



HAL
open science

L'hypnose en médecine fœtale : étude comparative à la clinique mutualiste

Justine Martinetto

► **To cite this version:**

Justine Martinetto. L'hypnose en médecine fœtale : étude comparative à la clinique mutualiste. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01367808

HAL Id: dumas-01367808

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367808>

Submitted on 16 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

L'HYPNOSE EN MEDECINE FŒTALE :
ETUDE COMPARATIVE A LA CLINIQUE MUTUALISTE

Mémoire soutenu le 06 septembre 2016

Par MARTINETTO Justine

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année universitaire 2016

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

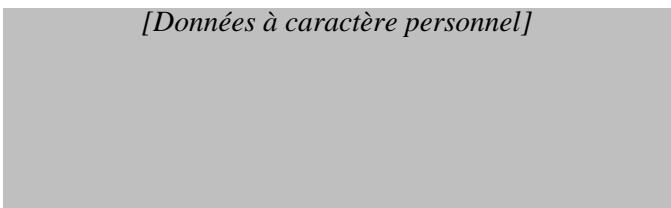
**L'HYPNOSE EN MEDECINE FCETALE :
ETUDE COMPARATIVE A LA CLINIQUE MUTUALISTE.**

**HYPNOSIS IN FETAL MEDICINE :
COMPARATIVE STUDY ON MUTUALISTE CLINIC.**

Mémoire soutenu le 06 septembre 2016

Par MARTINETTO Justine, étudiante sage-femme, U.F.R de médecine de Grenoble,
Département de Maïeutique.

[Données à caractère personnel]



RESUME

But – L'utilisation de l'hypnose s'étend dans le monde médical.

L'objectif principal de cette étude prospective monocentrique était d'établir la prévalence de l'utilisation de l'hypnose par les sages-femmes pendant une amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste. L'objectif secondaire était de comparer la douleur, le confort et l'anxiété entre les patientes qui ont bénéficiées de l'hypnose (« hypnose + ») et celles qui n'en ont pas eu (« hypnose – »).

Matériels et méthodes – L'échantillon étudié comportait un effectif total de 20 patientes, avec 9 patientes dans le groupe « hypnose + » et 11 dans le groupe « hypnose – ». Les caractéristiques des patientes ainsi que la cotation des échelles ont été relevées par une seule personne, à l'aide d'une fiche de recueil, avant et après le geste de diagnostic anténatal (DAN).

Résultats – La prévalence de l'utilisation de l'hypnose par les sages-femmes pendant les gestes de DAN était de 45%. Avant et après le geste, la moyenne de la douleur était quasiment identique dans les deux groupes étudiés, tout comme la moyenne du confort. La moyenne de l'anxiété était plus élevée chez les patientes accompagnées par de l'hypnose avant le geste, mais plus basse après le geste chez les patientes accompagnées par de l'hypnose.

Conclusion – La comparaison des données montre des résultats qui ne sont pas statistiquement significatifs pour la douleur et le confort. Mais l'hypnose reste un outil utile dans l'accompagnement des patientes. En revanche les résultats ont tendance à montrer une action positive de l'hypnose sur l'anxiété.

Mots clés : hypnose – amniocentèse – biopsie de trophoblaste – douleur – confort – anxiété

ABSTRACT

Objectives – The use of hypnosis extends in the medical world.

The main objective of this prospective single-center study was to establish the prevalence of the use of hypnosis by midwives during an amniocentesis or chorionic villus sampling. The secondary objective was to compare the pain, comfort and anxiety among patients who have benefited from hypnosis (« hypnosis + ») and those who have not been in (« hypnosis - »).

Materials and methods – The sample included a total of 20 patients, 9 patients with the « hypnosis + » group and 11 in the group « hypnosis - ». Patient characteristics and scoring scales were found by one person, using a data collection form, before and after the diagnosis of prenatal gesture (DAN).

Results – The prevalence of the use of hypnosis by midwives during DAN gestures was 45%. Before and after the procedure, the mean pain was almost identical in both groups studied, as the average comfort. The average anxiety was higher in patients accompanied by hypnosis before the procedure, but lower after the procedure in patients accompanied by hypnosis.

Conclusion – Comparison of the data shows results that are not statistically significant for pain and comfort. But hypnosis remains a useful tool in assisting patients. However the results tend to show a positive effect of hypnosis on anxiety.

Key words : hypnosis – amniocentesis – chorionic villi sampling – pain – comfort – anxiety

Je remercie les membres du jury :

Mme Chantal SEGUIN, Sage-Femme Directrice du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Présidente du Jury

Mme le Pr Pascale HOFFMANN-CUCUZ, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes.

Co-Présidente du Jury

Mme Marion OUIDIR, Sage-Femme Doctorante à l'Institut Albert Bonniot de l'Université Grenoble Alpes.

Membre Invité du Jury

Mr Stéphane BOUVIER, Médecin Anesthésiste à la clinique Mutualiste Grenoble.

Directeur de ce mémoire

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Co-Directrice de ce mémoire

Je remercie plus particulièrement :

Mr Stéphane BOUVIER, Médecin Anesthésiste.

Directeur de ce mémoire ;

Pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR
de Médecine de Grenoble ;

Co-Directrice de ce mémoire

Pour m'avoir guidé dans ce travail et pour ses conseils.

Toute l'équipe de la maternité de la clinique Mutualiste ;

Pour leur patience et leur implication dans la mise en place de ce travail.

Je remercie à titre personnel :

Ma famille et mes amis ;

Pour leur motivation et leur bonne humeur.

Mes amies de promotion ;

Pour tous ces moments partagés ainsi que leurs encouragements.

TABLE DES MATIERES

Abréviations _____	1
Introduction _____	2
Matériel et méthode _____	4
Type d'étude _____	4
Population étudiée _____	4
Recueil de données _____	4
Critères de jugement _____	6
Analyse des données _____	6
Résultats _____	7
I – Population étudiée _____	7
II – Prévalence de l'utilisation de l'hypnose _____	9
III – Evaluation de la douleur, du confort et de l'anxiété (EVA) _____	9
IV – Evaluation de l'anxiété (Echelle d'Hamilton) _____	10
Discussion _____	12
I - Matériels et méthode _____	12
II – Manque de puissance _____	13
III – Résultats _____	14
IV – Perspectives _____	20
Conclusion _____	21
Bibliographie _____	22
Figures _____	25
Annexes _____	27
Annexe 1 : Recueil de données _____	27
Annexe 2 : Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété _____	30

ABREVIATIONS

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

DAN : Diagnostic Anténatal

CV : Cardio-Vasculaire

GI : Gastro-Intestinal

SNA : Système Nerveux Autonome

SA : Semaines d'Aménorrhées

VME : Version par Manœuvre Externe

INTRODUCTION

Lors de l'éveil, la conscience fonctionne avec deux modes différents :

- La conscience critique, où la conscience est très mobile, en interaction avec l'environnement.
- La conscience hypnotique ou transe spontanée, où la conscience est focalisée, faisant abstraction d'une grande partie du monde extérieur, et est plutôt tournée vers notre monde intérieur, nos pensées... C'est une transe naturelle et spontanée.

