



Évaluation de la communication thérapeutique pour améliorer l'accueil du patient au bloc opératoire: étude d'impact

Assessment of the therapeutic communication in order to improve the welcoming of patients in the operating room: impact study

Emmanuel Boselli, MD, PhD · Nathalie Demaille, CRNA · Géraldine Fuchs, CRNA · Aïcha Manseur, CRNA

Received: 11 January 2018 / Revised: 18 March 2018 / Accepted: 27 March 2018 / Published online: 11 June 2018
© Canadian Anesthesiologists' Society 2018

Résumé

Objectif Nous avons voulu évaluer l'impact de la sensibilisation du personnel soignant à la communication thérapeutique sur l'amélioration de l'accueil du patient au bloc opératoire en chirurgie ambulatoire.

Méthode Il s'agit d'une étude d'impact prospective, monocentrique, réalisée en chirurgie ambulatoire. Lors de la première phase, un questionnaire était effectué par l'infirmier(ère)-anesthésiste à l'arrivée du patient, permettant d'évaluer sur une échelle numérique simple le confort (ENSc) et la satisfaction et de calculer un score de communication négative ("CN"). Pendant la deuxième

phase, le personnel soignant a été sensibilisé à la communication thérapeutique, consistant en partie en l'écoute, l'empathie et l'utilisation de formulations positives, après visionnage des vidéos pédagogiques. Pendant la troisième phase, après sensibilisation du personnel, le questionnaire a de nouveau été effectué. Les variables quantitatives (critère de jugement principal représenté par le nombre de patients ayant un score $CN \geq 5$, ENSc, satisfaction) et qualitatives ont été comparées avant et après la phase de sensibilisation à la communication thérapeutique.

Résultats Au total, 234 patients ont été inclus (109 avant et 125 après). Après sensibilisation du personnel à la communication thérapeutique, le score $CN \geq 5$ a significativement diminué de 20 % à 6 %, ainsi que l'ENSc médiane [P_{25} - P_{75}] avant (8 [8-9] vs 8 [7-8]) et après (8 [8-9] vs 8 [7-8]) l'anesthésie. Le pourcentage de patients moins anxieux avant de commencer l'anesthésie était significativement supérieur après communication thérapeutique (32 % vs 17 %). La satisfaction a significativement augmenté après la phase de sensibilisation (8 [7-10] vs 9 [8-10]).

Conclusion Cette étude préliminaire montre une amélioration modeste du confort et de la satisfaction des patients grâce à la communication thérapeutique. Un essai randomisé contrôlé est cependant nécessaire pour confirmer ces résultats.

Enregistrement: Cette étude a été enregistrée à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sous le numéro ID-RCB 2016-A01215-46.

Matériel supplémentaire électronique La version en ligne de cet article (<https://doi.org/10.1007/s12630-018-1167-2>) contient du matériel supplémentaire, qui est disponible pour les utilisateurs autorisés.

E. Boselli, MD, PhD (✉)
Groupe hospitalier Nord-Dauphiné, Centre hospitalier Pierre Oudot, Service d'anesthésie, 30 avenue du Médipôle, 38300 Bourgoin-Jallieu, France
e-mail: emmanuel.boselli@gmail.com

E. Boselli, MD, PhD
Université de Lyon, Université Lyon I Claude Bernard, APCSe VetAgroSup UPSP 2016.A101, Marcy-l'Étoile, France

E. Boselli, MD, PhD
Émergences, Institut de formation et de recherche en hypnose et communication thérapeutique, Rennes, France

N. Demaille, CRNA · G. Fuchs, CRNA · A. Manseur, CRNA
Hospices civils de Lyon, Hôpital Édouard Herriot, Service d'anesthésie-réanimation, Lyon, France

Abstract

Purpose We wanted to assess the awareness of the nursing staff to therapeutic communications on improving the welcoming experience of patients in the operating room for outpatient surgery.

Methods *This was a single centre prospective impact study performed in an outpatient surgery clinic. In a first phase, a questionnaire was administered by the anesthetist nurse upon arrival of the patient to assess the patient's comfort (NRSc) and satisfaction on a simple numeric scale, and calculate a negative communication score ('NC'). In the second phase, the awareness of the nursing staff on therapeutic communication was emphasized on listening, empathy and the use of positive wording, using educational videos. In the third phase, after the staff awareness-raising period, the questionnaire was repeated. Quantitative variables (primary outcome criterion made of the number of patients with a NC score ≥ 5 , NRSc, satisfaction), and qualitative variables before and after the awareness raising phase to therapeutic communications were compared.*

Results *A total of 234 patients were included (109 before and 125 after). Following the staff awareness session to therapeutic communication, the NC score ≥ 5 decreased significantly from 20% to 6% as well as the median NRSc [P₂₅-P₇₅] before (8 [8-9] vs 8 [7-8]) and after (8 [8-9] vs 8 [7-8]) anesthesia. The proportion of less anxious patients before the initiation of anesthesia was significantly higher after the therapeutic communication (32% vs 17%). Satisfaction significantly increased after the awareness phase (8 [7-10] vs 9 [8-10]).*

