

Comment optimiser l'information sur l'anesthésie ?

Bertrand DUREUIL,
Jean-Baptiste MICHOT,
Olivier BAERT-
CHU de Rouen

La demande des patients pour recevoir une information de qualité et plus complète concernant les soins et les options thérapeutiques est croissante. Donner de l'information est désormais un réel challenge pour les équipes soignantes. La question se pose, dans le contexte pré anesthésique et de ses fortes contraintes de production, de savoir comment optimiser cette transmission et si l'introduction de nouveaux supports contribue effectivement à cet objectif ?

Il convient d'abord de séparer les modalités orale et écrite qui restent les pivots actuels de l'information d'autres modalités plus récentes (CD-Rom, DVD et internet). Ces dernières, si elles permettent d'optimiser l'information des patients sous certaines conditions, demeurent encore secondaires. Informer implique en effet un dialogue, donc une transmission orale. C'est en effet la seule façon de personnaliser la communication, de l'adapter aux interrogations de la personne, d'instaurer un climat de confiance. La place des infirmières dans cette stratégie est probablement intéressante mais ne sera pas abordée en raison des faibles données disponibles dans la littérature. Les autres supports ne visent donc pas à se substituer à l'information orale, mais à l'accompagner et à en renforcer l'intériorisation.

1) Optimiser l'information orale

L'information orale doit répondre à des critères qualité et en particulier qu'elle soit comprise effectivement par le patient et réponde à ses attentes. Ce cahier des charges a été décrit dans les recommandations de l'ANAES (2).

1-1 Adapter l'information orale aux capacités de mémorisation immédiates du patient

Se faire comprendre du patient relève du bon sens, mais les travaux montrent que le plus souvent, lors de la consultation d'anesthésie, les médecins saturent les possibilités d'assimilation des patients en sorte qu'une grande partie de l'information délivrée n'est pas assimilée. Un travail récent, évaluant la quantité de l'information délivrée, la fréquence d'utilisation de termes médicaux, le nombre de questions posées par le patient et le nombre d'épisodes de renforcement de la mémoire au cours de la consultation pré anesthésique

confirme la sursaturation importante des capacités de mémorisation immédiate (2). Le nombre d'items d'information délivrés au cours d'une consultation était de 49 ± 25 items et il n'influçait pas la capacité du patient à poser des questions. Le nombre de termes médicaux explicites était de 3.7 ± 2.8 et celui des interventions de renforcement de la mémoire de 1.4 ± 2.0 . Compte tenu des limites de la capacité de mémorisation immédiate, les auteurs recommandent : 1°) de revoir soigneusement les conditions de la délivrance de l'information orale; et 2°) de développer des stratégies de renforcement de la mémoire pour les informations les plus importantes (3). Ceci souligne l'intérêt de la remise de supports écrits reprenant les termes déjà entendus lors de la consultation et l'introduction éventuelle de nouveaux supports d'information.

1-2 Adapter le langage utilisé :

Le langage utilisé influence fortement la perception et la compréhension du patient. Il est en effet indispensable de fournir aux patients des informations « *simples et intelligibles* » sur les procédures et les risques qu'ils encourent. Différents travaux montrent que les modalités de présentation des informations et des risques ne répondent pas toujours à ces critères, et comportent des pièges qui peuvent compromettre l'efficacité de la communication. Mais l'impact de la forme des messages sur les choix des patients doit cependant être nuancé car la très grande majorité des travaux qui ont constaté ce phénomène a en effet été réalisée sur des patients ou des personnes en bonne santé, et confrontés à des choix thérapeutiques fictifs. Or en situation clinique réelle, l'effet de style a ses limites. Il est en effet atténué par d'autres facteurs d'une part liés aux patients (âge, sexe, niveau d'éducation, histoire médicale, gravité de leur maladie, discussions avec les proches, etc.) et par les recommandations et les avis des praticiens (4).

