angoissantes	interaction	--
15	4	hyosp.**	2ème	OUI	NON	séparation	2	3	désorganisation émotionnelle peur verbalisée/ anesthésie	reprise contact	--
16	4,5	angiome	1ère	NON	NON	--	--	2		contact verbal	--
17	8	Hernie hiatale	2ème	OUI	NON	refus	0	0	mutisme	induction immédiate	aucun. "On n'en parle pas".
18	3,5	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	NON	anesthésie	0	1	larmes	isolement- autoréassurance	"J'ai pleuré".
19	11	Allong. tibia	4ème	NON	NON	--	1	1	inhibition motrice	contact verbal	--
20	8	Ectopie testiculaire	2ème	OUI	NON	souvenir anesthésie personnelle	0	--	inhibition du comportement habituel	jeux de toute puissance	--
21	4	circuncision rituelle	1ère	NON	OUI	"tradition= sécurité"	0	--	mutisme	jeu	--
22	3,5	Cohen bilatéral	1ère	OUI	NON	anesthésie	0	--	--	endormissement	--

\*\*. méatostomie

\*\*\*. hypospadias pénien antérieur

Tableau I (suite)

**QUATRIEME PARTIE**

*"Peut-être que le fait de voir un enfant dans cet état-là  
choque les docteurs; peut-être aussi que le fait de  
savoir qu'ils font pour sa santé, les reconforte."*

Les élèves de la classe de CM2 de Mme Raynaud  
Ecole du Jeu de Mail II. Montpellier.

## COMMENTAIRES

### I - Hétérogénéité des modalités d'observation des enfants

Après la présentation des observations, nous avons souhaité justifier la distinction de trois groupes dans notre échantillon.

Dix-neuf patients furent à la fois rencontrés dans leur chambre et suivis jusqu'au sas de salle d'opération, treize d'entre eux étant filmés durant le trajet et pendant l'attente dans le sas et, trois seulement, furent visités dans leur chambre avant l'intervention sans être suivis jusqu'au sas.

Ces trois enfants ne furent pas accompagnés jusqu'au bloc opératoire en raison d'une modification en urgence du programme opératoire se heurtant à l'emploi du temps de l'observateur.

Six enfants ne furent volontairement pas filmés bien qu'accompagnés afin d'éliminer "l'effet-écran" lié au camescope et de permettre une approche plus ressentie et moins froide du vécu de l'enfant.

Trois enfants furent revus quarante-huit heures après l'intervention afin de recueillir les souvenirs qu'ils conservaient de la période préopératoire.

Aucun enfant ne fut revu à plus longue échéance de l'intervention. Une revue de la littérature de 1941 (83) jusqu'à nos jours, révélait que des études avaient déjà été faites dans ce sens. Elles intéressaient des échantillons beaucoup plus importants et se déroulaient sur des périodes plus longues que celles de cette étude. Une plus grande disponibilité nous a fait défaut pour envisager d'étendre notre observation à la période postopératoire.

D'autre part, nous nous sommes interrogés sur les effets induits par le regard d'un observateur sur l'enfant et sa famille dans la période périopératoire. L'observateur crée un biais en focalisant l'anxiété sur l'événement supposé être

traumatique. On peut aussi bien considérer que notre intérêt va définir le traumatisme, tout comme on peut envisager que se permettre de venir parler d'un événement angoissant va, au contraire en diminuer l'intensité...L'utilisation que fait la famille du travail du "chercheur-clinicien" peut aussi être étudiée.

## II - Critiques de l'échelle utilisée et des échelles d'évaluation

### A / Remarques préliminaires

Un certain nombre de remarques s'imposaient concernant l'échelle d'anxiété choisie pour exploiter les observations effectuées: malgré les différents items proposés, nous nous sommes rapidement sentis limités et contraints par le principe d'une échelle. Ainsi que le rappelle I. Jalenques (53), *"l'éviction de la dimension relationnelle de l'angoisse, telle que la réalisent les échelles d'évaluation ne prenant pas en compte l'éprouvé de l'examineur, appauvrit bien souvent l'évaluation au bénéfice d'une objectivité pas toujours certaine"*. En effet, malgré notre courte expérience auprès des enfants, nous avons régulièrement le sentiment, si nous restions fidèles aux règles de passation de l'échelle, de mésestimer le niveau d'anxiété des enfants. Les échelles d'observation employées pour les études anglo-saxonnes que nous allons passer en revue, présentaient le même inconvénient de contraindre l'observateur à taire son estimation personnelle. Même pour des scores égaux à zéro, l'anxiété existait. Pour des scores supérieurs, l'anxiété semblait parfois inférieure à la valeur de la cotation. Enfin, certains enfants présentaient des manifestations anxieuses, telles l'hypervigilance, qui n'étaient pas prises en compte dans l'évaluation.

## B / Illustration de quelques difficultés liées à l'échelle

### a) "Sucer son pouce"

Quelques enfants somnolents (réveils précoces le matin de l'intervention, régression anxieuse, effet secondaire de l'antihistaminique administré quelques minutes plus tôt..) suçaient leur pouce, de la même façon qu'habituellement avant de s'endormir. Sucrer son pouce est une activité auto-érotique ordinaire qui accompagne le sommeil de nombreux enfants. L'échelle en faisait un équivalent anxieux en règle générale. Il est vrai que, pour d'autres enfants, sucer leur pouce permettait d'atténuer l'anxiété ressentie. La distinction entre ces deux significations possibles pour un même comportement est impossible si on ne se fie qu'à l'énoncé des items car l'échelle en fait une interprétation univoque. Le "revisionnage" des bandes vidéo met en évidence une interprétation différente.

### b) Les moyens de défense

#### -externes

Le comportement d'un enfant en situation de danger potentiel n'est pas la même que lorsqu'il se sent en sécurité. Vincent (cas n°2) est décrit par sa mère comme un petit garçon particulièrement émotif et qui, selon elle, *"ne peut même pas regarder la vidéo de Bambi!"*. Pour son père, Vincent va forcément mal réagir lorsque la perfusion sera posée. Pourtant, Vincent va se révéler être bien différent de celui que ses parents imaginent connaître. Le trajet jusqu'au sas et la séparation de ses parents se dérouleront sans difficulté. La vue de l'aiguille aussi bien que la pose de la perfusion ne déclencheront aucune extériorisation bruyante d'anxiété. Vincent éprouvera certainement de l'appréhension mais celle-ci ne s'exprimera pas comme ses parents le prévoyaient, ni d'ailleurs selon les items proposés par l'échelle d'anxiété... Vincent disposait d'un étayage externe

suffisamment solide pour faire face à la situation. Cet étayage est assuré par ses parents qui ont su lui transmettre des schémas de sécurité suffisamment efficaces pour que Vincent puisse faire face notamment à des situations dangereuses comme celle qu'il est en train de vivre.

-internes

Alexandre (cas n°20) est décrit par sa mère comme étant un enfant hyperactif, difficile à supporter en règle générale. Le calme et la pseudoassurance de son fils l'étonnent tellement qu'elle se demande s'il aura besoin qu'elle passe la nuit avec lui dans le service. Alexandre, qui a huit ans, ne présente aucune des manifestations proposées dans l'échelle d'évaluation. Il est effectivement calme sans excès, coopérant, souriant. Il mérite donc un score d'anxiété égal à zéro. Pourtant, sa manipulation de "guerriers-jouets" tout-puissants, *"qui défendent contre les méchants"* ne révèle-t-elle pas la lutte intérieure qu'il est en train de vivre? Son inhabituelle inhibition est pour nous un indice d'anxiété. Son refus d'envisager l'intervention est un moyen mis en place pour se protéger contre les inquiétudes que la perspective de l'intervention pourrait faire naître en lui. Dans le cas d'Alexandre, nous pouvons supposer que l'étayage offert par ses parents ne suffit pas à le rassurer. Alexandre est obligé d'étayer son angoisse au moyen de représentations internes. Il n'extériorise pas d'anxiété mais son identification aux guerriers tout-puissants, son inhibition et son refus d'envisager l'intervention sont des indicateurs de ses stratégies de lutte contre l'anxiété.

### III - Manifestations de l'angoisse-anxiété

La période préopératoire est une situation qui pose le problème central de la différence entre anxiété et angoisse. Nous avons déjà exposé nos considérations sur cette difficulté.

Nous souhaitons rappeler que les modalités d'expression de l'anxiété vont s'élaborer en fonction des capacités cognitives de l'enfant, de son histoire familiale, de son vécu relationnel, de son langage, de son imagination, donc de son âge. Il ne faut pas oublier qu'il existe aussi un retentissement de l'anxiété sur la sphère cognitive, en particulier du fait de l'inhibition ou au contraire de l'accélération de la pensée qu'elle peut induire. Dans certains cas, l'insuffisance d'un étayage externe amènent l'enfant à mettre en place des conduites interactives qui peuvent générer des "manifestations scandaleuses". Leur fonction est de créer une situation relationnelle qui va rassurer l'enfant.

#### - "les manifestations scandaleuses"

D'une façon fréquente, la **colère** est l'expression comportementale de l'angoisse et l'enfant qui souffre d'une forte anxiété va présenter une labilité émotionnelle extrême, être susceptible face aux moindres reproches ou remarques, se mettre en colère de façon répétitive.

Bowlby a cherché à définir le rôle adaptatif de la colère. Ce qui est sûr, c'est que la colère provoque des réactions le plus souvent négatives de l'entourage et que, si elle amène à réagir, c'est rarement d'une façon telle que l'enfant en soit rassuré. Parmi les enfants observés, seul Maxime (cas n°1) s'est montré coléreux envers ses parents. Une fois dans le sas, cette colère a fait place à un repli sur soi.

Lors de crises paroxystiques d'angoisse, l'enfant peut présenter une **agitation désordonnée**, il ne peut plus "se contenir" et incite l'entourage à jouer

ce rôle de contenant, c'est à dire à exercer sur lui ce rôle de contenant. L'enfant peut avoir tendance à se débattre, à lutter; l'impulsivité des décharges motrices est alors maximum; souvent, le calme, l'apaisement reviennent de façon assez soudaine. En vingt-deux observations, nous n'avons pas assisté à des agitations si spectaculaires. Sylvain (cas n°4) présentait une agitation désordonnée associée à une certaine désorganisation de la pensée: il ne répondait pas aux questions simples comme s'il ne les entendait pas ou ne les comprenait pas, il "aboyait", ne parlait qu'avec une voix de bébé...Aussi bien ses parents qui avaient tendance à trouver son comportement normal compte tenu des circonstances et qui toléraient son agitation, que l'équipe de salle d'opération qui pouvait s'amuser de ses "pitreries", n'ont exercé ce rôle de contenant sur Sylvain. Finalement, une fois installé sur la table d'opération et "contenu" physiquement par les mains qui s'affairaient sur lui, à installer les différents systèmes d'enregistrement et à lui prodiguer quelque caresse rassurante, Sylvain a pu faire taire ce corps qui disait à sa place l'inquiétude qu'il éprouvait.

