

COMMENT REpondre AUX QUESTIONS POSEES PAR LES PATIENTS EN CONSULTATION D'ANESTHESIE

Exemple de l'anesthésiste et du patient bénéficiant d'un acte de radiofréquence pulmonaire

F. LAKDJA¹ MD , E. VIEL² MD PhD, F. SZTARK³ MD PhD, P. MAURETTE⁴ MD, PhD

1. *Département d'anesthésie-réanimation et du département du CARE (coordination accompagnement réhabilitation éducation) Institut Bergonié - Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - 229 cours de l'Argonne 33076 Bordeaux cedex*
2. *Médecine de la Douleur - Médecine Palliative - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur CHU Nîmes*
3. *Pôle anesthésie-réanimation SARI CHU de Bordeaux*
4. *Pôle anesthésie-réanimation SARI CHU de Bordeaux*

I. INTRODUCTION

De nouvelles dispositions législatives et réglementaires placent l'individu au cœur de la pratique médicale (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Ainsi sont privilégiés son autonomie et son consentement, ses droits et ses devoirs ainsi que ceux des professionnels de la santé. La relation thérapeutique prend la forme d'un partenariat dans lequel le patient joue un rôle actif tout au long du traitement. Le patient est aussi un acteur de l'amélioration de la qualité des soins. Le patient a donc droit aux soins, au libre choix du professionnel et de l'institution de santé, à la personne de confiance, à être accompagné et informé. Le patient a également des devoirs, notamment de donner aux professionnels les renseignements les plus complets sur sa santé.

Tous ces principes sont à réunir pour assurer un parcours « sans trop de fautes » au patient qui doit bénéficier d'une anesthésie pour radiofréquence pulmonaire^{1,2}.

II. SCENARIO

La première rencontre, habituellement, entre l'anesthésiste et le patient, a lieu lors de la consultation. C'est donc à ce moment clé de l'engagement mutuel que les explications sur le déroulement de l'acte de radiologie interventionnelle co-animé par le radiologue et l'anesthésiste doivent être précisées de manière claire et loyale.

Après avoir noté, avec détail, les antécédents du patient (y compris les médicaments en cours), le dialogue singulier pourrait alors prendre la forme suivante :

L'anesthésiste : Mr ou Mme ? Bonjour, votre cancérologue vous a proposé un traitement par radiofréquence de la lésion qui existe dans votre poumon. Ce traitement semble être le plus approprié à votre cas. Le radiologue que vous avez vu récemment vous a expliqué la technique n'est-ce pas ? Vous avez également dû signer le consentement qui signifie que vous êtes d'accord. Ai-je bien compris ?

Le patient : oui mais je souhaite des précisions.

L'anesthésiste : je vous écoute.

Le patient : serais-je endormi ?

L'anesthésiste : pour que cet acte se fasse correctement, il faut réunir certaines conditions : il nous faut vous éviter les douleurs, l'anxiété et les mouvements qui pourraient gêner la procédure. Pour se faire, nous pouvons vous proposer l'anesthésie générale ou une anesthésie régionale par péridurale ou bloc paravertébral.

Le patient : j'ai compris l'anesthésie générale mais pas le reste...

L'anesthésiste lui explique avec un schéma éventuellement : l'anesthésie proprement dite qui peut être soit générale, avec perte de conscience du patient (patient « endormi »), soit locale ou loco-régionale³. L'anesthésie générale s'obtient par administration de médicaments par voie intra-veineuse ou respiratoire. Les paramètres vitaux sont mesurés en continu (fréquence cardiaque, pression artérielle, saturation en oxygène, etc.) et la ventilation du patient peut être assistée ou contrôlée à l'aide d'un respirateur si nécessaire. Le médecin anesthésiste présent en permanence à vos côtés, travaille en collaboration étroite avec un infirmier anesthésiste spécialisé et également responsable de votre anesthésie qui surveille en continu tous les paramètres vitaux et qui ne vous quitte pas des yeux, ce binôme confère la meilleure sécurité possible. La phase d'endormissement est appelée induction et la phase d'entretien de l'anesthésie correspond à l'adaptation des doses en fonction des gestes radiologiques en cours, tout en garantissant la sécurité du patient. La durée de cette phase est directement liée à la nature de l'intervention. Enfin, la phase de réveil s'effectue par l'arrêt des médicaments hypnotiques et l'utilisation possible de médicaments inversant leurs effets.

