

L'anxiété aux soins intensifs : comment les infirmières l'évaluent-elles et que peuvent-elles mettre en place pour y pallier ?

Une revue de littérature étoffée

Travail réalisé en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par

Charlotte Barthlomé

Promotion 2009-2012

Sous la direction d'Andrea Serena

Haute École de Santé de Fribourg

Filière soins infirmiers

8 octobre 2012

RÉSUMÉ

Problématique : L'anxiété est un phénomène vécu par de nombreux patients en situation critique de la maladie durant leur hospitalisation. Il peut avoir de multiples origines et se manifeste de façon différente selon les individus. Or, l'anxiété a de nombreuses conséquences qui peuvent porter atteinte à la santé physique et psychique du patient.

Objectifs : Identifier les différentes méthodes d'évaluation de l'anxiété utilisées par les infirmières ainsi que les stratégies qui peuvent être utilisées pour soulager l'anxiété des patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs.

Méthode : Dix articles scientifiques ont été recherchés dans les banques de données et sélectionnés pour la réalisation de ce travail. Des grilles d'analyse de chaque article ont permis l'extraction et une catégorisation des résultats.

Résultats : Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'anxiété, les infirmières utilisent des indicateurs physiques comme les valeurs physiologiques. À travers l'observation du patient, elles relèvent également des indicateurs psychologiques et comportementaux. Des échelles d'évaluation sont également disponibles afin d'évaluer l'anxiété, toutefois ces outils ne sont que peu utilisés par les infirmières. Concernant les interventions utilisées pour faire face à l'anxiété, les infirmières tentent de contrôler les stress environnementaux qui sont la source de l'anxiété. Elles mettent aussi en place différentes stratégies relationnelles lorsqu'elles jugent que le patient est anxieux. Enfin, une intervention complémentaire qui est l'utilisation de la musique a démontré une efficacité dans la diminution du degré d'anxiété chez les patients aux soins intensifs.

Perspectives : De nombreuses interventions peuvent être utilisées par les infirmières dans la gestion de l'anxiété ; un certain nombre d'entre elles n'ont toutefois pas démontré leur efficacité. Concernant l'évaluation de l'anxiété, les infirmières utilisent leur jugement clinique pour évaluer l'anxiété. L'utilisation d'outils permettant une évaluation objective est à envisager.

Key-words : critical care unit, nursing intervention, anxiety, critically ill patient

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier chaleureusement mon directeur de thèse, Monsieur Andrea Serena, pour son soutien et ses précieux conseils qui m'ont guidé durant la réalisation de ce travail.

Je remercie chaleureusement ma correctrice, Ludivine, pour le temps qu'elle a consacré à la relecture de ce travail et pour sa rapidité. Un grand merci à Yann qui m'a partagé ses connaissances informatiques.

Je tiens également à remercier Damien pour son soutien durant la réalisation de ce travail.

Enfin, une pensée particulière pour Hervé, qui m'a transmis son goût pour ce métier que j'aime tant.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	2
Remerciements	3
Table des matières	4
Table des figures	5
Introduction.....	6
1. Problématique.....	7
1.1 Concepts.....	8
1.1.1 Le stress.....	8
1.1.2 L'anxiété	16
1.1.3 Les conséquences physiologiques et psychologiques du stress et de l'anxiété	20
1.2 Question de recherche	21
1.3 But poursuivis	21
2. Cadres théoriques	22
2.1 Le concept de stress et son évolution.....	22
2.2 Le modèle transactionnel du stress de Lazarus & Folkman.....	24
2.3 Lien entre le modèle, le concept d'anxiété et la question de recherche.....	28
2.4 Ancrage disciplinaire.....	30
3. Méthodologie	32
4. Résultats	38
4.1 L'évaluation de l'anxiété	39
4.2 Les interventions en lien avec l'anxiété	43
5. Discussion	52
5.1 Regard critique sur les articles sélectionnés.....	52
5.2 Analyse des résultats.....	54
5.2.1 Les méthodes d'évaluation de l'anxiété.....	54
5.2.2 Les stratégies	56
5.4 Les limites de l'étude	62
5.5 Implication et recommandations pour la pratique	63
5.6 Recommandations pour des recherches futures	67
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	70
Annexes.....	74

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle conceptuel bio-comportemental de la relation des réponses physiologiques, psychologiques et comportementales de la maladie critique et des résultats du patient

Figure 2 : Figure 2 : schéma de la boucle des processus concernés par la transaction stressante d'après Lazarus et Folkman

INTRODUCTION

Les aléas de la vie peuvent parfois bouleverser une vie humaine et l'expérience que vivent les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs peut faire partie de ces bouleversements.¹ Lors de cette hospitalisation dans un univers inconnu, les patients sont à risque accru de vivre l'anxiété qui, si elle persiste, peut avoir de nombreuses conséquences néfastes sur leur santé. Or, dans ce contexte hospitalier particulier, c'est bien souvent l'infirmière² qui côtoie le patient au plus proche de son quotidien. Il paraît de ce fait légitime de se questionner sur la manière qu'a l'infirmière d'appréhender cette anxiété.

En première partie de cette revue de littérature, un état des lieux des connaissances est fait autour de la problématique avec une recension des écrits ainsi que la définition des concepts du stress et de l'anxiété. Suite à cela, la question de recherche est posée et les buts poursuivis par cette revue de littérature sont définis. Les explications concernant le cadre théorique constituent la seconde partie ; pour ce faire le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman a été sélectionné. La présentation de la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce travail est ensuite exposée au troisième chapitre. Le chapitre suivant regroupe les données extraites suite à la lecture des articles et regroupées en catégories de résultats. Enfin, la discussion, qui constitue le cinquième et dernier chapitre de cette revue de littérature, s'articule en plusieurs parties. Un regard critique est d'abord posé quant au choix des études sélectionnées, puis les différents résultats sont discutés et mis en lien avec les concepts et le cadre théorique, ce qui permet d'illustrer l'implication concrète de cette revue de littérature et de dresser des recommandations pour la pratique. Les limites de la recherche sont aussi exposées, tout comme des recommandations pour de futures études.

¹ Le terme « patient » sera utilisé tout au long de ce travail pour désigner les sujets des deux sexes, sans discrimination.

² Le terme « infirmière » sera utilisé durant ce travail pour désigner les professionnels infirmiers et infirmières sans discrimination, ceci pour des raisons de simplification

1. PROBLÉMATIQUE

L'entrée dans ce monde particulier qu'est celui d'un hôpital n'est anodine pour personne. Lorsqu'un patient voit son état de santé se péjorer à cause d'un accident ou d'une maladie, et que ses fonctions vitales sont en péril, il est alors transféré dans l'unité des soins intensifs (USI). Dans cette unité spécifique et à la pointe de la technologie médicale, le patient sera pris en charge par une équipe médicale spécialisée ainsi que par du personnel infirmier spécialement formé à la pratique des soins intensifs. Il va y séjourner le temps nécessaire afin que ses fonctions vitales soient à nouveau stables, et dans d'autres cas jusqu'à son décès, s'il ne parvient à survivre aux défaillances dont il souffre. Comme le souligne Novaes, Aronovich, Ferraz et Knobel (1997), le séjour en USI est une expérience difficile dans la vie d'un patient.

L'environnement aseptisé et médicalisé des soins intensifs comporte de nombreux facteurs pouvant favoriser la survenue du stress chez les patients. A cela s'ajoute l'état d'impuissance et d'incertitude dans lequel peut se trouver le patient (Sheen & Oates, 2005). Lorsqu'une personne analyse la situation qu'elle est en train de vivre, et que celle-ci représente une menace (s'accompagnant souvent de différentes pertes), de l'anxiété peut survenir chez cette personne jusqu'à ce qu'elle trouve les ressources nécessaires pour régler le problème qui est à la source du stress ou pour réguler ses émotions. Le stress et l'anxiété pouvant avoir des conséquences sévères sur la personne soignée, il est du rôle infirmier de détecter cette anxiété et de mettre en place des actions pouvant pallier à celle-ci. Or, dans des situations de soins complexes comme celles rencontrées dans les USI, lorsque la priorité est le plus souvent de maintenir la personne en vie et que la communication avec le patient se fait souvent difficile, cette mission peut s'avérer délicate.

1.1 Concepts

La situation d'instabilité dans laquelle les patients hospitalisés dans l'USI se trouvent, à laquelle se surajoute un contexte hospitalier stressant peut générer chez la personne soignée de l'anxiété. Ces deux concepts sont explicités ci-dessous afin de mettre en évidence l'importance de la problématique dans le contexte des soins intensifs.

1.1.1 Le stress

Le mot stress, qui trouve son étymologie du latin *stringere* a pour définition étreindre, serrer, resserrer (Stora 1991, cité par Quintard, 2001). Ce terme, connu de tous, est défini de nos jours par Larousse (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress>) comme « état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque ». Lazarus et Folkman (1984), quant à eux, proposent de définir le stress comme « La relation entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être. » (p.21)

Cette définition met en évidence l'importance de l'environnement et des facteurs causant le stress qui peuvent également être externes à la personne. De ce fait, le modèle transactionnel du stress proposé par Lazarus et Folkman est apparu comme un concept approprié pouvant servir de cadre théorique pour cette revue de littérature. Ce modèle sera explicité et mis en lien avec la problématique dans le deuxième chapitre.

Nous allons tout d'abord nous intéresser brièvement à la composante physiologique du stress ainsi que ses effets sur le corps humain. Le stress sera ensuite intégré au contexte des soins intensifs et les facteurs concrets qui prédisposent la survenue du stress seront alors explicités.

La physiologie du stress

Le stress est tout d'abord une réaction physiologique du corps face à une situation imprévue ou inconnue. Face à une situation de stress physiologique, émotionnelle ou psychologique, l'hypothalamus³ libère un certain nombre d'hormones permettant à l'organisme de combattre le danger perçu.

La réponse physiologique immédiate au stress comprend la libération de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) dans la circulation générale. A son tour l'ACTH stimule la sécrétion des hormones catécholamines que sont l'adrénaline et la noradrénaline qui ont sur le corps les effets suivants (Marieb, 2005, cité par Mooser, 2010) :

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Augmentation de la fréquence respiratoire
- Augmentation de la glycémie par la conversion du glycogène en glucose par le foie
- Dilatation des bronchioles
- Diminution de l'activité gastro-intestinale et de la diurèse
- Accélération du métabolisme.

Comme réponse face à un stress prolongé, l'hypothalamus libère l'ACTH dans le sang qui à son tour stimule la corticosurrénale qui libère deux familles d'hormones stéroïdiennes : les glucocorticoïdes et les minéralocorticoïdes. Les effets sur le corps sont les suivants :

- Réabsorption de sodium et d'eau par les tubules rénaux et rétention
- Augmentation du volume sanguin et de la pression artérielle comme conséquence de l'effet mentionné ci-dessus

³ partie du cerveau qui contrôle les conditions internes du corps humain face à des conditions externes (régulation de la température, des fonctions autonomes, de l'appétit, de la balance hydrique etc.)

- Conversion des protéines et des lipides en glucose ou dégradation en vue de la production d'énergie
- Augmentation de la glycémie sanguine par activation de la glycogénolyse dans le foie et les muscles
- Affaiblissement du système immunitaire

Bear, Connors et Paradiso (1997) soulignent que les nombreuses réponses physiologiques liées au stress contribuent à protéger notre organisme des dangers qui sont à l'origine de stress mais qu'un stress prolongé peut être délétère et néfaste pour le corps.

Le stress aux soins intensifs

Comme expliqué précédemment, le stress est une réaction de l'individu et son organisme lorsque son homéostasie est menacée. Or, les différents facteurs provoquant le stress peuvent être aussi bien internes qu'externe à la personne.

Lorsqu'une personne nécessite des soins médicaux complexes et une hospitalisation dans une USI, une multitude de facteurs peuvent contribuer à provoquer du stress. Ces facteurs seront explicités ci-dessous (de manière non-exhaustive) afin de mettre en lien le concept du stress avec le contexte des soins intensifs.

L'environnement

Il est reconnu par le tout public que le milieu hospitalier, aseptisé et peu commun, peut générer de l'appréhension et du stress pour toute personne contrainte de s'y rendre. L'unité des soins intensifs, aile discrète et souvent éloignées du cœur de la structure hospitalière, est quant à elle un lieu de traitement des maladies et accidents en phase aigüe où la notion de stress prend alors une toute autre ampleur.

Chaque patient hospitalisé dans une USI voit ses fonctions vitales être surveillées à l'aide d'un moniteur, outil électronique relié au patient qui émet des alarmes lorsque l'un des paramètres vitaux ne se situe plus dans la norme.

De plus, les médicaments que reçoit le patient sont la plupart du temps branchés sur un pousse-seringue électrique afin d'en contrôler le dosage, lequel est aussi doté d'une alarme susceptible de se déclencher pour différentes raisons. Le système de ventilation mécanique, si le patient est sous assistance respiratoire, contient lui aussi un système d'alarme. En plus des bruits reliés aux équipements du patient et de ceux de son voisin de chambre s'il en a un, les discussions du personnel soignant et des médecins constituent également une source de bruit pouvant être élevée par moments.

Les recommandations en lien avec le bruit émises par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant le milieu hospitalier sont de 35 décibels le jour et 30 décibels la nuit. Dans leur étude, Freedman, Gazendam, Levan, Pack et Schwab (2001, cité par Tracy & Chlan, 2011) ont mis en évidence que ces recommandations ne sont la plupart du temps pas respectées ; le niveau moyen se situe généralement entre 55 et 65 décibels et le niveau de pique peut excéder les 80 décibels. Ce niveau sonore ainsi que la tonalité aiguë des différentes alarmes sont susceptibles, ajoutés à d'autres stimuli, de créer un stress pour la personne en phase aiguë de la maladie, particulièrement si son niveau de conscience est altéré par un traitement médicamenteux ou par les conséquences de la maladie. Dans l'étude de Sheen et Oates (2005), les différents bruits présents dans l'USI sont associés à un sentiment de chaos ressenti par certains patients ne pouvant généralement pas en comprendre le sens. L'un des participants s'exprime au sujet du bruit en ces termes : « Le bruit, oui c'était l'enfer pour un moment. Chacun continuait à parler et cela me faisait sursauter. L'endroit semblait se transformer en boîte de nuit. » (p. 29) (Traduction libre de l'auteur)

D'autre part, Novaes, Aronovich, Ferraz et Knobel (1997) ont mis en évidence que l'impossibilité de dormir due au bruit était le second facteur de stress principal classifié par les participants de leur étude durant leur séjour aux soins intensifs.

Les procédures diagnostiques et thérapeutiques invasives

Les patients séjournant dans l'USI nécessitent des soins médico-infirmiers complexes qui peuvent être douloureux et porter atteinte à l'intégrité corporelle. Les différentes sondes (drains, sondes vésicales, sondes naso-gastriques, etc.) et cathéters (cathéters veineux périphériques et centraux, cathéters artériels, sonde d'oxygène, etc.) mis en place afin de drainer des liquides corporels ou d'administrer des médicaments sont sources de traumatismes. Ils restent souvent en place durant toute la durée du séjour et sont maintenus à l'aide de pansements. Les patients au bénéfice d'une assistance respiratoire doivent quant à eux supporter une sonde d'intubation partant de la trachée et ressortant par la bouche. Pour les patients trachéotomisés, une ouverture externe au niveau de la gorge est effectuée afin d'atteindre la trachée lorsque la cavité buccale n'est pas accessible, procédure très invasive et douloureuse qui constitue un traumatisme.

L'un des participants de l'étude de Sheen et Oates (2005) explique la gêne créée par l'intubation comme telle : « Je n'essayais pas consciemment d'enlever le tube de mon corps. Il y avait juste une source de douleur que j'essayais d'éliminer ». (p. 27) (Traduction libre de l'auteur)

Au cours de l'hospitalisation, le patient va recevoir des soins thérapeutiques (pansements, changement et mobilisation de cathéters, aspiration buccale/ endo-trachéale) pouvant être douloureux ou gênants, ce qui constitue une source de stress. En outre, certaines procédures diagnostiques comme les ponctions, radiographies et autres endoscopies sont également susceptibles de créer un stress supplémentaire pour le patient, particulièrement lorsque ces examens s'effectuent dans l'urgence.

La douleur

La phase aiguë de la maladie que vivent les patients hospitalisés dans l'USI peut avoir pour symptomatologie la douleur, et ceci qu'elle soit nosiceptrices, neurogènes ou psychogènes. Cette douleur, quelle qu'en soit la cause, peut

être créatrice de stress, d'autant plus si elle est associée à d'autres facteurs de stress. Ce phénomène a été mis en évidence par Novaes, Aronovich, Ferraz et Knobel (1997) dans leur recherche qui portait sur l'évaluation par les patients des stressors aux soins intensifs. En effet, la douleur est arrivée en tête de liste des facteurs de stress vécu par les patients parmi les 40 items de l'échelle de mesure *The Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale*. Selon les résultats de l'étude, la douleur a été classifiée comme le stressor principal dans cette étude ; pour ces auteurs, la présence de douleur est si inconfortable que cela surpasse toutes les autres expériences gênantes pouvant être vécues en USI.

Les troubles du sommeil

Dans son ouvrage, Shapiro (1996) met en lumière les deux théories principales concernant la fonction du sommeil. Une première, qui serait de dire que le sommeil sert à préserver l'énergie de l'humain et une seconde, qui tend à dire que sa fonction serait plutôt de restaurer l'ensemble du corps. Quoi qu'il en soit, il met en évidence le rôle important du sommeil qui permet à la personne de se reposer après une journée où elle a été active. Comme le souligne Bijwadia et Ejaz (2009), le sommeil est une fonction biologique essentielle, bien que sa fonction exacte soit encore débattue à ce jour.

Le but du sommeil étant de permettre au corps et à l'esprit de se reposer, il a donc toute son importance pour le patient en situation critique de la maladie comme c'est le cas lors d'une hospitalisation dans une USI. Les participants à l'étude de Novaes, Aronovich, Ferraz et Knobel (1997) ont classifié l'impossibilité de dormir comme second facteur de stress le plus important, notamment à cause du bruit causé par les machines auxquelles les patients sont appareillés. Le bruit peut donc être un facteur contribuant à la survenue de troubles du sommeil, surtout dans un contexte où les recommandations de l'OMS nommées plus haute sont souvent dépassées, comme cela a été expliqué précédemment. Un autre élément qui peut perturber le sommeil du patient est la survenue de soins durant les périodes de repos. En effet, dans ce

contexte où le patient requière de nombreux soins, Tamburri, Di Brienza, Zozula et Redeker (2004, cité par Tracy & Chlan, 2011) ont trouvé qu'un total de 42.6 interventions de soins est fait durant la nuit. Selon les estimations de Gabor et al. (2003, cité par Tracy & Chlan, 2011), moins de 30 % des réveils du patient sont attribué au bruit et aux soins, les autres causes étant moins objectivables et contrôlable, ce qui montre bien la complexité des troubles du sommeil en USI.

En outre, McKinley, Nagy, Stein-Patbury, Bramwell et Hudson. (2002) mettent en évidence que le manque de sommeil accroît la vulnérabilité du patient, amenant des changements cognitifs pouvant mener à créer de l'anxiété chez le patient.

L'insécurité et la perte de contrôle

Si un sentiment d'insécurité peut survenir en lien avec l'environnement inconnu dans lequel se trouve le patient, de nombreux autres facteurs comme la désorientation temporelle ou les soins peuvent être perçus comme menaçants et créer un stress chez le patient.

Dans leur étude, Sheen et Oates (2005) ont interrogé des patients ayant séjourné dans un service de soins intensifs dans un état d' « inconscience médicalement-induite ». Ils se sont exprimés sur leur vécu de cette expérience et ont fait ressortir un certain nombre d'éléments qui guident notre compréhension de la problématique.

Le sentiment d'insécurité est décrit par une patiente aux moments de gestes techniques effectués par les soignants : « Et elle me faisait toujours des piqûres dans le ventre et je pensais qu'elle essayait de me tuer, cette infirmière. Mais je le pensais vraiment ; elle essayait de me tuer (...) » (p. 28) (Traduction libre de l'auteur)

Un autre patient illustre le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle lors des visites médicales.

« Et lorsque l'on entend parler de soi comme les gens qui se postaient au pied du lit et qui disaient : cet homme est en train de mourir et est-ce vraiment mieux de le maintenir sous ventilation mécanique ou devrions-nous voir pour retirer les médicaments. Et j'étais allongé là (...) » (p. 28) (Traduction libre de l'auteur)

La difficulté ou l'impossibilité de communiquer

Les patients hospitalisés dans l'USI peuvent, pour différentes raisons, avoir des difficultés à s'exprimer. L'intubation endo-trachéale ainsi que la trachéotomie empêchent toutes deux le patient de s'exprimer verbalement. Les patients avec un état de conscience altéré ou dans le coma ne peuvent bien souvent pas s'exprimer soit parce qu'ils sont endormis ou alors parce qu'ils n'en ont pas la force, ce qui est susceptible de générer un stress massif. Sheen et Oates (2005) explicitent le sentiment que peuvent vivre ces patients à travers le témoignage d'un participant :

« Je pensais, je ne veux pas vivre dans ces conditions. J'étais impuissant, j'étais muet. Je ne pouvais bouger. La chose qui m'effrayait le plus était de ne pas pouvoir parler. C'est ça, et ne pas pouvoir capter l'attention des gens. » (p. 27) (Traduction libre de l'auteur)

Le manque d'informations

Lors de leur hospitalisation en USI, les patients peuvent, pour diverses raisons, manquer d'informations. Cela peut être dû, par exemple, à une désorientation ou un état de conscience altéré induits par la maladie ou le traitement médicamenteux qui les empêchent de capter et d'analyser la situation ou les informations données par les soignants. Les patients de l'étude de McKinley,

Nagy, Stein-Patbury, Bramwell et Hudson. (2002) ont souvent lié l'anxiété avec le souhait de savoir ce qui leur arrivait et y mettre un sens.

Les différents facteurs mis en lumière ci-dessus sont autant de stimuli pouvant créer un stress chez le patient. Il en existe par ailleurs bien d'autres qui varient selon la nature de la personne (structure psychique, éducation, expérience de vie et de la maladie) et qui s'ajoutent au stress de base que provoque le contexte hospitalier.

1.1.2 L'anxiété

Dérivant du latin *anxietas*, le mot « anxiété » contient également la racine indo-européenne *Angh*, plus ancienne, qui signifie « étroit, constriction, strangulation » (Belzung, C., 2010). Comme le rappelle cet auteur, l'anxiété est une émotion secondaire qui est décrite par certains auteurs comme une peur anticipée. L'anxiété se différencie de la peur par son déclenchement face à un danger potentiel, incertain, alors que la peur survient face à un réel danger. L'anxiété peut exister sans objet, c'est ce qui la différencie de la peur. Carpenito (2009) corrobore ceci puisqu'il définit l'anxiété comme un « vague sentiment d'appréhension et d'inquiétude que la personne éprouve quand son système de valeurs ou son système de défense sont menacés. »

Une distinction doit également être faite entre l'anxiété et l'humeur anxieuse, celle-ci représentant une disposition plus générale à ressentir de l'anxiété. De plus, il faut distinguer « l'anxiété-trait » et « l'anxiété-état ». La première est une caractéristique permanente et stable de l'individu, une personne avec une forte « anxiété-trait » ayant une plus forte disposition à présenter de l'anxiété en dehors d'événements stressants. « L'anxiété-état », quant à elle, varie en fonction des stimuli de l'environnement et ne survient que lorsqu'un événement la suscite (Belzung, C., 2010).

Une notion voisine, l'angoisse, correspond à un malaise général et une crainte diffuse avec des modifications sur le plan somatique également. Par conséquent, l'anxiété et l'angoisse sont des degrés du même état et se situent

donc sur le même plan (Belzung, C., 2010). Cet élément s'est illustré durant la lecture des recherches puisque dans certains articles, les notions d'anxiété et d'angoisse sont nommées de manière conjointe et la distinction par les sujets entre celles-ci est peu claire, comme c'est le cas dans l'étude de Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ (2012).

L'anxiété se traduit par des réactions physiologiques proches de la peur, une augmentation de la vigilance et des réponses d'évitement. Si l'implication d'un réseau cérébral comprenant différentes structures a été démontrée dans diverses études citées par Belzung (2010), c'est l'amygdale qui joue un rôle pivot dans le circuit de cette émotion.

Carpenito (2009) différencie les signes de l'anxiété comme d'ordre physiologiques, émotionnels et cognitifs, disant qu'ils varient selon le degré d'anxiété.

La physiologie de l'émotion étant d'une grande complexité théorique, notre intérêt va davantage se porter sur la manière dont l'individu régule l'émotion, ceci afin de comprendre pourquoi la gestion de l'anxiété est une notion complexe et multidimensionnelle.

Klaus Scherer (2001, cité par Mikolajczak & Desseilles, 2012), propose de catégoriser les différentes manifestations de l'émotion de 5 grandes dimensions:

1. Les pensées suscitées par la situation
2. Les modifications biologiques de trois types s'opérant en cascade : les modifications neuronales (activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, les modifications physiologiques, les manifestations neuro-végétatives (sueurs, palpitations oppression respiratoire)
3. Les tendances à l'action, qui donnent lieu ou non à l'action proprement dite en fonction de sa faisabilité, des contraintes sociales, et du degré de régulation de l'émotion.
4. Les modifications expressives et comportementales (expression faciale, gestuelle, posture, voix
5. L'expérience subjective, ressenti

La catégorisation proposée ci-dessus, met en lumière les multiples facettes de l'expression émotionnelle. Si les modifications physiologiques sont un phénomène naturelle résultant d'une interaction entre l'individu et l'environnement (interne ou externe), les conséquences pour l'organisme lorsque l'émotion persiste peuvent être délétères. Si cette émotion qui, comme il sera explicité au deuxième chapitre, peut créer du stress et déclencher par conséquent une réponse physiologique qui permet à l'individu de se préparer au danger éventuel, les modifications physiologiques à long terme peuvent être nuisibles pour l'organisme de l'individu.

En résumé, l'organisme d'un individu qui ressent de l'anxiété s'adapte de manière remarquable aux sollicitations de l'environnement. Cependant, lorsqu'une émotion est ressentie de manière prolongée, particulièrement chez une personne en situation aigue de la maladie qui est affaiblie et isolée de son contexte social habituel, les patterns de réponse physiologiques et psychologiques peuvent avoir de nombreuses incidences sur la santé de cette personne.

Les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs ressentent généralement l'anxiété causée par des stimulus physiologiques, psychologiques et environnementaux. Cet état émotionnel désagréable correspond à la réponse psychophysiologique d'une menace perçue (Hill, F., 1991, cité par Frazier et al., 2003), mécanisme qui sera explicité au point 3 du deuxième chapitre.

Rincon et al. (2001), dans leur étude portant sur l'évaluation des taux de dépression, anxiété et délirium des patients durant leur séjour en USI, ont mis en évidence que l'anxiété touchait 24 % (N=96) des patients durant leur séjour.

L'anxiété représente une menace pour l'homéostasie de l'individu. Elle peut entraver le processus de guérison et a de nombreuses conséquences, comme l'explique ce modèle portant sur la relation entre les différentes réponses du patients face à la maladie critique (Frazier et al., 2003, p.20) (Figure 1).

L'association entre l'anxiété et l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité a été décrite par de nombreux auteurs cités par Frazier et al. (2003).