1-2-1 Eviter le jargon médical :

Dans la formulation d'explications ou d'informations sur le risque les médecins recourent parfois à un vocabulaire spécialisé et abscons que leurs patients ne comprennent pas ou grossièrement. Dans une étude destinée à évaluer la compréhension de quatre paires de synonymes (exemple : attaque cardiaque/infarctus du myocarde, saignements/hémorragies), des auteurs ont montré que sur 249 patients interrogés, 79 % d'entre eux n'ont pas su reconnaître la synonymie entre les termes saignement et hémorragie, et 74 % la synonymie entre les termes attaque cardiaque et d'infarctus du myocarde (5). Cette étude précise de plus que ce sont spécifiquement les patients jeunes, citadins, et avec un faible niveau d'éducation

qui ont le plus de difficultés avec le vocabulaire médical. Dans la mesure où ils n'osent généralement pas demander d'éclaircissements, notamment par peur de paraître ignorants, et qu'aucune explication n'est spontanément fournie par les médecins, l'utilisation de ce jargon réduit les chances des patients de prendre une décision optimale. Lorsqu'il s'agit par exemple d'évoquer des risques anesthésiques, il est sans doute préférable de parler de possibilité d'anesthésie générale ou complète en cas d'échec de locorégionale plutôt que de narcose, ou encore de fourmillement/engourdissement plutôt que de paresthésie. Ces termes techniques sont en effet moins connus du grand public que des professionnels de la santé (6).

1-2-2 Privilégier des approches "concrètes" :

La probabilité d'un danger est certainement l'élément le plus difficile à communiquer au patient de façon intelligible et neutre. Elle peut être évoquée verbalement, à l'aide d'une variété d'expressions et d'adjectifs évaluatifs comme *rare* ou *possible*, ou numériquement avec des chiffres (taux, pourcentages, fractions, etc.). Parce qu'elles permettent d'utiliser des mots simples et usuels, les descriptions verbales sont les formules les plus communément utilisées par les médecins pour évoquer les risques d'un traitement mais leur utilisation peut cependant conduire à des malentendus interprétatifs entre les médecins eux-mêmes, et entre les médecins et leurs patients. Les patients qui reçoivent une information verbale sont moins satisfaits de la qualité de l'information fournie que ceux qui reçoivent une information numérique (7).

Afin d'éviter les effets néfastes que peut avoir l'utilisation des expressions verbales sur les décisions des patients (7), certains ont suggéré que ces expressions soient prohibées du discours médical ou spécifiées numériquement. Mais, l'utilisation des chiffres est aussi discutable. Nombre d'individus ont en effet des difficultés à les comprendre, y compris lorsque leur niveau d'éducation est élevé. Parmi les différents formats de présentation, un taux (exemple : 4 patients sur 1000) semble toutefois mieux compris des patients qu'une proportion (exemple : 1 patient sur 250) ou un pourcentage (exemple : 25 %), notamment parce que dans le dernier cas la classe de référence n'est souvent pas spécifiée (8).

1-2-3 Quelques pistes pour optimiser la communication des risques aux patients (6)

Différentes propositions ont été faites pour faciliter la diffusion d'informations sur le risque et la compréhension de la probabilité. La meilleure stratégie pour décrire la fréquence d'un risque est certainement de multiplier les formats de présentation des données. Parce que les préférences pour une information verbale ou numérique varient d'un individu à un autre et

que chacun de ces modes de présentation a ses avantages et ses inconvénients, il est recommandé de présenter verbalement et numériquement la probabilité d'un risque. Les patients auront de ce fait plus de chances de comprendre et d'interpréter correctement les risques qu'ils encourent et d'optimiser la qualité de leur décision.

La communication visuelle est un moyen efficace pour améliorer la compréhension des risques. Les études qui ont examiné l'utilisation de figures ou de graphiques pour informer les patients, ont montré d'une part, qu'ils sont tout à fait capables de les utiliser et de les interpréter correctement, et d'autre part que ces formats augmentent leurs connaissances et peut diminuer leur peur et la perception de la gravité des risques qu'ils encourent (9).

Certains formats sont cependant plus appréciés des patients que d'autres. Les graphiques en barres et les représentations iconiques « 100 visages », sont jugés plus efficaces par les patients pour prendre une décision ou évaluer un risque, que les courbes de survie ou les représentations en forme de thermomètres (9). Pour aider leurs patients à mieux se représenter leur risque de nausées avec ou sans antinauséux tel le dropéridol (10), les anesthésistes peuvent par exemple utiliser la représentation des « 100 visages » (Fig. 1).

Une échelle logarithmique comparant verbalement et numériquement des risques anesthésiques avec des risques de tous les jours peut être utilisée (Fig. 2). Ce type de présentation des risques peut être un complément de communication efficace et avantageux. Il permet en effet de se représenter plus facilement de très faibles risques et de relativiser la gravité de certains d'entre eux en les confrontant à des dangers implicitement pris et acceptés par la majorité de la population. Ces schémas peuvent être commentés par le médecin anesthésiste lors de la consultation ou intégrés dans les livrets d'information remis aux patients.

