

INTRODUCTION D'UNE ECHELLE DE CONFORT EN SSPI

L. Martin, F. Bernard, H. Musellec, N. Guillou, P. Houssel, C Viro

CHP St Grégoire, Département d'anesthésie réanimation, 35760 Saint Grégoire, France

Emergences : institut de recherche et de formation en communication thérapeutique 6bis av. Louis Barthou, 35000 Rennes, France

Email : lmartin@vivalto-sante.com

I. INTRODUCTION

En France, le décret concernant l'anesthésie de décembre 1994 a instauré une obligation de passage en salle de soins post interventionnelle (SSPI) (1). Les textes de loi et les référentiels d'experts décrivent des obligations de locaux, de moyens matériels et humains. Cette obligation s'est faite grâce à une volonté de recherche de qualité et de sécurité pour les patients : la majorité de nos hôpitaux et cliniques ont un bloc opératoire avec un plateau technique mutualisé et une SSPI centrale où se côtoient des patients ayant bénéficié de différents types d'anesthésie : anesthésie locale avec sédation, anesthésie loco-régionale, anesthésie générale.

La SSPI apparaît donc comme une des dernières salles communes dans nos établissements de soins, salle commune où se côtoient des patients parfaitement conscients et des patients plus ou moins confortables émergeant d'anesthésies plus ou moins longues pour des chirurgies plus ou moins invasives. Aux yeux de nos patients, cette salle commune apparaît comme un environnement étranger et plutôt hostile. Le patient s'y retrouve mis à nu, dépersonnalisé, en position basse, vulnérable. Cette situation est connue pour être un facteur de risque d'une mémorisation confuse anxiogène : les dernières données de recherches chez l'adulte montrent qu'un stimulus désagréable, douloureux peut conduire à la constitution d'une trace mnésique dans le système limbique sous-cortical, indépendamment de tout souvenir cortical conscient de ce stimulus(2). Cette mémorisation est un événement indésirable grave eu égard au risque pour le patient de développer, au minimum une phobie de l'anesthésie, diminuant ainsi son accès ultérieur aux soins et au maximum un syndrome de stress post-traumatique.

Les études internationales publiées ces dernières années ont permis de mieux identifier cet événement indésirable et font état (pour l'ensemble de nos anesthésies) d'une incidence allant de 1 à 2 pour 1000 patients en chirurgie programmée jusqu'à 2 à 3 pour 100 dans les situations à risque (césarienne en urgence, polytraumatisés, intubation difficile).

D'autres éléments dans le parcours de soin du patient contribuent à le mettre en état d'alerte ou transe spontanée négative (3) : véritable état d'hyper-suggestibilité. Dans cet état de transe négative, le patient risque de mémoriser de façon confuse tout ce qui est désagréable : le « n'avez pas peur, vous n'allez pas avoir mal » renvoie inmanquablement à la peur et à la douleur.

La consultation d'anesthésie obligatoire a un contenu assez bien codifié et sert à informer le patient du protocole anesthésique retenu. Ce devoir d'information amène souvent le médecin à communiquer autour de la douleur et des effets indésirables de l'anesthésie. Cependant, c'est par le biais de cette consultation qu'il convient de nouer une relation de confiance, une véritable alliance thérapeutique avec le patient. Dans ce contexte, soigner notre communication pour mieux communiquer dans le soin apparaît comme une évidence, pourtant les outils de communication thérapeutique sont encore très peu enseignés dans nos facultés de médecine... Dans notre société, le thérapeute a le savoir et le pouvoir (position haute) et le malade a ses croyances et sa dépendance (position basse) : notre culture du soin est encore très paternaliste, le soignant sachant par autorité ce qui est bien pour le patient. Cette façon de communiquer ne renforce pas l'alliance thérapeutique et est parfois source d'inconfort et d'incompréhension.