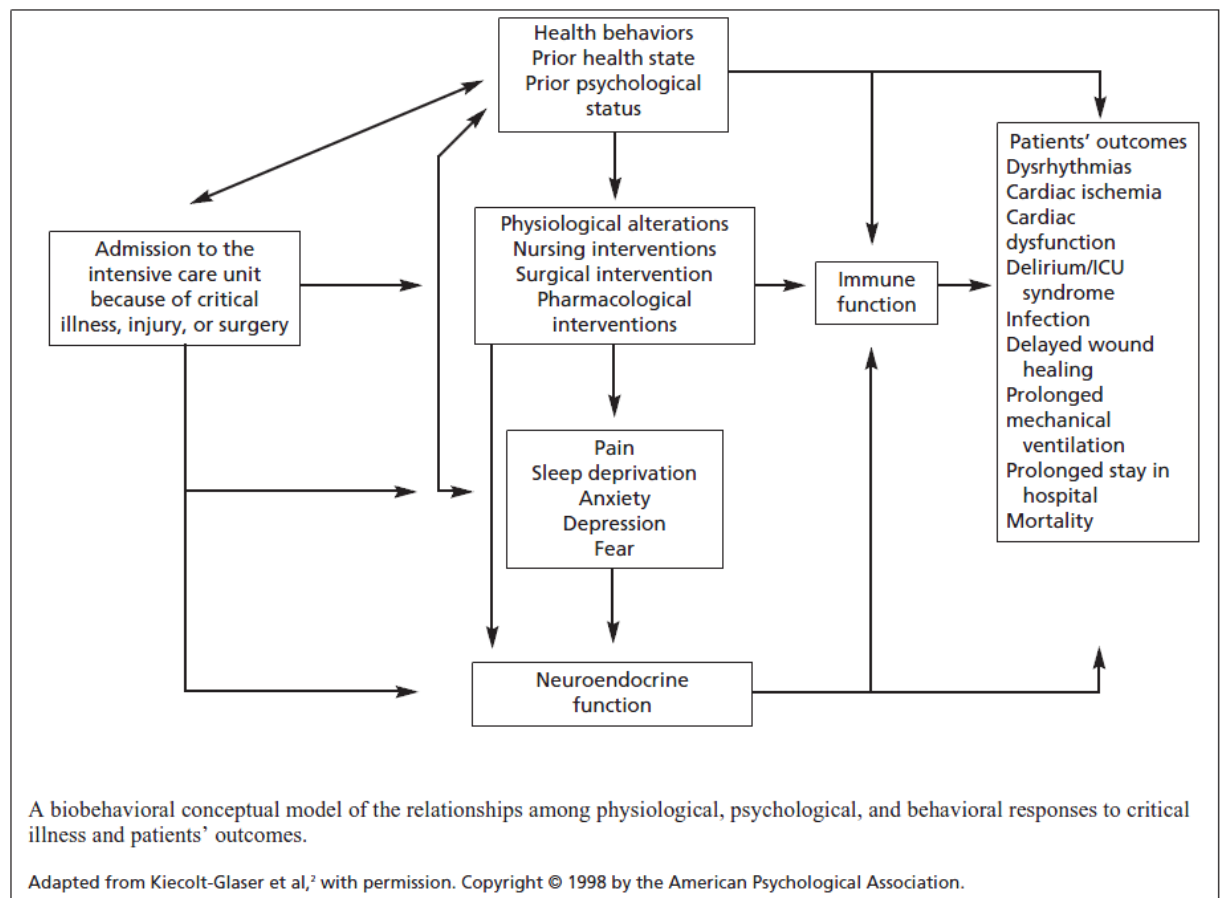


Figure 1 : Un modèle conceptuel bio-comportemental de la relation des réponses physiologiques, psychologiques et comportementales de la maladie critique et des résultats du patient (Frazier et al., 2003, p. 20)

Si le phénomène d'anxiété est complexe et difficile à détecter, il le devient encore plus chez les patients en situation critique de la maladie. En effet, les patients peuvent avoir des difficultés à communiquer ou un état de conscience altéré qui les empêchent d'attirer l'attention des infirmières. Les signes de l'anxiété se recoupent aussi parfois avec ceux d'autres symptômes comme la douleur ou la dyspnée par exemple. Rincon et al. (2001) rappellent que, bien que l'anxiété soit une réaction normale à un stressor comme peut l'être l'admission dans une USI, si cette anxiété est haute, non détectée et non

traitée, elle peut porter préjudice à la santé psychique et physique du patient. De ce fait, la question de l'anxiété prend tout son sens dans un tel contexte.

1.1.3 Les conséquences physiologiques et psychologiques du stress et de l'anxiété

Les conséquences du stress et de l'anxiété peuvent être délétères pour le patient et avoir des conséquences physiques et psychiques, et ceci à court, moyen et long terme. De nombreux auteurs ont mis en évidence leur impact sur la santé du patient, que cela soit durant son séjour dans l'unité de soins intensifs ou à sa sortie de l'hôpital.

Glaser et al. (1999) ont par exemple démontré la corrélation entre un niveau élevé de stress pouvant être délétère pour le processus de guérison des plaies. De plus, les compétences du système immunitaire peuvent également être modifiées dans un contexte d'anxiété. Torpy et Chorusos (cité par Rincon et al., 2001) mettent en évidence que l'anxiété peut contribuer à l'activation du système de stress dans un organisme déjà mis à rude épreuve, ce qui peut abaisser le statut immunitaire du patient.

L'anxiété ainsi que le stress qui la provoque ont donc de nombreuses conséquences qui peuvent ralentir le processus de guérison du patient ou qui peuvent être la source de complications somatiques. Ces deux facteurs peuvent également avoir des conséquences psychologiques sur le patient.

En effet, Legault, Joffe et Armstrong (cité par Rincon et al., 2001) ont trouvé également qu'un haut niveau d'anxiété durant la période d'hospitalisation aux soins intensifs était associé à une prévalence élevée d'anxiété après 3 mois.

Pour résumer, comme il l'a été expliqué précédemment, le stress et l'anxiété sont présents de manière fréquente chez les patients hospitalisés dans une USI. Ils peuvent avoir de nombreuses conséquences et sont la source de traumatismes tant physiques que psychiques pour le patient.

En parallèle de cela, l'infirmière, dans sa pratique quotidienne auprès du patient, est le membre de l'équipe pluridisciplinaire qui passe le plus de temps auprès du patient. C'est donc pour cela qu'elle représente un intervenant de choix dans la prise en charge de l'anxiété chez le patient en situation critique de la maladie, qui se compose en deux étapes. Premièrement, il s'agit de pouvoir détecter les signes relatifs à l'anxiété chez le patient, tâche qui, comme explicité au chapitre précédent, peut se révéler complexe. Ensuite, lorsque le phénomène d'anxiété a été détecté chez un patient, l'équipe pluridisciplinaire va alors mettre en œuvre différents moyens pour y faire face. Pour ce faire, un des outils est l'utilisation de traitements antalgiques, anxiolytiques et sédatifs que l'infirmière administre de manière médico-déléguée. Or, il existe différents moyens moins invasifs qui peuvent être associés à cela afin de soulager l'anxiété chez le patient en situation critique de la maladie.

1.2 Question de recherche

Dès lors, la question suivante se pose :

Quels moyens ont les infirmières pour évaluer l'anxiété et quelles interventions peuvent être mises en place dans un contexte de soins intensifs ?

1.3 But poursuivis

Le but de cette revue de littérature est de faire un état des lieux des pratiques infirmières par rapport à ce thème. Afin que ce but puisse être atteint, deux objectifs ont été posés :

Identifier les différentes méthodes d'évaluation de l'anxiété utilisées par les infirmières dans un contexte de soins intensifs

Identifier les stratégies qui peuvent être utilisées pour soulager l'anxiété des patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs

2. CADRES THÉORIQUES

2.1 Le concept de stress et son évolution

L'évolution du concept du stress est résumée ci-dessous afin de comprendre et d'argumenter le choix du cadre de référence qui sera explicité par la suite. Le concept du stress présenté ci-dessous se base principalement sur l'analyse conceptuelle faite par Quintard (2001).

Au début du XXème siècle, de nombreux physiologistes ont tenté d'éclairer les relations entre le corps et les émotions. L'école pavlovienne a inauguré cette démarche à partir du début du siècle en proposant une théorie générale de l'adaptation. Elle a mis en évidence à travers diverses expérimentations l'existence de l'axe cortico-viscéral qui permet au cerveau de maintenir l'homéostasie du corps, ce qui correspond à une partie de l'explication des processus neurologiques du stress. A cette même époque, Cannon étudiait les réactions comportementales basiques des animaux face au stress et il a mis en évidence deux réactions comportementales basiques : l'attaque et la fuite. Ces deux réactions s'accompagnaient de manifestations somatiques identiques dues à la libération dans le sang d'une hormone sécrétée par la glande médullo-surrénale, l'adrénaline, ayant pour effet l'accélération du rythme cardiaque et de la tension artérielle, le réflex pilomoteur ainsi que l'afflux du sang vers les muscles et le cerveau. Ce chercheur a développé donc une théorie centrale de l'émotion qui tendait à dire que le lieu actif du mécanisme de l'émotion était le thalamus dont l'excitation déclenche une réaction neurovégétative qui s'accompagne du sentiment subjectif de l'émotion. C'est les travaux de Cannon qui ont ouvert la voie au chercheur Hans Selye qui est considéré de nos jours comme le fondateur de la théorie du stress. C'est en travaillant sur un tout autre objectif qu'il a découvert que des bovins, au même titre que certains cas de patients qui avaient été victimes de traumatismes, présentaient des caractéristiques communes, quelle que soit la nature de l'agression : ulcères gastro-intestinaux, régression du thymus et des ganglions ainsi qu'une hypertrophie des glandes surrénales (Dantzer, 1989).

C'est à cette réponse unique et non-spécifique du corps ayant pour but de rétablir l'homéostasie que Selye a donné le nom de Syndrome Général d'Adaptation (SGA). Celui-ci se divise en trois temps correspondants à la survenue de l'agression qui provoque dans l'organisme la réaction d'alarme qui a pour but d'augmenter le degré de résistance de l'organisme. Dans le cas où cette phase de résistance se prolonge, le corps devient plus faible et entre dans une phase d'épuisement. Les deux systèmes réactionnels sollicités lors des deux premières phases et qui sont responsables de la sécrétion d'adrénaline/noradrénaline et de cortisol ont toutefois leurs limites et c'est lorsqu'ils sont trop sollicités que l'organisme rentre en phase d'épuisement avec les désordres somatiques décrits précédemment.

Selye a donc désigné le stress comme un état réactionnel de l'organisme soumis à un stressor, et ce qu'il soit physique, chimique ou psychologique. Cependant, il est clair que pour ce chercheur le stress demeurerait fondamentalement une réponse physiologique à l'agression.

Si les travaux de Selye ont permis de mettre en évidence la composante physique de l'émotion qui n'appartient pas seulement au psychisme, Quintard (2001) souligne le fait que ce modèle, reposant sur un schéma de cause à effet, est linéaire. Il ne permet donc d'éclairer entièrement les mécanismes complexes mis en action lorsqu'un être est confronté à une situation de stress.

Aussi, c'est à partir des années soixante que le modèle proposé par Selye a été controversé. Avec l'apport progressif de la biopsychologie, le concept du stress a été davantage considéré comme un processus interactionnel entre la personne et une situation ayant des composantes à la fois affectives, cognitives, sensorielles, viscérales, endocriniennes et comportementales étant toutes en interactions les unes avec les autres.

Dantzer (1989, cité par Quintard, 2001) souligne qu'en considérant l'action des émotions, un schéma plus complexe apparaîtrait et explique qu'« un événement ne provoque une réponse de stress que parce qu'il survient de façon soudaine et inattendue ; la réaction de stress est alors d'autant plus

intense que l'émotion engendrée par cet événement est forte » (p. 49). Ce qui indique que les réponses physiologiques aux agressions ne sont donc pas stéréotypées comme le disait Selye. Différents facteurs interviennent donc dans le choix de la réaction physiologique et comportementale la plus appropriée face à l'agression comme la perception de la situation, la nouveauté, le contrôle possible ou la prévisibilité de l'évolution de cette situation.

Depuis un certain nombre d'années, un consensus s'est formé autour de Lazarus et Folkman (1984) et leur définition du stress (cf page 8), qu'ils décrivent comme un processus dynamique entre l'environnement et le sujet dans lequel celui-ci est considéré comme actif et pouvant influencer le processus. Ainsi, ces chercheurs défendent l'idée que les événements de vie n'ont pas tous le même impact sur tous les individus. Comme le dit Bruchon-Schweitzer (2001), ce n'est pas l'intensité ou la fréquence ni la gravité objective qui sont stressantes en elles-mêmes mais leur impact émotionnel et leur signification pour un individu en particulier. C'est ainsi que Lazarus et Folkman ont élaboré le concept du coping qui correspond aux stratégies d'ajustement mises en place par l'individu face au stress, qui est décrit au point suivant. Le lien avec la question de recherche y est également explicité, ainsi que la pertinence de ce concept comme cadre de référence théorique.

2.2 Le modèle transactionnel du stress de Lazarus & Folkman

C'est en 1984 que le Docteur Richard S. Lazarus et son associée la Doctoresse Susan Folkman ont élaboré la théorie du processus d'adaptation psychologique face au stress. Ils ont défini le stress comme un processus dynamique entre la personne et l'environnement, processus impliquant des interactions continues et des ajustements appelés transactions. C'est dans cette perspective que l'individu est considéré comme acteur et qu'il peut avoir une influence sur l'impact d'un stressor par la mise en place de stratégies cognitives, émotionnelles, comportementales (coping) et somatiques. L'individu ne subit donc pas les événements de manière passive, il essaie d'y faire face. Ce

modèle s'intéresse à la manière dont l'individu construit la perception d'une situation de stress, sa façon d'évaluer ses ressources pour y faire face et comment il met en place des stratégies de coping.

Dans ce modèle, le terme coping est employé pour désigner les réponses et réactions que l'individu élabore pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Le processus de coping est donc mis en place par l'individu pour tenter de transformer la situation et/ou d'apporter des modifications en lui-même pour rendre cette situation plus supportable (Bruchon-Schweitzer, 2001). Selon cette approche transactionnelle, les stratégies ne sont pas efficaces ou inefficaces en elles-mêmes, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend du critère choisi pour l'évaluer (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout en nuisant à sa santé (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Sarafino (1990, cité par Quintard, 2001, p. 77), en reprenant la définition de Lazarus et Folkman, explique que le stress est la « résultante de transactions entre la personne et son environnement, qui conduisent l'individu à percevoir une discordance, qu'elle soit réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et social. ». Ainsi, le coping est défini par Lazarus et Folkman (1984, p.141) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (utilisés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par l'individu) comme consommant ou excédant ses ressources ». L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante et ses ressources pour y faire face (Bruchon-Schweitzer, 2001), processus qui comprend deux étapes :

L'évaluation primaire : c'est l'évaluation de la situation durant laquelle la personne s'interroge sur la nature et le sens de la situation et sur l'impact qu'elle peut avoir sur elle. La manière d'évaluer la situation dépend des cognitions et émotions particulières, c'est pourquoi un même événement peut

avoir différents sens pour la personne. Trois sortes d'évaluations peuvent être distinguées : hors sujet, neutre ou positif et stressant (Lazarus & Folkman, 1984, p. 32). Lorsque la situation est évaluée comme stressante, elle peut être perçue comme :

- Une perte (s'accompagnant de tristesse, honte ou colère)
- Une menace (s'accompagnant d'anxiété et de peur)
- Un défi (s'accompagnant d'excitation, de fierté et de joie)

L'évaluation secondaire : c'est l'évaluation durant laquelle la personne se questionne sur les ressources qu'elle a pour faire face à la situation et quelle sera l'efficacité de ses actions. C'est « (...) un processus complexe qui prend en compte les options d'adaptation qui sont disponibles, la probabilité que telle ou telle option d'adaptation permettra d'accomplir ce qu'il (l'individu) est censé faire, et la probabilité de pouvoir appliquer une stratégie particulière » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 35). Ainsi, beaucoup d'options peuvent être envisagées, comparées et sélectionnées. Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Le coping

Défini précédemment (cf page 25), le coping se distingue par deux fonctions principales (Lazarus et Folkman, 1984) :

1. Le coping centré sur le problème : il a pour but de réduire les exigences de la situation et/ou d'augmenter les ressources propre à la personne pour y faire face (Bruchon-Schweitzer, 2001). Il peut être de deux types :

- Résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action)
- Affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème)

2. Le coping centré sur l'émotion : il a pour but de gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. Il peut être de cinq types :

- Minimisation de la menace
- Réévaluation positive
- Auto-accusation
- Evitement-fuite
- Recherche de soutien émotionnel

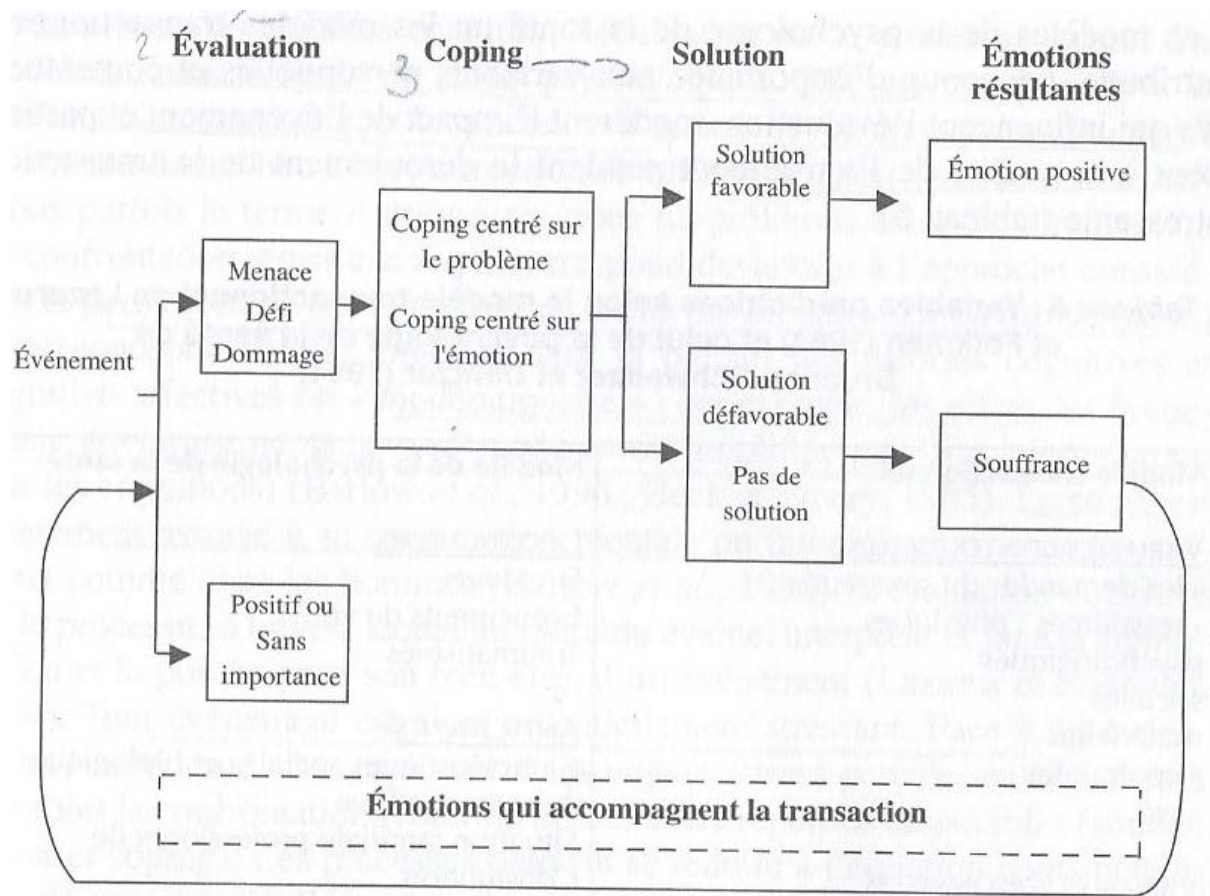


Figure 2 : schéma de la boucle des processus concernés par la transaction stressante d'après Lazarus et Folkman, 1984 (Graziani & Swendsen, 2005, p. 49)

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping est donc un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus dynamique qui se modifie selon les situations et en fonction de la manière qu'a l'individu de les évaluer. Bruchon-Schweitzer (2001) met en avant le fait qu'aujourd'hui, beaucoup d'auteurs pensent que l'évaluation et le coping, étant des processus

transactionnels, dépendent à la fois des caractéristiques de l'individu et de celles des situations qu'il rencontre. Par conséquent, l'évaluation peut être influencée par diverses caractéristiques environnementales : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Face à un événement non contrôlable, que ce soit après évaluation objective ou subjective, l'individu tentera de gérer ses problèmes émotionnels, alors que lors d'une situation contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. L'hypothèse peut donc être émise que les infirmières peuvent avoir un rôle dans la modification des éléments environnementaux pouvant potentiellement être évalués comme stressants par le patient (bruit ou luminosité par exemple). De plus, l'infirmière peut également mettre en place des actions directement reliées à la gestion des émotions par le patient ou à l'organisation du soutien social durant l'hospitalisation, actions qui peuvent soit influencer l'évaluation du patient (primaire ou secondaire) soit l'aider dans la mise en place de stratégies de coping.

2.3 Lien entre le modèle, le concept d'anxiété et la question de recherche

Comme le disent Graziani et Swendsen (2005), le stress et l'anxiété sont deux concepts très rapprochés dans les modèles interactionnistes tels que celui de Lazarus et Folkman. Leur définition du stress, expliquant que le sujet évalue la situation comme débordant ses ressources propres et mettant en danger son bien-être, tend à intégrer la perception subjective que les ressources disponibles sont insuffisantes et qu'une menace pour le bien-être de l'individu est présente. Cela introduit donc l'anxiété comme une composante constante de l'expérience stressante puisque, comme explicité en page 26, lorsqu'une situation est évaluée comme menaçante elle s'accompagne d'un sentiment d'anxiété et de peur. De plus, ces deux auteurs insistent sur le fait que l'individu se sent stressé lorsqu'il évalue la demande externe ou interne nécessaire dans la situation comme dépassant ses propres ressources. C'est donc un constat du décalage entre les ressources disponibles et celles

nécessaires pour faire face à la confrontation stressante, ce qui implique un sentiment de maîtrise ou de non maîtrise de la situation. En outre, Chorpita et Barlow (1998, cité par Graziani et Swendsen, 2005) associent le sentiment de non-maîtrise au trait anxieux. Donc, l'évaluation de ses capacités en deçà de ce qui est demandé suffit à provoquer de l'anxiété chez l'individu. Or, dans le contexte des soins intensifs où le patient vit une phase instable et aiguë de la maladie, qu'il est alité et qu'il, comme explicité en page 14, peut avoir le sentiment de perdre le contrôle, il paraît clair qu'il pourrait évaluer ses capacités comme insuffisantes pour affronter la situation stressante, ce qui pourrait expliquer la prévalence élevée de l'anxiété chez les patients aux soins intensifs, comme l'ont démontré Rincon et al. (2001) déjà cités en page 18.

Comme cela a été expliqué précédemment, l'anxiété est donc assignée à une composante du stress et c'est parce que l'anxiété est présente constamment que cela rend flou la distinction des concepts de stress et d'anxiété. De surcroît, Graziani et Swendsen (2005) rappellent que l'anxiété emprunte presque les mêmes circuits physiologiques que ceux du stress. Dans cette perspective, l'anxiété accompagne le stress car tel que Lazarus et Folkman (1984) l'ont défini, toutes les confrontations stressantes (menace, dommage ou perte) représentent un danger pour le bien-être et sont donc apparentées à l'anxiété.

Par conséquent, il est apparu clairement depuis le début de ce travail que la définition des deux concepts était indispensable. L'anxiété est une composante du processus transactionnel du stress au même titre que le stress peut être une composante de l'anxiété. En effet, comme l'expliquent Graziani et Swendsen (2005, p.71), « une situation anxiogène n'est pas stressante a priori mais le devient en fonction des capacités du sujet à supporter la durée et/ou l'intensité de cette émotion. » L'anxiété peut donc aussi être à l'origine de l'expérience stressante, spécifiquement dans le contexte des soins intensifs où le patient est affaibli et sorti de son cadre de vie habituel.

Ces éléments expliquent donc le fait que, dans la plupart des études utilisées dans ce travail, les notions de stress et d'anxiété figurent dans la problématique

ou comme sujet d'étude de manière conjointe. Le stress et l'anxiété s'influencent de façon bidirectionnelle et forment donc un processus complexe avec de multiples répercussions sur l'individu, comme explicité dans le chapitre dédié à la problématique.

Cependant, la question du rôle de l'infirmière par rapport à cette transaction entre l'individu et l'environnement peut alors se poser. De quelle manière l'infirmière peut-elle agir sur l'anxiété ressentie par le patient ?

Selon Graziani et Swendsen (2005), l'anxiété est l'émotion qui accompagne la prévision d'une mise en péril du bien-être du sujet. Les émotions se font ressentir en fonction de la manière dont les événements sont interprétés ou évalués. C'est en lien avec ce phénomène que le rôle infirmier dans la prise en charge des patients anxieux prend tout son sens. En effet, si l'on postule que c'est la perception que le patient a de l'environnement qui crée l'anxiété, il paraît évident que l'infirmière peut influencer la manière dont ce dernier perçoit ce qui l'entoure. Par exemple, il est facile d'imaginer qu'un patient qui entend une alarme retentir sans savoir à quoi elle correspond va évaluer le stimulus comme une menace et ressentir de l'anxiété. Or, une action du rôle infirmière autonome qui serait d'informer le patient concernant l'équipement médical qui l'entoure peut permettre au patient d'évaluer le stimulus différemment et de ne plus le considérer comme une menace, bien qu'il soit inhabituel.

2.4 Ancrage disciplinaire

Comme expliqué dans le premier chapitre, lors de leur hospitalisation dans une USI, les patients peuvent ressentir de l'anxiété causée par le stress lié à divers facteurs internes et externes à la personne qui ont été évalués comme une menace pour leur bien-être. A travers le modèle transactionnel, Lazarus et Folkman (1984) expliquent que l'individu, en constante interaction avec l'environnement, après avoir perçu un danger, évalue les ressources qu'il a à disposition pour affronter la situation qui pose problème. Les ressources qu'il mettra en place pourront viser soit à modifier la situation pour la rendre moins

problématique, soit à moduler sa réponse émotionnelle face à cette situation. Lorsqu'il évalue ses ressources comme insuffisantes ou inadaptées à la situation, la patient va à nouveau ressentir de l'anxiété qui, si elle persiste, va créer du stress supplémentaire pour le patient. Ce modèle explicite donc la manière dont l'individu est en constante transaction avec son environnement et met en lumière le fait que la perception du patient évolue au fil des constantes réévaluations qu'il fait de la situation.

L'approche transactionnelle du stress, bien qu'ayant été fondée par deux scientifiques appartenant au champ de la psychologie, est néanmoins adaptée à une revue de littérature étoffée dont le thème relève de la discipline infirmière. En effet, en référence aux quatre concepts du paradigme infirmier (personne, environnement, soins et santé), Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) proposent l'énoncé de l'intérêt de la discipline suivante : « La discipline infirmière s'intéresse au soin de la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expérience de santé » (p.3). Cette définition fait donc le lien entre le modèle proposé et la discipline infirmière qui, tous deux, s'intéressent à l'individu et son interaction avec l'environnement. De ce fait la personne (le patient) vit une expérience de santé (dans ce contexte la maladie ou l'atteinte grave à sa santé) tout en étant en interaction avec l'environnement (ici l'USI, environnement physique très spécifique).

Le modèle choisi est donc pertinent pour expliquer le phénomène d'anxiété présent chez les patients hospitalisés en USI et pour discuter des interventions qui seront proposées suite aux résultats de ce travail.

3. MÉTHODOLOGIE

Au vu de la question de recherche qui est de savoir comment les infirmières évaluent-elles et gèrent-elles l'anxiété, la revue de littérature semble être un devis d'étude pertinent pour ce travail. En effet, cette méthode permet de sonder l'état des connaissances actuelles sur un sujet donné, et ainsi de répondre à la question de manière fiable puisqu'elle se base sur le résultat d'une confrontation entre diverses études menées par des auteurs reconnus. (Loiselle, 2007, p. 138). En illustrant ce qui a été étudié à ce jour, la revue de littérature montre la pertinence et la fiabilité des études déjà menées et souligne les lacunes présentes dans les études ayant déjà été publiées (Loiselle, 2007).