Il existe deux types de trances spontanées : la transe spontanée négative est définie comme la fixation et la focalisation de l'attention sur des émotions négatives, où il y a une accentuation et une hypermémorisation de la douleur, de l'anxiété. A l'inverse, la transe spontanée positive est la focalisation sur des émotions positives [1][2].

Chacun d'entre nous entre en transe spontanément plusieurs fois par jour. Les techniques d'hypnose utilisent cette capacité naturelle afin de provoquer un passage en transe provoquée ou transe hypnotique [1][2][3].

Une des utilisations de l'hypnose médicale réalisée par un professionnel de santé formé est d'amener le patient vers un état de transe positive dans un lieu ou un instant où cet état a du mal à apparaître spontanément [1][2][3]. L'hôpital, la présence de l'équipe médicale, une grossesse dont la surveillance est accentuée, toutes ces situations ne sont pas propices à une transe spontanée positive. Afin de vivre au mieux les soins, les soignants peuvent amener et entretenir le patient en transe positive afin qu'il bénéficie de ses effets (baisse de la douleur, baisse de l'anxiété).

À la clinique Mutualiste, plusieurs anesthésistes, médecins et infirmiers sont formés à l'hypnose. La volonté de la clinique étant de développer ces procédés (en obstétrique notamment), une formation a été proposée aux sages-femmes de la maternité afin de développer la pratique de l'hypnose au sein de la maternité, tout au long de la grossesse.

La médecine fœtale fait partie des secteurs de l'obstétrique où l'hypnose peut être mise en place. Les gestes de diagnostics tels que l'amniocentèse ou la biopsie de trophoblaste restent des gestes invasifs qui génèrent chez la plupart des patientes un stress et une anxiété. Ceux-ci sont relatifs au geste lui-même mais aussi aux conséquences qu'ils pourraient avoir. De plus ces deux gestes sont perçus comme douloureux par les patientes.

L'hypnose ayant prouvé son efficacité en médecine avec la diminution de la douleur et de l'anxiété [4][5][6][7], et l'augmentation du confort chez les patients pendant un soin [7], elle a également prouvé son efficacité en obstétrique avec son application pendant la pose de la péridurale [8] ou bien encore pendant le travail [9].

Qu'en est-il de son application par les sages-femmes dans l'accompagnement des femmes enceintes pendant l'amniocentèse ou la biopsie de trophoblaste ?

L'objectif principal de cette étude est d'établir la prévalence de l'utilisation de l'hypnose par les sages-femmes pendant les gestes invasifs de diagnostic anténatal (DAN), à la maternité de la clinique Mutualiste de Grenoble.

L'objectif secondaire est de comparer la douleur, le confort et l'anxiété des patientes entre les groupes de patientes ayant eu recours à l'hypnose et celles n'ayant pas bénéficié de l'hypnose pour les gestes invasifs de DAN.

MATERIELS ET METHODE

Type étude

Il s'agissait d'une étude comparative, prospective, monocentrique. L'étude se déroulait à la clinique Mutualiste des Eaux Claires, maternité de niveau 1.

Population étudiée

La population étudiée était celle des femmes enceinte ayant recours à un geste de DAN, à partir de 11 semaines d'aménorrhées (SA), qui ont été recrutées sur une période de quatre mois.

Ont été incluses les femmes enceintes se présentant pour une amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste sur la période de l'étude.

Ont été exclues les patientes ne parlant pas le français et les patientes bénéficiant d'un geste invasif de diagnostic avant une interruption médicale de grossesse (IMG).

La répartition des patientes dans les groupes s'est faite en fonction de la présence ou non des sages-femmes formées à l'hypnose : l'hypnose a été proposée à chaque fois qu'une sage-femme formée était présente le jour d'un geste de DAN.

Le consentement des patientes a été récupéré juste avant le recueil des données auprès des patientes, par la personne ayant collecté les informations.

Recueil de données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un bordereau de recueil [Annexe I] avant et après le geste auprès des patientes. Ce recueil de données a été créé à partir d'études faites sur l'hypnose [4][5][6][7][9].

Nous avons recueilli le nom de la sage-femme présente, son statut vis-à-vis de la formation, ainsi que si elle pratiquait ou non l'hypnose. Il a été aussi recueilli le nom du médecin pratiquant le geste et son discours pendant le geste.

Les variables étudiées concernant la population étaient l'âge et la parité.

Nous avons également relevé le type de geste, l'indication du geste et le terme de la grossesse auquel il a été fait. La douleur, l'anxiété et le confort de la patiente ont été cotés à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) avant et après le geste. Nous nous sommes également inspirés de l'échelle d'anxiété d'Hamilton afin de concevoir une échelle d'anxiété applicable à notre population.

La consigne était d'avoir le discours le plus neutre possible pour le médecin intervenant pendant le geste. Le médecin allait tout d'abord se présenter aux patientes, puis l'observateur intervenait pour recueillir le consentement des patientes, avant de récupérer les informations avant le geste. Pendant le geste, la personne présente pour récupérer les données restait dans la salle, à l'écart, pour noter le discours du médecin. Et une fois terminé, le médecin donnait les informations relatives au résultat et l'observateur allait recenser les informations après le geste.

Dans le groupe de patientes ne bénéficiant pas d'accompagnement en hypnose (« hypnose - ») : le médecin se présentait, il expliquait le geste puis le réalisait directement.

Dans le groupe de patientes ayant recours à l'hypnose (« hypnose + ») : La procédure est la même à la différence qu'avant de commencer, le médecin laissait place à la sage-femme formée pour qu'elle induise la patiente en état d'hypnose. Une fois cet état atteint, le médecin rentrait de nouveau dans la pièce afin d'exécuter le geste. La sage-femme continuait

d'entretenir l'état d'hypnose le temps de l'intervention, puis sortait la patiente de son état de transe positive à la fin du geste.

Critères de jugement principaux

Le critère de jugement principal était le nombre de patientes ayant bénéficié d'un accompagnement hypnose par les sages-femmes lors des gestes de DAN.

