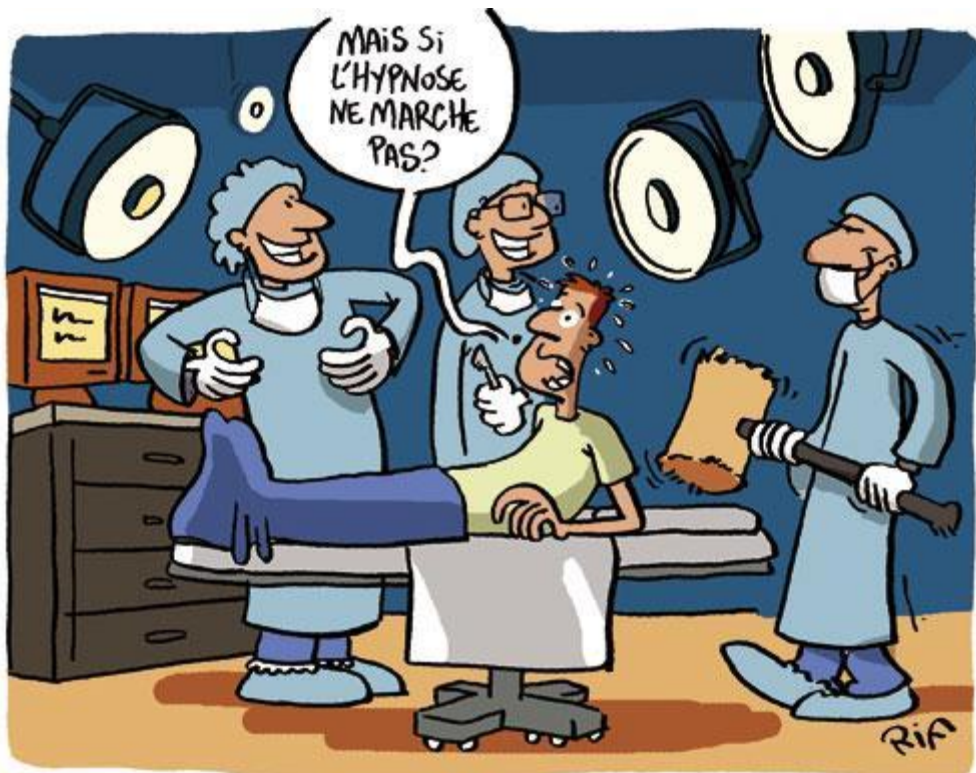


ECOLE D'INFIRMIERS ANESTHESISTES
C.H.U. de BORDEAUX

L'Hypnose dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire: Lever l'EVAnxiété



BONFILS Aurélie
Promotion 2011-2013

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord les cadres de santé Mme THIBAUD et Mr GOELER pour leur regard critique et leur réponses face aux diverses interrogations lors des guidances collectives du travail d'intérêt professionnel.

Je tiens à remercier particulièrement le Docteur ZIPOLI, chef de projet de l'enquête menée au centre hospitalier de DAX de m'avoir permis de m'inclure activement dans ce travail de recherche. Je n'oublie pas non plus Mme Régine LASSERE, référente douleur, pour son regard d'expert dans les thèmes que je vais aborder et de m'avoir fait partager son savoir.

Je pense aussi à Mme Géraldine PINAQUI et Mme Betty RINA pour l'aide et le temps passé dans l'élaboration des tableaux bruts de l'analyse.

Je remercie mes amis pour la relecture critique et la correction de ce T.I.P. et mes collègues de promotion, Marie-Laure LAVIELLE et Céline LACOU pour ce travail de recherche mené à trois.

Je remercie enfin ma famille et mon mari pour le soutien apporté tout au long de ces deux années d'études notamment lors des moments où j'en avais le plus besoin.

RESUME

L'anxiété préopératoire et la douleur postopératoire sont des notions connues de tous et prises en charge dans le cadre d'un acte chirurgical. Dans notre pratique anesthésique, nous voyons aujourd'hui apparaître et se développer de nouvelles techniques ou approches dans la prise en charge globale du patient.

L'hypnose, connue depuis le XVIIIème siècle, voit son essor s'agrandir depuis quelques années et prendre une place de plus en plus importante dans la prise en charge du patient hospitalisé.

L'infirmier(e) anesthésiste, de part ses connaissances acquises au cours de ses formations initiale et spécialisée, a toutes les compétences requises dans la prise en charge péri-anesthésique notamment la prise en charge par l'hypnose.

Au travers d'une enquête menée au sein du centre hospitalier de DAX, ce travail d'intérêt professionnel permet d'étudier l'impact d'une séance d'hypnose médicale en amont d'un acte chirurgical sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Les résultats permettent ainsi de proposer plusieurs axes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge du patient dont l'objectif est d'aboutir à l'individualisation de la personne soignée.

SOMMAIRE

1^{ère} partie : PRESENTATION DE LA RECHERCHE	1
2^{ème} partie : REVUE DE LITTERATURE	3
1. HYPNOSE	3
1.1. DEFINITION	3
1.2. HISTORIQUE	3
1.3. HYPNOSE MEDICALE	4
1.3.1. Différence entre hypnose traditionnelle et ericksonienne	4
1.3.2. Processus hypnotique	5
1.3.2.1. Différentes phases	5
1.3.2.2. Signes cliniques de la transe	6
1.3.2.3. Signes para cliniques de la transe	6
1.3.3. Communication thérapeutique	6
1.3.3.1. Canaux sensoriels	6
1.3.3.2. Les voies de la communication	7
1.4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES	8
1.4.1. L'hypno-anesthésie	8
1.4.2. l'hypnosédation	9
1.4.3. L'hypnose conversationnelle	9
1.4.4. L'auto-hypnose	10
1.5. LES INDICATIONS	10
1.6. LES LIMITES	11
2. ANXIETE	11
2.1. DEFINITIONS	11
2.2. LA RÔLE DE L'I.A.D.E DANS LA PRSIE EN CHARGE DE L'ANXIETE	
.....	12
2.3. PHYSIOPATHOLOGIE	13
2.4. SIGNES CLINIQUES	13
2.5. LES OUTILS D'EVALUATION	14
2.6. SPECIFICITES DE L'ANXIETE PREOPERATOIRE	15
2.6.1. Définition	15
2.6.2. Les facteurs favorisants	15

2.6.3. Les conséquences	15
2.7. PREVENTION ET TRAITEMENT	16
2.7.1 Approche pharmacologique	16
2.7.2 Approche non médicamenteuse	17
2.8. LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE	18
3. DOULEUR	18
3.1. DEFINITION	18
3.2. DOULEUR AIGUE ET DOULEUR CHRONIQUE	19
3.3. OUTILS D'EVALUATION	20
3.4. TRAITEMENT DE LA DOULEUR	21
3.5. LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	21
<u>3^{ème} partie : METHODOLOGIE D'ENQUÊTE</u>	23
1. PRESENTATION DE L'ENQUÊTE	23
2. POPULATION ENQUÊTEE	24
3. OUTILS	25
4. DEROULE D'UNE CONSULTATION	25
5. ARGUMENTATION DU QUESTIONNAIRE	26
<u>4^{ème} partie : RESULTATS ET ANALYSE</u>	28
1. DONNEES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUE	28
2. ANALYSE DES INDICATEURS DE L'ANXIETE	30
2.1. L'information donnée au patient	30
2.2. Cotation de l'anxiété préopératoire	31
2.3. La douleur	33
3. L'HYPNOSE	33
4. PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE PAR L'HYPNOSE	34
<u>5^{ème} partie : PROJET PROFESSIONNEL</u>	36
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	39
<u>LISTE DES SIGLES</u>	43

<u>ANNEXES</u>	44
1. RESULTATS DE L'ENQUÊTE 2011	45
2. DOCUMENTS PATIENTS	48
2.1. Schéma du parcours patient	49
2.2. Document 1 : consentement du patient	50
2.3. Document 2 : questionnaire anxiété Spielberger	51
2.4. Document 3 : évaluation de l'anxiété préopératoire	53
2.5. Document 4 : questionnaire parcours 1	54
2.6. Document 5 : questionnaire parcours 2	56
3. RESULTATS DE L'ANALYSE SOUS FORME DE TABLEAUX	58

1^{ère} partie = PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Un acte chirurgical, quel qu'il soit, engendre chez les patients opérés une période d'anxiété. Cette sensation de stress est une sensation normale au regard d'un événement. Mais, son intensité peut augmenter en fonction des sensibilités individuelles et prendre ainsi un caractère pathologique.

Aujourd'hui, dans la prise en charge péri-opératoire des patients, nous pouvons constater que l'évaluation de la douleur et de ses conséquences sont devenues pratique courante dans notre exercice professionnel. Cependant, l'anxiété est difficilement appréciée. Est-ce par manque de connaissance, par manque d'outil d'évaluation ?

Or, plusieurs études ont prouvé une forte corrélation entre anxiété et douleur. [1]

La douleur s'accompagne généralement d'angoisse, d'anxiété et, parfois, de peur. La cause et les circonstances de sa survenue peuvent aussi influencer la façon dont elle est perçue par le patient [2].

Mon expérience professionnelle infirmière (I.D.E.) m'a permis d'appréhender la prise en charge du patient en péri-anesthésique ; d'une part en pré et post opératoire dans des services de chirurgie (orthopédie, digestif, vasculaire), d'autre part au bloc opératoire en tant que faisant fonction infirmière de bloc opératoire dans un bloc pluridisciplinaire.

Dans les services de soins, j'ai pu être confrontée à des patients douloureux, présentant des comportements anxieux (agressivité, agitation, mutisme), des situations parfois délicates dans la prise en charge. Au bloc opératoire, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises que certains patients étaient plus anxieux que d'autres pour la même chirurgie et avec la même prémédication.

Au sein du service de chirurgie orthopédique dans lequel je travaillais avant d'intégrer l'école de formation d'infirmiers anesthésistes (I.A.D.E.), une politique d'amélioration de la prise en charge du patient algique enclin à des poussées d'angoisse, a été mise en place sous la direction du chef de service.

Les patients douloureux chroniques, devant bénéficier d'une chirurgie du membre supérieur étaient adressés par le chirurgien orthopédique à l'I.A.D.E. référent douleur, qui les recevait en consultation et les revoyait lors de leur admission dans le service la veille de l'intervention. Lors de ces entretiens, ils bénéficiaient de séances d'hypnose médicale. J'avais remarqué à ce moment là le bénéfice que pouvait apporter le soin hypnotique dans la

prise en charge du patient. En effet, les patients se sentaient beaucoup plus détendus, apaisés ; les soins auprès de ces patients étaient facilités.

Afin de mettre des chiffres concrets sur les expériences vécues, une pré-enquête a été réalisée en 2011 sur 34 patients. Cette consultation offrait la possibilité aux patients de réaliser un travail sous hypnose en amont de l'intervention permettant ainsi de gérer leur anxiété pré opératoire. Les résultats ont montré une satisfaction réelle et concrète tant sur le versant physique que psychique.

Aujourd'hui, avec les connaissances acquises lors de ma formation sur la prise en charge de la douleur et de l'anxiété préopératoire je me suis posé la question suivante :

En quoi la pratique de l'hypnose influence-t-elle l'anxiolyse en préopératoire ?

Ce travail d'intérêt professionnel (T.I.P.) se compose en trois parties.

La première exposera les concepts de ce questionnement : l'hypnose et l'anxiété. Je traiterai aussi succinctement la notion de douleur, indissociable de l'anxiété.

Dans un deuxième temps, je ferai l'analyse et la critique de la population enquêtée.

Je finirai par le projet professionnel dans la perspective de ma fonction future en abordant les interrogations liées à cette enquête et les propositions d'axes d'amélioration de la prise en charge de la personne soignée.

2^{ème} PARTIE = REVUE DE LITTÉRATURE

1. HYPNOSE :

1.1. DÉFINITION :

Étymologiquement le terme hypnose vient du grec hupnos, qui signifie sommeil [3].

Par définition l'hypnose est un état psychique proche du sommeil, provoqué par suggestion. Pour les professionnels de santé, elle se définirait comme une variété spéciale et incomplète de sommeil, provoquée par la parole, le regard ou les gestes de l'opérateur et dans laquelle le sujet est particulièrement apte à recevoir les suggestions de celui qui l'hypnotise [4].

Les hypnothérapeutes quant à eux, retiennent que les états de transe font eux-mêmes parti des états de conscience modifiée. Pour y accéder, cela peut être dans la vie quotidienne, par une transe légère. Pour une transe plus approfondie et thérapeutique, il est nécessaire de l'appui d'un praticien utilisant des techniques de communication, de relaxation afin d'entrer en relation avec le sujet [5].

1.2. HISTORIQUE :

L'histoire de l'hypnose commence au XVIII^{ème} siècle à Paris.

A la révolution française, Mesmer, médecin d'origine autrichienne pratique l'hypnose en médecine sous le nom de « magnétisme animal ». Mais, les scientifiques de l'époque écartent rapidement ce procédé l'attribuant à l'imagination et à l'influence du thérapeute.

En 1829, une des premières chirurgie sous hypnose pure a été réalisée par Jules Cloquet (1790-1883) qui pratiqua une mastectomie pendant « le sommeil magnétique ».

Malgré les controverses, ce courant hypnotique appelé « mesmérisme », se poursuit jusqu'au XIX^{ème} siècle.

En 1843, la création du terme hypnose est attribuée à James BRAID, médecin écossais. L'hypnose est alors associée à une forme de sommeil. Cet aspect sera remis en cause un siècle plus tard. Cependant, bien que mal employé pour désigner cet état d'éveil et de forte concentration propice à la rêverie, le terme hypnose restera.

Vers 1850, l'hypnose passera au second plan du fait de l'apparition de nouveaux produits d'anesthésie (éther et protoxyde d'azote).

En 1870-1900 deux écoles vont s'affronter : D'une part la Salpêtrière avec Dr JM Charcot, neurophysiologiste, et d'autre part l'école de Hyppolite Bernheim à Nancy réfutant l'hypothèse de Charcot de l'existence d'une pathologie sous jacente.

Mais ce conflit met également l'accent sur l'aspect trop mystérieux et inexplicable du processus hypnotique créant ainsi un désintéressement total de la communauté scientifique française et les chirurgies sous hypnose sont mises à l'écart.

En 1925, Milton Erickson, jeune étudiant en médecine, ayant reçu une formation à l'hypnose classique se passionne pour l'hypnose.

Il défend l'idée que la transe est un phénomène banal, naturel, que chaque individu possède. Il s'oppose à l'idée que c'est un phénomène qui ne peut apparaître que chez les sujets ayant une susceptibilité particulière.

C'est encore, aujourd'hui, un des principes fondateur du processus hypnotique [6].

En 1970 une théorie fait surface : l'état hypnotique correspondrait à une activation de l'hémisphère droit, siège du fonctionnement imaginaire.

En 1993, l'équipe de Marie-Elisabeth Faymonville parvient à démontrer, par le biais du Tep Scann, que le précuneus (région du cortex pariétal) et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés au cours de l'hypnose alors que ces régions sont très actives à l'état d'éveil. Elle est la première à démontrer que l'état hypnotique correspond bien à un état cérébral particulier [7].

Depuis 2005, le bien-fondé de l'hypnose en médecine a été approuvé par les sociétés savantes, la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (S.F.A.R.) a donné un avis positif quant à son utilisation en anesthésie-réanimation. Depuis, ateliers, communications dans les congrès et Diplômes Universitaires apparaissent et font des émules.

