



université
de BORDEAUX

Ecole d'Infirmiers(ères) Anesthésistes

CONFORT THERMIQUE ET ANXIETE **PRE-OPERATOIRE**

Mémoire professionnel, selon l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, pour l'obtention des unités d'enseignements 5.4 et 7.

TONDUT Jérémy
Promotion MACKENZIE 2013-2015
6 juillet 2015

Sous la direction de Mme DUGUEY Isabelle et la co-direction de Mme HERNANDEZ Christine

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé à faire aboutir ce travail, de quelque manière que ce soit..

Merci tout d'abord à ma directrice de mémoire, Me DUGUEY Isabelle pour le temps qu'elle m'a accordé et sa gentillesse lors de nos entretiens du samedi matin.

Merci ensuite à ma co-directrice, Me HERNANDEZ Christine pour m'avoir orienté et guidé tout au long de ce travail lors des temps scolaires.

Merci aussi à mes collègues critiques pour leurs conseils et avis extérieurs sur mon cheminement personnel.

Merci aux I.A.D.E.S. et personnels d'accueil de bloc opératoire et de S.S.P.I. des sites d'anesthésie du C.F.X.M., de St André, des Urgences Adultes de Pellegrin et du plateau technique d'orthopédie pour leur investissement dans la réalisation des questionnaires.

Merci à mon relecteur et relectrices pour avoir su débusquer les quelques coquilles dans cet écrit.

Merci à ma famille pour m'avoir aidé de diverses manières à me dégager du temps pour la rédaction de ce mémoire ; et mes filles Agathe et Léonie pour avoir su combler le reste des journées, soirées et week-end...

Merci enfin à mes amis pour leurs coups de mains précieux lors des soirées "brainstorming" et leur analyse toujours très pertinente de ma réflexion.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Revue de littérature.....	2
2.1	Rôle de l' I.A.D.E. dans l'accueil pré opératoire du patient.....	2
2.2	L'anxiété :	4
2.3	Le confort thermique :	8
2.4	Hypothèse de recherche :.....	10
2.5	Objectif de recherche :.....	10
3	Méthodologie d'enquête	10
3.1	Recueil d'informations :.....	10
3.2	Présentation de l'enquête :	10
3.3	Analyse statistique.....	15
4	Résultats.....	16
4.1	Caractéristiques générales et démographiques :.....	16
4.2	Résultats quantitatifs :.....	19
5	Discussion.....	23
5.1	Analyse des résultats.....	23
5.1.1	Résultats principaux :.....	23
5.1.2	Résultats secondaires :.....	23
5.2	Réponse à l'hypothèse	24
5.3	Présentation des limites du travail et des biais de l'enquête.....	24
5.4	Projection professionnelle / Perspectives.....	25
6	Conclusion	27
	Sigles et abréviations.....	28
	Références bibliographiques.....	29
	Annexes	32

1 Introduction

L'anxiété préopératoire touche plus de 40% des futurs opérés.(1) Elle est, dans ce contexte particulier, ressentie par les patients de manière très variée et doit être prise en charge en préopératoire car elle est source de complications per et postopératoires.(2)(3)

L'inconfort thermique, souvent verbalisé par les patients, est source d'insatisfaction et de mauvaise qualité de réveil. (4) Il est primordial de l'anticiper pour optimiser la qualité de prise en charge de la personne soignée.

Lors de mes études d'infirmier anesthésiste, j'ai été surpris par le fait que les patients soient submergés dès leur arrivée au bloc opératoire, par de nombreuses questions posées souvent à une cadence soutenue par des personnes inconnues. D'autres encore s'affairent autour d'eux pour poser voie veineuse, brassard à tension, électrodes du monitoring cardiaque, enlever les manches de la chemise et vérifier le dossier d'anesthésie... De plus, nombre de ces patients font part d'un inconfort thermique à leur arrivée, dans un contexte que l'on sait anxiogène. Or le confort, notamment thermique, semble être pris en charge à partir du moment où le patient entre en salle d'opération et non dès son transfert du service d'origine vers le bloc. Face aux situations rencontrées lors de mes stages, l'écart entre la théorie et la pratique quotidienne des équipes pluridisciplinaires, l'accueil du patient au bloc opératoire et la prise en charge de son anxiété ainsi que son confort, il m'a paru important d'approfondir ces sujets afin de voir si un lien existe entre cette anxiété et ce confort thermique à l'accueil du patient.

L'intention de cette recherche est de montrer si le confort thermique du patient en préopératoire permet de diminuer son anxiété.

Question de départ :

En quoi le confort thermique pré opératoire du patient a-t-il une influence sur son anxiété ?

2 Revue de littérature

2.1 Rôle de l' I.A.D.E. dans l'accueil pré opératoire du patient

Cadre réglementaire :

Il est stipulé dans le Décret No 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique concernant les professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (chapitre 1, section 1, article R4311-5 relatif au rôle propre) que « *l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement* », notamment dans l'alinéa 19 : « *recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des différents paramètres servant à sa surveillance : **température**, [...]* »(5) Il est de notre rôle propre de s'assurer du confort (notamment thermique) du patient lorsqu'on l'accueille avant son intervention chirurgicale. L'accueil est en effet un droit du patient et un devoir du soignant en respectant les besoins fondamentaux de l'opéré (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).(6)

La relation soignant soigné :

« En dehors de la maîtrise des instruments techniques et des méthodes de traitement, une communication adéquate et un accompagnement individualisé sont des aspects de premier plan de notre pratique ». Il est possible d'établir une relation de confiance avec les patients même en un laps de temps très court en préanesthésie. Les soins relationnels sont une construction qui s'établit dans le temps avec l'acquisition d'expérience et de connaissances. L'I.A.D.E. ne peut mettre en place cette relation d'accompagnement compte tenu du peu de temps qu'il passe avec le patient, mais peut avoir une démarche relationnelle. Une attitude bienveillante, positive et optimiste qui permet de créer la confiance.(7)

L'accompagnement du patient débute avec l'accueil et se termine avec le départ du patient que l'on confie ensuite à d'autres soignants. Selon Colette Laurens : « Etre accueilli, c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter de la chaleur, bénéficier d'une démarche personnalisée [...], avoir l'occasion d'exprimer ses attentes ainsi que ses éventuelles craintes ou difficultés. »(8)

Cette période préopératoire nécessite la mise en place d'une relation particulière (empathie, attitude compréhensive, sans jugement) car « il est primordial de mettre le patient en confiance pour dédramatiser, diminuer le stress et rassurer grâce à l'écoute et à l'adaptabilité ».(4) Pour le patient, il est important d'entendre des paroles réconfortantes et

calmantes. « Un Climat de confiance instauré lors de l'arrivée du patient au bloc opératoire permet de réduire son anxiété, alors même que nous ne sommes pas toujours très disponibles, pressés et pas en mesure de répondre aux demandes du patient».(7) L'information en lien avec l'acte chirurgical, potentiellement anxiogène, doit être transmise au cours d'un entretien ouvert et attentif, aussi adapté que possible à chaque patient et le plus précocement possible.(9)

Selon Virginia Henderson l'un des 14 besoins fondamentaux de l'homme est : *communiquer avec ses semblables*. (10) « La communication se manifeste par deux mécanismes : verbal (locuteur et récepteur, faits, opinions et sentiments) et non verbal (attitude, expression du visage, postures, gestes, bruits divers). Elle est un moyen de transmettre, d'échanger et d'établir une relation avec autrui. » (11) Une communication adéquate et un accompagnement individualisé sont des aspects primordiaux de notre pratique.

Le confort de la personne soignée :

« L'état psychique particulier dans lequel se trouve le futur opéré sensibilise le rôle subjectif de toute question. Le patient interprètera (même inconsciemment) les mots employés. Par exemple, en utilisant le langage positif (« Avez-vous assez *chaud* ? ») on fait preuve de sollicitude en s'intéressant au confort thermique du patient et en obtenant une réponse non induite négativement par la question. » (12) Le confort physique du patient sera assuré en veillant à une installation confortable, au respect de sa pudeur et à son réchauffement en cas de froid ressenti.

Dans cette optique de satisfaction du patient, il existe des questionnaires de satisfaction qui leurs sont régulièrement distribués. Ils permettent alors de déterminer d'éventuels points d'amélioration dans notre prise en charge, d'identifier et de hiérarchiser les différentes situations inconfortables ou occasionnant une gêne chez les patients au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. Les principales sont : la douleur, les nausées, la soif, le bruit, les conversations du personnel, les alarmes, le téléphone, la lumière, la température de la salle (trop froid ou trop chaud).(2) Une étude parue dans les A.F.A.R. de septembre 2014 sur la satisfaction des patients montre qu'au bloc opératoire la principale source d'inconfort pour le patient est la sensation de froid, et ce malgré le recours très large au système de réchauffement (2)

2.2 L'anxiété :

Définition :

Selon Spielberger (1966) l'anxiété se définit comme « un état comportant des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension, perçues consciemment, accompagnées de l'activation ou de l'éveil du système autonome ». Cette définition approfondit les concepts de Catell (1968) séparant l'anxiété en 2 versants : l'anxiété trait (disposition durable de la personnalité) et l'anxiété état (ensemble de cognitions et d'affects momentanés face à une situation menaçante). « Le stress et l'anxiété préopératoires peuvent être considérés comme un déséquilibre entre la demande émotionnelle engendrée par la situation et les capacités du patient à y faire face. » (1) Il ne s'agit pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation. « Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à une situation potentiellement anxiogène. Lorsqu'elle est intense, elle peut remplir les critères d'un trouble psychopathologique (trouble anxieux). L'anxiété s'articule autour de 3 composantes : cognitive, comportementale et physiologique. »(13)

Contexte anxiogène du bloc opératoire :

Le lieu d'accueil est le sas d'entrée du bloc. « Il est primordial de ménager un temps et un lieu avant de rentrer en salle d'opération pour permettre au patient d'exorciser ses craintes, de verbaliser. Ce temps s'intègre à un programme opératoire. Il s'agit d'un lieu où toute stimulation peut générer un stress, source d'anxiété : stimulations visuelles (lumière ambiante, scialytique, décor), auditives (langage, conversations du personnel parfois mal adaptées, bruit des instruments, déballage des matériels, alarmes diverses, bips), kinesthésiques (température, inconfort d'installation, manipulation).»(1)