Pour mieux comprendre l'intérêt d'apprendre à communiquer, il me semble aussi très important de préciser la définition donnée par l'OMS de la douleur : « la douleur est une expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel

dommage. » ; nous comprenons bien là l'importance de savoir traiter la composante physique mais également la composante émotionnelle de la douleur. Grâce aux échelles (EVA ou EVN) l'approche standardisée de la douleur a permis une meilleure prise en charge alliant efficacité et sécurité. L'utilisation des échelles a l'avantage d'introduire la notion de nuance : notion beaucoup plus large et plus souple que le « j'ai mal » - « j'ai pas mal ». Néanmoins, dans notre pratique quotidienne, il n'est pas rare d'être appelé au chevet d'un patient pour lequel le protocole analgésique puissant est insuffisant : la composante émotionnelle de la douleur apparaissant au premier plan devant la composante physique. Plusieurs études tendent à prouver que l'empathie seule ne suffit pas, au contraire elle peut même être délétère, augmentant la composante sensorielle et affective de la perception douloureuse (4) : le seul mot « douleur » déclenchant déjà une stimulation des aires cérébrales liées à la douleur. En SSPI, nombreuses sont donc les circonstances contribuant à placer nos patients en état d'alerte : stressés, focalisés sur leur douleur et leur peur : en transe négative.

Depuis maintenant plusieurs années, l'hypnose est apparue comme un outil de communication utile à l'anesthésiste car efficace sur la douleur et l'anxiété (5-8). La neuro-imagerie fonctionnelle a permis d'asseoir scientifiquement l'état hypnotique comme un état de veille particulier (9) : notre conscience n'est pas univoque mais peut donc connaître des états, des fonctionnements variables en fonction des circonstances.

II. LE CONFORT PERI-OPERATOIRE : ETUDE SUR L'INTRODUCTION D'UNE ECHELLE CONFORT.

Actuellement l'anesthésie permet un réveil rapide et contribue à développer les circuits courts nécessaires pour la chirurgie ambulatoire. Pour cette chirurgie, il est important de savoir qu'une corrélation forte existe entre les complications immédiates (douleur-NVPO) et les complications à moyen terme : améliorer la prise en charge des patients en SSPI améliore donc leur convalescence (10). Il ne s'agit plus de gérer seulement le réveil mais d'adapter une prise en charge des différents symptômes liés au réveil : la notion de confort apparaît. Au sein de notre équipe nous avons réalisé une étude :

Objectifs de l'étude :

Transformer l'échelle EVA douleur en échelle EVA confort (hypnose conversationnelle)/Evaluer l'impact de cette transformation sur la quantité de Morphine consommée en SSPI/Evaluer l'impact de cette transformation sur les scores de douleur en SSPI.

Méthodologie :

Etude prospective randomisée sur 3 mois :

- Critères d'inclusion : tous les patients opérés d'une hernie inguinale ou crurale uni ou bi-latérale sous coelioscopie
- Critères d'exclusion : l'impossibilité de communication avec les patients.

2 groupes randomisés :

- 1 groupe EVA douleur classique
- 1 groupe EVA confort (hypnose conversationnelle)
- Critères étudiés : EVA 15' 30' 45' 60' après extubation / quantité de morphine titrée, l'EVA confort est introduite lorsque l'EVA douleur est inférieure à 6.

Résultats :

Les EVA douleur apparaissent différentes significativement entre les deux groupes : dans le groupe confort 87,5 % des patients ont des EVA douleur inférieures à 3 contre 41,7 % dans le groupe témoin.

La quantité de Morphine titrée n'est pas statistiquement différente entre les deux groupes

Discussion :

Notre effectif de patients est modéré : 101 patients.

La quantité de Morphine titrée n'est pas statistiquement différente : la composante physique de la douleur reste la même pour les patients.

La communication thérapeutique avec l'introduction de l'échelle confort semble agir sur la composante émotionnelle de la douleur : l'échelle confort permet de défocaliser l'infirmière et le patient de la douleur : le confort apparaissant comme une notion plus vaste respectant l'intégrité du patient.

Cette analyse du confort pour le patient permet de personnaliser la prise en charge : chaque patient ayant une idée précise de son confort : pour certains, c'est la vue des autres patients qui les gênent, d'autres le bruit des alarmes, l'inconfort du brancard, d'autres encore seront gênés par l'odeur ou le froid de la SSPI.

L'emploi de cette échelle est simple et permet une rapide cohésion d'équipe : sa mise en place ne rencontre pas de difficultés majeures.