Les critères de jugement secondaires étaient les scores de douleur, de confort et d'anxiété des patientes dans les deux groupes étudiés.

Analyse des données

La saisie des données et l'analyse statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Statview et Microsoft Excel 2010.

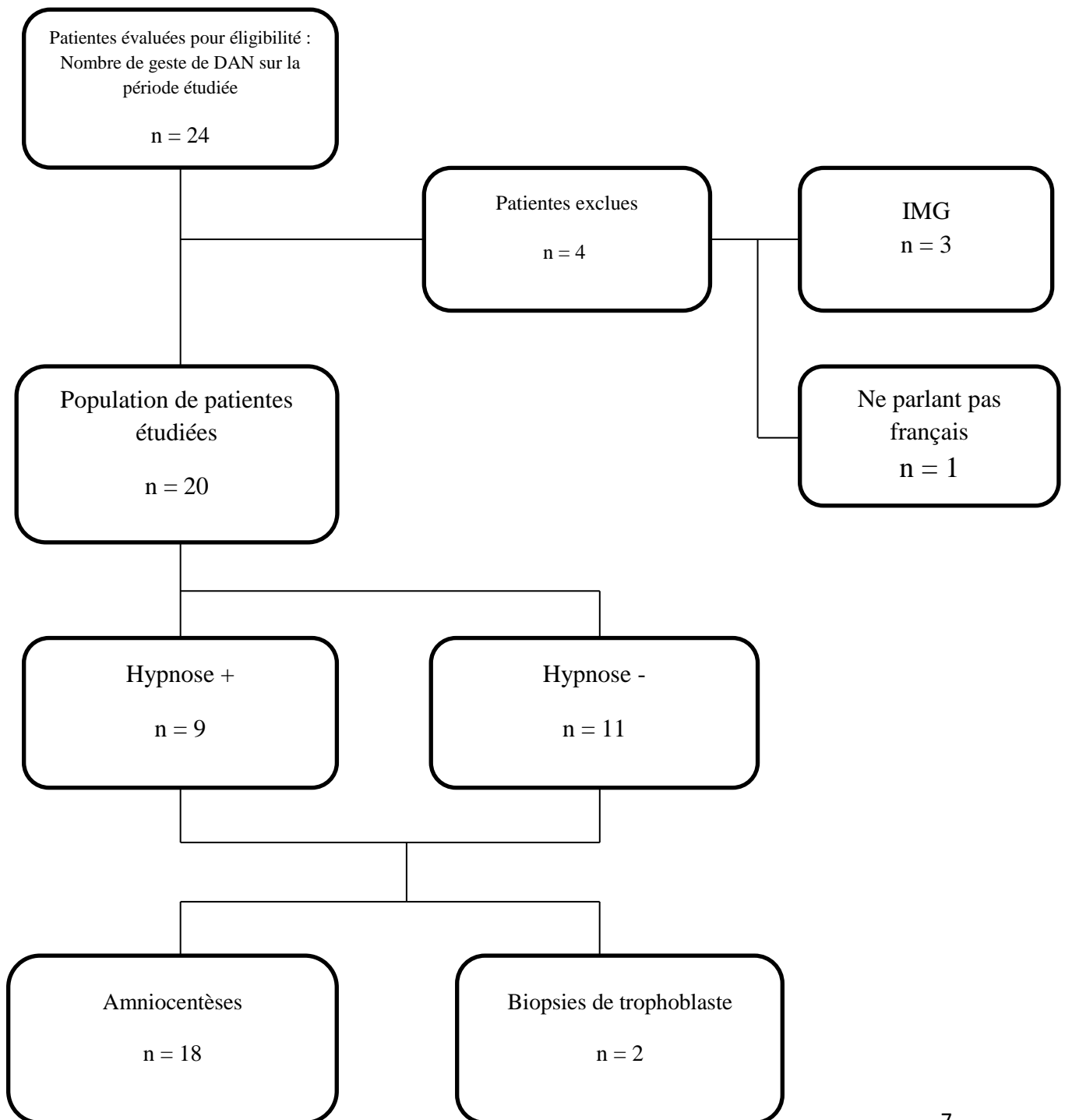
Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne. Les résultats ont été encadrés d'un intervalle de confiance à 95%. Le seuil de signification retenu était de 0.05. Nous avons utilisé le test de comparaison des moyennes : test de Student.

Pour faciliter la présentation des résultats, les tableaux des pourcentages ont été arrondis au centième près.

RESULTATS

I – Population étudiée

Figure 1 : Diagramme d'inclusion :



Facteurs	Hypnose + n(%)	Hypnose – n(%)	Total	p value
Age (années)				
<20	0(0)	0(0)	0(0)	0.3907
20-34	5(56)	4(36)	9(45)	
≥35	4(44)	7(64)	11(55)	
Moyenne âge (années)	34.7	35.6		0.5608
Parité				
Primipare	2(22)	5(45)	7(35)	0.2785
Multipare	7(78)	6(55)	13(65)	
Type de geste				
Amniocentèses	8(89)	10(91)	18(90)	0.8809
Biopsies de trophoblaste	1(11)	1(9)	2(10)	
Indications du geste				
Signes d'appel échographique	3(33)	3(27)	6(30)	0.6422
Marqueurs sériques >1/250	6(67)	7(64)	13(65)	
Autre	0(0)	1(9)	1(5)	
Terme de la grossesse (SA)				
[11-14]	2(22)	1(9)	3(15)	0.3740
]14-17]	2(22)	5(45)	7(35)	
]17-21]	3(34)	1(9)	4(20)	
>21	2(22)	4(37)	6(30)	
Discours médecin				
Neutre	9(100)	11(100)	20(100)	(Calcul impossible)
Autre	0(0)	0(0)	0(0)	

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon : Age, parité des patientes, type de geste, son indication, terme de la grossesse et discours du médecin.

Les caractéristiques de la population étudiée n'ont pas montré de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

II – Prévalence de l'utilisation de l'hypnose

Neuf patientes ont été accompagnées par de l'hypnose sur les 20 patientes incluses. La prévalence de l'utilisation de l'hypnose par les sages-femmes pendant une amniocentèse ou une biopsie de trophoblaste était donc de 45%.

