

PEUT-ON INFORMER SANS FAIRE PEUR?

Patrick Catoire (1), Laurent Delaunay (2), Florence Plantet (3)

(1) Clinique du Mail (CAPIO); 96 allée du Mail, 17000 La Rochelle.

(2) Clinique Générale, 4 chemin de la tour de la Reine, 74000 Annecy.

(3) CH de la région d'Annecy, 1 avenue de Trésum, 74011 Annecy.

INTRODUCTION

Nous vivons dans un monde où l'information circule de plus en plus selon de multiples canaux plus ou moins pertinents. Ces multiples données, parfois biaisées ou parcellaires peuvent être source d'angoisse. Notre devoir d'information au patient consiste à lui fournir des clés, des éléments de connaissance afin qu'il comprenne sa prise en charge et puisse appréhender un univers qu'il ne connaît pas. A contrario, cette transmission de savoir peut être effrayante pour un patient qui découvre des notions complexes, qui peuvent renvoyer à un vécu douloureux ou des craintes plus ou moins rationnelles. Tel est le challenge que nous devons relever au quotidien, rassurer tout en détaillant des notions de risque par nature inquiétantes. Pour cela, il est nécessaire de refaire le point sur les informations à délivrer, les techniques de communication les plus adaptées, l'identification à chaque consultation des craintes du patient, de ses attentes et enfin d'envisager les différentes modalités de diffusion de cette information.

1. DÉFINITIONS

1.1. L'INFORMATION

On qualifie d'information toute donnée pertinente que le système nerveux central est capable d'interpréter pour se construire une représentation du monde et pour interagir correctement avec lui (Wiktionnaire). Donc informer c'est communiquer des données pertinentes. Communiquer, c'est établir une relation avec autrui, transmettre quelque chose à quelqu'un, et utiliser l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message auprès d'une audience plus ou moins vaste et hétérogène. C'est l'action pour quelqu'un ou une entreprise d'informer et de promouvoir son activité auprès du public, d'entretenir son image, par tout procédé médiatique (Wiktionnaire). Mais communiquer implique une notion d'échange.

1.2. LA PEUR

La peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger. Par extension, le terme peut aussi désigner l'appréhension liée à des situations déplaisantes ou à des animaux répugnants. On parle alors de phobie, mot issu d'une racine grecque désignant la peur : claustrophobie, agoraphobie etc... Elle peut entraîner une inhibition de la pensée et prépare l'individu à fuir ou à se défendre (Wiktionnaire). La peur permet de préserver l'individu en le soustrayant au danger. Elle permet souvent l'action et il n'y a pas d'héroïsme sans peur. Cependant la peur active des processus physiologiques potentiellement délétères et facilite les voies de la douleur : « quand on cède à la peur du mal, on ressent déjà le mal de la peur » disait déjà Beaumarchais.

1.3. L'ANXIÉTÉ

L'anxiété, est un trouble psychique se caractérisant par la crainte de survenue d'un danger réel ou imaginaire. A la différence de l'angoisse qui se définit plus spécifiquement par un sentiment d'appréhension et de profonde inquiétude. L'anxiété est donc une peur sans objet. Il existe des outils pour évaluer l'anxiété. Parmi ceux-ci :

- Le Gold standard est le Stait and Trait Anxiety Inventory [1] de Spielberger (STAI) : un questionnaire de 2 fois 20 questions qui a été traduit en Français [2].
- L'échelle visuelle analogique (EVA) d'anxiété est bien corrélée au STAI et plus facile à mettre en œuvre en consultation [3].
- L'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale de Moeramn et al (APAIS) est un questionnaire très simple de 2 fois 4 items cotés de 1 à 5, et permet d'évaluer l'angoisse et le désir d'information [4].

Donc au total, informer sans faire peur c'est communiquer des données d'une part sans induire de peur, et d'autre part en essayant de diminuer les peurs ou l'anxiété préexistantes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À FAIRE PASSER ?