Conclusion *This preliminary study shows a mild improvement of the patients' comfort and satisfaction after therapeutic communication. A controlled randomized trial is needed to confirm those results.*

L'anxiété préopératoire est connue et décrite de longue date, pouvant atteindre jusqu'à 40 % des patients voire plus avant chirurgie.¹⁻³ Elle est une source d'inconfort pour le patient et peut affecter la qualité de l'anesthésie ou de l'analgésie postopératoire.² Pour diminuer celle-ci, une approche médicamenteuse est souvent utilisée par les anesthésistes, avec la prescription d'une prémédication avant l'intervention.⁴ Cette approche est cependant actuellement controversée et son utilisation systématique tend à diminuer.⁵⁻⁷ D'autres approches non médicamenteuses sont également possibles et tendent à se développer actuellement afin d'améliorer l'accueil du patient au bloc opératoire.^{4,8,9} Parmi celles-ci, les techniques d'hypnose et de communication ont montré des résultats intéressants pour réduire l'anxiété préopératoire.¹⁰ La communication est un élément majeur de la relation de soin et les mots peuvent avoir un réel impact positif comme négatif sur les patients.¹¹ En effet, l'utilisation de mots à connotation négative tels que "douleur" ou "anxiété" ou de négations telles que "Ne vous inquiétez pas" ou "Ne bougez pas" peut augmenter la

douleur ou l'anxiété des patients par effet nocebo.¹²⁻¹⁴ À l'inverse, la communication thérapeutique, consistant outre l'écoute et l'empathie en l'utilisation de mots ou formulations positives tels que "confort", "sécurité" ou "Soyez rassuré", permet une meilleure relation avec le patient et améliore son confort et son bien-être.^{15,16}

Nous avons voulu évaluer l'impact de la sensibilisation du personnel soignant à la communication thérapeutique sur l'amélioration de l'accueil du patient au bloc opératoire pour chirurgie ambulatoire, en particulier concernant son anxiété, son confort et sa satisfaction.

Méthode

Il s'agit d'une étude d'impact, prospective, monocentrique, réalisée dans un centre hospitalo-universitaire (hôpital Édouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France) entre mars et septembre 2015 après accord du comité d'éthique (Comité de protection des personnes Sud-Est IV, référence L15-23, 10 février 2015, Lyon France), qui n'exigeait pas de consentement écrit. Le manuscrit a été écrit selon les directives TREND (*Transparent Reporting of Evaluations with Non Randomized Trials*) concernant les études non hasardisées, dont la liste de contrôle est fournie en Annexe 1 (disponible sous le matériel électronique supplémentaire).¹⁷ Cette étude concernait des patients adultes successifs opérés en chirurgie ambulatoire avec anesthésie générale ou régionale. Les patients mineurs (âgés de moins de 18 ans), non francophones ou ayant des difficultés de communication et les patients opérés avec anesthésie locale étaient exclus.

Cette étude s'est déroulée en trois phases. Lors de la première phase (de mars à avril 2015), un questionnaire comprenant 12 questions (Annexe 2) était effectué par l'infirmier(ère) anesthésiste (IADE) à l'arrivée du patient en salle d'opération puis en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI) du bloc de chirurgie ambulatoire. Les patients inclus pendant cette phase représentaient le groupe préintervention. Ce questionnaire comportait une partie qualitative (questions 7 et 8) concernant l'évaluation par le patient de l'attitude du personnel soignant ou des éléments extérieurs (bruit, lumière, conversations etc.) susceptibles d'influencer son niveau d'anxiété (Annexe 2). Il comportait également une partie quantitative, (questions 1 à 4, 6, 9 et 10) côtés sur des échelles de type Likert de 0 à 1 jusqu'à 3, les valeurs basses étant reflétant le confort ou la communication thérapeutique et les valeurs élevées reflétant l'anxiété ou la "communication négative" (CN) (Annexe 2). Un score composite de CN fut créé en additionnant les valeurs des questions 1 à 4, 6, 9 et 10. Les réponses les plus "négatives" à ces questions (patient anxieux, personnel

peu attentif au niveau d'anxiété, qui ne se présente pas, etc.) représentaient les valeurs les plus élevées de ce score, établi afin de disposer d'un élément objectif de comparaison. Ce score CN variait au total de 0 (pas d'anxiété et bonne communication thérapeutique) à 11 (anxiété et CN maximales). Le confort du patient était également recueilli sur une échelle numérique simple (ENSc) allant de 0 (pas du tout confortable) à 10 (extrêmement confortable) par l'IADE en charge du patient avant de commencer l'anesthésie (question 5) et avant de quitter la SSPI (question 11). Enfin, la satisfaction globale du patient concernant la qualité de son accueil au bloc opératoire (question 12) était recueillie sur une échelle numérique simple de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (extrêmement satisfait).