Geoffrey (cas n°12), lui, est dans le déni de sa peur. Il s'amuse de façon bruyante, s'agite, s'excite, se sépare sans problème de sa maman, mais son sourire paraît forcé. Toute l'excitation qu'il a témoigné devant sa mère, dans la chambre ou durant le trajet, semble rassurer son entourage car personne ne s'intéresse vraiment à lui. Sa "manie" rassure l'autre. D'ailleurs, Geoffrey va rechercher le contact des adultes, leur poser des questions jusqu'au moment où son anxiété le submerge (sortie de l'enfant précédent) et où il ne peut retenir ses larmes. Pleurer lui permet de retrouver sa position d'enfant. Ses sanglots et ses questions gênantes ("*Quand tu vas m'endormir? Comment tu vas faire?*") vont enfin permettre le contact avec l'adulte, par la parole ou par une caresse...

- les manifestations somatiques

A ce point de nos commentaires, il nous faut rappeler que tout état émotionnel reconnaît une composante psychique et une composante somatique. Les mêmes paramètres que chez l'adulte seront perturbés lors des états d'anxiété: l'enfant présente une tachycardie et une augmentation de la tension artérielle. La bouche est sèche et le visage pâle du fait de la vasoconstriction. Les spasmes oesophagiens induisent une sensation de boule dans la gorge, une dysphagie, quelques fois des vomissements. L'hypertonie vésicale et la polypnée se traduisent chez l'enfant par des mictions à répétition, souvent prises pour des échappatoires par l'adulte alors même que l'enfant éprouve réellement un besoin d'uriner. Le relâchement sphinctérien concomitant explique qu'il puisse exister une défécation ou une miction involontaire lorsque l'anxiété est importante, en particulier chez les enfants les plus jeunes. La tension musculaire se traduira par des symptômes psychomoteurs tels les gestes désordonnés, le tremblement, l'hypertonie. L'ensemble de ces symptômes, cependant, seront plus volontiers observés chez des enfants présentant un caractère anxieux. Il nous faut remarquer que, dans notre échantillon, ces manifestations n'étaient pas suffisamment patentes pour faire l'objet d'une observation et en outre, n'étaient pas systématiquement recherchées. Concernant les constantes comme la tension artérielle ou la fréquence cardiaque, aucun enregistrement n'ayant eu lieu de manière standardisée, nous n'avons pas de commentaire particulier à faire.

Les deux épistaxis inaugurales de Bastien (cas n°13) survenues depuis son admission nous ont semblé être une expression somatique de son anxiété. Pour sa maman, d'ailleurs, Bastien n'est pas le petit garçon calme auquel elle est habituée, elle le trouve particulièrement excité et fait d'elle-même le lien avec les épistaxis.

Nous devons citer le cas des symptômes fonctionnels mis en avant par l'enfant et pouvant dominer le tableau clinique en chirurgie pédiatrique. Certains enfants ont les moyens d'extérioriser leur anxiété, d'autres vont uniquement pouvoir "se servir" de leur corps. Nous devons savoir reconnaître ces manifestations.

Il existe des "masques" médicaux ou chirurgicaux de l'anxiété comme il existe des dépressions "masquées". Les études publiées sur les douleurs abdominales psychogènes montrent qu'elles sont souvent associées à d'autres symptômes digestifs (nausées, vomissements) ou non digestifs (céphalées, brûlures mictionnelles, douleurs articulaires, etc..). Elles peuvent être récurrentes, en dehors de tout événement inducteur grave mais sont fréquemment provoquées par un stress psychologique. Sans préjuger d'un éventuel stress psychologique et sans connaître les résultats anatomopathologiques et le compte-rendu opératoire de son appendicectomie, nous pouvons nous interroger sur le caractère purement organique des douleurs abdominales d'Elodie (cas n°3). En effet, Elodie souffre de douleurs abdominales depuis deux mois. Elle a été hospitalisée une semaine plus tôt sans que l'indication opératoire ne soit retenue. Ses parents semblent confiants dans l'issue de cette intervention et à aucun moment, ils ne remettent en doute la logique opératoire.

#### - les régressions

Parmi les régressions de la personnalité de l'enfant en situation de stress qui peuvent être considérées comme des équivalents anxieux et des "systèmes de protection", nous retrouvons l'énurésie chez Maxime (cas n°1) et les troubles du sommeil durant les nuits précédant l'hospitalisation chez Maxime encore et chez Mathieu (cas n°6).

#### IV - Les autres manifestations

Nous avons souhaité signaler les similitudes entre Mickaël (cas n°10) et Paul (cas n°14). Ces deux garçons sont l'un comme l'autre venus seuls; âgés de huit et neuf ans et demi, ils ont passé la nuit précédant l'intervention dans l'unité sans être accompagnés d'un proche. Malgré des niveaux d'anxiété différents, ils avaient en commun une sorte de tristesse ou de résignation, comme s'ils avaient renoncé à lutter ou comme s'ils avaient épuisé toute leur énergie à lutter. Pourtant, Mickaël avait le désavantage de se souvenir de la dernière intervention. Il lui restait, très vive dans sa mémoire, la sensation de la douleur éprouvée un an plus tôt. A ce propos, la douleur est de mieux en mieux prévenue et combattue d'autant que l'on sait que certains enfants ne sauront pas trouver le moyen de l'exprimer. Mickaël affirmait ne pas se souvenir de ce qui "se passait avant". Paul, lui non plus, ne gardait pas de trace de sa première intervention et, comme il le dit si bien, *"cette fois, c'est comme si c'était la première fois!"*. Dans les cas de Paul et de Mickaël, l'intérêt de la présence des parents dans la situation de l'hospitalisation nous est apparu évident. Bien que Mickaël "les ait virés" l'an passé après l'intervention et qu'il explique aussi leur absence par leur statut de "longue maladie", bien que Paul justifie sa solitude par la distance qui sépare son foyer de l'hôpital, l'un et l'autre auraient bénéficié de l'accompagnement de proches.

Dans le cas de Paul et de Mickaël, la résignation nous a évoqué l'aspect dépressif de la troisième phase de l'hospitalisme de Spitz (de la séquence détresse - désespoir - détachement). Leur tristesse est infraclinique, mais elle évoque l'épuisement d'une protestation. Quant à la remémoration de la douleur chez Mickaël, elle semble focaliser une partie de son angoisse.

## V - Souvenirs et anticipation

### A / Le masque

Simon (cas n°9) illustre le traumatisme représenté par l'induction au masque. Sa maman semble aussi en avoir gardé un mauvais souvenir. Dans l'article de J. A. Vessey et M. S. Bogetz (109) consacré au souvenir d'avoir été anesthésié durant l'enfance, les souvenirs les plus vivaces de l'anesthésie chez les adultes interrogés étaient les souvenirs négatifs. Parmi les souvenirs négatifs les plus fréquemment rapportés, on notait, à égalité, le maintien du masque sur le visage et l'odeur de l'éther; suivaient ensuite par ordre de fréquence décroissante, le souvenir des nausées et des vomissements, la séparation des parents (14% des cas) et juste derrière (12% des cas) la peur d'étouffer. Dans le service de chirurgie pédiatrique du C. H. R. U. de Limoges, l'équipe anesthésique a choisi l'induction par voie intraveineuse, principalement pour des raisons qui rejoignent les "mauvais souvenirs" cités plus haut. Lorsque, dans la description des observations, nous rapportons qu'un enfant a un masque sur le visage, nous faisons référence à la ventilation en oxygène pur qui précède l'intubation. Il n'est pas systématique que le masque soit maintenu sur le visage tant que l'enfant est conscient et qu'il le refuse. En outre, nous avons pu constater qu'en dehors de la proposition de l'anesthésiste de "faire comme un pilote d'avion", les enfants ont tendance à vouloir tenir le masque. Cette attitude correspond, selon nous, au besoin de contrôle et de participation de l'enfant à des événements sur lesquels il n'a aucune maîtrise.

## B) La douleur

Ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, la douleur est un des souvenirs les plus vifs chez les enfants qui l'ont expérimentée au décours d'une intervention chirurgicale. Elle conditionne l'appréhension d'une nouvelle intervention.

Chez Salif (cas n°19), le souvenir du "sang", de "l'intérieur", est associé à ses premières interventions. Nous ne savons pas s'il a assisté à une partie de l'intervention sous l'effet d'une anesthésie loco-régionale ou si c'est la vue de son bras traumatisé qui lui laisse ce souvenir.

Quant aux parents des enfants rencontrés, ils évoquent l'un le souvenir de sa propre intervention (Alexandre, cas n°20), l'autre une intervention "bien plus sévère" (Geoffrey, cas n°12).

## VI - "Stratégies" d'adaptation à l'anxiété

L'intérêt de notre accompagnement résidait dans l'observation (dans un sens plus ethnologique) des stratégies d'adaptation à l'anxiété mises en place par les enfants. Le tableau récapitulatif faisait apparaître les plus courantes:

- l'autoréassurance au moyen de câlins à un objet préféré autorisé jusque sur la table d'opération ou sous la forme d'une activité auto-érotique telle que sucer son pouce ou se bercer...

- l'hyperactivité, déjà classée dans les "manifestations de l'anxiété", mais pouvant être considérée comme un moyen de lutte puisqu'elle est sensée provoquer une réaction contenante de l'entourage.

- l'interaction grâce au contact verbal (flux de questions ou simplement réponses aux questions posées).

- l'interaction au moyen d'un contact corporel spontané de la part d'un membre de l'équipe face à la détresse de l'enfant.

- l'induction de l'anesthésie "amorcée" dans le sas, réponse de l'anesthésiste à la demande des membres de l'équipe qui ont eu du mal à supporter l'expression d'une anxiété un peu trop marquée. L'enfant n'a pas mis en place cette stratégie mais son comportement l'a induite.

- le repli sur soi ou l'inhibition motrice, véritable sidération anxieuse si aucune coopération ne peut être obtenue ou encore débordement et épuisement des moyens de lutte.

Ces stratégies ou ces modalités d'adaptation à l'anxiété nous ont semblé être de l'ordre d'une spontanéité ordinaire. Elles sont aspécifiques. La variabilité de ces adaptations tient compte, ainsi que nous l'avons dit, de la personnalité de l'enfant en cours d'édification, de son âge, de son environnement...Aucun des

vingt deux enfants n'a exprimé un état d'anxiété réellement spectaculaire à aucune des étapes du "voyage". Les anxiétés cotées 3 correspondaient à des crises de larmes ou à des agitations plus longues à calmer que les autres. Le cas de Simon (cas n°9) pour lequel l'anesthésie a été induite dans le sas l'illustre bien. L'anxiété de Simon est cotée 3 et pourtant, la "stratégie" de l'infirmière est efficace, Simon se calme. Bien sûr, on lui a menti en sachant que l'induction serait lancée rapidement; ce mensonge n'aurait pas fonctionné longtemps, notamment dès le transfert en salle d'opération. Dans ce cas, comme dans d'autres, on ne peut que constater l'adaptabilité de l'équipe.

En outre, on retrouve la recherche du contrôle dans le besoin de participer au déroulement des événements, à travers les questions de Geoffrey (cas n°12). Ses questions très précises et manifestement gênantes pour l'infirmière à laquelle elles furent posées, traduisaient son anxiété, mais lui permettaient par la même occasion d'être en contact avec cette personne qui jusque là s'affairait sur son plan de travail. Peut-être aussi, ses questions lui permettaient-elles d'entendre comment réellement "cela allait se passer"...car Geoffrey n'avait gardé aucun souvenir de ses premières interventions ou encore lui en restait-il un souvenir terriblement angoissant...