« Le futur opéré vit en effet la journée de son intervention comme particulièrement anxiogène : une fois transféré au bloc, nu sous sa blouse anonyme, il attend, allongé et en totale dépendance, d'être placé en salle d'opération. Dans le meilleur des cas il y est directement installé et relié à divers appareils mystérieux qui clignotent ou émettent des sons insolites, pris en main dans un univers peu humanisé par des inconnus évoluant visage masqué et en uniforme. Si par contre il arrive trop tôt, il est alors parfois placé en S.S.P.I. à côté d'opérés qui, eux, émergent de leur anesthésie. »(11)

« Les facteurs d'anxiété propres au bloc opératoire ne manquent pas : l'acte chirurgical en lui-même, l'atteinte à l'intégrité physique, le risque de l'anesthésie, de contracter une infection nosocomiale, l'appréhension liée à l'endroit (son univers clos, son matériel, son

rituel), la peur de l'inconnu, de la douleur, l'échec possible de l'intervention (acte raté, risque de mort), les séquelles incertaines de l'intervention mais aussi des facteurs propres au vécu du patient... Cette anxiété préopératoire concernerait 40% des personnes opérées, les craintes liées à l'anesthésie étant supérieures à celles de la chirurgie » (1). Une étude de 2010 montre que 85% de patients opérés avaient montré une anxiété le jour de leur intervention et que les principales causes d'anxiété décrites étaient : l'attente, la peur de la douleur, de l'anesthésie, de l'inconnu et de l'opération en elle-même ainsi que de son succès. (14) Chez l'adulte, les facteurs de risque d'anxiété qui ont été déterminés sur d'importantes cohortes sont : le cancer, le tabagisme, les troubles psychiques, la faible perspective d'avenir, l'anxiété de fond, le terrain anxieux, la douleur, la chirurgie de lourdeur intermédiaire, le sexe féminin. En revanche, les expériences chirurgicales préalables la diminuent. (15)

Ses manifestations et répercussions :

Le principal mécanisme auquel l'organisme humain a recours pour affronter l'anxiété est la « réaction d'alarme » provoquée par une décharge d'adrénaline dans le flot sanguin. « Il s'agit en premier lieu, d'une stimulation du système nerveux autonome. C'est le système sympathique qui est le plus souvent affecté. La tension musculaire est, d'ailleurs, l'un des signes les plus fréquents de l'anxiété ». (16)

Ainsi l'anxiété du patient se manifeste de différentes manières tant en terme d'intensité que d'expression : que ce soit par la parole (questions multiples, plaintes...), par le comportement (mains crispées, jambes croisées...) ou par des réactions psychosomatiques diverses (tension artérielle élevée, sueurs...). Elles varient selon les caractéristiques de l'individu. (16) « C'est une sensation subjective pouvant induire des symptômes somatiques variés : troubles cardiovasculaires (tachycardie, hypertension artérielle) , ventilatoires (dyspnée, sensation de gêne), neurovégétatifs (bouche sèche et dysurie) et enfin neuropsychiques (sensation d'asthénie, troubles du sommeil, du comportement ou état d'agitation). » (14)

L'angoisse, la crainte, le stress peuvent influencer négativement le déroulement de l'opération et la phase postopératoire et peuvent nécessiter l'administration de plus de médicaments. (17) Le séjour hospitalier peut se prolonger en raison de complications, ou encore d'une cicatrisation ou d'une guérison retardée. (7)

Différentes études menées chez l'adulte suggèrent que les patients qui ont des niveaux importants d'anxiété préopératoire ont un réveil postopératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux (18) et qu'il existe un lien récurrent entre anxiété et douleur postopératoire.

L'anxiété et la détresse préopératoire sont en outre des facteurs favorisant l'absence de compliance au traitement (9) et conditionnent l'expérience peropératoire.

Moyens de prévention, de prise en charge et d'évaluation :

L'anxiété préopératoire nécessite une attention très particulière car elle représente par la suite un véritable facteur de risque pour la période peropératoire, comme nous l'avons déjà souligné: résistance à l'analgésie, décompensation psychologique et états confusionnels au réveil. (3)(11)

Il est important d'essayer de déterminer le profil anxieux et les stratégies qu'adoptent nos patients pour « faire face » (*coping*). Le coping est une stratégie d'ajustement personnel, consciente, d'ordre comportementale, émotionnelle et cognitive. En 1984, Lazarus et Folkman l'ont défini comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences externes et/ou internes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne ». (19)

Pour Miller (20), dans un contexte menaçant et incontrôlable, comme celui d'une intervention chirurgicale, les individus manifesteraient deux types de comportement. « Le premier (*monitoring*) consistait à rechercher de l'information dans le but de diminuer leur incertitude et la détresse qui en résulte. Ce profil se manifeste par un comportement compulsif pour recueillir de l'information, générer des pensées intrusives et répétitives, s'auto-examiner dans le cas d'une maladie physique. Le second type est celui où des stratégies d'évitement (*Blunting*) sont mises en œuvre par le sujet. » (9)

Des études ont montrées que l'enseignement préopératoire diminue l'anxiété situationnelle des patients adultes opérés et font suite aux travaux de Spielberger de 1970.(21)

Afin de prévenir ou au moins de diminuer cette anxiété préopératoire, diverses mesures peuvent être mises en place : dans les pays Anglo Saxons, des préparations à l'hospitalisation existent et ont montrés leurs bénéfiques.(22) Ces programmes s'appuient généralement sur le modèle des thérapies cognitivo-comportementales.

« L'absence de stress, de lumière trop agressive, de bruits ou de trop longues durées d'attente ; ainsi qu'un abord agréable et empathique du soignant qui accueille le patient sont quelques autres mesures qui visent à diminuer cette anxiété préopératoire. On pourra ainsi accueillir le patient visage découvert, établissant un contact visuel, et lui donner des informations appropriées et adaptées à sa situation ». (7)

La prémédication orale par Midazolam a montré un net bénéfice (diminution de l'anxiété à l'induction, des nausées-vomissements) et explique la nette satisfaction que procure cette prémédication. Elle atténue la douleur postopératoire et la consommation d'A.I.N.S. durant la première semaine et augmente la sédation sans prolonger le séjour en S.S.P.I.(23)(3)

Enfin, en fonction des sites d'anesthésie, de l'organisation et de l'orientation de l'équipe soignante, des méthodes telles que la sophrologie, l'aromathérapie, l'hypnose, la musicothérapie, la stimulation auditive binaurale, l'acupuncture, la prise de boissons sucrées et le réchauffement sont utilisées en préopératoire. (24)

Afin d'évaluer les mesures mises en place, et le bénéfice éventuel, diverses échelles d'évaluation de l'anxiété existent, dont voici les plus couramment utilisées :

Des échelles d'hétéroévaluation, comme l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA, 1959) (annexe 1) qui reflète la globalité et la sévérité de l'anxiété durant la semaine écoulée et comporte 14 items ; ou en pédiatrie, le modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS), échelle observationnelle qui peut être utilisée avant l'induction anesthésique (22 items, réservée à l'enfant.) (annexe 2)

Des échelles d'autoévaluation existent aussi, notamment l'inventaire d'anxiété état et trait de Spielberger (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory [S.T.A.I.] formes Y-A (état) et Y-B (trait)) (annexe 3) qui est l'un des outils d'auto évaluation le plus utilisé et comporte 2 parties de 20 items chacune. Il permet d'évaluer l'aspect psychologique de l'anxiété.

L'échelle d'anxiété et d'information d'Amsterdam (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale [A.P.A.I.S.]) (annexe 4) semble être un outil utile d'évaluation des niveaux d'anxiété préopératoires en association à l'échelle visuelle analogique (E.V.A.). Il est réservé à l'adulte, sur 6 items dont 4 cotent l'anxiété et 2 le désir d'information. Cette échelle permet de combiner l'évaluation de l'anxiété à l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention. L'E.V.A., bien corrélée avec le S.T.A.I. peut constituer un outil encore plus simple pour la consultation, en réponse à la question : « quantifiez votre anxiété ». Elle est alors validée dans cette indication .(25) Une valeur d'E.V.A. > 60 indique une anxiété inhabituelle qu'il faut prendre en compte.

Des travaux ont, dans ce sens, comparés le score S.T.A.I., l'E.V.A. et une échelle de référence H.A.D. (Hospital Anxiety and Depression scale, qui différencie l'état dépressif de l'anxiété événement de la semaine écoulée) (annexe 5) et montrent une bonne corrélation et une plus grande simplicité à l'utilisation de l'E.V.A.(26)

Quelle que soit la stratégie dont on s'inspire pour évaluer l'anxiété, il faut obtenir une quantification objective car l'hétéro-évaluation est peu fiable : chirurgiens et anesthésistes surestiment notablement l'anxiété du patient .(27) La réduction de l'anxiété au bloc

opérateur s'inscrit donc dans une démarche qualité d'amélioration des pratiques professionnelles. (1)

2.3 Le confort thermique :

Definition :

Le confort thermique se définit comme « *la satisfaction exprimée à l'égard de l'ambiance thermique du milieu environnant* ». (28) Pour qu'une personne se sente confortable, trois conditions doivent être réunies :

- Le corps doit maintenir une température interne stable.
- La production de sueur ne doit pas être trop abondante et la température moyenne de la peau doit être confortable.
- Aucune partie du corps ne doit être trop chaude ni trop froide (inconfort local).

Un des 14 besoins fondamentaux selon Virginia Henderson est : *maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale*. (10) « La lutte contre l'hypothermie concerne toute la période périopératoire. Elle est un des éléments prépondérants non seulement du confort, mais également de la prévention des complications infectieuses, cardiaques et métaboliques ». (29)

Conséquences de l'hypothermie per opératoire :

Différentes conséquences émergent. Les complications les plus souvent citées sont représentées par les retards de réveil, les frissons, les modifications hémodynamiques, l'ischémie postopératoire et l'augmentation du taux de catécholamines circulantes. (30) La fréquence des infections du site opératoire est augmentée. (31) Il en va de même du risque hémorragique (augmentation des pertes sanguines, troubles de la coagulation), notamment en chirurgie orthopédique. (32)

« Au réveil, elle induit : frisson, hypoventilation alvéolaire potentielle, augmentation de la durée du séjour, ischémie myocardique. L'hypothermie modérée augmente le saignement et la transfusion. Elle est aussi un facteur d'infection pariétale accrue et de durée d'hospitalisation augmentée. » (29)

Sa prise en charge, ou pourquoi réchauffer en préopératoire?

Un article récent de Septembre 2014 publié dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation a prouvé l'intérêt du réchauffement cutané actif préopératoire pour la réduction des pertes thermiques en chirurgie orthopédique prothétique.(33)

En 2008, une présentation lors du 26ème congrès MAPAR, portant sur 801 établissements européens met en évidence que 43% des patients sont réchauffés activement en per opératoire et que l'incidence des frissons post opératoire est évaluée entre 6 et 15%.