2.1. LES INFORMATIONS MÉDICO-LÉGALES

Ces informations sont obligatoires. Différents arrêts en fixent le cadre. L'arrêt de la Cour de Cassation du 14 octobre 1997 précise que l'information doit être donnée en fonction de la gravité du risque et non plus de sa fréquence, exceptionnelle ou pas. L'arrêt de la Cour de Cassation du 7 octobre 1998 précise que « Hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information... ». Le refus de l'information doit donc être recherché et respecté par le praticien. Les informations obligatoires sont centrées sur les risques. Ce sont des informations anxiogènes pour le patient, mais aussi pour le médecin. C'est pourquoi les médecins hésitent à les donner. Surtout les complications rares, qui sont aussi les plus graves.

2.2. LES INSTRUCTIONS PRÉOPÉRATOIRES

Elles sont anxiogènes à dessein, et centrées sur les risques. En effet pour expliquer le jeûne préopératoire on parle du risque d'inhalation, pour l'arrêt des anticoagulants du risque de saignement, etc...

2.3. LES INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Il s'agit d'exposer la prise en charge voire les différentes alternatives afin que le patient soit en mesure d'intégrer l'information et de devenir acteur de la stratégie proposée. C'est dans cette phase de la relation que les peurs et les angoisses peuvent s'exprimer au travers de questions. Les patients peuvent cependant masquer leurs craintes sous des attitudes passives ou agressives. On peut alors les démasquer grâce à l'empathie.

3. COMMENT COMMUNIQUER SANS INQUIÉTER ?

3.1. L'EMPATHIE

Avant de communiquer des informations, il faut entrer en relation avec le patient. Cela passe par l'empathie. L'empathie permet d'établir le contact et un climat de confiance avec l'interlocuteur qui doit se sentir compris. Elle permet de se mettre en phase avec le patient. On sait depuis 1963 et par le travail d'Egbert que la simple visite de l'anesthésiste la veille est plus anxiolytique que la prémédication [5]. En effet une relation de confiance s'établit par le biais de l'empathie qui permet l'anxiolyse. Il est intéressant de noter que l'empathie est étudiée en technique de vente. Elle peut donc s'enseigner. Plusieurs études ont montré que les médecins pouvaient améliorer leur comportement empathique [6]. Albaladejo [7] et Vanotti [8] ont bien développé le sujet : les patients expriment rarement leur anxiété, mais la masquent derrière une attitude passive ou agressive. Ils posent parfois des questions détournées : « est-ce que l'anesthésie va bien se passer ? ». Le médecin doit alors encourager le patient à exprimer ses émotions en lui demandant de les préciser « de quoi avez-vous peur ? ». Si le patient exprime ses craintes, le médecin doit les légitimer et faire en sorte que le patient se sente compris : « Je comprends vos craintes, c'est normal ». C'est à cette condition seulement qu'il peut lui offrir un soutien pour le futur. La légitimation du vécu du patient lui donne la confirmation que le médecin peut le comprendre. Dans le cas contraire, le patient peut persister en intensifiant l'expression d'émotions négatives. Levinson et al constatent que les médecins qui répondent le mieux à ces opportunités empathiques ont des temps de consultation plus courts que les médecins ne répondant pas à ces indices [9]. Plus les médecins ont un comportement empathique, plus ils sont perçus comme compétents par les patients, et moins ils ont de procès [10]. C'est pourquoi la majorité des consultants souhaitent avoir le même anesthésiste pour l'anesthésie, même si, après l'intervention, une minorité regrette son absence [11].

3.2. LA COMMUNICATION NON VERBALE

Quatre-vingts pour cent de la communication sont non verbaux. L'utilisation de la communication non verbale est essentielle pour améliorer l'empathie avec le patient :

- Le regard : les mouvements des yeux au cours de la parole obéissent à des codes inconscients qui peuvent être analysés. C'est une des techniques de la programmation neurolinguistique (PNL).
- Le mirroring : c'est une technique utilisée en hypnose, en PNL, mais aussi en technique de vente. Cela consiste à prendre les mêmes postures que le patient, les mêmes références linguistiques, le même débit de parole etc...

C'est-à-dire imiter le comportement du patient, ce qui permet de se rendre plus sympathique à ses yeux et de gagner plus facilement sa confiance. Cet effet serait lié au système des neurones en miroir.

- Le rythme (les pauses) : il faut savoir en user pour capter l'attention.
- Les intonations : elles sont des indicateurs de la charge émotionnelle du discours.

Tous ces paramètres entrent en jeu au cours de la communication, il ne faut pas les négliger.