Les paroles très soudaines de Beltram (cas n°16) ("*je ne fermerai pas les yeux!*") expriment elles aussi toute l'appréhension de ce petit garçon et le moyen dont il disposait pour faire face à la situation.

Dans des circonstances normales, les jeunes enfants ont tendance à compter sur leurs parents pour leur assurer sécurité et protection au moment d'un stress. Les parents apportent à leur enfant les éléments supplémentaires nécessaires pour tolérer un stress spécifique. Lorsque les parents ne sont pas disponibles, l'enfant se sert de la relation avec les autres et du bénéfice de cette

relation pour élaborer une défense contre le stress. A l'hôpital ou au bloc opératoire, l'enfant utilise cette relation avec le personnel soignant pour compléter ses propres moyens de défense. L'adaptation passe plus souvent par le corps, la gestualité que par la parole qui est déstabilisante. Notre observation en a confirmé l'efficacité.

## VII - Les parents

Comme nous l'avons déjà observé, les parents n'étaient pas toujours présents pour accompagner leur enfant. Les enfants les plus jeunes à l'exception de Beltram (cas n°16) n'étaient jamais seuls dans la chambre. Leur appréhension de l'événement dans sa globalité était variable. L'anesthésie semblait focaliser sur elle les représentations les plus angoissantes. La peur de l'anesthésie s'est trouvée exprimée à travers l'association avec la mort (cas n°1 et 2), à travers l'évocation de l'expérience d'une anesthésie personnelle (cas n°20), à travers la contrariété que représentent "deux anesthésies" (cas n°8), puis, sans détailler, à travers "tout ce qui pourrait se passer pendant l'anesthésie", à travers l'induction au masque et aussi à travers la séparation (cas n°11 et 15)...L'acte opératoire en lui-même réveillait moins d'inquiétude. Peut-être la relative simplicité du geste chirurgical favorisait-elle la confiance?...

Un certain nombre d'études se sont intéressés à la corrélation qui pourrait exister entre l'anxiété de la mère et celle de l'enfant. En 1988, A. Torbahn (103) a recherché l'existence d'une influence du niveau d'anxiété d'une mère et celui de son enfant dans la période préopératoire. L'étude portait sur vingt-deux enfants âgés de six à onze ans, allant subir une intervention "mineure". L'entretien utilisait des moyens projectifs sous la forme d'images représentant des scènes en rapport avec la chirurgie...L'entretien était passé simultanément par la mère et l'enfant le

jour précédant l'intervention. Aucune différence significative ne fut retrouvée entre des mères très ou peu anxieuses en fonction des niveaux d'anxiété mesurés chez les enfants.

En 1984, Büttner et Breitkopf (21), dans une étude portant sur soixante-douze enfants âgés de deux à quatre ans, ont mis en évidence une corrélation hautement significative entre la peur de l'intervention chez les mères et l'intensité de l'expression comportementale de l'anxiété préopératoire des enfants. Ils n'ont pas retrouvé cette corrélation avec les autres peurs des mères (peur de l'anesthésie..).

Le déni et le refus de parler sont illustrés par la maman de Damien (cas n°17). Elle nous a montré combien elle tenait à ne pas parler de ce qui allait se passer, à ne pas y penser. Cette attitude semble être sa solution pour faire face ou plutôt ne pas faire face à une situation angoissante. Convaincue qu'il ne la percevra pas, elle dissimule son inquiétude à son fils. Comme Damien ne lui a pas posé de questions l'an passé lors de sa première intervention, elle ne lui en a pas parlé non plus. Mais si sa mère adopte toujours cette attitude, Damien a-t-il eu la possibilité de penser que l'on peut parler d'une situation angoissante? L'enfant, en général, ne sait pas bien dire ce qui l'inquiète, ce qui le met mal à l'aise, ce qui l'angoisse. La règle de cette maman est de "faire comme s'il ne se passait rien", mais personne ne peut ordonner à Damien de ne rien éprouver, de ne pas éprouver d'angoisse. D'ailleurs, il sait bien qu'il ne s'est pas "rien passé" puisqu'il nous montre avant de se séparer les trois cicatrices de la coelioscopie...

### VIII - Le personnel du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique

Nous tenions à revenir sur l'équipe du bloc opératoire. "L'équipe du bloc", ce sont deux équipes, anesthésique et chirurgicale, pourtant distinctes de par leurs fonctions, volontairement rassemblées dans la même rubrique puisque, face à la situation de l'enfant dans le sas, elles ne sont pas discriminées. Les membres de ces équipes sont vêtus de vert, le plus souvent masqués: ce sont leurs tenues de bloc opératoire, ces tenues ne sortent pas du bloc. Chacun d'entre eux a un rôle bien défini (panseuse, instrumentiste, infirmière anesthésiste...) et parmi eux (cinq à six personnes qui cohabitent dans cette partie du bloc opératoire), aucun n'est spécifiquement désigné pour accueillir le petit patient.

Selon leur disponibilité, une ou deux personnes viennent chercher l'enfant à l'entrée du bloc puisque l'aide-soignant du service, le "convoyeur", n'est pas en tenue réglementaire (tenue blanche dans les étages, verte ou bleu dans le bloc opératoire selon les hôpitaux). Elles le conduisent jusque dans le sas et, là, l'accueil se fait selon l'attitude et le comportement de l'enfant: celui qui se réfugie sous les draps, serrant contre lui sa peluche (Elodie, cas n°3), sera caressé doucement, mais son repli sera respecté; celui qui pleure (Mathieu, cas n°6; Simon, cas n°9) provoque l'attroupement et une débauche de bonnes volontés s'applique à le rassurer. Les promesses reviennent souvent: cadeau qui attend dans la chambre "celui qui ne pleure pas" (Mathieu, cas n°6), la maman qui va descendre le rejoindre (Simon, cas n°9)... et puis, aussi, les tentatives de "détournement des pensées": "*Tu vas où à l'école?*", "*Tu habites où?*"... Tout ce qui n'a rien à voir avec la situation y passe.

Ces attitudes sont spontanées, en aucun cas automatiques, et se révèlent assez régulièrement efficaces pour des niveaux d'anxiété permettant une reprise de contact avec l'enfant. Pour des situations plus difficiles, où l'anxiété rend

l'enfant résistant à toute forme d'approche, l'induction de l'anesthésie est amorcée dans le sas, avant qu'il ne soit transporté en salle.

Il arrive que le calme apparent d'un enfant rassure et ainsi, que les différents protagonistes soient amenés à oublier sa présence. Leurs préoccupations premières reprennent leurs droits et le contenu de leur discours peut prendre une tonalité parfois inquiétante, s'il concerne, par exemple, les difficultés chirurgicales de l'intervention précédente (Yann, cas n°18, pendant sa longue attente). Les membres de l'équipe ne sont pas tenus d'assurer une "asepsie" de leurs propos. Ils fonctionnent en professionnels, techniciens de bloc opératoire. La répétition des actes techniques banalise le contexte de l'intervention. L'enfant qui arrive est d'abord "la hernie inguinale" ou "l'ectopie testiculaire", les précautions liées à l'accueil n'étant prises que pour ceux manifestant ouvertement leur anxiété.

Comment ces techniciens vivent-ils les moments difficiles de l'enfant? Dans le cas de notre échantillon, nous étions confrontés à des "situations de luxe", c'est à dire, à des interventions "bénignes". Pour ce type d'interventions, il nous a semblé que la souffrance psychique (celle de l'anxiété de séparation, de l'attente, de la peur de l'inconnu, des étrangers...) était moins ressentie que la souffrance physique, celle que l'on entend par les plaintes ou que l'on voit, "en couleurs", avec des déformations, des plaies, du sang... Alors qu'en fait, des interventions de gravité très variable vont se dérouler en salle d'opération. Même si les membres de ces équipes ressentent la difficulté des enfants, elle n'est pas leur problème principal. Leur rôle est de permettre le déroulement optimal de l'intervention, dans les meilleures conditions. Les moyens mis en oeuvre pour aider les enfants qui arrivent à s'adapter à la situation sont strictement individuels.

Interrogés, ces techniciens se disent parfois démunis face à la détresse de certains enfants. De quels moyens disposent-ils pour ne pas, à chaque

enfant qui s'agite ou qui pleure, s'angoisser avec lui ou plus simplement, pour lui venir en aide efficacement? Comme nous l'avons dit plus haut, chacun fait avec ses propres intuitions et sa disponibilité. Et la plupart du temps, ce n'est pas si mal!...

**CINQUIEME PARTIE**

*"Les grandes personnes ne comprennent jamais  
rien toutes seules et c'est fatiguant pour les enfants,  
de toujours et toujours leur donner des explications."*

Saint Exupéry, *Le Petit Prince*, Gallimard, N. R. F., 1972.

## REVUE DE LA LITTERATURE

### I - Le traumatisme

#### A / Etudes

Ainsi que nous l'avons précisé, nous n'avons pas fait de cette étude une enquête sur les troubles psychologiques "séquellaires" de l'intervention. Nous nous en sommes justifiés. A notre avis, les conclusions de ce type d'études, pour être exploitables, nécessiteraient des investigations invasives et coûteuses en temps: évaluer la personnalité de l'enfant avant l'intervention, son anxiété durant la période préopératoire, l'impact psychologique postopératoire, disposer d'outils d'évaluation fiables, fidèles, reproductibles pour effectuer ces évaluations...et tenir compte du biais de la recherche en clinique pédopsychiatrique. Un certain nombre d'équipes de médecins anesthésistes et de psychologues cliniciens ont tenté cette approche. Leurs conclusions valent d'être citées et peut-être critiquées...

Une des études à laquelle se réfèrent de nombreux anesthésistes qui étudient l'impact émotionnel de l'intervention chirurgicale chez l'enfant est celle de David M. Levy parue en 1945 (68). Son étude fut rétrospective. Il passa en revue les dossiers de cent vingt-quatre enfants qui lui avaient été adressés pour des troubles du comportement et qui avaient subi une intervention chirurgicale à un moment de leur enfance. Il détermina ensuite le pourcentage d'enfants à l'intérieur des différents groupes d'âge qui avaient présenté des "séquelles" psychologiques au décours de l'intervention. Il n'expliqua pas comment il détermina quel type de trouble comportemental était une séquelle psychologique de la chirurgie, mais il suggéra que cette détermination reposait largement sur les

souvenirs qu'avaient les mères de l'intervention (lorsqu'elles remarquaient de nouveaux troubles du comportement peu de temps après l'intervention, ces troubles étaient considérés comme des "séquelles").

C'est entre un an et trois ans que l'incidence des séquelles psychologiques postopératoires était la plus élevée. Cependant, douze des vingt-cinq enfants ayant des troubles postopératoires avaient des antécédents de troubles psychologiques avant l'intervention. Ce qui suggère que cette étude a surestimé l'incidence réelle des séquelles psychologiques postopératoires...

