



Hôpital
d'Instruction
des Armées
Sainte Anne



Université
de Limoges

DIU d'Infirmier en Endoscopie

Anxiété et cystoscopie : quand la musique est bonne !

Marie CONSTANT – THOMAZO

Promotion 2017 - 2018

Directeur de mémoire : Jean-Philippe MAGRIN, cadre de santé paramédical de l'unité fonctionnelle d'endoscopie de l'HIA Sainte Anne - Toulon



DIU d'Infirmier en Endoscopie

Anxiété et cystoscopie : quand la musique est bonne !

Marie CONSTANT – THOMAZO

Promotion 2017 - 2018

Directeur de mémoire : Jean-Philippe MAGRIN, cadre de santé paramédical de l'unité fonctionnelle d'endoscopie de l'HIA Sainte Anne - Toulon

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'accomplissement de ce mémoire :

A mon institution qui m'a permis de participer à ce DIU et de faire de très belles rencontres humaines et professionnelles.

A Fanny Durand, organisatrice du DIU, femme passionnée, bienveillante qui n'a jamais cessé de nous encourager. Merci pour votre professionnalisme, votre investissement personnel et votre accompagnement.

A Jean-Philippe Magrin, mon directeur de mémoire et mon cadre de santé, pour ses conseils méthodologiques et ses pertinentes suggestions. Votre aide m'a été très précieuse.

A Pierre-Henri Savoie, Professeur Agrégé du Val de Grâce en urologie, pour son aide pour le synopsis. Merci de croire en moi et d'avoir accepté de faire cette étude.

A Nicolas Schneider, mon cadre de santé supérieur, pour la correction des fautes d'orthographe et de syntaxe. C'est une chance de vous avoir à mes côtés.

A Philippe Rey, Professeur Agrégé Du Val de Grâce en hépato-gastroentérologie, pour la relecture de ce mémoire et pour ses judicieuses remarques. Vous avez été mon ultime correcteur et votre « œil de lynx » a été mon plus grand allié.

A mon équipe d'endoscopie, pour leur soutien, leur réconfort et pour avoir supporté mes diverses humeurs. Quel bonheur de travailler avec vous dans la bonne humeur !

A ma mère et ma belle-mère, votre présence à la maison pour s'occuper des filles en mon absence, a été indispensable. Sans vous, ce DIU n'aurait pas été possible.

A mon mari, pour son soutien sans faille et ses encouragements malgré ses missions opérationnelles. Sans toi, je n'aurais peut-être pas mis autant d'ardeur à nourrir ce travail.

Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

Liste des abréviations

ASTA : Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

HIASA : Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

SSA : Service de Santé des Armées

STAI : State and Trait Anxiety Index

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

WFMT : World Federation of Music Therapy

« La musique commence là où s'arrête le pouvoir des mots »

Richard Wagner (1813-1883)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. L'hôpital Sainte Anne et l'unité fonctionnelle d'endoscopie en urologie	2
1.1 L'hôpital Sainte Anne.....	2
1.2 Description du service d'endoscopie	2
1.3 La cystoscopie.....	3
1.3.1 Généralités	3
1.3.2 Le déroulement de l'examen	3
2. Le patient et l'anxiété	4
2.1 Différents cas de patients anxieux	4
2.2 Le questionnaire de pré enquête.....	6
3. L'anxiété et la musicothérapie	6
3.1 L'anxiété.....	6
3.1.1 Définition	6
3.1.2 Différence entre anxiété et angoisse	7
3.1.3 Les différents types d'anxiété	8
3.1.4 Les facteurs favorisants	9
3.1.5 L'aspect physiologique de l'anxiété	10
3.1.6 L'aspect cognitif de l'anxiété.....	11
3.1.7 L'échelle de mesure de l'anxiété.....	11
3.1.8 Synthèse	12
3.2 La musicothérapie	12
3.2.1 Définition	13
3.2.2 La musicothérapie réceptive ou écoute musicale	13
3.2.3 La musicothérapie active ou apprentissage musical	14
3.2.4 Le choix musical	14
3.2.5 Les effets de la musique sur l'organisme	15
3.2.6 La musique et la douleur.....	17
3.2.7 La musique et la cystoscopie.....	17
3.2.8 Synthèse	18
4. Méthode	19
CONCLUSION.....	21
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
ANNEXES	25

INTRODUCTION

Dans la charte du patient hospitalisé, il est précisé que « *les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques de chacun d'eux. (...) La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées (...) constitue une préoccupation constante de tous les intervenants.* » [1] Ainsi, tout soignant a pour obligation de prendre en charge les aspects psychologiques du patient.

En unité fonctionnelle d'endoscopie, nous avons remarqué que les examens endoscopiques réalisés sans anesthésie générale sont anxiogènes, notamment les cystoscopies. C'est un examen invasif (introduction d'un cystoscope dans l'urètre), plus ou moins sensible, qui concerne l'intimité des patients. Les manifestations et l'intensité de l'anxiété peuvent être variables. Elles sont relativement pénalisantes pour le patient. Un patient anxieux sera plus « tendu », voire plus sensible à la douleur mais surtout moins coopérant lors de l'examen.

Prendre en compte l'anxiété dans un établissement permet d'offrir au patient une prise en charge individualisée afin de permettre une meilleure coopération. Elle est gage de qualité des soins et facteur de réussite pour l'examen.

L'objet de ce mémoire est de proposer un axe d'amélioration concernant la prise en charge de l'anxiété du patient lors d'une cystoscopie.

Ce travail s'articulera en quatre parties distinctes. Dans un premier temps, nous présenterons l'hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne (HIASA) et son unité fonctionnelle d'endoscopie, puis les modalités de prise en charge d'un patient devant bénéficier d'une cystoscopie. La deuxième partie sera consacrée à décrire différentes situations vécues avec des patients anxieux lors de cet examen. Afin d'aborder scientifiquement notre travail, la troisième partie s'appuiera sur un recensement de la littérature concernant l'anxiété, et apportera un élément de réponse. Enfin, nous terminerons en proposant une hypothèse et la méthode choisie pour la vérifier.

1. L'hôpital Sainte Anne et l'unité fonctionnelle d'endoscopie en urologie

1.1 L'hôpital Sainte Anne

L'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne (HIASA) est la deuxième structure hospitalière à vocation publique de l'agglomération toulonnaise. Il se situe dans une région et un département très militarisés. L'HIASA est un organisme du ministère de la Défense, établissement hospitalier appartenant au Service de Santé des Armées (SSA). Il a une capacité d'accueil de 380 lits et places. Trauma center de niveau un, l'HIASA est un établissement polyvalent, qui permet d'assurer la prise en charge d'un large éventail de pathologies. Il répond naturellement aux objectifs de la Défense notamment en assurant le soutien des forces projetées. Il s'insère aussi dans le maillage des autres établissements de santé publique. Il est ouvert aux patients civils et militaires.

1.2 Description du service d'endoscopie

Le plateau technique d'endoscopie multidisciplinaire est situé au niveau - 1, entre le bloc opératoire et l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Il accueille des patients venant effectuer des examens endoscopiques ou non (biopsies de prostate, ponctions biopsies hépatiques, bouton de gastrostomie,...) dans différentes spécialités, sous anesthésie locale ou générale.

L'équipe paramédicale est constituée d'un cadre supérieur de santé paramédical, coordonnateur du secteur interventionnel et chirurgical, d'un cadre de santé paramédical, de six infirmières dont une référente technique, responsable de la qualité et de la gestion des risques et de cinq aides-soignants. Quatre urologues exercent au sein de l'HIASA.

L'unité fonctionnelle d'endoscopie se compose :

- de trois salles d'endoscopies dont une est réservée au bloc d'endoscopie digestive,
- d'un accueil et un secrétariat commun avec l'UCA,
- de trois salles d'attente, une pour les patients hospitalisés et deux pour les patients externes,
- d'une salle de désinfection,
- d'une réserve climatisée et ventilée pour le stockage des produits dangereux, d'une réserve pour les dispositifs médicaux de gastro entérologie et de pneumologie,
- de trois bureaux médicaux,
- d'un bureau infirmier et d'un bureau de la référente technique.

L'activité urologique quantitativement importante et quotidienne justifie une salle dédiée. Chaque urologue dispose d'une journée de vacation par semaine. Il est prévu une demi-heure par examen.

Notre centre a réalisé 842 cystoscopies sous anesthésie locale (gel urétral) en 2017.