3.3. LA COMMUNICATION VERBALE

En 2005, Lang et al ont montré que l'utilisation de certains mots pouvait augmenter l'angoisse et la douleur des patients [12]. Pour Lang, la représentation d'un mot au niveau cérébral est multimodale. Elle regroupe des informations sensibles comme la forme, la couleur, le toucher, le goût, l'odorat ou les sons associés à cet objet, mais aussi des émotions, des informations fonctionnelles comme le nom de l'objet, sa fonction, son environnement, etc... Donc quand on évoque un objet, on évoque aussi les émotions qui lui sont associées. Certains mots portent des charges émotionnelles négatives (piqûre, douleur, mal), d'autres positives (calme, confortable, apaisant) et d'autres encore neutres (table, chaise). Cependant selon le parcours de chaque individu, des choses différentes peuvent être reliées au même mot. Par exemple le mot table peut être émotionnellement neutre, mais il peut aussi rappeler la table d'opération et être négatif. Dans l'étude de Lang, des patients devant bénéficier d'une radiologie interventionnelle étaient répartis au hasard en 2 groupes : un groupe témoin où tout se déroulait comme d'habitude, et un groupe pris en charge par un soignant leur prêtant une attention structurée qui comprenait huit points :

1. Se conformer au langage verbal du patient.
2. S'harmoniser avec le langage non verbal du patient.
3. Prêter une écoute attentive.
4. Eviter de donner des ordres inutiles.
5. Répondre rapidement aux requêtes du patient.
6. Prodiguer des encouragements.
7. Utiliser des mots émotionnellement neutres.
8. Eviter les suggestions négatives et les minimisations.

Les points 1 à 6 font appel à l'empathie et le 7 à l'utilisation de mots choisis. Les négations et les minimisations (point 8) ne modifiant pas la charge émotionnelle des mots, il vaut mieux les éviter. Les conversations étaient filmées. Le groupe attention avait moins d'anxiété et de douleur que le groupe témoin.

Il faut donc communiquer en utilisant l'empathie, en évitant les mots à charge émotionnelle négative, les négations et les minimisations.

3.4. L'ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION MÉDECIN PATIENT

Les américains, pragmatiques, ont montré que le niveau de communication entre médecin et patients était directement corrélé au taux de procès. De plus, la plupart des études a démontré l'existence d'un lien entre l'efficacité de la communication médecin/patient et l'amélioration de la santé du patient [13]. Ils ont donc créé un module de relation médecin/patient qui sanctionne les études de médecine. Peut-être serait-il bon de rejoindre rapidement les anglo-saxons sur ce domaine. On pourrait aussi étendre cet enseignement aux autres soignants.

4. COMMUNIQUER POUR RASSURER

4.1. IDENTIFIER LES CRAINTES ET LES ATTENTES DES PATIENTS

On sait que les médecins ne savent pas deviner les craintes de leurs patients [14]. Il faut donc que les patients les expriment. On peut déterminer les attentes des patients au cours de la consultation, mais il est plus rapide de les connaître à l'avance. Or si on demande aux patients, avant la consultation d'anesthésie, quelles questions ils vont poser à l'anesthésiste, ils ne proposent pas de thème spécifique dans 77 % des cas [15]. Par contre si on leur propose des sujets de discussion, 80 % à 95 % ont des questions à poser [15, 16]. Les patients affrontent leur peur de deux manières opposées. Soit ils veulent tout savoir pour essayer de contrôler la situation (inquisiteurs) et l'information va les relaxer, soit ils ne veulent rien savoir, font confiance (esquiveurs) et l'information risque de les effrayer [17]. La majeure partie des patients est plutôt du genre esquiveur, mais ils posent quand même des questions [18]. Pour les dépister et connaître leurs interrogations, un questionnaire peut être distribué avant la consultation (Figure 1). On peut cerner ainsi les purs esquiveurs, ne voulant rien savoir et chez qui l'information est anxiogène. La loi permet de ne pas informer un patient qui le refuse, il ne faut donc pas lui imposer des informations dont il ne veut pas.