1.3. HYPNOSE MEDICALE :

1.3.1 Différence entre hypnose traditionnelle et ericksonienne :

L'hypnose ericksonienne est une nouvelle conception de l'hypnose. Elle se différencie de l'hypnose classique par les moyens de mise en œuvre de l'état de transe.

L'hypnose traditionnelle ou classique est basée sur des suggestions directes imposées par le thérapeute. Mais tous les patients ne sont pas sensibles à ces stimulations vécues comme

des ordres. L'hypnose traditionnelle est donc plutôt utilisée dans le domaine de la recherche fondamentale du fait de ses méthodes stéréotypées et de sa facilité d'évaluation.

Alors que l'hypnose ericksonienne ou médicale est basée quand à elle sur des suggestions indirectes. Cela permet au patient de mobiliser son inconscient afin d'apporter lui-même les solutions. L'hypnose médicale est efficace sur tous les individus car chacun peut vivre une expérience singulière. Elle peut être définie comme un état naturel renforcé par la communication entre patient et thérapeute [8].

1.3.2. Processus hypnotique :

1.3.2.1. Différentes phases :

Le processus hypnotique est complexe. Pour certains, le schéma général contient jusqu'à douze phases. Les six premières induisent et accompagnent la transe, les six dernières induisent la conscience critique et la fin de la séance.

Schématiquement, il est divisé en trois phases, comme en anesthésie traditionnelle.

- L'induction : une phase de démarrage de mise en place de l'état de transe

Au préalable, il est établi une relation patient-thérapeute. Le recueil d'un thème, étape primordiale, permet de focaliser l'attention du patient et de soutenir la transe. Enfin, un « *signaling* » est installé. C'est une technique de communication non verbale par l'intermédiaire d'un petit geste.

Lors de l'induction, le patient doit être confortablement installé. Le thérapeute fixe l'attention du patient. L'utilisation de la voix dont les paroles sont de plus en plus hypnotiques, permet une sollicitation des cinq sens du patient. Ce dernier peut avoir les yeux clos et adopter une respiration profonde (suggestions de thérapeute). La transe hypnotique est un niveau de conscience élevée, orienté vers l'intérieur et qui s'accompagne d'une atténuation de la vigilance externe.

- L'entretien : une phase de travail pendant la transe ou l'approfondissement de la transe

La phase de travail repose sur le fonctionnement de l'inconscient, c'est-à-dire sur les sollicitations des ressources mentales inconscientes. Le thérapeute va se servir du thème choisi pour accompagner le patient et créer des suggestions. Lors de cette phase, les techniques de communication et le langage hypnotique ont une place importante et permettent de libérer l'inconscient. A la fin de cette phase, une suggestion post hypnotique peut être proposée. Le principe est d'inviter le patient à garder en mémoire un élément

agréable vécu au cours de cette transe. Cette suggestion pourra dans le futur être mobilisée afin de surmonter certaines expériences désagréables.

- Le réveil : phase de fin de travail.

C'est un moment important. Il permet un retour progressif dans l'ici et maintenant avec réouverture des yeux, réapparition des mouvements du corps, réorientation et retour à la conscience attentive.

Enfin, la séance est clôturée au travers d'un « au revoir », d'une poignée de main [9].

1.3.2.2. Signes cliniques de la transe :

Le processus hypnotique s'accompagne de phénomènes originaux :

- distorsion du temps : disparition de la notion précise du temps.
- modifications des perceptions douloureuses : la composante émotionnelle est modifiée et la sensation douloureuse est vécue comme un inconfort.
- modifications du tonus musculaire : hypotonie, immobilité, catalepsie sont souvent observées.
- amnésie post-hypnotique
- régression en âge : possibilité de revivre une expérience passée
- hallucinations sensorielles [10].

1.3.2.3. Signes para cliniques de la transe :

- L'électro-encéphalogramme (E.E.G.) : il n'y a pas de tracé spécifique de l'état d'hypnose, mais l'E.E.G. démontre que l'hypnose n'est pas un état de sommeil.

- La neuro-imagerie démontre une augmentation de débits sanguins corticaux lors de l'état de transe. L'avancée principale concernant le contrôle de la douleur est la découverte d'une corrélation entre l'activité du cortex cingulaire antérieur et la modulation de la douleur par l'hypnose [10].

1.3.3. Communication thérapeutique [6]:

1.3.3.1. Canaux sensoriels :

Pour percevoir le monde extérieur et les messages qui nous sont envoyés, notre système perceptif s'appuie sur des capteurs sensoriels. Ces capteurs définissent cinq types de sensorialité : le canal visuel, le canal auditif, le canal kinésique (ou kinesthésique), le canal olfactif.

Dans le mécanisme de la transe hypnotique, le cerveau peut privilégier un canal sensoriel et ne plus prendre en compte les autres. Ce choix de sensorialité est spécifique à chaque individu.

Ce sera au praticien d'identifier l'orientation sensorielle préférentielle du patient.

1.3.3.2. Les voies de la communication :

Lors d'une séance d'hypnose, trois voies de la communication, chacune ayant leur importance, sont utilisées afin de transmettre un message :

La voix ou langage para-verbal :

Il existe différents outils pour moduler sa voix :

- Le rythme : lors de la transe, il est important que le soignant ralentisse le rythme de sa voix, par rapport au langage parlé, afin de laisser le temps nécessaire au patient de développer son monde imaginaire.

- Le « *pacing* » : le praticien adapte sa diction au rythme respiratoire du patient, et ne parle que lors de ses expirations.

- Le timbre : l'utilisation d'une voix plus grave, plus basse qui vient du corps permet de transmettre plus d'émotion qu'une voix plus haute, qui vient de la tête.

- La modulation : le type de voix permet au patient de rester dans la transe ou d'en sortir. Pendant la transe, le thérapeute abaisse sa voix en fin de phrase. Il terminera les phrases en remontant vers l'aigu en fin de transe.

- Pause et silence : ils permettent à l'imaginaire du sujet de s'activer. Cette technique est employée notamment lors de la phase d'induction de la transe. Les pauses amplifient la lenteur de la communication et déconnectent davantage le patient.

- L'orientation de la voix : tourner la tête vers l'interlocuteur, permet de faire savoir au patient que le message s'adresse bien à lui.

- Le saupoudrage de la voix : permet de mettre en évidence des mots importants.

Le langage non verbal :

Beaucoup plus suggestif que le verbal, il est complètement intégré à notre expression. Même si nous sommes silencieux ou immobiles, notre corps émet des signaux. Le langage non verbal est donc difficile à contrôler, il se révèle à notre insu.

Le langage verbal :

Cette troisième voie de communication est, elle aussi soumise à quelques principes :

- L'absence de négation : tout message doit être formulé sous forme affirmative. En effet la négation n'existe pas dans l'imaginaire, et le patient fait appel à la conscience critique afin de décoder le message.

- Le langage positif : l'avantage est qu'il est immédiatement compréhensible. « avez vous suffisamment chaud ? » plutôt que « avez-vous froid ? ». Il est préférable d'utiliser des mots qui vont vers le bien être, la protection, le confort, la chaleur, le sourire, l'équilibre, le doux, la musique, les voyages, la détente, l'énergie...

- La construction de messages verbaux : il faut privilégier un message simple et dénué de jargon technique : il est parfois souhaitable d'utiliser le propre langage du patient. De cette façon, chaque mot et expressions ont du sens pour le patient en transe.

- La vérification de la réception du message est également importante, surtout dans la période d'admission.

- Le questionnement du patient : Lors de l'interrogatoire du patient, il convient d'être prudent ; lorsque l'I.A.D.E. demande au patient « avez-vous des douleurs en ce moment ? », le risque est que le sujet se focalise sur sa douleur. Alors que s'il pose « êtes vous suffisamment confortable en ce moment ? » ; il est suggéré l'idée de confort, ce qui augmente les chances de confort du patient. L'utilisation d'un langage positif prend alors tout son sens.

1.4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES :

1.4.1. L'hypno-anesthésie :

L'hypno-anesthésie consiste à réaliser une substitution complète de l'anesthésie médicamenteuse traditionnelle (hypnose pure sans injection intraveineuse).

Elle permet d'éviter les effets secondaires des médications, de favoriser des suites opératoires calmes et une meilleure récupération.

Adaptée à des interventions courtes, en chirurgie ambulatoire notamment, cette méthode douce et efficace convient parfaitement à la microchirurgie oculaire. Ainsi le Docteur Pascal Pietrini, chirurgien ophtalmologiste fondateur de l'Institut d'Hypnose Chirurgicale, réalise la plupart de ses interventions de cette manière (cataracte essentiellement).

Les patients opérés sous hypnose pure ne perdent pas le contrôle de leur comportement [11].

1.4.2. L'hypnosédation :

Initialement inventé par M.E.FAYMONVILLE, il s'agit de l'association d'hypnose à une sédation consciente procurée par de petites quantités de drogues utilisées en anesthésie [6].

La principale modification imposée par cette technique réside dans la personnalisation et l'intensification de la relation patient-anesthésiste. La relation de confiance, instaurée avant l'intervention, est prolongée pendant et après la chirurgie. Elle exige également une collaboration étroite entre chirurgiens, anesthésistes infirmières et patients.

L'accent est mis sur la participation active du patient : c'est lui qui choisi de se placer dans un état d'hypnose, en aucun cas il ne se soumet à la volonté de l'anesthésiste [12].

L'hypnosédation doit être réalisée sous la surveillance d'un médecin-anesthésiste et le parcours patient standard est respecté : consultation et visite pré anesthésique sont réalisées. Les conditions requises pour toute anesthésie doivent être remplies notamment le jeune, l'interdiction de conduire un véhicule, l'accompagnement pour la sortie en cas d'hospitalisation en ambulatoire [6].

Au bloc opératoire, le patient fait l'objet d'une surveillance cardiaque et respiratoire (E.C.G., pression artérielle, saturation, fréquence respiratoire). Le patient est perfusé pour assurer l'administration des médicaments nécessaires à la sédation et permettre le traitement de tout incident péri-opératoire. D'autre part, le matériel de réanimation doit être prêt et vérifié en cas de complications chirurgicales ou d'inefficacité de la technique [12].

Une étude, réalisée par M.E FAYMONVILLE, montre que l'hypnosédation diminue significativement l'anxiété et les douleurs peropératoires en dépit d'une consommation d'antalgique et d'anxiolytique significativement amoindrie. L'hypnose améliore aussi le confort des patients au cours de l'intervention. En post opératoire, il est noté une diminution très nette des nausées vomissements post opératoires ainsi que des douleurs.

1.4.3. L'hypnose conversationnelle :

L'hypnose conversationnelle est une forme d'hypnose ne nécessitant pas de transe formelle. Elle consiste à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui. Ce type d'hypnose est aussi appelé hypnose indirecte par opposition à l'hypnose directive souvent utilisée par les cliniciens. C'est à Milton Erickson, le père de l'hypnose indirecte, que l'on doit les tournures linguistiques propres à l'hypnose conversationnelle [13].

L'apprentissage de cette technique permet de changer la façon d'accueillir et prendre en charge les patients. Ainsi, la confusion, la saturation de la conscience par la surinformation, l'anxiété, le stress sont des facteurs qui favorisent l'apparition de la transe. Tous ces facteurs sont réunis lors du passage d'un patient au bloc opératoire ou dans des lieux de soins. Dans

ce cas, le patient est beaucoup plus suggestible que d'habitude et il ne peut se protéger en prenant du recul. C'est pourquoi il est important de communiquer avec lui d'une façon différente. Les professionnels de santé savent instinctivement que la communication avec un patient n'est pas identique à celle qu'ils peuvent avoir en dehors de leur lieu de travail ; l'empathie, le confort, la réassurance sont des termes bien connus dans les milieux de soins. Malgré ces compétences acquises au cours de l'exercice professionnel, il est possible de faire mieux en ayant conscience de l'état de transe du patient voire en s'en servant. C'est ce qu'on appelle hypnose conversationnelle [14,15].

1.4.4. L'auto-hypnose :

L'auto-hypnose peut être définie comme l'auto-induction d'une transe hypnotique en vue de la réalisation d'un objectif déterminé. Elle ne se conçoit qu'après des séances d'hétéro-hypnose, c'est-à-dire chez des patients avec lesquels il a été réalisé au préalable des séances d'hypnose classique.

Cette technique peut être enseignée et mise en œuvre lors de la visite pré-anesthésique ou en vue de la préparation à une intervention.

Les objectifs de l'auto-hypnose les plus souvent recherchés sont le repos, le soulagement d'une douleur ou d'un inconfort, la préparation d'un événement... [6]

1.5. LES INDICATIONS :

Les différentes techniques d'hypnose médicale sont utilisées dans divers domaines. Elle peut traiter toutes les douleurs physiques, les souffrances psychologiques et les troubles fonctionnels.

De manière plus exhaustive et sans rentrer dans les détails, l'hypnose est pratiquée pour traiter les addictions (le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie), les troubles du comportement alimentaire (boulimie et surpoids), les pathologies de l'appareil digestif (colite chronique, diarrhée chronique), les migraines et céphalées, les douleurs chroniques, la douleur du membre fantôme, les soins dentaires, les états dépressifs, les phobies, les troubles de la sexualité... [16]

Dans certains services, les indications sont particulières, comme en soins palliatifs en salle d'accouchement où sont recherchés le bien-être et le confort du patient,.

L'hypnose apparaît donc comme une pratique complémentaire aux méthodes pharmacologiques.

Plus spécifiquement en milieu hospitalier, l'hypnose est principalement utilisée dans le traitement de la douleur et la gestion de l'anxiété, deux objectifs dans la prise en charge péri opératoire.

1.6. LES LIMITES :

Les contre-indications aux différentes techniques d'hypnose sont peu nombreuses ; la surdité, les atteintes cognitives sévères (démence, arriération mentale) ou de graves problèmes psychiatriques (paranoïa, schizophrénie et psychose maniaco-dépressive. Le décubitus dorsal impossible fait aussi partie des contre-indications [12,17].

Dans la plupart des cas, aucun test d'hypnosabilité n'est fait à blanc avant la chirurgie. Les techniques d'hypnose peuvent parfois se révéler insuffisantes pour maintenir une situation de confort pour le patient ou une analgésie suffisante. Il est donc nécessaire de recourir à des techniques d'anesthésie plus classiques et ainsi de préparer le patient en préopératoire en respectant les règles sécuritaires pour toute anesthésie.

2. ANXIETE :

2.1. DEFINITIONS :

L'anxiété est un concept dont la définition n'est pas universellement acceptée. Elle est définie comme un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité [18], mais aussi comme un état émotionnel qui possède la qualité subjective de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclue des symptômes corporels subjectifs et manifestes [19].

En 1966, Spielberger différencie l'anxiété état de l'anxiété trait :

L'anxiété état correspond à un état passager, souvent situationnel.

L'anxiété trait est une caractéristique individuelle, apparemment innée, un trait de caractère [20].

Si dans le langage usuel, la peur, l'angoisse et l'anxiété ne sont pas différenciées, il est important de les définir.

La peur est un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger réel ou potentiel, d'une menace [21]. Pour P. Graziani, la peur serait la confrontation avec le danger immédiat et réel, et l'anxiété serait plutôt l'anticipation d'un danger potentiel [19].

L'angoisse est un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifeste par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques [22].

Dans la langue et la psychiatrie française, on distingue les termes anxiété et angoisse, ce qui n'est pas le cas dans les langues anglaise et germanique.