1.3 La cystoscopie

1.3.1 Généralités

Selon le site d'Urofrance la cystoscopie est « *un examen qui consiste à examiner l'urètre et la vessie par les voies naturelles. Il est pratiqué pour aider au diagnostic de troubles urinaires et dans le cadre de la surveillance d'une lésion de vessie.* » [2]

L'acte est réalisé avec un cystoscope souple muni d'une gaine stérile à usage unique pour les hommes et pour les femmes. Cela permet de garder le même endoscope et d'optimiser le créneau pour plusieurs patients à la suite.

Il existe deux types de patients externes : les patients venant pour la première fois et les patients dits « habitués » ou chroniques qui sont régulièrement suivis par l'urologue pour des polypes de vessie. Les primo-consultants ont déjà vu en consultation l'urologue qui leur a expliqué l'intérêt de l'examen et les complications possibles (saignement urinaire et/ou infection urinaire).

1.3.2 Le déroulement de l'examen

A l'arrivée dans le service, les patients sont enregistrés administrativement au niveau du secrétariat puis sont dirigés vers la salle d'attente. Le délai d'attente, variable d'un praticien à l'autre, peut avoir pour conséquence de majorer l'anxiété des patients.

En salle d'examen, l'infirmière prépare le patient (installation, asepsie...) et réexplique le déroulement de l'acte, de manière succincte. C'est un examen qui demande au patient d'être détendu, de respirer tranquillement, d'où la nécessité d'atténuer son anxiété. L'attente du praticien pouvant être de quinze à vingt minutes, ce moment permet d'établir une dimension relationnelle particulière, par sa brièveté d'une part et par l'importance de la relation de confiance dans ces moments stressants pour les patients d'autre part.

La cystoscopie est différente chez l'homme et chez la femme, de par l'anatomie mais aussi de par les indications de l'examen lui-même. Chez les hommes, les lésions polypoïdes sont la première indication alors que la recherche de fuites urinaires est majoritaire chez les femmes. Chez les deux sujets, la qualité de l'examen dépendra de la bonne coopération du patient, donc de son niveau d'anxiété.

Une fois la cystoscopie réalisée, nous remettons au patient une fiche d'information post examen sur les complications possibles, puis celui-ci se rend dans le bureau médical pour obtenir de l'urologue les résultats de l'examen.

« *La cystoscopie [...] reste invasive pour le patient malgré l'utilisation de la fibroscopie souple.* » [3] Elle provoque de l'anxiété voire de l'angoisse chez certains patients qu'ils expriment de différentes façons.

2. Le patient et l'anxiété

Nous avons remarqué qu'un grand nombre de patients venant effectuer une cystoscopie sont anxieux voire angoissés. Ces patients demandent plus d'attention et de temps pour leur expliquer l'examen et pour les rassurer. Certains nécessitent même un support médicamenteux de type de « MEOPA » (gaz KALINOX®) pour diminuer leur angoisse. De plus, un patient anxieux sera crispé, moins coopérant et exprimera une douleur plus importante.

Afin d'envisager cette problématique, quatre cas de patients anxieux sont présentés.

2.1 Différents cas de patients anxieux

- Premier cas :

Une femme de soixante-deux ans venant pour infections urinaires à répétition nous rapporte que cela fait une semaine qu'elle ne dort pas car elle ne pense qu'à l'examen. Elle nous demande si elle va être « *endormie* » et si elle peut conduire après le geste. Son état d'anxiété lui aurait-il fait oublier l'explication donnée par le médecin durant la consultation ? Le délai d'attente entre la consultation avec l'urologue et la cystoscopie étant en moyenne de vingt-deux jours, nous avons initialement envisagé que ce laps de temps pouvait être anxiogène pour le patient. Ceci nous a amené à réfléchir à une information téléphonique, secondaire à la consultation médicale et plus proche de l'examen permettant au patient de poser ses questions et d'être rassuré. Mais cette proposition s'avère difficile à mettre en place compte tenu du temps que nous aurions dû consacrer à ce travail supplémentaire.

- **Deuxième cas :**

Un homme de quarante-cinq ans doit bénéficier d'une cystoscopie pour hématurie. A la différence des autres, il parle beaucoup. Il arrive avec le sourire et déclare « *c'est ici la salle des tortures ? C'est vous qui allez me faire mal ?* ». En discutant avec lui, il annonce qu'il est en fait très angoissé, par l'examen d'une part et par le résultat d'autre part. Il est aussi gêné par la position qu'il trouve « *humiliante* » et du fait que cela touche les parties intimes. Comment réussir à le mettre en confiance ?

- **Troisième cas**

Un homme de quarante ans venant pour une ablation de sonde double J, est arrivé seul et ne dit rien. Il est inquiet et transpire beaucoup, signes traduisant une anxiété bien perceptible. En l'interrogeant, il reconnaît avoir cherché des informations sur internet. Il n'a lu que des avis négatifs, ce qui a majoré son anxiété. Il a même failli annuler le rendez-vous. Dans la salle d'examen, de la musique est diffusée. A l'issue de la cystoscopie, le patient nous avoue avoir stressé inutilement et qu'il a apprécié la musique. La musique permettrait elle de diminuer l'anxiété ?

- **Quatrième cas**

Nous décidons de réitérer l'expérience en diffusant de la musique. Est-t-elle vraiment bénéfique au point de relaxer les patients ?

Un homme de soixante-cinq ans, un « habitué », vient pour une surveillance de polypes. Il a bénéficié d'une cystoscopie il y a un mois et n'en garde pas un très bon souvenir. Lors de son premier rendez-vous, il a été très anxieux par méconnaissance de l'examen et incommodé par le bruit de la ventilation de la salle. De plus, il a ressenti une douleur importante au passage du sphincter. Il lui est proposé de la musique et il choisit un morceau de Beethoven. Le son est amplifié par une enceinte. En attendant l'urologue, il écoute la musique pendant vingt minutes et fini par s'endormir. A son arrivée, l'urologue le réveille tout doucement. L'examen se déroule bien, le patient n'exprime aucune douleur. Il est ravi de sa prise en charge et sollicite de renouveler l'expérience lors de son prochain rendez-vous dans trois mois.

Ayant constaté de véritables changements de comportement grâce à la musique, une évaluation de son efficacité à l'aide d'un questionnaire de pré enquête (ANNEXE I) est proposé. Il permettra de quantifier le nombre de patients anxieux avant l'examen et de dire si la musique est une aide réelle.

2.2 Le questionnaire de pré enquête

Nous collectons trente questionnaires sur trente distribués (résultats en ANNEXE II) qui révèlent que :

- l'anxiété concerne aussi bien les femmes que les hommes, et toutes les tranches d'âge.
- l'anxiété s'adresse aux deux catégories de patients (les premières fois et les « habitués »). Ils sont 77% à être anxieux et/ou angoissés juste avant l'examen. Ce chiffre nous conforte dans l'idée d'avoir abandonné l'appel téléphonique après la consultation médicale, car les « habitués » demeurent anxieux.
- La musique a été appréciée par l'ensemble des patients et a permis d'atténuer l'anxiété de 73% d'entre eux.

La musique semble donc diminuer l'anxiété des patients durant une cystoscopie. De plus, elle reste une solution simple à mettre en place et peu onéreuse. Mais tous les styles de musique sont-ils bénéfiques ? Faut-il simplement faire écouter de la musique, ou existe-t-il une méthode ? Enfin, est-ce vraiment réalisable au sein d'un hôpital ?

Tout ceci légitime notre question de recherche suivante :

En quoi, la musique au cours de la cystoscopie souple réduirait-elle l'anxiété du patient externe?

3. L'anxiété et la musicothérapie

3.1 L'anxiété

3.1.1 Définition

Selon le professeur de psychologie Spielberger « *l'anxiété se révèle par une tension, une appréhension ou un malaise résultant de l'anticipation d'un danger imminent. Ce mécanisme entraîne une réaction d'alarme (activation du système nerveux central) de l'organisme car celui-ci se sent menacé. (...) L'anxiété est la réponse au stress.* » [4]

Pour Jean-Philippe Boulenger et Jean-Pierre Lépine, Professeurs des universités « *l'anxiété représenterait une forme de préparation à l'action par activation généralisée de l'organisme et une vigilance accrue de l'environnement et des autres afin d'anticiper l'apparition d'un danger qui nécessiterait une réaction rapide.* » [5] Nous en déduisons que le patient sera moins coopérant pendant la cystoscopie du fait de cette vigilance. De plus, souvenons-nous

qu'un patient moins coopérant sera plus à même de ressentir une douleur liée à l'examen et de ce fait en gardera un mauvais souvenir.