Une revue systématique de littérature se révèle donc être un devis adapté dans la recherche de mise en œuvre d'une pratique fondée sur des résultats probants (Loiselle, 2007, p. 138). Elle est idéalement adaptée aux novices puisqu'elle permet d'utiliser le travail des chercheurs en mettant en lumière de nouvelles perspectives. Enfin, la revue de littérature permet de se questionner sur de nouvelles problématiques tout en développant des compétences spécifiques dans le domaine de la recherche.

Une première étape dans la réalisation de ce travail a été de définir les critères d'inclusion et d'exclusion en rapport à la problématique, ceci afin de sélectionner des articles pouvant potentiellement répondre à la question de recherche. Ensuite, des mots-clés utilisables dans les banques de données (ex : Pubmed(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Cinahl(<http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text/>)) ont été choisis afin de rechercher des articles correspondant au thème choisi.

Critères d'inclusion

- Année de parution de l'article se situant entre 1997 et 2012
- Article publié en anglais ou en français
- Echantillon constitué de participants adultes
- Echantillon constitué d'infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs
- Article traitant le thème de l'anxiété état

Critères d'exclusion

- Année de parution de l'article antérieure à 1997
- Echantillon constitué de participants enfants
- Article traitant du thème de l'anxiété dans un autre setting que celui des soins intensifs
- Article traitant le thème de l'anxiété trait

C'est en combinant ces mots-clés lors de la recherche des articles à l'aide des stratégies présentées ci-dessous qu'un nombre considérable d'articles se rapportant au thème a été trouvé. Ainsi, c'est en lisant l'abstract des articles que 13 d'entre eux ont finalement été sélectionnés.

Stratégie 1

Base de données	Pubmed
Mesh-terms	("Anxiety"[Mesh] AND "Critical care"[Mesh])
Résultats	182
Articles retenus	<p>Sauls, J. F. Warise, L. F. (2010), Interventions for anxiety in the critically ill: a guide for nurses and families. <i>Nursing Clinics of North America</i>, 45, 555-567</p> <p>Stuhlmiller, D. F., Lamba, S., Rooney, M., Chait, S. Doland, B. (2009) Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport. <i>Air Medical Journal</i>, 28, 88-91</p> <p>Keegan, L. (2003), Therapies to reduce stress and anxiety, <i>Critical Care Nursing Clinics of North America</i>, 15, 321-327</p> <p>Frazier, S., K., Moser, D. K., Daley, L. K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B. J., An, K. (2003), Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety, <i>American Journal of Critical Care</i>, 12, 19-27</p> <p>Chlan, L., Tracy, M. F., Nelson, B., Walker, J. (2001) Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilatory support, <i>Alternative Therapies and Health Medicine</i>, 7, 80-83</p> <p>Cox, C. L., Hayes, J. A. (1997) Reducing anxiety : the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention, <i>Complementary Therapies in Nursing & Midwifery</i> 3 , 163-167</p>

Stratégie 2

Base de données	Pubmed
Mesh-terms	("Intensive care unit"[Mesh] AND "Anxiety"[Mesh])
Résultats	133
Articles retenus	<p>Tate, J. A., Devito Dabbs, A., Hoffman, L. A., Milbrandt E., Happ, M. B. (2012) Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients, <i>Qualitative Health Research</i>, 22, 157-173</p> <p>Han, L., Li, J. P., Sit, J. W., Chung, L., Jiao, Z. Y., Ma, W. G. (2010) Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China : a randomized controlled trial, <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19, 978-987</p>

Stratégie 3

Base de données	Pubmed
Mesh-terms	("Intensive care"[Mesh] AND "anxiety"[Mesh]) AND "Communication"[Mesh]
Résultats	53
Article retenu	<p>Thomas, L. A. (2003) Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation, <i>Clinical Issues</i>, 14, 73-81</p>

Stratégie 4

Base de données	Bibliographies des articles pré-sélectionnées
Résultats	2
Article retenu	<p>Wong, H. L. C., Lopez-Nahas, V., Molassiotis, A. (2001) Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. <i>Heart & Lung</i>. 30, 376-387</p> <p>Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., Blakely, W., Biddle, M., Frazier, S. K. & Garvin, B. J. (2003) <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 19, 276-288.</p>

Stratégie 5

Base de données	Google
Mots-clé	Music therapy decreasing anxiety
Résultats	1
Article retenu	<p>Davis, T., Jones, P. (2012) Music Therapy: Decreasing Anxiety in the Ventilated Patient. <i>Dimensions of critical care nursing</i>, 3, 159-166.</p>

Stratégie 6

Base de données	Pubmed
Recherche avancée	Auteur : Chlan L.
Résultats	36
Article retenu	<p>Tracy, M. F. & Chlan, L. (2011) Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. <i>Critical Care Nurse</i>, 3, 19-28.</p>

Une fois les treize articles sélectionnés, chacun d'entre eux ont été analysé de manière détaillée. Trois autres articles ont rapidement été exclus de ce travail, les raisons de cette exclusion figurent en Annexe B. L'analyse des articles s'est faite grâce à deux grilles de lecture. La première a été créée à partir des grilles de lecture proposées par Loiselle et al. (2007). Cette grille permet de juger de la qualité globale de chaque article en terme de sa pertinence méthodologique. En effet, l'évaluation critique d'un article permet de mieux comprendre si l'article répond aux critères scientifiques. Dans le cas contraire l'article ne peut être pris en compte et retenu pour la revue de littérature. Une seconde grille permet de mettre en évidence les éléments utiles de chaque article en lien avec la question de recherche comme l'hypothèse et les buts poursuivis, le devis de recherche et l'échantillon, les résultats, la conclusion et les limites de l'étude.

4. RÉSULTATS

Les résultats se basent sur dix études, toutes traitent du thème de l'anxiété dans le contexte spécifique des soins intensifs. Sept études abordent l'évaluation ainsi que les interventions liées à l'anxiété, alors que les trois autres traitent uniquement des interventions utilisées pour la gestion de l'anxiété. Certaines études s'apparentent également à d'autres symptômes comme l'angoisse ou l'agitation ; les éléments y étant rattachés ont volontairement été mis de côté puisqu'ils ne rentrent pas dans la thématique directe de ce travail.

Sept études ont été conduites avec un devis quantitatif, parmi lesquelles quatre étaient de type mixte alors que trois autres étaient des essais contrôlés randomisés. Les deux autres études sont des revues de littérature.

Les résultats récoltés à partir des données de ces études ont permis d'établir une catégorisation des résultats par regroupement de ceux-ci. Concernant les méthodes d'évaluation de l'anxiété par les infirmières, trois catégories ont été mises en évidence. Quant aux interventions utilisées par les infirmières en lien avec la gestion de l'anxiété, trois catégories ont été également mises en lumière, comprenant elles-mêmes plusieurs sous-catégories.

Lors de l'analyse des articles, une catégorie d'interventions est fréquemment apparue mais n'est toutefois pas abordée dans cette revue, il s'agit des interventions pharmacologiques. En effet, dans leur pratique courante, les infirmières utilisent de manière plus ou moins fréquente les traitements analgésiques et sédatifs pour pallier à l'anxiété⁴. C'est parce que l'efficacité de ces interventions à aujourd'hui fait ses preuves mais parce qu'elles comportent de nombreux effets adverses que le but de cette revue de littérature étoffée a été de rechercher les interventions infirmières non-pharmacologiques pouvant

⁴ Comme cela a été expliqué dans le concept du stress, la douleur est une des sources principales d'anxiété ressentie par le patient, raison pour laquelle tenter de diminuer la douleur consiste en une ligne prioritaire du traitement de l'anxiété

être mises en place en alternance ou en association avec les traitements médicamenteux. En effet, alors que l'administration de traitement relève du champ de compétence médico-délégué de l'infirmière, il existe toute une palette d'interventions que l'infirmière peut administrer de manière autonome et qui élargit la perspective du rôle de soutien et d'accompagnement de l'infirmière auprès du patient aux soins intensifs. Par conséquent, les interventions pharmacologiques pouvant être mises en place chez le patient souffrant d'anxiété ont volontairement été mises de côté dans ce travail.

4.1 L'évaluation de l'anxiété

Sept des dix études ont abordé l'évaluation de l'anxiété par les infirmières et parmi les données récoltées qui ont été regroupées, trois types d'évaluations ont été mis en lumière.

Les indicateurs physiologiques

Dans les sept études, toutes les infirmières utilisent des indicateurs physiologiques pour détecter l'anxiété. Dans les études de Chlan et al. (2001) [Annexe E1], les infirmières utilisent les mesures des fréquences cardiaque et respiratoire ainsi que la tension artérielle pour évaluer l'anxiété. Dans celle d'Han, Li, Sit, Chung, Jiao et Ma. (2008) [Annexe E2], c'est les mesures de la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène qui servent comme indicateur d'anxiété. Enfin, dans l'étude de Wong, Lopez-Nahas et Molassiotis (2001) [Annexe E3], les infirmières se basent sur la fréquence respiratoire et la tension artérielle pour objectiver l'anxiété. Dans la revue de littérature réalisée par Davis et Jones (2012) [Annexe E4], les études recensées utilisent également les mesures de fréquence respiratoire et cardiaque, tension artérielle et saturation en oxygène pour évaluer l'efficacité des interventions musicales testées sur les sujets.

Trois des sept études recensent la manière qu'ont les infirmières pour évaluer l'anxiété.

Dans celle menée par Cox et Hayes (1997) [Annexe E5], les infirmières relient prioritairement l'anxiété à des manifestations physiologiques. Ainsi, tachypnée ou hypertension sont par exemple pour elles des indicateurs d'anxiété.

Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt et Happ (2012) [Annexe E6], dans leur étude, ont interrogé des infirmières sur leur observation des manifestations physiologiques dans leur pratique quotidienne auprès des patients. Ils ont alors relevé que les infirmières attribuent les modifications des fonctions vitales comme indicateur de l'anxiété lorsque le patient a perdu ses capacités à démontrer l'anxiété par son comportement. De plus, elles considèrent les manifestations physiologiques du patient comme évidences les plus significatives de l'anxiété.

Dans l'étude conduite par Moser et al. (2003) [Annexe E7], les chercheurs ont interrogé des infirmières faisant partie de l'association américaine des infirmières en soins intensifs sur la manière qu'elles avaient d'évaluer si un patient est anxieux ou non. Parmi lesquels, les indicateurs psychophysiologiques ont été nommés, englobant les symptômes de plusieurs systèmes corporels. Les manifestations du système cardio-vasculaire ont été celles le plus souvent observées, avec comme indicateurs de choix la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la tension artérielle.

Les indicateurs comportementaux

C'est dans trois études que les indicateurs comportementaux ont été signalés comme indicateurs d'anxiété par les infirmières.

Lorsque le patient est dans l'incapacité de s'exprimer, les infirmières de l'étude de Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt et Happ (2012) ont relevé qu'elles cherchent des indices ou des signes pour les guider dans l'évaluation clinique de l'anxiété. Ceci comprend la connaissance du patient que l'infirmière acquière durant la prise en charge. En effet, les patients soulignent que l'infirmière devient petit à petit familière avec les manifestations « typiques » du patient qui varient selon les situations. Elles acquièrent ces informations durant leur

pratique quotidienne auprès du patient ou lors des transmissions. L'étude de Moser et al. (2003) corrobore aussi ce phénomène puisque les infirmières indiquent juger de l'anxiété des patients par l'observation de leur comportement. En effet, des signes tels que tension musculaire, résistance aux soins ou agitation sont jugés par les sujets des deux études comme indicateurs d'anxiété. De plus, les sujets de l'étude conduite par Cox et Hayes (1997) identifient des facteurs comportementaux similaires comme manifestation de l'anxiété (agitation, confusion, insomnie, tension, agressivité, nervosité, panique, difficulté à se concentrer, peu de contacts visuels). Moser et al. (2003) ont également récolté des manifestations comme la recherche d'obtenir de la réassurance, le besoin de compagnie ou d'attention et les interactions limitées, qu'ils ont regroupés dans une catégorie « indicateurs sociaux ». Dans ce travail de recherche, ces éléments sont classifiés sous la catégorie des indicateurs comportementaux.

Les indicateurs psychologiques

Deux études parlent de ce type d'indicateurs utilisés par les infirmières pour détecter l'anxiété, il s'agit de celle de Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ (2012) ainsi que de celle de Frazier et al. (2003) [Annexe E8] . Dans la première, les infirmières classent dans cette catégorie les manifestations comme la peur, la colère, la frustration ou le retrait. Elles interprètent les réponses émotionnelles des patients comme les pleurs ou les changements d'expression faciale comme de l'anxiété et les décrivent comme telles dans leurs notes. Dans la seconde étude, les infirmières identifient comme indicateurs « psycho-cognitifs » les désordres cognitifs, la colère, les pensées négatives ou l'expression de l'anxiété par le patient lui-même.

L'utilisation d'échelle

Dans leur étude, Chlan, Tracy, Nelson et Walker (2001) ont utilisé, entre autres, une échelle d'évaluation pour mesurer l'efficacité de leur intervention. Ils ont utilisé l'échelle visuelle analogique de l'anxiété (1988) (VAS-A). Pour cette

échelle de mesure, il est demandé au patient de répondre à la question « comment vous sentez-vous en ce moment ? » en marquant son niveau d'anxiété sur une échelle allant de « pas du tout anxieux » à « le plus anxieux que j'aie été ». Une autre échelle a été utilisée par Han, Li, Sit, Chung, Jiao et Ma (2010) dans le même but, la version chinoise de l'inventaire de l'anxiété-trait état de Spielberger (1983) (C-STAI). Il s'agit d'un questionnaire rempli par le patient avec des questions à choix multiples qui visent à mesurer l'anxiété trait et l'anxiété état. Cette échelle a également été utilisée par Wong, Lopez-Nahas et Molassiotis (2001) afin de mesurer l'efficacité de leur intervention, mais dans sa version courte, qui comportait six items (Marteau, T. M., Bekker, H., 1992). Les auteurs ont privilégié cette version courte puisque l'échantillon de leur étude était composé de patients dépendants au ventilateur, susceptibles de se fatiguer plus vite du fait de la maladie. Ces deux méthodes de collectes des données ont déjà été utilisées dans d'autres études telles que celles de Chlan (1998, cité par Wong et al., 2001). Chlan (2001) souligne également que la corrélation entre ces deux échelles a été démontrée par Vogelsang (1988).

Dans les sept études recensées dans la revue de littérature de Davis et Jones (2012), les chercheurs ont tous utilisé une de ces deux échelles. Chlan (1995) a été le seul à utiliser une autre échelle pour évaluer l'efficacité de l'intervention, l'échelle de profil d'état d'humeur (McNair, Lorr & Droppleman, 1971).

En résumé, lorsqu'elles sont interrogées, les infirmières disent utiliser les mesures physiologiques pour évaluer le niveau d'anxiété des patients. Elles observent aussi les signes comportementaux des patients ainsi que leurs modifications. Les infirmières sont également attentives aux indicateurs psychologiques comme les manifestations émotionnelles. Concernant l'utilisation des échelles existantes pour mesurer l'anxiété, les infirmières, dans les études où elles sont interrogées, ne les nomment pas dans leur utilisation auprès du patient. Toutefois, trois auteurs, dans leur étude quantitative, ont utilisé les échelles afin de mesurer l'impact de leur intervention sur le niveau d'anxiété des patients. De plus, une revue de littérature recense les mêmes échelles utilisées par les auteurs des articles choisis.

Les infirmières se basent donc à la fois sur des manifestations objectives et subjectives pour évaluer l'anxiété chez les patients hospitalisés en USI.

4.2 Les interventions en lien avec l'anxiété

Chacune des dix études nomment des interventions utilisées auprès des patients aux soins intensifs afin de soulager l'anxiété. Trois études sont des essais contrôlés randomisés, ils mesurent donc l'impact des interventions proposées. Une revue de littérature recense des articles ayant tous un devis contrôlé randomisé. Une étude est de type pilote, elle mesure aussi l'efficacité de l'intervention proposée. Trois études sont de types quantitatifs et recensent les interventions utilisées par les infirmières, sans en mesurer l'impact. Les trois autres études sont des revues de littérature qui répertorient différentes interventions testées dans les études qu'ils ont choisies.

Ces interventions ont été classées en trois groupes, comportant chacun des sous-catégories.

Les interventions relatives à l'anxiété

Le toucher empathique

Dans leur étude, Frazier et al. (2003) [Annexe 8] ont interrogé des infirmières de l'Association américaine des infirmières en soins intensifs (AACCN) (N=783) sur les interventions qu'elles utilisaient le plus fréquemment dans la gestion de l'anxiété chez les patients dont elles avaient la charge. L'utilisation d'un toucher empathique a été l'une des interventions les plus fréquemment utilisées par les infirmières, avec une fréquence moyenne de 6.1 (sur un total de 7 items, 1 correspond à la fréquence d'utilisation « jamais », 7 correspondant à la fréquence d'utilisation « tout le temps »). Moser et al. (2003) ont également interrogés des infirmières de l'AACCN et 26.8% des sujets (N=593) interrogé utilisent un contact physique empathique comme stratégie de gestion de l'anxiété. Concernant le toucher, dans la première partie de l'étude de cas de Cox et Hayes (1997), les auteurs ont interrogé des infirmières sur leurs

réponses face à l'anxiété du patient et 27.77 % d'entre elles (N=18) utilisent le toucher de manière non protocolée.

Le contrôle des stressseurs environnementaux

Cox et Hayes (1997), dans la première partie de leur étude, ont interrogé des infirmières sur les interventions qu'elles mettaient en place face à l'anxiété du patient. 33,33% (N=18) d'entre elles essaient de trouver la racine du problème. Dans l'étude de Frazier et al. (2003) expliquée précédemment, l'action d'essayer de contrôler les stressseurs environnementaux a été une intervention fréquemment utilisée, avec une fréquence moyenne de 5.7 sur 7. Cette intervention apparaît aussi dans la recherche de Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt et Happ (2012). Dans cette étude, les infirmières tentent en général de modifier la perception du stimulus par la distraction, en utilisant des stratégies relationnelles. La modification du stressseur environnemental lié au bruit apparaît également dans l'étude de Han, Li, Sit, Chung, Jiao et Ma (2008). En effet, cette étude contrôlée randomisée a testé l'effet de la musique sur le niveau de stress des patients sous ventilation mécanique, avec trois groupes. Le groupe d'intervention a reçu 30 minutes d'écoute musicale, le groupe placebo a porté quant à lui des écouteurs sans musique durant 30 minutes et le groupe de contrôle était au repos durant 30 minutes. A la suite des 30 minutes, le degré d'anxiété du groupe placebo était plus bas que celui du groupe de contrôle. Les chercheurs ont émis l'hypothèse que les écouteurs placés dans les oreilles des sujets sans musique pouvaient réduire ou éliminer le bruit de fond présent dans l'USI, ce qui modifie le stressseur environnemental. Une étude recensée par Tracy et Chlan (2011) [Annexe 10] dans leur revue de littérature met en évidence que l'utilisation de bouchons auriculaires peut être une possibilité lorsque le patient a des difficultés avec le bruit présent dans l'USI (Jacobi et al., 2002). Olson, Borel, Laskowitz, Moore et McConnell. (2001, cité par Tracy & Chlan, 2011) [Annexe E9] , ont développé un protocole de temps de silence qui consistait en la diminution du niveau de bruit et de luminosité à des moments spécifiques et ce deux fois par jour (entre 14h et 16h et entre 2h

et 4h). Le sommeil des patients inclus dans cette étude s'est amélioré de manière significative après l'implémentation du protocole.

Les interventions relationnelles

Donner de l'information et enseigner

Dans leur étude, Frazier et al. (2003) ont interrogé des infirmières (N=798) sur la fréquence d'utilisation d'un total de 23 interventions proposées par les auteurs pour gérer l'anxiété. Pour les infirmières interrogées, donner de l'information a été une intervention utilisée avec une fréquence moyenne de 6.1 sur 7. De plus, dans une autre étude, celle de Moser et al. (2003), une seule intervention est utilisée par plus de 50% des infirmières ; il s'agit de « donner de l'information et de l'enseignement », stratégie utilisée par 51% d'entre elles (N=593). Dans cette étude, ce sont également des infirmières de l'AACCN qui ont été interrogées. En outre, dans la revue de littérature conduite par Thomas (2003) [Annexe E10] qui porte sur la gestion clinique des symptômes perçus par les patients sous ventilation mécanique, l'enseignement et l'information prodigués par les infirmières a été identifié comme aidant par les patients dans les situations suivantes : lorsque le patient a des difficultés à gérer ses symptômes de dyspnée (Shih & Chu, 1999, Carrieri et al. 1984), lorsqu'il doit faire face aux difficultés ou à l'impossibilité de communiquer (Wojnicki-Johansson, 2000) ou lorsque le patient se sent en danger lors des tentatives de sevrage de la ventilation mécanique (Logan & Jenny, 1997).

Adapter son langage

Un seul auteur aborde les interventions en lien avec l'utilisation d'un langage adapté, il s'agit de Frazier et al. (2003). Les infirmières interrogées par ces auteurs ont classé l'intervention « parler calmement et lentement » avec une fréquence moyenne de 6.2 sur 7. Une autre intervention englobée par les efforts pour adapter son langage est celle d' « utiliser des termes simples et répéter l'information », utilisée par les infirmières à une fréquence moyenne de 5.9 sur 7.

Encourager l'expression des émotions

Toujours dans le travail de recherche mené par Frazier et al. (2003), l'intervention « encourager le patient à verbaliser ses peurs » a été classée par les infirmières interrogées avec une fréquence moyenne de 5.7 sur 7.

Dans une autre étude, celle de Moser et al. (2003), l'utilisation d'une autre intervention en lien avec l'expression émotionnelle a été mesurée. Cette intervention, « prodiguer un soutien émotionnel », est utilisée par 43.3% (N=593) des infirmières interrogées.

Augmenter le sentiment de contrôle perçu par le patient

Dans l'étude de Frazier et al. (2003) dans laquelle 783 infirmières ont été interrogées, l'intervention « augmenter le sentiment de contrôle par le patient en accordant des choix dans le soin » a été classifiée avec une fréquence d'utilisation moyenne de 5.2 sur 7. Toutefois, il ne figure dans cette étude pas d'indication supplémentaire sur l'application concrète de cette intervention.

Rassurer

En termes d'interventions qui s'apparentent à celle de «rassurer », l'étude de Frazier et al. (2003) est à nouveau citée. Dans cette recherche, l'intervention « donner de la réassurance à propos de l'état de santé et des progrès » est utilisée par les infirmières interrogées à une fréquence moyenne de 6.3 sur 7. Cette intervention est également mesurée dans l'étude de Moser et al. (2003), et 47% des infirmières (N=593) interrogées disent utiliser cette intervention.

De plus, dans l'étude de Cox et Hayes (1997), 66.66 % (N=18) des infirmières utilisent la réassurance en réponse à l'anxiété du patient.

Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ (2012) ont conduit une étude sur l'anxiété et l'agitation des patients sous ventilation mécanique. Elle est composée à la fois de temps d'observation des professionnels durant leur temps de travail suivis d'interviews, d'interviews formels avec les professionnels, d'interviews formels avec les familles des patients et d'entretiens avec les patients suite à leur extubation ou lorsqu'une valve parlante a été mise en place. Dans cette étude, les professionnels emploient des stratégies verbales qui visent à rassurer le patient, à l'encourager ou le coacher. Par exemple, dans cette étude, un membre de la famille d'une patiente a observé que : « les infirmières lui disaient simplement et clairement que c'est (le ventilateur) juste une chose temporaire, et dès qu'elle deviendra plus forte, il n'en aura plus besoin. C'est (le ventilateur) probablement un peu effrayant au départ. » (Tate et al., *ibid.*, p.22, Traduction libre de l'auteur).

Un autre exemple est celui d'un temps de communication d'une infirmière rassurant un patient sur le fait qu'elle allait rester avec le patient jusqu'à ce qu'il soit moins anxieux. Il était agité après un soin d'aspiration endo-trachéale, apeuré de ne pas avoir assez d'oxygène. L'objectif de cette interaction était d'augmenter le sentiment de sécurité du patient. L'infirmière regardait le patient directement et lui a dit : « Nous sommes ici dans la salle et nous ne partons pas avant que vous soyez totalement ok. » (Tate et al., *ibid.*, p.167, Traduction libre de l'auteur)

Soutenir, passer du temps supplémentaire

Dans l'étude de Frazier et al. (2003), « passer du temps supplémentaire avec le patient » a été une intervention utilisée avec une fréquence moyenne de 5.7 sur 7. Cette intervention est aussi utilisée par 21% des infirmières (N=593) dans l'étude de Moser et al. (2003).

En termes de soutien du patient anxieux, dans l'étude de Cox et Hayes (1997), les infirmières utilisent la parole lorsqu'elles évaluent le patient comme étant anxieux. Aucune précision n'est toutefois apportée quant aux modalités de cette intervention.

Un autre aspect du soutien mesuré par Moser et al. (2003) est celui des interventions visant à encourager le soutien de la famille. Ces interventions sont utilisées par 31.5% des infirmières (N=593=). Cette catégorie comprend la présence de la famille, accorder des temps de visites illimités, encourager la famille à visiter le patient, encourager la famille à participer aux soins et prodiguer du soutien et de l'information à la famille. L'utilisation de ce type d'interventions a également été mesurée par Frazier et al. (2003). Dans leur étude, les infirmières interrogées utilisent ce type d'interventions à une fréquence variant entre 4.6 et 4.7 sur 7.

Concernant la communication, bien spécifique, avec les patients sous assistance respiratoire, Grossbach et al. (2011, cité par Tracy & Chlan, 2011) proposent des stratégies pour promouvoir une communication efficace avec ce type de patients.

Les interventions complémentaires

De toutes les interventions et thérapies complémentaires abordées dans les différents articles de cette revue de littérature, seule la thérapie musicale sera présentée et discutée dans cette revue de littérature. En effet, d'autres thérapies comme l'hypnose, l'imagerie ou la thérapie assistée par l'animal ont été abordées par certains auteurs. Toutefois, ces thérapies ne seront pas abordées dans la présente revue de littérature, soit parce que leur efficacité n'a

pas été démontrée, soit parce que l'échantillon utilisé était trop restreint et ne peut donc pas être généralisé à une plus large population.

La thérapie musicale

Cette intervention est définie comme « l'utilisation thérapeutique ou l'administration de musique à but thérapeutique » (Chlan, 2010, citée par Tracy & Chlan, 2011, p.24, traduction libre de l'auteur). Des dix articles utilisés pour cette revue de littérature, cinq abordent cette thérapie. Alors que deux études ont un devis quantitatif, une est de type mixte, une autre est une revue de littérature répertoriant uniquement des études sur ce thème et une autre revue de littérature aborde différentes thérapies alternatives, dont celle-ci.

Dans cette étude pilote de Chlan, Tracy, Nelson et Walker (2001), les sujets de l'étude avaient un état de conscience intacte et il leur a été demandé d'écouter de la musique quand ils voulaient mais aussi plus spécifiquement lorsqu'ils se sentaient anxieux. Le personnel soignant avait aussi reçu pour instructions de proposer l'écoute musicale lorsqu'en se basant sur la clinique, elles jugeaient que l'anxiété pouvait être réduite sans médication. Cette étude comportait 5 sujets ; trois sujets ont quitté l'étude avant qu'elle se termine pour cause d'extubation. L'efficacité en termes de diminution des valeurs physiologiques n'a pu être démontrée dans cette étude pour cause de données manquantes. Les principales barrières à l'utilisation de la musique pour l'auto-gestion de l'anxiété par les patients sous ventilation mécanique a été dans cette étude l'inaccessibilité du matériel (qui étaient souvent stocké non pas au pied du lit mais dans une autre salle) et la négligence des sujets à demander l'écoute musicale. Les limites de cette étude mettent l'accent sur la nécessité d'offrir une formation spécifique aux infirmières en lien avec l'implémentation d'un tel protocole dans une USI. Malgré le fait que l'efficacité des interventions n'ait pu être démontrée, la légitimité de cette thérapie a pu être confirmée puisque les sujets ont reporté avoir apprécié l'opportunité d'écouter de la musique pour promouvoir le repos et la relaxation.