En 1999, une étude sur l'inconfort thermique montre que c'est l'un des souvenirs les plus courants et les plus désagréables de la période postopératoire pour de nombreux patients(4) ; alors qu'en 1995, le réchauffement cutané peropératoire ou postopératoire était associé par les patients à un plus grand confort thermique.(34)

Une recommandation de la S.F.A.R. de 1995 (article 2.1.2.7.) précise que : « Les moyens permettant d'assurer le confort thermique du patient éveillé, ainsi que l'équilibre thermique du patient anesthésié, doivent être disponibles. » Pour l'intervention, des moyens efficaces de réchauffement sont nécessaires.(35)

En 1993, une équipe allemande (36) a réalisé une analyse montrant les bénéfices pour les patients d'un réchauffement préopératoire.

Il a donc été montré le lien entre ce confort thermique, l'anxiété du patient et son degré de satisfaction en postopératoire. Ce confort thermique ne peut être optimal sans des moyens de réchauffement et une équipe pluridisciplinaire investie dans cette prise en charge. Différentes techniques ont été proposées et l'unité s'est faite sur l'efficacité des systèmes chauffants à air pulsé.(13)

La recherche de littérature sur le lien entre cette satisfaction des patients et la prise en charge de leur confort thermique avant leur entrée en salle d'opération ; ou encore le lien entre réchauffement préopératoire et anxiété ne retrouve pas d'articles précis, bien que l'anxiété semble être un élément d'inconfort. Des publications traitent du confort thermique, mais évalué en postopératoire (37); ou du lien entre réchauffement préopératoire et prévention de l'hypothermie peropératoire. (38) (sujets qui ne seront pas développés ici.) Enfin, certains sites de constructeurs de matériel professionnel de réchauffement parlent du réchauffement par convection et présentent ses différentes qualités : couvre et pré-réchauffe le patient en une seule étape, remplace la chemise en coton, permet au patient de contrôler son propre confort thermique, réduit l'anxiété péri-opératoire et permet à ce système de remplacer les couvertures dans la salle d'opération ou à l'unité des soins post-anesthésie.(39)

De cette recherche amène ma réflexion et mon hypothèse de départ.

2.4 Hypothèse de recherche :

Le confort thermique du patient adulte en préopératoire réduit son anxiété avant son entrée en salle d'opération.

2.5 Objectif de recherche :

L'objectif de cette étude a été d'estimer le bénéfice du confort thermique préopératoire du patient sur son anxiété, dans un contexte anxiogène plurifactoriel.

3 Méthodologie d'enquête

3.1 Recueil d'informations :

Recherche clinique par une étude transversale, multicentrique et comparative grâce à un questionnaire. (annexe 6)

Un échantillon de 126 patients a été constitué, avec des critères d'exclusions bien définis. L'échantillon ainsi composé et réparti, a été formé au hasard (échantillonnage aléatoire) et tire sa représentativité du fait que chaque individu d'une population choisie a une chance égale d'être sélectionné.(40)

3.2 Présentation de l'enquête :

Dans le cadre de cette enquête, nous avons voulu étudier l'influence du confort thermique du patient sur son anxiété préopératoire. De plus, nous avons voulu comparer son impact face à d'autres facteurs anxiogènes que l'on peut observer fréquemment au cours de notre pratique et qui reviennent dans les publications comme étant des facteurs prédominants d'anxiété préopératoire ces dernières années (prise de prémédication (23)(3) et besoin complémentaire d'informations.) (21) Il a été choisi une approche quantitative afin d'avoir un échantillon représentatif et pouvoir faire une analyse statistique des résultats obtenus.

Le critère de jugement principal était :

- La modification du score d'anxiété entre T0 et T10 minutes

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le ressenti du confort thermique du patient à T0 et T10
- La mise en place ou non de réchauffement selon le confort thermique

- L'âge
- Le sexe
- La prise de prémédication
- Le besoin complémentaire d'information

Cette enquête utilisait une échelle d'autoévaluation comme outil qui est : fiable (constance des mesures) ; valide (instrument précis de mesure) ; objective (pas de jugement des examinateurs).

De plus, cet outil est clair, reproductible, équitable et pertinent ; ce qui en fait un outil de qualité dans le cadre de cette étude. En effet, la littérature nous permet de dire que l'utilisation d'échelles d'autoévaluation (notamment la S.T.A.I., forme YA) était d'une bonne aide, pour respecter le profil du patient et obtenir une tendance évolutive. Cependant ici, le délai très court entre les 2 mesures (10 minutes) et le fait de réévaluer l'anxiété ne paraissent pas suffisant pour utiliser cette échelle à 20 items (qui, de plus, n'est habituellement utilisée que pour une évaluation unique de l'anxiété.) Aussi, nous avons vu que l'E.V.A. avait montré son intérêt et sa pertinence dans l'évaluation du score d'anxiété, avec une bien plus grande facilité et rapidité de mise en place.(25) Nous avons donc retenu cette échelle.

Après validation du questionnaire et accord des directeurs de soins et cadres de santé concernés, ce dernier a été déposé dans les différents sites d'anesthésie. (annexe 6)

L'étude a été faite par ce questionnaire, grâce à une E.V.A. et présentée au patient à deux moments distincts et bien définis : dès son arrivée en salle de pré anesthésie (T0) et au bout de dix minutes (T10) ; avant son départ en salle d'intervention. Ce laps de temps est le temps moyen de passage observés sur les différents sites d'anesthésie au C.H.U. de Bordeaux.

A cette mesure d'anxiété a été couplé le ressenti thermique du patient.

Les données ont été recueillies par le soignant accueillant le patient en salle de pré anesthésie (ou « sas de transfert » selon les sites).

1^{er} temps :

Il a été alors demandé au patient (après son accord pour participer au questionnaire) d'évaluer son anxiété dès son arrivée grâce à la réglette mise à sa disposition.

On lui a présenté le coté non gradué et il y a situé son anxiété (après que le curseur ait été préalablement placé au milieu) : à gauche pas anxieux et à droite extrêmement anxieux. On a reporté sur le questionnaire le score associé (de 0 à 10).

Le confort thermique du patient a été simultanément évalué par une question fermée : « *Etes-vous confortable au niveau température ?* » et reporté sur le questionnaire. Cette question a été retenue car elle n'induisait aucun biais de réponse.

De plus, le professionnel a indiqué l'âge, le sexe, la prise ou non d'une prémédication et le besoin éventuel d'information complémentaire sur la chirurgie ou l'anesthésie par une autre question fermée : « *Avez-vous besoin d'informations complémentaires sur votre anesthésie ou votre intervention ?* » Cette question est inspirée de l'échelle d'autoévaluation de l'anxiété A.P.A.I.S. et fait référence au désir d'information du patient avant son intervention.

2nd temps :

Ensuite, soit le soignant a mis en place un réchauffement du corps entier (pour une efficacité optimale) par couverture synthétique ou drap chaud chez les patients en inconfort lié au froid ;

soit lui a laissé le moyen de réchauffement avec lequel il était arrivé (chez les patients ne présentant pas d'inconfort lié au froid.)

soit lui a apporté de la fraîcheur chez les patients en inconfort lié au chaud (en le découvrant par exemple et dans la mesure du possible.)

Cette évaluation a été refaite au bout de 10 minutes (sans interruption du réchauffement mis en place) et reportée à nouveau sur le questionnaire.

Terminologie employée : au cours de ce travail, on désignera par « confort » les patients présentant un confort thermique (n'ayant ni trop chaud, ni trop froid) et par « inconfort » les patients ayant froid. (Le fait d'avoir trop chaud sera un critère de non inclusion dans la partie résultat.)

Ceci a permis de mettre en lien d'une part, la sensation d'inconfort thermique avec le score d'anxiété ; d'autre part l'évolution de ce score chez les patients inconfortables après prise en charge de leur inconfort. Enfin, on a pu analyser si cet inconfort avait joué un rôle majeur dans l'exacerbation de l'anxiété par rapport aux autres critères anxiogènes évalués (désir d'informations complémentaires sur la chirurgie ou l'anesthésie, prise de prémédication, âge et sexe). Ces résultats ont été aussi comparés en fonction des tranches d'âge et du sexe

des patients. De cette analyse découlera la confirmation ou l'infirmité du bénéfice du confort thermique du patient sur l'anxiété préopératoire.

Lieux d'enquête : enquête multicentrique : bloc des Urgences de l'hôpital Pellegrin, bloc du C.F.X.M., bloc Orthopédique et bloc Digestif de l'hôpital St André (car population multirégionale multi-sociale, importante diversité, présence d'une salle de préanesthésie et facilité d'action dans ces sites d'anesthésie.)

Durée du recueil de données : de janvier 2015 à avril 2015

Chronologie :

Janvier 2015 : réalisation du questionnaire.

Février-mars 2015 : distribution des questionnaires dans les 4 sites d'anesthésie.

Avril 2015 : récupération des questionnaires et création de la base de données en vue de l'analyse des résultats obtenus.

Mai 2015 : réalisation des tests statistiques, tableaux et diagrammes et début de rédaction.

Population étudiée : Population adulte bénéficiant d'une anesthésie générale.

Taille de l'échantillon : 126 patients.

Critères d'inclusion :

- population adulte
- bénéficiant d'une anesthésie générale (avec ou sans A.L.R. conjointe)
- patient coopérant et bien éveillé
- tout type de chirurgie

Critères d'exclusion :

- Refus du patient de participer à l'étude
- Patient mineur
- patient somnolent
- patient non communicant

- A.L.R. ou A.L. sans A.G.
- Temps de passage en pré anesthésie inférieur à 10 minutes
- Interruption du réchauffement pendant l'évaluation.

Critère de non inclusion :

- Patient en inconfort lié au chaud à son arrivée

3.3 Analyse statistique

Il s'agit de comparer une variable quantitative (moyenne d'E.V.A. d'anxiété) dans 2 groupes indépendants (confortable et inconfortable) afin de savoir si la différence observée est statistiquement significative et pas seulement due aux fluctuations d'échantillonnage.

Il s'agit de comparer 2 moyennes observées dans des échantillons indépendants. On utilisera donc le test de Student.