Spielberger décrit en 1989 le processus d'anxiété (ANNEXE III). « *Le stresser est défini par une situation caractérisée par un danger quelconque, qu'il soit psychologique ou physique. Par la suite, l'individu évalue ce stresser (...) en fonction d'un degré de dangerosité, créant une menace pour l'intégrité physique ou psychologique de ce dernier. Finalement, selon l'estimation de la menace, il y a une émergence de réactions émotionnelles ou d'anxiété.* » [4] En endoscopie urologique, le stresser est la cystoscopie qui est perçue comme dangereuse. Il précise aussi que « *les pensées et les souvenirs perçus comme menaçants peuvent aussi évoquer des réactions d'anxiété.* » [4]

Le même stresser peut être évalué différemment d'un patient à l'autre en fonction de ses pensées, de ses souvenirs, de son vécu. « *L'expérience de la menace est un état d'esprit qui présente deux caractéristiques : 1) l'anticipation d'un événement potentiellement nuisible qui n'est pas encore survenu, 2) il est interposé (...) par la perception, les pensées, la mémoire et le jugement qui sont impliqués dans cette évaluation de la menace. Ensuite, Les défenses psychologiques sont activées afin de réduire ou de calmer les états d'anxiété intenses et déplaisants.* » [4] Le patient pour évaluer le danger (la cystoscopie) va faire appel à ses pensées, à ses souvenirs, à son jugement et à sa perception. Pour anticiper ce danger, il va émettre des mécanismes de défense.

Retenons que l'anxiété est une appréhension d'un danger potentiel plus ou moins subjectif. C'est en quelque sorte un signal d'alarme qui permet d'accroître sa vigilance afin d'éviter le danger. L'anxiété est une conséquence du stress. Ainsi, les patients stressent par rapport à la cystoscopie qui est un acte invasif et potentiellement sensible, en manifestant de l'anxiété, voire de l'angoisse.

3.1.2 Différence entre anxiété et angoisse

Dans le langage courant, l'angoisse et l'anxiété sont synonymes.

« *Ils correspondent tous les deux à une forme de malaise psychique et physique né du sentiment de l'imminence d'un danger. L'angoisse correspond à la sensation de constriction de la région épigastrique ou encore le sentiment d'oppression physique qui accompagne l'anxiété psychologique (...) L'anxiété étant modérée et chronique, alors que l'angoisse serait intense et aiguë.* » [6]

Selon le psychologue clinicien Alexandre Manoukian « *l'angoisse est davantage vécue et l'anxiété davantage pensée.* » [7]

Pour la psychanalyste et Professeuse d'université Juliette Favez-Boutonier, « *l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement. L'anxiété elle, est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable.* » [8]

Anxiété et angoisse sont donc liées. L'angoisse est une complication de l'anxiété ayant des manifestations physiologiques, visibles par les soignants. C'est une crise passagère de forte intensité. Le patient va ressentir une constriction de la cage thoracique, respirer fort et vite, voire même dans certains cas crier. Malgré les portes fermées, les autres patients en salle d'attente peuvent entendre ces cris augmentant ainsi leur propre anxiété. L'angoisse s'arrête lorsque la cystoscopie est terminée.

La peur de ressentir une douleur augmente l'intensité de l'anxiété pouvant amener de l'angoisse. C'est pourquoi, il est nécessaire de prendre en charge l'anxiété pour éviter de la transformer en crise d'angoisse qui aggraverait la situation.

3.1.3 Les différents types d'anxiété

En 1966, Spielberger différencie deux types d'anxiété (ANNEXE IV) :

- **L'anxiété trait ou de personnalité** : « *c'est une prédisposition ou une tendance individuelle à répondre avec de hauts niveaux d'anxiété (état) face à un stressor. Il reflète ce que l'individu retient de son vécu antérieur.* » [4] En d'autres termes, c'est la tendance personnelle du patient à être anxieux en fonction de ses expériences, de ses souvenirs, et de ses perceptions. Elle diffère d'une personne à l'autre. Ainsi, cette anxiété concerne le patient qui a déjà eu des cystoscopies et qui en garde un mauvais souvenir. Il est donc important d'apporter un élément nouveau, pour diminuer cette anxiété et ainsi transformer un souvenir désagréable en souvenir tolérable.

- **L'anxiété situationnelle ou état** : « *c'est une réaction émotionnelle constituée de sentiments d'appréhension et de nervosité, de pensées déplaisantes (inquiétudes) et de changements physiologiques.* » [4] C'est donc un état émotionnel transitoire face à un événement précis d'intensité variable fluctuant dans le temps. La cystoscopie est une anxiété situationnelle pour les patients venant pour la première fois. Il est possible d'intervenir sur cette anxiété pour tenter de la diminuer et ainsi permettre au patient de garder « un bon souvenir » de cet examen.

Spielberger stipule aussi que « *l'anxiété trait lorsqu'elle est présente augmente l'intensité des réactions de l'anxiété état.* » [4] Un patient peut être déjà anxieux et la cystoscopie va augmenter son degré d'anxiété passant de l'anxiété légère à une anxiété modérée voire à une crise d'angoisse.

Il existe d'autres facteurs pouvant favoriser l'anxiété.

3.1.4 Les facteurs favorisants

« Du point de vue sociodémographique, le sexe féminin est un facteur de risque. Il a été démontré que les femmes sont plus anxieuses que les hommes. Elles présenteraient une anxiété généralisée à 12,2 % contre 6,6 % chez les hommes. » [9]

Les autres principaux facteurs *« sont le cancer, le tabagisme, les troubles psychiatriques (les troubles anxieux et dépressifs), la douleur. »* [10]

Il est donc nécessaire d'établir une relation soignant-soigné même dans un laps de temps court, pour connaître au mieux le patient et identifier les personnes à risque pour une prise en charge optimale. Par exemple, une vigilance accrue devra être envisagée dans le cas d'une patiente fumeuse et dépressive qui présentera donc des prédispositions à avoir une crise d'angoisse.

« Un même évènement n'aura pas le même impact sur chaque individu et cela va dépendre en partie de la vulnérabilité du sujet et de sa résilience. Cette vulnérabilité comprend notamment des facteurs intrinsèques comme l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, les capacités cognitives, la personnalité, le tempérament et l'expérience passée avec les évènements de vie déjà rencontrés, ainsi que des facteurs extrinsèques comme l'environnement familial, le statut marital, les ressources financières et le soutien social. » [5] Cette observation témoigne que l'état d'anxiété concerne aussi bien les « habitués » que les patients venant pour la première fois car des facteurs extrinsèques à l'environnement hospitalier peuvent influencer l'état d'anxiété durant l'examen. A nous soignants, de réussir à établir une relation de confiance pour faire en sorte que l'examen se déroule bien. La qualité de la relation soignant-soigné devient alors primordiale.

La salle d'examen peut être elle-même source d'anxiété. Effectivement, elle est équipée comme une salle de bloc opératoire, avec un bras d'anesthésie, un scialytique, un système de ventilation, du matériel stérile. Les tenues vestimentaires (calot, masque et tablier de protection) autre que la couleur, sont identiques à celles du bloc opératoire.

« Il s'agit d'un lieu où toute stimulation peut générer un stress source d'anxiété : stimulations visuelles (lumière ambiante, scialytique, décor), auditives (langage, conversation du personnel parfois mal adaptées, déballage des matériels), kinesthésiques (température, inconfort d'installation, manipulation). » [11] Quand un patient est pris en charge, il faut être vigilant sur l'environnement, que ce soit au niveau du confort, de la sécurité, et du langage.

Selon Jacques Chalifour, ancien professeur des sciences infirmières, « pour le malade, l'hôpital signe la gravité de son état, mais est aussi promesse de guérison, ambivalence qui suscite l'anxiété. » [12] Pour beaucoup de patients, l'hôpital représente la peur de la maladie, la souffrance et parfois la mort. Le simple fait de rentrer dans un hôpital génère de l'anxiété.

Ainsi, il n'existe pas un facteur mais plusieurs, qui interagissent ensemble, augmentant ainsi l'intensité de l'anxiété et ses différentes manifestations caractérisées selon deux composantes : « l'aspect physiologique et l'aspect cognitif. » [4]

3.1.5 L'aspect physiologique de l'anxiété

L'aspect physiologique de l'anxiété fait référence aux réactions de l'organisme, soit l'éveil du système nerveux autonome.