Le terme anxiété vient du latin « *anxietas* » et réservé au versant psychologique ; alors que l'angoisse qui vient de « *angustia* » est réservée au versant somatique [23].

2.2. LE RÔLE DE L'I.A.D.E. DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ :

L'I.A.D.E. est avant- tout un infirmier, doté de compétences acquises lors de sa formation initiale, de son expérience professionnelle mais aussi au cours de sa formation spécialisée.

Il a un niveau de compétences professionnelles clinique, technique et de soins spécifiques dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence. Il accomplit des soins relevant de son rôle propre et de son rôle sur prescription médicale[24].

De part sa proximité lors des soins prodigués auprès du patient, il a rôle essentiel dans sa prise en charge de l'anxiété.

L'exercice de la profession d'I.A.D.E. est régi par le code de la santé publique (C.S.P.). Son rôle propre impose à l'infirmier l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins, la contribution au recueil de données cliniques...la participation à des actions de prévention, de dépistage... (Article R4311-1).

D'autre part, les soins prodigués au patient doivent tenir compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, de respecter les droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle (Article R4311-2).

Sa fonction lui permet de mettre en place des méthodes et de recueillir des informations utiles à la prise en charge du patient dans le but de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement...de la détresse physique et psychique des personnes.

Le rôle propre infirmier permet aussi la prise d'initiative et d'accomplir les soins en identifiant les besoins de la personne, en posant un diagnostic et mettant en œuvre les actions appropriées (Article R 4311-3).

Les compétences acquises au cours de la formation d'I.A.D.E. permettent d'autant plus de surveiller l'efficacité et les effets des médicaments, notamment la prémédication donnée en pré opératoire (Article R4311-5).

2.3. PHYSIOPATHOLOGIE :

L'anxiété n'est pas qu'un trouble émotionnel, un ressenti, elle peut aussi s'expliquer par un mécanisme physiopathologique.

Les états de stress, tel que l'anxiété, induisent une cascade de réactions nerveuses et hormonales, impliquant différentes structures reliées à l'hypophyse et aux glandes surrénales.

Sur le plan cérébral, les aires sensorielles et le lobe temporal du cortex ainsi que des structures du cerveau limbique (thalamus, amygdales, hippocampe) sont activées. Au niveau hormonal, le stress entraîne la libération de cortisol, adrénaline, noradrénaline, vasopressine, ACTH, ocytocine... [25]

Ces différents mécanismes peuvent expliquer les signes cliniques observés.

2.4. SIGNES CLINIQUES :

Les signes cliniques peuvent être divisés en deux parties.

Les manifestations physiques :

- Signes cardiorespiratoires : palpitations, douleur thoraciques, polypnée, impression de souffle coupé.
- Signes neurosensoriels : tension musculaire, maux de tête, tremblements, paresthésies, vertiges, troubles de la vision.
- Signes neurovégétatifs : rougeur, pâleur, sueur, nausées, vomissement.
- Signes généraux : insomnie, asthénie, algie.

Les manifestations comportementales :

Elles s'expriment par de l'agitation, une irritabilité, de l'agressivité, une inhibition anxieuse, un évitement phobique ou par des troubles du sommeil [23].

2.5. LES OUTILS D'ÉVALUATION :

Il existe de nombreux questionnaires ou échelles utilisés pour l'évaluation de l'anxiété. Cependant, la majorité de ces outils, servant principalement à des recherches cliniques, ont été élaborés à l'étranger. Seules quelques unes sont transposables en français car traduites et validées par un corps d'experts médicaux. Parmi les neuf échelles ou questionnaires de mesure de l'anxiété état et/ou trait, sept d'entre eux sont étrangers :

- **L'échelle d'Hamilton** : C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle mesure la sévérité de l'anxiété-état. En fonction des items, elle permet de scorer une anxiété psychique ou somatique.
- **L'échelle de Covi** : permet une hétéro-évaluation de l'anxiété état.
- **Le questionnaire sur les inquiétudes du *penn* state de Meyer (QIPS)** : est auto-questionnaire
- **L'auto-questionnaire « pourquoi s'inquiéter » de Rhéaume** :
- **Intolérance à l'incertitude** : auto-questionnaire
- **L'inventaire d'anxiété-dépression utilisé à l'hôpital** : échelle HAD (hospital anxiety and Depression Scale), auto-questionnaire [26].
- **L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger** : (*State Trait Anxiety Inventory* ou S.T.A.I.) il est destiné à évaluer d'une part l'anxiété-trait et d'autre part l'anxiété-état au travers de 20 items qui ne concernent que les aspects psychologiques et non somatiques de l'anxiété. C'est l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. Plus de 2000 études utilisant le S.T.A.I. sont parues dans la littérature scientifique, dans des domaines aussi variés que la médecine, les sciences de l'éducation, la psychologie clinique et les autres sciences sociales. Chaque item est coté de 0 à 4 en fonction des réponses données par le patient. Chez les femmes la moyenne est de 47,13 ; chez les hommes la moyenne de 39,27. Si le score est au dessus de cette moyenne, le patient présente une personnalité anxieuse. Si la cotation dépasse 51 chez les hommes ou 61 chez les femmes, les troubles anxieux interfèrent sur la qualité de vie [27,28].

En France, deux échelles ont été élaborées :

- **Le diagramme « FARD » de Ferreri** est prévu pour apprécier le retentissement de l'anxiété sur l'activité du patient.
- **Le questionnaire d'anxiété trait-état de De Bonis.**

Tout comme l'évaluation de la douleur, les échelles d'auto évaluation comme l'échelle visuelle analogique (E.V.A.) et l'échelle verbale simple (E.V.S.) peuvent être utilisées pour

l'évaluation de l'anxiété. Faciles à utiliser et concrètes pour le patient, elles permettent de recueillir des données fiables rapidement.

2.6. SPECIFICITES DE L'ANXIETE PREOPERATOIRE:

2.6.1. Définition :

L'anxiété préopératoire désigne le malaise physique et psychologique que peut ressentir le patient lors d'une intervention chirurgicale. En effet, un acte chirurgical est ressenti comme une situation redoutée, potentiellement dangereuse et donc s'exprime par une forme de mal être.

Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à une situation potentiellement anxiogène. Lorsqu'elle est plus intense, elle peut remplir les critères d'un trouble psychopathologique [29].

2.6.2. Les facteurs favorisants :

Socio-démographiquement, le sexe féminin est un facteur de risque. En effet, il a été démontré que les femmes sont plus anxieuses que les hommes : elles présentaient une anxiété généralisée à 12.2% contre 6.6% chez les hommes, soit deux fois plus [30].

De plus, d'autres facteurs de risque d'anxiété ont été déterminés : le cancer, le tabagisme, les troubles psychiques, l'anxiété de fond ou le terrain anxieux et la douleur.

A contrario, les expériences chirurgicales antérieures positives diminuent l'anxiété préopératoire.

2.6.3. Les conséquences :

Une anxiété importante conditionne l'expérience per-opératoire : elle entraîne une diminution du degré de satisfaction de l'analgésie contrôlée par le patient (P.C.A.) et prolonge la durée d'hospitalisation (étude réalisée en chirurgie cardiaque).

Les patients présentant des troubles anxieux en préopératoire requièrent plus d'hypnotiques et manifestent une douleur plus importante au site d'injection [31].

D'autre part, il existe un lien entre anxiété et douleur postopératoire ; l'ensemble des observations laisse à penser que la plainte douloureuse est accrue chez les patients anxieux [1].

2.7. PREVENTION ET TRAITEMENT :

L'anxiété pré opératoire est vectrice de complications post opératoires. Actuellement, en France, elle se prévient de deux façons. D'une part, l'approche pharmacologique utilise des médicaments à propriétés anxiolytiques ; seule technique longtemps utilisée. D'autre part, une approche non médicamenteuse s'appuie sur une mise en condition psychologique du sujet [31].

2.7.1. Approche pharmacologique :

Les anxiolytiques utilisés en prémédication, sont majoritairement les benzodiazépines, plus occasionnellement l'hydroxyzine et d'autres molécules. Bien que leur indication première ne soit pas l'anxiolyse, elles se sont avérées efficaces pour cette indication.

Les benzodiazépines procurent une anxiolyse, une amnésie antérograde. Ils sont anticonvulsivants, myorelaxants et sédatifs pour certaines molécules. Leur propriété anxiolytique a été démontrée par de nombreuses études auprès de l'adulte et de l'enfant. Il semblerait que le midazolam soit le meilleur agent de la famille des benzodiazépines en termes de prémédication pré opératoire. De même, la meilleure voie d'administration serait le per os. Il semblerait aussi qu'il diminuerait les nausées vomissements. La prémédication de la veille au soir n'est pas à négliger car elle abaisserait le seuil d'anxiété du lendemain. Le dropréridol aurait lui un seul avantage, la diminution des nausées vomissements.

D'autres molécules sont utilisées :

Le seul avantage de l'hydroxyzine serait qu'il soit actif contre les manifestations d'histamino libérations non spécifiques.

Il semblerait que les bêta bloquants (dont le bopindolol) soient plus efficaces en termes d'anxiolyse qu'une benzodiazépine (comme le lorazépam).

La Gabapentine en prémédication diminue l'anxiété préopératoire, la douleur post op et la consommation de morphine mais augmente la sédation post opératoire.

La clonidine serait efficace (à la dose de 0.2mg/kg) dans le cadre de l'anxiolyse et sur la douleur post opératoire. Cependant, elle augmenterait la somnolence.

Toute molécule peut soumettre le patient à des effets indésirables : une augmentation de la durée d'hospitalisation, des troubles du comportement fréquents en post opératoire ainsi que troubles mnésiques et parfois révèle ou amplifie une anxiété contenue.

N'oublions pas que l'efficacité d'un produit, quel qu'il soit, dépend de ses délai et pic d'action. Cela suppose une anticipation quant à son administration et nécessite surtout une programmation opératoire respectée.

2.7.2. Approche non médicamenteuse :

Les programmes de préparation en vue d'une hospitalisation ont fait l'objet de nombreuses études depuis une trentaine d'années, en particulier dans les pays anglo-saxons. Ces programmes portent sur des thérapies comportementales et cognitives, telles que des techniques de psychoéducation, l'apprentissage de la relaxation et/ou de l'hypnose [29]. Quelles que soient les différentes techniques utilisées, il apparaissait un bénéfice évident pour le patient mais aussi un réel bénéfice pour les professionnels mesurant immédiatement les effets positifs de leur accompagnement.

L'information donnée au patient fait partie aussi de l'approche non médicamenteuse. Mais, elle peut être à double tranchant.

Informé le sujet peut diminuer ou favoriser le trouble anxieux. Cela dépend de l'âge du sujet, du contexte morbide, des enjeux chirurgicaux et également de la manière dont est donnée cette information.

Elle doit être précoce, donnée par des professionnels de la santé, et non par oui dire ou par divers médias plus ou moins précis. Ecrite, elle est une bonne chose; mais sous forme de livret, elle majorerait l'anxiété chez un tiers des patients car trop généraliste.

L'information donnée par le chirurgien serait insuffisante par rapport à celle d'une infirmière ou d'un livret spécifique. En revanche, l'information verbale lors des visites anesthésiques facilite le dialogue patient/médecin et l'attitude empathique du médecin centrée sur le questionnement du patient est aidant.

Par vidéo sous forme de film, l'information est controversée et l'anxiolyse apportée dépendrait du caractère mineur de la chirurgie.

Outre les techniques d'hypnose et l'information donnée aux patients, d'autres techniques peuvent être utilisées afin de prévenir l'anxiété préopératoire.

Les patients s'occupent d'eux même en préopératoire: somnolence, lecture ou écoute de musique, discussion avec un autre patient.

Créer un climat de confiance, le réchauffement et l'utilisation de musique en salle d'induction augmente le confort et diminue l'anxiété.

La stimulation auditive binaurale diminue l'anxiété pré opératoire.

Les médecines douces comme l'acupuncture ou l'acupressing ont démontré leur efficacité, notamment sur les nausées vomissement et sur l'anxiété.

La prise de boisson sucrée : 800ml la veille et 40ml le matin de l'intervention aurait aussi des résultats positifs.

La suggestion est efficace. Etre encouragé de façon répétée en péri opératoire, se représenter et s'immerger dans une situation agréable, rassurante et positive, diminueraient la douleur et la consommation d'antalgiques, l'anxiété et aussi le temps de reprise du transit.

2.8. LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIETE :

L'hypnose peut être utilisée comme une thérapie de soutien ayant avant tout pour objectif la relaxation pour un meilleur contrôle de l'anxiété. Elle est également efficace pour anticiper et contrôler les affects liés à l'événement anxiogène, phobogène qu'est la programmation d'un acte chirurgical.

Ces différentes utilisations de l'hypnothérapie peuvent être exclusives ou en complément de traitements de l'anxiété [32].

Une étude menée en 2006 aux Etats-Unis a démontré que l'hypnose réduit l'anxiété préopératoire chez l'adulte. Cette enquête randomisée incluait dans son groupe expérimental des patients subissant des interventions en ambulatoire. L'évaluation de l'anxiété a été effectuée sur une échelle visuelle analogique.

Il a été démontré que le groupe hypnose était significativement moins anxieux que le groupe témoin ; Lors de l'entrée en salle d'opération, le groupe témoin rapportait une augmentation de 47% de l'anxiété alors que le groupe ayant bénéficié d'un soin hypnotique avait quant à lui signalé une diminution de 56% [33].

L'anxiété est donc prépondérante dans la prise en charge d'un patient devant être opéré. Beaucoup de techniques d'évaluation et de prise en charge existent. Il n'en demeure pas qu'en France, il n'y ait pas de réel protocole établi comme le pourrait être la prise en charge de la douleur.

3. DOULEUR :

3.1. DEFINITION :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en termes d'un tel dommage. (I.A.S.P. 1979 ; International Association for the Study of Pain)

La douleur est donc divisée en deux composantes : sensorielle et émotionnelle. Le malade douloureux est donc une personne qui souffre physiquement et moralement [34]. Selon cette définition, le patient est le seul expert de sa douleur ; les lésions n'étant pas toujours visibles, toute plainte doit être entendue [35].

Il existe différents mécanismes de la douleur : douleur par excès de nociception (née de l'application d'une stimulation agressive menaçant l'intégrité de l'individu), douleur neuropathique (issue d'une lésion des voies nerveuses sensibles, centrales ou périphériques) et douleur psychogène [34].

La prise en charge de la douleur est une obligation réglementaire, éthique et déontologique. Elle est régie par divers textes de lois :

- La charte du patient hospitalisée, circulaire du 06.05.1995 n°95-22.
- La Loi du 04 mars 2002 relative aux droits du malade, article L.1110-5 du C.S.P.
- Les plans quadriennaux de lutte contre la douleur : le premier plan en 1998 est mis en œuvre par la circulaire du 24.09.1998 n° 98-586, puis le deuxième plan en 2002 via la circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30.04.2002 relative à la mise du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Et enfin en 2006 est mis en place un troisième plan national de lutte 2006-2010.
- Le décret du 29.04.2004 n° 2004-802 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier du C.S.P., articles R.4311-1 à R4311-15.

3.2. DOULEUR AIGUE ET DOULEUR CHRONIQUE :

En fonction du type de chirurgie, les patients peuvent être confrontés à des douleurs chroniques en amont de l'acte chirurgical. Il paraît donc intéressant de distinguer les notions de douleur aiguë et de douleur chronique.