Pour les caractéristiques secondaires, il s'agira de comparer les effectifs selon l'exposition ou non à un facteur (confort thermique d'une part, et anxiété d'autre part). Ces effectifs seront classés selon le critère étudié :

Critère « âge » : 4 classes (18-35 / 36-59 / 60-74 / 75-93 ans) choisies d'après les répartitions des populations par l'I.N.S.E.E. dans l'estimation des populations. Valeur basse définie par les critères d'inclusion (patient majeur) ; et valeur haute par l'âge maximal recueilli lors de l'étude.

Critère « anxiété » : Les scores d'anxiété ont été rassemblés selon 3 classes :

E.V.A. 0-3 : « peu anxieux » (anxiété légère à modérée)

E.V.A. 4-6 : « anxieux » (anxiété modérée à sévère)

E.V.A. 7-10 : « très anxieux » (anxiété intense)

Ceci fait référence aux 3 paliers de douleur définis par l'O.M.S. (légère à modérée / modérée à sévère / intense). Pour l'interprétation des résultats et réalisation des tests, les classes « anxieux » et « très anxieux » pourront être rassemblées par la suite.

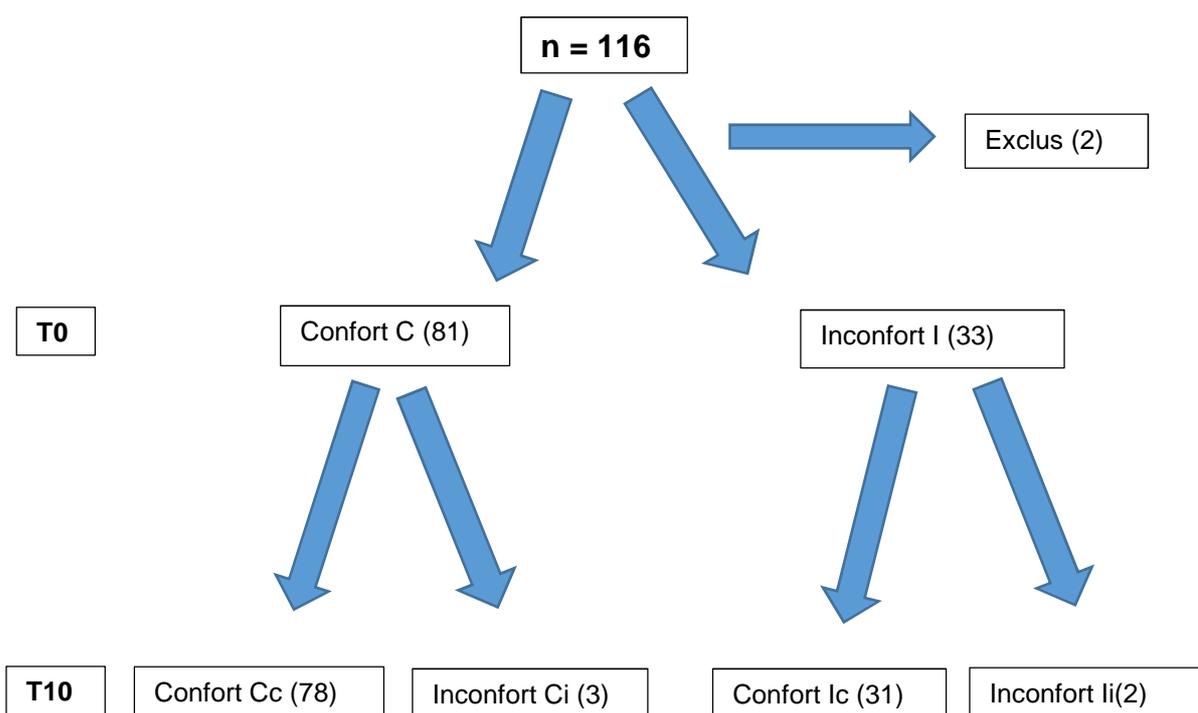
Pour analyser statistiquement ces résultats, il sera utilisé le test du Chi 2 d'indépendance (comparaison d'effectifs dans 2 échantillons indépendants.) Pour chaque critère, un test sera effectué afin de voir s'il existe une différence statistiquement significative entre les différentes classes selon le facteur étudié (confort thermique ou anxiété).

4 Résultats

4.1 Caractéristiques générales et démographiques :

Après avoir déposé un total de 126 questionnaires au sein des 4 sites d'anesthésie, 10 ont été exclus de l'étude car mal ou incomplètement remplis.

Soit un total de 116 questionnaires exploitables, dont 2 ont été exclus de l'analyse des résultats car non significatifs au vu des statistiques recueillies. (Le fait d'avoir « trop chaud » à l'arrivée est un critère de non inclusion dans ces résultats.)



Exclus : patient en inconfort thermique lié au chaud à T0

Confort C : patients confortables à T0

Confort Cc : patients restants confortables à T10

Inconfort Ci : patients confortables à T0 mais en inconfort à T10

Inconfort I : patients en inconfort thermique à T0

Confort Ic : patients inconfortables à T0 et confortables à T10 (après réchauffement)

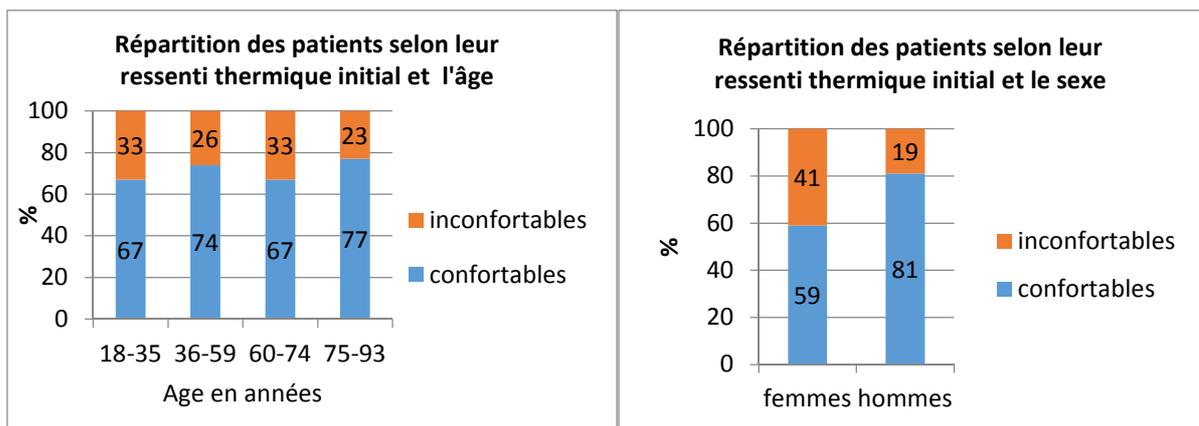
Inconfort li : patients restants inconfortables à T10 (malgré réchauffement)

Tableau1 : Caractères sociodémographiques des patients inclus dans les groupes confort / inconfort thermique, en préopératoire à T0, entre janvier et avril 2015

Critères		Groupe confort	Groupe inconfort	Total	Valeur de p
Age (années)	18-35	18	9	27	>0,05
	36-59	26	9	35	
	60-74	20	10	30	
	75-93	17	5	22	
Sexe	M	51	12	63	<0,05
	F	30	21	51	
Prémédication	Oui	51	24	75	>0,05
	Non	30	9	39	
Besoin d'information	Oui	9	5	14	>0,05
	Non	72	28	100	

Il n'y a pas de différence significative du ressenti du confort thermique à T0 selon les différentes tranches d'âge, la prise de prémédication, le besoin d'information complémentaire. Cependant on note une différence selon le sexe : les femmes étaient plus inconfortables (plus sensibles au froid) que les hommes.

Répartition de l'effectif total vis-à-vis du confort thermique selon les critères sociodémographiques :



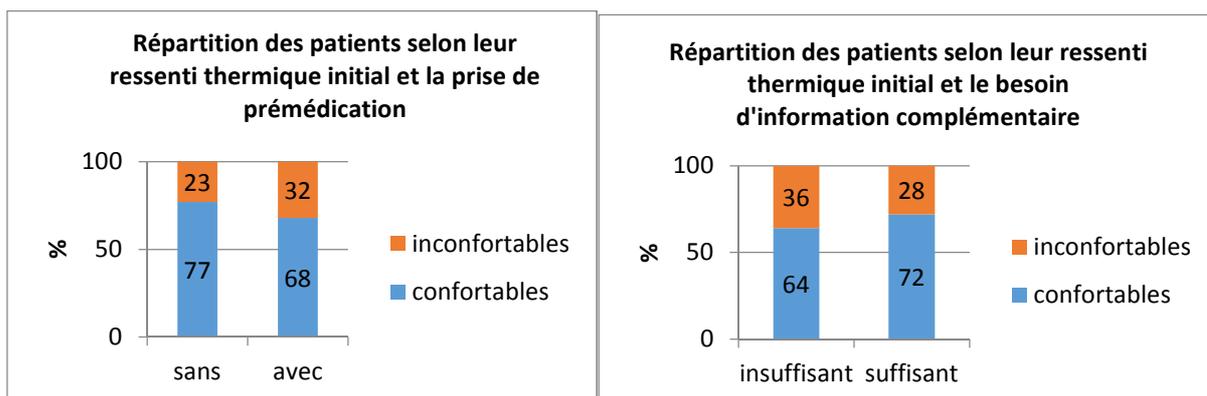
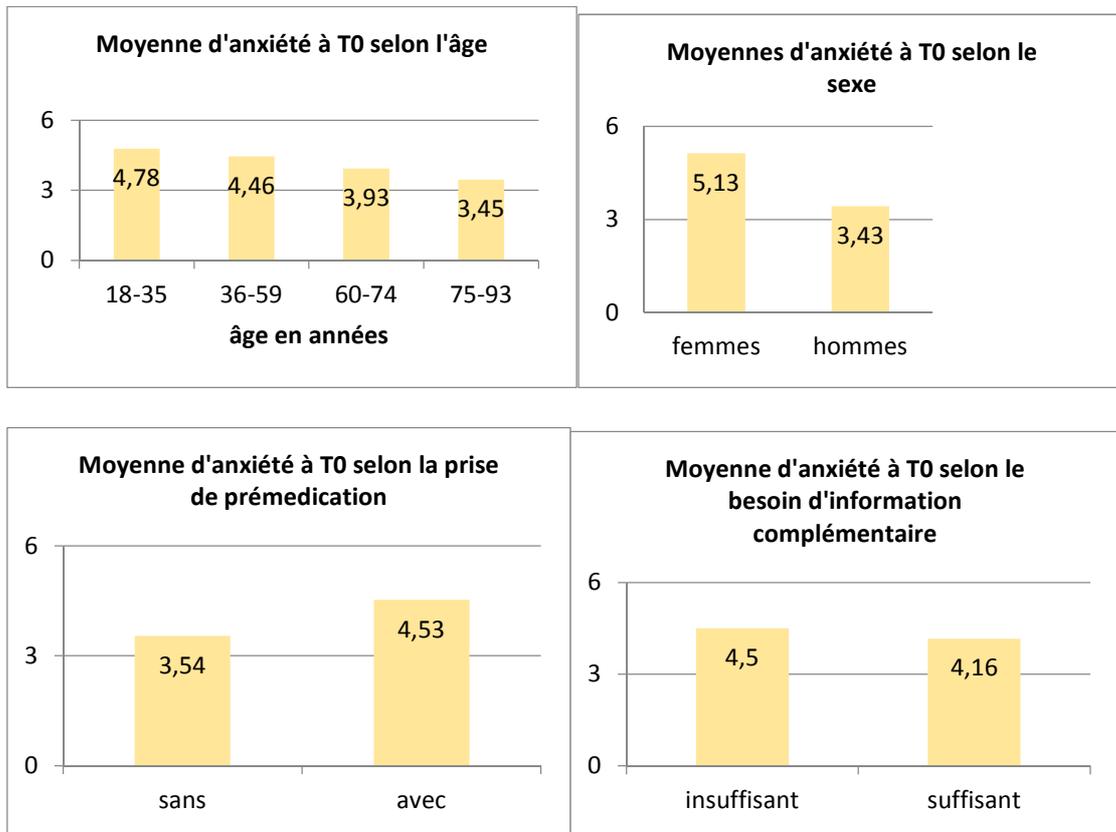