Il existe différents signes :

- **Les signes respiratoires** : dyspnée, souffle court. « Les symptômes respiratoires sont parmi les plaintes les plus fréquentes chez les patients présentant des troubles anxieux. » [5]
- **Les signes cardiaques** : tachycardie, palpitations. [13]
- **Les signes neurosensoriels** : crampes, contractures, tremblements. [13]
- **Les signes neurovégétatifs** : dysurie, pâleur, sudations, nausées, vomissements. [13]
- **Les signes généraux** : troubles de la conduite alimentaire, visage crispé, mains froides, humides, gorge serrée, « l'anxieux (...) remue beaucoup sans réelle activité constructive. » [13]

Ces symptômes sont variables d'un patient à un autre.

L'aspect tant physiologique que cognitif est impliqué dans la manifestation de l'anxiété.

3.1.6 L'aspect cognitif de l'anxiété

« Il y a trois grandes fonctions cognitives affectées par l'état anxieux : l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives.

L'attention est une des grandes fonctions cérébrales supérieures qui permet de traiter, d'organiser et d'acquérir les informations venues de l'environnement. Un sujet anxieux mémorisera plus facilement certains mots anxiogènes. Les fonctions exécutives, quant à elles, désignent un ensemble de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Elles sont impliquées dans le contrôle attentionnel par des mécanismes d'inhibition (frein mental), par la flexibilité mentale et la mise à jour cognitive. Tout cela va permettre le déplacement de l'attention de l'objet à un autre. » [5] Nous en déduisons que le patient aura une hyper vigilance, une difficulté de concentration et de mémorisation. Il va aussi mettre en place des mécanismes de défense, comme par exemple l'irritabilité. Cela rejoint la description du processus d'anxiété de Spielberger.

Dominique Servant précise dans son ouvrage que *« l'anxieux présente souvent des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire du fait qu'il focalise toute son attention sur certains stimuli occupant tout son esprit. » [14]* Le patient pourra éprouver des difficultés à assimiler de nouvelles informations. Il pourra être moins attentif à ce qui lui est dit et aura des difficultés à s'exprimer en cherchant ses mots. Il accordera plus d'importance à des détails anodins, comme par exemple la taille du cystoscope. Ainsi, l'information du médecin lors de la consultation doit être claire et rassurante afin que la capacité d'écoute du patient soit optimale.

Il est donc important de savoir reconnaître l'anxiété pour adopter une attitude adaptée et mettre le patient en confiance pour qu'il soit bien coopérant au cours de la cystoscopie. Par conséquent, il est nécessaire de pouvoir mesurer l'anxiété.

3.1.7 L'échelle de mesure de l'anxiété

De nombreuses études utilisent l'échelle State and Trait Anxiety Index (STAI) chez l'adulte. [15] Cette échelle a été traduite en français par Bergeron, Landry et Bélanger en 1976 sous le nom « Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété » (ASTA). C'est un questionnaire, composé de quarante questions. La première vingtaine de questions sert à évaluer l'anxiété situationnelle du patient. La deuxième vingtaine évalue l'anxiété trait. Le patient répond aux questions en encerclant le chiffre correspondant au mieux à son sentiment.

Cette échelle a le mérite de mesurer les deux types d'anxiété et ainsi de présager si l'anxiété va être augmentée par la cystoscopie. Cependant, c'est un questionnaire long et il peut décourager les patients à le remplir correctement.

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) est parfois utilisée chez l'adulte pour évaluer l'anxiété. Une étude a comparé l'échelle STAI de Spielberger et l'EVA pour mesurer l'anxiété préopératoire. Elle a démontré que l'EVA est une mesure utile et fiable. Le score EVA de l'anxiété est corrélé avec celui du STAI. [16]

De par sa facilité d'utilisation, nous opterons pour l'EVA afin d'évaluer l'anxiété des patients en cystoscopie.

3.1.8 Synthèse

Nous avons appris que l'anxiété est une conséquence du stress liée à la cystoscopie. L'anxiété est l'appréhension d'un danger, évaluée différemment d'un patient à l'autre, selon son vécu, son âge, ses souvenirs, son sexe et les facteurs environnementaux et familiaux. En fonction du degré de dangerosité, le patient va avoir une réaction émotionnelle (anxiété) créant des manifestations physiologiques et cognitives reconnaissables par les soignants. Les manifestations cognitives sont relativement pénalisantes pour le patient, l'empêchant de mémoriser le déroulement de l'examen. L'anxiété concerne les patients venant pour la première fois et les patients habitués. Les premiers vont éprouver une anxiété situationnelle, alors que les seconds auront une anxiété trait liée à un examen dont le souvenir reste désagréable. Il est donc important de trouver un élément de réponse pour calmer cette anxiété afin de rassurer le patient d'une part et d'obtenir sa coopération lors de la cystoscopie d'autre part.

« Pour contrecarrer les méfaits de l'anxiété, des stratégies de prévention ont été élaborées chez l'adulte. Il existe une multitude d'approches psychologiques (programme de préparation psychologique, hypnose, musicothérapie,...). » [17]

3.2 La musicothérapie

« La musicothérapie, après un peu plus de trente ans d'existence véritable, a parcouru beaucoup de chemin (...), elle tente actuellement de se théoriser. » [18]

3.2.1 Définition

La musicothérapie est « *l'utilisation contrôlée de la musique qui influence les composantes physiologique, psychologique et émotionnelle de l'être humain (...). Elle est un élément des sciences du comportement qui s'intéresse à l'utilisation de musiques spécifiques dans le dessein de modifier le comportement, les émotions et la physiologie de la personne.* » [19]

Selon la World Federation of Music Therapy (WFMT), la musicothérapie est « *l'utilisation professionnelle de la musique et de ses éléments comme intervention dans l'environnement médical, éducatif et quotidien d'individus, de groupes, de familles ou de communautés qui cherchent à optimiser leur qualité de vie et à améliorer leur santé et leur bien-être physique, social, relationnel, émotionnel, intellectuel et spirituel.* » [20]

Ainsi, la musique modifierait les émotions, donc l'anxiété en apportant un bien-être physique et psychologique au patient. Cette modification est fonction du style de musique choisi. Envisageons à présent les principales méthodes de musicothérapie qui se divisent en deux catégories : la musicothérapie réceptive ou écoute musicale et la musicothérapie active ou apprentissage musical.

3.2.2 La musicothérapie réceptive ou écoute musicale

Dans cette méthode, il existe deux démarches réceptives :

- La méthode à base d'audition musicale :

Selon Edith Lecourt, psychologue clinicienne, psychanalyste et musicothérapeute, il s'agit « *de modifier l'humeur ou le comportement d'un individu par l'écoute de morceaux choisis diffusés dans un lieu permettant une bonne relaxation du patient.* » [21] H. Gautier, musicothérapeute, précise « *tous genres confondus, en extraits ou en montages de plusieurs extraits.* » [18] Il faut en premier écouter de la musique et en second verbaliser « *le ressenti de l'écoute.* » [18] En individuel, « *on utilise de courts extraits musicaux pour provoquer des modifications de comportement.* » [22] En groupe, « *le but est plutôt une socialisation des sujets.* » [22] Le but à travers cette méthode est d'obtenir une relaxation du patient. Les bienfaits de la musique permettent une stimulation sensorielle, sensori-motrice et sensori-affective. La relaxation individuelle est exactement ce qu'il apparaît souhaitable de provoquer chez le patient anxieux lors d'une cystoscopie.

- **Le « nourrissage » musical, de la consommation à la perception de l'œuvre :**

« Il s'agit d'une demande du patient qui éprouve un réel besoin d'entendre et surtout d'écouter de la musique sans qu'il y ait dans un premier temps une quelconque verbalisation. » [22]

Le but de la musicothérapie réceptive est d'apaiser et de soutenir. « *La musique permet de rassurer le patient (...) de calmer d'éventuelles agitations, angoisses et douleurs physiques et/ou psychiques.* » [20] Ces bienfaits sont recherchés pour le patient qui vient pour sa cystoscopie.

La musicothérapie réceptive s'applique en individuel ou en groupe. Dans le cadre de notre mémoire, seule la technique individuelle par la méthode à base d'audition musicale a été retenue. Il serait judicieux de faire choisir l'extrait musical au patient, respectant ainsi ses goûts et son humeur du moment. Afin de permettre une bonne relaxation, il est important que l'extrait musical comporte de la musique douce. Il faudra aussi évaluer le ressenti du patient et voir s'il se sent bien, s'il est détendu ou au contraire plus anxieux.