L'anesthésie loco-régionale regroupe un ensemble de techniques qui permettent d'endormir uniquement la partie concernée par l'acte de radiologie. Nous distinguons : des anesthésies régionales (blocs centraux) telles que la rachi-anesthésie ou l'anesthésie péri-durale, des anesthésies locales (blocs périphériques ou infiltrations). Les principes de ces techniques restent identiques : injecter des anesthésiques locaux à proximité des nerfs qui véhiculent le message douloureux du site chirurgical vers le cerveau. Le nerf est « endormi » et le patient ne ressentira aucune douleur. En pratique, l'anesthésiste contrôle la bonne installation du bloc anesthésique avant le début de la chirurgie, soit en général environ 20 minutes après l'injection (nous faisons des tests au toucher, au froid pour s'assurer de l'efficacité...). Ainsi, le bloc paravertébral correspond à l'injection d'un agent anesthésique local à proximité des racines des nerfs qui innervent le thorax et empêche donc de ressentir la douleur pendant l'acte et même après car nous laisserons en place un petit cathéter par lequel nous pouvons si besoin réinjecter des anti-douleurs⁴. Vous restez conscient, mais pour diminuer le stress ou l'anxiété, nous pouvons utiliser la sédation qui est une technique anesthésique : nous utilisons des médicaments anti-douleur en intra-veineuse et des médicaments anti-stress en perfusion.

Le patient : pourrais-je me passer de l'anesthésie ?

L'anesthésiste : nous aurions pu discuter de l'anesthésie locale mais dans votre situation et à cause de la procédure radiologique les risques sont plus grands que les bénéfices.

Le patient : et l'hypnose ?

L'anesthésiste : c'est plutôt de l'hypno-sédation dont il faut parler mais cela ne fait pas l'économie de produits anesthésiques et parfois en cas d'insuccès, nous pouvons être amenés à transformer cette technique en anesthésie générale.

Le patient : merci. Mais combien cela va-t-il durer ?

L'anesthésiste : cela dépend de la lésion et du nombre de lésions à traiter. L'hospitalisation peut durer 48 heures et vous passerez d'abord par la salle de réveil avant de regagner votre chambre.

Le patient : vous parlez d'évaluation du risque dans votre exercice professionnel, cela signifie que je peux mourir ou avoir une complication et si oui quelle est la fréquence ? Suis-je en danger ?

L'anesthésiste : le danger est un événement ou une situation susceptible d'entraîner des conséquences négatives ou dommages. Le risque est la possibilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées ou si vous voulez le risque représente la possibilité qu'un danger s'actualise.

Le patient : et alors ?

L'anesthésiste : le risque de décès est de 1 pour 100 000 anesthésies, l'équivalent de celui de mourir dans l'année par homicide, celui d'avoir une infection HIV du fait d'une transfusion d'une unité de sang est de 1 pour 10 000 000, de se réveiller durant l'anesthésie est de 1 pour 100 ...5.

Le patient : qu'est-ce que je risque pour cette intervention précisément ?

L'anesthésiste : le radiologue a dû vous expliquer les complications possibles de l'acte qu'il vous propose. Je vais vous le préciser. Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication. Pendant ou après une ponction du thorax, de l'air peut passer dans la plèvre (entre la paroi et le poumon), entraînant lorsque nous sommes conscient(e) une douleur du dos et de l'épaule et une gêne à la respiration. Cet air, s'il apparaît, est exsufflé au maximum en fin de procédure. Mais les médecins peuvent cependant être amenés à placer un petit tuyau (drain) pour évacuer l'air. Cette complication est systématiquement recherchée par une radiographie du thorax au décours du traitement. Certaines personnes peuvent cracher un peu de sang de façon transitoire. Une respiration calme et régulière aide à minimiser ce phénomène. Il est rare qu'une blessure d'un vaisseau soit à l'origine d'une hémorragie nécessitant une transfusion de sang, de dérivés sanguins ou une intervention pour arrêter le saignement. L'entrée d'air dans les vaisseaux et la migration de cet air vers le cerveau (embolie gazeuse) sont des complications tout à fait exceptionnelles. Une complication conduisant au décès est rarissime. Les études n'ont pas fait mention de complication en cas de stimulateur cardiaque et c'est aussi notre expérience. Dans les premières heures suivant le traitement, votre contribution sera primordiale : prévenez-nous à la moindre gêne respiratoire, en cas de douleur persistante ou de signes anormaux tels fièvre, frissons, vertiges.