Tableau 2 : Caractères sociodémographiques des patients inclus dans les groupes peu anxieux / anxieux, en préopératoire, entre janvier et avril 2015

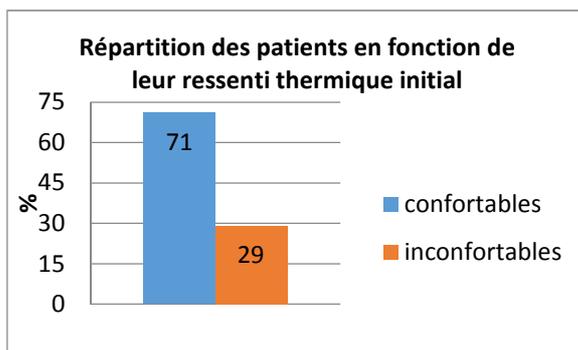
Critères		Groupe peu anxieux (EVA: 0-3)	Groupe anxieux (EVA: 4-10)	Total	Valeur de p
Age (années)	18-35	10	17	27	>0,05
	36-59	15	20	35	
	60-74	14	16	30	
	75-93	10	12	22	
Sexe	M	36	27	63	<0,05
	F	13	38	51	
Prémédication	Oui	29	46	75	>0,05
	Non	20	19	39	
Besoin d'information	Oui	6	8	14	>0,05
	Non	43	57	100	

Au vu des tests statistiques réalisés (test du Chi 2 d'indépendance), nous avons pu en déduire qu'il n'y avait pas de différence significative selon la tranche d'âge, la prise de prémédication ou le besoin d'information complémentaire en ce qui concerne le niveau d'anxiété préopératoire ; mais il y avait une différence significative selon le sexe. En effet, les femmes étaient plus anxieuses que les hommes en préopératoire.

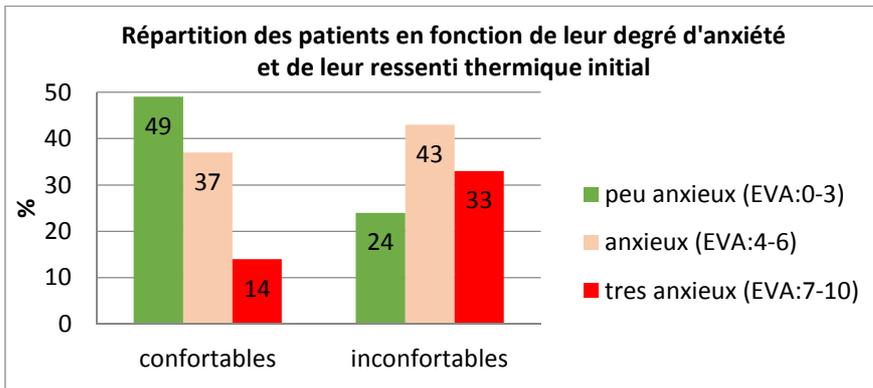
Représentation graphique des moyennes d'anxiété selon les critères sociodémographiques :



4.2 Résultats quantitatifs :



Nous avons pu montrer que plus de 70% des patients arrivant au bloc opératoire sont confortables sur le plan thermique.



Il y avait deux fois plus de patients très anxieux dans le groupe « inconfortables » que dans le groupe « confortables » à T0.

Il y avait deux fois plus de patients peu anxieux dans le groupe « confortables » que dans le groupe « inconfortables » à T0.

Calcul statistique :

Un calcul de prévalence et rapport de prévalence a été réalisé afin de déterminer si l'inconfort thermique était un facteur favorisant l'anxiété préopératoire. (Les effectifs « anxieux » et « très anxieux » ont été ici rassemblés dans un même groupe : « anxieux » afin de réaliser ce rapport de prévalence.)

	Anxieux (EVA :4-10)	Peu anxieux (EVA :0-3)	Total
Inconfort	25	8	33
Confort	41	40	81
Total	66	48	114

Prévalence estimée des « anxieux » dans le groupe « inconfort » : 75,758%

Prévalence estimée des « anxieux » dans le groupe « confort » : 50,617%

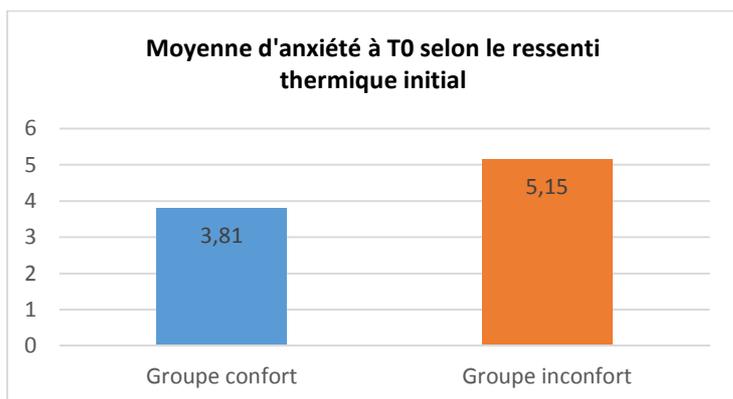
Rapport de prévalence : 1,497

Intervalle de confiance à 95% : 1,121 – 1,998

L'intervalle ne comprend pas 1, on a pu donc en conclure que l'inconfort thermique était en effet un facteur favorisant l'anxiété préopératoire.

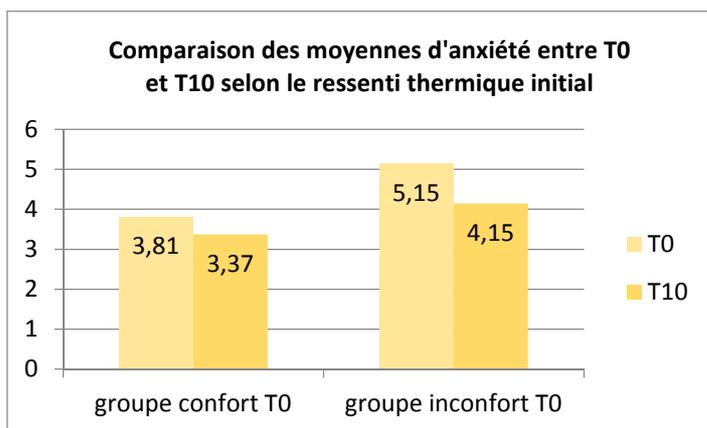
Ici, la proportion de patients anxieux en pré opératoire était de 58%.

Comparaison des moyennes d'anxiété à T0 :



D'après le test de Student, on a $|t| = 2,45$ (soit $|t| > 1,96$)

L'hypothèse nulle a donc été rejetée, ce qui signifie qu'il y avait une différence significative entre les 2 moyennes observées. L'anxiété était plus importante chez les patients en inconfort thermique à leur arrivée en préopératoire.

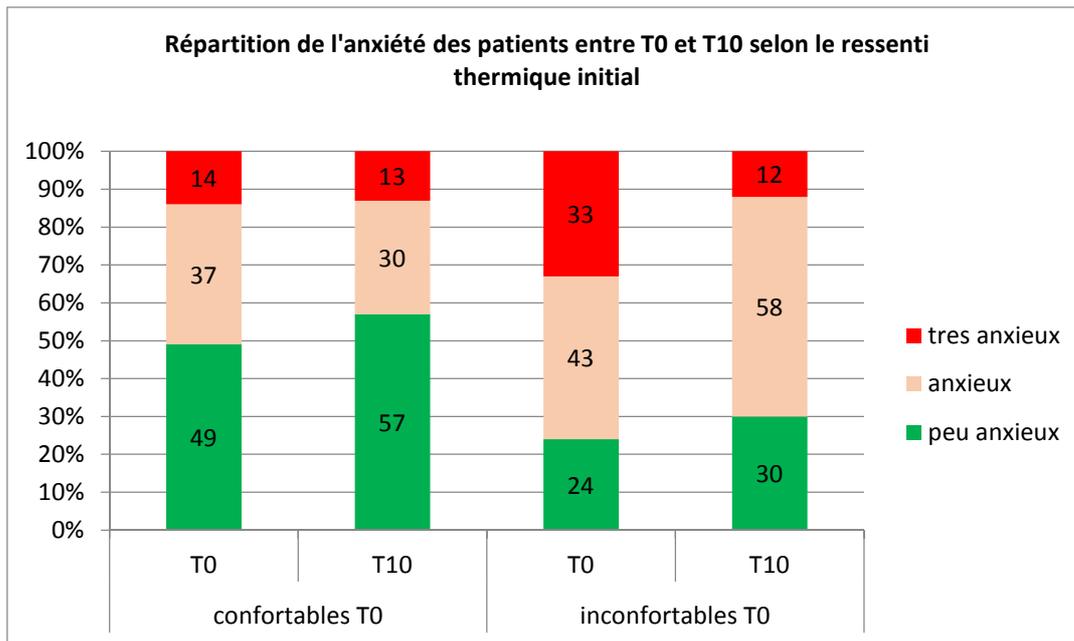


Après une analyse statistique par un test de Student (comparaison de 2 moyennes appariées) on a obtenu :