La douleur aiguë considérée comme un «symptôme», est utile car elle alerte sur un dysfonctionnement systémique et fait partie d'un tableau clinique aidant au diagnostic. Dans la plupart des cas, la douleur aiguë trouvera un traitement efficace et disparaîtra [36]. Cette définition correspond donc à la douleur post-opératoire.

La douleur chronique est définie par l'I.A.S.P. comme une douleur d'une durée supérieure de 3 (à 6) mois, qui altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle. La douleur chronique est donc résistante au traitement, devenant une

pathologie en soi, s'insinuant dans le temps et ayant des conséquences sur la qualité de vie du patient.

Elle perturbe l'organisation familiale et entraîne des répercussions psychologiques allant du symptôme dépressif (isolement, mauvaise estime de soi) à une dépression maladie nécessitant un traitement antidépresseur. D'autre part, le coût sociétal représenté par les interruptions de travail temporaires ou incapacité de travail n'est donc pas à négliger [36].

3.3. OUTILS D'EVALUATION :

L'évaluation de la douleur est le point de départ pour une prise en charge optimale. Elle fait partie intégrante d'un protocole de soins et conduit à l'application des traitements y correspondant.

C'est un indice de qualité contrôlé par les Agences d'Accréditation.

On distingue trois types d'échelles:

Les échelles unidimensionnelles mesurent l'intensité de la douleur ou son soulagement. Il existe l'échelle visuelle analogique (E.V.A.), l'échelle numérique (E.N.) et l'échelle verbale simple (E.V.S.)

Les échelles multidimensionnelles sont des questionnaires d'adjectifs permettant au patient de décrire sa douleur comme la McGill pain questionnaire (M.P.Q.) ou le questionnaire douleur Saint Antoine (Q.D.S.A.).

Les échelles comportementales sont réalisées par le soignant qui évalue lui-même la douleur du patient. Pour la personne âgée le personnel dispose de l'échelle E.C.P.A. (évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée), l'échelle doloplus et algoplus. L'évaluation du patient sédaté se fait par l'intermédiaire de l'échelle B.P.S., l'échelle de San Salvador est utilisée pour le patient polyhandicapé ...

Les outils d'évaluation de la douleur cotent l'intensité, mais il est aussi important d'évaluer les autres dimensions de la douleur : la durée, la localisation, le type de douleur, le retentissement sur la qualité de vie et l'observance du traitement [35].

3.4. TRAITEMENT DE LA DOULEUR :

Concernant le traitement de la douleur postopératoire, la S.F.A.R. dans sa conférence de consensus recommande :

- une analgésie par voie générale comprenant les analgésiques non morphiniques (paracétamol, A.I.N.S., aspirine...), et les antalgiques morphiniques (codéine, tramadol et morphiniques agonistes et antagonistes)
- une anesthésie locorégionale comprenant les anesthésies péri médullaires, les blocs péri nerveux périphériques et les blocs thoraciques [37].

De plus, l'utilisation récente de médicaments détournés de leur indication première se révèle être un atout supplémentaire dans la lutte contre la douleur (anti épileptiques, antidépresseurs...)

D'autre part, il existe des approches non médicamenteuses. En effet, les moyens médicamenteux ne suffisent pas toujours notamment dans le traitement des douleurs chroniques. Il existe des prises en charge psychologique et physique (la kinésithérapie, le massage, la stimulation électrique transcutanée, la thérapie et la cryothérapie, l'acupuncture...) [35].

Malgré tous ces moyens et les recommandations de l'utilisation d'une analgésie multimodale, se pose la question de la place de l'hypnose dans le traitement de la douleur.

3.5. LA PLACE DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

L'effet antalgique de l'hypnose est clairement démontré et fait l'objet de nombreuses études tant expérimentales que cliniques.

Les indications de l'hypnose dans la gestion de la douleur sont variées : en prévention de soins potentiellement douloureux (pose de sonde, de voie veineuse, préparation à un examen douloureux...) mais aussi dans le traitement de la douleur chronique. Les techniques d'hypnose sont particulièrement efficaces en permettant au patient de redevenir actif dans la gestion de leur symptôme [10].

En 1987, Price et Barber ont démontré dans une étude expérimentale que l'hypno-analgésie diminuait la composante affective de la douleur (émotion désagréable selon la définition de l'I.A.S.P.) de 80% et sa composante sensorielle de 45%. Qui plus est, une étude de Kiernan

a mis en évidence l'effet inhibiteur descendant du cerveau vers la moelle épinière par des suggestions hypnotiques.

De plus, les patients présentant des douleurs aiguës sont souvent de bons candidats pour une hypno analgésie. En effet, la suggestion hypnotique sera efficace sur l'anxiété générée par la perspective des douleurs lors de soins répétés et sur la douleur elle même. Dans le contexte de la douleur chronique, l'hypnose est un moyen d'accompagnement dans la prise en charge globale du patient (amélioration du sommeil, diminution de la consommation de médicaments, amélioration du traitement de la douleur par des techniques de relaxation, de modification comportementale...) afin qu'il apprenne à faire face et à mieux gérer son état douloureux [38].

Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété. Cependant, l'hypnose était réalisée soit le jour même de la chirurgie soit au moment de l'intervention.

Ce travail de recherche me permet de poser l'hypothèse suivante :

Une séance d'hypnose médicale en amont d'un acte chirurgical permet de diminuer l'anxiété préopératoire.

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE :

Une première enquête a été réalisée en 2011 au sein du centre hospitalier (C.H.) de DAX sur l'impact d'une consultation douleur/anxiété sur la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Elle offre la possibilité d'un travail sous hypnose en amont de l'hospitalisation permettant de mieux appréhender la période péri opératoire. Sur 34 patients reçus en consultation (toutes chirurgies du membre supérieur confondues), 67,6 % ont dit qu'ils avaient été beaucoup aidé dont 29.3% ressentent un bien être psychologique, 67.7% un bien être physique et psychologique. Suite à ce rendez-vous, seulement 8% se sentaient « totalement angoissés » avant l'intervention, 85% n'éprouvent pas ou peu de douleurs en postopératoire. Aux vues de ces résultats, il semblerait qu'il existe une corrélation entre anxiété préopératoire et analgésie postopératoire et que les patients interrogés ont eu une satisfaction réelle et concrète.

En 2012, il a été décidé par le chirurgien orthopédique (chef du pôle Chirurgie, médecin responsable de l'enquête) et l'équipe douleur de réaliser une enquête à plus grande échelle ; après consultation et avis favorable du service qualité. Cette nouvelle enquête a pour objectif de proposer des axes d'amélioration en matière de prise en charge de l'anxiété préopératoire et de la douleur postopératoire. Elle permettra d'apprécier l'impact de la préparation hypnotique préopératoire et de la prémédication, de la comparer avec la préparation classique (prémédication seule) et à long terme de pouvoir développer l'hypnose au service du patient dans sa prise en charge globale autour de la chirurgie.

Afin de reconnaître cette enquête comme « démarche-qualité » au sein de la structure hospitalière, plusieurs démarches ont été nécessaires :

- validation de la démarche intellectuelle par le comité médical d'établissement (C.M.E.),

- avis du comité d'éthique de l'établissement,

- validation du comité de lutte contre la douleur (C.L.U.D.),

- validation des outils d'enquête par le chirurgien orthopédique et par le service de la démarche-qualité représenté par le département d'information médical (D.I.M.). Il :

- aide les services médicaux à produire et à transmettre les résumés de sortie;

- s'assure, auprès des médecins responsables, de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité;
- veille à la confidentialité des données concernant le malade, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
- code les informations dans le cas d'un système de codage centralisé, impulse et contrôle la mise en place des outils d'aide au codage;
- analyse l'information ainsi traitée à l'usage des services producteurs, de la C.M.E. et de la direction ;
- fournit aux responsables de service et de département les données médicales qui serviront de base au rapport relatif à l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement (prévu à l'article 24 de la loi hospitalière de 1970 modifiée) [39].

2. POPULATION ENQUETEE :

Au décours de la consultation avec le chirurgien, la population enquêtée aura été informée et aura donné son consentement écrit à l'enquête de satisfaction (annexe 2, document1). Il s'agit d'une population, homme-femme confondus, bénéficiant d'une acromioplastie sous arthroscopie. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale associée à un bloc inter-scalénique préalable.

La population enquêtée est divisée en deux échantillons de 50 patients chacun. Chaque « parcours-patient » est identifié par un code couleur sur la « fiche navette » et le recueil de données. La « fiche navette » correspond à une fiche de cotation de l'anxiété pré opératoire insérée dans le dossier patient :

- Parcours 1 : les patients bénéficieront d'une consultation douleur et prise en charge en hypnose avant l'intervention ; code –couleur rose.

- Parcours 2 : pas d'orientation vers l'équipe douleur, parcours patient standard ; code-couleur bleu.

La répartition des patients se fait de façon aléatoire par la secrétaire au moment de la consultation avec le chirurgien. Elle permet aux équipes soignantes (service de chirurgie et bloc opératoire) de rester dans l'ignorance du parcours-patient, afin d'apporter une prise en charge identique et intègre pour tous.

3. OUTILS :

Plusieurs documents ont été mis en place afin de pouvoir faire une évaluation fine de l'anxiété préopératoire et de la douleur.

1°) questionnaire anxiété de Spielberger (annexe 2, document2): Développé dans la revue de littérature, il permet une évaluation qualitative de l'anxiété. Ce questionnaire sera remis à tous les patients par les I.D.E. du service des consultations externes et rempli immédiatement.

2°) Evaluation de l'anxiété préopératoire (annexe 2, document 3): Cette évaluation, quantitative est réalisée par les I.D.E. du service de chirurgie orthopédique. Elle est réalisée à trois moments différents de la prise en charge du patient au cours de son hospitalisation :

- à l'arrivée dans le service,
- avant la prémédication
- au départ au bloc opératoire.

Cette évaluation est effectuée par une échelle numérique, basée sur le modèle de l'évaluation de la douleur ; c'est un outil communément utilisé, simple, adaptable et reproductible. De plus, cette technique permet une analyse simplifiée des données. Cette échelle a été validée par un protocole au sein de l'établissement.

3°) Questionnaires d'enquête (annexe 2, documents 4 et 5) : c'est un entretien téléphonique réalisé un mois après l'intervention. La population ne bénéficiant pas de soin hypnotique est contactée par l'I.A.D.E. de l'équipe douleur ; l'autre population est enquêtée par une seule étudiante I.A.D.E.

4. DEROULE D'UNE CONSULTATION :

L'I.A.D.E. référent douleur recadre le contexte de la consultation. Elle débute par un recueil de données du patient :

- histoire de la maladie et son antériorité
- habitus
- antécédents personnels et familiaux
- traitements en cours.

Ceci permet de prendre connaissance du patient et d'établir une relation de confiance.

Ensuite, l'I.A.D.E fait le point sur les connaissances du patient par rapport à la chirurgie, l'anesthésie et le déroulé de son hospitalisation. Si besoin, elle reformule et effectue un complément d'information.

Elle évalue le niveau d'anxiété du patient à l'aide d'une échelle visuelle analogique et réalise une séance d'hypnose, proposée au patient sous le terme d'un « exercice ».

Afin de ne pas influencer les résultats de l'enquête, le terme d'hypnose n'est pas prononcé à ce moment là : il peut rebuter de nombreux patients du fait de croyances populaires négatives, qui bien souvent l'associe à l' « hypnose de foire ». A la suite de cet « exercice », elle réitère l'évaluation et demande au patient d'exprimer son ressenti. Elle lui explique alors qu'il vient d'expérimenter une séance d'hypnose médicale et lui propose de renouveler cette expérience chez lui ou bien lors de son départ au bloc opératoire.

5. ARGUMENTATION DU QUESTIONNAIRE :

Cet outil d'enquête est dans la continuité de celui créé lors de l'étude précédente en 2011. L'utilisation de données similaires pourra, à posteriori, permettre à l'équipe douleur de faire une étude comparative des deux enquêtes.

Parcours 1 : ayant bénéficié du soin hypnotique

- Identification du patient et données socio démographiques : L'identification du sexe et le niveau d'anxiété trait permettront une étude comparative de l'efficacité du soin hypnotique selon le sexe.
- Ancienneté de la douleur : selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) une douleur est dite chronique au-delà de trois mois, cependant selon des critères chirurgicaux un délai d'un an a été adopté.
- Question 1 : le niveau d'information concernant la chirurgie, l'anesthésie et la douleur permet de connaître l'impact de l'information préopératoire sur le niveau d'anxiété.
- Questions 2/3/4/5 : permettent de coter qualitativement et quantitativement l'effet de la séance à l'I.A.D.E. référent douleur.
- Question 6 : cotation quantitative et qualitative de l'anxiété en amont de l'intervention. La cotation de la veille de l'intervention permet de vérifier l'efficacité ou non de la consultation hypnose à distance. Les évaluations avant prémédication et avant l'intervention permettent d'évaluer l'efficacité de la prémédication et son influence (potentialisation ou non par la séance d'hypnose).
- Question 7 : évaluation qualitative de la douleur. Elle pourra permettre de faire une étude comparative avec l'ancienneté de la douleur.

- Question 8 : évaluation subjective concernant la prise en charge de la douleur durant le séjour. Elle permet de recueillir le témoignage du patient.
- Question 9 : évaluation de la satisfaction du patient lors de son hospitalisation. L'intérêt est institutionnel dans le cadre de la démarche qualité.
- Question 10 : évaluation qualitative de la douleur en post opératoire, au domicile. Ceci permettra d'évaluer l'évolution de la douleur.
- Question 11 : permet de vérifier l'adhésion ou non du patient au soin hypnotique et donc l'intérêt de le développer à plus grande échelle au sein de la structure hospitalière
- Question 12 : question ouverte portant sur le ressenti du patient concernant son hospitalisation.

Parcours 2 : parcours standard

Les questions concernant l'état d'anxiété et l'évaluation de la douleur sont identiques ; ceci permettant une comparaison transversale entre les populations.

- Question 7 : permet de connaître l'opinion du patient non informé au sujet de l'hypnose médicale et sa propension ou pas à l'expérimenter.

4^{ème} partie = RESULTATS ET ANALYSE

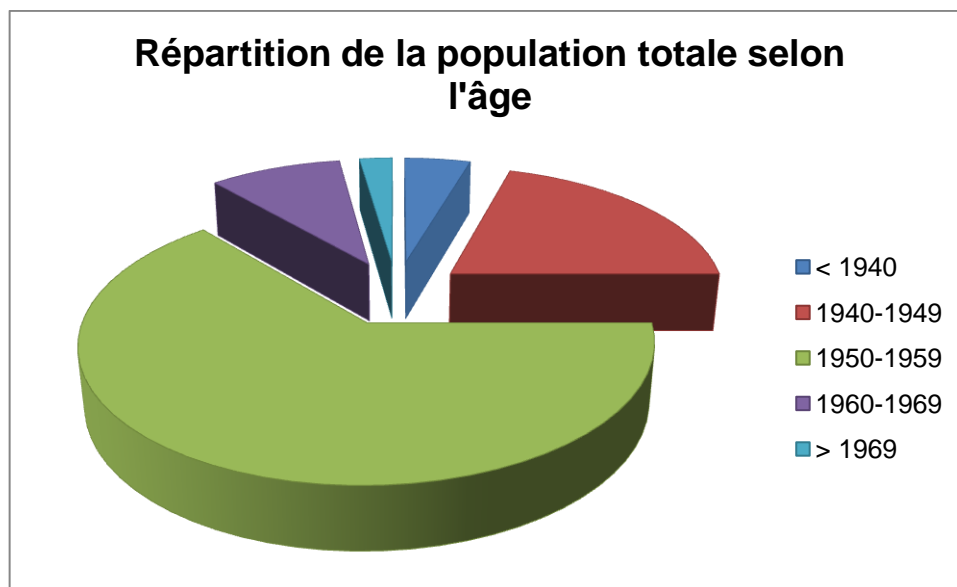
1. DONNEES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUE :

Avant d'analyser plus concrètement les résultats, il convient de faire une critique épidémiologique afin d'établir une « photographie » de la population enquêtée.