III – Evaluation de la douleur, du confort et de l'anxiété (EVA)

EVA		Hypnose + n = 9	Hypnose – n = 11	p value
Douleur	Avant	0.5(1.5)	0.2(0.6)	0.2806
	Après	1.9(2.5)	1.6(1.6)	0.7038
	Delta (après – avant)	1.4(1.0)	1.4(1.0)	0.9754
Confort	Avant	8.5(2.3)	9.0(1.7)	0.5849
	Après	7.6(2.3)	7.7(2.6)	0.9500
	Delta (après – avant)	0.9(0)	1.3(0.9)	0.6043
Anxiété	Avant	8.3(1.8)	6.0(2.5)	0.0305
	Après	4.6(3.0)	6.0(2.2)	0.2458
	Delta (après – avant)	3.7(1.2)	0(0.3)	0.0047

Tableau II : Moyenne de la douleur, du confort et de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après EVA) dans les 2 groupes.

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur et du confort, nous n'observons pas de différence entre nos deux groupes que ce soit avant ou après le geste.

En revanche, nos résultats mettent en évidence un niveau d'anxiété initial supérieur chez les patientes incluses dans le groupe « hypnose + », avec une moyenne de 8.3 contre 6.0 dans le groupe « hypnose – » (pvalue = 0.0305). Mais cette différence n'est pas retrouvée après le

geste (pvalue = 0.2458). Les différences entre les groupes avant et après les gestes ne sont pas statistiquement significatives, mise à part concernant l'anxiété. Les patientes bénéficiant d'hypnose ont une anxiété plus importante avant le geste mais beaucoup plus basse après le geste par rapport aux patientes n'ayant pas eu d'hypnose (3.7 points d'écart dans le groupe « hypnose + » contre 0 dans le groupe « hypnose - », pvalue = 0.0047).

IV – Evaluation de l'anxiété (Echelle d'Hamilton)

Anxiété (0-4)		Hypnose + n = 9	Hypnose – n = 11	p value
Humeur anxieuse	Avant m(ET)	3.2(1.0)	2.3(1.2)	0.0705
	Après m(ET)	2.0(1.7)	2.5(1.1)	0.4759
	Delta (après – avant)	1.2(0.7)	0.2(0.1)	0.0205
Tension nerveuse	Avant m(ET)	2.8(1.5)	1.8(1.2)	0.1333
	Après m(ET)	1.7(1.8)	1.5(0.8)	0.8437
	Delta (après – avant)	1.1(0.3)	0.3(0.4)	0.1018
Symptômes CV	Avant m(ET)	0.4(0.9)	0.4(0.7)	0.8188
	Après m(ET)	0.2(0.7)	0.4(0.9)	0.7057
	Delta (après – avant)	0.2(0.2)	0(0.2)	0.3852
Symptômes GI	Avant m(ET)	0.9(1.5)	0.5(0.9)	0.4454
	Après m(ET)	0.8(1.2)	0.4(0.7)	0.3429
	Delta (après – avant)	1.1(0.3)	0.1(0.2)	0.9563
Symptômes SNA	Avant m(ET)	0.6(1.0)	0.6(0.9)	0.8543
	Après m(ET)	0.7(1.1)	0.5(0.7)	0.7690
	Delta (après – avant)	0.1(0.1)	0.1(0.2)	0.6733
Comportement	Avant m(ET)	1.3(1.2)	0.6(0.5)	0.1017
	Après m(ET)	1.1(1.3)	0.6(0.7)	0.2973
	Delta (après – avant)	0.2(0.1)	0(0.2)	0.4553

Tableau III : Moyenne de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après Hamilton)

dans les 2 groupes.

Si l'on regarde plus en détail les paramètres de l'anxiété, nous constatons que l'humeur anxieuse avant le geste était plus importante chez les patientes du groupe « hypnose + », avec une moyenne de 3.2 contre 2.3 dans le groupe « hypnose - » (pvalue = 0.0705). De plus, la différence entre les deux groupes avant et après le geste montre que l'humeur anxieuse est plus importante chez les patientes ayant bénéficiées d'hypnose avant le geste et plus basse après le geste par rapport aux patientes n'ayant pas bénéficiées d'hypnose (pvalue = 0.0205). Aucune comparaison des paramètres étudiés après le geste ne nous a permis de conclure à une différence statistiquement significative des deux groupes.

DISCUSSION

I – MATÉRIELS ET MÉTHODE

L'hypnose passe beaucoup par la communication, les interactions et des outils non verbaux sont également utilisés en complément. Mais la barrière de la langue compromet la compréhension du discours et ne permet souvent pas de faire comprendre les subtilités du discours hypnotiques. C'est donc pour cela que nous avons fait le choix d'exclure les patientes non francophones se présentant pour un geste invasif de DAN.

Nous avons également choisis de ne pas inclure les patientes se présentant pour un geste invasif de DAN dans le cadre d'une IMG. Les couples décidant d'interrompre médicalement la grossesse sont dans un contexte psychologique et psychique particulier. Nous savons que la douleur est influencée en partie par les émotions négatives. Il est donc possible que ces patientes-là décrivent des douleurs plus importantes du fait de la prédominance des émotions négatives à ce moment-là.

Le discours est très souvent adapté à la personne que l'on a devant soi, et les interactions sont souvent différentes d'une personne à l'autre. Nous avons donc donné la consigne aux différents intervenants d'avoir un discours le plus neutre possible quel que soit le groupe auquel la patiente appartenait. Le discours de chacun n'ayant pas été écrit à l'avance et standardisé, cette consigne ne nous permet pas d'écarter le biais déclaratif de cette étude. Mais ce biais a été limité par le fait que le médecin opérateur a toujours été le même durant toute la période de recrutement des données. La directive a d'ailleurs été bien respectée puisque le discours du médecin était neutre dans 100% des observations faites.

C'est également une seule et même personne qui a recueilli les données tout au long de l'étude. Ceci a donc minimisé les différences retrouvées dans les informations et explications données aux patientes, ainsi que dans le recueil des données.

L'EVA est une échelle reconnue et standardisée en ce qui concerne la cotation de la douleur. D'après l'HAS, l'EVA permet aussi théoriquement de mesurer bien d'autres paramètres [11]. Nous avons tout de même décidé de créer une échelle d'anxiété à partir d'un score standardisé qui est l'échelle d'Hamilton. Les 15 items de l'échelle initiale [Annexe 2] ne sont pas applicables à la situation avant/après de notre étude, c'est pour cela que 6 items sur les 15 ont été retenus.

En revanche, nous n'avons pas utilisé d'échelle de confort standardisée car elles sont difficilement applicables dans notre situation de recueil de données avant/après le geste. Mais dans la majorité des études retrouvées qui évaluaient le confort, l'échelle utilisée était l'EVA [12][13].

Nous avons coté le ressenti des patientes avant et après le geste. Mais il aurait pu être intéressant de le coter pendant le geste afin de voir l'efficacité de l'hypnose au moment le plus délicat du geste. L'hypnose ayant une efficacité maximale au moment précis de l'acte douloureux.