Han, Li, Sit, Chung, Jiao et Ma (2010) ont mené une étude quantitative dans laquelle ont été inclus 137 patients sous ventilation mécanique. L'objectif de cette étude était d'identifier les effets de la musique sur le niveau d'anxiété et les réponses physiologiques du stress de ces patients durant leur hospitalisation en USI. Durant cet essai contrôlé randomisé, c'est une session de 30 minutes d'écoute musicale qui a été testée et dont l'efficacité a été mesurée. En termes de résultats obtenus, le score d'anxiété a fortement diminué chez le groupe d'intervention, il a également diminué chez le groupe placebo mais ne s'est en revanche pas modifié chez le groupe de contrôle. L'efficacité de l'intervention a également pu être démontrée à l'aide des paramètres physiologiques puisque la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire ont diminué de manière significative durant la période d'intervention chez le groupe d'intervention alors que ces paramètres ont augmenté chez le groupe de contrôle (ces mesures sont restées stables sur le groupe placebo). La tension artérielle est une mesure qui a également diminué durant la période d'intervention chez le groupe d'intervention et le groupe de placebo, ce qui n'a pas été le cas pour le groupe de contrôle. La fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque ont diminué de manière significative dans le temps chez le groupe d'intervention alors qu'elles ont augmenté chez le groupe de contrôle et qu'elles ne se sont pas modifiées chez le groupe placebo. Les résultats de cette étude confirment donc les effets thérapeutiques à court terme de l'écoute musicale dans la réduction des réponses physiologiques au stress lié à l'anxiété chez les patients sous ventilation mécanique.

Wong, Lopez-Nahas et Molassiotis (2001) ont émis l'hypothèse que la musique peut être efficace pour faire diminuer l'anxiété des patients sous ventilation assistée, hypothèse qui a pu être confirmée. Ils ont testé l'efficacité d'une session de 30 minutes d'écoute musicale en la comparant à une session de repos sans musique. En termes de résultats, le score d'anxiété (testé avec l'échelle de Spielberger (1983) (C-STAI) a baissé dans le groupe d'intervention ainsi que dans le groupe de contrôle, avec une plus forte diminution dans le groupe d'intervention. Concernant la tension artérielle, elle a diminué de manière significative dans le groupe d'intervention alors qu'elle ne s'est pas

modifiée dans le groupe de contrôle. La fréquence respiratoire est une valeur qui n'a pas été modifiée suite à la période d'écoute musicale. Bien que les résultats varient selon les études, des résultats statistiquement significatifs démontrent les effets bénéfiques de l'intervention musicale.

En effet, dans la revue de littérature conduite par Davis et Jones (2012) qui forme un consensus avec les résultats de recherche décrits précédemment, les auteurs ont répertorié 6 études qui démontrent une diminution statistiquement significative d'au moins 2 valeurs physiologiques après l'administration de thérapie musicale. Seule une étude n'a démontré de diminution significative que dans une valeur physiologique. Une étude de cette revue de littérature a évalué les mesures physiologiques 60 minutes après l'intervention musicale. Les résultats ont montré une diminution statistique de la fréquence respiratoire et de la tension artérielle durant la thérapie musicale et une augmentation statistiquement significative 60 minutes après l'intervention. Dans cette même revue de littérature, quatre études ont mesuré le degré d'anxiété avec des échelles validées avant et après l'intervention musicale. Elles ont toutes démontré une diminution statistiquement significative du score d'anxiété après l'intervention.

En résumé, les infirmières utilisent principalement des interventions relationnelles lorsqu'elles évaluent un patient comme étant anxieux. L'intervention principale est l'information donnée au patient et l'enseignement qui lui est fourni. Les interventions relationnelles peuvent être liées à l'expression émotionnelle du patient ou avoir comme but d'apporter un sentiment de sécurité au patient, elles peuvent aussi concerner la manière de communiquer avec le patient par l'adaptation du langage. Les infirmières essaient aussi de modifier les stressseurs environnementaux qui sont source d'anxiété. Toutes ces interventions sont utilisées par un grand nombre d'infirmières, elles ne sont toutefois pas testées dans les articles choisis. La thérapie musicale est par contre une intervention qui a été testée dans plusieurs articles de cette revue de littérature et qui a démontré un effet bénéfique sur l'anxiété et les manifestations du stress chez le patient.

5. DISCUSSION

Ce chapitre est introduit par une synthèse de la qualité des articles choisis pour cette revue de littérature dans une vision critique de la méthodologie. Les résultats sont ensuite discutés et mis en lien avec les concepts utilisés pour ce travail et le cadre théorique, ceci afin de répondre à la question de recherche. Les limites de ce travail sont également nommées. Enfin, les recommandations pour la pratique ainsi que pour des études futures seront exposées.

5.1 Regard critique sur les articles sélectionnés

Cette revue de littérature a permis, dans un premier temps, de mettre en évidence les différents moyens et outils utilisés par l'infirmière pour dépister l'anxiété chez le patient hospitalisé dans une unité de soins intensifs. Elle a également mis en lumière les stratégies d'intervention utilisées par l'infirmière lorsqu'elle détecte de l'anxiété chez le patient qu'elle prend en charge. Un total de treize études a tout d'abord été sélectionné grâce aux différentes stratégies de recherche. Suite à l'analyse, trois études se sont révélées inappropriées et ont été écartées. Un tableau explique en annexe [Annexe C] les raisons de cette exclusion. Un tableau de synthèse [Annexe D] récapitule les principaux résultats des dix recherches utilisées qui ont répondu aux critères de sélection posés précédemment.

Dans l'ensemble, les études choisies pour cette revue de littérature étoffée sont adéquates.

Toutes les études ont des caractéristiques démographiques similaires, mis à part l'étude de Han, Li, Sit, Chung, Jiao et Ma (2008), qui a été conduite en Chine. Cet essai contrôlé randomisé mesure l'efficacité de la musique sur le degré d'anxiété et certaines valeurs physiologiques. Puisque cette étude mesure des données objectivables, le fait qu'elle ait été menée dans un continent avec une culture considérablement différente ne consiste pas une

limite à son intégration dans ce travail puisque l'interprétation des données est minime.

L'étude descriptive mixte de Moser et al. (2003), ainsi que l'étude quantitative de Frazier et al. (2003) ont toutes deux apporté de nombreux éléments utiles pour répondre à la question de recherche. Le fait qu'ils aient tous deux interrogé des infirmières spécialisées à la pratique des soins intensifs avec un taux d'activité minimum de huit heures par semaines amène à penser que les données récoltées sont le réel reflet de la pratique des soins intensifs. Cependant, le fait que l'efficacité de ces interventions n'ait pas été mesurée consiste une limite importante de ces deux recherches.

Les études relatives à la thérapie musicale (Chlan, Tracy, Nelson & Walker, 2001, Han, Li, Sit, Chung, Jiao & Ma, 2008, Wong, Lopez-Nahas & Molassiotis, 2001, Davis & Jones, 2008) ont toutes mesuré l'efficacité de la musique grâce à des échelles validées ayant déjà été utilisées dans de précédentes recherches.

L'introduction de l'article de Thomas (2003) dans ce travail est discutable puisqu'il traite de quatre stressseurs identifiés par les patients sous ventilation mécanique et pas seulement de l'anxiété. L'auteur de cette revue de littérature expose ensuite quatre interventions ainsi que l'étude de leur efficacité à réduire ces stressseurs.

5.2 Analyse des résultats

5.2.1 Les méthodes d'évaluation de l'anxiété

Dans les études qui portaient sur l'évaluation de l'anxiété, l'observation des valeurs physiologiques est utilisée par les infirmières de chaque étude. Cette méthode paraît sensée dans la mesure où, comme explicité dans le chapitre dédié au concept du stress, les modifications physiologiques enrôlées dans le phénomène de stress engendrent des perturbations des valeurs physiologiques (Marieb, 2005). Toutefois, la modification des valeurs physiologiques ne doit pas être le seul outil servant à l'évaluation de l'anxiété. En effet, lorsque le patient se situe en phase aiguë de la maladie, ses fonctions vitales sont touchées et les valeurs physiologiques peuvent être modifiées pour de multiples autres raisons. Par conséquent, d'autres moyens doivent être associés à cette observation afin d'évaluer l'anxiété au plus proche de la réalité.

De ce fait, l'utilisation d'échelles validées est un outil qui a fait ses preuves dans l'évaluation de l'anxiété. Les échelles peuvent en effet se révéler intéressantes pour plusieurs raisons. Les valeurs mesurées sont tout d'abord objectives et permettent aux infirmières de se transmettre des données concernant le patient en utilisant un langage commun. Ensuite, les échelles utilisées dans les articles choisis permettent au patient de s'exprimer vis-à-vis de ce qu'il ressent, ce qui permet de l'inclure davantage dans la prise en charge (Chlan, Tracy, Nelson & Walker, 2001, Han, Li, Sit, Chung, Jiao & Ma, 2008, Wong, Lopez-Nahas & Molassiotis, 2001). Toutefois, nous pouvons nous questionner sur l'aspect concret de l'utilisation de ce type d'outil dans un contexte de soins intensifs. En effet, l'hypothèse peut être qu'il est parfois difficile voire impossible pour le patient de s'exprimer et de répondre aux questions de ces échelles qui permettent d'évaluer le degré d'anxiété. D'ailleurs, aussi surprenant que cela puisse paraître, aucune des infirmières interrogées dans les différentes études n'a cité l'utilisation d'échelles lorsqu'elles sont amenées à évaluer l'anxiété (Cox & Hayes, 1997, Frazier et al. 2003, Moser et al., 2003). On peut donc se demander s'il existe réellement à l'heure actuelle des échelles d'évaluation de

l'anxiété adaptées au contexte des soins intensifs d'autant plus que, lors des recherches sur les bases de données (Pubmed, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Cinahl, (<http://www.ebscohost.com/academic/cinahl-plus-with-full-text/>)) aucun article ne s'est révélé en lien avec une échelle de ce type déjà existante.

Un autre moyen que les infirmières utilisent afin d'évaluer l'anxiété chez les patients dont elles prennent soin est l'observation des indicateurs comportementaux (Cox & Hayes, 1997, Frazier et al., 2003, Moser et al., 2003). Cet outil a tout son sens lorsque l'on sait que, comme cela a été expliqué lors de la présentation du concept de l'anxiété (cf page 17), l'une des dimensions de la manifestation d'une émotion concerne les modifications expressives et comportementales de l'individu (Klaus Scherer, 2001, cité par Mikolajczak & Desseilles, 2012). De ce fait, les changements de comportements du patient observés par l'infirmière représentent un moyen d'évaluer le degré d'anxiété du patient. Bien qu'il représente un outil d'évaluation contenant une certaine subjectivité, l'infirmière, lorsqu'elle gagne une meilleure connaissance du patient au fil du temps, sera de plus en plus capable d'identifier les modifications typiques du patient lorsqu'il est anxieux. Ceci met aussi l'accent sur la nécessité d'une communication et d'une collaboration soudées au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui permettront une transmission de l'information optimale concernant le patient.

Pour compléter l'évaluation du degré d'anxiété du patient, les infirmières utilisent aussi l'observation des indicateurs psychologiques tels que les manifestations émotionnelles de peur ou de colère (Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ, 2012 Moser et al., 2003). En effet, en référence à la théorie conceptuelle de Lazarus et Folkman (1984), la réponse (coping) du patient lorsqu'il évalue une situation comme représentant une perte ou une menace peut se centrer sur la régulation de l'émotion qu'il vit. Cette réponse peut se manifester de différentes manières, qui sont observables ou non par les infirmières. Une précaution doit être prise quant à l'interprétation des manifestations émotionnelles du patient. En effet, du fait de la subjectivité de ce

type d'indicateurs et de l'interprétation qu'en fait l'infirmière, ce genre d'indicateurs peut difficilement être objectivable. De plus, il semble difficile d'avoir un langage commun concernant ces d'indicateurs, comme cela a pu être montré dans une étude où une infirmière décrit dans ses notes les pleurs d'un patient comme étant une manifestation de l'anxiété (Tate et al., 2012). En effet, tirer de telles conclusions concernant les manifestations d'un patient semble délicat, surtout si le patient se trouve dans une situation où il ne peut s'exprimer clairement pour infirmer ou confirmer cette déduction.

Concernant les méthodes d'évaluation de l'anxiété utilisées par les infirmières, il a été observé qu'il existe différents moyens qui peuvent être combinés afin de rendre l'évaluation plus précise. L'utilisation d'échelles d'évaluation et l'observation des valeurs physiologiques représentent deux méthodes qui prennent sens lorsqu'il s'agit d'objectiver l'anxiété. L'utilisation d'échelles par les infirmières n'est toutefois pas fréquente dans la pratique actuelle. Pour compléter cela, les infirmières utilisent l'observation des manifestations comportementales et psychologiques du patient qui sont subjectives, mais qui permettent toutefois d'individualiser l'évaluation et de tenir compte de la spécificité de chaque patient.

5.2.2 Les stratégies

Les interventions qui sont discutées dans ce chapitre sont celles qui ont été présentées dans le plus grand nombre d'articles. Les interventions présentes dans un seul article ou celles dont l'efficacité a été testée à une très petite échelle ont été volontairement mises de côté puisque ce type de résultats ne peut être généralisé à la pratique des soins intensifs.

Une première stratégie identifiée dans plusieurs études a été le contrôle des stressors environnementaux. Plusieurs études montrent que les infirmières essaient d'identifier et de modifier le ou les stressor/s qui créent l'anxiété (Frazier et al., 2003, Cox & Hayes, 1997). Comme cela a été expliqué dans le

deuxième chapitre, la menace perçue par l'individu résulte de l'analyse qu'il fait de son environnement (Lazarus & Folkman, 1984). Or, il existe dans l'environnement physique du patient de nombreux stressseurs pouvant être perçus par le patient comme menaçants, d'autant plus lorsqu'il est impuissant et ne peut travailler sur le problème lui-même. De ce fait, lorsque les infirmières parviennent à contrôler un stressseur environnemental, elles effectuent un coping centré sur le problème qui sera à priori efficace puisqu'il va supprimer le problème et donc, la source de stress et d'anxiété. L'environnement des soins intensifs est de nature stressante et il existe de nombreux facteurs pouvant créer un stress chez le patient. Ces facteurs peuvent être difficiles à détecter ou ne pas constituer une priorité pour les soignants. Toutefois, certains stressseurs reconnus sont identifiables et modulables par les infirmières comme le bruit ou la luminosité par exemple alors que d'autres, comme les soins quotidiens invasifs, peuvent être plus difficiles à traiter. Le fait d'agir sur les stressseurs environnementaux constitue un aspect du rôle infirmier autonome et l'infirmière, qui passe un temps considérable au lit du patient, semble le membre de l'équipe pluridisciplinaire le plus à même d'être attentif aux facteurs pouvant stresser le patient et le rendre anxieux.

Un autre angle d'action dans la gestion de l'anxiété chez le patient en situation critique de la maladie concerne toutes les interventions dites « relationnelles ». Les deux interventions les plus populaires sont l'information et l'éducation que l'on retrouve dans plusieurs articles (Frazier et al., 2003, Moser et al., 2003, Thomas, 2003). Dans les deux premières études, ces deux interventions sont celles utilisées le plus fréquemment par les infirmières lorsque le patient est anxieux ; les auteurs n'en ont par contre pas testé l'efficacité. Toutefois, Thomas (2003), dans sa revue de littérature, nomme trois études dans lesquels les patients ont jugé aidant le fait de recevoir de l'information ou de l'éducation lorsqu'ils se trouvaient dans des situations où ils ressentaient de l'anxiété (Shih & Chu, 1999, Carrieri et al. 1984, Wojnicki-Johansson, 2000, Logan & Jenny, 1997). En référence au cadre théorique de Lazarus et Folkman (1984), ces interventions peuvent faire office de coping centré sur le problème ou sur l'émotion, en fonction des situations. Par exemple, si le patient perçoit une

alarme comme menaçante et que l'infirmière l'informe en lui en expliquant le sens, peut-être que le patient va réévaluer ce stimulus comme non-menaçant, de quoi résultera une résolution du problème. Par contre, dans le cas où un patient se réveille après un arrêt cardio-respiratoire, qu'il a dû être intubé et qu'il ressent une forte anxiété du fait de la perte de repères et de la menace pour sa santé, le fait que l'infirmière lui donne des informations sur ce qui lui est arrivé va lui permettre de gérer son émotion mais pas de résoudre le problème, ce qui constitue le coping centré sur l'émotion. De plus, un des facteurs favorisant la survenue de stress exposé dans le chapitre dédié au concept du stress était le manque d'information qui a été cité par les patients comme pouvant créer du stress, raison pour laquelle cette intervention semble être adéquate. La manière de donner l'information et d'éduquer reste encore à être adaptée au contexte et aux capacités de chaque patient et il existe pour cela dans la littérature une palette d'outils pour mettre en place des interventions adaptées et efficaces. Les infirmières d'une étude ont d'ailleurs nommé l'adaptation du langage comme une méthode fréquemment utilisée pour travailler sur l'anxiété du patient (Frazier et al., 2003).

En plus de donner de l'information, quatre études parlent des interventions qui visent à rassurer le patient (Frazier et al., 2003, Moser et al., 2003, Cox & Hayes, 1997, Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ, 2012). Ces interventions s'apparentent à un coping centré sur l'émotion, tout comme le fait d'encourager le patient à exprimer ces émotions, autre intervention utilisée par les infirmières dans deux études (Frazier et al., 2003, Moser et al., 2003). En effet, il n'est pas étonnant que ces interventions relationnelles soient celles qui sont le plus utilisées par les infirmières puisque, en référence au cadre théorique de Lazarus et Folkman (1984), le coping centré sur le problème se fait lorsque la personne (ou l'infirmière qui prend soin de celle-ci dans le contexte des soins intensifs) peut supprimer ou modifier le problème qui est source de stress et donc d'anxiété. Or, dans un contexte où une réelle menace plane au-dessus du patient, à savoir le risque vital qu'encourt le patient puisqu'il se trouve dans une phase critique où sa santé est sérieusement en jeu, la source de stress ne peut bien souvent pas être modifiée. Cependant, une

multitude de stratégies peuvent être mises en place par l'infirmière afin de rendre la menace ou la perte plus supportable. Certaines thérapies complémentaires n'ayant pas encore fait leurs preuves comme l'hypnose ou la relaxation (cité par Thomas, 2003) seraient peut-être des pistes afin de permettre au patient de gérer son anxiété, grâce à des exercices par exemple. Précisément, lorsqu'il s'agit de laisser de l'autonomie dans un contexte où le patient en a peu car il est dans une situation de dépendance physique élevée, les infirmières d'une étude ont nommé comme pratique fréquente le fait d'« augmenter le sentiment de contrôle par le patient en accordant des choix dans le soin » (Frazier et al.). Néanmoins, il semble légitime de se questionner sur la manière dont l'infirmière peut laisser des choix dans le soin, surtout lorsque le patient est faible ou qu'il est inconscient. Ceci demande peut-être de faire appel aux proches du patient qui le connaissent bien, afin de donner des indicateurs sur les habitudes du patient ou de petits détails qui permettraient d'individualiser le soin au maximum. Concernant les interventions relationnelles, il existe enfin un groupe d'interventions utilisé par les infirmières, celui du soutien formulé en tant que « passer du temps supplémentaire avec le patient » (Frazier et al., 2003), « utiliser la parole » (Cox & Hayes) ou « encourager le soutien de la famille » (Moser et al., 2003, Frazier et al., 2003). Aucune explication supplémentaire n'est fournie dans les articles quant à la manière dont ces interventions s'articulent. Cependant, leur utilité semble légitime puisque des facteurs de stress comme la solitude, cité dans le concept du stress, peuvent être à l'origine de la survenue d'anxiété. Le fait d'offrir une présence en dehors des soins peut donc être aidant pour le patient qui est à risque de perdre ses repères spacio-temporels et de souffrir de solitude. Il semble également judicieux d'encourager la famille à visiter son proche puisque dans cet environnement inconnu, le patient a également perdu ses repères personnels.

Le dernier groupe d'interventions était celui des interventions complémentaires. Bien que plusieurs thérapies soient apparues dans les articles sélectionnés, l'impact réel en termes d'efficacité n'a souvent pas encore été démontré, bien que des modifications du degré de stress aient été observées, principalement

dans des études pilotes ou des études avec un échantillon très restreint. Une seule intervention complémentaire semble avoir fait ses preuves à l'heure actuelle et il s'agit de l'intervention musicale.

L'utilisation de la musique a démontré des résultats positifs dans les études sélectionnées (Chlan, Tracy, Nelson & Walker, 2001, Han, Li, Sit, Chung, Jiao & Ma, 2008, Wong, Lopez-Nahas & Molassiotis, 2001, Davis & Jones, 2012). Ceci peut, en regard du modèle théorique, avoir plusieurs explications. Premièrement, lorsque le patient reçoit l'intervention musicale, il ne perçoit pas (ou moins) le bruit présent dans l'unité de soins intensifs, bruit qui a été identifié comme source majeure de stress lors de la présentation du concept. Dans cette optique-là, l'utilisation de musique est apparentée au coping centré sur le problème. En effet, le bruit qui peut être identifié comme problématique par le patient qui se sent menacé parce qu'il n'en connaît pas la cause est un problème qui va être « modifié » durant le temps d'écoute musicale. De plus, une seconde piste peut expliquer l'efficacité de la musique dans la réduction de l'anxiété chez le patient, et c'est celle du coping centré sur l'émotion. La musique peut avoir un effet relaxant et peut permettre au patient de se détendre et de moduler sa réaction émotionnelle, ce qui rendra la menace perçue plus supportable ou moins dangereuse. Quelle que soit l'explication de l'efficacité de la musique, cet outil a démontré son efficacité au travers de diverses études. Cependant, c'est une intervention qui s'est révélée être peu utilisée par les infirmières interrogées dans d'autres études (Frazier et al, Moser et al., Cox & Hayes). Une seule étude (Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ, 2012) nomme l'utilisation non protocolée de la musique par les infirmières et la famille du patient. L'hypothèse de cette faible utilisation peut être que les infirmières manquent de connaissances vis-à-vis de cette intervention et qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour l'implémenter dans leur pratique quotidienne. Enfin, lors de l'analyse des articles qui mesuraient l'impact de la musique sur le niveau d'anxiété et de stress du patient, la question du type de musique qui doit être utilisée a souvent été discutée et aucun consensus ne s'est formé entre les résultats des études analysées. En effet, alors que certains auteurs (Caine, R. M., 2003, cité par Tracy & Chlan, 2011) favorisent une musique familière à la

personne qui comporte entre 60 et 80 bits par minute sans paroles, d'autres auteurs (Han et al. 2008) privilégient un type de musique classique traditionnelle du pays. Chlan, Tracy, Nelson et Walker, (2001), dans leur étude, ont offert aux participants la possibilité de choisir le type de musique à partir d'une sélection musicale préétablie par un musicothérapeute qualifié qui comportait une grande variété de genres musicaux. Si la musique a démontré un impact positif dans la réduction du degré d'anxiété chez le patient aux soins intensifs, son implémentation nécessite probablement l'implication de spécialistes du domaine afin de guider les infirmières dans la mise en place d'un protocole.

L'utilisation du toucher dans la gestion de l'anxiété est une intervention qui est apparue dans trois études (Frazier et al., 2003, Moser et al., 2003, Cox & Hayes, 1997) est nommée sous le terme « toucher empathique ». Il semble être utilisé de manière fréquente par les infirmières, toutefois son efficacité dans la gestion de l'anxiété n'a pas été testée dans les études sélectionnées. Une étude pilote (Cox & Hayes, 1997) portait sur l'implémentation d'un protocole de toucher thérapeutique qui est une technique nécessitant des connaissances théoriques et pratiques spécifiques. Si un impact à petite échelle a pu être observé, son efficacité reste à prouver. La notion de toucher empathique reste malgré tout flou ; qu'entend-on vraiment par toucher empathique ? En effet, dans un métier comme celui de l'infirmière qui est en contact physique très régulier dans sa pratique quotidienne auprès du patient, la notion de toucher est très présente. De ce fait, les infirmières n'ont certainement pas toujours conscience de cet acte qu'elles effectuent très fréquemment à travers les différentes activités de soins et de l'impact qu'il peut avoir. On peut donc se questionner quant à l'impact du toucher sur le degré d'anxiété du patient. Est-il bénéfique pour tout le monde ? Cela dépend-il de la manière dont il est pratiqué ?

5.4 Les limites de l'étude

Cette revue de littérature fournit un grand nombre de résultats reliés à la question de recherche. Tous les articles choisis ne traitent pas à la fois de l'évaluation des interventions relatives à l'anxiété et les devis de recherches sont très diversifiés. Les remarques apportées au travers du regard critique posé précédemment sur les études sélectionnées constituent le biais de ce travail. En effet, les quatre études menées avec un devis quantitatif ainsi que la revue de littérature qui recense des études du même type portent toutes sur le thème de la thérapie musicale. De ce fait, seule l'efficacité de cette intervention a été mesurée et toutes les autres stratégies présentées n'ont pour la plupart pas été testées par les auteurs, mêmes si certaines ont démontré une efficacité dans des études précédemment menées qui sont citées par les auteurs. Cette limite comporte cependant un aspect positif puisqu'il reflète la pratique quotidienne des infirmières en soins intensifs. En effet, tous les auteurs ont interrogé des infirmières professionnelles qualifiées et qui exerçaient leur activité dans une unité de soins intensifs lors de l'étude. Donc, les interventions nommées sont celles utilisées de manière quotidienne auprès du patient, ce qui permet de construire un pont entre la théorie et la pratique.

Le nombre restreint d'études sélectionnées pour cette revue de littérature constitue également une limite, d'autant plus que cinq articles portent sur le même type d'interventions. De même, si un nombre d'études plus grand avait été collecté, plus d'études quantitatives relatant de l'efficacité des interventions aurait peut-être été trouvé. Ceci est dû au fait que cette revue de littérature a été requise dans un cursus de formation et que le temps imparti n'était de ce fait pas extensible.

Enfin, ce travail comporte quelques faiblesses méthodologiques, notamment dans l'extraction des données et leurs mises en relations. Ce travail constitue une initiation à la recherche scientifique est a été conduit par un auteur novice dans le domaine de la recherche qui a développé des compétences spécifiques en partant d'une problématique rencontrée sur le terrain.

5.5 Implication et recommandations pour la pratique

Les éléments reflétés au travers de la problématique, des fondements théoriques ainsi que des études rendent compte de la complexité du phénomène d'anxiété dans le contexte des soins intensifs. Déterminer la cause exacte de chaque épisode d'anxiété semble de ce fait difficile voire impossible, particulièrement dans un contexte où la communication est un défi. Cependant, il est du rôle infirmier de développer une plus grande sensibilité en regard de l'anxiété et de ses conséquences sur la santé physique et psychique du patient.