Ces troubles comprenaient: des terreurs nocturnes prolongées (pour des enfants entre un et deux ans), des comportements d'opposition (pour des enfants de plus de quatre ans), des phobies variées, des réactions hystériques et des réactions anxieuses dans tous les groupes d'âge. Pour Levy, l'intervention chirurgicale représentait un risque psychologique plus important chez les enfants de un à trois ans en raison de leurs réactions plus intenses à la douleur, de leur plus faible compréhension, de leur plus grande dépendance à leur mère, de leur manque de contacts sociaux hors de la maison et de leur moindre capacité à affronter l'anxiété. Les conclusions de Levy, ainsi que son étude, datent de 1945. Hormis les critiques concernant la détermination des séquelles psychologiques chez les enfants (essentiellement la subjectivité de la mère), force est de constater que les techniques anesthésiques et chirurgicales étaient bien différentes de celles pratiquées aujourd'hui...

En 1952, Jackson publia plusieurs études qui s'intéressaient au traumatisme psychologique chez des enfants après une amygdalectomie. Dans un des articles (52), cent quarante enfants furent étudiés. Les parents furent interrogés par un travailleur social sur le comportement de leur enfant. Les entretiens avaient lieu avant l'intervention, dans la période postopératoire immédiate et ensuite à trois mois de l'intervention. Treize des cent quarante

enfants (9%) avaient manifesté des changements de comportement postopératoires qui semblaient indiquer un traumatisme psychologique (contre 20% dans l'étude de Levy). Ces nouveaux comportements étaient représentés par des cauchemars, des peurs et de l'opposition. A nouveau, les enfants entre un et trois ans se révélaient être ceux qui avaient le risque le plus élevé de modifications du comportement après l'intervention. Quarante-vingt onze pour cent des enfants de cette étude n'étaient pas "affectés" par la chirurgie.

En 1953, Eckenhoff (28) a publié une étude rétrospective dans laquelle il passait en revue les comportements postopératoires de six cent douze enfants. Globalement, l'incidence des changements de comportement en postopératoire était de dix-sept pour cent. L'incidence était de quarante pour cent dans le groupe d'âge de deux à trois ans. Dans cette étude, les modifications de comportement étaient associées à des inductions anesthésiques mouvementées.

Dans les années soixante, Schulman & coll. du Children's Memorial Hospital de Chicago entreprirent une série d'enquêtes sur les réactions psychologiques des enfants à l'anesthésie et la chirurgie. En 1967 (95), ils publiaient la première étude qui explorait différentes variables et en suivait l'évolution. Trente-deux enfants âgés de deux à six ans furent étudiés. Ils étaient séparés en deux groupes: seize enfants dont la mère était présente au moment de l'induction et seize autres qui étaient séparés de leur mère juste avant l'induction de l'anesthésie. Les enquêteurs observaient les enfants depuis leur arrivée (le matin de l'intervention) jusqu'à l'induction incluse. Ensuite, ils envoyaient un questionnaire aux parents six jours après l'intervention, les interrogeant sur le comportement postopératoire de leur enfant (en particulier, les signes leur évoquant de l'anxiété). L'induction se faisait chez tous les enfants au masque avec un mélange N<sub>2</sub>O /O<sub>2</sub> /halothane.

Une importante anxiété postopératoire fut reliée à des antécédents d'hospitalisation, à la tranche d'âge de deux à trois ans et à l'anesthésiste concerné. Il n'y avait pas de lien entre l'incidence de l'anxiété postopératoire et l'ordre de naissance de l'enfant, le comportement préopératoire de l'enfant ou la présence ou l'absence de la mère au moment de l'induction, bien que l'induction soit décrite comme généralement plus calme lorsque la mère était présente.

Ici encore, la "tranche" d'âge entre un et trois ans apparaît être celle pour laquelle l'incidence des troubles du comportement en postopératoire est la plus élevée.

D'autres auteurs se sont intéressés à l'anxiété dans la période périopératoire immédiate. En 1972, Bothe et Galdston (13) ont tenté de délimiter les facteurs favorisant les inductions et les réveils mouvementés. Ils étudièrent cinquante enfants, âgés de quatre à quatorze ans, qui avaient subi une anesthésie générale. Ils interrogèrent les enfants au sujet de leur admission à l'hôpital, avant l'induction de l'anesthésie et après l'intervention. Dans cette étude, les enfants interactifs qui semblaient à l'aise n'ont présenté aucun trouble du comportement péri-opératoire, alors que les enfants silencieux et anxieux risquaient plus de vivre une induction (14%) et/ou un réveil (10%) mouvementés. Lorsqu'ensuite, on leur demandait ce qui les avait fait dormir, environ la moitié répondait le "gaz" ou le "masque", environ un quart d'entre eux désignait la prémédication, alors qu'un dernier quart ne pouvait donner aucune explication à ce sujet. Lorsqu'on leur demandait de raconter les événements qui avaient conduit à l'induction, aucun des cinq enfants ayant présenté un état confusionnel au réveil ne pouvait se souvenir de ce qui avait précédé l'induction dans le sas. Il semblait que l'anxiété avait interféré avec les souvenirs; les auteurs ont émis l'hypothèse que, chez ces enfants, "l'anxiété préopératoire avait accéléré la répression postopératoire".

Plus récemment, d'autres études ont confirmé et élargi ces résultats. En 1993, Vetter (110) a observé quatre cent sept enfants âgés de deux à huit ans. Les enfants de deux ans avaient plus de risque de vivre une induction mouvementée (23%) que les enfants âgés de trois à six ans (12%) ou de sept à huit ans (3%). D'autres facteurs prédictifs d'une anesthésie "agitée" étaient l'absence de visite des lieux par la famille avant l'intervention, les antécédents personnels d'intervention chirurgicale et une présentation préopératoire de repli sur soi ou de dépendance parentale.

En 1986, Breitkopf et Büttner (19) ont étudié le lien entre des antécédents d'intervention chirurgicales et les "phobies de la chirurgie". Ils ont comparé l'anxiété pré- et postopératoire de soixante six enfants âgés de deux à six ans, répartis en deux groupes au moyen d'une échelle à huit items. Cette échelle observait les manifestations somatiques de l'anxiété ( expressions autonomiques: coloration du visage, sudation palmaire, fréquence respiratoire, dilatation pupillaire...). Les auteurs ont conclu que les interventions antérieures avaient été associées à la douleur et avaient conduit au conditionnement de phobies chirurgicales; ils ne pouvaient conclure sur la possibilité que le conditionnement ait eu lieu à la fois avant et après la chirurgie.

En 1990, Brophy et Erickson (20) ont étudié soixante et un enfants âgés de cinq à onze ans et observé la relation entre l'autodescription des enfants et leur niveau d'anxiété. Ils retrouvèrent un lien entre l'emploi de termes négatifs et des niveaux d'anxiété plus élevés. Par ailleurs, l'absence d'autodépréciation, et pas une description favorable, était en apport avec des niveaux d'anxiété plus bas dans ce groupe d'enfants.

## B / Critiques

Nous venons de passer en revue quelques études parmi les plus citées concernant l'impact psychologique de l'intervention en chirurgie pédiatrique. Elles avaient toutes pour intention première de prouver l'existence du traumatisme psychologique et la survenue de séquelles chez un certain nombre d'enfants. La méthodologie et les conclusions obtenues sont critiquables. Le bouleversement immédiat des enfants n'a jamais été vraiment observé. Aucune de ces études ne s'est réellement intéressée à la personnalité "prémorbide" ou préopératoire des enfants. Le témoignage des mères comme ceux recueillis dans le travail de Levy (68) est-il vraiment un indicateur fiable? Bothe et Galdston (13) constatent que les enfants silencieux et anxieux ont le risque le plus élevé de vivre une induction ou un réveil mouvementé. Cela est-il si étonnant?...Quant au "traumatisme psychologique", sa survenue a été mise en évidence, mais qui s'est posé la question de connaître la nature de ce traumatisme? Nous nous interrogeons aussi sur l'absence de données statistiques concernant les enfants porteurs de séquelles psychologiques d'intervention chirurgicales "bénignes", sur l'absence de consultations en pédopsychiatrie motivée par les mêmes causes...

## C / "Un souvenir particulier"

Le texte qui suit, parenthèse littéraire, est rapporté par D. J. Duché (27), dans une étude consacrée aux "états anxieux de l'enfant dans les autobiographies"; il a l'intérêt de nous interroger sur la valeur du souvenir et les séquelles du traumatisme. Duché cite M. Tournier (104) dans "Le vent Paraclet" (1977) : *"J'avais quatre ans. J'étais un enfant hypernerveux, sujet à convulsions, un écorché imaginaire, perpétuellement en proie à des maladies, les unes*

*classiques, les autres totalement inédites. La plupart sans doute d'origine psychosomatique. Un matin, deux inconnus firent irruption dans ma chambre: blouse blanche, calot blanc, au front le laryngoscope flamboyant, une apparition de science fiction ou de film d'épouvante. Ils se ruèrent sur moi, m'enveloppèrent dans un de mes draps puis entreprirent de me déboîter la mâchoire avec un écarteur à vis. Ensuite la pince entra en action, car les amygdales cela ne se coupe pas, cela s'arrache comme des dents. Je fus littéralement noyé dans mon propre sang. Je me demande comment on ranima la loque pantelante que cette agression ignoble avait fait de moi. Mais quarante-cinq ans plus tard j'en porte encore les traces et je reste incapable d'évoquer cette scène de sang froid. Au cours de la dernière guerre, des fillettes impubères furent violées par la soldatesque. J'affirme qu'elles en furent moins traumatisées qu'un enfant de quatre ans après une pareille scène d'égorgement et que par conséquent un soudard armé, armé jusqu'aux dents, ivre d'impunité, est moins dangereux pour l'humanité que certains chirurgiens, fussent-ils des professeurs de Faculté...Cet équarisseur est le seul homme au monde que je haisse absolument parce qu'il m'a fait un mal incalculable m'ayant tatoué dans le coeur à l'âge le plus tendre une incalculable méfiance à l'égard de mes semblables, même les plus proches, même les plus chers...Cette sanglante mésaventure dont s'éclabousse mon enfance, comme d'un grand soleil rouge, je n'ai pas fini de la ruminer et d'en tirer toute sorte de questions, d'idées, d'hypothèses. L'enfance nous est donnée comme un chaos brûlant et nous n'avons pas trop de tout le reste de notre vie pour tenter de la mettre en ordre et de nous l'expliquer..."*

A la fin de cette lecture, nous nous demandons quelle est la part de la reconstruction dans le souvenir de M. Tournier (104), quelles sont les conséquences de ce traumatisme... D. J. Duché (27) s'interroge d'ailleurs : "Les

*traumatismes vécus durant l'enfance font le lit des autobiographies, ou tous les enfants ont-ils vécus de pareils instants sans pour autant l'exprimer ultérieurement?"...*

## II - Une solution parmi d'autres

### A / Etudes

Parmi les tentatives des adultes d'atténuer le traumatisme et les manifestations anxieuses de l'enfant gênantes au moment de l'anesthésie, il en est une qui donne lieu à bien des polémiques. Il s'agit de la présence des parents auprès de leur enfant au moment de l'induction de l'anesthésie.

En 1967, Schulman & coll. (95) se sont intéressés à l'effet de la présence de la mère au moment de l'induction de l'anesthésie chez trente deux enfants âgés de deux à huit ans. L'anxiété au moment de l'induction fut étudiée. Leur analyse soutient l'hypothèse que le bouleversement survenant au moment de l'induction est tempéré par la présence de la mère et que les mères "assez anxieuses" ne semblaient pas avoir accru le stress de leur enfant.