En ce qui concerne l'anesthésie péridurale, les complications, des anesthésies rachidiennes et péri-urales, sont les suivantes :

- dans 10-20 % des cas, une chute transitoire de la tension artérielle au début de l'anesthésie peut survenir, qui est corrigée par l'injection d'un médicament et l'activation de la perfusion ;
- des difficultés pour uriner dans la période post-opératoire immédiate, peuvent nécessiter un sondage de la vessie pour la vider ;
- des troubles respiratoires et cardiaques (moins de 2 %) en cas d'injection accidentelle de l'anesthésique local dans un vaisseau, sont corrigés par un support médicamenteux et une assistance respiratoire ;
- des maux de tête (1 %), principalement après une anesthésie rachidienne, se résolvent spontanément ou avec un traitement ;
- dans moins de 1 % des cas, peuvent survenir des réactions allergiques suite à l'injection des agents anesthésiques et/ou d'autres substances administrées (ex. les antibiotiques), qui seront traitées comme toute autre forme d'allergie ;
- des lésions des nerfs par l'aiguille d'injection, par un hématome, par une infection ou par des médicaments avec paralysie irréversible due à une blessure de la moelle épinière, une baisse de l'acuité auditive, des troubles de la vue, sont des complications extrêmement rares (moins d'un cas sur 10 000).
- Pour le bloc para-vertébral, son principal inconvénient est un taux d'échec d'environ 10 %. Et dans ce cas, nous pourrions toujours effectuer une anesthésie générale.
- Dans quelques cas, un vaisseau peut être blessé ainsi que la plèvre mais ce sont des incidents mineurs et réversibles⁶.

Le patient : et ensuite ?

L'anesthésiste : vous serez surveillé attentivement par le personnel soignant en salle de réveil puis dans votre chambre. Nous vous indiquerons si vous devrez rester allongé et pendant combien de temps. La durée pendant laquelle vous devrez rester dans l'établissement dépendra de l'existence ou non d'effets secondaires. Après le retour à votre domicile, l'équipe médicale vous demandera de venir la voir régulièrement lors de visites programmées. Des examens d'imageries devront être réalisés dans notre établissement selon des protocoles spécifiques. N'hésitez pas à appeler votre médecin traitant pour tout

problème même mineur. Il pourra prendre contact avec notre service d'anesthésie ou de radiologie à tout moment...

Le patient : merci pour toutes ces précisions mais j'avais d'autres interrogations...

L'anesthésiste : oui bien entendu, je suis à votre disposition.

Le patient : qui pratique l'anesthésie ?

L'anesthésiste : la consultation que nous avons actuellement doit obligatoirement être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur, votre serviteur... [Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie : Décrets)]. Et du fait de l'organisation, il est possible que se soit un autre collègue qui pratiquera l'acte anesthésique. Remarquez que je suis avec vous maintenant tandis que d'autres collègues sont au bloc opératoire⁷.

Le patient : et donc si c'est quelqu'un d'autre, il ne me connaîtra pas ?

L'anesthésiste : en effet, mais les informations que nous échangeons en ce moment, sont écrites et mon collègue en prendra connaissance avant de vous rendre visite en pré-opératoire.

Le patient : cela me rassure un peu, c'est donc celui que je vois en visite pré-opératoire qui va m'endormir ?

L'anesthésiste : en effet la visite pré-opératoire est aussi une obligation [Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie: Décrets)].

Le patient : vous m'avez fait remplir un questionnaire : dois-je absolument tout vous dire me concernant ?⁸

L'anesthésiste : la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades vous donne aussi un certain nombre d'obligations. Vos devoirs sont ceux qu'imposent des règles de vie commune, d'hygiène et de sécurité. Le bon sens voudrait aussi que vous nous donniez toute information pertinente et utile sur votre santé et vos antécédents, les médicaments que vous prenez, etc... et tous ces éléments serviront à bien évaluer les risques et donc à permettre que tout se déroule dans les meilleures conditions et suites possibles. Et si vous avez oublié des choses aujourd'hui et que votre mémoire vous les restitue, je vous invite à les noter dans les jours qui suivent et à les livrer à l'anesthésiste lors de votre entrée.

Le patient : vous m'avez interrogé et examiné : pourquoi avoir insisté sur l'examen de la bouche et de la gorge ?