3.2.3 La musicothérapie active ou apprentissage musical

Elle consiste à « *utiliser des objets sonores ou des instruments de musique de manipulation simple, et de jouer à deux ou en groupe* » [18] Les patients sont initiés à la musique et s'expriment à travers elle. Ce sont des séances de groupe. Le but de la musicothérapie active est de redonner confiance en valorisant l'expérience du patient « *à partir de ses propres émotions et ressentis* » [20] et de le remettre dans le monde. [20]

Cette méthode ne concerne pas les patients venant effectuer une cystoscopie. Elle s'adresse le plus souvent à des patients atteints de pathologies chroniques et/ou psychiatriques qui nécessitent une thérapie.

3.2.4 Le choix musical

Anna-Maria Nédeva affirme dans son mémoire sur la musicothérapie réceptive, que le choix de la musique est primordial. Il faut éviter la musique ethnique car les patients peuvent s'identifier trop facilement à ce genre musical. La musique rock elle, apporte beaucoup d'énergie. Elle n'est donc pas compatible avec l'anxiété du patient en cystoscopie. La musicothérapeute précise « *qu'une musique inconnue augmente plus le flux énergétique et dynamise l'auditeur. Il n'y a pas de réaction acquise par rapport au message de l'œuvre*

écoutée. » [22] Ainsi, il vaut mieux faire écouter au patient une musique qu'il ne connaît pas, afin de créer un effet de surprise qui suscite son attention et captive son cerveau.

« *En France, c'est au cours du XIX^{ème} siècle, avec la naissance de la psychiatrie, que la musicothérapie s'inscrit dans le soin. Pinel, Esquirol, Dupré, Bourneville, sont parmi les premiers à développer la musicothérapie à l'hôpital, reconnaissant à la musique un rôle essentiel pour apaiser ou pour stimuler certains patients.* » [21]

3.2.5 Les effets de la musique sur l'organisme

« *Les sons s'adressent directement au corps, provoquant des émotions, des sensations, de façon archaïque, sans passer par la conscience, renvoyant une multitude d'informations sensorielles et émotionnelles.* » [20]

Différentes recherches ont été menées quant à l'impact de la musique sur le corps humain. Celles-ci ont révélées que la musique aurait une influence sur :

- Le cerveau :

En Russie à Novossibirsk, l'activité cérébrale a été mesurée chez plus de cent patients, pendant l'écoute de différents styles de musiques (chant grégorien, musiques classiques, contemporaines...). Il en ressort que seulement après quinze minutes d'écoute, seules certaines musiques permettent de stimuler en même temps les deux hémisphères et ainsi mettre l'organisme en situation de repos. Les patients restent conscients mais parviennent à être dans un « *état de sommeil extrêmement profond.* » [22] En revanche, d'autres styles de musique peuvent aggraver un état émotionnel. [22] Rappelons que « *les états où les deux hémisphères sont stimulés en même temps sont très rares.* » [23]

La musique douce permettrait une grande relaxation du corps seulement après quinze minutes d'écoute. Le délai d'attente entre deux patients étant de quinze à vingt minutes, ce laps de temps peut donc être parfaitement mis à profit pour faire écouter au patient suivant de la musique qui lui permettra de le relaxer avant l'examen.

- Les différents marqueurs biologiques :

« *Le développement de la recherche permet de savoir aujourd'hui que, dès quinze minutes d'écoute d'une musique plaisante, nous pouvons produire de la dopamine, de l'ocytocine, de la sérotonine et des endomorphines.* » [18]

Une étude menée par le docteur Kumar [24] sur des patients atteints de maladie d'Alzheimer, a montré l'influence de la musique sur la production de différents neurotransmetteurs. En effet, les dosages sanguins ont montré chez ces patients une augmentation significative du taux de mélatonine (hormone du sommeil), d'adrénaline et de noradrénaline. Ces patients qui avaient des troubles du comportement (déficits cognitifs, crises d'anxiété) se sont montrés capables de chanter, d'apprendre de nouveaux sons et de mieux communiquer avec les soignants.

Une autre étude réalisée par le docteur Mc Kinney [25] a montré que l'écoute de la musique entraîne une modification de l'hormone B-endorphine (hormone du bonheur). Cette hormone qui est un opioïde endogène agit comme un anxiolytique, antalgique ou comme un euphorisant.

La musique engendre donc des modifications physiologiques chez l'être humain lui permettant de se relaxer.

- **La fonction cardiaque :**

Une expérience menée par Sylvie Robichaud-Ekstrand, Professeure agrégée de Cardiologie de Montréal, a révélé que *« l'écoute d'une musique relaxante est une intervention peu dispendieuse qui augmente la perception de relaxation des patients en attente de cathétérisme cardiaque à l'hôpital de jour. (...) Ces musiques relaxantes au choix du patient étaient tirées des répertoires de musique classique, de musiques populaires, de musiques de grands films, de sons de la nature et de musiques thérapeutiques (...). Comme le suggèrent certains auteurs, le rythme des séquences était régulier (similaire au rythme cardiaque [70-80 bpm]). (...) La relaxation (...) produit une diminution du rythme cardiaque, de la tension artérielle, une élévation des températures périphériques causée par une vasodilatation et une stabilité émotionnelle. »* [19]

Il serait judicieux pour permettre une relaxation des patients de leur faire choisir personnellement l'extrait musical mais parmi un répertoire préalablement sélectionné par nos soins. Celui-ci regrouperait un large éventail de musiques douces qui permettraient de diminuer le rythme cardiaque et de calmer l'anxiété.

La musique a des effets bénéfiques sur l'organisme. Mais pourrait-elle agir sur la douleur ?

3.2.6 La musique et la douleur

« La relaxation psychomusicale est (...) utilisée dans certaines équipes prenant en charge la douleur dans ses composantes physiques et psychiques. » [18]

Sabine Métayer, musicothérapeute à l'hôpital Universitaire Necker Enfants Malades, explique dans un article paru en 2012 *« que l'objectif de la relaxation psychomusicale est une amélioration de l'ensemble de la symptomatologie du patient, par l'action psychophysiologique et émotionnelle de la musicothérapie. » [26]* La musicothérapeute modifie les paramètres comme le rythme, l'intensité pour conduire le patient à *« une phase de relaxation profonde (...) pendant une durée adaptée aux besoins du soin. » [26]* La relaxation psychomusicale *« a été prouvée sur la gestion de la douleur (diminution ou sédation), les fonctions métaboliques, la détresse psychologique, l'inconfort du patient, avec une action bénéfique sur l'entourage proche et les soignants. » [26]*

L'oncologue et radiothérapeute Jour-Pineau de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) du Val de Grâce à Paris a mené une étude concernant les effets de la musicothérapie sur la douleur et l'anxiété des patients atteints de cancers. Il en ressort que *« les séances de musicothérapie permettraient une réduction de 58.3% de la douleur pendant la séance et une réduction de 74.3% du niveau d'anxiété pendant la séance. (...) La musique a un lien profond avec le vécu personnel et il est primordial que le patient choisisse lui-même la séquence qu'il souhaite écouter. »* Elle précise *« les principales cibles prises en charge par la musicothérapie sont la douleur, l'anxiété, l'humeur et la qualité de vie. » [27]*

La musique aurait donc des vertus antalgiques. Mais serait-elle efficace lors d'un examen invasif tel que la cystoscopie ?

3.2.7 La musique et la cystoscopie

Nous n'avons pas trouvé d'étude française sur la musique et la cystoscopie. Cependant d'autres pays ont publié sur ce sujet.

L'équipe du Docteur Zhen-Sheng Zhang à Shanghai, a mené une étude de janvier 2013 à septembre 2013 sur cent-vingt-quatre patients masculins qui devaient avoir une cystoscopie souple par le même praticien. Tous les patients ont bénéficié d'une anesthésie locale (gel urétral) avant l'examen. Il en ressort qu'écouter son morceau de musique préférée pendant la cystoscopie souple est un moyen simple et efficace, qui permet d'améliorer le confort des patients de sexe masculin et de réduire leur anxiété. [28]

Les résultats de deux autres études similaires, l'une menée par l'équipe du docteur Jeong Kyun Yeo à Séoul sur soixante-dix patients et l'autre menée en Amérique du Nord en 2015 sur cent-trente-sept patients ont abouti aux mêmes résultats.