Une phase de sensibilisation à la communication thérapeutique a été ensuite réalisée en mai et juin 2015 pour le personnel médical et paramédical des différents blocs opératoires de l'hôpital par un anesthésiste-réanimateur et deux IADEs formés à celle-ci. Ces sessions de formation de deux heures chacune ont consisté en la présentation des principes de base de la communication thérapeutique (écoute, empathie, langage verbal, non-verbal, paraverbal)¹⁵ puis par la distribution de « guides de formulations positives » (par exemple: « Rassurez-vous » plutôt que « Ne vous inquiétez pas », « Avez-vous assez chaud ? » plutôt que « Avez-vous froid ? », ou encore « Êtes-vous suffisamment soulagé ? » plutôt que « Avez-vous mal ? »). Ensuite un partage d'expérience du médecin et des deux IADEs concernant leur manière d'utiliser la communication thérapeutique au bloc opératoire a été effectué, suivi du visionnage de deux films pédagogiques illustrant l'impact de la CN au bloc opératoire ainsi que l'intérêt de la communication thérapeutique.^{18,19}

Enfin, pendant la troisième phase (de juillet à septembre 2015), le même questionnaire que celui réalisé en première phase a été de nouveau effectué par des IADEs dans le même bloc opératoire de chirurgie ambulatoire avec des personnels cette-fois ci sensibilisés à la communication thérapeutique. Ce questionnaire a permis de calculer le score CN et de recueillir les échelles numériques simples de confort (ENSc) ainsi que les scores de satisfaction de 0 à 10. Les patients inclus pendant cette phase représentaient le groupe postintervention, ou groupe communication thérapeutique (CT).

Analyse statistique

Pour chaque patient des groupes préintervention et CT, les variables suivantes étaient recueillies: âge, poids, taille, sexe, classification *American Society of Anesthesiologists*, type d'anesthésie (générale, régionale ou analgosedation), type de chirurgie (orthopédique, urologique, etc.),

prémédication orale par hydroxyzine, ainsi que les différentes réponses au questionnaire (confort, score de satisfaction, score CN, etc.).

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude pilote, nous ne disposions d'aucune donnée préliminaire concernant le critère principal de jugement. Lors de la phase préparatoire de cette étude, dix « questionnaires-tests » ont été distribués afin d'apprécier leur faisabilité et leur compréhension auprès de patients (données non publiées). Le score CN variant de 0 à 11, il nous a semblé qu'un score de 0 à 4 était « acceptable » et que 5 correspondait à la limite pour laquelle la communication pouvait être améliorée. Cinq questionnaires ont été recueillis par une IADE alors non formée à la communication thérapeutique et deux ont obtenu un score CN ≥ 5 , soit 40 %. Cinq autres questionnaires ont été recueillis par une IADE initiée à la communication thérapeutique et un a obtenu un score de 5, soit 20 %. C'est sur cette base de 40 % de scores initiaux ≥ 5 et sur une hypothèse de réduction de ce nombre à 20 % que nous avons construit notre calcul d'effectif.

En estimant que le pourcentage de patients ayant un score CN ≥ 5 (critère de jugement principal) diminuerait de 40 % à 20 % après sensibilisation du personnel à la communication thérapeutique, un effectif de 106 patients par groupe était nécessaire par test de comparaison de moyennes bilatéral pour atteindre une puissance de 90 % au risque $\alpha = 5$ %.

La normalité de la distribution des variables quantitatives fut évaluée par test de Kolmogorov-Smirnov. En cas de distribution normale, un test *t* de Student fut utilisé pour comparer celles-ci entre les groupes préintervention et CT. Un test de Mann-Whitney fut utilisé en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives furent comparées entre les groupes par test de χ^2 ou de Fisher. Une valeur de $P < 0,05$ fut considérée comme statistiquement significative, avec une correction de Bonferroni pour les comparaisons multiples. Les variables quantitatives sont présentées en moyenne (écart type) en cas de distribution normale ou en médiane [P₂₅-P₇₅] en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives sont présentées en nombre (%). L'analyse statistique fut réalisée à l'aide du logiciel MedCalc© version 12.1.4.0 (MedCalc Software, Mariakerke, Belgique).