L'anesthésiste : l'examen clinique, seul, permet la détection de 10 à 25 % des pathologies chroniques. L'examen comprend les mensurations (taille, poids et notion de perte de poids sur les six derniers mois), une auscultation cardio-pulmonaire et la recherche de signes d'insuffisance d'organe (cardiaque, pulmonaire, hépatique, etc.). L'examen morphologique de votre bouche et de votre gorge recherche les signes cliniques associés à une intubation pour rendre libres vos voies aériennes⁹ ou à une ventilation au masque facial difficiles¹⁰. Cela afin d'assister votre respiration en toute sécurité pendant la procédure radiologique. Je dois également m'assurer de votre état bucco-dentaire afin de prendre toutes les précautions pour éviter les blessures possibles lors de la mise en place du matériel tel qu'une sonde ou une canule.

Le patient : et le bilan et l'électro...

L'anesthésiste : les examens complémentaires ne servent que pour compléter l'interrogatoire et l'examen clinique et je vous prescrirai ceux qui me semblent utiles et sans dépense inutile¹¹. Quant à l'électro-cardiogramme il n'est recommandé que chez les patients ayant plus d'un facteur de risque cardiaque et devant bénéficier d'une chirurgie de risque intermédiaire à élevé et je vous rassure ce n'est pas votre cas¹².

Le patient : excusez-moi d'abuser de votre temps et de votre gentillesse mais je serai plus rassuré si je pouvais visiter les blocs ou la salle de réveil et me rendre vraiment compte de ce qui m'attend.....

L'anesthésiste : c'est une demande parfaitement légitime. Nous disposons d'une vidéo que nous vous proposons de regarder après la consultation ou lors de votre entrée¹³. Mais en attendant je vous remets des documents qui explicitent tout ce que je viens de vous dire afin que les informations les plus pertinentes ne soient pas oubliées¹⁴.

Ainsi en matière de radiofréquence pulmonaire, les conditions d'organisation et de sécurité au scanner doivent être les mêmes que pour tout acte anesthésique en dehors des blocs opératoires¹⁵.

III. ÉPILOGUE

Le patient qui doit subir une anesthésie est probablement surtout exposé à un état timérique (du latin timere : craindre). Terme proposé par A. Le Gall¹⁶ plus ou moins bien contrôlable. Il peut traverser les émotions comme la peur qui est une des émotions de base que nous avons tous déjà rencontrée et qui se caractérise par le fait d'avoir un objet "réel" précis : la peur est peur de quelque chose, elle a ses raisons d'être objective. Ailleurs, il ressent une crainte et de l'appréhension qui sont des peurs anticipatoires. A l'opposé, il peut éprouver de l'angoisse, cet état de "peur" sans objet dont l'anxiété et l'inquiétude ne se différencient que par leur moindre intensité. Plus grave, la panique sera vécue comme une crise d'angoisse aiguë et intense tandis que la terreur et l'effroi représentent des peurs extrêmes.

Les périodes pré et post-opératoires voient les événements stressants particulièrement exacerbés. Il s'en suit des désordres somatiques et des états émotionnels divers dont au moins l'anxiété. Janis¹⁷ a montré qu'il existe une relation curvi-linéaire entre le degré d'anxiété pré-opératoire des sujets et leurs capacités d'ajustement après l'opération : Une anxiété très élevée ou très faible avant une intervention induirait significativement un rétablissement post-opératoire peu satisfaisant. Tandis que les patients avec un niveau modéré d'anxiété se rétabliraient plus rapidement avec peu de douleur et peu de complications. Une anxiété modérée avant une intervention faciliterait le « travail d'inquiétude » (work of worrying) = préparation interne qui rend possible des actions effectives au moment où le stress est éprouvé. Et nous pouvons conclure de la manière suivante : il faut donc ni dramatisation excessive ni déni irréaliste.

A la question suivante : quelles sont les chances de mourir d'une anesthésie générale ? Nous répondrons références à l'appui :

– Chances de mourir à la suite d'une grossesse aux USA ou l'Europe de l'ouest : 5-10 décès per 100 000 naissances (0.005-0.01 %) ^{18,19}

– Chances de mourir des conséquences d'une anesthésie générale seule : un peu moins de 11-16 décès pour 100 000 personnes, selon la santé générale des personnes (0.01-0.016 %) ^{20,21}

– Chances de mourir en raison de complications résultant de l'opération de suppression de l'utérus (hystérectomie) : 120 à 160 décès par 100 000 opérations (0.12-0.16 %) ^{22,23}

– Chances de mourir en raison de complications résultant de l'opération d'ablation de la vésicule biliaire : 150 à 1400 décès par 100 000 opérations, en fonction de la santé et de la technique de l'opération (0.15-1.4 %) ^{24,25}