Appréhender l'anxiété nécessite tout d'abord de l'évaluer. Pour ce faire, comme les études l'ont montré, les infirmières ont à leur disposition une palette d'outils pouvant les aider dans ce processus. Alors que certains moyens requièrent une capacité d'interprétation et de jugement clinique de la part de l'infirmière, comme c'est le cas pour l'observation des indicateurs psychologiques et comportementaux, il est nécessaire d'associer également des méthodes d'évaluation qui permettent d'objectiver l'anxiété et de la quantifier, ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, puisque l'expression émotionnelle comporte plusieurs volets et qu'elle peut se manifester différemment selon les individus, il est nécessaire de pouvoir évaluer l'anxiété au plus près de sa réalité avec le plus d'objectivité possible. Ensuite, en évaluant l'anxiété avec des moyens qui permettent de la mesurer, un langage commun peut alors être élaboré afin que les infirmières puissent observer, reporter et communiquer le degré d'anxiété des patients entre elles. Pour ce faire, l'utilisation d'échelles semble être une méthode idéale, bien qu'elles soient peu employées à l'heure actuelle. Ceci peut être dû au fait qu'il n'existe pour l'heure pas encore d'échelle adaptée au contexte spécifique des soins intensifs. En effet, les échelles trouvées grâce à l'analyse des articles impliquaient toutes une participation active du patient, ce qui peut être difficile à obtenir avec le patient en situation critique de la maladie. Une seule échelle, soit la version courte du score d'anxiété de Spielberger (1983), pourrait être appliquée à l'utilisation aux soins intensifs puisqu'elle ne contient que six items. Toutefois, cette échelle requiert la participation active du patient. La création et la validation d'une échelle d'évaluation de l'anxiété

adaptée à la spécificité des patients en situation critique de la maladie permettraient donc d'implémenter un outil d'évaluation de l'anxiété objectif et scientifique dans les services de soins intensifs.

Lorsque de l'anxiété est détectée chez un patient, des stratégies d'interventions doivent alors être mises en place par l'infirmière. En effet, comme il a été explicité dans le deuxième chapitre, le processus de coping est initialement mis en place par l'individu pour tenter de transformer la situation et/ou d'apporter des modifications en lui-même pour rendre cette situation plus supportable (Bruchon-Schweitzer, 2001). Or, lors de son hospitalisation aux soins intensifs, le patient se retrouve dans une phase critique de la maladie qui l'empêche soit d'avoir un état de conscience optimal, de se mouvoir ou de communiquer. C'est donc l'infirmière qui est amenée à anticiper les besoins du patient relatifs à l'anxiété durant cette phase. Un certain nombre de stimuli environnementaux peuvent déjà être diminués, comme c'est le cas du bruit par exemple. Placer des tampons auriculaires peut être une action qui permet au patient de se reposer lorsque le niveau sonore est élevé dans l'unité (lors de réanimation dans une salle voisine par exemple), action qu'il aurait peut-être effectuée par lui-même s'il en avait eu la liberté.

Concernant le contrôle des stressseurs environnementaux, une attention particulière doit être prêtée aux facteurs suivants :

La luminosité	- Veiller à diminuer les sources de lumières durant les heures nocturnes afin que le patient puisse se reposer
Les cycles	- Tenter, dans la mesure du possible, d'éviter l'inversion des rythmes diurnes et nocturnes en créant une atmosphère propice au repos durant la nuit en regroupant les soins, en adaptant l'environnement et en offrant au patient des repères temporels
Le bruit	- Respecter au maximum les recommandations concernant le volume sonore en milieu hospitalier en diminuant, dans la mesure du possible, le niveau des

alarmes, en adaptant la tonalité de voix lors de discussions n'incluant pas le patient, envisager l'utilisation des tampons auriculaires

L'adaptation de l'environnement n'étant pas toujours possible, les études ont rapporté plusieurs interventions relationnelles que les infirmières utilisent et dont la légitimité a été discutée précédemment. L'infirmière peut donc tenter d'aménager au sein de la relation avec le patient les aspects suivants :

Le langage	- Adapter son langage aux possibilités de compréhension du patient en utilisant des termes simples, en parlant lentement et calmement
Les émotions	- Prodiguer un soutien émotionnel en étant attentif aux manifestations du patient et en adoptant une attitude d'ouverture qui lui permette, s'il le souhaite, d'exprimer ses émotions (peurs, appréhensions, inquiétudes)
Le contrôle	- Tenter, lors de la planification des activités et lors des soins, de laisser des choix au patient ou du moins de s'adapter à la spécificité du patient. - Demander à la famille des informations sur les habitudes du patient dans les activités de la vie quotidienne peut être une piste d'action qui tend vers l'individualisation du soin
La présence	- lorsque le patient manifeste de l'anxiété, tenter, dans la mesure du possible, de passer du temps supplémentaire en dehors des soins en offrant une présence - Accorder des temps de visites supplémentaires aux proches du patient lorsque cela semble nécessaire
L'information	- Donner au patient des informations adaptées à ses possibilités et fournir des explications éducatives lorsque cela semble nécessaire en s'aidant des guides et des protocoles existants dans le service
La sécurité	- Apporter au patient des éléments positifs et rassurants sur l'évolution de son état de santé, offrir une présence rassurante en informant le patient sur les éléments qui l'entourent (bruits inhabituels,

discussions de médecins au pied du lit, précipitation de certains gestes lorsque l'état du patient se péjore)

Concernant la communication avec les patients en situation critique de la maladie, il existe de nombreux documents qui peuvent guider l'infirmière dans ses interventions, comme « *Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation* » de Grossbach, Stranberg et Chlan (2011, cité par Tracy & Chlan, 2011) ou « *Interventions for anxiety in the critically ill : a guide for nurses and families* » de Sauls & Warise (2010).

La dernière intervention qui a été abordée dans cette revue de littérature est l'utilisation de la musique. Si l'efficacité de cette intervention a été démontrée, son implémentation peut être plus délicate et nécessite la mise en place d'un protocole élaboré en équipe. En effet, la thérapie musicale nécessite des connaissances et un matériel spécifique, elle requiert également du temps. Néanmoins, avec les apports récoltés dans cette revue de littérature, l'infirmière a les moyens de mettre en place une activité de soins autour de la musique, selon la volonté du patient. Elle peut par exemple recueillir des informations auprès du patient et de sa famille afin de connaître les goûts musicaux de la personne et proposer cette intervention lorsqu'elle évalue le patient comme étant anxieux. Toutefois, cette intervention doit être utilisée avec précaution lorsqu'aucun protocole n'existe dans l'unité. Les recommandations qui ont été présentées ci-dessus sont basées sur les données extraites et analysées des articles sélectionnés.

5.6 Recommandations pour des recherches futures

Concernant les recherches ultérieures apparentées au thème de l'anxiété, cette revue met en lumière différentes pistes. Premièrement, une revue de littérature serait utile afin de recenser les échelles d'évaluation de l'anxiété existantes et pouvant être adaptées au contexte des soins intensifs. S'il en existe, une recherche visant à étudier la faisabilité d'implémenter cette échelle dans les unités de soins intensifs pourrait être utile. Enfin, s'il n'existe à ce jour pas d'échelle de l'anxiété pouvant être adaptée, la création d'une échelle spécifique validée scientifiquement pourrait être envisagée. Pour ce qui est des actions infirmières relatives à l'anxiété, une étude serait nécessaire afin d'évaluer l'impact des interventions relationnelles utilisées par les infirmières qui ont été recensées dans cette revue de littérature sur le degré d'anxiété du patient.

CONCLUSION

Les objectifs de cette étude étaient, dans un premier temps, d'investiguer les moyens employés par les infirmières pour évaluer l'anxiété des patients aux soins intensifs puis, dans un deuxième temps, les interventions qu'elles utilisaient pour y faire face. Grâce au devis de recherche choisi qui a été celui d'une revue de littérature étoffée, il a été possible d'atteindre les objectifs fixés au début du travail.

De ce fait, les différentes études sélectionnées ont montré que les infirmières utilisent à la fois des indicateurs physiques, psychologiques et comportementaux, avec une plus grande utilisation des deux derniers indicateurs. La littérature a également permis de mettre en évidence un manque d'utilisation d'outils comportant des valeurs objectives, comme le permettent les échelles, ce qui constitue peut-être une piste d'évolution des pratiques de l'infirmière.

Ensuite, cette recherche a permis de collecter un grand nombre d'interventions qui peuvent être utilisées par les infirmières lorsque le patient manifeste de l'anxiété, avec une majorité d'action relatives à la relation. Un volet s'est aussi ouvert sur l'utilisation de la musique qui a fait ses preuves et qui peut constituer un outil utilisable auprès du patient anxieux.

Si ce travail n'a pas la prétention d'apporter des pistes d'actions absolues permettant de soulager l'anxiété, il a permis de faire un état des lieux partiel des pratiques actuelles dans le contexte des soins intensifs en intégrant des éléments explicatifs sur l'utilité des interventions grâce aux apports théoriques.

Travailler dans une unité telle que celle des soins intensifs requiert une grande habileté technique et des connaissances pratico-théoriques poussées. Alors que la priorité médicale est bien souvent de soigner ou de traiter, le rôle infirmier se subdivise en plusieurs parts qui ne comprennent pas que les activités médico-déléguées. En effet, envisager le soin infirmier dans sa dimension d'accompagnement dans un contexte où le curatif semble prioritaire

ne paraît pas évident, particulièrement lorsque la communication avec le patient est un défi. Toutefois, il n'empêche pas l'infirmière de soutenir le patient durant cette phase de vie critique en déployant les compétences reliées à son rôle autonome. De nos jours, grâce à la recherche faite dans le domaine des soins infirmiers, à son accessibilité et aux nouvelles compétences que les infirmières développent en lien avec l'utilisation des banques de données, les pratiques infirmières tendent à devenir davantage basées sur des évidences scientifiques. Ceci permet de faire évoluer les pratiques et d'offrir au patient des soins d'une qualité maximale et c'est en lien avec cette démarche que la revue de littérature ici présente a été pensée. Il a été mis en évidence dans ce travail que l'anxiété chez le patient en situation critique de la maladie accroît ses risques d'atteintes à sa santé. De ce fait, il est impératif que les infirmières tentent d'identifier l'anxiété persistante et d'utiliser les outils qu'elles ont à leur disposition pour y faire face, ceci afin de prévenir ses effets néfastes. Finalement, la problématique de l'anxiété ressentie par les patients en phase critique de la maladie a pu être partiellement éclairée, bien que sa complexité pose encore de nombreuses questions.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Bear, M. F., Connors, B. W., Paradiso, M. A. (1997) *Neurosciences à la découverte du cerveau*. Paris : Pradel.
- Belzung, C. (2010) *Biologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck
- Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Manuel de Diagnostics infirmiers*. Canada : Masson.
- Delamare, J. (1997) *Dictionnaire des termes de médecine, 24e édition*. Paris : Maloine
- Graziani P. & Swendsen J., (2005). *Le stress. émotion et stratégies d'adaptation*. Evreux : Armand Colin
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984b). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Erpi.
- Mikolajczak, M., Desseilles, M. (2012), *Traité de régulation des émotions*. Bruxelles : de Boeck.
- Pepin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010) *La pensée infirmières*. Québec : Chenelière.
- Shapiro, C. M. (1996) *ABC des troubles du sommeil*. Paris : Maloine

Articles

- Bijwadia, J.S., Ejaz, M.S. (2009), Sleep and critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 15, 25-29.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherches en Soins Infirmiers*, 67, 68-83
- Caine, R.M. (2003) Psychological influences in critical care: perspectives from psychoneuroimmunology. *Critical Care Nurse*, 23, 60-70.
- Carrieri, V.K., Janson-Bierklie, S., Jacobs, S. (1984) The sensation of dyspnea : a review. *Heart & Lung*, 13, 436-446.

- Chlan, L., Tracy, M.F., Nelson, B. & Walker, J. (2001) Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilator support. *Alternative Therapies*, 6, 80-83.
- Cox, L.C., Hayes, J.A. (1997) Reducing anxiety : the employment of therapeutic touch as a nursing intervention. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 3, 163-167.
- Davis, T., Jones, P. (2012) Music Therapy: Decreasing Anxiety in the Ventilated Patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 3, 159-166.
- Frazier, K. S., Moser, D.K., Daley, L.K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B.J., An, K. (2003) Critical Care Nurses' Beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*, 12, 19-27.
- Freedman , N.S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A., Schwab, R.J. (2001) Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 451-457.
- Gabor J.Y., Cooper A.B., Crombach S.A., Lee, B. Kadikar, N., Bettger, H.E., Hanly, P.J. (2003) Contribution of the intensive care environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167, 708-715.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., Laskowski, B.F., Malarkey, W.B. (1999). Stress-Related Changes in Proinflammatory Cytokine Production in Wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56, 450-456
- Grossbach, I., Stranberg, S., Chlan, L. (2011) Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31, 46-60.
- Han, L., Li, J.P., Sit, J.W.H., Chung, L., Jiao, Z.Y. & Ma, W.G. (2010) Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety of mechanically ventilated patients in China : a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 978-987.
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D.B. Riker, R.R., Fontaine, D. Wittbrodt, E.T., chalfin, D.B., Masica, M.F., Bjerke, H.S., Coplin, W.M., Crippen, D.W., Fuchs, B.D., Kelleher, R.M., Marik, P.E., Nasraway, S.A., Murray, M.J., Peruzzi, W.T., Lumb, P.D. (2002) Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult.

- Critical Care Medicine*, 30, 119-141.
- Keegan, L. (2003) Therapies to reduce stress and anxiety. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15, 321-327.
- Legault, S., Joffe, R., Armstrong, P. (1992) Psychiatric morbidity during the early phase of coronary care for myocardial infarction : association with cardiac diagnosis and outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 316-325.
- Logan, J., Jenny, J. (1997) Qualitative analysis of patient's work during mechanical ventilation and weaning. *Heart & Lung*, 26, 140-147.
- Marteau T.M., Bekker, H. (1992) The development of a six-item shortform of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 301-306.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Patbury, J., Bramwell, M., Hudson, J. (2002) Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nurses*, 18, 27-36.
- Moser, D.K., Chung, M.L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C.C., Blakely, W., Biddle, M., Frazier, S.K. & Garvin, B. J. (2003) Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Novaes, M., Aronovich, A., Ferraz, M.B., Knobel, E. (1997). Stressors in ICU : patients' evaluation. *Intensive Care Medecine*, 23, 1282-1285.
- Olson, D.M., Borel, C.O., Laskowitz, D.T., Moore, D.T., McConnell, E.S. (2001) Quiet time : a nursing intervention to promote sleep in neuro critical care units. *American Journal of Critical Care*, 10, 74-78.
- Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherches en Soins Infirmiers*, 67, 46-67.
- Ricon, H.G., Granados, M., Unutzer, J., Gomez, M., Duran, R., Badiel, M., Salas, C., Martinez, J., Mejia, J., Ordonez, C., Florez, N., Rosso, F., Echeverri, P. (2001) Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*, 42, 391-396
- Sauls, J. F. Warise, L. F. (2010), Interventions for anxiety in the critically ill: a guide for nurses and families. *Nursing Clinics of North America*, 45, 555-567

- Shih, F., Chu, S. (1999) Comparisons of American-Chinese and Taiwanese patient's perceptions of dyspnea and helpful nursing actions during the intensive care unit transition from cardiac surgery. *Heart & Lung*, 28, 41-54
- Stuhlmiller, D. F, Lamba, S, Rooney, M. Chait, S. Doland, B. (2009) Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport. *Air Medical Journal* 28, 88-91
- Tamburri, L.M., Di Brienza, R., Zozula, R., Redeker, N.S. (2004) Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *American Journal of Critical Care*, 13, 102-115.
- Tate, J.A., Devito Dabbs, A., Hoffman, L.A., Milbrandt, E., Happ, M.B. (2012) Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qualitative Health Research*, 2, 157-173.
- Thomas, L.A. (2003) Clinical Management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. *Clinical Issues*, 1, 73-81.
- Torpy, D.J., Chorusos, G.P. (1997) Stress and critical illness : the integrated immune/hypothalamic-pituitary-adrenal axis response. *Journal of Intensive Care Medicine*, 12, 225-238
- Tracy, M.F. & Chlan, L. (2011) Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 3, 19-28.
- Wojnicki-Johansson, G. (2000) Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient report and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nurse*, 17, 29-39
- Wong, H.L.C., Lopez-Nahas, V., Molassiotis, A. (2001) Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart & Lung*, 30, 376-387

Polycopiés

Mooser, F. (2010). *Système endocrinien et Stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Site internet

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress> (consulté le 13.08.2012)

ANNEXES

Table des annexes

- **Annexe A** : Déclaration d'authenticité
- **Annexe B** : Grille d'évaluation de qualité méthodologique
- **Annexe C** : Articles exclus de la revue de littérature étoffée
- **Annexe D** : Grille de synthétisation des résultats de recherche
- **Annexe E** : Grilles de synthèse des dix articles analysés
 1. Chlan, Tracy, Nelson & Walker (2001) : *Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilator support*
 2. Han, Li, Sit, Chung, Jiao & Ma (2008) : *Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China : a randomized controlled trial*
 3. Wong, Lopez-Nahas & Molassiotis (2001) : *Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients*
 4. Davis & Jones (2012) : *Music Therapy : Decreasing Anxiety in the Ventilated Patient*
 5. Cox & Hayes (1997) : *Reducing anxiety : the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention*
 6. Tate, Dabbs, Hoffman, Milbrandt & Happ (2012) : *Anxiety and Agitation in Mechanically ventilated patients*
 7. Moser et al. (2003) : *Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management*
 8. Frazier et al. (2003) : *Critical Care Nurses' beliefs about and reported management of anxiety*
 9. Tracy & Chlan (2011) : *Nonpharmacological interventions to manage common symptoms In patients receiving mechanical ventilation*
 10. Thomas (2003) : *Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation*

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail de bachelor moi-même, selon les règles et les normes édictées par l'école. Les références utilisées dans le travail sont clairement nommées et identifiées. »

Charlotte Barthlomé

Annexe B : Grille d'évaluation de qualité méthodologique

Question	Points
1. La structuration du résumé offre-t-il une vision synthétique de l'étude ?	/1
2. Les objectifs de l'étude sont-ils clairement exposés ?	/1
3. Le devis de recherche est-il précisé ?	/1
4. L'échantillon et le contexte de l'étude sont-ils décrits ?	/1
5. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils nommés ?	/1
6. La méthode de récolte de données ainsi que les outils utilisés sont-ils définis ?	/1
7. Les normes éthiques sont-elles appliquées avec respect ?	/1
8. Les résultats sont-ils présentés de façon claire (texte, tableaux, graphiques) ?	/1
9. Les résultats ont-ils été interprétés à l'aide des approches théoriques et des recherches antérieurs ?	/1
10. Les limites de l'étude sont-elles identifiées par les auteurs ?	/1
11. Les auteurs lient-ils les résultats de leur étude avec leurs conséquences pour la pratique ?	/1
12. Les résultats ressortant de cette étude apportent-ils des données supplémentaires pouvant être utile à la pratique infirmière ?	/1
Total	/12

Annexe C : Articles exclus de la revue de littérature étoffée

Auteurs	Titre de l'étude	Raison de l'exclusion
Keegan, L. (2003)	Therapies to reduce stress and anxiety	Cet article n'est pas un article scientifique mais un article écrit une professeure en science des sciences des soins infirmiers dans le but de parler des thérapies alternatives et de donner un avis spécialisé sur la question
Sauls, J.F., Warise, L.F. (2010)	Interventions for anxiety in the critically ill : a guide for nurses and families	Cet article est en fait un guide d'intervention pour les infirmières réalisé afin de leurs donner des pistes d'action afin de soulager l'anxiété des patients
Stuhlmiller, D.F., Iamba, S., Ronney, M. Chait, S., Dolland, B. (2009)	Music reduces patient anxiety during interfacility ground critical care transport	Cet article ne remplit pas tous les critères d'inclusion puisqu'il le setting est celui de l'ambulance et non de l'unité de soins intensifs, bien que les sujets soient des patients en situation critique de la maladie

Annexe D : Grille de synthétisation des résultats de recherche

Référence	Problématique	Type d'étude	Buts/question de recherche	Population	Méthodologie	Résultats	Discussion	Commentaires
Chlan, L., Tracy, M. F., Nelson, B. & Walker, J. (2001) Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilator support. <i>Alternative Therapies</i> , 6, 80-83.	Etre au bénéfice d'une assistance respiratoire peut être stressant pour les patients, ce qui peut se manifester par de l'anxiété notamment	mixte	Quelle est la faisabilité d'un protocole d'intervention musicale chez les patients recevant une assistance respiratoire ?	5 patients au bénéfice d'une ventilation mécanique	Musique choisie par les patients à partir de la sélection – patients devaient écouter la musique quand ils se sentaient anxieux ou à d'autres moments – évaluation de l'anxiété et des signes vitaux par les soignants	2 patients utilisent la musique pour se relaxer, soulager le stress et l'ennui ainsi que les aider à dormir Intervention difficilement applicable parfois, faute de matériel mis à disposition par les soignants	Le petit échantillon explique le fait que les résultats ne peuvent être généralisés et que d'autres études sont nécessaires. Malgré tout la musique apparaît comme un moyen pouvant être utilisé par les patients sous assistance respiratoire pour diverses raisons	Echantillon très petit Données intéressantes qui pourront être croisées et discutées avec les résultats d'autres études

Frazier, K. S., Moser, D. K., Daley, L. K., McKinley, S., Riegel, B., Garvin, B. J., An, K. (2003) Critical Care Nurses' Beliefs about and reported management of anxiety. <i>American Journal of Critical Care</i> , 12, 19-27.	Aux soins intensifs les patients peuvent ressentir de l'anxiété qui peut avoir des conséquences importantes sur l'état du patient	quantitative	Quelle importance accordent les infirmières à la gestion de l'anxiété et quelles stratégies utilisent-elles pour y faire face ?	783 infirmières travaillant au minimum à 20% dans un service de soins intensifs	Questionnaire divisé en 4 parties dont l'évaluation de l'anxiété et la gestion de l'anxiété	97.4% pensent que la gestion de l'anxiété est importante/ très importante Interventions non-pharmacologiques : Rassurer le patient- donner des informations- parler calmement- utiliser un toucher empathique = interventions utilisées le plus souvent	Les interventions nonpharmacologiques sont centrées autour de l'information. Le fait de rassurer le patient est aussi une intervention utilisée fréquemment	L'efficacité des interventions nommées n'est pas mesurée
Cox, L. C., Hayes, J. A. (1997) Reducing anxiety : the employment of therapeutic touch as a nursing intervention.	Dans le contexte stressant qu'est celui des soins intensifs, il est parfois difficile de créer un équilibre qui rende le patient	Mixte	Quel rôle pourrait occuper le toucher thérapeutique (TT) comme intervention pouvant réduire	18 infirmières 1 patient pour étude de cas		Les infirmières évaluent l'anxiété à l'aide des fonctions vitales et de l'observation du patient - 66% des sujets utilisent des interventions	Il pourrait y avoir une place pour le TT comme intervention pratiquée par l'infirmière dans l'exercice de son rôle autonome, cependant	Résultats ne pouvant être généralisés à la pratique du fait d'un seul patient utilisée pour cette étude de cas Données

<i>Complementary Therapies in Nursing & Midwifery</i> , 3, 163-167	moins anxieux		l'anxiété ?			<p>d'accompagnement (communication et soutien) et 27.77% utilisent le toucher pour palier à l'anxiété -</p> <p>83.3% des infirmières pensent que les thérapies complémentaires peuvent être bénéfiques MAIS besoin de formation</p> <p>Étude de cas :</p> <p>Des modifications comportementales ont été reportées après administration du TT (amélioration du sommeil, ↗ fréquence des sonnettes, ↗ demande d'antalgie)</p>	d'autres études sont nécessaires pour mesurer l'efficacité de cette technique	intéressantes reliées aux pratiques des infirmières
Tate, J. A., Devito Dabbs,	Les patients au bénéfice de la	mixte	Quelles sont les	30 patients 31	Temps d'observatio	-Tous les sujets sont victimes au	Les éléments de l'étude se	-Étude très complète et bien

<p>A., Hoffman, L. A., Milbrandt, E., Happ, M. B. (2012) Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. <i>Qualitative Health Research</i>, 2, 157-173.</p>	<p>ventilation mécanique peuvent manifester différents symptômes dont celui de l'anxiété, qui constitue un défi. Elle est difficile à évaluer lorsque le patient ne peut s'exprimer verbalement comme c'est le cas avec les patients intubés</p>		<p>manifestations de l'anxiété, comment les soignants et les patients eux-mêmes l'identifient-elle et qu'elles interventions utilisent-ils pour la gérer ?</p>	<p>professionnels 31 familles</p>	<p>ns Interviews Reports de notes de dossier et transmissions</p>	<p>moins une fois d'anxiété durant la période d'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'anxiété se manifeste de différentes (physiologique, comportementale et psychologique) -les professionnels portent de l'importance à la connaissance du patient et de son histoire qui leur sert durant la prise en charge -les professionnels n'évaluent pas l'anxiété de la même manière et n'utilisent pas tous les mêmes termes -les interventions non-pharmacologiques principalement utilisées sont la réassurance, 	<p>recoupent avec d'autres études. La connaissance du patient est mise en lien avec les soins individualisés proposés au patient.</p> <p>Le lien entre l'isolation du patient et l'anxiété est confirmé dans cette étude</p>	<p>construite</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les différents éléments de l'étude ne seront pas tous utilisés pour la présente revue de littérature. <p>Les données concernant les manifestations de l'anxiété relevées par les infirmières seront utilisées, ainsi que les interventions non-pharmacologiques qu'elles utilisent</p>
---	--	--	--	---------------------------------------	---	--	--	---

						l'encouragement et l'enseignement -les professionnels utilisent la sédation de manière plus ou moins fréquente et de manière plus ou moins prioritaire		
Han, L., Li, J. P., Sit, J. W. H., Chung, L., Jiao, Z. Y. & Ma, W. G. (2010) Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety of mechanically ventilated patients in China : a randomized controlled trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19, 978-987.	La ventilation mécanique est une source de stress et d'anxiété majeure pour les patients qui en bénéficient	quantitative	Quels sont les effets de l'intervention musicale sur la réponse physiologique et sur le niveau d'anxiété des patients sous ventilation assistée ?	137 patients sous ventilation assistée	l'étude s'est faite de manière randomisée avec un groupe d'intervention qui a écouté la musique par session de 30mn, un groupe placebo qui a eu des sessions sans écoute musicale mais avec les écouteurs	-Le score d'anxiété diminue fortement dans le groupe d'intervention ainsi que dans le groupe placebo -les fonctions vitales ont diminué chez le groupe d'intervention (particulièrement durant les temps d'écoute), ne se sont pas modifiées chez le groupe placebo et ont augmenté chez le groupe de contrôle	-Le choix des musiques par les participants s'est fait d'après une sélection faite par les auteurs de l'étude, les résultats ne peuvent par conséquent pas être généralisés à tous les genres musicaux -l'étude ne mesure que l'effet post-intervention immédiat, les résultats ne	-Étude qui remplit les critères méthodologiques requis pour ce type de travail - résultats intéressants et pouvant être mis en lien avec d'autres études

					dans les oreilles et un groupe de contrôle		peuvent donc tirer des conclusions générales sur le dosage nécessaire	
Thomas, L. A. (2003) Clinical Management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. <i>Clinical Issues</i> , 1, 73-81.	Le stress relié à la ventilation assistée inclus différents symptômes	Revue de littérature	Quels sont les stressors commun chez les patients sous assistance respiratoire et que peuvent faire les infirmières pour intervenir vis-à-vis de cela ?	Patients sous assistance respiratoire	Recherche de données dans la littérature au moyen des bases de données	Les interventions suivantes peuvent être utilisées auprès des patients sous assistance respiratoire afin de diminuer les facteurs de stress reliés : -hypnose -enseignement -musique -toucher soutenant	Les études cités n'ont parfois pas démontré l'efficacité des interventions testées	Étude passant en revue un nombre important d'éléments reliés à la problématique
Tracy, M. F. & Chlan, L. (2011) Nonpharmacological interventions to manage common	Les patients sous assistance respiratoire peuvent faire l'expérience de symptômes stressant	Revue de littérature	Quelles sont les interventions non pharmacologiques pour gérer les	Patients hospitalisés en USI, patients hospitalisés en USI recevant	Non décrite	Les thérapies suivantes ont été démontrées comme ayant une influence ou une efficacité sur la	L'implémentation de thérapie complémentaire comme adjonction aux soins infirmiers habituels et à la	Étude présentant de nombreux résultats qui pourront être croisés avec ceux d'autres

symptoms in patients receiving mechanical ventilation. <i>Critical Care Nurse</i> , 3, 19-28.	(notamment l'anxiété) qui ne peuvent pas toujours être soulagés par les traitements médicamenteux qui sont parfois à risque		symptômes communs chez les patients recevant la ventilation mécanique ?	une ventilation mécanique		population cible : -musique -imagerie -présence -thérapie assistée par l'animal ⇒ en vue de : -promouvoir un environnement propice à la guérison -promouvoir le sommeil -réduire l'anxiété et l'agitation	médication peut aider à diminuer l'anxiété des patients. Une introduction progressive de ces thérapies est recommandée, en accord avec la famille et le patient	articles
Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., Blakely, W., Biddle, M., Frazier, S. K. & Garvin, B. J. (2003) <i>Critical care nursing</i>	L'anxiété est souvent présente chez les patients aux soins intensifs et peut affecter le rétablissement si elle n'est pas correctement évaluée et	mixte	Quels sont les indicateurs de l'anxiété identifié par les infirmières et quelles interventions mettent-elles en place pour	593 infirmières en soins intensifs	Questionnaire avec des réponses fermées envoyé à 2500 de l'association américaine des infirmières en soins	Indicateurs de l'anxiété sont : -Psycho-physiologiques -comportementaux -psycho-cognitif -sociaux Les interventions	Un grand nombre d'indicateurs de l'anxiété sont apparus, du fait de la grande palette de manifestations chez ce type de patients ainsi qu'à cause d'un	

practice regarding patient anxiety assessment and management. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 19, 276-288	traitée		soulager l'anxiété chez leurs patients?		intensifs.	les plus utilisées Les groupes d'interventions sont : -techniques de soins -amélioration des connaissances et communication -soutien	manque de langage commun et d'outils de mesure de l'anxiété	
Wong, H.L.C., Lopez-Nahas, V., Molassiotis, A. (2001) Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. <i>Heart & Lung</i> , 30, 376-387	La ventilation mécanique est un traitement qui peut entraîner entre autre de l'anxiété qui, si elle n'est pas prise en charge, peut être délétère pour le patient	Étude quantitative expérimentale	Quels sont les effets de la thérapie musicale sur l'anxiété des patients sous ventilation assistée ?	Patients hospitalisés en USI au bénéfice d'une ventilation assistée	Interventions musicales de 30mn + interventions de repos de 30mn sur de mêmes sujets avec 6 heures d'intervalle sur une même journée ⇒ évaluation du score d'anxiété pendant et	Anxiété ⇒ le score diminue plus avec l'intervention musicale TA ⇒ différence uniquement lors de l'intervention musicale FR ⇒ ?	L'intervention musicale a un effet sur l'anxiété du patient sous assistance respiratoire	Les résultats de cette étude peuvent être croisés avec ceux d'autres articles

					après l'intervention + mesure de la TA et de la FR chaque 5mn durant l'intervention			
Davis, T., Jones, P. (2012) Music Therapy: Decreasing Anxiety in the Ventilated Patient. <i>Dimensions of critical care nursing</i> , 3, 159-166.	La ventilation mécanique est une source de stress qui peut provoquer de l'anxiété chez le patient, phénomène qui a de nombreuses conséquences néfastes sur sa santé	Revue de littérature	Quelles sont les données disponibles sur l'efficacité de la thérapie musicale en lien avec la diminution de l'anxiété chez les patients hospitalisés aux soins intensifs ?	Patients hospitalisés en USI au bénéfice d'une ventilation assistée	Recherche d'article via bases de données et mots-clés = 7 articles sélectionnés au final	La thérapie musicale a démontré un effet bénéfique dans la diminution des signes physiques de l'anxiété dans les études utilisées pour cette revue de littérature	La thérapie musicale peut avoir une efficacité dans la diminution de l'anxiété chez les patients sous ventilation mécanique ; des études sont toutefois requises afin de préciser certaines modalités d'administration de cette intervention	Étude répond aux normes méthodologiques requises et qui comportent de nombreux éléments qui pourront être croisés avec d'autres données utilisées pour ce travail