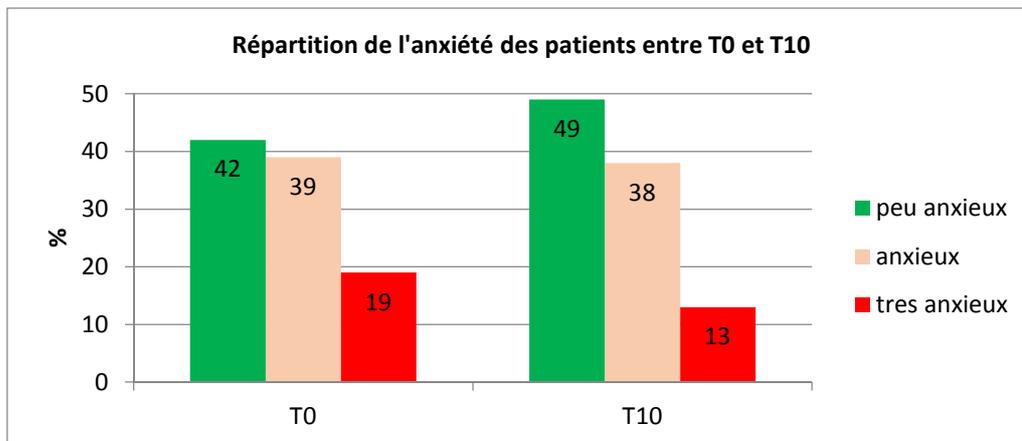
Pour le groupe confort : $|t| = 1,14$ soit $|t| < 1,96$: l'hypothèse nulle n'a pas été rejetée. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les moyennes d'anxiété entre T0 et T10 dans le groupe « confort T0 ». L'anxiété des patients qui étaient confortables à T0 n'a pas diminué significativement après 10 minutes.

Pour le groupe inconfort : $|t| = 3,15$ soit $|t| > 1,96$: l'hypothèse nulle a été rejetée. Il y avait donc une différence significative entre les moyennes d'anxiété entre T0 et T10 dans le groupe « inconfort T0 ». Les patients qui avaient froid à leur arrivée étaient moins anxieux après 10 minutes.

De même on a pu comparer la répartition du degré d'anxiété des patients entre T0 et T10 dans ces 2 mêmes groupes.



Après 10 minutes, les patients étaient moins anxieux dans les 2 groupes, mais plus particulièrement les patients très anxieux et qui avaient froid à leur arrivée.



Après 10 minutes, les patients étaient moins anxieux qu'à leur arrivée (quel que soit leur statut vis-à-vis du confort thermique.)

5 Discussion

5.1 Analyse des résultats

5.1.1 Résultats principaux :

Nous avons pu mettre en évidence que plus de 70% des patients ne présentent pas d'inconfort thermique à leur arrivée au bloc opératoire. Cependant cet inconfort est source d'une plus grande anxiété. La sensation de froid au bloc opératoire est en effet une des principales sources d'inconfort et le souvenir le plus désagréable et le plus fréquent décrit par les patients en postopératoire immédiat.(4) Le réchauffement semble être un des éléments du confort, mais n'est pas le seul.

Les patients en inconfort thermique (lié au froid) à leur arrivée au bloc opératoire, et réchauffés par la suite, ont une anxiété diminuée au bout de 10 minutes de manière plus importante (1 point sur l'échelle E.V.A.) que les patients du groupe « confort » dont l'anxiété baisse mais de manière moins significative (0.44 point). Cela rejoint et complète l'étude de 1993 (41) qui montrait un bénéfice du réchauffement préopératoire sur la température et la tension artérielle des patients durant l'intervention. L'anxiété décrite ici ne différencie pas l'anxiété « trait » de l'anxiété « état » puisqu'on ne s'est intéressé qu'à l'évolution de l'anxiété entre 2 moments (T0 et T10 minutes). Le fait de réchauffer les patients en préopératoire est donc un moyen de diminuer l'anxiété préopératoire, au même titre qu'il existe des bénéfices en per et postopératoire. Notre approche de l'anxiété est restée unidirectionnelle par son évaluation par l'E.V.A.

5.1.2 Résultats secondaires :

Nous avons noté une différence significative dans le ressenti du confort thermique entre les hommes et les femmes (81% des hommes contre 59% des femmes étaient confortables à leur arrivée), les femmes étant plus sensibles au froid. Une revue scientifique de janvier 2015 faisait référence à une étude Américaine de 1998, qui montrait que les femmes ressentaient davantage le froid que les hommes.(42)

Il en va de même en ce qui concerne l'anxiété préopératoire : les femmes sont significativement plus anxieuses que les hommes, ce qui conforte les conclusions d'études précédemment citées.(43) (15)

Notre recherche retrouve que 58% des patients étaient anxieux, avec une E.V.A. >4 en pré opératoire, ce qui rejoint la plupart des études sur l'incidence de l'anxiété préopératoire.(1)(44)

En ce qui concerne les critères de jugements secondaires étudiés (l'âge, la prémédication, et le besoin d'information complémentaire sur l'anesthésie ou la chirurgie) ; ils ne semblent pas être des facteurs influençant le ressenti thermique, ni le degré d'anxiété préopératoire. On peut cependant noter qu'il y a plus de patients anxieux à leur arrivée quand ils ont reçu une prémédication. Ceci ne rejoint pas les conclusions d'une étude menée en 2012 et publiée dans une revue médicale Rwandaise, qui utilisait elle aussi l'E.V.A. pour évaluer l'anxiété préopératoire dans 2 groupes de patients, l'un recevant une prémédication et l'autre non. On ne retrouvait alors pas de différence significative dans l'intensité de l'anxiété préopératoire.(44) Ces résultats doivent être confrontés à d'autres études afin de tester leur fiabilité.

Enfin, nous avons mis en évidence que globalement, les patients sont moins anxieux au bout des 10 minutes que dure le questionnaire. Cela signifie que prendre soin du patient, de façon individualisée et avec une écoute attentive permet de diminuer son anxiété. Certaines études ont été réalisées en ce sens et comparaient l'évolution de l'anxiété préopératoire, comme une étude récente de Décembre 2014, en se basant sur un support vidéo d'information et évaluant l'anxiété à l'arrivée du patient et après visionnage de cette vidéo, toujours en préopératoire.(45)

5.2 Réponse à l'hypothèse

Notre hypothèse, qui était : « le confort thermique du patient adulte en préopératoire réduit son anxiété avant son entrée en salle d'opération » est donc confirmée.

5.3 Présentation des limites du travail et des biais de l'enquête

Tout d'abord, lors de cette étude, la qualité du réchauffement n'est pas évaluée. Bien que l'interruption de réchauffement fût un critère d'exclusion, aucun retour n'est fait sur l'aspect qualitatif du réchauffement. On pourra se demander alors si le fait d'avoir eu 1 ou 2 couvertures ou draps supplémentaires, voire des draps chauffés en étuve n'a pas influé sur le ressenti thermique et l'évaluation de l'anxiété après 10 minutes. De même, il n'est pas précisé avec quel moyen de réchauffement passif les patients quittent leur chambre (Drap simple ? Draps doubles ? Couvertures synthétiques ? ...) ni combien de temps dure le trajet jusqu'au bloc opératoire. Ceci pourrait influencer leur ressenti thermique à leur arrivée au bloc.

Dans cette étude les patients du groupe « confort » n'ont pas bénéficié de réchauffement supplémentaire pendant les 10 minutes, alors que cela aurait pu diminuer leur anxiété de façon plus significative.

Les autres composants anxiogènes dans ce contexte opératoire ne sont pas relevés ici, afin de se limiter à la seule variable « confort thermique » : la notion du type de chirurgie, de la symbolique liée à l'acte, de l'environnement à l'arrivée du patient (statut lumineux et sonore, moment de la journée, affluence, nombre de soignants...) ne sont pas croisés mais pourraient faire l'objet d'une enquête ultérieure.

Dans le questionnaire distribué aux patients, le lien entre anxiété et confort thermique est perceptible, et cela a peut être influencé les patients dans l'évaluation de leur anxiété préopératoire, dans le sens où ils ont pu comprendre : « mon anxiété actuelle en lien avec mon confort thermique ». Or le but était bien d'évaluer leur anxiété préopératoire d'une part et leur confort thermique d'autre part.

Enfin, l'obstacle de l'équipe chirurgicale et du programme opératoire peuvent être une limite à la réalisation de cette étude et de sa mise en pratique au quotidien, du fait de la cadence et des contraintes organisationnelles des programmes opératoires.

5.4 Projection professionnelle / Perspectives

En allant plus loin dans la réflexion, nous pourrions nous interroger sur l'aspect qualitatif de cet inconfort thermique : Pourquoi certains patients avaient froid en arrivant au bloc ? Avaient-ils froid en quittant leur chambre ? Et quels étaient alors les moyens de réchauffement passif dont ils disposaient ? Nous pourrions nous intéresser à définir ce qu'est le confort et quels sont les éléments essentiels dont les patients ont besoin pour se sentir confortable.

Cela pourrait se traduire par la mise en œuvre d'un protocole type « chemin thermique » comme c'est le cas notamment à l'institut Bergonié (« *suivi thermique du patient opéré du départ de sa chambre à son retour en chambre* ») ; qui évaluerait le confort thermique du patient avant son départ au bloc opératoire et jusqu'à son retour en chambre et identifierait les causes d'un éventuel inconfort afin de mettre en place des actions correctrices. Ceci dans une démarche de qualité et de sécurité de prise en charge pluridisciplinaire du patient au bloc opératoire.

Nous pourrions aussi proposer une déclaration d'évènement indésirable faite pour les patients en inconfort thermique en préopératoire afin de pouvoir en repérer les causes et agir en amont.

La prise en charge de l'anxiété préopératoire est selon moi orientée en ce sens avec la visite préanesthésie qui permet déjà de diminuer l'anxiété de son seul fait et définit le type de prémédication à proposer au patient. Cette anxiété est de nouveau évaluée à l'arrivée du patient au bloc opératoire, et peut influencer les techniques d'induction anesthésique. L'accueil du futur opéré au bloc opératoire est en effet un moment privilégié et une étape déterminante sur l'expérience vécue par le patient. L'I.A.D.E. y joue un rôle essentiel car il va accompagner le patient dans cette épreuve, particulièrement anxiogène. Il sera une personne ressource pour le futur opéré et entretiendra avec lui une relation très particulière depuis son entrée jusqu'à sa sortie de salle. La prise en charge de l'anxiété nécessite une approche multidimensionnelle de la part de l'équipe soignante : thérapeutique, psychologique, comportementale, gestuelle, anthropologique... Selon J.Serrano : « La présence technique n'a sa pleine valeur que si elle est doublée d'une présence humaine. »

Ces 2 dimensions (anxiété et confort thermique) pourraient être évaluées en postopératoire par des entretiens qualitatifs avec les patients, comme c'est le cas lors des questionnaires de satisfaction qui sont proposés aux patients, notamment en chirurgie ambulatoire.