Pour les besoins du T.I.P., 44 patients ont été inclus dans l'enquête menée à l'hôpital de DAX :

- 21 patients dans le parcours 1. Pour rappel, ce groupe a bénéficié d'une prise en charge avec une consultation hypnose par une I.A.D.E. référente douleur.
- 23 patients dans le parcours 2 ayant suivi un parcours « standard » dans la prise en charge préopératoire.

La majorité des patients interrogés est âgée de plus de 60 ans (39 patients sur 44 sont nés avant 1960).



Même si dans la littérature l'acromioplastie est une chirurgie à prédominance masculine, la population enquêtée est assez homogène selon le sexe quelque soit le parcours patient. En

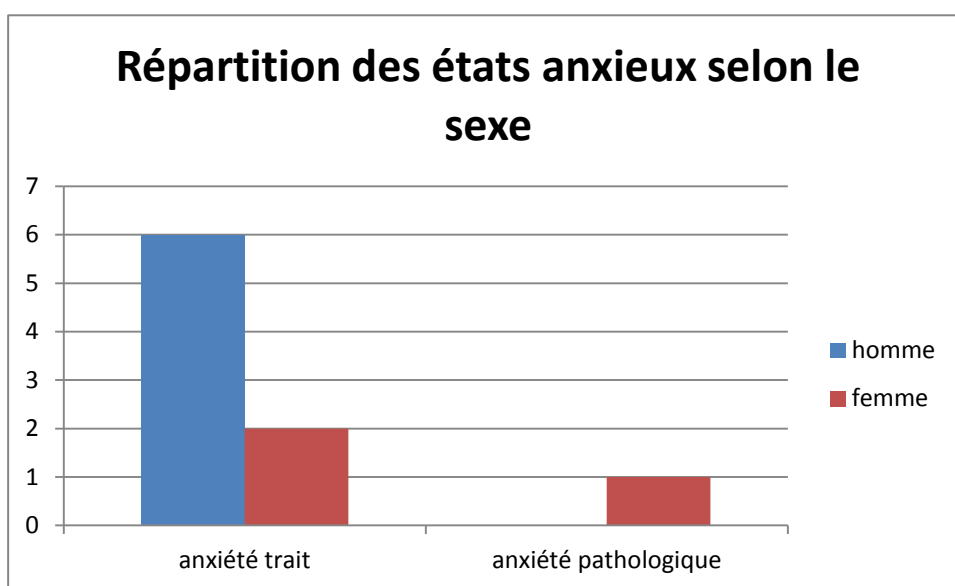
effet, dans le parcours 1, on retrouve 10 femmes pour 11 hommes, dans le parcours 2, 10 femmes pour 13 hommes.

Répartition de la population enquêtée selon le genre

	Parcours 1		Parcours 2		population totale	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
homme	11	52%	13	57%	24	55%
femme	10	48%	10	43%	20	45%

Concernant l'anxiété, il a été demandé aux patients ayant accepté de s'inclure dans l'enquête de répondre à un questionnaire lors de la consultation chirurgicale (questionnaire Spielberger) afin de déterminer leur personnalité anxieuse. 18% de la population enquêtée présente une anxiété-trait et 2% une anxiété pathologique (1 femme). Ces chiffres sont en adéquation avec la prévalence dans la population française.

De plus, la répartition de l'anxiété selon le sexe est de 6 hommes pour 3 femmes. Je ne recense le cas que d'une patiente ayant une anxiété pathologique. Ce rapport homme/femme est d'autant plus étonnant que la littérature fait part quant à elle d'un pourcentage plus élevée d'anxiété chez les femmes (2 femmes pour un homme).



En fonction du parcours patient, je remarque que 29% du parcours 1 présentent une anxiété alors que seulement 13% du parcours 2 en présente une. Donc, un plus grand nombre patient anxieux ont été orienté vers la consultation douleur avec prise en charge hypnose malgré une répartition aléatoire.

Selon les critères chirurgicaux, il existe une homogénéité dans l'ancienneté de la douleur. Les résultats montrent que 52% sont douloureux depuis plus d'un an avant de se faire opérer de l'épaule.

Dans le parcours 1, on retient 8 patients ayant une ancienneté de la douleur inférieure à un an contre 13 patients à plus d'un an.

Dans le parcours 2, 13 patients présentent une douleur inférieure à un an et 10 patients une douleur supérieure à un an.

Cette homogénéité est à modérer, car selon l'O.M.S., on peut considérer comme chronique une douleur supérieure à 3 mois.

2. ANALYSE DES INDICATEURS DE L'ANXIETE :

2.1. L'INFORMATION DONNEE AU PATIENT :

Au travers de mes lectures, l'information donnée au patient pouvait permettre de diminuer son anxiété.

Dans le parcours 2, la cotation moyenne de l'anxiété (E.N. sur 10) la veille de l'intervention est légèrement supérieure si les patients ont ressenti un manque dans l'information donnée en amont de l'acte chirurgical. En effet, les chiffres montrent une E.N. moyenne de 3/10 contre 2.7/10. Ce constat est d'autant plus significatif chez les femmes : cotation de 5/10 si il y a un manque d'information contre 2.8/10.

Les données de l'enquête montrent que la population ayant reçu une prise en charge avec l'infirmière douleur, ont eu une meilleure satisfaction dans l'apport d'information en préopératoire. En effet, 90% du parcours 1 déclarent avoir les renseignements nécessaires pour leur prise en charge anesthésique et chirurgical contre 74% dans le parcours 2.

La consultation I.A.D.E douleur pourrait permettre un réajustement et/ou un complément d'informations bénéfique pour le patient. Ces résultats m'interpellent aussi sur l'intérêt ou non d'une prise en charge préopératoire avec une infirmière spécialisée dans le contexte péri-opératoire.

De plus, La totalité des patients quelque soit le parcours emprunté disent avoir reçu suffisamment d'information concernant l'acte chirurgical. Les manques d'information concerneraient donc la prise en charge anesthésique (informations sur l'anesthésie en elle-même et la prise en charge de la douleur).

2.2. COTATION DE L'ANXIETE PRE OPERATOIRE

Tous les patients inclus dans l'enquête ont évalué leur anxiété dès leur entrée dans le service de chirurgie orthopédique à trois moments distincts :

- A l'entrée dans le service, la veille de l'intervention,
- Avant la prémédication,
- Avant l'intervention, au départ au bloc opératoire.

Une réglette de cotation avait été mise à disposition de l'équipe soignante. Cet outil a été mis en place par l'équipe douleur et moi-même afin de faciliter l'évaluation puis validé par le C.L.U.D. et protocolisé au sein du C.H. de DAX.

Réglette Recto



Réglette Verso

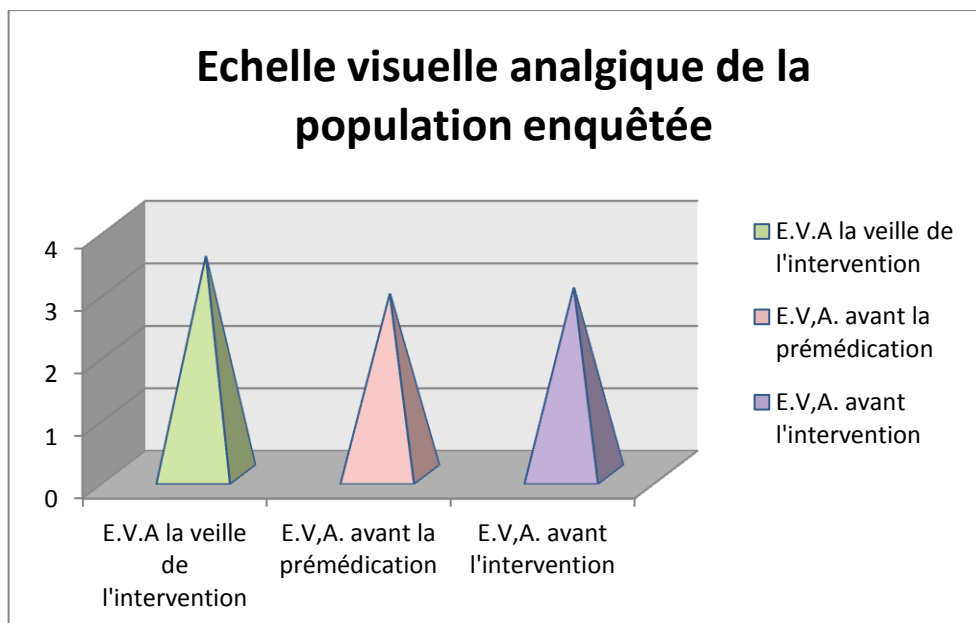


Cependant, l'appréciation du niveau d'anxiété dans le service de chirurgie orthopédique s'est faite par l'intermédiaire de l'échelle numérique sur 10. De part cet outil d'évaluation et les perspectives de cette enquête que je développe dans le projet professionnel, je parlerais néanmoins d'E.V.A. à la place de l'E.N.

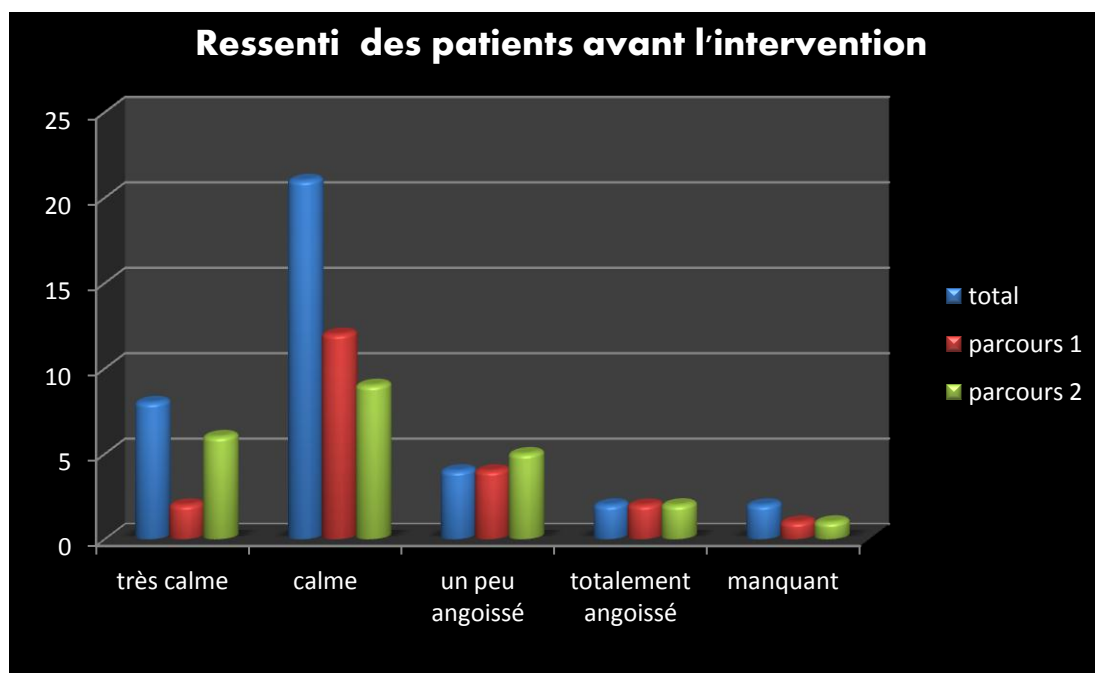
L'E.V.A. moyenne la veille de l'intervention est de 3.5/10 soit une population anxieuse. Cette cotation pourrait être liée au sentiment d'inconnu de l'hôpital, du service, l'angoisse de la chirurgie.

Le matin de l'intervention, avant la prémédication, l'E.V.A. est légèrement diminuée par rapport à la veille à 2.9/10. Cependant, La cotation avant le départ au bloc opératoire est identique (3/10) à la précédente. La prémédication ne serait plus efficace au moment de la prise en charge au bloc opératoire. A-t-elle donnée selon la prescription ? Le programme opératoire a-t-il été respecté ?

Les horaires de prémédication et de départ au bloc avaient été demandés dans l'enquête. Mais les horaires de départ au bloc étant peu renseignés l'analyse était délicate à réaliser.



Plus subjectivement, il a été demandé aux patients lors du contact téléphonique un mois après la chirurgie de donner leur ressenti sur leur état avant l'intervention. Dans la population enquêtée, 65% se sont sentis très calmes ou calmes avant l'intervention. Plus spécifiquement dans chaque parcours, les résultats sont proportionnellement identiques : 30% dans chaque population ont dit être angoissés ou totalement angoissés avant l'intervention.



2.3. LA DOULEUR :

Quelque soit le parcours patient, l'ancienneté de la douleur interfère dans l'anxiété pré opératoire. Les différentes cotations de l'anxiété dans le service sont significativement inférieures si la douleur à l'épaule pour lequel le patients ont subit une intervention chirurgicale est inférieure à un an.

Dans le parcours 2, les chiffres obtenus dans l'enquête sont très parlants. Lorsque la douleur ressentie à l'épaule n'excédait pas un an, l'E.V.A. moyenne la veille de l'intervention était de 1.7/10. Les patients algiques depuis plus d'un an avaient une cotation moyenne à 4.4/10, soit plus du double. Les cotations moyennes avant prémédication et au départ au bloc opératoire vont dans ce sens.

L'ancienneté de la douleur (je rappelle selon les critères chirurgicaux) aurait donc un impact sur la majoration de l'anxiété du patient en pré opératoire.

Dans le parcours 1, les résultats sont moins significatifs. La veille, l'E.V.A. moyenne est de 4/10 si la douleur est de moins d'un an contre 4.4/10 si la douleur est plus ancienne. Cependant le jour de l'intervention (cotation avant la prémédication et avant le départ au bloc opératoire), les chiffres sont inversés. Je note une diminution de la moyenne de la cotation. Est-ce un effet de la prise en charge par l'I.A.D.E. référente douleur ? Aussi, les chiffres seraient peut-être moins significatifs dans le parcours 1 car c'est une population avec une anxiété trait prédominante, comme j'ai pu le décrire précédemment dans l'analyse. Cela pourrait expliquer des cotations plus importantes comparativement au parcours 2.