Résultats

Au total, 234 patients (109 dans le groupe préintervention et 125 dans le groupe CT) ont été inclus dans cette étude (Tableau 1). Par ailleurs, 60 personnes ont assisté aux sessions de sensibilisation à la communication

Tableau 1 Caractéristiques des patients

	Groupe préintervention (n = 109)	Groupe CT (n = 125)
Âge (ans)	46 (19)	48 (19)
Poids (kg)	71 (14)	75 (15)
Taille (cm)	169 (10)	170 (10)
Sexe		
Masculin	68	77
Féminin	41	48
Classification ASA		
I	59	61
II	45	54
III	5	10
Prémédication	80	59
Type d'anesthésie		
Générale	53	44
Régionale	52	79
Analgo-sédation	4	2
Type de chirurgie		
Digestive	22	14
Ophtalmologique	18	5
Otorhinolaryngologique	10	7
Orthopédique	45	74
Urologique	14	15

Les résultats sont exprimés en moyenne (écart type) ou en nombre absolu de patients

ASA = *American Society of Anesthesiologists*; CT = communication thérapeutique

thérapeutique: 29 IADEs, 17 infirmier(ère)s, huit aides-soignant(e)s, quatre étudiant(e)s, une cadre de santé et un anesthésiste-réanimateur. Parmi ces 60 personnes figuraient les 11 IADEs, 12 infirmier(ère)s et huit aides-soignant(e)s du bloc opératoire de chirurgie ambulatoire dans lequel s'est déroulée l'étude.

Bien que cela n'ait pas été directement l'objet de cette étude et qu'un seul médecin ait assisté à une session de sensibilisation à la communication thérapeutique, le nombre de patients ayant reçu une prémédication semblait nettement inférieur dans le groupe CT (59) par rapport au groupe préintervention (80).

Après sensibilisation du personnel à la communication thérapeutique, le pourcentage de patients ayant un score CN ≥ 5 était significativement inférieur, passant de 20 % (22 patients) dans le groupe préintervention à 6 % (sept patients) dans le groupe CT ($P = 0,001$, Tableau 2). Le score CN était significativement inférieur dans le groupe CT comparé au groupe préintervention (2 [2-4] vs 3 [2-5], respectivement, $P = 0,01$). Le pourcentage de patients estimant que le personnel était sensible à leur niveau d'anxiété (question 4) était significativement supérieur dans le groupe CT (99 %) par rapport au groupe

préintervention (94 %) ($P = 0,04$). L'anxiété précédant l'anesthésie (question 6) était statistiquement différente de celle à l'arrivée au bloc opératoire entre le groupe CT et le groupe préintervention (Tableau 2). Le pourcentage de patients moins anxieux avant de commencer l'anesthésie par rapport à l'arrivée au bloc opératoire (question 6) était significativement supérieur ($P = 0,013$ soit $P < 0,017$ après correction de Bonferroni pour trois comparaisons multiples) dans le groupe CT (32 %) comparé au groupe préintervention (17 %). Le personnel soignant s'est présenté (question 9) à un nombre significativement supérieur de patients dans le groupe CT (98 %) que dans le groupe préintervention (88 %) ($P < 0,01$).

Les échelles de confort (ENSc) du patient avant anesthésie étaient significativement supérieures dans le groupe CT comparées au groupe préintervention (8 [8-9] vs 8 [7-8], respectivement). De même, les échelles de confort en fin de SSPI étaient supérieures dans le groupe CT comparées au groupe préintervention (8 [8-9] vs 8 [7-8], respectivement, $P < 0,001$). Enfin, la satisfaction des patients était significativement supérieure dans le groupe CT comparée au groupe préintervention (9 [8-10] vs 8 [7-10], respectivement, $P < 0,001$).

Tableau 2 Données du questionnaire

	Groupe préintervention (n = 109)	Groupe CT (n = 125)	P
<i>Critère de jugement principal</i>			
Score CN ≥ 5	22 (20)	7 (6)	0,001
<i>Critères de jugement secondaires</i>			
Score CN	3 [2-5]	2 [2-4]	0,01
Question 1: arrivée au bloc			
Pas anxieux	46 (42)	58 (46)	0,94
Un peu anxieux	40 (37)	42 (34)	
Assez anxieux	12 (11)	13 (10)	
Très anxieux	11 (10)	12 (10)	
Question 2: lieu d'attente			
Confortable	76 (70)	90 (72)	0,17
Peu confortable	22 (20)	30 (24)	
Très inconfortable	11 (10)	5 (4)	
Question 3: lieu adapté			
Oui	72 (67)	86 (69)	0,76
Non	37 (33)	39 (31)	
Question 4: personnel attentif à l'anxiété			
Oui	102	124	0,04
Non	7	1	
Question 5: ENSc avant anesthésie (0-10)			
	8 [7-8]	8 [8-9]	0,01
Question 6: Avant anesthésie vs arrivée bloc			
Moins anxieux	18 (17)*	40 (32)*	0,02
Identique	73 (66)	71 (57)	
Plus anxieux	18 (17)	14 (11)	
Question 7: anxiété modifiée par			
Lumière	1 (1)	2 (2)	0,29
Bruit	6 (5)	4 (3)	
Conversations	12 (11)	27 (22)	
Température	1 (1)	1 (1)	
Machines	6 (6)	4 (3)	
Autres	26 (24)	35 (28)	
Sans réponse	57 (52)	52 (41)	
Question 8: attitude du personnel			
Souriante	33 (30)	35 (28)	0,96
Chaleureuse	25 (23)	32 (26)	
Attentionnée	49 (45)	56 (45)	
Distante	0 (0)	0 (0)	
Autre	2 (2)	2 (1)	
Question 9: le personnel s'est présenté			
Oui	96 (88)	123 (98)	<0,01
Non	13 (12)	2 (2)	
Question 10: anxiété modifiée par langage			
Oui	37 (34)	60 (48)	0,04
Non	72 (66)	65 (52)	
Question 11: ENSc au départ de la SSPI (0-10)			
	8 [7-9]	8 [8-10]	<0,001
Question 12: Satisfaction pour l'accueil (0-10)			
	8 [7-10]	9 [8-10]	<0,001