Ces trois études démontrent que la musique permet de diminuer l'anxiété et la douleur lors de la cystoscopie. Les praticiens ayant participé à ces études considèrent la musique comme un adjuvant simple et efficace à la sédation durant cet examen. [29] D'autres recommandent de l'incorporer pendant la cystoscopie pour réduire l'anxiété et la douleur. [30]

3.2.8 Synthèse

Ainsi, la musique améliore le bien-être physique et psychique du patient, en modifiant son comportement et ses émotions. L'écoute musicale d'un extrait de musique inconnue mais dont le style est choisi volontairement par le patient permet seulement en quinze minutes de le relaxer et de diminuer son anxiété, voire sa douleur. En effet, les sons et les vibrations de la musique vont agir sur le cerveau, sur la sécrétion de mélatonine, d'endorphines, sur la fréquence cardiaque, la tension artérielle permettant au corps de se reposer profondément. Elle est de plus en plus utilisée en milieu hospitalier lors de soins douloureux, et certains pays l'utilisent pour des examens invasifs tels que la cystoscopie.

Nous formulons l'hypothèse de recherche suivante :

L'écoute musicale, dont l'extrait a été choisi parmi un répertoire de musiques douces, diminue l'anxiété du patient externe venant effectuer une cystoscopie souple.

Afin de vérifier cette hypothèse dans le service, il est nécessaire d'envisager une étude à l'instar de celles précédemment décrites, comparant la réalisation de cystoscopies chez un groupe d'individus en diffusant de la musique à un groupe sans musique (groupe témoin).

Le choix de faire écouter l'extrait musical à l'aide d'une enceinte plutôt que d'un casque a été sélectionné. En effet, nous estimons que le casque isole le patient en le coupant de toute communication avec l'équipe soignante. De plus, l'enceinte pourrait donner plus d'intensité et de vibrations au son.

4. Méthode

Directeur : Pr SAVOIE, urologue.

Coordonnateur : Mr MAGRIN, cadre de santé.

Titre de l'étude : L'écoute musicale lors des cystoscopies souples sous anesthésie locale.

Justification : La cystoscopie est un examen endoscopique invasif, réalisé dans la plupart des cas sous anesthésie locale. Plusieurs études ont confirmé une anxiété relative à cet examen. Celle-ci touche aussi bien les hommes que les femmes et empêche de mémoriser correctement le déroulement de l'examen, ses conclusions. Par ailleurs, le patient anxieux est plus crispé et par conséquent plus sensible à la douleur. Il sera donc moins coopératif lors de l'examen. L'écoute musicale ou musicothérapie réceptive est de plus en plus utilisée en milieu hospitalier du fait de ses bienfaits en agissant sur l'anxiété, la douleur, l'humeur. Dans la littérature internationale, plusieurs travaux ont confirmé que l'écoute musicale lors des cystoscopies souples, diminue l'anxiété et la douleur chez les hommes. A notre connaissance, en France, aucune étude de ce type n'a encore été réalisée, motivant le choix de l'effectuer dans notre établissement. Intégrer la population féminine plus anxieuse que les hommes en France apparaît aussi pertinent.

Hypothèse : l'écoute musicale, dont l'extrait a été choisi parmi un répertoire de musiques douces, diminue l'anxiété du patient externe venant effectuer une cystoscopie souple.

Objectif principal : évaluer l'intérêt de l'écoute musicale dans l'anxiété du patient lors d'une cystoscopie souple ambulatoire sous anesthésie locale.

Objectifs secondaires : améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge des patients devant bénéficier d'une cystoscopie.

Schéma de la recherche : Etude randomisée menée auprès des patients externes devant avoir une cystoscopie sous anesthésie locale.

Critères d'inclusion: Patients de plus de 18 ans quel que soit le sexe. Examen à visée diagnostique exclusivement.

Critère d'exclusion : patients refusant d'intégrer l'étude, patients sous tutelle, patients présentant des troubles auditifs, patients hospitalisés.

Traitement et procédure : Cent-vingt patients candidats à une cystoscopie souple ambulatoire recrutés en quatre groupes homogènes par tirage au sort : deux groupes d'hommes et deux groupes de femmes (pour chaque sexe : un groupe témoin et un groupe avec écoute musicale).

Styles musicaux laissés au choix du patient, au sein d'un répertoire imposé (musique classique, contemporaine, bandes originales de film ou bruits de la nature). Ces musiques sont sans paroles.

Musique diffusée volontairement à l'aide d'une enceinte et non d'un casque.

L'infirmière évalue l'anxiété du patient à son entrée dans la salle d'examen.

Pour le groupe avec écoute musical, elle le laisse écouter son style de musique pendant au moins quinze minutes (délai d'attente du praticien).

Pour le groupe témoin, aucune musique n'est diffusée.

A la fin de l'examen, l'infirmière évalue de nouveau l'anxiété du patient ainsi que sa douleur et son ressenti. Ce dernier est également évalué chez l'équipe soignante.

Critères de jugement : évaluations visuelles analogiques de la douleur, de l'anxiété, du ressenti en fin d'examen des patients et de l'équipe soignante.

Retombées attendues : généralisation de la musicothérapie réceptive lors des examens endoscopiques urologiques en cas d'étude positive.

CONCLUSION

La cystoscopie est un examen invasif, plus ou moins sensible mais surtout anxiogène pour le patient. En effet, notre travail a montré que 77% de patients sont anxieux et/ou angoissés juste avant l'examen. Cette anxiété concerne aussi bien les patients venant pour la première fois que les patients habitués à ce type d'examen. Nous avons appris grâce à nos recherches qu'en France les femmes sont plus anxieuses que les hommes. Les manifestations physiologiques et cognitives de l'anxiété sont relativement pénalisantes pour le patient, l'empêchant de mémoriser correctement le déroulement de l'examen. Un patient anxieux pourrait être moins coopératif lors de l'examen mais surtout plus sensible à la douleur.

Prendre en charge le patient dans sa globalité veut dire aussi prendre en compte son anxiété. L'écoute musicale d'une musique douce pourrait être une des solutions visant à corriger ou limiter cette anxiété.

La musique, langage universel, peut être comprise et utilisée chez tous les patients quels que soient leur âge, leur sexe et leur nationalité. C'est un moyen simple, peu onéreux qui améliore le bien-être physique et psychologique du patient. Elle permet une relaxation de ce dernier dans un délai raisonnable, environ quinze minutes d'écoute de musique douce. Les bénéfices sont doubles car la musique agit sur l'anxiété mais aussi sur la douleur.

Toutefois, une autre piste de recherche comme l'hypnose pourrait être proposée pour diminuer l'anxiété. D'ailleurs, une de nos collègues va se former à cette pratique dont les avantages seront comparés à ceux tirés de la musicothérapie.

Concluons ce mémoire sur les paroles de la chanson « *Musique* » de France Gall (1977) :

« Musique,

Que les orchestres se mettent à jouer,

Que nos mémoires se mettent à rêver,

Et laissons voyager nos pensées,

Laissons aller nos corps et flotter. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] - CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE : Article 2 « *Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.* » Site solidarité-santé.gouv.fr P 5 consulté le 08/01/2018
- [2] - UROFRANCE, <http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/FI/2010/FI-2010-00100001-2/TEXF-FI-2010-00100001-2.PDF> consulté le 21/01/2018
- [3] - B.GATTEGNO et D.CHOPIN, livre « *Progrès en urologie* », Chapitre XV Surveillance, p1151
- [4] - L.SARRASIN, mémoire de la maîtrise en psychologie sur « *Evaluation de l'anxiété situationnelle chez les jeunes adolescents à l'entraînement et en compétition de karaté* », Université du Québec, Trois-Rivières, mars 1996
- [5] - J-P.BOULENGER, J-P.LEPINE, livre « *Les troubles anxieux* », Médecine Sciences Publications Lavoisier, P 326, 2014
- [6] - R.AMOUROUX, « *L'anxiété préopératoire* », Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD) de l'hôpital Trousseau, Paris, juin 2008
- [7] - A.MANOUKIAN, Livre « *La relation soignant-soigné* » Lamarre, P 173, 2001
- [8] – Opérateur cité : P.DELMAS, C.ARNOL, L.CLOUIER, article « *L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré* », Recherche en soins infirmiers, vol n°49, p 90-95, juin 1997
- [9] - J-P.LEPINE, J.LELLOUCH, A.LOVELL, M.TEHERANI, P.PARIENTE, « *L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans la population française* », Paris : *confrontations psychiatriques* », n°35, P 139-161, 1994
- [10] - W.CAUMO, AP.SCHMIDT, CN.SCHNEIDER, J.BERGMANN, CW.IWAMOTO, LC.ADAMATTI ET AL, Article “*Risk factors for preoperative anxiety in adults*” Anaesthesia 2001 ; 56 :720-8
- [11] - « *Accueil au bloc opératoire : prise en charge de l'anxiété* », <http://new.sfar.org/acta/dossier/2009/inf>, 2009, consulté le 03/02/2018
- [12] – Opérateur cité : P.MULLER, livre « *L'information et le patient* », Tome 12, Edition Indigence eds, P32, 2001
- [13] - P.ANDRE, livre « *Psychiatrie de l'adulte* », 3^{ème} édition, Edition hdf, P 23-24, mars 2004
- [14] - D.SERVANT, livre « *Gestion du stress et de l'anxiété* », Editions Elsevier Masson, 3^{ème} Édition, P 233, 2012
- [15] - SPIELBERGER, CD, Gorsuch RL, Lushene RE. “*State Trait Anxiety Inventory for adults manual*” Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983