En 1969, dans une étude portant sur cent quarante quatre patients, Lee et Greene (63) ont constaté que la présence des parents avant l'intervention n'avait aucun effet bénéfique objectivable sur l'état émotionnel préopératoire des enfants. En fait, il y avait plus de larmes et de cris parmi ceux dont les parents dormaient dans la chambre que parmi ceux qui n'avaient aucun contact avec leurs parents. Les enfants âgés de un à cinq ans étaient, là encore, plus significativement anxieux que ceux âgés de cinq à huit ans. Lee et Greene évoquent la possibilité que les parents demandant à rester à l'hôpital pour la nuit soient plus anxieux et moins confiants que les autres...

Hannallah et Rosales, en 1983 (45), et Smerling & coll., en 1988 (97), après avoir étudié le comportement et l'anxiété d'enfants au moment de l'induction de l'anesthésie, concluent que, pour des interventions légères, la présence des parents auprès de leur enfant au moment de l'induction de l'anesthésie a un effet bénéfique sur les deux données observées.

Hickmott & coll., en 1989 (46), sur un groupe de quarante neuf enfants âgés de un à neuf ans subdivisé en deux sous-groupes (mère présente-mère absente à l'induction) ont constaté que la présence de la mère ne semblait pas influencer l'anxiété, la coopération à l'induction ou la réponse comportementale ultérieure des enfants. La présence de la mère allongeait la durée de l'induction de quarante huit secondes mais ne favorisait pas la survenue de complications techniques à ce moment-là...

Le travail de Bevan & coll. effectué en 1990 (12), en faveur de la présence des parents au moment de l'induction, concluait à la nécessité d'évaluer l'anxiété des parents dans la période préopératoire afin de déterminer s'ils étaient aptes à être présents. Ainsi, ils préconisaient l'exclusion et le soutien des parents anxieux...

En 1992, Yemen et Nelson (112) aboutissent à deux conclusions : la première est que des enfants sans antécédent chirurgical, non prémédiqués et hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire ne manifestent pas "moins d'anxiété ou de peur" au cours d'une induction à l'Halothane si un de leurs parents est présent; la deuxième est que le choix de l'enfant quant à la présence d'un de ses parents pour une nouvelle intervention n'a aucun lien avec son comportement au moment de l'induction.

Afin d'évaluer l'importance de l'angoisse des parents associée à leur participation à l'induction de l'anesthésie de leur enfant, Vessey & coll., en 1994 (108), ont déterminé : les aspects de l'induction les plus angoissants pour les

parents, les caractéristiques des parents les plus susceptibles d'être perturbés, la justesse de la perception de l'anesthésiste de l'importance de l'angoisse parentale...Les conclusions des auteurs sont ambiguës. Les bénéfiques pour l'enfant (amélioration de la coopération, diminution de l'anxiété liée à une séparation) se font au détriment des parents, par une "surcharge émotionnelle". Le stress et le bouleversement parental sont transmis entre le parent et l'enfant, un parent perturbé va "donner" un enfant perturbé...Les perceptions négatives des parents à l'expérience de l'anesthésie vont modifier leurs capacités à faire face à de nouvelles interventions chirurgicales, aussi bien dans leur cas que dans celui de leur enfant. Cependant, les auteurs préconisent la connaissance des aspects de l'anesthésie angoissant les parents afin de permettre au personnel des salles d'opération d'en minimiser les conséquences négatives...

Seddon, en 1994 (96), avait observé dans son étude que les enfants avaient deux fois plus de risques d'être perturbés quand leurs parents étaient présents que lorsqu'ils étaient absents (vingt cinq pour cent des enfants de son échantillon étaient bouleversés quand ils étaient seuls contre cinquante pour cent des enfants accompagnés). Il affirmait : *"En 1994, il est politiquement correct que des parents accompagnent leur enfant en salle d'anesthésie, mais je ne suis toujours pas convaincu que cela soit bénéfique pour l'enfant"*.

## B / Critique

Ces études se suivent, leurs conclusions ne vont pas toutes dans le même sens et nous nous demandons toujours quelles peuvent être les interrogations de leurs initiateurs. Quelles interrogations peuvent faire naître de tels projets? Y a-t-il interrogation par ailleurs? Car ces recherches sont autant de manifestations de l'anxiété des adultes face au désarroi dans lequel les plongent les enfants en

situation d'être opérés. Proposer à des parents d'être présents auprès de leur enfant au moment de l'induction de l'anesthésie crée chez eux une inquiétude, voire une angoisse : seront-ils des parents convenables en acceptant ou ne le seront-ils pas s'ils refusent?

En effet, il ne faut pas oublier le rôle "contenant" de l'hôpital. Il nous semble important de rappeler ici que Winnicott (111) a défini les institutions soignantes de la façon suivante: *"si les représentations anxieuses existent, on les soigne avec des repérages strictes plutôt que des lieux flous"*.

**SIXIEME PARTIE**

*"Les grandes personnes font toujours semblant de ne pas avoir peur...elles disent toujours aux enfants : ça va passer, ne t'inquiète pas. Moi, à mon avis, je pense qu'elles ont des peurs plein la tête et qu'elles ne veulent pas voir celles de leurs enfants, ça leur ferait encore plus peur... Elles veulent toujours qu'on soit heureux."*

Texte libre de Martial, 10 ans.

## DISCUSSION

### I - Mise au point sur le traumatisme

Le dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique édité chez Larousse (85) indique: "événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations". Selon J. Laplanche et J. B. Pontalis (60) dans le "Vocabulaire de la psychanalyse", le traumatisme est : "un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations". Aucune précision n'est donnée quant à la nature du traumatisme; il peut aussi bien s'agir de l'intervention chirurgicale, quelque soit l'âge du sujet, que d'un bombardement...Cependant, on retrouve la notion "de tolérance du sujet", "de capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations", donc de variabilités individuelle et temporelle. Freud et Breuer, cités par M. Soulé et S. Lebovici (62) dans "Essai sur la nature du traumatisme", écriront : *"Dans d'autres cas, certaines circonstances apparemment ordinaires, par leur combinaison avec des événements qui ont une valeur significative ou par le fait qu'elles surviennent à un moment particulier pour leur donner un rôle stimulant, sont élevées au rang de traumatisme, ce qu'elles n'auraient pas été autrement, alors qu'elles continuent dans de tels cas à jouer ce rôle"*.

La définition du traumatisme peut s'appliquer à la situation de l'intervention chirurgicale chez l'enfant si on garde présente à l'esprit la notion de tolérance individuelle et de résonance dans la dynamique psychique de l'enfant au cours de son développement affectif.

Nous avons choisi d'étudier une phase donnée de l'intervention. Au cours de cette période d'observation clinique, rien ne nous a permis d'affirmer ou de nier qu'un des moments vécus par les enfants, le plus anodin soit-il, serait à l'origine d'un traumatisme psychologique dans le sens donné par la définition de Laplanche et Pontalis.

## II - Angoisse ou anxiété

Tout au long de ce travail, nous nous sommes demandé ce qui distinguait cliniquement l'angoisse de l'anxiété chez l'enfant. Nous avons alors voulu revenir à la définition du dictionnaire de Psychanalyse de Laplanche et Pontalis (60) sur l'angoisse devant un danger réel (Realangst) : *"terme utilisé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'angoisse : angoisse devant un danger extérieur qui constitue pour le sujet une menace réelle"*. Les auteurs précisent que dans **Realangst**, **Real** est substantif; il ne qualifie pas l'angoisse elle-même mais ce qui la motive. L'angoisse devant un danger réel s'oppose à l'angoisse devant la pulsion. La traduction par "angoisse devant le réel" aurait l'inconvénient de laisser supposer que c'est la réalité comme telle qui est motif d'angoisse alors qu'il s'agit de certaines situations. En se référant à Freud, on retient la notion de danger réel, ce qui, il nous semble, correspond à la définition de l'anxiété.

Le dictionnaire de Psychiatrie de Larousse (85) donne de l'anxiété la définition suivante : *"état de non-quiétude dans lequel prédomine l'appréhension*

*d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voire dangereuse". P. Pichot (1987) y est cité : "l'anxiété (ou l'angoisse) est un état émotionnel fait sur le plan phénoménologique de trois éléments fondamentaux : la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment de désorganisation lié à la conscience d'une impuissance totale en face de ce danger".*

Si nous avons souhaité revenir sur la distinction angoisse - anxiété, c'est parce qu'au cours de notre préparation, nous avons été régulièrement confrontés à une confusion entre les définitions données à chacun de ces deux termes. Au total, nous serions tentés de d'avancer que chaque auteur donne sa définition de l'angoisse ou de l'anxiété et que, si on essaie de théoriser, on s'aperçoit que toutes ces définitions sont, malgré tout, plus ou moins superposables entre elles.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes demandé s'il pouvait exister une prédictibilité des manifestations anxieuses excessives, si on pouvait tenter une sémiologisation des risques anxieux. Le savoir implicite des anesthésistes ne suffit pas toujours à prévoir ces risques. D'autre part, notre rencontre durant dix minutes, de l'enfant et de sa famille, même au moyen d'une échelle d'évaluation, ne nous a pas semblé suffisante pour démêler l'intrication entre "anxiété - réaction normale à la situation" et "anxiété pathologique".

Nous tenions, en outre, à rapporter qu'aucun des enfants rencontrés n'avait, à aucun moment, prononcé les paroles suivantes : "*J'ai peur!*". Nous n'avons pas forcément d'interprétation à en donner, mais, rétrospectivement, notre étonnement tient au fait qu'habituellement, les enfants ont une grande facilité à dire "*J'ai peur!*". Tout s'est passé comme si la peur des enfants ne pouvait être dite car, en fait, elle était d'une intensité supérieure à une peur "habituelle". Il s'agissait bien d'anxiété et non plus de peur et cette anxiété envahissait suffisamment le

psychisme de l'enfant pour qu'il ne puisse commenter ce qu'il était en train de ressentir.

### III - Mise en pratique

L'observation nous a révélé des situations paradoxales : nous pensons à Geoffrey (cas n°12) qui rassure tellement sa mère par son inhibition qu'elle envisage de ne pas rester près de lui la nuit suivante, à Sylvain (cas n°4) qui, par ses pitreries amuse son entourage mais ne fait pas "contenir" son anxiété, à des enfants tellement inhibés qu'on pourrait les oublier sous leur couverture (Yann, cas n°18). Il faudrait peut-être attirer l'attention des membres du personnel soignant sur ce type de manifestations qui peuvent passer inaperçues...

Nous nous proposons aussi de rassurer ceux et celles, adultes membres de l'équipe soignante, quant à leurs actions spontanées : le contact physique est fréquemment efficace, il pourrait d'ailleurs être plus souvent pratiqué; d'autre part, s'approcher du visage de l'enfant et lui parler d'une voix douce, au moyen de paroles simples, le réconforte...

Notre observation nous a montré qu'il existe tout une palette d'attitudes dans cette situation liées à toutes les personnalités qui se rencontrent. Vouloir privilégier l'une ou l'autre aboutit à nier les autres; standardiser l'accueil de l'enfant au bloc opératoire va à l'encontre du but recherché qui est de permettre au "sujet global", l'enfant, de vivre sereinement l'intervention.