Annexe E : grilles de synthèse des dix articles analysés

1. Qualité de l'étude : 10/12

Auteurs	Linda Chlan, Mary Fran Tracy, Beth Nelson, Joey Walker
Titre de la recherche	Feasibility of a music intervention protocol for patients receiving mechanical ventilator support
Année de publication	2001
Pays	United States of America
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p><u>Contexte</u> : La plupart des patients hospitalisés dans un service de soins intensifs pour des problèmes respiratoires nécessitent une ventilation mécanique, laquelle cause certain nombre de sensations stressantes dues à l'intubation et au système de ventilation lui-même. Les plus fréquentes manifestations sont l'anxiété et l'impossibilité de se relaxer.</p> <p><u>Hypothèse</u> : la musique est un outil alternatif pour diminuer l'anxiété et promouvoir la relaxation chez les patients au bénéfice d'une ventilation assistée</p> <p><u>Buts</u> :</p> <p>Tester la faisabilité d'un protocole d'intervention à l'initiative musicale du patient</p> <p>Discerner les barrières d'adhésions à ce protocole pour les patients ainsi que pour le personnel soignant</p>
Population/ Echantillon	5 patients adultes atteints de manière critique dans leur santé et au bénéfice d'une ventilation mécanique
Critères d'inclusion (CI)	<p><u>CI</u></p> <p>Patients avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> -capacité de discernement intacte

Critères d'exclusion (CE)	<p>-lecture et compréhension de l'anglais</p> <p>-ouïe intacte</p> <p>-capacité à communiquer par l'écrit</p> <p><u>CE</u></p> <p>-patient au bénéfice d'un traitement sédatif intraveineux</p>
Mots-clés / Design	Étude mixte
Méthodologie	<p>Une collection musicale fut fournie aux sujets et une sélection leur a été demandée avec l'assistance d'un investigateur. Ils ont reçu pour instruction d'écouter la musique lorsqu'ils le désiraient, mais spécifiquement lorsqu'ils se sentaient anxieux, lorsqu'ils voulaient prendre un moment calme pour eux-mêmes ou pour se relaxer.</p> <p>Un investigateur a visité quotidiennement chaque sujet pour recueillir des données concernant le changement de préférence musicale. Le personnel infirmier a reçu pour instruction de proposer le protocole comme activité divertissante lorsque le sujet le souhaitait mais également lorsque, en se basant sur la clinique, l'anxiété du sujet pouvait être réduite ou éliminée sans médication. Les infirmières ont également du collecter des données concernant l'utilisation du protocole et sur des fonctions vitales et d'éventuels problèmes concernant le protocole.</p> <p><u>Outils de mesure</u></p> <p>-Echelle visuelle analogique de l'anxiété (mesure avant et après chaque intervention)</p> <p>-Pression artérielle (une mesure de base puis après chaque intervention)</p> <p>-Fréquence cardiaque (mesurée sur le monitoring en continu)</p> <p>-Fréquence respiratoire (mesure de base puis après chaque intervention)</p>
Résultats	<p>La moyenne de durée d'intervention musicale fut de 67.8 minutes avec une gamme de 25 à 120 minutes.</p> <p><u>Utilisation de musique pour diminuer l'anxiété ou pour la relaxation :</u></p> <p>Le sujet 1 a utilisé le protocole pour se relaxer et soulager l'ennui.</p>

	<p>Le sujet 1 utilisé le protocole plus fréquemment que les autres participants, pour la relaxation, la réduction du stress, par divertissement ou pour l'aider à dormir.</p> <p>Les 3 autres sujets ne sont pas restés pour la durée entière de l'étude puisqu'ils ont été extubés à différents moments durant la période d'étude.</p> <p><u>Modèles de réponse d'anxiété et indices de relaxation à musique :</u></p> <p>De précédentes études ont montré que des indicateurs physiologiques de relaxation comme la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la pression artérielle diminuent suite aux interventions musicales. Dû au fait que la plupart des sujets ont quitté l'étude en son cours pour cause d'extubation et pour causes de données manquantes, aucune comparaison ne peut être faite entre les mesures physiologiques ou avec le score d'anxiété.</p> <p><u>Limites à l'utilisation de la musique par les patients ventilés et le personnel infirmier aux soins intensifs :</u></p> <p>Les limites majeures à l'utilisation du protocole ont été l'inaccessibilité du matériel et la négligence des sujets à demander la musique lorsqu'ils le souhaitaient.</p>
Discussion	<p>Dû au petit échantillon qui participa à cette étude de faisabilité, les résultats ne peuvent être généralisés à tous les patients sous ventilation mécanique.</p> <p>Cependant, certains éléments intéressants pourront être utilisés pour de prochaines études :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les patients au bénéfice d'une ventilation mécanique utilisent la musique lorsqu'ils se sentent anxieux ou lorsqu'ils souhaitent se relaxer. -Les résultats indiquent que les patients sous ventilation mécanique demandent à écouter de la musique malgré que cela soit peu fréquent et que le personnel infirmier est capable de proposer le protocole aux patients. <p>Concernant les indices physiologiques de réponse au protocole, les résultats ne peuvent être interprétés pour causes de données manquantes.</p>
Limites de l'étude	<p>Le petit échantillon utilisé pour cette étude constitue la limite principale de cette étude puisque comme cité plus haut, les résultats, bien que pertinents et collectés de manière correcte avec une méthodologie adaptée, ne peuvent être généralisés à une plus grande échelle. De plus, les données manquantes qui n'ont été collectées par</p>

	les infirmières concernant les fonctions vitales avant et après l'application du protocole n'ont pas permis d'atteindre tous les buts fixés au début de l'étude.
Commentaires personnels	Malgré un petit échantillon et l'impossibilité des auteurs à répondre à toutes les questions posées au début de l'étude, cet article soulève des points intéressants et qui sont reliés à d'autres articles également utilisés dans cette revue de littérature, raison pour laquelle cet article fut retenu. En outre, la méthodologie y est correctement décrite et l'étude a été menée de manière correcte.

2. Qualité de l'étude : 12/12

Auteurs	Lin Han, Ji P li, Janed W H Sit, Loretta Chung, Zuo Y Jiao et Wei G Ma
Titre de la recherche	Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China : a randomized controlled trial
Année de publication	2008
Pays	China
Question de recherche	Contexte : Etant l'un des traitements les plus fréquemment utilisés dans les services de soins intensifs, la ventilation mécanique est également une source de stress et d'anxiété majeure pour le patient. L'anxiété active le système nerveux sympathique, ce qui se manifeste par une augmentation de la fréquence cardiaque, une hausse de la tension artérielle, une augmentation de la fréquence respiratoire ainsi que des réponses neuroendocriniennes. Malgré l'existence d'interventions pharmacologiques pour gérer l'anxiété des patients, les infirmiers/ères recherchent des manières alternatives, moins coûteuses et plus efficaces pour diminuer l'anxiété.
Hypothèses	Hypothèse : L'utilisation de la musique comme modalité thérapeutique pour gérer l'anxiété peut avoir des effets bénéfiques en interrompant la réponse physiologique du stress et en diminuant l'anxiété de multiples manières :
Buts de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients faisant partie du groupe d'intervention montreront une plus grande différence dans leur réponse physiologique au stress (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, pression artérielle systolique et diastolique) - Les patients faisant partie du groupe d'intervention montreront une plus grande différence dans leur état d'anxiété - Les patients faisant partie du groupe d'intervention vont manifester une réduction de leur fréquence cardiaque, respiratoire et de leur saturation en oxygène dans le temps, alors que ces diminutions

	<p>n'apparaîtront pas dans les deux groupes de contrôle</p> <p><u>Buts :</u></p> <p>Identifier les effets de l'écoute de la musique sur les réponses physiologiques et le niveau d'anxiété de patients bénéficiant de ventilation mécanique durant leur hospitalisation dans un service de soins intensifs.</p>
<p>Population/ Echantillon</p> <p>Critères d'inclusion (CI)</p> <p>Critères d'exclusion (CE)</p>	<p>137 patients au bénéfice d'une ventilation mécanique</p> <p><u>CI</u></p> <p>Patient d'origine chinoise remplissant les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Compréhension du mandarin -état d'éveil avec des fonctions cognitives intactes -capacité à communiquer avec les doigts <p><u>CE</u></p> <p>Furent exclus de l'échantillon les patients qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> -recevaient un traitement analgésique ou sédatif en continu -étaient atteints de dysfonctionnement de l'ouïe
Mots-clés / Design	Anxiety, mechanical ventilation, music, nursing, stress, therapy / etude quantitative randomisée
Méthodologie	Les participants furent assignés de manière randomisée à une unique session respectivement soit au groupe d'intervention, au groupe placebo ou au groupe de contrôle. Des paramètres de base incluant les paramètres physiologiques (fréquence cardiaque et respiratoire, saturation en oxygène et pression artérielle) et la version

	<p>chinoise du Spielberger State- Trait Anxiety Scale furent obtenus. L'environnement des trois groupes fut aménagé afin de promouvoir une atmosphère calme. Chaque participant a reçu l'instruction de rester allongé silencieusement avec les yeux fermés en pensant à quelque chose de plaisant.</p> <p><u>Groupe d'intervention :</u> les participants (N=44) reçurent une session de 30 minutes d'écoute musicale avec une musique sélectionnée en accord avec leurs préférences selon la collection proposée par les chercheurs. Toutes les musiques proposées étaient de nature relaxante contenant des rythmes de 60 à 80 battements par minute. La musique fut écoutée à l'aide d'un lecteur MP3 et des écouteurs en mousse.</p> <p><u>Groupe placebo :</u> il a été demandé aux participants (n=44) du groupe placebo de porter les écouteurs en mousse et de rester les yeux fermés durant 30 minutes, aucune musique ne fut écoutée.</p> <p><u>Groupe de contrôle :</u> les participants (n=49) assignés au groupe contrôle ont reçu pour instruction de rester les yeux fermés durant 30 minutes sans écouteurs ni musique.</p> <p>Des mesures furent prises aux participants des trois groupes incluant mesure du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire et de la saturation en oxygène à 5 minutes d'intervalles durant les 30 minutes d'écoutes. Le test post-intervention mesurait quant à lui les valeurs suivantes : version chinoise du Spielberger State- Trait Anxiety Scale, rythme cardiaque, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, pression artérielle diastolique et systolique</p>
Résultats	<p><u>Version chinoise du score d'anxiété de Spielberger :</u> une forte diminution du taux d'anxiété fut notée sur le groupe de musique après l'intervention. Une diminution fut aussi remarquée sur le groupe placebo, en revanche aucun changement n'est apparu sur le groupe de contrôle.</p> <p><u>Paramètres physiologiques :</u> les tests effectués ont montré une diminution significative des paramètres physiologiques (fréquence cardiaque et respiratoire) sur le groupe d'intervention, ainsi qu'une augmentation significative des paramètres chez les participants du groupe de contrôle, alors qu'aucun changement significatif n'a été remarqué pour le groupe placebo. Cette étude indique donc que la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire changent dans le temps, avec une grande réduction durant la période d'écoute</p>

	musicale pour le groupe d'intervention.
Discussion	<p>Une unique session de 30 minutes d'écoute musicale a été utilisée dans cette étude comme intervention infirmière non-pharmacologique pour faciliter la relaxation et apaiser l'anxiété chez des patients recevant une ventilation mécanique. Une différence significative du niveau d'anxiété a été observée pour le groupe d'intervention alors qu'aucun changement n'a été remarqué pour les deux autres groupes. Les paramètres physiologiques de fréquence cardiaque et respiratoire ont diminué pour les participants du groupe d'intervention, ce qui n'a pas été le cas pour les deux autres groupes, ils ont même augmenté chez les participants du groupe de contrôle. La tension artérielle a diminué chez les participants du groupe d'intervention ainsi que chez ceux du groupe placebo. Le fait que le port d'écouteurs minimise les bruits de fond présents dans l'unité de soins intensifs est une hypothétique piste de compréhension de la diminution de cette valeur chez le groupe placebo.</p> <p>Les résultats de cette étude mettent en évidence le fait que l'écoute musicale peut offrir des stimuli plaisants et un focus alternatif pour les patients bénéficiant de ventilation mécanique, ce qui peut être favorable en vue d'une réduction de la réponse physiologique du stress. Les auteurs attirent toutefois l'attention sur le fait que les sélections musicales proposées aux participants dans cette étude étaient de nature relaxante, ce qui signifie que les résultats ne peuvent être mis en lien avec l'écoute d'autres genres musicaux.</p>
Limites de l'étude	Dans cette étude, les participants ont eu pour instructions de choisir la musique à partir du répertoire proposé par les investigateurs et non pas eu la liberté de choisir selon leurs propres goûts, ce qui a restreint le choix de manière considérable. De plus, cette étude ne mesure que l'effet immédiat post-intervention, ce qui signifie que les résultats de cette étude n'ont pas la prétention de tirer des conclusions générales en termes de dosage thérapeutique d'écoute musicale (durée et nombre de sessions).
Commentaires personnels	Bien que cette étude ne mesure que l'impact immédiat d'une unique intervention d'écoute musicale, les résultats obtenus sont tout à fait intéressants et utiles en lien avec cette revue de littérature. De plus, cette étude fut menée selon des règles méthodologiques strictes et les résultats obtenus paraissent donc fiables, raison pour laquelle cette étude a été retenue.

3. Qualité de l'étude : 12/12

Auteurs	Wong, H. L. C., Lopez-Nahas, V., Molassiotis, A.
Titre de la recherche	Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients
Année de publication	2001
Pays	China
Question de recherche	<p><u>Contexte</u> : La ventilation mécanique est une modalité de traitement connue en USI. Malgré sa fonction de maintien de la vie, les patients qui en bénéficient sont susceptibles de ressentir de nombreux stressseurs, parmi lesquels l'anxiété, qui peut être nuisible à la guérison et entraver le bien-être de la personne. Si l'anxiété n'est pas prise en charge, le patient ne pourra en conséquence pas faire face à la maladie et supporter le traitement.</p>
Hypothèses	<p><u>Hypothèse</u> : la musique peut être efficace pour faire diminuer l'anxiété des patients sous ventilation assistée. Les hypothèses nulles suivantes ont été posées par les auteurs au début de l'étude :</p> <p>-il n'y aura pas de différence du score d'anxiété entre les patients qui écouteront la musique et ceux qui seront dans une période de repos ininterrompu de 30mn.</p>
Buts de recherche	<p>-il n'y aura pas de différence de pression artérielle et de fréquence respiratoire entre les patients qui écouteront la musique et ceux qui seront dans une période de repos ininterrompu de 30mn, mesurée durant la période d'interventions (mesures à intervalles de 5mn).</p> <p>-il n'y aura pas de différence de pression artérielle et de fréquence respiratoire entre les patients qui écouteront la musique et ceux qui seront dans une période de repos ininterrompu de 30 mn, mesurée directement après l'intervention.</p> <p><u>Buts</u> : examiner les effets d'une musique relaxante sur l'anxiété de patients sous ventilation assistée à travers</p>

	le score d'anxiété, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.
Population/ Echantillon Critères d'inclusion (CI) Critères d'exclusion (CE)	22 patients hospitalisés dans une USI <u>CI</u> Patients chinois Compréhension de l'anglais et du cantonais Âge se situant entre 18 et 85 ans État de conscience éveillé, capacités mentales conservées Capacité à communiquer en levant les doigts Sous ventilation assistée et stabilité hémodynamique <u>CE</u> Problèmes d'ouïe Sous traitement de médicament inotropique Ne pas avoir participé à des études similaires dans le passé
Mots-clés / Design	Étude quantitative expérimentale
Méthodologie	<u>Outils de mesure</u> -les auteurs ont utilisé la version courte du score d'anxiété de Spielberg pour évaluer l'anxiété dans cette

	<p>étude. Le score a été mesuré avant et après les interventions (d'écoute musicale ou de repos).</p> <p>-les valeurs de la pression artérielle et de la fréquence respiratoire ont également été choisies pour refléter l'état d'anxiété du patient. Les mesures ont été prises toutes les 5mn durant les périodes d'intervention.</p> <p>Les sujets de l'étude ont été exposés aux deux interventions expérimentales, soit une session de 30mn d'écoute musicale ainsi qu'une intervention comparative de 30mn de repos, avec un intervalle d'au minimum 6 heures entre les deux, en un jour. Une randomisation a été effectuée pour diviser l'échantillon en groupe d'intervention et en groupe de contrôle. Les participants à l'étude ont écouté une sélection musicale choisie par eux-mêmes à partir de 7 présélections de musique relaxante, sur une période de 30mn à travers des écouteurs. Le groupe de contrôle a reçu une période 30mn de repos ininterrompu dans un environnement propice au repos, avec comme instruction de fermer les yeux.</p>
Résultats	<p><u>Les effets de la thérapie musicale sur l'état d'anxiété :</u></p> <p>Les sujets du groupe d'intervention, durant les deux interventions, ont vu une diminution de leur score d'anxiété avec toutefois une plus forte diminution du score avec l'intervention musicale par rapport au groupe de contrôle.</p> <p><u>Les effets de la thérapie musicale sur la pression artérielle :</u></p> <p>Des différences significatives du niveau de pression artérielle sont apparues durant la période d'intervention, alors qu'aucune différence significative n'est survenue après les 30 mn d'intervention musicale.</p> <p><u>Les effets de la thérapie musicale sur la fréquence respiratoire :</u></p> <p>L'hypothèse nulle a été acceptée car il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes.</p>
Discussion	<p>Alors que l'intervention musicale ainsi que la période de repos indiquent une réduction du score d'anxiété post-test, les sujets ont fait l'expérience d'un score nettement diminué avec l'intervention musicale</p>

	<p>comparativement au groupe de repos, résultats en accord avec des études menées précédemment. Concernant les mesures de la pression artérielle et de la fréquence respiratoire, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes, résultats qui sont contradictoires vis-à-vis de l'étude de Chlan (1998), ce qui peut être dû au petit échantillon utilisé pour cette étude. Par contre, les pré et post-test ont tout deux montré une diminution significative de la pression artérielle et de la fréquence respiratoire. La réduction de ces variables physiologiques, ce qui peut indiquer une réponse relaxative attribuée à la synchronisation du rythme corporel avec la musique suite à une chaîne de réaction corporelle.</p> <p>Les résultats mixtes obtenus dans cette étude peuvent être expliqués par plusieurs facteurs. L'environnement bruyant du lieu de l'étude a pu minimiser les effets optimaux de la musique pour diminuer l'anxiété. Le fait que la musique était relaxante signifie aussi qu'elle nécessite plus de temps pour fonctionner et pour promouvoir un état de relaxation. Il manque toujours des données de la littérature concernant la durée idéale des sessions musicales pour obtenir des bénéfices immédiats optimaux.</p>
Limites de l'étude	<p>La taille de l'échantillon constitue une limite majeure de cette étude, ce qui signifie que cette étude doit être considérée comme étude pilote. Le devis de l'étude constitue également une limite puisque le fait que les sujets aient fait à la fois partie du groupe d'intervention et du groupe de contrôle a pu créer un biais par rapport aux résultats. De plus, la période d'attente entre les deux séances aurait peut-être dû dépasser les six heures.</p> <p>Enfin, le choix de musique peut constituer une limite à ce travail. Le fait que les participants n'aient eu le choix qu'à partir d'une sélection faite par les auteurs de l'étude pourrait avoir un lien avec l'efficacité de l'intervention musicale.</p>
Commentaires personnels	<p>Cette étude, dont la méthodologie est bien expliquée, est utile pour comparer ses résultats avec d'autres articles choisis traitant également des interventions musicales. Les résultats pourront être mis en lien avec les résultats d'autres études.</p>

4. Qualité de l'étude : 11/12

Auteurs	Theresa Davis, Pamela Jones
Titre de la recherche	Music Therapy : Decreasing Anxiety in the Ventilated Patient
Année de publication	2012
Pays	United States of America
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p><u>Contexte</u> : Les patients en situation critique de la maladie requièrent souvent le soutien de la ventilation mécanique durant leur hospitalisation en unité de soins intensifs (USI). Or, ce traitement crée de nombreux facteurs stressant qui peuvent être reliés à la survenue d'anxiété qui elle-même, a de nombreuses conséquences. Dans ce type de services l'anxiété est communément traitée par des traitements analgésiques et sédatifs, traitements qui comportent un certain nombre d'effets secondaires qui, comme souligné par d'autres auteurs, sont reliés à une prolongation de la durée de ventilation ainsi qu'à l'augmentation du taux de mortalité.</p> <p><u>Hypothèse</u> : Aucune hypothèse n'est émise dans cet article, si ce n'est celle que la musique peut avoir un effet bénéfique en lien avec la gestion de l'anxiété chez les patients aux soins intensifs.</p> <p><u>But</u> : Revoir les données disponibles sur les effets de la thérapie musicale pour les patients sous ventilation mécanique aux soins intensifs.</p>
Population/ Echantillon Critères d'inclusion (CI) Critères d'exclusion	<p>375 patients au total ont été sujets dans les 7 études choisies pour cette revue de littérature</p> <p><u>CI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Études traduites en anglais -Date de parution entre 1995 et 2011 -sujets étant des patients hospitalisés en USI et sous ventilation mécanique

(CE)	-utilisation de mesures physiologiques comme résultats de mesures
Mots-clés / Design	Anxiety, Mechanical Ventilation, Music therapy / revue de littérature
Méthodologie	A l'aide des bases de données PubMed et Cinahl, les auteurs ont trouvés 10 articles en se basant sur différents mots-clés. Sept d'entre eux se sont recoupés avec les critères d'inclusion et ont donc été choisis pour cette revue de littérature.
Résultats	<p>La plupart des études n'ont pas détecté de différences significatives entre les groupes lors de la comparaison des données démographiques et des caractéristiques cliniques. Les résultats varient entre les 7 études, cependant il y a des résultats physiologiques statistiquement significatifs dans chaque étude, ce qui démontre les effets bénéfiques des interventions musicales.</p> <p>Les facteurs physiologiques de 6 études se sont vus diminuer de manière significative dans au moins deux paramètres après l'administration de thérapie musicale. La seule exception fut l'étude de Chlan, qui n'a reporté qu'un facteur physiologique statistiquement diminué après l'intervention, lorsque comparé au groupe de contrôle. L'étude de Almerud et Petersson était la seule à évaluer les sujets 60 minutes après l'intervention ; ils ont révélé une augmentation significative du rythme cardiaque et de la pression 60mn après l'intervention, alors que ces mesures avaient diminué de manière statistiquement significative durant l'intervention.</p> <p>3 études ont trouvé des modifications physiologiques statistiquement significatives dans leurs groupes de contrôle, que cela soit des augmentations de fréquence cardiaque et de pression dans l'une ou de la pression et de la fréquence respiratoire dans l'autre ; le score d'anxiété a par contre diminué dans le groupe placebo d'une étude. Cependant, ces valeurs ont significativement baissé dans les groupes d'interventions de ces études.</p> <p>4 études ont évalué le degré d'anxiété des patients avant et après l'intervention musicale, ce qui a démontré que les groupes d'écoute musicale ont un score d'anxiété statistiquement plus bas après l'intervention.</p>

<p>Discussion</p>	<p>Le stress causé par la ventilation mécanique peut augmenter le degré d'anxiété du patient hospitalisé en USI. Sachant qu'un haut niveau d'anxiété est relié à un risque de complications élevé, cette revue de littérature indique que l'écoute de musique a un effet bénéfique en lien avec la réduction des signes physiologiques associés à l'anxiété chez les patients sous ventilation mécanique. La thérapie musicale est non invasive, utilisable par les infirmières et non coûteuse, ce qui la rend accessible. De plus, elle facilite la relaxation et peut réduire l'utilisation de médicaments sédatifs et antalgiques habituellement nécessaire aux patients.</p> <p>La thérapie musicale a montré des résultats prometteurs chez les patients en situation critique de la maladie qui bénéficient de la ventilation mécanique. Cependant, d'autres études sont nécessaires afin d'investiguer l'impact des différents styles musicaux, de la durée et de la fréquence de la thérapie musicale ainsi que leur lien avec le niveau d'anxiété des patients. Des essais contrôlés randomisés seraient nécessaires afin de déterminer la durée la plus efficace et le style requis pour la thérapie musicale. La littérature se contredit à propos du style musicale appropriés, certains auteurs pensant qu'il est préférable d'utiliser une musique avec un rythme lent et un tempo similaire à celui des pulsations cardiaques, alors que d'autres privilégient le style habituel écouté par le patient. De prochains essais randomisés devraient également relier la réduction des jours sous ventilateur, la durée d'hospitalisation en USI et la durée d'hospitalisation totale à la thérapie musicale. Alors, ces résultats valideraient la thérapie musicale comme facteur ayant un impact sur la relaxation et ainsi sur la réduction de la morbidité, de la mortalité et des coûts de la santé.</p> <p>Quoi qu'il en soit, la thérapie musicale est une technique sûre qui peut être utilisées chez les patients sous ventilation mécanique.</p>
--------------------------	--

Limites de l'étude	La limite éventuelle de cette étude serait que le nombre d'études utilisées pour l'analyse documentaire soit relativement réduit.
Commentaires personnels	Cette revue de littérature, portant sur le thème de la thérapie musicale, se veut d'une grande utilité pour le travail. En effet, cette technique fait l'objet d'étude de plusieurs articles sélectionnés auparavant et permettra de discuter les résultats de ces différentes études en y apportant des éléments supplémentaires. Le devis de cet article a permis de mettre en lumière l'efficacité de la thérapie musicale en lien avec les tests effectués dans différentes études, ce qui en fait des données probantes.