Afin de mieux vous informer lors de la consultation d'Anesthésie, pourriez-vous nous dire si vous souhaitez avoir des informations sur : (entourez la réponse choisie)		
1. Le jeûne préopératoire	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
2. La prémédication	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
3. Les différents types d'anesthésie	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
4. Les moyens utilisés pour l'anesthésie	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
5. Le lieu où vous serez anesthésié	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
6. La durée de l'anesthésie	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
7. Le lieu où vous vous réveillerez	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
8. Les perfusions ou sondes au réveil	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
9. La douleur et son traitement	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
10. Le lever postopératoire	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
11. Le risque de transfusion	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
12. Les complications communes	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
13. Les complications dangereuses	Je veux savoir	Je ne veux pas savoir
Donnez ce questionnaire à l'anesthésiste au cours de la consultation préopératoire.		

Figure 1 : Questionnaire donné à la prise de rendez-vous, avant la consultation.

5.2. DIFFÉRENTES CRAINTES

Les patients craignent l'anesthésie. Combien de fois entendons-nous : « ce qui me fait peur, ce n'est pas la chirurgie, c'est l'anesthésie ». Par ailleurs, on sait que les médecins ne sont pas capables de deviner les peurs de leurs patients [14]. Il faut donc les rechercher au cours de l'interrogatoire :

- Peur de l'inconnu : dans ce cas, il faut expliquer le process, faire visiter les locaux, donner des témoignages au cours de réunions, cela se fait couramment en obstétrique. La vidéo peut remplacer ou plutôt compléter l'information de groupe.
- Peur immotivée : il faut essayer d'en trouver les raisons au cours de la consultation en utilisant les techniques d'empathie.

- Peur du réveil peropératoire: cela existe et il ne faut pas le nier. L'incidence est de 1 cas pour mille anesthésies. On sait qu'on peut monitorer le sommeil par le BIS et rassurer le patient. Les enfants sont particulièrement anxieux à ce sujet.
- Sentiment d'impuissance: « moi, c'est le fait de dormir, qui me déplaît, dans l'histoire. Le fait que mon corps est comme vide, pendant un moment, et que les chirurgiens pourraient en faire n'importe quoi, le découper, et jeter même les morceaux, sans que je puisse intervenir. Comme si mon corps était seul, et que moi, je n'étais plus dedans pour le protéger » (Forum Internet). Dans ces cas, il faut préciser la durée de l'anesthésie, ce qui permet au patient de donner son accord pour ce laps de temps et ainsi de reprendre le contrôle de son anesthésie.
- Mauvais souvenirs: on peut facilement expliquer que les anesthésies se suivent et ne se ressemblent pas. Parfois expliquer ce qui s'est passé rassure les patients.
- Rectifier l'information: c'est pour cela qu'il faut faire parler les patients, car ils sont souvent mal informés. Par exemple, la longueur moyenne estimée de l'aiguille de péridurale par les parturientes était de 15 cm dans une étude récente [19]. Elle était donc surestimée (8 cm) car les patientes envisageaient « la grande aiguille ». Cela pouvait aller jusqu'à 45 cm ! (vue à la télé d'après la patiente). Il est donc urgent de dépister ces fantasmes et de les corriger par une information sérieuse.
- Locorégionale: souvent c'est la peur d'entendre ou de voir qui inquiète. Bien entendu on peut proposer un MP3, une sédation voire une anesthésie générale associée.
- Peur des aiguilles: surtout en locorégionale, mais aussi pour la perfusion. Cela peut confiner à la phobie (bélonéphobie) et concerne 13 % des patients dans une étude française [19]. On peut proposer l'EMLA, mais le plus souvent ce n'est pas la douleur qui est en jeu. Il est souvent possible de faire une induction au masque avant. Parfois, il faut penser à l'aide d'un psychologue ou d'une hypnose préopératoire qui peut parfois régler le problème définitivement.
- Peur d'avoir mal: il est important de préciser le type de l'analgésie postopératoire et son résultat escompté. On peut aussi évoquer la prise en charge préventive des hyperalgésies postopératoires.
- Peur des parents pour les enfants: il faut donc les rassurer.
- D'autres craintes se surajoutent à celle de l'anesthésie: peur de la chirurgie et de ses conséquences, peur du diagnostic postopératoire... L'empathie joue un rôle important dans ces cas-là.
- Peur des complications ou de ne pas se réveiller: on peut rassurer sur les risques en utilisant les échelles de risque.