CN = communication négative; ENSc = échelle numérique simple de confort allant de 0 (aucun confort) à 10 (confort maximal). * $P = 0,013$ (après correction de Bonferroni)

Discussion

Cette étude montre qu'en améliorant la communication des soignants, une formation à la communication thérapeutique permet d'améliorer l'accueil du patient au bloc opératoire, en diminuant en particulier son anxiété et en améliorant sa satisfaction.

L'incidence de l'anxiété préopératoire varie de 11-88 % chez les patients adultes, et le niveau d'anxiété est souvent mal estimé - et souvent surestimé - par les anesthésistes ou les chirurgiens.³ Elle peut être responsable d'une augmentation des besoins en agents anesthésiques, d'un allongement de la durée de réveil après une anesthésie générale, d'une augmentation de la douleur postopératoire voire de l'échec d'une anesthésie régionale.²⁰⁻²²

Pour réduire celle-ci, des médicaments sédatifs ou anxiolytiques sont habituellement administrés en prémédication avant une intervention chirurgicale. Toutefois, ces médicaments peuvent être responsables d'effets indésirables pouvant affecter la sortie des patients en particulier en chirurgie ambulatoire. De plus, plusieurs études récentes remettent en cause l'intérêt de la prémédication, dont l'efficacité ne semble pas supérieure à celle d'un placebo.⁵⁻⁷

L'administration systématique d'une prémédication tend ainsi actuellement à diminuer, tandis que des approches non médicamenteuses telles que la musicothérapie ou l'hypnose tendent à se développer pour améliorer le confort préopératoire des patients.^{4,8,10,23,24} Par ailleurs, la communication avec le personnel soignant est particulièrement important en préopératoire pour améliorer la prise en charge et le confort des patients.^{16,25}

L'amélioration de la communication des soignants n'est pas une donnée nouvelle et son intégration dans la formation médicale a été proposée de longue date.²⁶ Récemment, dans une étude réalisée chez 1 205 patients ayant un haut degré d'anxiété préopératoire, évaluée par échelle visuelle analogique (EVA) et par score APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*), l'approche la plus appréciée par les patients pour réduire celle-ci était la communication avec le personnel soignant.²⁷ En 2004, l'effet sur l'anxiété préopératoire et la satisfaction des patients d'un programme d'enseignement des anesthésistes sur la communication basé sur des vidéos commentées de visites préanesthésiques et sur des jeux de rôles a été évalué.²⁸ La durée de ce programme d'enseignement était de vingt heures et a montré une amélioration de la satisfaction des patients concernant la visite préopératoire ainsi qu'une diminution de l'anxiété concernant certains aspects spécifiques de l'anesthésie ou de la chirurgie. Les auteurs soulignèrent toutefois au vu de la durée du programme et de la diminution relativement faible des scores d'anxiété -

tout comme dans notre étude - que les compétences individuelles de communication des anesthésistes plutôt que les critères de jugements indirects concernant les patients tels que l'anxiété ou la satisfaction devaient être évalués pour démontrer une meilleure efficacité de ce type de formation. Il est à noter que dans notre étude, seule une session de formation de deux heures a permis d'améliorer l'anxiété des patients. Toutefois, cette différence peut s'expliquer par le fait que les critères d'évaluation de l'anxiété n'étaient pas similaires entre les deux études: échelle visuelle analogique (EVA) dans l'étude précédente et questionnaire dans notre étude.