5. Qualité de l'étude : 9/12

Auteurs Titre de la recherche Année de publication Pays	Carol Lynn Cox, Julie Anne Hayes Reducing anxiety : the employment of Therapeutic Touch as a nursing intervention 1997 United Kingdom
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p>Contexte : l'anxiété du patient est fréquemment associée avec son admission dans un service de soins intensifs. Dans un milieu hautement technologique comme l'est celui des soins intensifs, il peut parfois être difficile de créer un équilibre qui rende le patient confortable et moins anxieux, et ce malgré la multitude de soins, d'exams et d'équipement invasifs.</p> <p>Hypothèse : un des buts du soin infirmier étant de promouvoir le confort afin que l'anxiété vécue par le patient puisse être diminuée, le toucher thérapeutique fait partie des interventions infirmières complémentaires pouvant être utiles en lien avec la diminution de l'anxiété dans l'environnement hautement stressant qu'est celui des soins intensifs.</p> <p>But : Déterminer les perceptions des infirmières quant à l'efficacité du toucher thérapeutique comme thérapie complémentaire.</p> <p>NB : une étude de cas travaillant sur l'efficacité du toucher thérapeutique est également présentée dans cet article.</p>
Population/ Echantillon Critères d'inclusion (CI) Critères d'exclusion (CE)	Non explicité

Mots-clés / Design	Design quasi-expérimental
Méthodologie	<p>Avant l'implémentation du projet, des interviews semi-structurées ont été conduites auprès de 18 infirmières dans un service de soins intensifs afin de déterminer leurs perceptions sur l'efficacité du toucher thérapeutique. Il leur a également été demandé quelles étaient selon elles les manifestations de l'anxiété et quelles étaient leurs actions par rapport à cela. Aucun sujet n'a nommé les thérapies complémentaires pour diminuer l'anxiété.</p>
Résultats	<p><u>Les manifestations de l'anxiété nommées par les infirmières :</u></p> <p>Les infirmières relient prioritairement l'anxiété à des manifestations physiologiques : tachycardie, hypertension, tachypnée, transpiration, etc.</p> <p>Les facteurs comportementaux suivants sont identifiés par les infirmières comme manifestation de l'anxiété : agitation, confusion, insomnies, tension, agressivité, nervosité, panique, difficulté à se concentrer, peu de contact visuel.</p> <p><u>Les interventions infirmières utilisées usuellement par la population de l'étude :</u></p> <p>50% des infirmières disent utiliser prioritairement la médication pour réduire l'anxiété.</p> <p>66% des infirmières choisissent d'utiliser des méthodes « psychologiques » comme parler au patient et le rassurer.</p> <p>Aucune des infirmières n'a nommé les thérapies complémentaires pour pallier à l'anxiété. Cependant, 27.77% disent utiliser le toucher afin de soulager l'anxiété.</p> <p>83.33% des infirmières ont répondu qu'elles pensaient bénéfique d'utiliser des thérapies complémentaires lorsque cela leur a été suggéré, néanmoins elles ont toutes mis en évidence le besoin d'enseignement avant l'implémentation des interventions.</p> <p>Suite aux interviews primaires, les infirmières intéressées par le concept du toucher thérapeutique ont été invitées à un programme de cours donnés par un praticien en toucher thérapeutique. Les infirmières qui</p>

	<p>n'étaient, après les cours, pas convaincues de l'efficacité de cette technique n'ont pas participé au projet de recherche. Les autres ont articulé une gamme de sensations et d'expériences. Au final, l'expérience d'une infirmière a été reportée en lien avec l'utilisation du toucher thérapeutique dans l'étude de cas constituant les résultats de l'étude.</p> <p><u>Etude de cas</u></p> <p>Suite à la première session de toucher thérapeutique, le patient s'est senti plus relaxé, fut moins agité et plus réceptif.</p> <p>Après plusieurs administrations de toucher thérapeutique, les modifications comportementales suivantes ont été reportées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -regard positif du patient sur lui-même et sur sa famille - expression positive du patient envers les soignants -diminution de la fréquence des sonnettes -diminution de la demande d'analgésiques opioïdes -amélioration du sommeil
Discussion	<p>En lien avec les résultats collectés lors de l'interview des infirmières dans la première partie de l'étude, il pourrait y avoir une place pour le toucher thérapeutique comme intervention dans la pratique infirmière. En visant à réduire l'anxiété, le toucher thérapeutique peut être considéré comme une technique prometteuse qui pourrait être employée par les infirmières aux soins intensifs dans l'exercice de leur rôle autonome, avec l'accord du patient.</p>
Limites de l'étude	<p>Puisque cette étude de cas ne comporte qu'un sujet, bien que la validité des données semble intacte, elles ne peuvent toutefois pas être généralisées à d'autres situations. D'autres recherches sous forme randomisées seraient nécessaires pour évaluer les effets physiologiques et psychologiques du toucher thérapeutique chez les patients aux soins intensifs.</p>

Commentaires personnels	<p>Bien que cette étude ne réponde pas entièrement à la question de recherche du fait de l'échantillon trop restreint, un certain nombre d'éléments intéressants peuvent être utilisés pour cette revue de littérature. La perception de l'anxiété par les infirmières ainsi que leurs actions usuelles seront utilisées, bien que l'efficacité de ces interventions ne soit pas prouvée dans la présente recherche.</p>
--------------------------------	--

6. Qualité de l'étude : 10/12

Auteurs Titre de la recherche Année de publication Pays	Judith Ann Tate, Annette Devito Dabbs, Leslie A. Hoffman, Eric Milbrandt, Mary Beth Happ Anxiety and Agitation in Mechanically ventilated patients 2012 United States of America
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p><u>Contexte</u> : Les patients faisant l'expérience de maladies critiques font face à de nombreux inconforts et stress psychologiques. Les patients reportent de nombreux symptômes, parmi lesquels l'anxiété constitue un défi particulier pour de nombreuses raisons. Se manifestant de la même manière que la douleur ou le délirium, l'anxiété est la plupart du temps confirmée par le patient lui-même. Or, les patients bénéficiant de ventilation mécanique sont dans l'impossibilité d'exprimer leur ressenti par la parole et donc de confirmer les interprétations des professionnels. Dans une étude précédemment menée par certains des auteurs, il a été observé que les patients en sevrage suite à une ventilation mécanique prolongée souffrent d'anxiété et d'agitation, symptômes pouvant rendre le patient inconfortable et instable et allant interférer avec l'atteinte des objectifs thérapeutiques.</p> <p><u>Buts</u> :</p> <p>La prééminence de l'anxiété dans ce setting illustre l'importance de gagner une compréhension plus approfondie des manifestations, interprétations et gestion de l'anxiété et de l'agitation. Les objectifs suivants ont été posés au début de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Décrire les caractéristiques de l'anxiété et de l'agitation vécues par les patients bénéficiant de ventilation mécanique -Explorer la manière dont les soignants reconnaissent et interprètent les manifestations de l'anxiété et de l'agitation -Décrire les stratégies et interventions utilisées par les infirmières pour gérer l'anxiété et l'agitation dans le

	<p>setting des soins intensifs</p> <p>NB : à partir du résultat, les auteurs ont présenté un modèle pour illustrer les multiples facettes de la reconnaissance et de la gestion des symptômes d'anxiété et d'agitation (<i>Anxiety/Agitation in Mechanical Ventilation Model</i>)</p>
<p>Population/ Echantillon</p> <p>Critères d'inclusion (CI)</p> <p>Critères d'exclusion (CE)</p>	<p>30 patients sélectionnés, leurs familles et les professionnels qui prenaient soin d'eux.</p> <p>31 professionnels dont 11 médecins, 10 infirmières, 7 physiothérapeutes, 2 assistants sociaux et 1 logopédiste</p> <p>31 membres de famille des patients comprenant 15 époux, 8 enfants adultes, 5 parents et 3 enfants (de même parent)</p> <p>CI : hospitalisation dans un service de soins intensifs en ayant besoin de ventilation assistée, minimum deux tentatives de sevrages infructueuses du ventilateur</p>
Mots-clés / Design	<p>Comfort/comforting, dimensional analysis, ethnography, event analysis, intensive care unit (ICU), interviews, nursing, observation, participant, psychosocial issues, symptom management</p> <p>Analyse qualitative secondaire</p>
Méthodologie	<p>L'étude a contenu différentes phase dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'observation de l'échantillon, des familles et des soignants durant les soins et surveillances. -Des interviews après les temps d'observation de soins avec prise de notes -Des interviews formelles avec les professionnels qui ont fourni des informations additionnelles à propos des cas spécifiques et sur les effets de l'anxiété et de l'agitation sur la pratique des soins intensifs -Des interviews formelles avec certains membres des familles afin de décrire leurs perceptions de la ventilation mécanique et des barrières et facilitateurs au sevrage de celle-ci <p>Les patients ont été interrogés suite à leur extubation ou lorsqu'une valve parlante de trachéotomie a été mise</p>

	<p>en place.</p> <p><u>Outils de mesure</u></p> <p>Des documents narratifs ont servi à collecter des informations concernant la description de manifestations d'anxiété et d'agitation selon la perspective des professionnels.</p> <p>Les données du dossier médical suivantes ont également été utilisées : signes vitaux, résultats de laboratoire, données concernant le ventilateur artificiel, données démographiques, administration de médicaments et de traitements, informations sur les traitements médicamenteux comme les sédatifs, anxiolytiques et analgésiques et leurs administrations.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Prévalence de la survenue d'anxiété et d'agitation :</u></p> <p>Tous les sujets décrivent un sentiment d'anxiété au moins une fois durant la période d'étude. L'incidence d'anxiété ou d'agitation s'est étendue de un à 200 événements par sujet. Sur les 30 patients, 22 expriment un sentiment d'anxiété durant l'observation directe, les prises de notes ou les interviews. Les 8 autres patients qui étaient moins interactifs avec l'environnement ont démontré de l'agitation sous forme d'agitation psychomotrice au minimum une fois durant la période de l'étude. Sur les 18 patients capables de participer aux interviews, 12 ont indiqué des moments où ils se sentaient anxieux ou apeurés. Les patients n'utilisent pas le terme anxiété pour décrire leur expérience, ils utilisent des mots qui s'apparentent au concept.</p> <p><u>Evaluation des patients :</u></p> <p>Les patients n'étaient, durant la période d'étude, soit pas aptes à s'exprimer verbalement, soit leurs capacités cognitives et perceptuelles étaient détériorées.</p> <p><u>Manifestations:</u></p> <p><u>Physiologiques (considérées par les professionnels comme l'évidence la plus significative de l'anxiété):</u></p> <p>Les infirmières attribuent les modifications des fonctions vitales comme indicateur de l'anxiété lorsque le patient a perdu ses capacités à démontrer l'anxiété par son comportement. Lorsqu'elles évaluent le patient comme anxieux en fonction des modifications des constantes vitales, elles donnent parfois une médication</p>

anxiolytique ou antalgique.

Comportementales :

Les mouvements des patients ont été classés en trois catégories : intentionnel/ non intentionnel, sécuritaire/insécuritaire, intensité (du mouvement). Les comportements des patients et leurs mouvements offrent des indices pour distinguer l'anxiété de l'agitation, les mouvements corporels pouvant être les suivants : tension des muscles faciaux, grimaces, tressaillement, retrait, résistance durant les soins, agitation.

Psychologiques :

Les manifestations associées à l'anxiété incluent peur, frustration, colère et retrait. Les infirmières interprètent les réponses émotionnelles des patients comme les pleurs ou les changements d'expressions faciales comme de l'anxiété et le décrivent comme tel dans leurs notes, avec parfois des interprétations.

Reconnaissance et interprétation des manifestations de l'anxiété:

Les professionnels observent et interprètent les manifestations (physiologiques, comportementales et psychologiques) des patients pour formuler leurs évaluations et sélectionner des interventions. Lorsque les patients ne peuvent pas communiquer, les professionnels cherchent d'autres indices ou signes pour les guider dans la gestion clinique.

Connaissance du patient :

Terme qui désigne le fait d'être familier avec les manifestations typiques du patient et ses «préférences». De manière générale, les professionnels se réfèrent à leur connaissance de l'histoire du patient pour guider leurs actions. Ils se basent aussi sur ce qu'ils ont appris à propos du patient durant la continuité des soins, se rappelant de quelles stratégies ont été efficaces et lesquelles sont à éviter. Les professionnels partagent les informations à propos de l'anxiété et de l'agitation des patients de manière formelle durant les remises de services, à travers les transmissions écrites et les plans de soins et de manière informelle à travers les conversations avec les membres de la famille. Ils utilisent ces informations pour planifier les interventions individuelles.

Attributions des termes:

Deux pistes explicatives exprimées par les professionnels concernant l'attribution de l'anxiété et de l'agitation sont en concurrence. L'hypothèse est émise que les termes sont parfois utilisés comme termes généraux qui englobent plusieurs manifestations. Les professionnels démontrent toutefois des efforts pour différencier l'anxiété des autres symptômes comme la douleur, la dyspnée ou la fatigue. Ils essaient donc de comprendre l'origine des symptômes afin de trouver des explications potentielles. Les signes de l'anxiété peuvent être similaires à d'autres symptômes psychologiques présents chez les patients en USI comme le délirium, la douleur ou la frustration face à la difficulté de la communication, et peut rendre les interprétations vraiment difficiles. Les professionnels reconnaissent la difficulté de trouver la signification des signes « communs » et disent qu'il est parfois impossible de faire la différence si le patient ne peut s'exprimer de façon claire.

La perception de la manifestation de l'anxiété des patients par les professionnels peut varier. Alors que certains pensent que c'est une réponse attendue suite à un stimulus ou événement, d'autres pensent que c'est plus un défaut de caractère qui peut être contrôlé selon la volonté du patient.

Stratégies et interventions utilisées pour la gestion de l'anxiété :

Les interventions non-pharmacologiques :

Les interventions pour gérer l'anxiété incluent la suppression ou la modification du stimulus.

La distraction était une stratégie usuelle pour désengager les pensées négatives qui contribuent à la peur et à l'anxiété, puisque les efforts cognitifs pour être présent, écouter et répondre distraient le patient des évaluations négatives du stimulus. Cela peut se traduire par de simples conversations avec les patients concernant des sujets externes à son environnement.

Les professionnels utilisent la musique pour réduire l'anxiété dans plus de la moitié des cas. Les familles amènent des sélections en fonction des goûts de leur pair, et ce sont eux les plus favorables à utiliser la musique comme source de relaxation et de distraction. Les professionnels parlent des sélections musicales comme sujets de conversations non cliniques mais ne proposent pas aux familles d'apporter de la musique et ne se tournent pas vers la musique pour gérer l'anxiété. Les patients admettent que certains types de musique aident à créer un état calme et détendu. Une des familles a mis des écouteurs dans les oreilles du patient, pensant que cela l'aiderait à se détendre.

	<p>Les professionnels emploient des stratégies verbales qui se concentrent sur les progrès du patient. Les stratégies verbales ont été classifiées comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La réassurance, qui est définie comme une conversation non spécifique à propos des progrès et du bien-être futur dont le but est d'aider le patient à devenir plus confiant, à se sentir en sécurité et à dissiper ses peurs. -l'encouragement, qui peut concerner les progrès et qui vise à augmenter le sentiment de sécurité du patient, et qui est apprécié par des patients de cette étude. -L'enseignement, qui correspond à un ensemble de répliques conçues pour instruire le patient sur la bonne manière d'utiliser une fonction comme la respiration par exemple, processus dans lequel sont parfois également engagés les membres de la famille du patient. <p><u>Les interventions pharmacologiques :</u></p> <p>29 des 30 sujets de l'étude ont reçu au minimum une dose de sédation ou d'analgésie durant le temps de l'étude. La sédation est utilisée pour calmer la réponse physiologique qui accompagne l'anxiété (tension artérielle et pulsations). Dans l'unité où l'étude a été conduite il n'y avait pas de protocole pour la sédation. Certains soignants essaient d'abord des interventions non-pharmacologiques alors que d'autres utilisent directement une médication. La disponibilité des traitements et leur réponse immédiate est une solution attractive lorsque les signes vitaux excèdent la normale ou le seuil de tolérance des infirmières. Les professionnels jugent la sédation comme plus rapide, les interventions non-pharmacologiques prenant plus de temps. Ils l'administrent avant les activités de soins pour prévenir l'anxiété et l'agitation.</p>
Discussion	<p>Les résultats de cette étude se recoupent avec des recherches précédentes qui, mettant en lumière la valeur de « connaître le patient », permettent aux professionnels d'interpréter les manifestations du patient et de choisir des interventions individualisées. Les ressources utilisées par les soignants sont l'observation du patient ainsi que la famille et la prise de connaissances des transmissions, qui leur permettent de construire leur connaissance du patient. Dans un setting tel que celui des soins intensifs, les infirmiers/ères dans cette étude utilisent davantage les informations sur les réponses physiologiques du patient (surveillance via le monitoring) que dans d'autres études, alors que les informations du patient dans ses dimensions psycho-socio-culturelles sont moins fréquemment collectées. Cet article confirme le lien entre l'isolement du patient et</p>

	<p>l'anxiété ; de nouveaux travaux seraient nécessaires afin d'identifier et de tester des interventions de soutien et de présence pouvant avoir un impact sur l'anxiété du patient au bénéfice d'une ventilation assistée. Comme dans d'autres études, les soignants se basent sur les signes physiques pour déterminer la présence de l'anxiété, ce qui est pour les auteurs à double tranchant puisque les fluctuations des valeurs de signes vitaux peuvent avoir différentes sources et sont non-spécifiques, ce qui fut confirmé par les participants à l'étude.</p> <p>Concernant les interventions utilisées par les soignants, l'effet calmant de l'utilisation de la musique chez les patients a été observée par les soignants, cependant ces interventions ont été la plupart du temps proposées par les familles, et ce malgré les effets positifs de la musique sur ce type de patient décrit dans de précédentes études (Chlan 2009). Les interventions en terme de relation ont quant à elles été jugées aidantes par les patients dans une étude précédemment menée (Logan & Jenny, 1997)</p>
Limites de l'étude	<p>Le fait que la population étudiée était en période de pré-sevrage, de sevrage ou de post-sevrage de la ventilation mécanique constitue un éventuel biais. En effet, les résultats de cette étude ne sont potentiellement pas applicables à tous les patients bénéficiant de ventilation assistée, ceci parce que les manifestations de l'anxiété peuvent être différentes chez des patients dont le sevrage n'a pas encore commencé. Parce que cette étude a été conduite dans une seule unité de soins intensifs, les données concernant les actions des soignants et leur réponse sur les patients peuvent être différentes que dans les institutions où des protocoles de routines sont utilisés.</p>
Commentaires personnels	<p>Cet article soulève de nombreux aspects reliés au thème de cette revue de littérature, raison pour laquelle il a été retenu. Bien que l'entier du contenu ne soit pas utilisé dans ce travail, la qualité de cette recherche et la pertinence des données récoltées en font un des articles phare du travail. De plus, la plupart des résultats ont été croisés avec des études précédemment menées dans la discussion. L'efficacité des interventions et stratégies en lien avec l'anxiété a, pour la plupart, été démontrée dans d'autres études abordées dans cet article.</p>

7. Qualité de l'étude : 12 /12

Auteurs	Debra K. Moser, Misook Lee Chung, Sharon McKinley, Barbara Riegel, Kyungh An, Candace C. Cherrington, Wendy Blakely, Martha Biddle, Susan K. Frazier, Bonnie J. Garvin
Titre de la recherche	Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management
Année de publication	2003
Pays	United States of America
Question de recherche	<u>Contexte :</u> L'anxiété est fréquente chez les patients en situation critique de la maladie et peut affecter leur rétablissement si elle n'est pas correctement évaluée et traitée.
Hypothèses	<u>Hypothèse :</u> Aucune donnée n'est mesurée dans cette étude, il n'y a donc pas d'hypothèses à émettre. Cependant, les auteurs mettent en évidence le fait que les infirmières sont les membres de l'équipe soignante qui travaillent avec les patients de la manière la plus intense et sur des périodes de temps étendues et qu'elles sont par conséquent dans la meilleure position pour reconnaître l'anxiété de façon anticipée.
Buts de recherche	<u>Buts :</u> -identifier les indicateurs cliniques que les infirmières considèrent comme des attributions de l'anxiété chez les patients en situation critique de la maladie -tracer les interventions que les infirmières en soins intensifs utilisent pour soulager l'anxiété de leurs patients
Population/ Echantillon	593 infirmières faisant partie de l'association américaine des infirmières en soins intensifs qui remplissaient les critères suivants : <u>CI</u>

Critères d'inclusion (CI) Critères d'exclusion (CE)	Travail à temps plein ou partiel dans une unité de soins intensifs Travail au lit du patient minimum 8 heures par semaine Travail dans une unité adulte
Mots-clés / Design	Anxiété, maladie critique, pratique infirmière / étude descriptive mixte
Méthodologie	<p><u>Outils de mesure</u></p> <p>Un instrument a été développé par les investigateurs de l'étude pour obtenir des informations concernant la manière dont les infirmières aux soins intensifs identifier et de gérer l'anxiété chez leurs patients. Il a été construit à partir d'une revue de littérature concernant l'évaluation de l'anxiété et sa gestion, et à la fois des questions quantitatives et ouvertes. L'outil a dans un premier temps été testé par 8 infirmières de pratique avancée (IPA) expertes en recherche et en gestion clinique reliée aux interactions psycho-physiologiques chez les patients en situations critiques de la maladie. Il a ensuite été révisé à partir des apports des IPA et a été testé sur un groupe de 25 infirmières en soins intensifs de trois hôpitaux différents. Les données présentées dans cette étude sont le fruit des réponses à deux questions fermées. Les participants se sont vus demandé d'utiliser le cas d'un patient dont elles ont eu la charge et qu'elles estimaient anxieux et requérant un traitement. Elles ont du décrire les apparences spécifiques du patient et manifestations qui les faisaient croire qu'il était anxieux, puis décrire les interventions qu'elles utilisent pour gérer l'anxiété du patient.</p> <p>Le questionnaire a été envoyé par email à 2500 infirmières de l'association américaine des infirmières en soins intensifs. Au total 593 questionnaires ont pu être utilisés.</p>
Résultats	<p><u>Evaluation de l'anxiété :</u></p> <p>Les données collectées ont été réduites afin de former quatre catégories d'indicateurs de l'anxiété :</p> <p><u>Indicateurs psycho-physiologiques</u></p>

C'est la catégorie qui englobe les symptômes des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, du système nerveux autonome et de la douleur. Les symptômes cardio-vasculaires ont été ceux le plus souvent utilisés, suivis par ceux du système respiratoire. Les trois indicateurs le plus souvent reportés ont été l'augmentation de la fréquence cardiaque, l'augmentation de la tension artérielle et l'augmentation de la fréquence respiratoire

Indicateurs comportementaux

Trois sous-catégories ont été dessinées :

agitation/tension (plus fréquente)

défaut de compliance aux soins (se manifestant par exemple par l'ablation des cathéters, des masques O2, etc.)

changement dans la verbalisation (seulement 8.3% des infirmières ont observé des changements dans la manière de parler)

Indicateurs psycho-cognitifs

Trois sous-catégories ont été dessinées :

Désordres cognitifs

Expression de l'anxiété par le patient

Colère/pensées négatives

Indicateurs sociaux

Recherche d'obtenir de la réassurance

Besoin d'attention ou de compagnie

Interactions limitées

Gestion de l'anxiété :

Au total, 61 stratégies pour la gestion de l'anxiété sont utilisées par les participantes, regroupées en trois catégories :

	<p><u>Techniques de soins</u></p> <p>Interventions médicales/ pharmacologiques (69.3%)</p> <p>Physiques/ confort environnemental (33.1%)</p> <p>Contact physique empathique (26.8%)</p> <p>Thérapies complémentaires (15.3%)</p> <p>Évaluation des causes de l'anxiété (7.4%)</p> <p>Augmentation du sens de contrôle du patient (6.1%)</p> <p><u>Amélioration des connaissances et communication</u></p> <p>Donner des informations (51.3%)</p> <p>Établir une relation infirmière/patient (29%)</p> <p>Communication (26.3%)</p> <p><u>soutien</u></p> <p>fournir du soutien émotionnel (43.3%)</p> <p>encourager le soutien familial (31.5%)</p> <p>présence infirmière (25.3%)</p> <p>soutien spirituel (3.2%)</p>
Discussion	<p>Les infirmières ont identifié 70 attributs individuels de l'anxiété. En examinant ces caractéristiques, les éléments suivants ont été mis en évidence :</p> <p>-4 caractéristiques ont été reportées par 20% ou plus des infirmières : agitation, augmentation de la pression artérielle, augmentation de la fréquence respiratoire et augmentation de la transpiration.</p> <p>-2 caractéristiques ont été reportées par 40% ou plus des infirmières : agitation/remuement et augmentation de la</p>

fréquence cardiaque.

Il n'y a pas eu d'indicateurs qui ont été utilisés communément par la majorité des infirmières pour identifier l'anxiété. Ces six caractéristiques sont donc les plus fréquemment utilisées, toutefois le pourcentage d'infirmières qui utilisent ces indicateurs est relativement faible. Il y avait un grand nombre d'indicateurs que les infirmières considèrent comme indicatifs de l'anxiété, donc il y a peu d'évidence qui montrent que l'échantillon a une compréhension commune sur la manière d'évaluer l'anxiété chez les patients en situation critiques de la maladie. Cette conclusion peut avoir deux explications possibles : soit les patients en situation critique de la maladie manifestent l'anxiété de façon large et diverse, ce qui rend difficile de l'identifier de manière commune, soit il y a un manque de structure standard, d'instruments de mesure ou de langage commun à propos de l'anxiété chez ce type de patients, ce qui limiterait la possibilité des infirmières de décrire précisément les caractéristiques de l'anxiété. La première supposition est une explication raisonnable, spécifiquement puisque l'anxiété a un caractère subjectif. La seconde supposition peut également être fondée. Malgré le fait qu'une approche holistique pour évaluer les patients soit préconisée durant la formation des infirmières, il est vrai que l'évaluation des aspects psycho-sociaux de ces patients ne reçoit pas autant d'attention que les évaluations de signes physiques. De plus, l'évaluation des facteurs psychologiques et sociaux ne sont pas prioritaires chez ces patients en situation critique de la maladie. Un manque de standardisation des instruments de mesure ou de langage commun pour décrire l'anxiété chez ce type de patients explique ces résultats.