Nous avons évoqué plus haut dans ce travail une des solutions proposées dans certains services qui est d'autoriser la présence des parents en sas d'anesthésie. Le préalable à cette situation doit être rappelé : il s'agit de l'intervention avant tout et celle-ci a lieu dans un "lieu technique". C'est à dire un cadre bien particulier, celui de l'anesthésie et de la chirurgie. Les progrès actuels

garantissent tellement de sécurité et d'efficacité que des parents ne s'interrogent même pas de connaître les conséquences éventuelles de leur présence. L'induction est un des moments les plus délicats de l'anesthésie et la multiplication des individus dans un bloc opératoire multiplie les risques infectieux. D'une certaine façon, les parents ne viennent là que parce qu'ils ne peuvent supporter un certain vide psychique. Ce sentiment est un stigmate de l'échec : ils ne font pas confiance aux médecins qui ont la responsabilité de leur enfant.

Enfin, nous reviendrons sur ce qui sous-tend l'ensemble des initiatives visant à atténuer l'anxiété préopératoire (projets, études...). L'existence d'un impact (nous ne dirons pas "traumatisme") psychologique chez les enfants avait sûrement besoin d'être confirmée. Dès lors, les adultes se sont employés à minimiser voire éliminer ce qui leur est intolérable : d'une part, nous l'avons dit, ce vide ressenti par certains parents, mais surtout, l'idée d'une anxiété ou d'une angoisse chez l'enfant qui les renvoie à des clichés adultomorphiques. Dans "Les états anxieux de l'enfant", I. Jalenques écrit : *"Dans l'amnésie infantile proprement dite, entre sans doute non seulement une part d'oubli des causes d'angoisse mais aussi de l'angoisse elle-même et de son intensité et ce, dans un processus d'évitement de souffrance. L'adulte ne voudrait pas plus se souvenir de certains moments de son enfance qu'il ne souhaite le percevoir chez ses propres enfants. (...) Dans le fantasme adulte, l'enfant se doit d'être heureux, mais angoissé sûrement pas! La souffrance personnelle d'un enfant réactive probablement dans notre propre subjectivité des moments recouverts par le poids du temps"*.

Nous terminerons en soulignant le chemin parcouru et les bénéfices acquis en ce qui concerne les améliorations apportées à la préparation de l'intervention, à l'accueil dans le service, à l'analgésie et à l'antalgie périopéroaire.

**SEPTIEME PARTIE**

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, une conclusion nous semble difficile. Nous avons procédé à une expérience ponctuelle, mais originale, étayée par une échelle d'évaluation "bricolée". Elle ne nous a pas fait aboutir à des réalités statistiques ou à des vérités scientifiques mais elle nous a permis de dire qu'effectivement, dans l'attente de l'intervention, des enfants sont confrontés à une situation angoissante, qu'ils éprouvent de l'angoisse et que leur angoisse se manifeste le plus souvent à travers le vecteur relationnel qu'est leur corps.

Notre présence auprès de ces enfants nous a permis de voir comment ils mettaient en place leurs mécanismes de défense, comment ils interagissaient avec l'entourage immédiat, chacun à leur manière, et combien cette interaction pouvait se révéler efficace. Nous avons pu constater combien chaque enfant pris isolément se distingue des autres et qu'il est superficiel et illusoire de vouloir standardiser la préparation à l'intervention. Si certaines "solutions" qui ont tendance à se généraliser satisfont les médias, elles ne sont pas pédopsychiatriques, ni opérantes.

Nous ne délivrerons aucun conseil, mais comme A. Freud (36) nous a inspiré notre introduction, nous la citerons encore une fois : *"dans le cas idéal, il faudrait, pour préparer comme il convient une opération, que l'adulte responsable de cette intervention disposât d'une foule d'informations sur l'enfant considéré. Il devrait connaître les événements extérieurs à la vie de l'enfant, avoir par exemple connaissance de l'opération d'un parent ou d'un ami, auquel l'enfant s'identifie peut-être, il devrait savoir le résultat positif ou négatif de cette opération dont il est possible qu'il agisse sur les espérances de l'enfant; il devrait savoir quelles informations l'enfant a reçues jusqu'ici sur son corps et*

*ses fonctions; il devrait être au courant d'une éventuelle opération antérieure de l'enfant et des explications et secours que l'enfant a alors reçus. Il devrait en outre connaître les données intérieures, comme par exemple les soutiens et mécanismes de défense ordinaires de l'enfant lorsqu'il se trouve confronté à un danger, son stade de développement en ce qui concerne la formation des pulsions et de sa personnalité, ses angoisses et imaginations dominantes. Ce n'est que lorsque la réalité extérieure et intérieure d'un enfant peuvent être vues ensemble et dans leur interaction réciproque, qu'il existe une chance de prédire avec une vraisemblance qui s'approche de la certitude, comment l'enfant opérera un transfert d'événements, tels qu'anesthésie, douleur, dommage physique et immobilité forcée, à des sentiments vécus."*

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. AJURIAGUERRA J. De, MARCELLI D.: **L'enfant et le monde médical.** *Psychopathologie de l'enfant. Ed. Masson 1987, 449-463.*
2. ARIES P.: **L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.** 1973, *Seuil, Paris.*
3. AUGÉ M.: **Un ethnologue dans le métro.** *Textes du siècle, Hachette, 1988.*
4. AUSSILLOUX C., BOUSQUET-JACQ N., DONNADIEU H.: **L'enfant anxieux et ses milieux.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 1995, 43 (4-5), 189-193.*
5. BAILLY D., LAMBIN I., GARZON G.: **L'angoisse de séparation : données épidémiologiques et problèmes théoriques.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 1994, 42, (8-9), 374-384.*
6. BARRIOS B. A., HARTMANN D. P., SHIGETOMI C.: **Fears and anxiety in children.** In: *Masch I. J., Terdall L. G., Behavioral assessment of childhood disorders. Guilford, New York, 1981.*
7. BARROUX C.: **Ici, on humanise...** *L'école des parents, 1994; 2, 28-34.*
8. BAUCHNER H., VINCI R., WARING C.: **Pediatric procedures: do parents want to watch?** *Pediatrics, 1989, 84, 5, 907-908.*
9. BECKER R. D. C.: **Deuxième partie : Répercussions de l'intervention.** *L'opération dans le vécu de l'enfant, Hexagone "Roche", 1980, 8, 4, Bâle, Supplément, p. 1-8.*
10. BEEBY D. G., MORGAN HUGHES J. O.: **Behaviour of unsedated children in the anaesthetic room.** *Br J Anaesth 1980; 52, 279-281.*
11. BENSOUSSAN P.: **Psychiatre et père.** *L'école des parents, 1994; 2, 45-47.*
12. BEVAN J. C., JOHNSTON C., HAIG M. J. et al. : **Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children.** *Can J Anaesth 1990; 37, 2, 177-182.*
13. BOTHE A., GALDSTON R. : **The child's loss of consciousness : a psychiatric view of pediatric anesthesia.** *Pediatrics, 1972; 50, 2, 252-262.*

14. BOUCHET A. : **Histoire de la chirurgie de la fin du XVIIIème siècle à l'époque contemporaine.** *Histoire de la Médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire. Coll. dirigée par J. Poulet, J. C. Sournia et M. Martini. Tome 7. Ed. Albin Michel/Laffont/Tchou. 1993; 185-198.*
15. BOULANGER J. P., DEVALOIS B., LANSADE A. et al. : **Evolution de l'anesthésie pédiatrique à Limoges de 1915 à 1955.** *Cahiers d'Anesthésiologie 1985; 33, 6, 539-541.*
16. BOWIE J. R.: **Parents in the operating room?** *Anesthesiology, 1993; 78.*
17. BOWLBY J.: **L'avènement de la psychiatrie a sonné.** *Devenir, 1992; 4, 7-31.*
18. BRACONNIER A.: **"Avoir vingt ans" ou comment les enfants répondent à un stress.** *Stress et anxiété: les faux-semblants. Sous la direction de L. Chneiweiss et E. Albert. Ed. Upjohn, 1993.*
19. BREITKOPF L., BÜTTNER W.: **Die Effekte früherer Operationen auf Narkose- und Operationsängste bei Kleinkindern.** *Der Anaesthetist, 1986; 35, 30-35.*
20. BROPHY C. J., ERICKSON M. T.: **Children's self-statements and adjustment to elective outpatient surgery.** *J Dev Behav Pediatr, 1990; 11, 13-16.*
21. BÜTTNER W., BREITKOPF L.: **Welche Beziehungen gibt es zwischen den Ängsten von Müttern und dem Angstverhalten von Kleinkindern vor der Prämedikation?** *Anästhesist, 1984; 33, 450.*
22. CAILAR J. Du: **Histoire de l'anesthésie.** *Précis d'Anesthésie par G. François, M. Cara, J. Du Cailar, F. D'Athis, F. Gouin, M. Poisvert. Masson, 1981; 1-7.*
23. CARMOY R. De: **Angoisse et chirurgie réparatrice chez l'enfant et l'adolescent.** *Psychiatrie de l'enfant, 1995; XXXVIII, 1, 141-202.*
24. CASTADENA A., Mc CANDLESS B. R., PALERMO D. S.: **The children's forme of the manifest anxiety scale.** *Child Dev, 1956; 27, 3, 317-26.*

25. CATLING J., LINDSAY W. A., RADFORD P. et al.: **Pediatric anesthesia.** *Br Med J*, 1985; 291, 542-543.
26. CREPU M.: **Euphémiser l'hôpital? Kitsch et cruauté.** *L'hôpital à vif. L'état des lieux. Série Mutations. Coll. Autrement.* 1989, 109, 15-17.
27. DUCHE D. J.: **Lectures de l'angoisse. Les états anxieux de l'enfant dans les autobiographies.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 207-220.
28. ECKENHOFF J. E.: **Relationship of anesthesia to postoperative personality changes in children.** *Am J Dis Child*, 1953; 86, 587-591.
29. ECOFFEY C.: **Anesthésie ambulatoire.** *Manuel d'Anesthésie Pédiatrique. I.* Murat, C. Ecoffey, C. Saint-Maurice. Ed. Pradel. 1991, 385-391.
30. Elèves de la classe de CM2 de Mme Raynaud, école du Jeu de Mail II: **Paroles d'enfants.** *Devenir*, 1993; 5, 3, 125-127.
31. ELSASS P., DUEDAHL H., FRIIS B. et al.: **The psychological effects of having a contact-person from the anesthetic staff.** *Acta Anaesthesiol Scand*, 1987; 31, 584-586.
32. EPELBAUM C., FERRARI P.: **Réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant.** *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Médecine-Sciences Flammarion.* 1993, 439-448.
33. FISHER N. G. S., ARMITAGE E. N., WILLIAMS P. A. D.: **Paediatric anaesthesia.** *Br Med J*, 1985; 291, 672-673.
34. FOURRIER-CHARRIERE E.: **Idées habituellement reçues sur la douleur chez l'enfant.** *Le journal de la pédiatrie et de la puériculture*, 1993; 2, 68-74.
35. FREUD A.: **Le Normal et le Pathologique chez l'enfant.** Ed. Gallimard, 1965.
36. FREUD A., BERGMANN Th.: **Les enfants en traitement.** *Les enfants malades, Editions Epoque-Privat*, 1976.
37. FREUD S.: **Inhibition, symptôme et angoisse.** *Bibliothèque psychanalytique, P.U.F.*, 1975.