Nous avons choisi en effet d'utiliser une échelle de confort (ENSc) plutôt qu'une échelle d'anxiété afin de limiter l'impact du mot "anxiété" sur celle des patients. Cette échelle de confort a déjà été utilisée en anesthésie obstétricale après césarienne.²⁹ Dans cette étude, les auteurs ont montré qu'interroger les patientes à propos de leur douleur ou qu'utiliser une ENS de douleur plutôt qu'une ENS de confort affectait négativement leur vécu postopératoire. Il a aussi été démontré que l'utilisation de "mots négatifs" pouvait augmenter significativement la douleur ou l'anxiété des patients.^{13,30} Par ailleurs, nous avons également montré que l'utilisation de l'hypnose conversationnelle consistant à associer la communication thérapeutique à la focalisation de l'attention du patient sur des événements agréables ou sur l'écran de l'échographe, permettait d'améliorer le confort des patients lors de la réalisation de blocs axillaires échoguidés.³¹ L'amélioration du confort des patients s'explique probablement en partie par l'augmentation du tonus parasympathique lié à l'emploi des techniques de communication hypnotique, bien que cela n'ait pas été évalué ici.^{24,31}

Notre étude présente cependant des limites. Tout d'abord, il s'agit d'une étude d'impact, source potentielle de différents biais rendant nos résultats sujets à caution et n'étant pas généralisables à tout type de patient ou de prise en charge. Ensuite, le score composite CN a été construit pour les besoins de l'étude et n'a pas été validé précédemment dans la littérature. Notre objectif était d'évaluer l'impact global de la communication thérapeutique sur l'accueil du patient au bloc, mais pas uniquement sur l'anxiété préopératoire, d'où le choix de ce score. Bien que notre étude comporte plus de 200 patients, nos résultats sont donc à considérer avec précaution et à confirmer par des études ultérieures.

De plus, pour les raisons évoquées ci-dessus, nous n'avons pas utilisé d'échelle d'anxiété validée telle que l'EVA ou le score APAIS.³²⁻³⁴ Nos résultats concernant la diminution de l'anxiété doivent donc être là-aussi considérés avec prudence et ne peuvent être extrapolés à tout type de patients. D'autres études évaluant spécifiquement l'effet de la communication thérapeutique

sur l'anxiété préopératoire à l'aide d'échelles validées mériteraient d'être menées pour confirmer nos résultats.

Par ailleurs, cette étude a été uniquement réalisée auprès de patients opérés en chirurgie ambulatoire pour lesquels le niveau d'anxiété était relativement faible (environ 80 % des patients n'étaient pas ou peu anxieux à l'arrivée au bloc opératoire). Ces résultats ne sont peut-être pas extrapolables à des patients opérés d'une chirurgie plus lourde, potentiellement source d'une plus grande anxiété préopératoire.³⁵

Deux aspects supplémentaires auraient aussi susceptibles de modifier l'anxiété des patients ou leur réponse au questionnaire: la différence des types d'intervention chirurgicale entre les deux groupes et l'utilisation d'une prémédication par hydroxyzine chez certains patients des deux périodes. Cela est dû à la méthodologie quasiexpérimentale de notre étude, et ces aspects mériteraient d'être évalués par un essai comparatif randomisé. Toutefois, bien que l'hydroxyzine soit le médicament prescrit par les anesthésistes en prémédication orale, son effet sur l'anxiété est discuté et ne semble pas supérieur à celui d'un placebo.³⁶ Son impact sur la capacité de réponse des patients au questionnaire semble donc limité.

Enfin, nous avons observé une diminution de la prémédication lors de la deuxième période qui s'explique plutôt par une tendance générale de l'équipe anesthésique que d'un résultat direct de l'étude. En effet, seul un médecin a suivi la session de formation alors que les prescriptions de prémédication ont été réduites pour l'ensemble de l'équipe, suite aux résultats de deux études remettant en cause l'utilité de la prémédication, publiées pendant la période de l'étude.^{5,7} De plus, les IADEs formées à la communication thérapeutique n'étaient pas impliquées dans la prescription ni dans la délivrance de la prémédication. D'autres facteurs que la formation des personnels soignants et médicaux à la communication thérapeutique ont ainsi pu être à l'origine de la diminution du taux de prémédication.

En conclusion, et malgré les limites de cette étude préliminaire, la formation du personnel soignant à la

communication thérapeutique semble permettre d'améliorer modestement le confort et la satisfaction des patients au bloc opératoire de chirurgie ambulatoire. Cet outil simple paraît intéressant en particulier en chirurgie ambulatoire, pour laquelle la prémédication, par ailleurs controversée actuellement, n'est pas souhaitable afin de faciliter la sortie précoce des patients.^{5,7} Toutefois, l'impact direct de la communication thérapeutique sur l'anxiété préopératoire mérite d'être confirmé par des études comparatives randomisées et contrôlées ayant comme objectif principal de mesurer une diminution de celle-ci par des échelles validées. De plus, d'autres études sont nécessaires pour évaluer son utilité dans d'autres types de chirurgie.