II – MANQUE DE PUISSANCE

Une limite importante de cette étude était le faible effectif de l'échantillon.

Ceci peut être expliqué par la diminution du nombre de geste invasif à visée diagnostic prénatal. Entre 2003 et 2010, nous avons pu observer une diminution de 2% de la pratique de l'amniocentèse et un taux constant dans la pratique de la biopsie de trophoblaste [14]. Ceci

peut être expliqué par la généralisation de l'utilisation des marqueurs sériques dans le dépistage de la trisomie 21 ainsi que l'arrêt de la pratique d'une amniocentèse systématique au-delà de 38 ans. De plus, la législation française concernant les bonnes pratiques de dépistage et de diagnostic prénatals a été modifiée en 2009. Elle a permis d'ajouter la clarté nucale au calcul de risque de la trisomie 21 fœtale [15]. Et depuis 2013, l'utilisation du dépistage prénatal non invasif sur sang maternel est accessible en France pour les couples ne souhaitant pas avoir recours une méthode de diagnostic invasive, mais elle reste onéreuse et non remboursée par la sécurité sociale.

Il faut également faire remarquer que l'effectif de biopsie de trophoblaste est très faible. C'est donc dans le but d'augmenter la puissance de l'étude que nous avons décidé de regrouper les amniocenteses avec les biopsies de trophoblaste.

Mais il est important de noter que les gestes ne sont pas totalement similaires. La biopsie de trophoblaste est un geste plus douloureux que l'amniocentèse [10]. Ce qui explique que la biopsie de trophoblaste nécessite l'administration d'anesthésiques locaux au niveau du point de ponction, contrairement à l'amniocentèse. Toutefois, cette incidence est limitée par le fait que nous ayons une patiente qui a bénéficié d'une biopsie de trophoblaste dans chaque groupe.

III – RESULTATS

A - Population étudiée :

Il est important de faire remarquer que notre étude comparait deux groupes de patientes avec des effectifs différents dans chacun d'eux (n=9 dans le groupe « hypnose + », n=11 dans le groupe « hypnose - »). Mais les caractéristiques de la population n'ont pas mis en évidence de

différences significatives entre les deux groupes (pvalue entre 0.2785 et 0.8809). Nous pouvons donc dire que nos deux groupes sont comparables.

Dans la population étudiée, nous n'avons pas de patiente de moins de 20 ans.

Rappelons que la répartition des patientes au sein des groupes s'est faite en fonction de la présence ou non d'une sage-femme formée à l'hypnose au moment du geste. Le hasard a fait que la majorité des patientes du groupe « hypnose + » avait entre 20 et 34 ans (56%), à la différence du groupe « hypnose - » dans lequel elles ont en majorité 35 ans ou plus (64%). Mais en prenant la totalité des patientes incluses, on note que 55% des patientes ont 35 ans ou plus. Ceci est à mettre en lien avec le fait que 65% des patientes incluses sont des multipares. De plus, nous pouvons noter que 65% des gestes ont été fait sur l'indication d'un risque combiné supérieur à 1/250, et que ce même risque est calculé, entre autre, à partir de l'âge maternel [16][17].

Le plus grand nombre des gestes a été réalisé entre 14 et 17 SA (35%), ce qui est en concordance avec les recommandations qui préconisent de pratiquer les biopsies de trophoblastes à 11-13SA et les amniocentèses à partir de 14-15SA [18][19][20].

Or, comme nous avons un nombre plus important d'amniocentèses, il est normal de retrouver la majorité des gestes effectués après 14SA. Ceci peut aussi être mis en lien avec le fait que ce terme-là correspond certainement au moment des résultats du risque combiné du premier trimestre. Quant aux 30% des gestes réalisés après 21 SA, ils concernent soient les dépistages séquentiels intégrés du deuxième trimestre, ou bien les signes d'appel échographiques mis en avant à l'échographie morphologique de 22 SA. Les indications le plus souvent retrouvées sont des marqueurs sériques supérieurs à 1/250 (65%) ou des signes d'appel échographiques (30%). Il se peut que les signes d'appel échographiques soient une indication plus concrète du point de vue des patientes que le résultat d'un bilan sanguin car l'anomalie peut être visible, et

il se peut donc qu'elle génère plus d'anxiété chez les patientes. De plus les signes d'appel échographiques sont souvent retrouvés plus tard dans la grossesse, ce qui a laissé le temps aux parents de s'investir un peu plus dans la grossesse, et ce qui rend donc plus compliqué pour eux d'imaginer que cet enfant imaginaire puisse être atteint d'une pathologie. Il se peut alors que l'indication du geste influe sur la douleur, le confort et l'anxiété des patientes de par leur composante psychologique.

Il aurait aussi pu être intéressant de recueillir si les patientes ont déjà eu ou non recours à un geste invasif de DAN pour une grossesse précédente. Le fait de connaître le geste et selon le vécu de celui-ci, ceci peut alors influencer les patientes soit dans le positif car avec un bon vécu d'un geste précédent, cela pourrait permettre de démystifier le geste, soit dans le négatif si le geste a laissé un mauvais souvenir.

B – Objectif principal :

Concernant l'objectif principal, on peut noter que l'hypnose est pratiquée par les sages-femmes pendant les gestes invasifs de diagnostic anténatal dans 45% des cas. Ce qui signifie que 55% des patientes n'ont pas bénéficié d'un accompagnement hypnose. La raison est que toutes les sages-femmes de la maternité ne sont pas formées. De ce fait, la réalisation d'un geste sous hypnose n'a pas pu être proposée à toutes les patientes (absence de sage-femme formée le jour du recueil). Toutes les patientes à qui nous avons pu proposer un accompagnement sous hypnose ont accepté. On peut supposer qu'avec une équipe de sages-femmes ayant toutes effectuées la formation, la prévalence de la pratique du geste sous hypnose aurait pu être fortement augmentée.

C - Objectifs secondaires

La comparaison de la douleur, du confort et de l'anxiété ne montrent globalement pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes étudiés, que ce soit avant ou après le geste.

Malgré le fait que les résultats ne soient pas significatifs, nous pouvons noter que les patientes qui ont bénéficiées de l'hypnose évaluent la douleur et l'anxiété comme plus importantes et le confort comme moins présent. En effet, il faut mettre en avant le fait que les patientes du groupe « hypnose + » étaient significativement plus anxieuses que les patientes de l'autre groupe (8.3 dans le groupe « hypnose + » contre 6.0 dans le groupe « hypnose - »).