- [16] - CH.KINDLER, C.HARMS, F.AMSLER, T.IHDE-SCHOLL, D.SCHEIDEGGER, “*The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients’ anesthetic concerns*”, *Anesth Analg*, 90:706-12, 2000
- [17] - R.AMOUROUX, C.ROUSSEAU-SALVADOR, D.ANNEQUIN, « *L’anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention* », *Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson*, 168 (8), p 588, 2010
- [18] - H.GAUTIER, « *Fiches pratiques Musicothérapie* », revue les cahiers de l’actif, n°260/261
- [19] – S.ROBICHAUD-EKSTRAND, « *Influence de la musique sur le niveau de relaxation de patients atteints d’insuffisance coronarienne* », *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive - RFCC, Vol IX, N°2, P 20-28, juin 2004*
- [20] – R.LABRIET-BARTHELEMY, « *Musicothérapie : une alliée pour l’éducation thérapeutique de patients atteints de maladie chronique* », revue *Médecine des maladies métaboliques*, vol 10, n°1, février 2016
- [21] - E.LECOURT, livre sur « *La musicothérapie* », collection Eyrolles pratique, Paris, P 27, 2005
- [22] - AM.NEDEVA, mémoire sur « *La musicothérapie réceptive, partie théorique* », novembre 2009, <http://lamusicotherapie.free.fr/nfl/obj/partheorique>. consulté le 17/03/2018
- [23] - V.VERDENAL, « *La musique au secours de la thérapeutique* », Thèse de doctorat, Faculté de Pharmacie, Université Henri Poincaré- Nancy 1, 2002
- [24] - AM.KUMAR, F.TIMS, D.G.CRUESS, M.J.MINTZER, G.IRONSON, D.LOEWENSTEIN, R.CATTAN, J.B FERNANDEZ, C.EISDORFER, M.KUMAR, « *Music therapy increases serum melatonin levels in patients with alzheimer’s disease* », revue *Alternative therapies in health and medicine*, vol 5, n°6, P 49-57, november 1999
- [25] - Mc C.H.KINNEY, F.C.TIMS, A.M.KUMAR, M.KUMAR, « *The effect of selected classical music and spontaneous imagery on plasma B-endorphin* », revue *Journal of Behavioral Medicine*, vol 20, n°1, P 85-99, 1997
- [26] - S.METAYER, « *La musicothérapeute, un partenaire du soin* », *La revue de l’infirmière* ; 61 (184) : 39-40, 2012
- [27] - C.JOURT-PINEAU, S.GUETIN, L.VEDRINE, S.LE MOULEC, J-M POIRIER, B.CECCALDI, « *Effets de la musicothérapie sur la douleur et l’anxiété des patients atteints de cancer hospitalisés et/ou suivis en service d’oncologie* », *Douleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement, Elsevier Masson*, P 200-207, 2013
- [28] - ZHEN-SHENG ZHANG, XIAO-LIN WANG, CHUAN-LIANG XU, CHAO ZHANG, ZHI CAO, WEI-DONG XU, RONG-CHAO WEI, YING-HAO SUN, “*Music reduces panic : an initial study of listening to preferred music improves male patients discomfort and anxiety during flexible cystoscopy*”, revue *J Endourol*, 28(6):739-744, 2014 Jun 1

[29] - JEONG KYUN YEO, DAE YEON CHO, MI MI OH, SEOK SAN PARK, MIN GU PARK, *“Listening to music during cystoscopy decreases anxiety, pain and dissatisfaction in patients: a pilot randomized controlled trial”*, revue J Endourol, 27(4) : 459-462, 2013 april

[30] - RAHEEM OA, MIRHEYDAR HS, LEE HJ, PATEL ND, GODEBU E, SAKAMOTO K, *“Does listening to music during office-based flexible cystoscopy decrease anxiety in patients: a prospective randomized trial”*, J Endourol, 29(7):791-6, 2015 Jul

ANNEXES

- ANNEXE I : Questionnaire de pré-enquête
- ANNEXE II : Résultats de la pré-enquête
- ANNEXE III: Processus d'anxiété de Spielberger (1989)
- ANNEXE IV: Schéma du concept de trait et d'état d'anxiété de Spielberger (1972)

ANNEXE I: Questionnaire de pré-enquête

Madame, Monsieur,

Infirmière à l'unité d'endoscopie, j'effectue un mémoire dans le cadre de mon Diplôme inter universitaire, portant sur l'amélioration des prises en charge des patients bénéficiant d'une cystoscopie.

Merci de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous. Le questionnaire est anonyme et les résultats seront exploités uniquement dans le cadre de mon mémoire.

Je vous remercie par avance du temps accordé.

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Cochez votre tranche d'âge :

- 20 – 29 ans
- 30 – 39 ans
- 40 – 49 ans
- 50 – 59 ans
- 60 – 69 ans
- 70 – 79 ans
- 80 – 89 ans
- Plus de 90 ans

3) Est-ce votre première cystoscopie ?

- Oui
- Non

Si oui, A quand remonte la consultation avec l'urologue qui vous a expliqué le déroulement de la cystoscopie ? (Précisez la date)

.....

Si non, passez à la question 6

4) Est-ce que la cystoscopie s'est bien déroulée la première fois ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Douleur
- Brûlures urinaires à l'issue
- Les résultats de l'examen
- L'accueil en salle d'examen
- Le bruit en salle d'examen
- L'attente
- Autre :

5) Etiez-vous :

- Moins anxieux que la première fois
- Autant anxieux que la première fois
- Plus anxieux que la première fois

6) Aujourd'hui, comment vous sentez-vous avant de passer l'examen ? (Une seule réponse possible)

- Détendu(e)
- Rassuré(e)
- Anxieux (se)
- Angoissé(e)
- Autre :

7) Avez-vous apprécié la musique en salle d'examen ?

- Oui
- Non

8) La musique a-elle-contribué à diminuer votre anxiété ?

- Oui
- Non

9) Avez-vous des remarques ou suggestions :

.....
.....
.....

Date du jour de la cystoscopie :

Merci de votre participation.

ANNEXE II : Résultats de la pré-enquête

Classification des patients interrogés en fonction du sexe, de la tranche d'âge et selon s'ils ont bénéficié (« les habitués ») auparavant ou pas (« les primos ») d'une cystoscopie. La cystoscopie concerne autant les femmes que les hommes. Les « primos » sont majoritaires et la patientèle se distribue dans les différentes classe d'âge avec un maximum entre 70 et 79 ans et un minimum dans la classe des 30-39 ans.

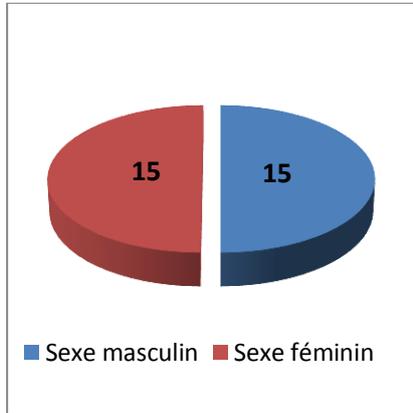


Figure 1 : nombre de patients interrogés en fonction du sexe.