4.3. EXPLIQUER LES RISQUES SANS EFFRAYER

Outre le fait qu'il existe une obligation légale d'informer sur les risques pour obtenir un consentement éclairé, beaucoup de patients veulent être informés sur les risques encourus, que ce soit des risques rares mais graves, ou des risques fréquents mais peu invalidants. Dans une enquête canadienne, 66 % des patients voulaient être informés des complications graves, et 85 % des complications fréquentes [20]. En France, les chiffres se situent respectivement autour de 65 % et 73 % [15, 16]. Pour rassurer les patients, on peut leur donner des statistiques qui montrent bien la rareté des risques graves de l'anesthésie.

La Figure 2 montre l'évolution de la mortalité en anesthésie depuis 1900, tirée de différentes communications. En fait, en 1900, c'est la mortalité en chirurgie qui est reportée. Notez bien que l'échelle des ordonnées est logarithmique. Mais comment faire comprendre à des gens qui viennent de voir coup sur coup deux accidents d'avion avec à la clé plus de 400 victimes, que l'avion est le moyen de transport le plus sûr et que le risque d'accident est de 7/10.000.000 de vols en 2008. Un vocabulaire spécifique est nécessaire pour faire comprendre les statistiques et je vous renvoie à l'article de Thiéblemont sur le sujet [21]. Par ailleurs, pour rassurer, on peut se servir d'échelles qui comparent les risques de l'anesthésie à des risques de la vie courante comme mourir d'un accident domestique dans l'année, mourir tué par arme à feu dans la rue, les accidents aériens, etc. Ces échelles, tirées des échelles d'Adam et Smith [21], sont multi-paramétrées (fractions, adjectifs). Elles sont très utiles pour faire comprendre le niveau de risque et rassurer les patients. La Figure 3 montre un exemple d'échelle de risque.

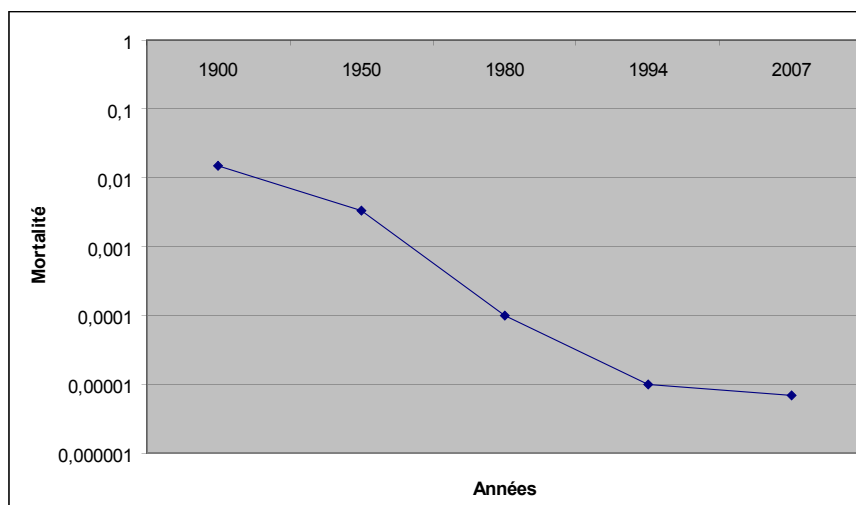


Figure 2 : Evolution de la mortalité en anesthésie depuis 1900.

Certains logiciels en ligne peuvent calculer la morbidité et la mortalité attendue en fonction de la chirurgie et du patient. Ils peuvent aussi aider à rassurer ce dernier. Copeland et al ont mis au point un tel logiciel, le Physiologic and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity ou POSSUM que l'on peut consulter on line sur le site de la SFAR : www.sfar.org/scores2/possum2.html.

5. LES TECHNIQUES DE DIFFUSION DE L'INFORMATION

5.1. LE FEUILLET D'INFORMATION

On sait que ces documents ne dispensent pas de l'information orale. Les feuillets d'information aident à rassurer les patients, mais cela concerne seulement 40 % des patients [22]. Parfois, ils peuvent aussi effrayer les patients surtout si on ne donne pas d'explications par la suite [23]. Dans notre établissement, un feuillet d'information est remis à tous les patients à la prise de rendez-vous. Mais seuls 46 % des patients se rappellent l'avoir reçu, et parmi ceux-ci, 56 % seulement l'ont lu. Il est donc important de ne pas se cantonner aux feuillets d'information.

