52e congrès national d'anesthésie et de réanimation.
Infirmiers. Infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état
© 2010 Sfar. Tous droits réservés.

Le confort en salle de surveillance post-interventionnelle

J. Golmard, C. Fournier, M. Sukami, H. Keïta-Meyer*

Service d'anesthésie, CHU Louis Mourier 178 rue des Renouillers 92701 Colombes cedex

*Correspondant : hawa.keita@lmr.aphp.fr

POINTS ESSENTIELS

- La notion de confort en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est multidimensionnelle et peut se décliner en confort physique, psychosociologique ou environnemental.
- La première source de nuisance sonore en SSPI correspond aux conversations des équipes soignantes.
- Il existe un faible niveau de preuve concernant les effets bénéfiques de la musique en postopératoire. Elle pourrait dans certaines conditions diminuer l'angoisse et l'intensité de la douleur postopératoire.
- La présence des parents apporte un confort psychologique aux patients en réduisant leur anxiété. Hors contexte pédiatrique, elle se heurte encore actuellement à de nombreuses réticences.
- Le confort thermique en SSPI est au mieux assuré par les systèmes de réchauffement à air pulsé, mais pour les patients normothermes, un simple drap chauffé peut apporter un confort satisfaisant.
- La gestion des flux de patients et l'adéquation entre l'accueil en SSPI et l'activité du bloc opératoire est l'aspect le plus compliqué à maitriser.

INTRODUCTION

La notion de confort en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) englobe différents aspects et peut se décliner en confort physique, psychosociologique ou environnemental. Parmi les éléments pouvant être à l'origine d'un inconfort physique, on peut citer la douleur, les nausées ou encore l'hypothermie. L'anxiété, la promiscuité, le non-respect de l'intimité ou l'absence des familles au réveil peuvent être source d'inconfort psychosociologique. Enfin, des éléments comme le bruit, la forte luminosité, des températures trop basses ou au contraire

trop élevées entrent plutôt dans le cadre de l'inconfort environnemental. Les aspects organisationnels tels que le nombre et le débit de patients peuvent également impacter le confort du patient en postopératoire.

Ce texte discutera certains des aspects du confort en SSPI et les stratégies possibles pour les améliorer comme l'ambiance sonore, le réchauffement des patients, la présence des familles ou encore la gestion des flux de patients.

BRUIT ET AMBIANCE SONORE EN SSPI

Allaouchiche et al. [1] ont montré que le niveau sonore ambiant en SSPI était compris entre 50 et 70 Db. Ce niveau sonore est l'équivalent du bruit de la sonnerie du téléphone de la SSPI, mesuré à 69,5Db. Toujours dans ce travail, l'intensité sonore en SSPI était supérieure à 65Db dans 5% des cas. Dans plus de la moitié de ces cas (56%), ces bruits intenses étaient en lien avec les discussions des équipes soignantes. Les autres sources de nuisances sonores étaient essentiellement liées aux alarmes de surveillance des patients. En plus d'être source d'inconfort pour les patients, le bruit en salle de réveil peut engendrer du stress et de la fatigue pour le personnel soignant.

Une des principales mesures pour réduire cet inconfort sonore serait donc de limiter les conversations en fréquence et en décibels en SSPI. Un autre moyen serait d'avoir recours à des appareils de surveillance avec des alarmes « intelligentes », dont l'intensité sonore serait adaptée à la gravité de la situation.

Quelques équipes ont évalué l'impact de la musique en SSPI sur le confort du patient. Une méta-analyse sur les effets de la musique sur la douleur a été publiée en 2006 [2]. Seules les 11 études portant sur la douleur postopératoire ont permis de montrer un effet bénéfique de la musique. Cet effet, bien que statistiquement significatif, reste limité sur le plan clinique puisqu'écouter de la musique en SSPI ne diminue l'EVA que de 0,5 sur une échelle de 0 à 10. De plus seules les études avec des musiques sélectionnées (ne laissant pas le choix aux patients) et utilisant des écouteurs étaient efficaces pour réduire l'intensité de la douleur. Une revue de la littérature portant sur 42 études retrouve un effet bénéfique de la musique dans un peu plus de la moitié des cas avec une diminution de l'anxiété et de la douleur en postopératoire [3]. Dans ce travail, l'auteur conseille de faire écouter aux patients une musique lente et douce, sans paroles, avec un volume maximal de 60 Db et ce durant au moins 30 minutes.