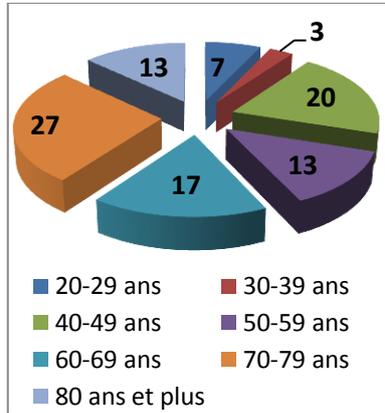


Figure 2 : répartition des patients interrogés selon leur classe d'âge

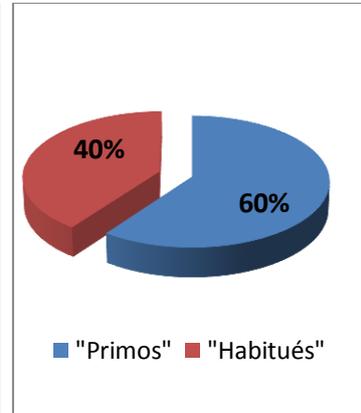


Figure 3 : classification des patients interrogés en « primos » ou « habitués »

Evaluation de l'anxiété. Les patients sont en majorité anxieux (figure 4). L'anxiété concerne aussi bien les « primos » que les « habitués » qui restent en grande partie anxieux figure (5) alors que la majorité estime que leur première cystoscopie s'est bien passée (figure 6).

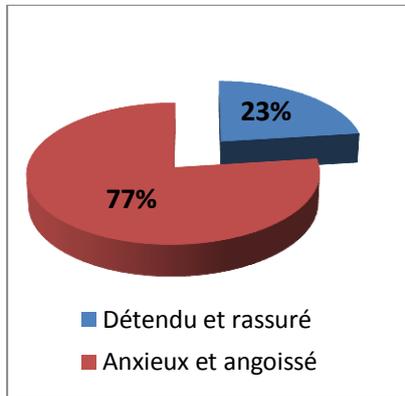


Figure 4 : taux de patients anxieux ou non (primos et habitués confondus)

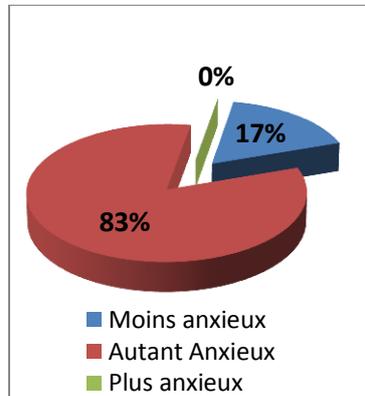


Figure 5 : évaluation de l'anxiété chez des patients ayant déjà bénéficié d'une cystoscopie (les habitués)

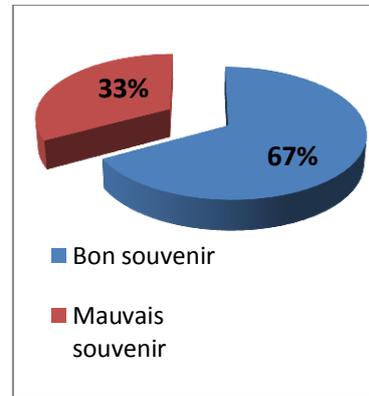


Figure 6 : taux de satisfaction du déroulement de la première cystoscopie chez « les habitués »

Délai d'attente entre la consultation médicale et la cystoscopie (figure 7) : avec un délai d'attente minimal enregistré à 7 jours et un maximal à 51 jours, le délai moyen est de 22 jours.

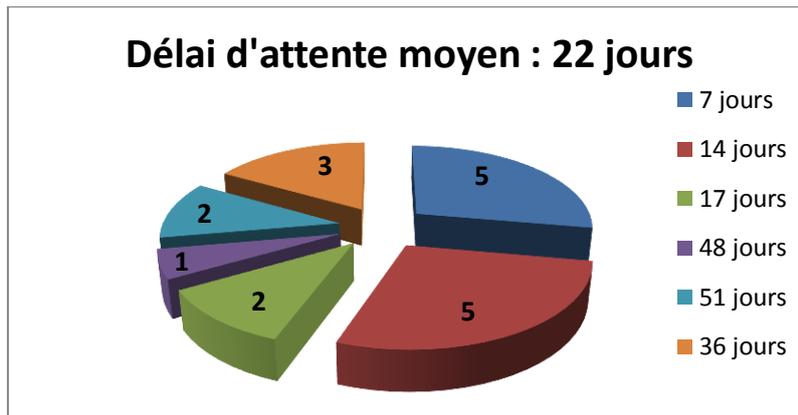


Figure 7 : délai d'attente moyen entre la consultation médicale et la cystoscopie.

Evaluation des bienfaits de la musicothérapie sur l'anxiété des patients lors de la cystoscopie (figure 8). En majorité les patients ont apprécié écouter de la musique durant l'examen.

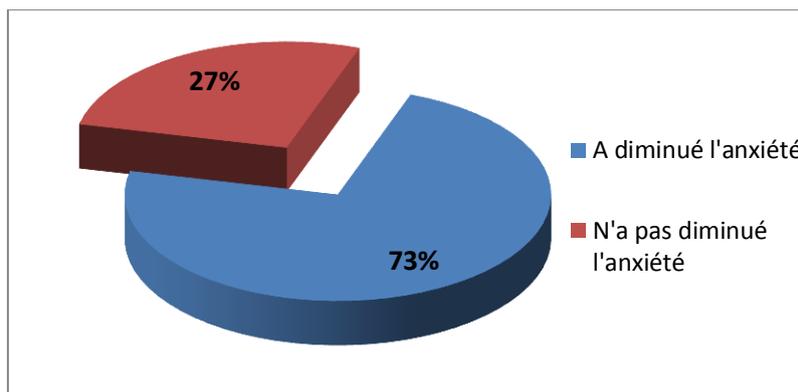
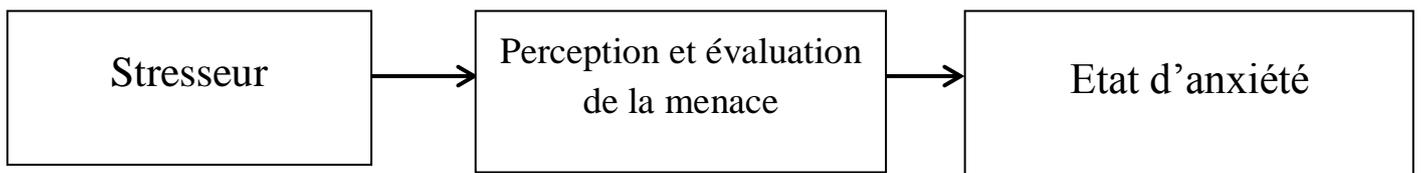


Figure 8 : les effets de la musicothérapie sur l'anxiété lors d'une cystoscopie.

ANNEXE III : Processus d'anxiété de Spileberger (1989)



DIU d'infirmier en endoscopie

Anxiété et cystoscopie : *quand la musique est bonne !*

Mots Clefs : Anxiété – Cystoscopie - Musicothérapie

Résumé :

La cystoscopie est un examen invasif, plus ou moins sensible mais surtout anxiogène pour le patient. Elle est réalisée dans la plupart des cas sous anesthésie locale. Une pré-enquête a révélé que 77 % des patients sont anxieux et/ou angoissés juste avant l'examen. Un patient anxieux pourrait être moins coopératif lors de l'examen mais surtout plus sensible à la douleur.

Hypothèse : l'écoute musicale, dont l'extrait a été choisi parmi un répertoire de musiques douces, diminue l'anxiété du patient externe venant effectuer une cystoscopie souple. L'objectif est d'évaluer l'intérêt de l'écoute musicale dans l'anxiété lors d'une cystoscopie souple ambulatoire sous anesthésie locale.

Il s'agit d'une étude randomisée par tirage au sort, concernant cent-vingt patients candidats à une cystoscopie souple ambulatoire répartis en quatre groupes homogènes.

La méthode consiste à faire choisir au patient un extrait musical parmi un répertoire de musiques douces et de le lui faire écouter à l'aide d'une enceinte.

L'anxiété, la douleur et le ressenti des patients sont évalués par échelle visuelle analogique. Le ressenti de l'équipe soignante est aussi évalué.

La musique, langage universel, peut être comprise et utilisée chez tous les patients quel que soit leur âge, leur sexe et leur nationalité. C'est un moyen simple, peu onéreux, qui permet une relaxation du patient après seulement quinze minutes d'écoute. L'effet est double puisque l'anxiété est diminuée mais aussi l'intensité de la douleur.

Le refrain de la chanson de Jean-Jacques Goldman résume bien ce mémoire :

« *Quand la musique est bonne ...* »