L'apparition de l'hypnose dans les médias est actuellement en augmentation (télévisuel, spectacle), mais reste encore méconnue quant à son utilisation dans le monde médical. Les patientes peuvent alors voir cette technique comme elle est présentée dans les spectacles et les émissions de télévision et croire qu'elles vont perdre le contrôle de leur corps le temps du geste. L'idée erronée qu'elles peuvent avoir de l'hypnose ainsi que la partie méconnue de cette technique peuvent expliquer l'augmentation de l'anxiété des patientes qui allaient bénéficiées de l'hypnose avant le geste.

Une autre hypothèse concernant cet écart significatif peut être que les sages-femmes pratiquant l'hypnose sont plus anxieuses car elles ne sont pas encore complètement expérimentées étant donné que leur formation s'est terminée il y a moins d'un an. Par ailleurs, la mise en application de l'hypnose lors des gestes de diagnostic anténatale n'est pas encore routinière. De ce fait, cette anxiété des sages-femmes peut être facilement transmise (de manière consciente ou inconsciente) aux patientes qui sont en transes.

Ceci pourrait donc expliquer que l'humeur anxieuse des patientes avant le geste est plus élevée dans le groupe « hypnose + » (3.2 contre 2.3 dans le groupe « hypnose - »). La pvalue de cette comparaison est de 0.0705, elle reste donc supérieure à 0.05. Nous ne considérerons donc pas l'analyse comme statistiquement significative mais elle est toutefois nettement moins élevée que celles des autres résultats du tableau III (certaines allant jusqu'à 0.8).

Malgré le fait qu'aucun des résultats ne soient significatifs, nous notons une évolution dans l'évaluation des scores après le geste : les patientes du groupe « hypnose + » ont tendance à rester plus douloureuses, tandis que le confort est à peu près le même dans les deux groupes. En revanche l'anxiété est moins importante chez les patientes qui ont bénéficiées de l'hypnose (4.6 contre 6.0 dans le groupe « hypnose - »). Si l'on regarde plus en détails les composantes de l'anxiété (tableau III), nous pouvons noter qu'elle diminue après le geste dans le groupe « hypnose + » alors qu'elle a tendance à augmenter légèrement dans le groupe « hypnose - ». En effet, nous pouvons voir qu'après le geste, les patientes décrivent une humeur anxieuse, des tensions nerveuses et des symptômes cardio-vasculaires et gastro-intestinaux moins importants qu'avant le geste. Il est aussi observé un comportement moins anxieux. Les symptômes du système nerveux central sont eux décrits comme quasiment identiques entre avant et après le geste. L'hypnose a donc une action plutôt positive sur l'anxiété une fois le geste terminé, même si les résultats de notre étude ne sont pas significatifs compte tenu de la faiblesse de notre échantillon. Nous pourrions même être plus précis en disant que l'action bénéfique de l'hypnose sur l'anxiété des patientes se retrouve plus sur le plan psychique que somatique.

Globalement, les écarts avant/après le geste sont plus importants dans le groupe « hypnose + » que dans le groupe « hypnose - » (tableaux II et III). C'est-à-dire que l'anxiété est plus élevée chez les patientes ayant bénéficié de l'hypnose avant le geste mais elle diminue de manière

plus importante après le geste (delta = 3.7 pour l'anxiété dans le tableau II, delta = 1.2 pour l'humeur anxieuse et delta = 1.1 pour la tension nerveuse dans le tableau III). En revanche, dans le groupe « hypnose - », les résultats regroupés dans les tableaux II et III montrent que l'anxiété est soit identique avant et après le geste, soit légèrement diminuée, c'est-à-dire que l'anxiété des patientes est soit la même avant et après le geste, soit peu diminuée après le geste (delta = 0 pour l'anxiété dans le tableau II, delta = 0.2 pour l'humeur anxieuse et delta = 0.3 pour la tension nerveuse dans le tableau III). Ceci appuie encore une fois l'action bénéfique de l'hypnose sur l'anxiété (pvalue = 0.0047 pour l'anxiété dans le tableau II, pvalue = 0.0205 pour l'humeur anxieuse et pvalue = 0.1018 pour la tension nerveuse dans le tableau III).

Il aurait été intéressant de détailler les différentes étapes de ce geste de DAN. Nous aurions pu différencier l'anxiété vis-à-vis du geste de l'anxiété concernant le résultat sur l'état de santé de leur enfant. En effet, dans la première partie du recueil, les patientes étaient plutôt focalisées par le geste en lui-même et à la douleur que cette intervention pourrait entraîner. Mais à la fin du prélèvement, la discussion entre le médecin et la patiente se porte sur les résultats et les complications éventuelles. Or la deuxième partie du recueil se fait après cette discussion. Si le soulagement du geste terminé a permis de faire baisser la douleur, l'anxiété et ré-augmenter le confort, cette conversation a pu, inconsciemment, réanimer les émotions négatives des patientes qui influent sur la douleur, le confort et l'anxiété.

Il est important de rappeler que ces résultats sont à mettre en lien avec le fait que cette étude a un manque de puissance de part un échantillon de patientes trop peu important.

IV – PERSPECTIVES

L'anxiété des femmes après le geste est moins importante chez les femmes du groupe « hypnose + », malgré le fait que la différence entre les deux groupes ne soit pas significative. Il serait intéressant d'effectuer l'étude à plus grande échelle pour observer si ce résultat est appuyé significativement chez une population plus importante de patientes.

Ceci permettrait d'appuyer le développement de la pratique hypnotique en obstétrique, notamment pendant la phase douloureuse qu'est le travail. Des études ont montré l'efficacité de l'hypnose sur la douleur des patientes pendant le travail [21]. La mise en place d'une préparation à la naissance pratiquant la relaxation par l'hypnose pourrait permettre une première approche de la patiente avec cette technique. Et pour aller plus loin, les techniques hypnotiques pourraient être enseignées à la patiente pour qu'elle puisse les appliquer seule le moment voulu ; c'est ce qu'on appelle l'auto-hypnose.

Il serait aussi intéressant d'étudier l'impact de l'hypnose sur la fréquence des complications observées pendant ces gestes invasifs de DAN. Le taux de complications des amniocentèses est compris entre 0.6 et 1% [20][22], et l'on pourrait penser que l'hypnose pourrait diminuer ce taux, du fait d'un meilleur vécu des patientes au moment du geste.

CONCLUSION

Cette étude démontre que l'hypnose est en développement à la clinique Mutualiste en médecine fœtale. Les sages-femmes de cette clinique ont de plus en plus de demandes d'accompagnement par de l'hypnose de la part des patientes enceintes. L'équipe est motivée pour développer l'hypnose dans les différentes étapes de la grossesse, telle que la préparation à la naissance, les consultations ou encore l'accompagnement pendant une version manuelle externe (VME).