Le protocole est le suivant :

1. Après extubation, recueil de l'EVA douleur : la douleur est toujours désignée comme un élément extérieur au patient : le patient n'est pas douloureux mais il a une douleur (langage dissociatif).
2. Injection des antalgiques selon les protocoles en cours, après quelques minutes nous ré-interrogeons sur l'EVA douleur : 2 solutions :
3. Le chiffre n'a pas changé : poursuite de la titration jusqu'à obtention d'une EVA douleur inférieure à 6 (dans notre expérience) ce qui permet d'introduire la notion de confort en cohérence avec l'état émotionnel du patient : effectivement, il paraît incongru de parler de confort lorsque le patient a une EVA supérieure à 6.
4. Le chiffre a diminué au-dessous de 6 : nous pouvons alors amener le patient à s'intéresser non plus à la douleur mais au confort : un langage dissociatif peut permettre d'établir ce type de dialogue : *A combien cotez-vous CETTE douleur ? A 6 ? $10-6=4$, oui ? Cela signifie que sur 10, 4 parties de vous sont confortables ? Je vais encore injecter de la Morphine et quand je vais revenir, vous me direz si votre confort a augmenté ? Quel est le chiffre minimum de confort que vous aimeriez atteindre pour vous sentir bien et regagner votre chambre ?*

Un témoignage d'un membre de l'équipe soignante non formé à l'hypnose est intéressant :
« *C'est très utile et complémentaire avec l'échelle douleur, cela permet au patient de s'éloigner de sa douleur en se projetant sur l'ensemble de son corps* ».

L'empathie seule ne suffit pas à améliorer le confort en péri opératoire : réfléchir et faire réfléchir à ce qui est confortable pour le patient oblige à recentrer la communication et la façon de travailler sur le patient individu à part entière (11-12). La connaissance de l'hypnose permet d'observer l'état de transe spontanée du patient au bloc opératoire et ainsi d'utiliser les outils de communication thérapeutique pour suggérer des choses positives. En pratique, en SSPI, l'observation du patient doit amener le personnel soignant à se rapprocher de lui, à reformuler ses demandes et à utiliser toutes les précautions linguistiques d'une communication devenue thérapeutique : rassurer l'esprit, réassocier le corps et recadrer le temps et l'espace. Chaque patient est unique, il a sa propre histoire, sa propre vision de sa maladie et sa propre idée de son confort. Si son avis n'est jamais sollicité il est difficile d'améliorer son confort (11).

BIBLIOGRAPHIE :

1. **Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.
2. **Yanniv D, Desmedt A, Jaffard R, Richter-Levin Gal.** The amygdala and appraisal processes : stimulus and response complexity as an organizing factor. *Brain Research Reviews* 2004 ; 44 : 149-186
3. **Viroc C, Bernard F.** *Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie.* Paris : Arnette, 2010 : 19-47
4. **Lang E, Hatsiopoulov O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logau H, Kaptchuk TJ.** Can words hurt ? Patient provider interactions during invasive procedures *Pain* 114 (2005) 303-305
5. **Faymonville ME, Boly M, Laurey S.** Functionnal neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol Paris* 2006 ; 99 : 463-469
6. **Faymonville ME, Laurey S, Degueldre C et al.** Neural mechanisms of antinoceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000 ; 92 (5) : 1257-1267
7. **Rainville P, Duncan GH, Price DD et al.** Pain effect encoded in huamn anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997 ; 227 : 968-971
8. **Kupers R, Faymonville ME, Laurey S.** The cognitive modulation of pain : hypnosis and placebo-induced analgesia. *Prog Brain Res* 2005 ; 150 : 251-269
9. **Maquet P., Faymonville ME, Degueldre C., Del Fiore G., Franck G., Luxen A., Lamy M.** Functionnal neuroanatomy of hypnotic state *Biological Psychiatry* 1999 ; 45 : 327-333
10. **Calipel S., Lucas-Polomeni MM, Wodey E., Ecoffey C.** Premedication in children : hypnosis versus midazolam *Paediatr. Anaesth.* 2005 ; 15 : 275-281
11. **Lleu JC., Hamm P., Hartmann G., Jouffroy L., Lleu J., Lupescu R., Pain L.** Le confort de l'opéré en péri opératoire *JEPU* 2007
12. **Richter M, Eck J, Straube T, Miltner H.R W, Weiss T.** Do words hurt ? Brain activation during the processing of pain related words. *Pain* 148 (2010) 198-205