Nous pourrions nous intéresser également au bénéfice pendant l'intervention du faible niveau d'anxiété et du confort thermique préopératoire. Ce dernier peut-il être confondu avec la prévention de l'hypothermie préopératoire? En effet confort thermique et prévention de l'hypothermie sont des notions très proches mais pas similaires. Nous pourrions les mettre en relation et voir si ces 2 approches (qualitative et quantitative) sont corrélées.

Enfin, comme il a été dit précédemment, on pourrait observer l'impact qu'a ce confort thermique sur l'anxiété préopératoire par rapport aux autres facteurs anxiogènes qui sont connus et documentés.(1)(15)

Après la réalisation de ce travail, j'ai pu me rendre compte que la prise en charge du confort thermique commençait véritablement à l'entrée au bloc opératoire. Nous pourrions pourtant intervenir bien en amont afin de dépister un éventuel inconfort et mettre en place des actions, notamment en service d'hospitalisation et lors des transferts intra hospitaliers. Ceci dans une démarche qualitative permettant dans un même temps de réduire l'anxiété des patients avant une chirurgie.

6 Conclusion

L'anxiété préopératoire ainsi que l'inconfort thermique sont bien connus dans le contexte chirurgical et leur prise en charge passe par une implication pluridisciplinaire des équipes, dans laquelle l'I.A.D.E. joue un rôle majeur. La prise en charge de l'anxiété préopératoire reste une priorité pour le soignant, mais l'inconfort thermique lié à la sensation de froid, pourtant régulièrement souligné par le patient et source de plainte et d'insatisfaction, ne semble pas être considéré avec autant d'importance. Il est nécessaire de dépister et de minimiser l'anxiété préopératoire. Il est également de notre rôle de veiller à ce confort thermique, de l'évaluer dès l'accueil du patient avant son intervention chirurgicale et de mettre tout en œuvre pour qu'il perdure jusqu'à sa sortie de S.S.P.I.

Cette étude pourra être réinvestie dans notre pratique professionnelle par la mise en place de protocoles comme par exemple une prise en charge dès le départ du patient de sa chambre, ou par la mise en place de réchauffement précoce avant l'entrée en salle d'intervention.

Sigles et abréviations

A.F.A.R. : Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation

A.I.N.S. : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

A.G. : Anesthésie Générale

A.L. : Anesthésie Locale

A.L.R. : Anesthésie Loco Régionale

C.F.X.M. : Centre François Xavier Michelet

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

E.V.A. : Echelle Visuelle Analogique

I.A.D.E. : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

S.S.P.I. : Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Références bibliographiques

1. Chabay E, Chinouilh M, Pignoux C, Fontaine B. Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété. Elsevier Masson. 2009. Available from: http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html
2. Lagant C, Sukami M, Fournier C, Delafosse C, Lebail M, Galand P, et al. Vécu et souvenir des patients par rapport à leur prise en charge au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2014 Sep;33:A416–7.
3. Zeev N. Kain, Sevarino F, Alexander G, Ayoub C, Kosarussavadi B, Pincus S. Attenuation of the preoperative stress response with midazolam: effects on postoperative outcomes. 2000 Jul;93(1):141–7.
4. Frank SM, Fleisher LA. Temperature's Importance in Patient Safety Reviewed [Internet]. 1999. Available from: <http://www.apsf.org/newsletters/html/1999/summer/12temp.htm>
5. Décret No 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique concernant les professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier [Internet]. 2004. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>
6. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
7. De vito Woods MT. Réduire l'anxiété du patient en instaurant la confiance. *K Rank Soins Infirm*. 2014;(2):68–71.
8. Laurens C. Améliorer l'accueil. Paris: Éditions d'organisation. 1981;139 p.
9. Beydon L, Emmanuel Dima C. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Prat En Anesth Réanimation*. 2007 Jun;11(3):161–70.
10. Henderson V, Collière M-F. La nature des soins infirmiers. Paris; Saint-Laurent, Québec: InterÉditions; ERPI. 1994.
11. Batt, Trognon. L'éthique de l'interaction au bloc opératoire. 2011;236–8.
12. Besson G. L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phrases. 2010 Sep;29 No 3:197–8.
13. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2010 Oct;168(8):588–92.
14. Sztark F. Anxiété préopératoire et prémédication. 2012 Oct; EIA Pellegrin Bordeaux.
15. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001 Mar;45(3):298–307.

16. Maward, Azar. Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. 2004/09.;(78):35–58.
17. Krohne HW, de Bruin JT, Mohiyeddini C, Breimer N, Agricola JT, Schäfer MK. Specific dimensions of anxiety in surgical patients. Development of a questionnaire and empirical results. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2000 Feb;50(2):72–80.
18. Johnston M, Carpenter L. Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. *Psychol Med.* 1980 May;10(02):361.
19. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50(5):992–1003.
20. Miller SM. Coping with Impending Stress: Psychophysiological and Cognitive Correlates of Choice. *Psychophysiology.* 1979 Nov;16(6):572–81.
21. Delmas P, Arnol C, Cloutier L. L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré. 1997/06;(49):90–9.
22. De L. Horne DJ, Vatmanidis P, Careri A. Preparing Patients for Invasive Medical and Surgical Procedures 1: Adding Behavioral and Cognitive Interventions. *Behav Med.* 1994 Mar;20(1):5–13.
23. Bauer KP, Dom PM, Ramirez AM, O'Flaherty JE. Preoperative intravenous midazolam: benefits beyond anxiolysis. *J Clin Anesth.* 2004 May;16(3):177–83.
24. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN J.* 2006 Sep;84(3):427–48.
25. 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 Mar;90(3):706–12.
26. Millar K, Jelcic M, Bonke B, Asbury AJ. Assessment of preoperative anxiety: comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *BJA Br J Anaesth.* 1995;74(2):180–3.
27. 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 Mar;23(3):227–33.
28. Charbonneau J-Y, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec., Secteur transformation et services. Confort thermique à l'intérieur d'un établissement.: Gouvernement du Québec, Secteur transformation et services. 1996.
29. Fuscuardi J, Lebrun F. Conséquences de l'hypothermie peropératoire. Conférence d'actualisation SFAR 1998. 1998. p. 162–79. Available from: http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca98/html/ca98_13/98_13.htm
30. Frank SM, Higgins MS, Breslow MJ, Fleisher LA, Gorman RB, Sitzmann JV, et al. The catecholamine, cortisol, and hemodynamic responses to mild perioperative hypothermia. A randomized clinical trial. *Anesthesiology.* 1995 Jan;82(1):83–93.
31. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. *N Engl J Med.* 1996 May 9;334(19):1209–15.

32. Schmied H, Kurz A, Sessler DI, Kozek S, Reiter A. Mild hypothermia increases blood loss and transfusion requirements during total hip arthroplasty. *Lancet*. 1996 Feb 3;347(8997):289–92.
33. Pernod CP, Antoine A-L, Guth C, Caremil F, Jean F-X, Loheas D, et al. Intérêt du réchauffement cutané actif pré-opératoire pour la réduction des pertes thermiques en chirurgie orthopédique prothétique. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2014 Sep;33:A190–1.
34. Kurz A, Sessler DI, Narzt E, Bekar A, Lenhardt R, Huemer G, et al. Postoperative hemodynamic and thermoregulatory consequences of intraoperative core hypothermia. *J Clin Anesth*. 1995 Aug;7(5):359–66.
35. Pr Otteni J. Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie. 1995. Available from: <http://www.sfar.org/article/8/recommandations-concernant-l-equipement-d-un-site-ou-d-un-ensemble-de-sites-d-anesthesie-sfar-1995>
36. Hynson JM, Sessler DI, Moayeri A, McGuire J, Schroeder M. The effects of preinduction warming on temperature and blood pressure during propofol/nitrous oxide anesthesia. *Anesthesiology*. 1993 Aug;79(2):219–28, discussion 21A – 22A.
37. Golmard J, Fournier C, Sukami M, Artichaud D, Keïta H. Le confort en salle de surveillance post-interventionnelle. 2010. Available from: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/le_confort_en_SSPI.pdf
38. Carry PY, Dubost J, Roche C, Gueugniaud PY. Le réchauffement préopératoire. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2001 Nov. Available from: <http://icarweb.fr/IMG/pdf/6-33.pdf>
39. AHS: Associated Health Systems INC. Réchauffement du patient. AHS. 2010. Available from: <http://www.associatedhealthsystems.com/pages/patient/convective/paws.php?lang=fr>
40. Caplow T. L'enquête sociologique. Armand Colin. 1972. 235-240 p.
41. Hynson, Sessler, Moayeri, Mc Guire, Schroeder. The Effects of Preinduction Warming on Temperature and Blood Pressure during Propofol/Nitrous Oxide Anesthesia. 1993 Aug;79(2):219–28.
42. K.B. Les femmes sont-elles plus frileuses que les hommes?. *Science et vie*. 2015. Available from: <http://www.science-et-vie.com/2015/01/les-femmes-vraiment-frileuses-les-hommes%E2%80%89/>
43. Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth*. 1990 May;37(4):444–7.
44. Ndoli M., Rampanjato M, Agumon A. Evaluation des effets du Dichlorate d'Hydroxyzine sur l'anxiété préopératoire et appréciation de l'information donnée aux malades. 2012;69(1):15–23.
45. Lemarie J, Pieux V, Lemarie S. Information patient et anesthésie: support vidéo. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine*. 2014 Dec;3(4):187–8.