En revanche, l'étude ne démontre pas de différences statistiquement significatives concernant la comparaison de la douleur, du confort et de l'anxiété entre les patientes ayant bénéficiées d'hypnose et celles ayant bénéficié d'un accompagnement classique. Les résultats ont malgré tout tendance à montrer qu'il n'y a pas de différences entre les deux groupes avant et après le geste concernant la douleur et le confort des patientes. L'anxiété reste plus élevée quand les patientes bénéficient d'hypnose avant le geste, mais elle diminue de façon plus importante après le geste par rapport aux patientes ne bénéficiant pas d'hypnose. Cet écart avant/après concernant l'anxiété revient statistiquement significative entre les deux groupes, mais le reste de l'analyse est à nuancer au vu de la faible puissance de notre étude.

Les sages-femmes sont au premier plan de l'accompagnement des couples tout au long de la grossesse. L'hypnose est un outil mis à leur disposition afin de leur permettre de proposer un accompagnement supplémentaire aux couples pour les aider lors de certaines étapes de la grossesse.

Cette étude ne nous permet pas de conclure sur l'efficacité de l'hypnose sur la douleur et le confort pendant les gestes de DAN, mais elle soulève un bénéfice sur l'anxiété. Une étude plus large et randomisée serait nécessaire pour mesurer l'impact potentiel de l'hypnose afin d'élargir son utilisation en obstétrique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Virot C., Bernard F. « Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie ». Arnette. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2010.

[2] Bernard F., Muselec H. « La communication dans le soin, hypnose médicale et techniques relationnelles ». Arnette. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer France ; 2013.

[3] Formation à la communication thérapeutique, clinique Mutualiste. Animée par docteur S. Bouvier, docteur J. Schweitzer.

[4] D. Glick. « Hypnosis in labour ». Canadian family physician 1970 Sept.

[5] Hilgrad ER. A quantitative study of pain and its reduction through hypnotic suggestion. Proc Natl Acad Sci USA 1967 ; 57 : 1581-6.

[6] Varelmann D., Pancaro C., Cappiello E.C., Camann W.R. « Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection ». Anesth Analg. 2010 Mar 1 ; 110(3) : 868-870.

[7] M. E. Faymonville, P. H. Mambourg, J. Joris, B. Vrijens, J. Fisette, A. Albert, M. Lamy. « Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies : a prospective randomized study ». Pain 1997 ; 73(n°3) : 361-367.

[8] Camann W., Cyna A.M. « Perceived pain during neuraxial anaesthetic insertion; is this influenced by the words used? ». *Anaesthesia and Intensive Care*. 2011 Nov ; 39(6) : 1151.

[9] Davidson J.A. « An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour ». *Br Med J*. 1962 Oct 13 ; 2(5310) : 951–953.

[10] V. Bot-Robin, S. Sendon, P. Vaast, V. Deken, K. Bourzoufi, P. Dutoit, D. Subtil, V. Houfflin-Debarge. « Evaluation de l’anxiété et de la douleur au cours des gestes de diagnostic prénatal : comment améliorer nos pratiques professionnelles ? ». *Revue de Médecine Périnatale*. Septembre 2011, 3 :129.

[11] Haute Autorité de Santé. « Evaluation et suivi de la douleur chez l’adulte en médecine ambulatoire ». [En ligne]. Février 1999.

[12] L. Martin, F. Bernard, H. Musellec, N. Guillou, P. Houssel, C. Viroit. « Introduction d’une échelle de confort en SSPI ». Institut de recherche et de formation en communication thérapeutique.

[13] Detoc A. « L’hypnose perçue par les patientes lors de la pose de l’analgésie péridurale. Etude comparative dans maternité niveau 2 en Bretagne du 17 septembre 2012 au 6 octobre 2012 ». Diplôme d’état de sage-femme : U.F.R de médecine et des sciences de la santé de Brest ; 2013.

[14] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. «Enquête nationale périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ». [En ligne]. Mai 2011.

- [15] Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. JORF n°0152. Juillet 2009.
- [16] B. Khoshnood, M.-H. Bouvier-Colle, H. Leridon, B. Blondel. « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et de l'enfant ». Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 ; 37(n°8) : 733-747.
- [17] I. Leck. Structural birth defects. In : Pless IB. The epidemiology of childhood disorders. Oxford University Press ; 1994. 66-117.
- [18] The Canadian Early and Mid-trimester Amniocentesis Trial (CEMAT) Group « Randomised trial to assess safety and fetal outcome of early and midtrimester amniocentesis ». Lancet 1998 January. 351(9098) : 242-247.
- [19] Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtal. [En ligne]. www.diagnostic-prenatal.fr
- [20] E. Antonelli, R. Robyr-Susini, L. Gucciardo, and al. « Gynécologie-obstétrique Nouveautés concernant le diagnostic prénatal invasif et les traitements chirurgicaux in utero ». Revue médicale suisse. 2005. [En ligne].
- [21] A. S. Landolt, L. S. Milling. « The efficacy of hypnosis as an intervention for labour and delivery pain : a comprehensive methodological review ». Clinical Psychology Review 2011 ; 31 : 1022-1031.
- [22] R. D. Wilson, S. Langlois, J.-A. Johnson « Taux de perte fœtale associée à l'amniocentèse menée au cours du deuxième trimestre ». JOGC 2007 July 29(7) : 591 – 595.

Figures :

Figure 1 : Moyenne de la douleur, du confort et de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après EVA) dans les 2 groupes.

Figure 2 : Moyenne de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après Hamilton) dans les 2 groupes.