5.2. LES DIAPORAMAS

Ils sont utiles car ils peuvent être mis en salle d'attente de consultation, ne sont pas sonores, et défilent en boucle. Nous en avons mis un dans notre salle d'attente depuis plusieurs années, et les patients le regardent en attendant leur tour. Il concerne la prise en charge de la douleur postopératoire. Malheureusement seuls 38 % des patients se rappellent l'avoir vu.

EVALUATION DES RISQUES POUR LES ANESTHÉSIES (adaptée de Adam et Smith 2001 et de Thiéblemont 2005)				
Vie Courante	Risque	Rachi	AG	Blocs
Décès par accident aérien	Exceptionnel 1/1.000.000	Convulsions	HIV transfusionnel	
Gagner au loto				
Décès dans l'année par homicide	Extrêmement rare 1/100.000	Décès	Décès	Neuropathies persistantes
Décès par accident domestique ou au travail/an		Arrêt cardiaque		
Décès par accident domestique ou au travail/an	Très rare 1/10.000	Neuropathies persistantes	Réveil per anesthésique	Convulsions
Décès par accident de la circulation/an			Bris dentaire	
Décès du au tabac	Rare 1/1.000	Céphalées post-ponction		
Victime d'un accident domestique sans hospitalisation/an	Peu fréquent 1/100			
	Fréquent 1/10	Rétention d'urine	Nausées vomissement	
	Très fréquent 1/1			

Figure 3: Echelle pour l'ALR et LAG (adaptée des échelles de Smith et Thiéblemont).

5.3. MONTRER LE MATÉRIEL

Dans une étude récente, la présentation au cours de la consultation en obstétrique de l'aiguille de péridurale a été évaluée [19]. Elle ne modifiait pas l'anxiété de la plupart des parturientes, elle améliorait celle des parturientes primipares, anxieuses et qui surévaluaient la taille de l'aiguille, mais aggravait l'anxiété des multipares sereines qui évaluaient correctement ou sous évaluaient la longueur de l'aiguille de Tuhoy. On peut donc dans certains cas montrer le matériel d'anesthésie, surtout chez les inquisiteurs anxieux et si ce matériel est l'objet d'un fantasme comme « la grande aiguille ».

5.4. LES VIDÉOS

Elles sont peu pratiques car elles nécessitent du temps et sont sonores. Par contre, elles peuvent être vues en groupe, ou sur internet. Si les vidéos améliorent la qualité de l'information, les résultats sont partagés en ce qui concerne l'anxiété. Une méta analyse [25] portant sur 15 études a montré que la présentation par un média préopératoire réduisait l'anxiété des adultes et des parents d'enfant. Cependant, elle date de 2003, regroupe des informations écrites et des vidéos, des adultes, enfants et parents d'enfants. De plus la réduction d'anxiété est faible et n'est pas cliniquement parlante. Il faudrait refaire une méta analyse sur le sujet.

5.5. INTERNET

Il existe des sites pour les autres peurs (peuravion.com) dont on pourrait s'inspirer pour rassurer les patients qui ont peur de l'anesthésie. Les études sur l'information des patients utilisant les multimédias montrent toutes une amélioration de l'information des patients, mais pas d'amélioration de l'anxiété. Donc soit ces médias sont mal faits, soit ils ne visent pas à rassurer les patients, mais juste à informer. De plus les vidéos ne focalisent pas sur le contrôle du patient sur son anesthésie. Or Anderson a montré que le simple fait d'informer les patients est insuffisant à réduire l'anxiété à moins qu'elle n'augmente aussi la perception de leur contrôle sur leur prise en charge [25]. Il faut donc travailler dans ce sens-là. Nous avons donc besoin d'un site interactif bien construit, où le patient pourrait venir chercher de l'information au niveau qu'il souhaite et puisse devenir acteur de son anesthésie.