3. L'HYPNOSE :

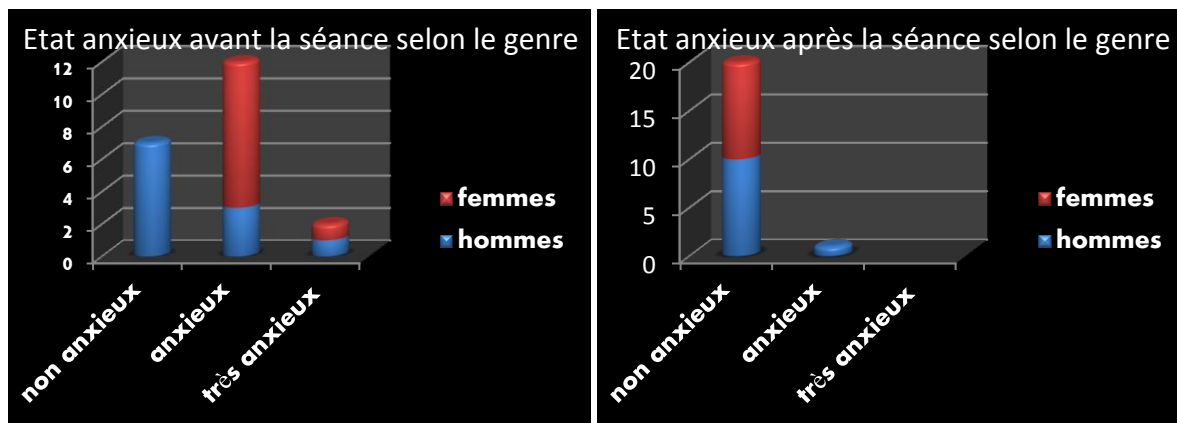
Le bénéfice de la consultation I.A.D.E. douleur est très marquant. En effet, 90% des patients disent avoir été un peu ou beaucoup aidé par cette consultation (respectivement 11 et 8 patients).

La moitié d'entre eux ont ressenti un bien-être physique et psychologique. D'autres n'ont ressenti qu'une satisfaction psychologique (3 patients) ou que physique (2 patients).

Malgré 5 hommes n'ayant pas ressenti de bénéfices psychologique et physique, cette consultation a quand même profité à la majorité des patients. La consultation de l'infirmière n'aurait donc pas que des atouts en matière d'hypnose mais aussi des apports complémentaires qu'elle pourrait fournir, l'information auprès du patient par exemple.

Par ailleurs, les patients ont coté leur anxiété avant et après la séance d'hypnose. Plus de la moitié des patients sont anxieux voire très anxieux (respectivement 57% et 10%) avant

« l'exercice » proposé par l'I.A.D.E.. Suite à la pratique du soin hypnotique, 95% des patients ne ressentent plus d'anxiété. Le seul homme ayant encore une anxiété (soit une E.V.A. entre 4 et 6) était très anxieux (E.V.A. supérieure à 7) avant la séance. L'hypnose aurait donc permis à tous les patients de diminuer leur anxiété au moment du soin.



4. Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose :

Dans le parcours 2, l'évolution de la moyenne de l'E.V.A. est stable. En effet, les patients entrant au sein de la structure hospitalière présentent une cotation de l'anxiété à 2.8/10, une très légère diminution à 2.6/10 avant la prémédication et enfin une E.V.A. à 2.5 avant la chirurgie. Comme nous l'avons souligné précédemment, la prémédication n'aurait pas eu d'impact sur la diminution de l'anxiété, peut-être pour les raisons déjà évoquées.

Les patients ayant bénéficié de la séance d'hypnose (parcours 1) ont coté leur anxiété à 4/10 avant la séance. Après le soin hypnotique, la moyenne est de 0.7/10 : l'influence de l'hypnose sur la diminution de l'anxiété est vérifiée sur le panel de patients enquêtés.

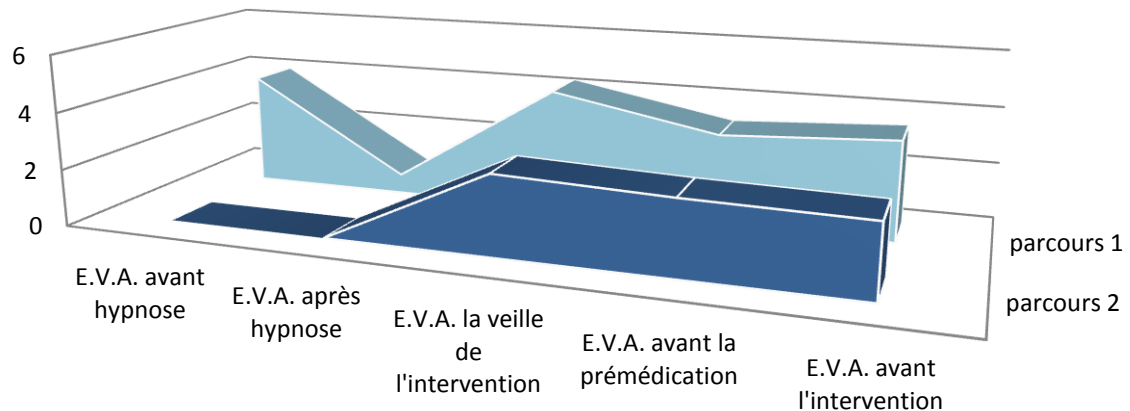
Cependant, les cotations dans le service sont bien plus supérieures que dans la population ayant suivi reçu une prise en charge standard. Il apparaît une différence d'1.5 point de plus entre les deux populations interrogées.

De plus, les résultats nous montrent que la moyenne est plus importante la veille de l'intervention qu'avant la séance d'hypnose. Le bénéfice de l'hypnose ne se prolongerait pas jusqu'à l'hospitalisation. Serait-ce dû à une sensibilisation, une connaissance de l'outil d'évaluation ?

Le jour de l'intervention, le parcours 1 présente une diminution plus franche de leur niveau d'anxiété que le parcours 2, même si les moyennes sont plus hautes.

Les patients ont-ils eu la capacité de reproduire les exercices proposés par l'I.A.D.E. lors de la consultation et de remobiliser le bénéfice de la séance d'hypnose ?

Evaluation de l'anxiété en fonction du parcours patient



	E.V.A. avant hypnose	E.V.A. après hypnose	E.V.A. la veille de l'intervention	E.V.A. avant la prémédication	E.V.A. avant l'intervention
■ parcours 2			2,8	2,6	2,5
■ parcours 1	4	0,7	4,3	3,2	3,5

Au vu du panel de patients interrogés, nous pouvons en déduire qu'une séance d'hypnose en amont d'un acte chirurgical ne permettrait pas de diminuer l'anxiété préopératoire. Cependant, ces résultats sont à prendre avec modération car le parcours 1 est une population avec une anxiété –trait prédominante, ce qui pourrait expliquer les différences de cotations entre les deux parcours.

De plus, le panel n'est constitué que de 44 patients, (un nombre de patients insuffisant) ne permettant pas de sortir des conclusions plus précises.

5^{ème} partie = PROJET PROFESSIONNEL

Ce travail d'intérêt professionnel m'a permis de réaliser un travail de groupe (trois étudiantes) et de nous inclure dans cette enquête préexistante. S'intégrer à une étude déjà mise en place permet de participer à un projet de recherche à grande échelle. Cependant, l'outil d'enquête étant déjà créé, certains indicateurs ne sont pas adaptés à nos hypothèses et d'autres plus pertinents ne sont pas présents.

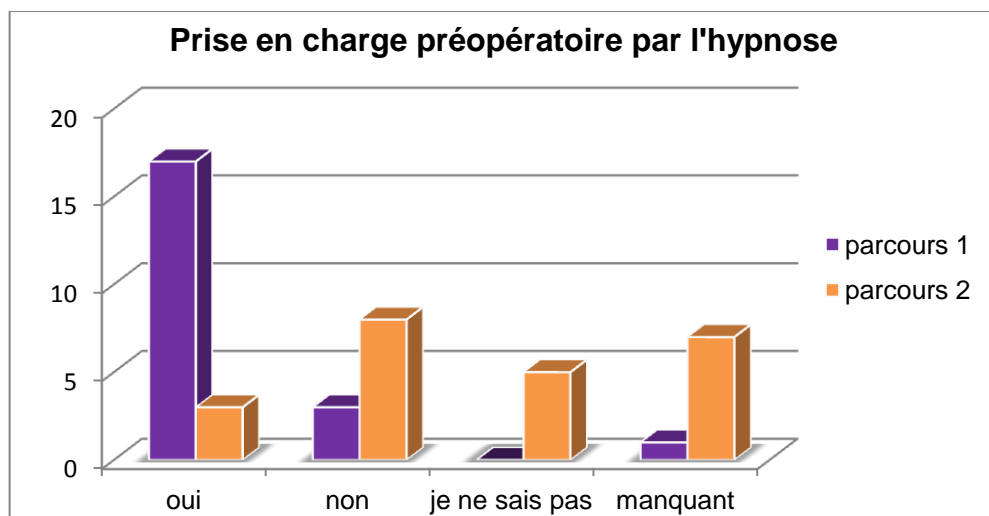
Toutefois, ces résultats permettent d'apporter des informations complémentaires à ce T.I.P. et me paraissent importants d'être abordés.

Nous avons souligné dans la revue de littérature que les femmes étaient plus anxieuses que les hommes. Malgré une proportion d'hommes plus anxieux dans cette étude, cette enquête a révélé que les femmes étaient plus réceptives à l'hypnose. Les résultats montrent une plus grande diminution de l'E.V.A. chez les femmes (Ces chiffres sont développés plus en détail dans le T.I.P. de Marie-Laure LAVIELLE : L'hypnose au service de l'anxiété préopératoire).

De plus, il a été demandé à chaque patient à la fin du questionnaire s'il souhaitait la même prise en charge avec hypnose pour le parcours 1, ou s'il aurait accepté une séance avant l'intervention pour le parcours 2.

Pour les patients sensibilisés au soin hypnotique (parcours 1), 80% des patients referaient le même parcours. Cela montre que les patients ressentent une réelle satisfaction et efficacité dans la prise en charge par l'hypnose.

Dans le parcours 2, les patients ne montrent pas de réel intérêt dans la nouvelle approche de la prise en charge de l'anxiété. En effet, seul 3 patients seraient prêts à bénéficier d'une consultation avec l'I.A.D.E. douleur avec un soin hypnotique.



Est-ce par manque d'informations, par déformation des images ou émissions vues dans les médias ?

Au vue de la tendance de ces premiers résultats, une plaquette d'information destinée aux patients est en cours d'élaboration et sera disponible, après validation du document par les services compétents, dans les salles d'attente de consultation de chirurgie et d'anesthésie. Elle aura pour objectif d'expliquer l'hypnose médicale, d'informer le patient de la pratique de cette technique de prise en charge au sein du centre hospitalier de DAX, de déterminer les patients concernés par ce soin.

J'ai pu constater au travers de cette enquête que les patients ayant bénéficié d'une séance d'hypnose en amont d'un acte chirurgical avaient des moyennes d'E.V.Anxiété quasi identiques avant la séance (4/10) et au moment du départ au bloc opératoire (3.5/10) : c'est une proportion de patient ayant une anxiété notable. Le patient aurait donc besoin d'un complément de soin hypnotique lors de l'accueil au bloc opératoire par exemple. L'I.A.D.E., de part son exclusivité de compétence dans la prise en charge péri-anesthésique, aurait donc sa place dans la prise en charge par l'hypnose ; ce qui implique la formation du personnel du bloc opératoire à cette technique.

Tout comme la prise en charge de la douleur, la diminution de l'anxiété préopératoire doit s'inscrire dans une démarche qualité. L'évaluation ou la cotation de l'anxiété doit devenir un critère de qualité de la personne soignée. Dans cette optique, le centre hospitalier de DAX a protocolisé l'évaluation de l'anxiété. Elle pourra être institutionnalisée après la diffusion des conclusions finales de l'enquête et devenir ainsi un paramètre clinique à inscrire dans le dossier patient comme la cotation de la douleur.

Il est prévu au terme de l'enquête au sein de l'hôpital de DAX et après restitution des résultats aux services ayant participé à l'enquête (le service des consultations de chirurgie, le service de chirurgie orthopédique, le bloc opératoire), une formation ou une information sur l'utilisation de l'outil d'enquête prévu initialement afin d'évaluer l'E.V.Anxiété. Lors de cette restitution, il est prévu un temps d'échange afin de comprendre pourquoi la réglette n'a pas été employée et d'améliorer cet outil afin de pouvoir de développer au sein de toute la structure hospitalière.

De plus, il serait possible d'intégrer l'évaluation de l'anxiété dès la consultation d'anesthésie avec le questionnaire Spielberger. Cela aurait un intérêt dans le dépistage des patients ayant une anxiété trait et de pouvoir adapter l'anxiolyse et de proposer au patient le soin hypnotique.

L'hypnose médicale est une approche spécifique dans la prise en charge de l'anxiété. D'autres éléments sont à prendre en compte afin de diminuer ces troubles. Tout d'abord, lors

de l'accueil du patient au bloc opératoire les troubles anxieux sont à son plus niveau de part l'approche de l'acte chirurgical mais aussi par la méconnaissance du lieu. Il est donc important de faire un accueil personnalisé à chaque patient afin de le mettre en confiance. Cela passe par un accueil paramédical complet : infirmier(e) de bloc opératoire et anesthésiste, aide soignant non masqués avec identification du nom et de la fonction sur la tenue pour permettre au patient de se sensibiliser à la population du bloc opératoire.

Cet accueil doit se faire dans un espace dédié (une avant-salle, un sas), permettant au patient d'être isolé des bruits parasites. Dans ce lieu, il est possible de mettre en place des techniques de relaxation comme l'aromathérapie (diffusion d'huile essentielle), la musicothérapie, une lumière tamisée.

De plus, j'ai pu remarquer de part mon expérience professionnelle initiale et ma formation d'I.A.D.E. que les patients se plaignent d'avoir froid. Cette gêne est majorée par le stress, le jeûne indispensable dans la sécurité anesthésique. Il sera alors possible de gérer cette sensation de froid du patient par le maintien d'une température adéquate de cette avant-salle et la proposition de couverture chauffante afin d'améliorer le confort du patient.

Cependant, ce temps d'attente doit être raisonnable car il peut être potentiellement anxiogène. Il faut donc anticiper et gérer l'arrivée des patients et permettre ainsi une prise en charge précoce et ainsi de contrôler l'anxiété du malade.

Un an après la fin de l'enquête, une reprise de tous les dossiers va permettre de vérifier l'installation ou non d'une douleur chronique et de ses répercussions. Mais n'y a-t-il pas en parallèle une chronicisation de l'anxiété à la suite d'un acte chirurgical ?

La formation d'I.A.D.E. m'a permis, au travers de ce travail d'intérêt professionnel, de développer et enrichir mes compétences dans la prise en charge de l'anxiété préopératoire. Prendre conscience que chaque patient entrant au bloc opératoire peut ressentir une anxiété pouvant être gênante voire pathologique et induire des effets secondaires notables, de pouvoir utiliser des moyens d'évaluation et de prévention et traiter cet état, permet d'aboutir à l'individualisation de la personne soignée.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Becker C, Rivat C, Benoliel J-J. Modélisation de la relation douleur dépression. Douleur et Analgésie. 2012 Mars ; 25 :31-37.

[2] Encyclopédie LAROUSSE. Douleur [consulté le 08/09/2012]. Disponible à partir de URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/douleur/12591>

[3] Dictionnaire Hachette,. Paris : Hachette ; 2003.

[4] Garnier M, Delamare J, Delamare V, Delamare T, Delamare F, Gélis-Malville E, Delamare, Dictionnaire des termes de médecine 24^e édition, Paris : Delamare ; 1995.

[5] Institut Français d'Hypnose Ericksonienne. Définition de l'hypnose [consulté le 01/10/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.hypnose-ericksonienne.com/sinformer/hypnose>

[6] Viroc C, Bernard F. Hypnose, douleur aiguës et anesthésie. Wolters Kluwer : Arnette ; 2010.