CONFORT THERMIQUE EN SSPI

Il n'existe que très peu d'études s'intéressant au confort thermique des patients en SSPI. En 2003, dans une enquête menée auprès de 722 infirmières de SSPI, le confort thermique des patients arrivait en tête des préoccupations des infirmières (33%), devant la prise en charge de la douleur postopératoire (18%) [4]. Comparé à un simple drap chaud, un réchauffement avec un système à air pulsé type « bair hugger » offre un meilleur confort thermique et améliore la satisfaction des patients 30 minutes après la mise en place du réchauffement. Pour autant, les mêmes patients interrogés par téléphone 24h plus tard donnaient des scores comparables de confort thermique pour les deux techniques (EN 8,5 versus 8,9 respectivement pour le drap

chaud et le système à air pulsé). Les résultats de cette étude sont cependant à interpréter avec précautions dans la mesure où étaient inclus des patients aussi bien normothermes qu'hypothermes [5]. On retiendra que si les patients arrivent normothermes en SSPI, probablement qu'un simple drap réchauffé peut assurer un confort thermique adéquat.
Une autre étude s'intéressant au réchauffement par un drap chaud semble indiquer que de réchauffer les draps à 66°C offre un meilleur confort immédiat comparé à un drap chauffé à la température de 43°C. Cependant, après 5 minutes la température de tous les draps descendait à 27°C environ [6].

Il est important de rappeler que le confort thermique de l'opéré passe avant tout par la prévention de l'hypothermie au bloc opératoire.

PRESENCE DES FAMILLES EN SSPI

Quelques études bien menées, mais en nombre limité, ont évalué l'impact de la présence des familles en SSPI. Vogelsang en 1987 a montré qu'autoriser les proches à entrer en SSPI permettait de diminuer l'anxiété du patient et celle des proches [7]. Noonan en 1991, rapporte que 89% des patients pensent qu'il est bénéfique pour eux de voir leur famille en SSPI, et 96% des familles pensent que c'est un bénéfice pour leur proche. Dans une étude récente s'intéressant spécifiquement à des enfants de 2 à 9 ans, il a été montré que la présence des parents n'avait pas d'impact significatif sur les pleurs des enfants en SSPI. En revanche, la présence des parents permettait de diminuer les changements comportementaux négatifs de l'enfant 2 semaines après l'intervention [8]. Un article original publié en 2008 décrit bien les réticences qu'il peut exister au sein des équipes soignantes pour laisser entrer les visites en SSPI et comme il est difficile de faire évoluer les mentalités [9]. Les principaux arguments contre la visite des familles en SSPI sont le respect de l'intimité des autres patients, la crainte que les familles assistent à des gestes de réanimation sur leurs proches, qu'il y ait des interférences avec les soins, et enfin le risque d'une prolongation de la durée de séjour en SSPI. Cependant, avec de la motivation et de nombreuses discussions au sein de l'équipe, en trois ans, le pourcentage de parents autorisés à voir leurs enfants en SSPI est passé de 44 à 90% dans cette étude. Ainsi, les mentalités ont changé et de nombreuses personnes réticentes au début sont devenues enthousiastes et en faveur d'un accompagnement des patients par leurs familles en SSPI. La situation semble encore à l'heure actuelle différente en contexte pédiatrique et chez l'adulte. Dans une étude réalisée aux Etats-Unis en 2008, on constate que 75% des centres autorisent les familles à venir voir leur enfant de moins de 3 ans [10], alors que seuls 19% des centres autorisent les familles lorsqu'il s'agit d'un adulte. Il est actuellement bien admis que la présence des parents doit être encouragée lorsque la structure s'y prête [11, 12]. Elle permet de rassurer l'enfant et de supprimer la contention encore trop souvent systématique des jeunes opérés.

AMELIORATION DU FLUX DES PATIENTS EN SSPI

Dexter et al. [13] ont proposé six stratégies pour adapter les flux de patients en SSPI à l'activité du bloc opératoire et éviter que les capacités d'accueil de la SSPI ne soient dépassées. Ces mesures peuvent être regroupées en trois approches. Première approche,

adapter le planning des infirmières de SSPI aux heures de pointe. Cette mesure n'est envisageable que si la SSPI dispose d'un nombre de lit suffisant pour accueillir les patients et que c'est le manque de personnel soignant qui est le facteur limitant à l'accès de la SSPI. Deuxième approche, adaptez le programme opératoire pour faire en sorte que les patients n'arrivent pas tous en même temps en SSPI [14]. Il existe deux stratégies de gestion simples et efficaces du programme pour des structures ayant peu de blocs opératoires. La méthode MIX où on alterne successivement les interventions les plus courtes avec les plus longues en débutant par une intervention courte. L'autre méthode consiste à programmer les patients dans un ordre aléatoire. Cependant, dans les structures possédant 10 salles d'opération, il a été montré dans une étude observationnelle que l'arrivée des patients en SSPI est assez uniforme, équivalente de l'approche aléatoire, et qu'une stratégie de gestion du programme ne permettait d'optimiser le flux des patients en SSPI. Dernière approche, diminuer la durée de séjour en SSPI ou court-circuiter le passage en SSPI (« fast-tracking ») pour certains patients. Dans la mesure où ce sont les incidents, même mineurs, qui surviennent en SSPI qui prolongent la durée de séjour [15], la meilleure façon de diminuer le séjour serait d'éviter ou de limiter ces événements (douleurs, NVPO, agitation…). Il a ainsi été montré que la survenue de NVPO augmente la durée de séjour en SSPI de 24 min [16]. Dans un autre ordre d'idée, l'utilisation de critères de sortie permettant à l'infirmière de salle de réveil de décider elle-même du départ du patient a permis de réduire de 24% la durée de séjour en SSPI (de 133 à 101 min) [17]. Pour autant, une telle prise en charge paraît difficilement transposable en France dans la mesure où l'autorisation de sortie des patients est règlementairement sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur. Enfin, pour le « court-circuitage » de la SSPI, celui-ci ne peut se concevoir que pour les interventions simples et le plus souvent réalisables en ambulatoire. De plus, l'étude de Song montre bien que de ne pas passer les patients par la SSPI ne fait que reporter la charge de travail de la SSPI vers l'unité d'hospitalisation [18].