CONCLUSION

Pour informer sans faire peur, il faut tout d'abord établir une relation de confiance avec le patient, puis évaluer ses demandes, et y répondre. La communication avec le patient est perfectible et peut s'enseigner. Dans les pays anglo-saxons, elle s'enseigne déjà en faculté, et il faut s'attendre à ce que ce soit la même chose en France dans les années à venir. Pour informer le patient et le rassurer, il faut développer les médias et notamment internet. Il serait souhaitable de créer un site sous l'égide d'une société savante qui propose des informations validées, consultables de manière interactive et à la demande (à plusieurs niveaux). En espérant que bientôt les patients ne subissent plus une anesthésie, mais en bénéficient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Spielberg CD, Gorush RL, Lushene RE. State Trait Anxiety? Inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists. Press, 1970.
- [2] Bergeron J, Landry M, Bélanger D, 1976, The development and validation of a french form of the state-trait anxiety inventory, Chapter 4 in CD.Spielberger, R., Diaz-Guerrero (Eds.) Cross-cultural. Anxiety, N.Y., Halsted Press, Wiley.
- [3] Kindler CH, Harms C, Amsler F, et al The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg* 2000;90:706-12.
- [4] Moerman N, van Dam FSAM, Muller MJ, Oosting MA and H.The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-51.
- [5] Egbert LD, Battit GE, Welsh CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients: a study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med* 1964;270:825-7.

- [6] Suchman AL, Markalis K, Beckman HB, et al A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
- [7] Albaladejo P. Relation médecin-patient en anesthésie. *SFAR Conférences d'actualisation* 2005;47-57.
- [8] Vannotti M. Cours on-line du CERFASY : L'empathie dans la relation médecin – patient (www.cerfasy.ch/cours_empathie.php).
- [9] Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284:1021-7.
- [10] Avtgis TA, Polack EP. Communication Competence by Patient Perceived Information Exchange and Health Locus of Control. *Human Communication. A Publication of the Pacific and Asian Communication Association*. Vol.10, N° 2, pp.136-144.
- [11] Baillard C, Lamberto JF, Martinez C, et al Point de vue des patients concernant la prise en charge anesthésique. *Can J Anaesth* 2001;48:526-8.
- [12] Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logan H, Kaptchuk TJ. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. 2005 Mar;114(1-2):303-9. Epub 2005 Jan 26.
- [13] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J*. 1er MAI 1995;152(9).
- [14] Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative Anxiety and Fear: A Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. *Anesth Analg* 1996;83:1285-91.
- [15] Catoire P, Vochelle N, Zaranis C, Probst D, Feret J. Information aux patients : «Avez-vous des questions?» ou «Voulez-vous de réponses?». *Le praticien en Anesthésie-Réanimation*, 2002;6:3.
- [16] Asehounne K, Albaladejo P, Smail N, Heriche C, Sitbon P, Gueneron JP, Chailloleau C, Benhamou D. Information et Anesthésie: Que souhaite le patient ? *Ann Fr Anesth Reanim*. 2000;19:577-81.
- [17] Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:345-53
- [18] Elayoubi EH, Albaladejo P, Catoire P, Bouaziz H, Moine P, Ashenoune K, Marty J. Information en Anesthésie: Inquisiteurs et esquivants. *Congrès SFAR 2002 R494*
- [19] Catoire P, Delaunay L, Debaene B. Should the epidural needle be shown to parturients? *Can J Anaesth*. 2007;54:590-1
- [20] Lonsdale M, Hutchison GL. Patients' desire for information about anaesthesia. *Scottish and Canadian attitudes*. *Anaesthesia* 1991;46:410-2.
- [21] Thieblemont J, Garnerin P, Clergue F. Perception and communication of medical risk which implications for preoperative anaesthetic consultations? *Ann Fr Anesth Reanim*. 2006;25:50-62.
- [22] Fitzgerald BM, Elder JW. A 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? *J Surg Educ*. 2008;65:359-63.
- [23] De Traverse A, Constant I, Johanet S, Murat I. La feuille d'information de la Sfar est-elle anxiogène ? *Ann Fr Anesth Réanim* 1999;18:R442.
- [24] Lee A, Chui PT, Gin T. Educating patients about anesthesia: a systematic review of randomized controlled trials of media-based intervention. *Anesth Analg* 2003;96:1424-1431.
- [25] Anderson EA. Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *J Consult Clin Psycho* 1987;55:513-20.