[7] Faymonville ME, Maquet P, Laureys S, comment l'hypnose agit sur le cerveau, La Recherche. 2005 Décembre ; 392 : 44-49.

[8] Rault P. Hypnose éricksonienne, présentations [En ligne]. 2001 mars [consulté le 23/09/2012] ; 1 : [3 pages]. consultable à URL : <http://www.adrenaline112.org/hypnose/bases/HEDef.html>

[9] Michaux D, Halfon Y, Wood,. Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2^e édition. Paris : Maloine ; 2011.

[10] Rault P, Marchand P, Vrignaud S. Hypnose éricksonienne et anesthésie [En ligne]. 2005 janvier-février [consulté le 23/09/12] ; n°65: [7 pages]. Consultable à URL : <http://www.adrenaline112.org/hypnose/anes/anesbolus.html>

[11] Institut de Recherche Appliquée d'Hypnose Clinique et Chirurgicale. Nos applications de l'hypnose éricksonienne [consulté le 15/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.institut-hypnose-chirurgie.fr/component/content/article/3.html>

[12] Faymonville M-E, « L'hypnose en anesthésie-réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux », Thèse en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur : université de Liège. 2002 ; 24

[13] Société Française d'Hypnose Conversationnelle et Thérapeutique. Hypnose conversationnelle [consulté le 15/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.hypnoseconversationnelle.com/pages/hypnose-conversationnelle.html>

[14] Mussellec H, Bernard F, Guillou N. Hypnose périopératoire : utilisation et indications. 52^e congrès SFAR 2010 [En ligne]. 2010 Septembre [consulté le 15/09/2012] ; 1 : [13 pages]. Consultable à l'URL : http://www.mancini.lu/~jai/stuff/sfar2010/contenu/2010/med_eval_03_musselec.html

[15] Aïdan K, Beloeil H, Benhamou D, Bernard C, Billard V, Bonnet M-P, et al, Protocole 2010, 12^e édition, Kremlin Bicêtre : MAPAR Edition ; 2010.

[16] Benhaïem J-M, L'hypnose qui soigne, Paris : édition J Lyon ; 2010.

[17] Génération-Formation. Contre-indications à l'hypnose [consulté le 15/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.generation-formation.com/hypnose/pratiquer--hypnose.php>

[18] Dictionnaire français-Dictionnaires Larousse monolingue et bilingue en ligne [consulté le 22/10/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/anxiete>

[19] Graziani P, Anxiété et troubles anxieux, Paris : Armand Colin, 2011.

[20] Postel J, Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, Paris : Larousse-Bordas ; 1998.

[21] Dictionnaire français-Dictionnaires Larousse monolingue et bilingue en ligne [consulté le 22/10/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/peur>

[22] Dictionnaire français-Dictionnaires Larousse monolingue et bilingue en ligne [consulté le 22/10/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/angoisse>

[23] Servant D, Gestion du stress et de l'anxiété : concepts médicaux et psychologiques, diagnostic, prise en charge et traitement, Paris : Masson ; 2005.

[24] Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes. Recommandations par l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste [consulté le 08/04/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/reco.pdf>

[25] The Internanional Institut For Self-Help Holistic Thérapies Ltd [consulté le 26/10/1012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.fr.withyourvoice.com/Physiologiedustress.html>

[26] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé [consulté le 22/12/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/prise_en_charge_des_tr_anxieux_adulte_ambulatoire_anaes2001.pdf

[27] Unité d'Evaluation et de Réadaptation de la Douleur. Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger [consulté le 22/12/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://sites.google.com/site/uerdcoubert/psychologie-1/analyser-les-questionnaires-entree-sortie-3-6-9-12-mois/mesure-du-retentissement-emotionnel/inventaire-d-anxiete-etat-trait-de-spielberger>

[28] Bacquaert P. Questionnaire d'anxiété générale de spielberger [consulté le 22/12/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.irbms.com/test-questionnaire-anxiete-generale-spielberger>

[29] Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Peur, anxiété et douleur [consulté le 23/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.cnrdr.fr/L'anxiete-préopératoire.html>

[30] LEPINE J.P, LELLOUCH J, LOVELL A,TEHERANI M, PARIENTE P. L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans la population française, In : Specia Rhône-Roulenc Rorer, Paris : Confrontations psychiatriques ; 1994, n°35. P 139-161.

[31] Beydon L, Dima CE, Anxiété périopératoire : évaluation et prévention, Le praticien en anesthésie réanimation 2007 ; 13 : 161-70.

[32] Smaga D, Cheseaux N, Foster A, Rentsch D, De Tonnac N, Colombo S. L'hypnose et les troubles anxieux. Revue médicale Suisse. 2010 ; 6 : 330-333.

[33] Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang S-M et al. Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adults Patients. Anesthesia and Analgesia [En ligne]. 2006 [consulté le 15/09/2012] ; 102 :[1394-1396]. Consultable à l'URL : http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4448193/Saadat-Hypnosis_reduces_preoperative_anxiety_adult_patients.pdf

[34] USPPD CHU Bordeaux, « je soulage la douleur des patients », guide de bonnes pratiques version 2004

[35] Chauffour-Ader C, Daydé MC, Petit précis de la douleur comprendre, évaluer, traiter, accompagner, Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2009

[36] Nusbaum F, Ribes G, Gaucher J. La douleur chronique: une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. Bulletin de psychologie. Mai-juin 2010;507, tome 63:191-201

[37] SFAR. Conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur de l'adulte et l'enfant. [consulté le 20/04/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=21

[38] Forster A, Kooger N, Cuddy N. Les possibilités et les limites de l'hypnose dans l'approche de la médecine psychosomatique. Revue médicale suisse [En ligne] mars 2012 [Consulté le 09/2012]; 2476: [6 pages]. Consultable à l'URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=23681>

[39] Circulaire DM/P.M.S.I. n° 303 du 24 juillet 1989 [consulté le 10/04/2013]. Disponible à partir de URL : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=1201>

LISTE DES SIGLES

- I.A.D.E.** : infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat
I.D.E. : infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
T.I.P. : travail d'intérêt professionnel
S.F.A.R. : société française d'anesthésie et réanimation
E.E.G. : électro-encéphalogramme
E.C.G. : électro- cardiogramme
C.S.P. : code de la santé publique
S.T.A.I. : state trait anxiety inventory
E.V.A. : échelle visuelle analogique
E.V.S. : échelle verbale simple
P.C.A. : analgésie autocontrôlée par le patient
E.N. : échelle numérique
M.Q.P. : McGill pain questionnaire
Q.D.S.A. : questionnaire douleur Saint Antoine
E.C.P.A. : évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée
A.I.N.S. : anti inflammatoire non stéroïdien
C.H. : centre hospitalier
C.M.E. : comité médical d'établissement
C.L.U.D. : comité de lutte contre la douleur
D.I.M. : département d'information médicale
O.M.S. : organisation mondiale de la santé

ANNEXES

1. RESULTATS DE L'ENQUÊTE 2011

2. DOCUMENTS PATIENTS

- 2.1. Schéma du parcours patient
- 2.2. Document 1 : consentement du patient
- 2.3. Document 2 : questionnaire anxiété Spielberger
- 2.4. Document 3 : évaluation de l'anxiété préopératoire
- 2.5. Document 4 : questionnaire parcours 1
- 2.6. Document 5 : questionnaire parcours 2

3. RESULTATS DE L'ANALYSE SOUS FORME DE TABLEAUX

ANNEXE 1 = RESULTATS DE L'ENQUÊTE 2011

1°/ AVEZ-VOUS EU SUFFISAMMENT D INFORMATIONS AVANT L INTERVENTION ?

Information patient	OUI		NON	
Chirurgie	31 / 34	93%	3 / 34	9%
Anesthésie	27 / 34	79%	7 / 34	20%
Douleur	32 / 34	94%	2 / 34	5%

Parmi les remarques patients

- 1 Patient exprime un Vécu douloureux lors de l anesthésie loco régionale et signale ne pas avoir été prévenu de cette douleur supplémentaire ;
- 1 patient non informé qu'il y aurait une Anesthésie Loco régionale et une Anesthésie Générale
- Changement de mode d anesthésie « au dernier moment »...

2°/ LA CONSULTATION AVEC L'I.A.D.E. DOULEUR VOUS A-T-ELLE AIDE ?

	Nombre	Pourcentage
Beaucoup	23	67,6%
Un peu	8	24,4%
Non pas du tout	2*	6 ,6%
Ne sait pas	1	
Total	34	

3°/ EN QUOI VOUS A T ELLE AIDE ?

	Nombre	Pourcentage
Bien être physique	1	3,2%
Bien être psychologique	9	29,3%
Les deux	21	67,7%
Total	31	

ANALYSE DES DONNEES

- 1 patient coté « non » a eu un entretien et s est opposé a la poursuite de la consultation – n a pas eu de séance d hypnose
- Mise en évidence de l aide réelle apportée tant sur le coté physique que psychologique

4°/ AVANT L INTERVENTION : ETIEZ VOUS TRES CALME ? CALME ? UN PEU ANGOISSE ? TOTALEMENT ANGOISSE ?

	Nombre	Pourcentage
Très calme	8	23%
Calme	15	44%
Un peu angoissé	8	23%
Totalement angoissé	3	8%
TOTAL	34	

- L' aide apportée lors de la consultation se concrétise dans le vécu émotionnel avant l intervention :
- * Parmi les deux patients très angoissés, peu aidés , un n' a pas été vu en pré op mais post op (car très douloureux)

5°/ APRES L INTERVENTION AVEZ-VOUS RESSENTI , AUCUNE DOULEUR ?UNE LEGERE DOULEUR ?UNE IMPORTANTE DOULEUR ?UNE DOULEUR INSUPPORTABLE ?

	Nombre	Pourcentage
Aucune douleur	16	47%
Légère douleur	13	38%
Une importante douleur	4	11%
Une douleur insupportable	1	3%
TOTAL	34	

- 1 patient douleur insupportable qui n est pas passé avant a la Cs mais vue en post opératoire a été beaucoup aidé (motif douleur)
- * **Nature des interventions** :
 - acromioplastie 3
 - prothèse épaule 1
 - coude

6°/ SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE

SATISFACTION CONCERNANT LA PEC DOULEUR LORS DU SEJOUR

Oui	33	97%
Non	1	3%

Commentaire DU PATIENT PAS SATISFAIT

- « Pas d antalgique efficaces-seulement soulagée par la glace » .
- « Intervention initialement prévue sous AG mais 1 bloc + AG sans être prévenu auparavant »

NOTE SUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU SEJOUR		
10 /10	12	36%
9/10	6	18%
8/10	12	35%
7/10	3	21%
6/10	1	3%

ANNEXE 2 = DOCUMENTS PATIENTS

Schéma du parcours patient

Document 1 : consentement du patient

Document 2 : questionnaire anxiété Spielberger

Document 3 : évaluation de l'anxiété préopératoire

Document 4 : questionnaire parcours 1

Document 5 : questionnaire parcours 2

SCH2MA

DOCUMENT 1 : Consentement du patient



CENTRE HOSPITALIER DE DAX-COTE D'ARGENT

ENQUETE DE SATISFACTION

Identification du patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
N° de téléphone fixe :
N° de téléphone mobile :

Information et consentement recueilli par Dr ZIPOLI – Chirurgien et Chef de pôle CHIRURGIE

Afin d'évaluer nos pratiques et de proposer la meilleure des prise en charge à nos patients lors de la chirurgie de l'épaule au CH DAX Côte d'Argent

Acceptez-vous :

- de répondre à un questionnaire téléphonique 1 mois après l'intervention chirurgicale en vue de recueillir votre avis et vos commentaires sur la prise en charge qui vous a été proposée tout au long de votre parcours oui non

Nom des 2 personnes pouvant vous appeler au titre de cette enquête :

Mlle LASSERRE Régine – CENTRE HOSPITALIER DAX
ou
ME BONFILS Aurélie – CENTRE HOSPITALIER DAX

Date :/...../.....
Signature du patient :

DOCUMENT 2 : questionnaire Spielberger.



CENTRE HOSPITALIER DE DAX-COTE D'ARGENT

Vous avez accepté de participer à l'enquête téléphonique et nous vous en remercions.
Au préalable, afin que notre étude soit la plus complète possible, nous vous demandons de bien vouloir remplir seul ou avec l'équipe soignante ce questionnaire évaluant votre niveau d'anxiété.

Identification du patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

1	Je me sens calme	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
2	Je me sens sûr(e) de moi	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
3	Je suis tendu(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
4	Je me sens contraint(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
5	Je me sens à mon aise	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
6	Je me sens bouleversé(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
7	Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
8	Je me sens satisfait(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
9	J'ai peur	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
10	Je me sens bien	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
11	J'ai confiance en moi	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
12	Je me sens nerveux(se)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
13	Je suis agité(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>

14	Je me sens indécis(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
15	Je suis détendu(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
16	Je suis content(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
17	Je suis inquiet(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
18	Je me sens troublé(e)	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
19	Je me sens stable	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>
20	Je me sens dans de bonnes dispositions	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Modérément <input type="checkbox"/>	Beaucoup <input type="checkbox"/>

** cocher la réponse souhaitée*

DOCUMENT 3 : Evaluation de l'anxiété préopératoire

PATIENT ENQUETE

ETIQUETTE PATIENT

DATE

METHODOLOGIE

Sur le principe de l'évaluation de la douleur , proposer au patient de quantifier son anxiété sur une échelle de 0 à 10 et noter sur cette feuille

1. EVAL ANXIETE A L ARRIVEE DANS L UNITE

/ 10

2. EVAL ANXIETE LORS DE LA PREMEDICATION

/10

HEURE :

3. EVAL ANXIETE AU DEPART AU BLOC

/10

HEURE :

Une fois que les 3 évaluations ont été recueillies mettre dans le bac « enquête anxiété »

Dr ZIPOLI
REGINE LASSERRE

DOCUMENT 4 : Questionnaire parcours 1

PARCOURS 1 (avec PEC équipe douleur) INCLUSION ETUDE / PATIENT N° :

ENQUETE DE SATISFACTION

Fiche de recueil de données

Identification du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Homme

Femme

Ancienneté de la douleur : Plus de un an

Moins de un an

A COMPLETER PAR L'EQUIPE DOULEUR AVEC LE PATIENT APRES LA CONSULTATION DOULEUR :

1. Avez-vous eu suffisamment d informations AVANT l'intervention ?

- Concernant la chirurgie oui non

- Concernant l'anesthésie oui non

- Concernant la douleur oui non

2. La consultation avec l'infirmière douleur vous a-t-elle aidée ?

Un peu Beaucoup Pas du tout

3. Cotation de l'Anxiété AVANT la séance :

4. En quoi vous a-t-elle aidée ?

Bien être physique

Bien été psychologique

Les deux

5. Cotation anxiété APRES la séance :

A COMPLETER PAR L'EQUIPE DOULEUR AVEC LE PATIENT APRES L'INTERVENTION :

6 Avant l'intervention étiez-vous ?

Très calme

Calme

Un peu angoissé(e)

Totalement angoissé(e)

Cotation de l'Anxiété à l'arrivée la veille de l'intervention :

Cotation Anxiété AVANT la prémédication chirurgicale :

Cotation Anxiété AVANT l'intervention chirurgicale :

7 Après l'intervention et durant votre séjour avez-vous ressenti ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune douleur | <input type="checkbox"/> Une légère douleur |
| <input type="checkbox"/> Une douleur importante | <input type="checkbox"/> Une douleur insupportable |

8 Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge de la douleur lors de votre séjour ?