38. GAUDERER M. W. L., LORIG J. L., EASTWOOD D. W.: **Is there a place for parents in the operating room?** *J Pediatr Surg*, 1989; 24, 7, 705-707.
39. GERBEAUX J.: **La pédiatrie dans le siècle.** *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, Instantanés Médicaux*, 1987; 5, 3-6.
40. GIBELLO B.: **Anxiété et cognition.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 175-179.
41. GOLSE B.: **Psychopathologie de l'angoisse au cours du développement.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 142-152.
42. GROSJEAN P.: **L'enfant, la mort et le deuil. Le point de vue du pédopsychiatre.** "Dis maîtresse, c'est quoi la mort?". *C. R. D. P. Dijon*, 1992; 124-128.
43. GUAY J., LIMOGES P.: **Anesthésie générale en pédiatrie.** *Anesthésie-Réanimation chirurgicale. Sous la direction de Kamran Samii. Médecine-Sciences Flammarion. 2nde édition*, 1993; 618-633.
44. HANNALLAH R. S., ABRAMOWITZ M. D., OH T. H. et al.: **Residents' attitudes toward parents' presence during anesthesia induction in children: does experience make a difference?** *Anesthesiology*, 1984; 60, 6, 598-601.
45. HANALLAH R., ROSALES J.: **Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children.** *Can Anaesth Soc J*, 1983; 30, 3, 286-289.
46. HICKMOTT K. C., SHAW E. A., GOODYER I. et al.: **Anaesthetic induction in children: the effects of maternal presence on mood and subsequent behaviour.** *European J Anaesthesiol*, 1989; 6, 145-155.
47. HOCHMANN J.: **Inquiétude - anxiété - angoisse. Plaidoyer pour une attente spécifique de l'attente anxieuse.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 158-163.
48. HONIG J., MAGUIRE E., HANNALLAH R.: **Parents' response to observing anesthesia induction in their children.** *Anesthesiology*, 1991; 75, 3A, A1051.

49. HOUZEL D.: **Angoisse et représentation corporelle.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 185-188.
50. HUARD P., LAPLANE R.: **Histoire illustrée de la puériculture.** *Ed. Dacosta, Paris. Tome III, 1983.*
51. HUBER H. P.: **Möglichkeiten der psychologischen Operationsvorbereitung bei Kindern und Erwachsenen.** *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1986; 98, 19, 667-670.
52. JACKSON K.: **Psychological preparation as a method of reducing the emotional trauma of anesthesia in children.** *Anesthesiology*, 1951; 12, 293-300.
53. JALENQUES I.: **Approches cliniques et psychopathologiques des états anxieux de l'enfance à l'adolescence.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1995; 43, (4-5), 136-141.
54. JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A. J.: **Les états anxieux de l'enfant.** *Masson, Paris. 1992.*
55. JESSNER L., BLOM G. E., WALDFOGEL S.: **Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children.** *Psychoanal Study Child*, 1952; 7, 126.
56. JOHNSON S., MELAMED B. G.: **The assessment and treatment of children's fears.** *Advances in clinical psychology, Vol 2. B. B. Lahey, A. E. D. Kazdin. Plenum Press, New York, 1979.*
57. JONES D.: **Recognition and monitoring of anxiety by means of psychometric tests.** *Anxiety in children. V. P. Varma. Croom Helm, London & Sidney, 1984.*
58. KORSCH B.: **The child and the operating room.** *Anesthesiology*, 1975; 43, 2, 251-257.
59. KOTINIEMI L. H., RYHÄNEN P. T.: **Behavioural changes and children's memories after intravenous, inhalation and rectal induction of anaesthesia.** *Paediatric Anaesthesia*, 1996; 6, 201-207.

60. LAPLANCHE J., PONTALIS J. B.: **Vocabulaire de Psychanalyse.** P. U. F., 1972.
61. LAZAROVICI R.: **Consultation psychiatrique en chirurgie infantile.** *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1986; 34, (11-12), 485-493.
62. LEOVICI S., SOULE M.: **Essai sur la nature du traumatisme.** *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse.* P. U. F. 1977, 112-123.
63. LEE J. S., GREENE N. M.: **Parental presence and emotional state of children prior to surgery.** *Clinical Pediatrics*, 1969; 8, 3, 126-130.
64. LEGRAND D.: **Psychoanalytical principles applied to paediatric surgery.** *Maryland State Med J*, 1964; 13, 113-117.
65. LEMOINE M.: **Le prix des câlins.** *L'hôpital à vif. L'état des lieux. Série Mutations. Coll. Autrement.* 1989; 109, 91-94.
66. LESTANG C., FLAVIGNY C.: **Peut-on préparer l'enfant à l'anesthésie?** *L'enfant malade et son corps. Dirigé par P. Ferrari et R. Lazarovici.* Privat, 1993; (9-10), 339-349.
67. LESTANG C., SAINT-MAURICE C.: **Le vécu de l'anesthésie chez l'enfant.** *Cahiers d'Anesthésiologie*, 1984; 32, 5, 393-396.
68. LEVY D.M.: **Psychic trauma of operations in children and a note on combat neurosis.** *Am J Dis Child*, 1945, 69, 7-25.
69. LEWIS N.: **The needle is like an animal.** *Children Today*, 1978; 18, 18-21.
70. LUMLEY M.A., MELAMED M.G., ABELES L.A.: **Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behavior changes.** *J Pediatr Psychol*, 1993; 18, 4, 481-497.
71. Mc EWEN A. W., CALDICOTT L. D., BARKER I.: **Parents in the anaesthetic room - parents' and anaesthetists' views.** *Anaesthesia*, 1994; 49, 987-990.
72. MCGILL W.A., HANNALLAH R.: **Parental presence during induction of anesthesia in children.** *Seminars in Anesthesia*, 1992, XI, N°3, 259-264.

73. Mc GRAW T.: **Preparing children for the operating room : psychological issues.** *Can J Anaesth*, 1994; 41, 11, 1094-1103.
74. MADELIN J-C.: **Travail de séparation et hospitalisation pédiatrique. Grands enfants et adolescents.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1994; 42, (8-9), 544-545.
75. MANDLER G., SARASON S. B.: **A study of anxiety and learning.** *J Abnorm Soc Psychol*, 1952; 47, 166-173.
76. MAURY M.: **Le bébé à l'hôpital: hier et aujourd'hui.** *Devenir*, 1993; 5, 3, 11-59.
77. MILEA S.: **L'anxiété : du symptôme à la maladie.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1996; 44, (1-2), 32-34.
78. MISES R.: **Le travail de séparation.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1994; 42, (8-9), 369-373.
79. MOREL M. F.: **Médecins et enfants malades dans la France du XVIIIème siècle.** *L'enfant malade et son corps. Dirigé par P. Ferrari et R. Lazarovici. Privat*, 1993; (9-10), 339-349.
80. NAUDIN O.: **La parole décharge l'angoisse.** *L'école des parents*, 1994; 2, 38-41.
81. NAVELET Y., FERRARI P.: **Les troubles du sommeil.** *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Médecine-Sciences Flammarion*, 1993; 55-65.
82. OLLIVIER A., RAPOPORT D.: **L'enfant à l'hôpital.** *L'enfant et sa santé. Sous la direction de M. Manciaux, S. Lébovici, O. Jeanneret, A. E. Sand, S. Tomkiewicz. Doin Editeurs*, 1987; 633-643.
83. PEARSON G. H. J.: **Effect of the operative procedures on the emotional life of the child.** *Am J Dis Child*, 1941; 62, 716-729.
84. PIERSON, NEIMANN: **Histoire de la pédiatrie aux XIXème et XXème siècles.** *Histoire de la Médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire. Coll. dirigée par J. Poulet, J. C. Sournia et M. Martini. Tome 7. Ed. Albin Michel/Laffont/Tchou.* 1993; 135.

85. Sous la direction de J. POSTEL: **Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique.** *Sciences de l'Homme, Larousse. 1993.*
86. PUYUELO R.: **L'anxiété de l'enfant ou le bonheur difficile.** *Privat, 1991.*
87. RICE J. L.: **Needle phobia : an anesthesiologist's perspective.** *J Pediatrics, 1993; 122, 9-13.*
88. ROCHE J. F. R., ALAIN J. L., RUFO M. et al.: **Appendicectomie et angoisse. Un dialogue entre chirurgiens pédiatriques et pédopsychiatres.** *Communication au Congrès de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Clermont-Ferrand, 1995.*
89. RYDER I. G., SPARGO P. M.: **Parents in the anaesthetic room : a questionnaire survey of parents' reactions.** *Anaesthesia, 1991; 46, 977-979.*
90. SAINT-MAURICE C.: **Analgésie post-opératoire.** *Manuel d'Anesthésie Pédiatrique. I. Murat, C. Ecoffey, C. Saint-Maurice. Ed. Pradel. 1991, 397-405.*
91. SAINT-MAURICE C.: **Préparation de l'enfant à l'anesthésie. Consultation. Prémédication. Examens.** *Manuel d'Anesthésie Pédiatrique. I. Murat, C. Ecoffey, C. Saint-Maurice. Ed. Pradel, 1991; 19-36.*
92. SARASON S. B., DAVIDSON K. S., LIGHTHALL F. F. et al.: **Anxiety in elementary school children.** *Wiley, New York, 1960.*
93. SARRAUTE N.: **Enfance.** *Coll. Folio, Gallimard, 1983; 47.*
94. SCHOFIELD N. Mc. C., WHITE J. B.: **Interrelations among children, parents, premedication, and anaesthetists in paediatric day stay surgery.** *Br Med J, 1989; 299, 1371-1375.*
95. SCHULMAN J. L., FOLEY J. M., VERNON D. T. A. et al.: **A study of the effect of the mother's presence during anesthesia induction.** *Pediatrics, 1967; 39, 1, 111-114.*
96. SEDDON S. J.: **Parents in the anaesthetic room?** *Anaesthesia, 1995; 50, 368.*

97. SMERLING A. J., LIEBERMAN I., ROTHSTEIN P.: **Parents' presence during induction of anesthesia in children: parents' viewpoint.** *Anesthesiology*, 1988; 69, 3A, A743.
98. SMITH R. M.: **Anesthesia.** *Pediatric surgery. 2nd edition, voll.* Edited by W. T. Mustard, M. M. Ravitch, W. H. Snyder Jr, K. J. Welch, C. D. Benson. Year Book Medicine Publishers, 1972, 7-16.
99. SOKOLOWSKY M., BATTISTA M., RUFO M. et al.: **Hospitalisation-séparation mère-enfant.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1994, 42 (8-9), 526-529.
100. SOKOLOWSKI M., PAUT O.: **Echelle d'évaluation de l'anxiété.** *Communication au Congrès de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Clermont-Ferrand, 1995.*
101. SPAHR-SCHOPFER I.: **Agents de prémédication.** *Journées d'Enseignement Post-Universitaires en Anesthésie Réanimation, 1996. Pitié-Salpêtrière. Arnette.*
102. SPIELBERGER C. D.: **Manual for the stait trait anxiety inventory for children.** *Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1973.*
103. TORBAHN A.: **Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern.** *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat*, 1988; 37, 247-252.
104. TOURNIER M.: **Le vent Paraclet.** *Folio, Gallimard, 1977.*
105. UNAL D., CAMBOULIVES J., RIGAUT F.: **L'anesthésie chez l'enfant.** *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Anesthésie Réanimation. (4) 36 640 A30 1-2.*
106. UNDERWOOD M.: **Traité des maladies des enfants.** *Trad. Française, Paris, 1786; p4.*
107. VALDES SANCHEZ C.-A., FLOREZ LOZANO J.-A.: **Anxiété parentale et hospitalisations infantiles.** *Psychol Médic*, 1993; 25, 1, 69-72.
108. VESSEY J.A., BOGETZ M.S., CASERZA C.L. et al.: **Parental upset associated with participation in induction of anaesthesia in children.** *Can J Anaesth*, 1994; 41, 4, 276-280.