Annexes

Annexe 1 : ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

Humeur anxieuse Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

Craintes Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Insomnie Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

Troubles de la concentration et de la mémoire Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

Humeur dépressive Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Symptômes somatiques généraux : sensoriels Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Symptômes cardio-vasculaires Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Symptômes respiratoires Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration sibilante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Symptômes gastro-intestinaux Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Symptômes urinaires et génitaux Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sècheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

Comportement pendant l'entretien Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux (se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux (se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux (se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux (se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

Annexe 2 : modified Yale Preoperative Anxiety Scale

Activité :

Curiosité, explore l'environnement, comportement adapté à l'âge (jeux) 1

Ne joue pas, tripote ou suce ses doigts Attente près de ses parents 2

Activité confuse sans but Agrippé à ses parents Bouge sur la table, refuse le masque 3

Refuse la séparation avec ses parents Fuite, repousse les personnes à l'aide de ses membres 4

Comportement verbal :

Questionne calmement, rires Commentaires adaptés 1

Réponse chuchotée, parler «bébé» Hochement de tête 2

Muet, pas de réponses aux adultes 3

Plaintes, gémissements, pleurnichard 4

Cris, dit « non » 5

Cris forts, audibles sous le masque 6

Expression :

Heureux, souriant 1

Indifférent, sans expression 2

Inquiet, triste, yeux apeurés 3

Anxieux, cris, effrayé 4

Eveil :

Curiosité, en éveil 1

Repli, suce son pouce Assis sans bouger, regard vers les adultes 2

Vigilant, tendu Regards furtifs 3

Paniqué, cris Repousse les adultes 4

Attitude avec les parents :

Jeux, comportement adapté, pas besoin d'eux 1

Recherche le confort, la sécurité, s'appuie contre eux 2

Epie leurs gestes, s'accroche à eux 3

Rejet des parents ou désespérément accroché à eux Ne les laissant pas s'éloigner 4

Annexe 3 : Spielberg State-Trait Anxiety Inventory (Y-A)

Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
-----	------------	------------	-----

1 Je me sens calme.
2 Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.
3 Je me sens tendu(e), crispé(e).
4 Je me sens surmené(e).
5 Je me sens tranquille, bien dans ma peau.
6 Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).
7 L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.
8 Je me sens content(e).
9 Je me sens effrayé(e).
10 Je me sens à mon aise.
11 Je sens que j'ai confiance en moi.
12 Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).
14 Je me sens indécis(e).
15 Je suis décontracté(e), détendu(e).
16 Je suis satisfait(e).
17 Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.
19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.

Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Y-B)

l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.		NON	Plutôt NON	Plutôt OUI	OUI
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	I			
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0			
3	Je me sens content(e) de moi.	I			
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0			
5	J'ai un sentiment d'échec.	0			
6	Je me sens reposé(e).	I			
7	J'ai tout mon sang-froid.	I			
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0			
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0			
10	Je suis heureux(se).	I			
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0			
12	Je manque de confiance en moi.	0			
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	I			
14	Je prends facilement des décisions.	I			
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0			
16	Je suis satisfait(e).	I			
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0			
18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0			
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	I			
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0			

Annexe 4 : Amsterdam preoperative anxiety and information scale

	Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

Annexe 5 : Hospital Anxiety and depression Scale

Score Anxiété :

Je me sens tendu ou énervé : la plupart du temps / souvent / de temps en temps / jamais

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : oui, très nettement / oui, mais ce n'est pas grave / un peu, mais cela ne m'inquiète pas / pas du tout

Je me fais du souci : très souvent / assez souvent / occasionnellement / très occasionnellement

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : oui, quoi qu'il arrive / oui, en général / rarement / jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : jamais / parfois / assez souvent / très souvent

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : oui, c'est tout à fait le cas / un peu / pas tellement / pas du tout

J'éprouve des sensations soudaines de panique : vraiment très souvent / assez souvent / pas très souvent / jamais

Annexe 6 : Questionnaire

TONDUT Jérémie , EIADE 2^{ème} année , promotion 2013 / 2015

Etudiant en 2^{ème} année à l'école d'infirmier anesthésiste de Bordeaux , je souhaiterais faire une étude en vue de mon mémoire : *l'impact du confort thermique sur l'anxiété du patient avant son entrée en salle d'opération.*

Ce questionnaire, assez court, ne vous prendra que 5 minutes environ.

A l'arrivée du patient en pré anesthésie ou sas de transfert : (selon les sites)

- **Renseigner âge et sexe**
- **Prémédication** : prise ou non de prémédication
- **Informations** : désir éventuel d'informations complémentaires par une question fermée : « *Est ce que l'information donnée sur la chirurgie et l'anesthésie correspond à vos attentes ?* »
- **Confort thermique** : évalué par une question fermée : « *Etes-vous confortable au niveau température?* »
- **Evaluation anxiété** : Echelle Visuelle Analogique (E.V.A) par une question fermée : « *Pouvez-vous estimer votre anxiété à ce moment précis sur cette réglette, à gauche vous n'êtes pas du tout anxieux, à droite vous êtes extrêmement anxieux* ».

Pour le groupe présentant un inconfort thermique lié au froid, il faudra mettre en place en suivant cette évaluation un réchauffement corps entier (par convection d'air chaud (type Warm Touch® ou Bair Hugger®) ; couverture chauffante électrique, drap chaud ou couverture synthétique supplémentaire selon le matériel disponible.)

Pour les patients en inconfort thermique lié au chaud, les découvrir en respectant leur pudeur

Pour les autres patients, leur laisser les moyens en place

Au bout de 10 minutes précises, il faudra répéter cette évaluation du confort thermique **et** du score d'anxiété par les mêmes méthodes et les reporter sur le questionnaire.

Dans tous les cas, ces évaluations devront être terminées avant que le personnel de bloc ne vienne chercher le patient.

Population étudiée :

Population **adulte** et bénéficiant d'une **Anesthésie Générale** (avec ou sans ALR)

Patient **coopérant, communiquant et bien éveillé.**

Tout type de chirurgie

Sans interruption du réchauffement entre les 2 évaluations, qui se feront **à 10 minutes d'intervalle.**

E.V.A. : **auto évaluation** de l'anxiété par le patient. Réglette coté gradué vers le soignant et curseur placé au milieu. Si le patient en fait la demande on définira l'anxiété par : « *des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension.* »

Merci beaucoup pour votre implication !!

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter : 06.20.84.50.97. Jérémie TONDUT

A l'arrivée du patient en préanesthésie ou sas de transfert: (selon les sites)

Age : ans

Sexe : M F

Prémédication : OUI NON

3 questions à poser au patient :

« Est ce que l'information donnée sur la chirurgie et l'anesthésie correspond à vos attentes? »

OUI NON

« Etes-vous confortable au niveau température? »

OUI

NON (sensation de froid sensation de chaud)

+ Autoévaluation par le patient de son score d'anxiété actuel : (grâce à E.V.A. fournie, côté gradué face au soignant)

« Pouvez-vous estimer votre anxiété à ce moment précis sur cette réglette, à gauche vous n'êtes pas du tout anxieux, à droite vous êtes extrêmement anxieux »

entourer le score associé :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Si inconfort thermique lié au froid, mise en place d'un réchauffement corps entier (par drap chaud / couverture synthétique / couverture chauffante électrique / ou par convection d'air chaud : Warm Touch® ou Bair Hugger®) selon matériel disponible sur le site
- Si lié au chaud, découvrir si possible le patient

Au bout de 10 minutes : (sans interruption du réchauffement, ni départ du patient)

« Etes-vous confortable au niveau température? »

OUI

NON (sensation de froid sensation de chaud)

+ Autoévaluation du Score anxiété actuel : **entourer le score associé :**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Résumé

Introduction : L'anxiété opératoire a un impact important sur l'état de santé du patient opéré et sur l'ensemble de l'acte chirurgical et ses suites. L'inconfort thermique est quant à lui source d'insatisfaction relatée par nombre de patients en postopératoire immédiat.

Revue de littérature : Leur prise en charge est primordiale, notamment par les infirmiers anesthésistes dans un climat anxigène, et dans un souci de confort de la personne soignée. Cette étude a cherché à montrer si un lien significatif existait entre ce confort thermique préopératoire et la valeur de l'anxiété.

Méthodologie d'enquête : Nous avons réalisé une étude multicentrique quantitative auprès de 126 patients avec un questionnaire renseignant des critères sociodémographiques ainsi qu'une évaluation de leur anxiété et de leur ressenti thermique à leur arrivée au bloc opératoire, puis après 10 minutes. Un réchauffement a été éventuellement mis en place.

Résultats : Cette étude a permis de mettre en avant qu'il y avait un lien entre confort thermique et valeur d'anxiété préopératoire. L'anxiété était plus importante lorsque les patients étaient en inconfort thermique, et le fait de les réchauffer avait diminué significativement cette anxiété. De plus, selon le sexe, les niveaux d'anxiété et le ressenti thermique à l'arrivée des patients au bloc opératoire variaient.

Discussion : Le réchauffement est un des facteurs de diminution de l'anxiété, dans une prise en charge multidimensionnelle. La diminution globale de l'anxiété observée est corrélée aux autres études faites en ce sens. On pourra s'interroger sur l'effet qu'aurait eu un réchauffement chez les patients déjà confortables et sur les facteurs qui ont pu générer l'inconfort des patients avant leur arrivée au bloc.

Conclusion : Cette prise en charge conjointe de ces deux paramètres pourrait être améliorée par la mise en place de protocoles et d'évaluation anticipée.

Mots clés : Anxiété, confort thermique, réchauffement, préopératoire, évaluation

Introduction: Preoperative anxiety has an important impact on the operated patient's health status ; on the whole surgery and its aftermath. Meanwhile, thermal discomfort is regarded as a source of dissatisfaction, as reported by many patients in the immediate postoperative time.

Literature Review: It is essential that patients be handled, including by nurse-anesthetists in an anxiety-provoking context, and for the comfort of the care receiver. This study aimed at determining whether there was a significant correlation between preoperative thermal comfort and the intensity of anxiety.

Methods: We conducted a multicenter quantitative study of 126 patients with a questionnaire inquiring sociodemographic criteria ; as well as an assessment of their anxiety and thermal perception upon entering the operating room, and then 10 minutes later. A warming method has been optionally introduced.

Results: This study made it possible to highlight that there was a connection between thermal comfort and value of preoperative anxiety. Anxiety provide higher when patients suffered thermal discomfort, but dropped significantly int the presence of a heating appliance. Moreover, depending of the gender, the level of anxiety and thermal perception upon arrival in the operating room varied.

Discussion: Heating devices is a important factor in decreasing anxiety, in a multidimensional support strategy. The overall decrease in anxiety we observed is to be correlated with other studies exploring the same avenue. We may wonder about the effects of a heating device in patients already comfortable ; and about the factors responsible for patient thermal discomfort before their arrival to the operative suite.

Conclusion: The joint management of these two parameters could be improved by the establishment of protocols and early assessment.

Keywords : Anxiety, thermal comfort, warming, preoperative assessment