– Chances de mourir en raison de complications résultant de l'opération de suppression du gros intestin atteint de cancer : 800 à 5000 décès par 100 000 opérations, en fonction de la santé et de la technique de l'opération (0.8-5.0 %) ²⁶

Et si le patient nous interroge : de quels moyens disposez-vous pour limiter l'anxiété néfaste ? Des auteurs se sont penchés sur le bénéfice de l'information et de sa cible quant au rétablissement après interventions²⁷. L'Information concernant la sensation (aide l'individu à gérer ses émotions) et l'information concernant les stratégies d'ajustement (les ajustements possibles) permettent de réduire la douleur et de raccourcir la durée de séjour²⁸. L'information concernant la procédure (apprendre aux individus comment le traitement ou l'intervention vont réellement être menés) et les instructions comportementales (comment se comporter : se relaxer, se mouvoir etc., de la satisfaction et réduction de la douleur) montrent une amélioration de l'humeur, du rétablissement, des indices physiologiques²⁹.

Une autre question se pose : information écrite ou information orale ? Nous nous fonderons sur l'Hypothèse cognitive de Ley 1989.

L'information orale : améliorer le contenu par effet de primauté (les patients ont tendance à mieux se souvenir de la première chose que nous leur disons. Permet d'insister sur l'importance de l'observance, simplifie l'information, autorise d'utiliser la répétition, permet d'être précis et de suivre la consultation grâce à d'autres entretiens (en l'occurrence la visite pré-opératoire qui succèdera à la consultation)³⁰.

L'information écrite augmente la connaissance dans 90 % des études, l'observance dans 60 %, les conséquences dans 57 %³¹.

Nous pourrions également proposer dans certaines situations des méthodes d'ajustement au stress, pour autant que ces approches soient effectuées par des praticiens compétents dans l'appréciation des besoins, dans l'action thérapeutique, dans le suivi évaluatif et entrant dans le cadre de l'éthique médicale. L'objectif restant de rassurer, apaiser, calmer, pacifier, rassurer, sécuriser, bref ramener une sérénité pré-opératoire augurant de suites tranquilles, certes pour le patient, mais tout autant pour les soignants et l'anesthésiste.

IV. CONCLUSION

Nous ne sommes plus, et depuis peu seulement, dans le contrat thérapeutique paternaliste qui proposait que le « médecin est au patient, ce qu'un père est à son enfant » comme au temps d'Aristote, qui définissait les relations familiales autour de l'autorité du père, le Pater familias. Nous assistons ainsi depuis peu de temps mais réellement et heureusement à un équilibre dans les relations thérapeutiques médecin-patient. Et surtout que l'usager du soin est passé tour à tour de patient passif à l'acteur expert voire savant...

Cependant l'adaptation au patient reste nécessaire. En effet, une étude³² pour examiner les effets de style de consultation de médecins généralistes sur la satisfaction des patients a montré que le style de consultation directif était associé à des niveaux plus élevés de satisfaction que le style de consultation fondé sur l'échange. Cela confirme un autre modèle éducatif de la communication entre le médecin et le patient où le médecin est l'expert et le patient le novice. Dans cette étude, les patients préfèrent une figure d'autorité.

Le patient aurait-il toujours raison ?

Ailleurs et du côté du médecin anesthésiste, il aurait lieu, également, de s'interroger sur les conditions de la consultation et de l'optimisation du bilan pré-opératoire. « Il conviendrait alors de mieux caractériser la réserve physiologique du patient et son aptitude à passer sans encombre l'épreuve chirurgicale qui lui est proposée. Ainsi, le tri des patients fragiles et non fragiles, à risque intrinsèque ou sans risque devrait être optimisé. La dernière étape sera bien sûr de faire des études d'impact en faisant intervenir chez les populations à risque un facteur préventif (circuit patient privilégié, technique anesthésique spécifique, technique chirurgicale allégée) pour vérifier qu'effectivement la morbi-mortalité péri-opératoire diminue chez cette population sélectionnée de patient. »³³

Un récent et nouveau concept est celui de la notion d'éducation thérapeutique que l'O.M.S. définit ainsi : « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégrée dans les soins et centrée sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho-social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquiescer et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie ».

Cette réciprocité de la responsabilité du citoyen est explicitée dans diverses dispositions législatives et réglementaires. En effet, il existe une charte du patient hospitalisé (1995)³⁴, une loi des droits du malade (4 mars 2002). Et l'équité en matière de santé ne saurait s'entendre sans les devoirs des soignants et des usagers du système de santé (Article 3 sur les droits de la personne, droits et responsabilités des usagers).