2) L'information écrite

L'information écrite sous la forme d'une fiche ou d'un livret, lorsqu'elle est possible, possède de multiples avantages. Elle permet au patient de se remémorer certains éléments donnés oralement, de poser des questions à celui qui a dispensé l'information ou à toute personne de son choix. Elle a en outre l'avantage d'utiliser des formulaires validés par des sociétés savantes ou des établissements (ou groupes d'établissements). Il en est ainsi des formulaires rédigés par la SFAR (11) et qui sont consultables sur son site web. Ces supports concourent à l'amélioration de la satisfaction et des connaissances de patients lorsqu'ils viennent en complément de l'information verbale (12).

Ainsi sont évitées des interrogations du type : faut-il informer les patients d'un risque vital de l'ordre de 1/12 000, voire 1/63 000? Faut-il parler du risque de paraplégie après anesthésie médullaire, également exceptionnel ? La réponse est désormais positive, les formulaires de la SFAR mentionnant ces risques. Cette harmonisation de l'information autour de la SFAR présente également l'avantage d'éviter la diffusion de messages divergents qui pourraient être le fait de professionnels ou de patients dont la légitimité ne serait pas reconnue.

Dans ce cadre général de l'optimisation de l'information du patient, il est important que l'information contenue dans les documents écrits soit :

- hiérarchisée, repose sur des données validées et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Elle doit préciser les risques graves, y compris exceptionnels. Elle doit indiquer les moyens qui seront mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient ;

- synthétique et claire, sachant que le document remis au patient ne devrait généralement pas excéder quatre pages ;

- soit compréhensible pour le plus grand nombre des patients et devrait inclure des représentations graphiques facilitant la compréhension (cf paragraphe 1-2-3) ;

- soit validée par des associations de représentants de patients.

3) Autres supports :

Dans une revue systématique portant sur 15 études randomisées-contrôlées, l'efficacité de différents médias sur la qualité de l'information pré anesthésique délivrée a été comparée (13). Les éléments d'appréciation étaient l'anxiété, les connaissances acquise et la satisfaction du patient. Les résultats indiquent que le niveau d'anxiété pré-anesthésique est réduit lorsque les patients bénéficient d'une information par vidéo et d'un support écrit par rapport à ceux qui n'en n'ont pas. Par ailleurs, les patients dont l'information comporte une vidéo ont une meilleure connaissance des moyens de contrôle de la douleur post opératoire par rapport à ceux qui n'en visionnent pas. Cependant, le niveau de satisfaction global des patients par rapport à l'anesthésie n'est pas différent entre les différents groupes. Ces données confirment l'intérêt de supports vidéos et de formulaires imprimés pour améliorer l'information du patient sur le processus anesthésique et ses risques en sachant que la vidéo semble plus efficace pour maximaliser la rétention des informations par le patient (13). Le bénéfice escompté d'une meilleure connaissance par le patient des données factuelles concernant le déroulement de

l'anesthésie est une compliance plus forte aux instructions péri opératoires (jeunes, conditions de l'ambulatoire, etc.). Toutefois, ce point n'est pas encore formellement évalué.

Il est intéressant de noter que lorsque la vidéo est présentée avant la consultation d'anesthésie, celle-ci est alors allongée (14). Cet effet est d'autant plus important que les patients sont programmés pour une intervention nécessitant un monitoring invasif. En effet, les patients ayant une faible connaissance préalable de ces techniques et la vidéo donnant une description détaillée de la procédure et de ses risques, elle suscite alors davantage de questions au médecin anesthésiste lors de la consultation qui suit. Cet allongement de la durée de la consultation peut avoir un impact médico-économique négatif mais peut être également considéré comme une opportunité de renforcement de l'autonomie du patient. Néanmoins, ni le niveau d'acquisition de connaissances, ni l'anxiété ou la satisfaction des patients ne sont influencés par le moment de visualisation de la vidéo (14). C'est pourquoi, l'objectif principal de la vidéo étant d'améliorer les connaissances du patient, certains recommandent de la proposer plutôt au décours de la consultation (14).

Le souhait concernant le volume d'information à recevoir est très variable d'un individu à l'autre et également dans le temps. Ceci constitue un handicap théorique pour le support vidéo dont le volume d'information est fixe et non adaptable aux souhaits du patient. Certains patients peuvent donc refuser de visionner une vidéo car ils ne désirent pas voir d'interventions médicales et peuvent réagir sur un mode de panique s'ils sont forcés de le faire. Il est important de respecter ce choix et de limiter l'information au périmètre souhaité par le patient lui-même.