109. VESSEY J. A., BOGETZ M. S., DUNLEAVY M. F. et al.: **Memories of being anesthetised as a child.** *Anesthesiology*, 1994; 81, 3A, A1384.
110. VETTER T. R.: **The epidemiology and selective identification of children at risk for preoperative anxiety reactions.** *Anesth Analg*, 1993; 77, 96-99.
111. WINNICOTT D. W.: **Les soins hospitaliers en complément d'une psychothérapie intensive au cours de l'adolescence.** *Processus de maturation chez l'enfant. Petite Bibliothèque Payot*. 1963, 233-242.
112. YEMEN T. A., NELSON W.: **Parental presence at induction : do the parents make a difference?** *Anesthesiology*, 1992, 77, 3A, A1167.
113. ZUCKERBERG A. L.: **Perioperative approach to children.** *Pediatric Anesthesia*, 1994; 41, 1, 15-29.

**ANNEXES**

## ECHELLE D'ANXIETE

### ANXIETE 0:

- Sourit.
- Communication facile: répond aux questions, parle spontanément.
- Se laisse examiner.
- Décontraction musculaire (hypertonie 0).

### ANXIETE 1:

- Autoréassurance: câline, suce un objet...
- Examen possible, communication possible, mais doit être encouragé.
- Cris et pleurs au départ des parents.
- Tendus (hypertonie 1).

### ANXIETE 2:

- Grognon, pleurnicheur.
- Communication difficile.
- Appréhension et questions multiples.
- Hyperactif.
- Figé (hypertonie 2).
- Ebauche non soutenue d'opposition aux manoeuvres.

**ANXIETE 3:**

- **Crie tout le temps.**
- **Aucune coopération.**
- **Communication impossible.**
- **Lutte à la moindre approche.**

N°	Age	Intervention	ATCD d'intervention chirurgicale	Présence des parents Mère	Père	Représentations parentales	Anxiété dans la chambre	Anxiété dans le sas	Manifestations de l'anxiété	Moyens de lutte contre l'anxiété	Souvenirs
1	4	Hydrocèle et phimosis	1ère	OUI	OUI	mort-aiguille	2	1	désorganisation émotionnelle-agrippement	autoréassurance	--
2	5,5	Ectopie testiculaire	3ème	OUI	OUI	arrêt de la vie-aiguille	0	0	érythème pudique	interaction-maintien du contact	--
3	6	App.*	1ère	OUI	OUI	--	1	1	inhibition	autoréassurance-objet transitionnel	--
4	6,5	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	OUI	anxiété floue	2	2	hyperactivité	repli	--
5	7	reprise tendon	1ère	OUI	OUI	--	0	0	inhibition motrice légère	interaction-maintien du contact	--
6	4	Ectopie testiculaire	2ème	OUI	OUI	souvenir positif de la 1ère intervention	2	2	désorganisation émotionnelle	reprise contact-autoréassurance	--
7	4,5	Naevus	1ère	OUI	NON	intervention jugée banale	2	1	inhibition-mutisme	autoréassurance	--
8	4	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	NON	"2 anesthésies car 2 testicules"	0	0	"Les P-R sont forts, eux!"	autoréassurance	--
9	5	Hernie inguinale	2ème	OUI	NON	induction sans masque	1	3	désorganisation émotionnelle-pas de communication	accepte l'interaction-induction dans sas	--
10	8	Ectopie testiculaire	2ème	NON	NON	--	0	0	inhibition légère, hypervigilance	résignation	--
11	5,5	Cohen bilatéral	1ère	OUI	NON	séparation-chirurgie	1	1	désorganisation émotionnelle-séparation	autoréassurance	--

\*.:Appendicectomie

Tableau I

N°	Age	Intervention	ATCD d'intervention chirurgicale	Présence des parents Mère	Père	Représentations parentales	Anxiété dans la chambre	Anxiété dans le sas	Manifestations de l'anxiété	Moyens de lutte contre l'anxiété	Souvenirs
12	6,5	méat.**	3ème	OUI	NON	intervention "légère"	2	2	hyperactivité	questions multiples	déni
13	5	syndactylie	2ème	OUI	NON	rassurée par comportement de son fils	1	1	inhibition légère	autocéassurance	--
14	9,5	kyste synovial	2ème	NON	NON	--	1	1	larmes- représentations angoissantes	interaction	--
15	4	hyosp.***	2ème	OUI	NON	séparation	2	3	désorganisation émotionnelle	reprise contact	--
16	4,5	angiome	1ère	NON	NON	--	--	2	peur verbalisée/ anesthésie	contact verbal	--
17	8	Hernie hiatale	2ème	OUI	NON	refus	0	0	mutisme	induction immédiate	aucun. "On n'en parle pas".
18	3,5	Ectopie testiculaire	1ère	OUI	NON	anesthésie	0	1	larmes	isolement- autocéassurance	"J'ai pleuré".
19	11	Allong. tibia	4ème	NON	NON	--	1	1	inhibition motrice	contact verbal	--
20	8	Ectopie testiculaire	2ème	OUI	NON	souvenir anesthésie personnelle	0	--	inhibition du comportement habituel	jeux de toute puissance	--
21	4	circuncision rituelle	1ère	NON	OUI	"tradition = sécurité"	0	--	mutisme	jeu	--
22	3,5	Cohen bilatéral	1ère	OUI	NON	anesthésie	0	--	--	endormissement	--

\*\* : méatostomie

\*\*\* : hypospadias pénien antérieur

Tableau I (suite)

**TABLE DES MATIERES**

**TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>PREMIERE PARTIE : Etat des lieux.....</b>	<b>16</b>
I - Histoire de l'enfant à l'hôpital.....	17
II - Histoire de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique.....	21
<b>DEUXIEME PARTIE : L'intervention chirurgicale chez l'enfant, de quoi s'agit-il? .....</b>	<b>27</b>
I - Les différentes étapes.....	28
A / La chirurgie.....	28
a) Le chirurgien et la consultation chirurgicale.....	28
b) La salle d'opération.....	29
B / L'anesthésie générale.....	31
a) La consultation "préanesthésie" .....	31
b) Les prémédications.....	32
c) L'induction.....	33
C / La période "préopératoire".....	35
a) Définition.....	35
b) Description.....	35
II - Approche psychologique de l'intervention.....	37
A / L'enfant.....	37
a) Selon l'âge.....	37
b) Selon le développement.....	39

c) Particularités liées à l'anesthésie.....	41
α) Le sommeil.....	41
β) La douleur.....	42
d) Fantômes liés à l'intervention chirurgicale.....	43
e) Anxiété - angoisse.....	45
B / Les parents.....	48
a) Les causes d'anxiété générales.....	48
b) Les causes d'anxiété liées à l'intervention.....	49
c) Les causes d'anxiété liées à l'hospitalisation.....	49
C / L'équipe soignante.....	51
<b>TROISIEME PARTIE : Illustration de la période préopératoire.....</b>	<b>54</b>
I - Patients et méthode.....	55
A / Présentation.....	55
B / Intérêts du support filmé.....	56
C / Echelle d'évaluation de l'anxiété.....	57
II - Le "voyage".....	62
III - Les "récits".....	64
IV - Tableau récapitulatif.....	83
<b>QUATRIEME PARTIE : COMMENTAIRES.....</b>	<b>84</b>
I - Hétérogénéité des modalités d'observation.....	85
II - Critique de l'échelle utilisée et des échelles d'évaluation.....	86
A / Remarques préliminaires.....	86
B / Illustration de quelques difficultés liées à l'échelle.....	87
a) "Sucer son pouce".....	87
b) Les moyens de défense.....	87

- externes.....	87
- internes.....	88
<b>III - Manifestations de l'angoisse - anxiété.....</b>	<b>89</b>
- "manifestations scandaleuses".....	89
- manifestations somatiques.....	91
- les régressions.....	92
<b>IV - Les autres manifestations.....</b>	<b>93</b>
<b>V - Souvenirs et anticipation.....</b>	<b>94</b>
A / Le masque.....	94
B / La douleur.....	95
<b>VI - "Stratégies" d'adaptation à l'anxiété.....</b>	<b>96</b>
<b>VII - Les parents.....</b>	<b>98</b>
<b>VIII - Le personnel du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique.....</b>	<b>100</b>
<b>CINQUIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>103</b>
<b>I - Le traumatisme.....</b>	<b>104</b>
A / Etudes.....	104
B / Critiques.....	109
C / "Un souvenir particulier".....	109
<b>II - Une solution parmi d'autres.....</b>	<b>111</b>
A / Etudes.....	111
B / Critique.....	113
<b>SIXIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>	<b>115</b>
<b>I - Mise au point sur le traumatisme.....</b>	<b>116</b>
<b>II - Angoisse ou anxiété.....</b>	<b>117</b>
<b>III - Mise en pratique.....</b>	<b>119</b>

**SEPTIEME PARTIE : CONCLUSION.....122**

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....125**

**ANNEXES.....136**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIER N° 59

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

**SOTIPLAN**

2 bis, avenue Garibaldi 87000 LIMOGES  
☎ 55 79 53 00

## RESUME

Après un bref survol historique de l'accueil de l'enfant à l'hôpital, de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatriques et un rappel des progrès acquis dans ces domaines, les différentes étapes de la période préopératoire en chirurgie pédiatrique sont reprises, une à une, depuis l'annonce de l'intervention jusqu'à l'installation de l'enfant sur la table d'opération.

Vingt-deux enfants devant subir une intervention chirurgicale "bénigne" sont accompagnés et observés au cours de la période préopératoire. Leur niveau d'anxiété est estimé par une échelle d'évaluation.

Les manifestations de l'anxiété et les moyens de défense mis en oeuvre par les enfants sont étudiés. La réalité d'un traumatisme psychologique est abordée et discutée ainsi que les motivations qui sous-tendent les tentatives d'"anesthésier" le vécu de la période préopératoire des enfants.

L'attente de l'intervention est un moment angoissant, mais les enfants qui sont confrontés à cette situation s'y adaptent, chacun à leur manière, au moyen de défenses internes ou externes. La tendance à vouloir standardiser la préparation de l'intervention traduit l'oubli des particularités individuelles de chaque enfant.

### MOTS CLES :

- anesthésie pédiatrique
- anxiété
- chirurgie pédiatrique
- enfants
- hospitalisation
- période préopératoire