REFERENCES

1. **Lafont C, Abdel-Rehim M, Palussière J, Aupérin A, Hakime A, Kind M et al.** *Évaluation prospective de la radiofréquence pulmonaire. Journées Françaises de Radiologie (JFR'2005). Paris, 15-19 octobre 2005. J Radiol 2005 ; 86 : 1384.*
2. http://cirse.org/files/File/Course_Programme_ESIR_2007_RFA_Villejuif.pdf
3. <http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Anesthesie-expliquee-patients.aspx>
4. http://www.sitanest.net/alr_ambu_pain/le_bloc_paravertebral.htm
5. http://www.securitesoins.fr/anesthesie/quelle-est-la-mortalite-anesthesique-en-france_fr_01_06.html
6. <http://www.mapar.org/article/pdf/717/Faut-il%20ressusciter%20le%20bloc%20paravertébral%C2%A0%20?.pdf>
7. **Weil G, Bourgain JL.** *Consultation préanesthésique. EMC - Anesthésie-Réanimation 2012;9 n° 2.*
8. **Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D.** *Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002;88:280-3 2.*
9. **Diemunsch P, Langeron O, Richard M, Lenfant F.** [Prediction and definition of difficult mask ventilation and difficult intubation: question 1.]. *Ann Fr Anesth Reanim 2008;27:3-14 1.*
10. **Kheterpal S, Martin L, Shanks AM, Tremper KK.** *Prediction and outcomes of impossible mask ventilation: a review of 50,000 anesthetics. Anesthesiology 2009;110:891-7 4.*
11. **Schein OD, Katz J, Bass EB, Tielsch JM, Lubomski LH, Feldman MA, et al.** *The value of routine preoperative medical testing before cataract surgery. Study of Medical Testing for Cataract Surgery. N Engl J Med 2000;342:168-75 3.*
12. **Poldermans D, Bax JJ, Boersma E, De HS, Eeckhout E, Fowkes G, et al.** *Guidelines for preoperative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery: the Task Force for Preoperative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-cardiac Surgery of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur J Anaesthesiol 2010;27:92-137 2.*
13. **Salzwedel C, Petersen C, Blanc I, Koch U, Goetz AE, Schuster M.** *The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: a randomized controlled trial. Anesth Analg 2008;106:202-9, table 1.*
14. **Sandberg EH, Sharma R, Wiklund R, Sandberg WS.** *Clinicians consistently exceed a typical person's short-term memory during preoperative teaching. Anesth Analg 2008;107:972-8 3.*
15. **Steib A, Hausberger D, Robillart A, Dupeyron JP.** *Conférences d'actualisation. Anesthésie en radiologie interventionnelle. Éditions scientifiques et médicales Elsevier et SFAR 2004;157-70.*
16. **Le Gall A.** *L'anxiété et l'angoisse. 4ème ed. Paris: PUF, ed. 1992.*
17. **Janis I.** *Psychological stress. New York: John Wiley, ed. 1958.*
18. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Hill-2001.pdf>
19. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Chang-2003.pdf>
20. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Lienhart-2006.pdf>
21. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Arbous-2001.pdf>
22. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Bachmann-1990.pdf>
23. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Loft-1991.pdf>
24. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Feldman-1994.pdf>

25. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Hannan-1999.pdf>
26. <http://anesthesiaweb.org/images/risk/Nelson-2006.pdf>
27. **Johnson JE, Leventhal H.** Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *J Pers Soc Psychol* 1974;29:710-8 5.
28. **Young L, Humphrey M.** Cognitive methods of preparing women for hysterectomy: does a booklet help? *Br J Clin Psychol* 1985;24 (Pt 4):303-4.
29. **Johnson M, Vogele C.** Benefits of psychological preparation for surgery : a meta-analysis. *Ann Behav Med* 1993;15:245-56.
30. **Ley P.** Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. In: *Broome A, ed. Health psychology.* London: Chapman and Hall; 1989.
31. **Ley P, Morris LA.** Psychological aspects of written information for patients. In: *Rachman S, ed. Contributions to medical psychology.* Oxford: Pergamon Press; 1984.
32. **Savage R. and Armstrong D.** Effect of a général practioner's consultation style on patient satisfaction : a controlled study. *British Medical Journal.* 1990; 301, 98-70
33. **Maurette P.** Comment optimiser le bilan préopératoire : 20 ans après ? *Journée d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale d'Aquitaine 2011 Bordeaux)*
34. <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>