Concernant la gestion de l'anxiété, 61 stratégies ont été reportées et sont utilisées par les infirmières :

- une stratégie est utilisée par plus de 50% des infirmières : donner des informations et enseigner (51%)
- deux stratégies sont utilisées par 40% ou plus des infirmières : administration d'anxiolytique ou de sédatifs (47%) et rassurer et soutenir le patient à propos de son état de santé et ses progrès (43%)
- deux stratégies sont utilisées par 20% ou plus des infirmières : contrôler les stressors environnementaux (22%) et s'asseoir auprès du patient ou passer du temps supplémentaire avec lui (21%)

Les infirmières, dans cette étude, utilisent de manière combinée des interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques. Une variété d'interventions non-pharmacologiques sont utilisées, parmi lesquelles l'éducation thérapeutique a été reportée comme la plus fréquemment utilisée, comme dans d'autres études (Mayon et al., 2002, Thomas 2003) et l'efficacité de ces interventions a été démontrée dans des études menées précédemment (Jay, 1996, Teasdale 1995). L'importance des interventions visant à fournir du confort et à diminuer les stressors

	environnementaux a été soulignée par d'autres auteurs (Baker et al., 1993). Ceci est mis en lien avec le fait que l'anxiété des patients en USI est souvent causée par des stimuli physiologiques, psychologiques et environnementaux. La présence infirmière est une intervention également beaucoup utilisée par les infirmières dans cette étude, ce qui est défini par certains chercheurs comme une composante phare du rôle infirmier mais qui ne doit toutefois pas se limiter à une simple présence (Snyder et al., 2000, McKivergin & Daubenmire, 1994, Osterman & Schwart-Barcott, 1996). Les infirmières utilisent une grande variété d'interventions complémentaires dans cette étude, et 15.3 % d'entre elles utilisent au moins une thérapie complémentaire. L'intervention la plus fréquemment utilisée dans les unités de soins intensifs est la musicothérapie, qui a démontré le plus d'évidence d'efficacité pour l'utilisation aux soins intensifs.
Limites de l'étude	Une première limite de cette étude est le fait que les réponses des sujets se soient basées sur des souvenirs, ce qui peut limiter la précision des descriptions. De plus, une seconde limite est le manque de description de l'évaluation de l'efficacité des stratégies utilisées par les infirmières pour gérer l'anxiété dans cette étude. Malgré le fait que les infirmières se sont vues demander d'indiquer l'efficacité des stratégies utilisées, la grande majorité d'entre elles n'ont pas complété cette section du questionnaire.
Commentaires personnels	Cette étude contient de nombreux éléments qui seront très utiles pour répondre à la question de recherche, raison pour laquelle elle a été utilisée. L'échantillon est important, ce qui implique que les résultats peuvent être généralisés, avec précaution. Le bémol de cette recherche est l'absence d'évaluation de l'efficacité des interventions qui n'indiquent pas si leur utilisation a de l'intérêt dans la pratique.

8. Qualité de l'étude : 12/12

Auteurs Titre de la recherche Année de publication Pays	<p>Susan K. Frazier, Debra K. Moser, Linda K. Daley, Sharon McKinley, Barbara Riegel, Bonnie J. Garvin and Kyungeh An</p> <p>Critical Care Nurses' beliefs about and reported management of anxiety</p> <p>2003</p> <p>United States of America</p>
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p><u>Contexte</u></p> <p>Les patients hospitalisés aux soins intensifs ressentent l'anxiété due à des stimuli physiologiques, psychologiques et environnementaux. L'anxiété produit des changements physiologiques complexes pouvant interagir avec l'état actuel du patient et le lien entre l'anxiété et l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité a été abordé dans de précédentes études. Les effets de l'anxiété peuvent être particulièrement importants sur les patients hospitalisés aux soins intensifs.</p> <p><u>Hypothèse</u> : la gestion efficace de l'anxiété par les infirmières aux soins intensifs peut améliorer l'état de santé des patients en réduisant l'activation sympathique et neuroendocrine (réponse physiologique au stress).</p> <p><u>Buts</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explorer les croyances des infirmières aux soins intensifs sur l'importance de la gestion de l'anxiété -décrire les stratégies reportées par les infirmières pour gérer l'anxiété des patients dont elles ont la charge
Population/ Echantillon Critères d'inclusion	<p>783 infirmières de l'Association Américaine des Infirmières de Réanimation furent contactées par email afin de remplir l'enquête.</p> <p><u>CI</u></p>

(CI) Critères d'exclusion (CE)	Travail actuel dans un service de soins intensifs, au minimum 8 heures par semaine
Mots-clés / Design	Etude quantitative
Méthodologie	<p>Le questionnaire utilisé dans cette étude a été examiné par des infirmières spécialisées en soins intensifs ayant également des connaissances du domaine de la recherche. Un test pilote du questionnaire a été effectué par 22 infirmières et suites aux modifications, il fut envoyé à 2500 infirmières de l'Association. Au final 783 sujets ont rempli le questionnaire, 69% des sujets étaient certifiés en soins intensifs</p> <p><u>Outils de mesure</u></p> <p>Le questionnaire se divise en 4 parties. La première partie aborde l'évaluation de l'anxiété. La deuxième partie soulève le thème de la gestion de l'anxiété par les infirmières. Des informations démographiques ont été collectées dans la troisième partie, la quatrième partie s'intéressait quant à elle aux expériences personnelles de prise en soins de patients anxieux par les infirmières.</p>
Résultats	<p><u>Importance de la gestion de l'anxiété:</u></p> <p>97.4% des sujets jugent la gestion de l'anxiété comme très importante ou importante.</p> <p><u>Les potentiels effets néfastes de l'anxiété non traitée :</u></p> <p>Alors que 33% des participants pensent que l'anxiété peut être mortelle, 49.5% pensent qu'elle est nuisible. Les autres sujets jugent l'anxiété comme neutre ou non nuisible.</p> <p><u>Les bénéfices potentiels de la gestion de l'anxiété :</u></p> <p>65.7% des participants pensent que la gestion de l'anxiété apporte de profonds bénéfices, alors que 31% estiment qu'il y a des bénéfices à traiter l'anxiété. 3.3 % des participants indiquent la gestion de l'anxiété comme neutre ou sans bénéfices pour les patients aux soins intensifs.</p> <p><u>Fréquence de l'utilisation des interventions:</u></p>

les interventions ont été classifiées comme pharmacologiques ou non-pharmacologiques.

Les interventions les plus fréquemment utilisées (81 à 99% du temps) ont été l'administration d'une médication anxiolytique, rassurer le patient à propos de l'évolution de son état de santé, donner des informations, parler calmement et lentement et utiliser un toucher empathique.

Les interventions classées comme fréquentes (61 à 80% du temps) ont inclus la gestion efficace de la douleur, l'utilisation de termes simples et répétition de l'information, encourager le patient à exprimer ses peurs, passer du temps supplémentaire avec le patient, tenter de contrôler les stressors environnementaux et augmenter le sentiment de contrôle du patient en laissant des choix durant les soins. Les interventions moins fréquentes (21 à 40% du temps) étaient donner des feedback positifs, proposer des visites de la famille, accorder des temps de visites illimités lorsque le patient est instable, proposer un soutien spirituel et s'asseoir avec le patient. Les interventions utilisés peu fréquemment (< 20% du temps) ont été l'utilisation de biofeedback, l'imagerie guidée, la méditation ainsi que le toucher thérapeutique.

Interventions supplémentaires des sujets :

Les sujets ont listé un certain nombre d'interventions supplémentaires qu'ils utilisent :

- changement des heures de visites
- massage des pieds ou du dos
- bain de pieds
- communiquer et parler avec le patient
- fournir de l'éducation thérapeutique
- humour, attention
- prières, soutien spirituel ou consultations sociales et psychiatriques
- présence d'objets personnels
- promotion du repos

Discussion	<p>Les sujets pensent en majorité que l'anxiété peut être nuisible, voire même mortelle. Ils utilisent un certain nombre d'interventions pour traiter cette anxiété, dont les plus fréquentes sont d'ordre pharmacologique : s'assurer que la douleur est soulagée de manière adéquate et administrer un traitement anxiolytique. Les autres interventions utilisées le plus fréquemment sont l'information et la communication.</p> <p>Les résultats trouvés dans cet article sont superposables aux études effectuées antérieurement et les interventions non pharmacologiques fréquemment utilisées sont centrées sur les informations données au patient. Des données nouvelles sont ressorties de cette étude puisque les sujets rapportent qu'ils rassurent souvent le patient sur son état de santé afin de soulever l'anxiété, ce dont l'efficacité fut évaluée par un autre auteur.</p> <p>L'efficacité des interventions supplémentaires listées par les sujets requièrent d'autres recherches.</p>
Limites de l'étude	<p>La première limite de cette étude est le faible taux de réponse des 2500 sujets interpellés (31.6%) qui questionne sur la possibilité que seulement les infirmières se sentant concernées par l'anxiété auraient répondu à l'enquête, ce qui pourrait constituer un biais. De plus, ont été inclus dans l'échantillon uniquement des sujets faisant partie de l'Association Américaine des Infirmières de Réanimation, qui étaient pour les trois quart certifiées en soins intensifs, ce qui pourrait créer un biais sélectif.</p>
Commentaires personnels	<p>Cette étude, en lien direct avec la problématique de ce travail, ne mesure néanmoins pas l'efficacité des interventions effectuées auprès des patients en termes de gestion de l'anxiété. Toutefois, elle a été retenue pour cette revue de littérature car elle comporte un certain nombre d'éléments concernant les pratiques soignantes et les croyances des soignants par rapport au thème de l'anxiété. Cette étude a été donc jugée pertinente en regard de la problématique, raison pour laquelle elle fut retenue.</p>

9. Qualité de l'étude : 8/12

Auteurs Titre de la recherche Année de publication Pays	Mary Fran Tracy, Linda Chlan Nonpharmacological interventions to manage common symptoms In patients receiving mechanical ventilation 2011 United States of America
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p><u>Contexte</u> : Beaucoup de patients hospitalisés en Unité de soins intensifs (USI) requièrent un système de ventilation assistée pour maintenir une oxygénation adéquate ou pour protéger les voies aériennes. En réponse au stress respiratoire causé par ce traitement, les patients peuvent faire l'expérience de symptômes stressants comme l'anxiété/ souffle court/ douleur et inconfort/ confusion/ agitation/ troubles du sommeil, et ce pour une multitude de raisons. Alors que les infirmières et les médecins utilisent la médication sédatrice et opioïde pour améliorer ces symptômes, ces méthodes ne sont pas sans risques.</p> <p><u>Hypothèse</u> : Des interventions complémentaires non-pharmacologiques peuvent être une alternative importante ou une combinaison aux interventions pharmacologiques pour traiter ces symptômes.</p> <p><u>Buts</u> : Présenter des données de la littérature concernant les thérapies qui ont montré une efficacité chez les patients recevant une ventilation mécanique et chez les patients en situation critique de la maladie en général, ainsi que sur les thérapies efficaces pour les symptômes ressentis par les patients traités par ventilation mécanique.</p> <p>Présenter des thérapies simples et applicables pour les infirmières en USI</p>
Population/ Echantillon Critères d'inclusion (CI)	<p>Patients hospitalisés en USI</p> <p><u>CI</u> : non cités</p>

Critères d'exclusion (CE)	
Mots-clés / Design	Revue de littérature
Méthodologie	N'est pas expliquée dans cet article
Résultats	<p>Avant de présenter les thérapies complémentaires recensées, les auteurs mettent en lumière divers facteurs ayant tous un lien avec la survenue du stress chez les patients aux soins intensifs et sur lesquels l'infirmière peut avoir une influence.</p> <p><u>Promotion d'un environnement propice à la guérison :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -De nombreuses actions reliées peuvent être mises en place en lien avec le bruit, très présent en USI, qui peut avoir une forte incidence sur le patient (bouchons auriculaires, diminution du niveau des alarmes, etc. pour pallier à ce niveau sonore excessif) -le manque de lumière peut être responsable d'une perte du cycle jour-nuit qui peut être associée avec la perte du rythme biologique et avoir des conséquences comme confusion ou délire ⇒ des efforts peuvent être faits pour intensifier la lumière naturelle diurne et diminuer les lumières artificielles nocturnes afin de ne pas interrompre les cycles de sommeil du patient. <p><u>Promotion de sommeil :</u></p> <p>Le sommeil est indispensable pour promouvoir la guérison chez les patients traités par ventilation mécanique et ceux-ci reportent des troubles du sommeil durant leur séjour en USI. Le sommeil des patients en USI est déficient tant en quantité qu'en qualité et a été mis en lien avec des dysfonctionnements du système immunitaire, des changements dans la guérison des plaies, une diminution de la tolérance à la douleur ainsi que des dysfonctionnements des voies aériennes supérieures. La quantité de sommeil a été démontrée comme réduite de moitié durant l'hospitalisation en USI, la qualité du sommeil a été également observée comme moins bonne. Des protocoles efficaces ont été testés avec l'introduction de « temps de silence » deux fois par jour. De nombreuses thérapies alternatives et complémentaires peuvent être utiles pour promouvoir le sommeil chez les patients recevant la ventilation mécanique. La relaxation par exemple peut diminuer les tensions musculaires, détourner</p>

l'augmentation du niveau de stress et aider le contrôle de la douleur. Le massage est une autre intervention infirmière qui aide le patient à se préparer à dormir. L'importance de la communication avec le patient et sa famille au sujet des habitudes de sommeil est également mise en avant, que cela soit à propos des rythmes et du nombre d'heures de sommeil nécessaires ou à propos de la position habituelle du patient lors de son sommeil.

Réduction de l'anxiété et de l'agitation :

L'anxiété étant un symptôme commun chez les patients sous ventilation mécanique, la première action est de tenter de découvrir sa cause afin d'exclure des causes physiologiques. Des agents pharmacologiques peuvent être requis pour maintenir la sécurité du patient durant les périodes d'anxiété et d'agitation sévères. Cependant, l'utilisation de thérapies complémentaires en conjonction avec une utilisation judicieuse de médicaments sédatifs ou analgésiques peut potentialiser les effets des deux traitements et diminuer le dosage de médicaments requis pour obtenir le même effet.

L'anxiété associée aux essais de sevrage et aux procédures :

Le fait de ne plus avoir la sécurité du ventilateur durant le sevrage et la peur qu'aucun professionnel ne soit disponible au besoin peuvent contribuer à rendre le patient anxieux. De plus, un sevrage réussi peut lui aussi être anxiogène pour le patient, par peur de devoir être réintubé.

Recommandations de thérapies complémentaires et alternatives pour diminuer l'anxiété et l'agitation :

Les thérapies complémentaires présentes dans cet article sont recommandées pour apaiser l'anxiété et le stress chez les patients recevant une ventilation mécanique. Elles ont été choisies parce que, faciles d'utilisation avec ce type de patient, elles incluent des interventions que les infirmières peuvent facilement implémenter à leurs soins auprès du patient.

Musique

L'intervention musicale est définie comme l'utilisation thérapeutique ou l'administration de musique préférée pour achever un but thérapeutique. L'intervention musicale peut être utilisée pour apaiser l'anxiété et peut être une distraction puissante vis-à-vis des sons stressant dans l'USI. Des échelles d'évaluations peuvent être utilisées par les infirmières pour déterminer les préférences du patient et guident les professionnels dans l'implémentation d'interventions musicales. L'utilisation d'écouteurs est importante dans l'environnement bruyant qu'est celui des soins intensifs. La musique a l'avantage d'être une intervention simple qui ne demande pas de concentration

d'attention ou de participation active pour être efficace, ce qui est idéal pour les patients sous assistance respiratoire qui peuvent être fatigués. Des recherches ont démontré que l'utilisation de musique par courte session sur des patients sous ventilation mécanique peut réduire l'anxiété. La musique doit être plaisante pour le patient et contenir 60 à 80 beats par minute, les sessions doivent être d'au moins 20 minutes ininterrompues. Des musiques familières peuvent également être utilisées comme distraction durant des procédures particulièrement stressantes afin de concentrer l'attention du patient sur la musique calme plutôt que sur la procédure stressante.

Imagerie

L'imagerie est une intervention de longue durée pensée pour optimiser la connexion entre le corps et l'esprit pour soulager les symptômes et améliorer la guérison. Une hypothèse a été émise face au lien entre la psycho-neuro-immunologie et la réponse du stress ; l'imagerie utilise les sens pour évoquer un état émotionnel plus positif avec comme attente une modulation du stress reliée à une réponse négative comme la peur ou l'anxiété. Les patients n'ayant jamais eu recours à cette technique auront besoin d'un professionnel pour les guider durant le processus. Aucun équipement n'est nécessaire pour cette intervention et une session peut être relativement courte (entre 10 et 30 minutes). Son but est d'aider le patient à imaginer une place ou un endroit familier, relaxant et en paix.

Présence

Le fait d'être présent avec le patient englobe une présence aussi bien physique que psychologique. La présence connote une connexion de soin émotionnelle avec le patient qui peut être proche d'autres interactions comme l'écoute active, l'acceptation et les soins. Alors que l'environnement de l'USI peut être écrasant pour le patient et sa famille, une présence infirmière peut aider à diminuer l'anxiété du patient et le défocaliser d'un environnement hautement technologique pour un environnement soignant plus personnel. Une des seules précautions est de s'assurer que la demande vienne du patient et qu'aucune présence ne soit forcée, puisqu'une intervention forcée peut être liée à une augmentation de l'anxiété et une diminution de la confiance du patient.

Thérapie assistée par l'animal

La thérapie assistée par l'animal est basée sur le principe de la connexion humain/ animal et le potentiel de ces interactions pour atténuer la réponse du stress, diminuer le sentiment d'isolement et améliorer l'humeur. Cette technique peut être utilisée avec un but thérapeutique précis ou alors comme « visite » pour apporter du plaisir et promouvoir l'interaction sociale. Les thérapies assistées par l'animal sont conduites par des équipes de volontaires formés et habitués à l'environnement des soins intensifs. Des précautions doivent être prises quant au choix de

	<p>l'animal intervenant par rapport aux critères d'hygiène et de sécurité nécessaire dans ce type de service.</p> <p><u>Communication :</u></p> <p>Malgré le fait qu'elle ne soit pas considérée comme thérapie complémentaire, une communication claire (donner des informations et renforcement fréquent de la réalité) est une action toujours importante avec les patients sous assistance respiratoire. Le potentiel de mauvaise compréhension ou interprétation est toujours présent dans l'environnement hautement technologique des soins intensifs, ceci d'autant plus que les habiletés du patient à comprendre des informations complexes peuvent être diminuées par l'administration des médicaments, la douleur ou par l'anxiété. Certains auteurs proposent des stratégies pour promouvoir une communication efficace avec les patients au bénéfice d'une ventilation mécanique.</p>
Discussion	<p>Parce que les patients et leur famille utilisent déjà certaines formes de thérapies complémentaires, les infirmières doivent déterminer quelles thérapies sont utilisées ou quelles sont les perspectives de ces thérapies en général. Le patient et sa famille doivent être inclus dans la discussion pour déterminer quelles thérapies sont disponibles et quelles peuvent être celles utiles pour la situation du patient. Lorsqu'un plan d'intervention a été développé, le suivi de ce plan est important puisque certaines thérapies requièrent de la constance pour obtenir des bénéfices optimaux. Les infirmières doivent être conscientes des potentielles conséquences des thérapies complémentaires sur l'état physique du patient. Afin d'implémenter ces thérapies complémentaires dans les USI, une évaluation est nécessaire incluant l'ouverture des établissements à l'utilisation de celles-ci ainsi que les ressources disponibles pour proposer ces thérapies. Le fait d'inclure des informations concernant ces thérapies dans les brochures destinées aux visiteurs peut permettre d'ouvrir le dialogue avec les familles et les patients. Certaines interventions qui ne requièrent pas de formation spécifique, comme la musique, peuvent être implémentées de manière plus simple aux soins quotidiens. Malgré l'impression que l'exploration et le développement d'un plan d'utilisation des thérapies complémentaires pour les patients sous ventilation mécanique peut paraître une perte de temps, cela peut toutefois consister en un gain de temps. En effet, les thérapies complémentaires qui sont efficaces sur le patient peuvent être utilisées à la place de méthodes traditionnelles comme la médication qui n'est pas adaptée à toutes les situations. En intégrant de manière appropriée l'utilisation des thérapies complémentaires en adjonction aux thérapies médicales usuelles, les infirmières en soins intensifs ont l'opportunité de diminuer l'anxiété du patient, de promouvoir le sommeil, de promouvoir un environnement propice à la guérison pour augmenter les possibilités du patient au bénéfice d'une assistance respiratoire.</p>

Limites de l'étude	Les thérapies complémentaires citées dans cet article sont expliquées de manière succincte. Les auteurs citent les études ayant prouvé l'efficacité des interventions, toutefois le nombre d'études est limité.
Commentaires personnels	Cette revue de littérature a l'avantage de recenser de nombreuses interventions non-pharmacologiques, ce qui est très utile en lien avec la question de recherche. De plus, cet article ne parle pas que de l'anxiété. Les auteurs soulèvent également le problème du bruit, des cycles de sommeil interrompus ainsi que de l'environnement, éléments qui ont été mis en lien avec le stress et l'anxiété lors de la présentation des concepts et du cadre théorique de ce travail.

10. Qualité de l'étude : 9/12

Auteurs	Loris A. Thomas
Titre de la recherche	Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation
Année de publication	2003
Pays	United States of America
Question de recherche Hypothèses Buts de recherche	<p>Contexte : Les stressors psychologiques et psychosociaux que les patients sous ventilation mécanique perçoivent incluent les facteurs de stress liés à l'environnement des soins intensifs, les facteurs liés à la communication, les symptômes stressants et l'efficacité des interventions. L'étude des stressors perçus par les patients durant la ventilation mécanique est essentielle pour guider une compréhension et des soins infirmiers efficaces vis-à-vis de cela.</p> <p>Puisque cet article est une revue de littérature, il n'y a là pas d'hypothèse émise.</p> <p>Buts : cette recherche s'est basée sur les recommandations pour la recherche de deux associations américaines impliquées dans la pratique des soins intensifs et vise à explorer la littérature à propos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des perceptions des patients sur les différents stressors durant la ventilation assistée -des interventions utilisées dans de précédentes études pour traiter ces stressors -des perceptions des patients vis-à-vis de l'efficacité des interventions infirmières durant cette expérience stressante
Population/ Echantillon	Patients sous ventilation mécanique
Critères d'inclusion (CI)	Non explicités
Critères d'exclusion	

(CE)	
Mots-clés / Design	mechanical ventilation, patient perceptions, stressor, dyspnea, anxiety /
Méthodologie	Suite à des recherches dans les bases de données informatiques, l'auteur a trouvé 24 articles, deux thèses de doctorat et une thèse de master qui constituent la littérature qui a été utilisée dans la présente revue de littérature
Résultats	<p><u>L'environnement des soins intensifs :</u></p> <p>Les stressors les plus importants reportés sont le niveau du bruit, la lumière continue, la restriction de mobilité, l'isolement social et le contact avec des personnes inconnues. De nombreux auteurs ont mis en évidence le niveau sonore qui excède très souvent les 35 décibels recommandés. De plus, lorsque le patient est désorienté, privé de sommeil et exposé à une lumière artificielle en continu, il est plus enclin à développer une psychose pouvant se manifester par de la confusion, des hallucinations et de l'anxiété.</p> <p>L'isolement social, également reporté comme stressor majeur, pose la question de la restriction des visites de la famille. Est-elle vraiment dans le meilleur intérêt du patient, particulièrement lorsqu'il vit une situation critique de la maladie et que les réponses émotionnelles du patient face l'isolement peuvent entraver la guérison ?</p> <p><u>La communication :</u> les difficultés de communication sont reportées comme facteur de stress principal par les patients de nombreuses études, incluant l'impossibilité de parler, l'impossibilité de se faire comprendre et l'impossibilité de l'équipe soignante à communiquer de façon efficace avec le patient. Les patients sous ventilation mécanique relatent le fait de ne pas parvenir à se faire comprendre comme extrêmement stressant. Des interventions spécifiques doivent être implémentées par les infirmières afin de permettre au patient de s'exprimer de manière efficace. Comme cela a été relaté dans diverses études, plusieurs moyens sont utiles pour aider le patient à se faire comprendre comme l'utilisation de papier et de stylo, d'un tableau de lettres ou de mots, réponses codées avec les clignements des yeux, le langage corporel.</p> <p><u>Les symptômes stressants :</u></p> <p>Les symptômes les plus fréquemment perçus comme stressants dans la littérature utilisée pour cette revue sont : la dyspnée, l'anxiété, la peur et la douleur.</p>

	<p><u>L'efficacité des interventions :</u></p> <p>Quatre interventions ont été spécifiquement reportées pour la diminution des facteurs de stress chez les patients sous ventilation assistée</p> <p><i>Hypnose</i></p> <p>L'hypnose a été identifiée dans plusieurs études pour assister les patients lors du sevrage de l'assistance respiratoire. Elle a également été utilisée dans une étude afin d'induire le sommeil, puisque les troubles du sommeil sont connus pour entraver le sevrage de la ventilation assistée. Cet auteur a également reporté une diminution de l'anxiété suite aux sessions d'hypnose.</p> <p><i>Enseignement au patient</i></p> <p>C'est une intervention infirmière identifiée dans un grand nombre d'études. Le fait de recevoir de l'information est décrit par les patients comme aidant au même titre que le manque d'informations est décrit comme très stressant dans d'autres études.</p> <p><i>Thérapie musicale</i></p> <p>La musique a été utilisée dans plusieurs études afin de diminuer le stress et l'anxiété et pour promouvoir la relaxation, elle y a montré son efficacité. Le rythme musical a été décrit comme ayant des propriétés anxiolytiques. De plus, l'utilisation de la musique peut également être utile en lien avec la diminution de facteurs stressants comme le bruit ou l'isolement social. Les infirmières doivent se soucier des goûts musicaux des patients qui peuvent les guider dans le choix de la musique.</p> <p><i>Toucher soutenant</i></p> <p>Le toucher soutenant, associé à l'intervention verbale, a été identifié dans une étude comme aide pour diminuer le stress chez les patients sous assistance respiratoire durant le sevrage de celle-ci.</p>
Discussion	<p>La littérature spécifique à l'utilisation de l'hypnose pour la relaxation chez les patients sous ventilation mécanique est très limitée. Les études de cas reportées dans cet article indiquent l'utilité de ces thérapies avec cette population, toutefois la collaboration avec un professionnel entraîné pour procéder à la thérapie par l'hypnose peut être utile. D'autres études sont requises afin de déterminer des résultats probants de cette technique sur cette</p>

	<p>population.</p> <p>Quant à l'utilisation de la musique, bien qu'elle a démontré son efficacité et ses effets apaisant, d'autres études sont toutefois nécessaires afin de tester son efficacité sur un échantillon plus grand.</p> <p>En ce qui concerne le toucher soutenant, l'étude citée n'a pas démontré une diminution significative des fonctions vitales, peut-être en lien avec le petit échantillon. Des études à plus large spectre sont donc requises en lien avec le toucher.</p> <p>Concernant l'information donnée au patient, elle reste l'une des interventions importante car est facile d'administration et peut être quotidiennement intégrée à la pratique de l'infirmière.</p>
Limites de l'étude	Cette revue de littérature cite de nombreuses études qui ont des résultats mitigés, c'est-à-dire qu'une efficacité subjective est observée mais qu'elle n'a souvent pas pu être objectivée, parfois à cause du petit échantillon utilisé.
Commentaires personnels	Cet article, qui passe en revue un nombre important d'éléments reliés à la question de recherche, contient également de nombreuses informations à propos de l'utilisation d'intervention non-pharmacologiques pouvant être utilisées auprès des patients sous assistance respiratoire.