- Oui Non

Si Non, Pourquoi ?

.....

.....

9 Si vous deviez noter la prise en charge tout au long du séjour hospitalier quelle note donneriez-vous ? (0 pas satisfait – 10 totalement satisfait)

10 A votre retour au domicile avec traitement antalgique de sortie, avez-vous ressenti ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune douleur | <input type="checkbox"/> Une légère douleur |
| <input type="checkbox"/> Une douleur importante | <input type="checkbox"/> Une douleur insupportable |

11 Après avoir expérimenté l'hypnose médicale au centre hospitalier de DAX pour votre intervention, aimeriez vous la même prise en charge en cas de nouvelle intervention ?

- Oui Non Je ne sais pas

12 Avez-vous des remarques concernant l'ensemble de votre hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

Remercier le patient de sa collaboration et de sa disponibilité

DOCUMENT 5 : Questionnaire Parcours 2

PARCOURS 2 (sans PEC équipe douleur)

INCLUSION ETUDE / PATIENT N° :

ENQUETE DE SATISFACTION

Fiche de recueil de données

Identification du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone mobile :

Homme

Femme

Ancienneté de la douleur : Plus de un an

Moins de un an

5. Avez-vous eu suffisamment d informations AVANT l'intervention ?

- Concernant la chirurgie oui non

- Concernant l'anesthésie oui non

- Concernant la douleur oui non

2 Avant l'intervention étiez-vous ?

Très calme

Calme

Un peu angoissé(e)

Totalemment angoissé(e)

Cotation de l'Anxiété à l'arrivée la veille de l intervention :

Cotation Anxiété AVANT la premedication chirurgicale :

Cotation Anxiété AVANT l'intervention chirurgicale :

3 Après l'intervention et durant votre séjour avez-vous ressenti ?

Aucune douleur

Une légère douleur

Une douleur importante

Une douleur insupportable

4 Etes-vous satisfait(e) de la prise en charge de la douleur lors de votre séjour ?

- Oui Non

Si Non, Pourquoi ?
.....
.....

5 Si vous deviez noter la prise en charge tout au long du séjour hospitalier quelle note donneriez-vous ? (0 pas satisfait – 10 totalement satisfait)

6 A votre retour au domicile avec traitement antalgique de sortie, avez-vous ressenti ?

- Aucune douleur Une légère douleur
 Une douleur importante Une douleur insupportable

7 Auriez vous accepté, que l'on vous propose une séance d hypnose médicale afin de diminuer votre anxiété avant l' intervention ?

- Oui Non Je ne sais pas

8 Avez-vous des remarques concernant l ensemble de votre hospitalisation ?

.....
.....
.....
.....

Remercier le patient de sa collaboration et de sa disponibilité

ANNEXE 3 = RESULTATS DE L'ANALYSE SOUS FORME DE TABLEAUX

Répartition de la population enquêtée selon le parcours et le genre :

PECdouleur	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Parcours 2 - Pas PEC Douleur	10	50%	13	54%	23	52%
Parcours 1 - PEC Douleur	10	50%	11	46%	21	48%
Total	20	100%	24	100%	44	100%

Répartition de la population enquêtée selon le parcours, le genre et l'âge :

PECdouleur	Sexe	Inf à 1940	1940 à 1949	1950 à 1959	1960 à 1969	Sup à 1969	Total
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes		1	8	1		10
	Hommes	1	3	9			13
Total non- Parcours 2		1	4	17	1		23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes		4	5	1		10
	Hommes	1	1	6	2	1	11
Total oui- Parcours 1		1	5	11	3	1	21
Total		2	9	28	4	1	44

Cotation de l'anxiété Spielberger selon le parcours et le genre :

PECdouleur	Sexe	Score spielberger			
		Moyenne	Ecart Type	Min	Max
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	35,2	7,6	21	43
	Hommes	33,6	9,1	21	48
Total non- Parcours 2		34,3	8,3	21	48
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	41,0	9,5	30	61
	Hommes	34,4	8,3	25	48
Total oui- Parcours 1		37,5	9,3	25	61
Total		35,8	8,9	21	61

Répartition de la population enquêtée en fonction de l'anxiété trait et pathologique:

PECdouleur	Sexe	Anxiété trait	%	Anxiété patho	%
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	0	0%	0	0%
	Hommes	3	23%	0	0%
Total non- Parcours 2		3	13%	0	0%
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	2	20%	1	10%
	Hommes	3	27%	0	0%
Total oui- Parcours 1		5	24%	1	5%
Total		8	18%	1	2%

L'information donnée aux patients selon de parcours et le genre :

Suffisamment d'informations avant interventions		Sur la chirurgie		Sur l'anesthésie		Sur la douleur			Toutes les infos	
PECdouleur	Sexe	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Manquant	Oui	Non
Parcours 2	Femmes	10	0	9	1	7	3		7	3
Pas PEC Douleur	Hommes	13	0	11	2	12	1		10	3
Total non- Parcours 2		23	0	20	3	19	4		17	6
Parcours 1	Femmes	10	0	9	1	9		1	8	2
PEC Douleur	Hommes	11	0	11		11			11	0
Total oui- Parcours 1		21	0	20	1	20		1	19	2
Total		44	0	40	4	39	4	1	36	8

PECdouleur	Sexe	Info. Sur la chirur.	Info. Anesth.	Info. Douleur	Nb patients
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	Oui	Non	Non	1
			Oui	Non Oui	2 7
	Hommes	Oui	Non	Oui	2
			Oui	Non Oui	1 10
Total non- Parcours 2					23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	Oui	Non	Oui	1
			Oui	Oui Manquant	8 1
	Hommes	Oui	Oui	Oui	11
Total oui- Parcours 1					21
Total					44

PECdouleur	Sexe	Informations			Pas toutes			Toutes		
		Pas toutes	Toutes	Total	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	3	7	10	5,0	2,0	2,0	2,8	1,7	1,5
	Hommes	3	10	13	1,0	2,5	3,0	2,6	3,2	2,9
Total non- Parcours 2		6	17	23	3,0	2,3	2,5	2,7	2,6	2,5
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	2	8	10	8,0	5,0	6,0	5,0	4,0	4,1
	Hommes		11	11				2,9	2,4	2,4
Total oui- Parcours 1		2	19	21	8,0	5,0	6,0	3,8	3,1	3,2
Total		8	36	44	4,7	3,0	4,3	3,3	2,8	2,9

Si pas toutes les informations :

PEC douleur	Sexe	Etat Anxiété Arrivée Veille intervention					Anxiété Avant Prémédication chir				Anxiété Avant Intervention chir				
		Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	Manqu ant	Tot al	Non anxieux	Anxieux	Manqu ant	Tot al	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	Manqu ant	Tot al
Parco urs 2 Pas PEC Doule ur	Femm es		2		1	3	1		2	3	1			2	3
	Hom mes	2			1	3	2		1	3	1			2	3
Total non- Parcours 2		2	2		2	6	3		3	6	2			4	6
Parco urs 1 PEC Doule ur	Femm es			2		2		1	1	2		1	1		2
	Hom mes														
Total oui- Parcours 1				2		2		1	1	2		1	1		2
Total		2	2	2	2	8	3	1	4	8	2	1	1	4	8

Bénéfice de l'hypnose :

Sexe	Consultation avec l'infirmière douleur				
	Beaucoup aidée	Un peu aidée	Pas du tout aidée	Manquant	Total
Femmes	6	4	0		10
Hommes	2	7	0	2	11
Total oui- Parcours 1	8	11	0	2	21

Sexe	Anxiété moyenne Avant Séance (EN)	Anxiété moyenne Après Séance (EN)
Femmes	5,3	0,7
Hommes	2,9	0,7
Total oui- Parcours 1	4,0	0,7

Sexe	Etat Anxiété Avant Séance			
	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	Total
Femmes		9	1	10
Hommes	7	3	1	11
Total oui- Parcours 1	7	12	2	21

Sexe	Etat Anxiété Après Séance			
	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	Total
Femmes	10			10
Hommes	10	1		11
Total oui- Parcours 1	20	1		21

Sexe	Que Bien Etre Physique	Que Bien Etre Psychologique	Les deux	Aucun Bien Etre	Total
Femmes		2	8	0	10
Hommes	2	1	3	5	11
Total oui- Parcours 1	2	3	11	5	21

REPARTITION DES VALEURS DONNEES	EN Anxiete Avant Séance	EN Anxiete Après Séance	Total Patients
	0	0	2
	1	0	2
	2	0	1
	3	0	1
		2	1
	4	2	1
	5	0	8
		1	1
	6	0	1
		3	1
7	3	1	
	4	1	
Total oui- Parcours 1			21

Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose :

PECdouleur	Sexe	Anxiete moyenne Avant Séance (EN)	Anxiete moyenne Après Séance (EN)	Anxiete Moyenne à l'Arrivée la Veille intervention (EN)	Anxiete Moyenne Avant Prémédication Chirurgicale (EN)	Anxiete Moyenne Avant Intervention Chirurgicale (EN)
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes			3,4	1,7	1,6
	Hommes			2,3	3,1	2,9
Total non- Parcours 2				2,8	2,6	2,5
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	5,3	0,7	5,7	4,1	4,6
	Hommes	2,9	0,7	2,9	2,4	2,4
Total oui- Parcours 1		4,0	0,7	4,3	3,2	3,5
Total				3,5	2,9	3,0

Ressenti des patients avant l'intervention :

PECdouleur	Sexe	Etat avant l'intervention					Total
		Très calme	Calme	Un peu angoissé(e)	Totalement angoissé(e)	Manquant	
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	1	5	2	2		10
	Hommes	5	4	3		1	13
Total non- Parcours 2		6	9	5	2	1	23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	1	5	2	2		10
	Hommes	1	7	2		1	11
Total oui- Parcours 1		2	12	4	2	1	21
Total		8	21	9	4	2	44

Cotation de l'anxiété aux 3 temps définis :

PECdouleur	Sexe	Anxiete Moyenne à l'Arrivée la Veille intervention (EN)	Anxiete Moyenne Avant Prémédication Chirurgicale (EN)	Anxiete Moyenne Avant Intervention Chirurgicale (EN)
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	3,4	1,7	1,6
	Hommes	2,3	3,1	2,9
Total non- Parcours 2		2,8	2,6	2,5
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	5,7	4,1	4,6
	Hommes	2,9	2,4	2,4
Total oui- Parcours 1		4,3	3,2	3,5
Total		3,5	2,9	3,0

PECdouleur	Sexe	Etat Anxiete Arrivée Veille intervention				Total
		Manquant	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	2	5	2	1	10
	Hommes	1	10		2	13
Total non- Parcours 2		3	15	2	3	23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	1	1	4	4	10
	Hommes	2	5	3	1	11
Total oui- Parcours 1		3	6	7	5	21
Total		6	21	9	8	44

PECdouleur	Sexe	Etat Anxiete Avant Prémédication Chirurgicale				Total
		Manquant	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	3	6	1		10
	Hommes	2	8	1	2	13
Total non- Parcours 2		5	14	2	2	23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	3	2	5		10
	Hommes	2	6	2	1	11
Total oui- Parcours 1		5	8	7	1	21
Total		10	22	9	3	44

		Etat Anxiete Avant Intervention Chirurgicale				
PECdouleur	Sexe	Manquant	Non anxieux	Anxieux	Très anxieux	Total
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	5	5			10
	Hommes	3	7	1	2	13
Total non- Parcours 2		8	12	1	2	23
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	1	1	7	1	10
	Hommes	2	6	3		11
Total oui- Parcours 1		3	7	10	1	21
Total		11	19	11	3	44

Pas PEC douleur - Parcours n°2					
REPARTITION DES VALEURS DONNEES	EN la Veille intervention	EN Avant Prémédication chir	EN Avant Intervention chir	Total Patients	
	0		0	0	2
			1	1	1
			Manquant	0	1
	1		1	1	1
			2	Manquant	1
			3	2	1
	2			3	1
			0	0	1
			2	2	1
	3		Manquant	Manquant	1
			0	Manquant	1
			2	Manquant	1
	4		3	3	1
		5	4	1	
		2	2	1	
6		Manquant	Manquant	1	
7		7	8	1	
8		4	2	1	
		9	9	1	
Manquant		Manquant	Manquant	3	
Total non- Parcours 2				23	

PEC Douleur - Parcours 1					
REPARTITION DES VALEURS DONNEES	EN la Veille intervention	EN Avant Prémédication chir	EN Avant Intervention chir	Total Patients	
	0	0	0	0	1
		4	4	4	1
		5	5	5	1
	1	0	0	0	1
		1	1	2	1
	4	2	2	2	1
		3	3	3	1
		4	4	4	1
		Manquant	4	4	1
	5	2	2	2	1
		5	5	5	1
6	4	4	4	1	
7	3	4	4	1	
	5	5	5	1	
9	5	5	5	1	
	Manquant	7	7	1	
10	7	6	6	1	
Manquant	Manquant	Manquant	Manquant	3	
Total oui- Parcours 1				21	

PECdouleur	Sexe	Anxiété Trait			Non			Oui		
		Non	Oui	Total	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	10		10	3,4	1,7	1,6			
	Hommes	10	3	13	1,3	1,9	1,3	5,3	6,3	6,7
Total non- Parcours 2		20	3	23	2,3	1,8	1,4	5,3	6,3	6,7
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	8	2	10	5,0	4,0	4,1	8,0	5,0	6,0
	Hommes	8	3	11	4,2	2,8	2,8	0,3	1,7	1,7
Total oui- Parcours 1		16	5	21	4,6	3,4	3,5	3,4	2,5	3,4
Total		36	8	44	3,3	2,5	2,5	4,1	4,1	4,6

L'ancienneté de la douleur dans l'anxiété préopératoire :

PECdouleur	Sexe	Ancienneté Douleur			Moins d'un an			Plus d'un an		
		Moins d'un an	Plus d'un an	Total	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.	EN Moy Veille	EN Moy Avant Préméd.	EN Moy Avant Interv.
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	3	7	10	2,3	1,0	1,5	4,0	2,3	1,7
	Hommes	10	3	13	1,4	2,3	1,7	5,0	5,3	5,7
Total non- Parcours 2		13	10	23	1,7	1,9	1,7	4,4	3,6	3,7
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes	3	7	10	5,3	4,3	4,3	5,8	4,0	4,7
	Hommes	5	6	11	3,0	3,3	3,3	2,8	1,8	1,8
Total oui- Parcours 1		8	13	21	4,0	3,7	3,7	4,5	2,8	3,4
Total		21	23	44	2,5	2,6	2,6	4,4	3,1	3,5

Pour les patients sans PEC douleur- Parcours n°2:

		Une séance d'hypnose médicale avant l'intervention pour diminuer l'anxiété?				
PECdouleur	Sexe	Je ne sais pas	Non	Oui	Manquant	Total
Parcours 2 Pas PEC Douleur	Femmes	1	3	1	5	10
	Hommes	4	5	2	2	13
Total non- Parcours 2		5	8	3	7	23

Pour les patients ayant une PEC douleur- Parcours n°1:

		En cas de nouvelle intervention même PEC douleur ?			
PECdouleur	Sexe	Non	Oui	Manquant	Total
Parcours 1 PEC Douleur	Femmes		10		10
	Hommes	3	7	1	11
Total oui- Parcours 1		3	17	1	21