Remerciements Les auteurs remercient l'équipe des infirmier(ères)-anesthésistes, en particulier Mme Dominique Montoy, ainsi que tout le personnel soignant du bloc opératoire de chirurgie ambulatoire pour leur participation à cette étude. Ils remercient également le Dr Stéphane Bouvier, le Dr Jérôme Schweitzer, le Dr Claude Virot et M. Mathieu Fontaine pour les avoir autorisés à utiliser les vidéos pédagogiques lors des sessions de sensibilisation à la communication thérapeutique.

Conflit d'intérêts Aïcha Manseur, Nathalie Demaille et Géraldine Fuchs n'ont pas de conflits d'intérêt à déclarer. Emmanuel Boselli est formateur pour l'institut Émergences (Rennes, France).

Responsabilité éditoriale Cet article a été traité par Dr Étienne de Médicis, rédacteur de la langue française, *Journal canadien d'anesthésie*.

Contributions des auteurs Tous les auteurs ont pris en charge les patients. Emmanuel Boselli et Aïcha Manseur ont écrit le manuscrit. Emmanuel Boselli et Aïcha Manseur ont participé à la recherche bibliographique préalable à l'écriture du manuscrit. Nathalie Demaille et Géraldine Fuchs ont corrigé le manuscrit. Emmanuel Boselli, Nathalie Demaille, Géraldine Fuchs et Aïcha Manseur ont participé à la collecte des données. Emmanuel Boselli a analysé les données et participé à la préparation du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Sources de financement Cette étude a été uniquement financée par des sources institutionnelles.

Annexe 2

À remplir en salle d'induction (ALR) ou d'opération (AG)

1/ Quand vous êtes arrivé au bloc opératoire, comment vous sentiez-vous ?

<input type="checkbox"/> 0 : Pas anxieux	<input type="checkbox"/> 1 : Un peu anxieux	<input type="checkbox"/> 2 : Assez anxieux	<input type="checkbox"/> 3 : Très anxieux
--	---	--	---

2/ Comment vous a paru le lieu d'attente avant votre intervention chirurgicale ?

<input type="checkbox"/> 0 : Confortable	<input type="checkbox"/> 1 : Peu confortable	<input type="checkbox"/> 2 : Très inconfortable
--	--	---

3/ Ce lieu vous a-t-il paru adapté pour un lieu d'attente ? 0 : Oui 1 : Non

4/ Estimez-vous que lors de votre accueil au bloc opératoire, le personnel a été attentif à votre niveau d'anxiété ? 0 : Oui 1 : Non

5/ Avant de commencer l'anesthésie, quel est votre niveau de confort (ENS confort) ?

Pas du tout confortable			←	Moyennement confortable			→	Extrêmement confortable		
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

À remplir en SSPI :

6/ Au moment de commencer l'anesthésie, comment vous sentiez-vous par rapport à votre arrivée ?

<input type="checkbox"/> 0 : Moins anxieux(se)	<input type="checkbox"/> 1 : État identique	<input type="checkbox"/> 2 : Plus anxieux(se)
--	---	---

7/ Qu'est-ce qui a pu modifier votre état d'anxiété (1 seule réponse) ?

<input type="checkbox"/> La lumière	<input type="checkbox"/> Les conversations	<input type="checkbox"/> Les machines
<input type="checkbox"/> Le bruit	<input type="checkbox"/> La température	<input type="checkbox"/> Autre :

8/ Comment avez-vous trouvé l'attitude du personnel soignant (1 seule réponse) ?

<input type="checkbox"/> Souriante	<input type="checkbox"/> Attentionnée	<input type="checkbox"/> Désagréable
<input type="checkbox"/> Chaleureuse	<input type="checkbox"/> Distante	<input type="checkbox"/> Autre :

9/Le personnel soignant s'est-il présenté à vous ? 0 : Oui 1 : Non

10/Le langage utilisé par le personnel soignant a-t-il modifié votre état d'anxiété ?

0: Oui 1:Non

11/ Au moment de quitter la SSPI, quel est votre niveau de confort ?

Pas du tout confortable			←	Moyennement confortable			→	Extrêmement confortable		
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

12/ Quel est votre indice de satisfaction au niveau de votre accueil au bloc opératoire ?

Très insatisfait			←	Satisfait			→	Extrêmement satisfait		
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