Le style de la présentation vidéo qui sert de support d'information sur l'anesthésie est important à considérer car c'est un déterminant de son niveau d'impact sur le patient. Une vidéo construite à partir de la perspective d'un patient facilite considérablement l'acquisition d'une attitude d'anticipation plus forte chez les patients qui visionnent ce média (15). Comme les patients souhaitent à la fois des informations sur la procédure et le "ressenti", cette exigence explique que des études sur l'impact des média-vidéo peuvent aboutir à des résultats très divergents en fonction du style choisi pour leur réalisation (15).

Bien que le Web soit un vecteur d'information de plus en plus prégnant dans le domaine de l'information médicale, les données actuelles tendent à montrer que la qualité des informations sur l'anesthésique sont encore peu fiables et relativement pauvres. Il serait souhaitable que la SFAR dont l'investissement est important dans le champ de l'information des patients par le biais de ses livrets régulièrement actualisés s'investisse sur ce média de

manière à assurer des contenus de qualité validés et comparables. Des associations de représentants de patients devraient être partie prenante de ces travaux.

Conclusion

L'optimisation de l'information est une exigence dont les modalités ont été facilitées par les recommandations et les outils mis à disposition des professionnels par les sociétés savantes à commencer par la SFAR. Toutefois, si de nouveaux supports et de nouvelles modalités sont appelés vont se développer dans les prochaines années, il faut conserver en mémoire que les patients privilégient encore largement l'entretien individuel avec un médecin comme source d'information sur l'anesthésie; viennent ensuite la vidéo, les livrets d'information puis enfin internet [16].

Références :

- 1) Capuzzo M, Gilli G, Paparella L, Gritti G, Gambi D, Bianconi M, Giunta F, Buccoliero C, Alvisi R. Factors predictive of patient satisfaction with anesthesia. *Anesth Analg*. 2007; 105:435-42.
- 2) Information des patients: recommandations destinées aux médecins. ANAES 2000, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267005/information-des-patients-2000
recommandationspdf
- 3) Sandberg EH, Sharma R, Wiklund R, Sandberg WS. Clinicians consistently exceed a typical person's memory during preoperative teaching. *Anesth Analg*. 2008; 107 : 972-978
- 4) Llewellyn-Thomas H, McGreal M, Thiel E. Cancer patients' decision making and trial-entry preferences: the effects of "framing" information about short-term toxicity and long-term survival. *Med Decis Making* 1995;15:4–12.
- 5) Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, Moscati RM. Medical communication: do our patients understand? *Am J Emerg Med* 2000; 18:764–6.
- 6) Thieblemont J, Garnerin P, Clergue F. La perception et la communication du risque médical. Quelles implications pour les consultations préanesthésiques ? *Ann Fr Anesth Réanim*. 25 (2006) 50–62
- 7) Knapp P, Raynor D, Berry D. Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effect of medicines. *Qual Saf Health Care* 2004;13:176–80.
- 8) Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003;327:741–4.
- 9) Fortin JM, Hirota LK, Bond BE, O'Connor A, Col NF. Identifying patient preferences for communicating risk estimates: A descriptive pilot study. *BMC Med Inform Decis Making* 2001;1:2.
- 10) Henzi I, Sonderegger J, Tramer M. Efficacy, dose-response, and adverse effects of droperidol for prevention of postoperative nausea and vomiting. *Can J Anaesth* 2000;47:537–51.
- 11) Fusciardi J, Lienhart A, Clergue F, Fletcher D, Martin C. Document d'information avant l'anesthésie : une nécessaire évolution. *Ann Fr Anesth Réanim* 26 (2007) ; 26:488–4
- 12) Cheung A, Finegan BA, Torok-Both C, Donnelly-Warner N, Lujic J. A patient information booklet about anaesthesiology improves preoperative patient education. *Can J Anesth*, 2007; 54: 355-360.