CONCLUSION

L'amélioration du confort du patient en SSPI passe par une approche multidimensionnelle. Si certains aspects du confort physique, semblent aujourd'hui mieux pris en compte (analgésie, prévention des NVPO), le réchauffement des patients est également un objectif important. Il peut être réalisé par un système à air pulsé mais il semble qu'un simple drap chaud peut apporter un confort thermique quasi comparable au patient lorsqu'il n'est pas hypotherme. Sur les aspects environnementaux des moyens simples comme limiter les conversations des équipes soignantes, principale source de nuisance sonore, permet d'améliorer le confort du patient. Sur les aspects psychosociologiques, autoriser la présence des familles en contexte de pédiatrie mais également pour les adultes a un effet bénéfique pour les patients mais nécessite des adaptations structurelles, souvent un changement de mentalités et d'habitudes des soignants et une éducation des familles. Les aspects organisationnels avec la gestion des flux des patients sont certainement les éléments les plus compliqués à maîtriser. L'ensemble de ces éléments participent au confort du patient, mais il ne faudrait pour autant pas oublier, que le rôle de l'infirmière de SSPI est capital par son comportement en termes d'écoute, de disponibilité, d'empathie et de réassurance pour le patient.

REFERENCES

1) Allaouchiche B, Duflo F, Debon R, Bergeret A, Chassard D. Noise in the postanaesthesia care unit. Br J Anaesth. 2002; 88:369-73.

2) Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev 2006 19:CD004843

3) Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. AORN J. 2008; 87:780-807

4) Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. J Perianesth Nurs. 2004;19:164-73

5) O'Brien D, Greenfield ML, Anderson JE, Smith BA, Morris M. Comfort, satisfaction, and anxiolysis in surgical patients using a patient-adjustable comfort warming system: a prospective randomized clinical trial. J Perianesth Nurs. 2010; 25:88-93

6) Bujdoso PJ. Blanket warming: comfort and safety. AORN J. 2009; 89:717-22

7) Sullivan EE. Family visitation in PACU. J Perianesth Nurs. 2001;16:29-30

8) Lardner DR, Dick BD, Psych R, Crawford S. The effects of parental presence in the postanesthetic care unit on children's postoperative behavior: a prospective randomized, controlled study. Anesth Analg. 2010; 110:1102-8

9) Kamerling SN, Lawler LC, Lynch M, Schwartz AJ. Family-centered care in the pediatric post anesthesia care unit: changing practice to promote parental visitation. J Perianesth Nurs. 2008;23:5-16

10) DeLeskey K. Family visitation in the PACU: the current state of practice in the United States. J Perianesth Nurs. 2009 Apr; 24(2):81-5

11) Fina DK, Lopas LJ, Stagnone JH, Santucci PR. Parent participation in the postanesthesia care unit: fourteen years of progress at one hospital. J Perianesth Nurs. 1997;12: 152-162

12) Hall PA, Payne JF, Stack CG, Stokes MA. Parents in the recovery room: survey of parental and staff attitudes. BMJ. 1995; 310: 163-64

13) Dexter F, Epstein RH, Marcon E, de Matta R. Strategies to reduce delays in admission into a postanesthesia care unit from operating rooms. J Perianesth Nurs. 2005; 20:92-102

14) Marcon E, Dexter F. An observational study of surgeons' sequencing of cases and its impact on postanesthesia care unit and holding area staffing requirements at hospitals. Anesth Analg. 2007; 105:119-26.

15) Bothner U, Georgieff M, Schwilk B. The impact of minor perioperative anesthesia-related incidents, events, and complications on postanesthesia care unit utilization. Anesth Analg. 1999; 89:506-13

16) Habib AS, Chen YT, Taguchi A, Hu XH, Gan TJ. Postoperative nausea and vomiting following inpatient surgeries in a teaching hospital: a retrospective database analysis. Curr Med Res Opin. 2006; 22:1093-9

17) Brown I, Jellish WS, Kleinman B, Fluder E, Sawicki K, Katsaros J, Rahman R. Use of postanesthesia discharge criteria to reduce discharge delays for inpatients in the postanesthesia care unit. J Clin Anesth. 2008; 20:175-9

18) Song D, Chung F, Ronayne M, Ward B, Yogendran S, Sibbick C. Fast-tracking (bypassing the PACU) does not reduce nursing workload after ambulatory surgery. Br J Anaesth. 2004; 93:768-74