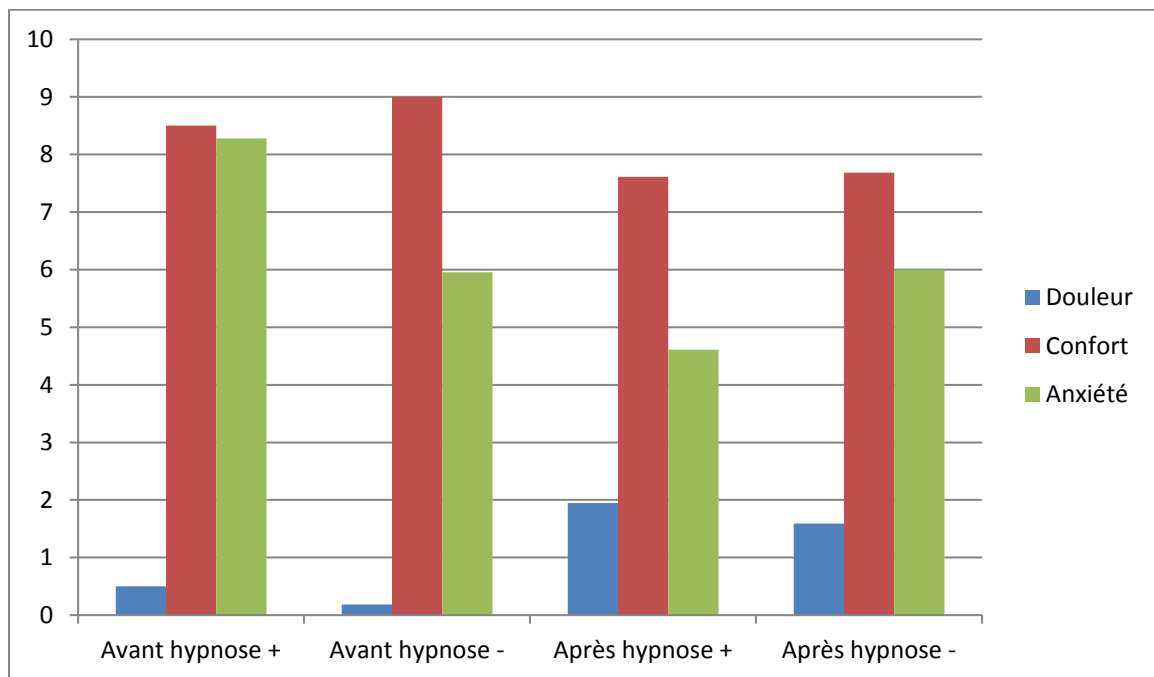


Figure 1 : Moyenne de la douleur, du confort et de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après EVA) dans les 2 groupes.

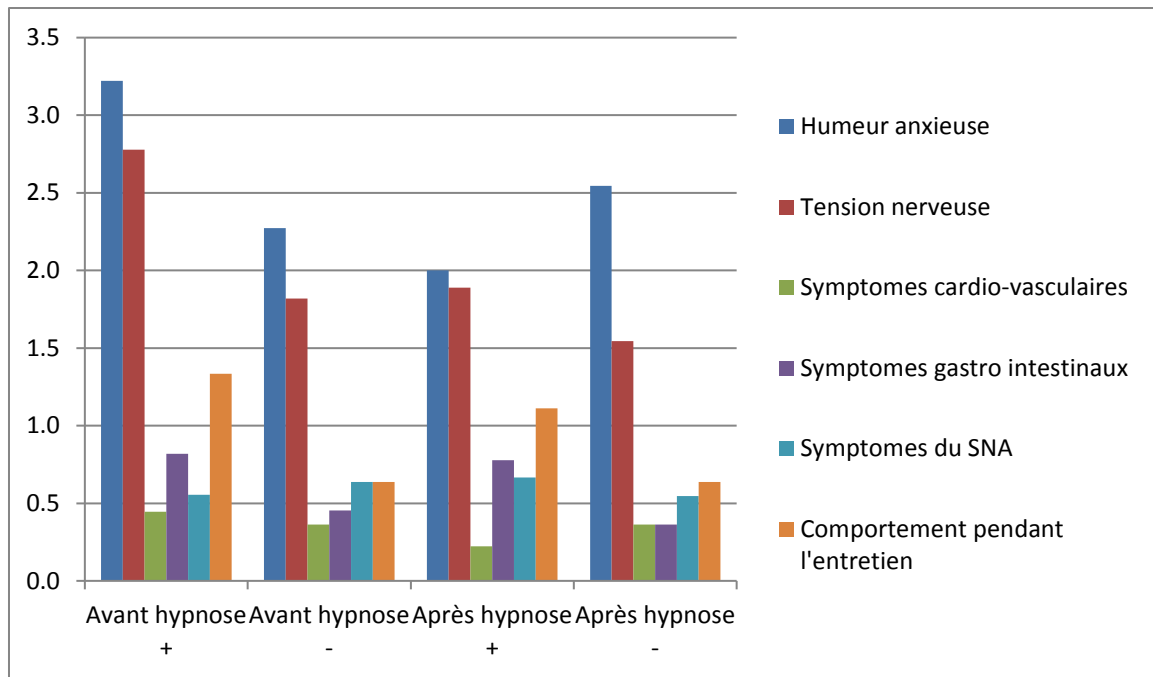


Figure 2 : Moyenne de l'anxiété des patientes avant et après le geste (d'après Hamilton) dans les 2 groupes.

ANNEXES

Annexe 1 : Recueil de données :

Recueil Hypnose

Date :					
Nom				SF :	
Formation :	OUI	NON	Utilisation hypnose :	OUI	NON
Nom médecin :					
Discours :					

Trigramme patiente :

Date de naissance :

Gestité :

Parité :

ATCD Obstétrical : FCS IVG AVB eutocique AVB dystocique Césarienne

Autres

Type de geste :

Indication geste :

Terme de la grossesse :

EVA

AVANT

APRES

- | | | |
|-------------|-----|-----|
| - Douleur : | /10 | /10 |
| - Anxiété : | /10 | /10 |
| - Confort : | /10 | /10 |

Echelle anxiété

1. Humeur anxieuse

Inquiétude, attente du pire, appréhension, irritabilité.

0 1 2 3 4

2. Tension nerveuse

Sensation de tension, fatigabilité, impossibilité de se détendre, pleurs faciles, tremblements, sensation d'être incapable de rester en place.

0 1 2 3 4

3. Symptômes cardiovasculaire

Palpitations, douleur dans la poitrine, battement des vaisseaux

0 1 2 3 4

4. Symptômes gastro-intestinaux

Nausées, vomissement, creux à l'estomac, difficultés à avaler.

0 1 2 3 4

5. Symptômes du SNA

Bouche sèche, tendance à la sudation, vertiges.

0 1 2 3 4

6. Comportement pendant l'entretien

Tendu, mal à l'aise, agitation main, tics, tremblement, instabilité, faciès tendu, pâleur faciale, respiration haletante.

0 1 2 3 4

0 Absent

1 Légère

2 Modérée

3 Forte

4 Maximale

Annexe 2 : Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété :

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. 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).

2. 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 empl(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).

3. 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).

4. 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.

5. 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.

6. 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

7. Symptômes somatiques généraux

Faiblesse musculaire, 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).

8. 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).

9. 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).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

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).

11. 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).

12. 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).

13. Autres symptômes du SNA

Cet item inclut la sécheresse 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.

14. 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.

<17: Légère

18 – 24: Légère à modérée

25 – 30: Modérée à grave