- 13) 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
- 14) Cornelia Salzwedel, Corinna Petersen, Irmgard Blanc, Uwe Koch, Alwin E. Goetz, and Martin Schuster . 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: 202-209
- 15) Roth-Isigkeit A, Ocklitz E, Bruckner S, et al. Development and evaluation of a video program for presentation prior to elective cardiac surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002;46:415–23

Fig. 1 Une étude a constaté que lorsque l'antinauséux dropéridol est administré par voie intraveineuse à une dose comprise entre 1,5 et 2,5 mg, 16 % des patients ont malgré tout des nausées contre 33 % avec un placebo. Ce résultat implique que sur 100 personnes recevant du dropéridol, 17 d'entre elles vont bénéficier de l'effet du médicament (visages jaunes), 16 seront indisposées malgré le médicament (visages rouges), et 67 n'en auraient pas besoin car elles n'auront de toutes façons pas de nausées (visages verts) (d'après réf. 5).

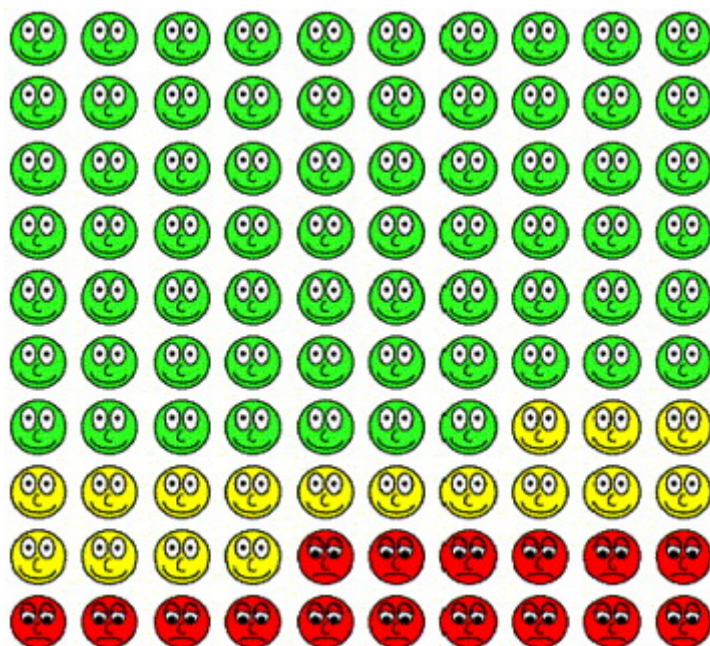
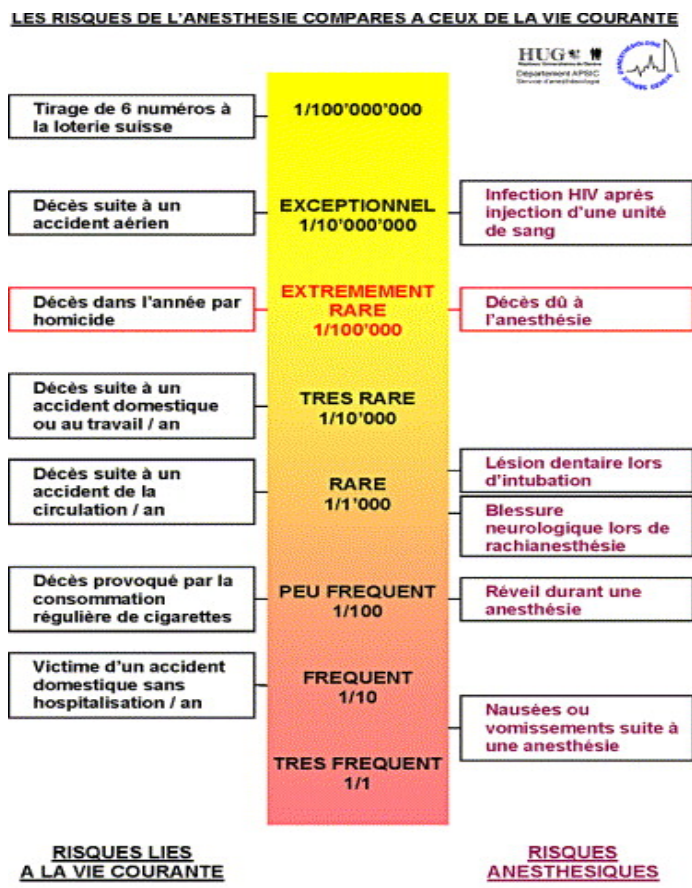


Fig 2 Échelle de comparaison des risques anesthésiques avec des risques de tous les jours, adaptée par le HUG (6)



Source : A. Smith (Royal Lancaster Infirmary UK) ; www.smife.gov.uk ; www.who.int ; www.sfar.org
 PFC-1359-07-V3.0 - 13 mai 2005