Références

1. *Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW.* Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37: 444-7.
2. *Beydon L, Dima CE.* Anxiété périopératoire: Évaluation et prévention. *Le Praticien en Anesthésie-Réanimation* 2007; 11: 161-70.
3. *Fekrat F, Sahin A, Yazici KM, Aypar U.* Anaesthetists' and surgeons' estimation of preoperative anxiety by patients submitted for elective surgery in a university hospital. *Eur J Anaesthesiol* 2006; 23: 227-33.
4. *Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, et al.* Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg* 2016; 212: 151-9.
5. *Beydon L, Rouxel A, Camut N, et al.* Sedative premedication before surgery-a multicentre randomized study versus placebo. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2015; 34: 165-71.
6. *Bucx MJ, Krijtenburg P, Kox M.* Preoperative use of anxiolytic-sedative agents; are we on the right track? *J Clin Anesth* 2016; 33: 135-40.
7. *Maurice-Szamburski A, Auquier P, Viarre-Oreal V, et al.* Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 313: 916-25.
8. *Jaruzel CB, Kelechi TJ.* Relief from anxiety using complementary therapies in the perioperative period: a principle-based concept analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2016; 24: 1-5.
9. *Mohan B, Kumar R, Attri JP, Chatrath V, Bala N.* Anesthesiologist's role in relieving patient's anxiety. *Anesth Essays Res* 2017; 11: 449-52.
10. *Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, et al.* Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg* 2006; 102: 1394-6.
11. *Faymonville ME, Nyssen AS.* Communication soignant-soigné. *Douleur et Analgésie* 2014; 27: 210-4.
12. *Caddick J, Jawad S, Southern S, Majumder S.* The power of words: sources of anxiety in patients undergoing local anaesthetic plastic surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2012; 94: 94-8.
13. *Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, et al.* Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain* 2005; 114: 303-9.
14. *Enck P, Benedetti F, Schedlowski M.* New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron* 2008; 59: 195-206.
15. *Bernard F, Musellec H.* La communication dans le soin. *Rueil-Malmaison: Arnette*; 2013 .
16. *Osborne-Smith L, Kyle Hodgen R.* Communication in the operating room setting. *Annu Rev Nurs Res* 2017; 35: 55-69.
17. *Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; Trend Group.* Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004; 94: 361-6
18. *Bouvier S, Fontaine M, Schweitzer J.* Absence de communication thérapeutique au bloc 2014. Disponible à l'adresse URL: <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/absence-communication-therapeutique-au-bloc/> (consulté (Mars 2018)).
19. *Bouvier S, Fontaine M, Schweitzer J.* Communication thérapeutique au bloc 2014. Disponible à l'adresse URL: <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/communication-therapeutique-au-bloc/> (consulté (Mars 2018)).
20. *Ali A, Altun D, Oguz BH, Ilhan M, Demircan F, Koltka K.* The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth* 2014; 28: 222-7.
21. *Fuzier R, Lavidale M, Bataille B, Richez AS, Magues JP.* Anxiété: Facteur prédictif d'échec du bloc axillaire sous neurostimulation? *Ann Fr Anesth Réanim* 2010; 29: 776-81.
22. *Kil HK, Kim WO, Chung WY, Kim GH, Seo H, Hong JY.* Preoperative anxiety and pain sensitivity are independent predictors of propofol and sevoflurane requirements in general anaesthesia. *Br J Anaesth* 2012; 108: 119-25.
23. *Bradt J, Dileo C, Shim M.* Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD006908.
24. *Boselli E, Musellec H, Bernard F, et al.* Effects of conversational hypnosis on relative parasympathetic tone and patient comfort during axillary brachial plexus blocks for ambulatory upper limb surgery: a quasiexperimental pilot study. *Int J Clin Exp Hypn* 2018; 66: 136-46.
25. *Dunn D.* Responsibilities of the preoperative holding area nurse. *AORN J* 1997; 66: 820-34; 837-8; 839-40; 843-4.
26. *Meryn S.* Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *BMJ* 1998; 316: 1922.
27. *Aust H, Rusch D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y.* Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 250.
28. *Harms C, Young JR, Amsler F, Zettler C, Scheidegger D, Kindler CH.* Improving anaesthetists' communication skills. *Anaesthesia* 2004; 59: 166-72.
29. *Chooi CS, White AM, Tan SG, Dowling K, Cyna AM.* Pain vs comfort scores after caesarean section: a randomized trial. *Br J Anaesth* 2013; 110: 780-7.
30. *Swannell ER, Brown CA, Jones AK, Brown RJ.* Some words hurt more than others: Semantic activation of pain concepts in memory and subsequent experiences of pain. *J Pain* 2016; 17: 336-49.
31. *Boselli E, Musellec H, Martin L, et al.* Effects of hypnosis on the relative parasympathetic tone assessed by ANI (Analgesia/Nociception Index) in healthy volunteers: a prospective observational study. *J Clin Monit Comput* 2017. <https://doi.org/10.1007/s10877-017-0056-5>.
32. *Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevila X, Bruder N, Auquier P.* Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11: 166.
33. *Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D.* The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000; 90: 706-12.
34. *Boker A, Brownell L, Donen N.* The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anesth* 2002; 49: 792-8.
35. *Burkle CM, Mann CE, Steege JR, Stokke JS, Jacob AK, Pasternak JJ.* Patient fear of anesthesia complications according to surgical type: potential impact on informed consent for anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58: 1249-57.
36. *Boon JH, Hopkins D.* Hydroxyzine premedication-does it provide better anxiolysis than a placebo? *S Afr Med J* 1996; 86: 661-4.