



Mon mémoire de recherche en 300 secondes

S. MAQUIGNON (Bordeaux)

L'utilisation d'une procédure type au « Comfort Talk » par toute une équipe paramédicale permettrait-elle de diminuer l'anxiété du patient avant une anesthésie générale dans le cadre de l'accueil au bloc opératoire de chirurgie ambulatoire ?

L'accueil au bloc opératoire est un temps fort et une source d'anxiété pour le patient. L'anxiété préopératoire peut non seulement majorer le risque de complications post-opératoires mais aussi favoriser le développement de troubles comportementaux et émotionnels [1]. Elle est une source d'inconfort pour le patient et peut avoir des répercussions sur sa prise en charge anesthésique et chirurgicale.

Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé impose l'utilisation d'une check-list au bloc opératoire afin d'améliorer la gestion des risques pour le patient. Ces vérifications d'usage peuvent souvent exacerber l'angoisse du patient [3]

La revue de la littérature a permis d'identifier plusieurs stratégies pour diminuer l'anxiété préopératoire. Si ces techniques semblent être efficaces, la communication semble être le seul moyen sur lequel le soignant peut s'appuyer pour rassurer tous les patients. Plusieurs articles parus dans des revues scientifiques traitent notamment d'une communication entre soignant et soigné basée sur les principes de l'hypnose conversationnelle mais sans aucune évaluation scientifique. Seule la radiologue américaine Elvira Lang a développé et évalué entre 2000 et 2009 dans le cadre de la radiologie interventionnelle, une technique de communication basée sur ces mêmes principes qu'elle nomme le « Comfort Talk » [2-5] : il s'agit d'une communication centrée sur le patient utilisant un langage directement emprunté à l'hypnose. Elle a mené trois études prospectives randomisées entre 2000 et 2008 incluant 700 patients devant subir des procédures de radiologie invasives. Dans ces trois études, les patients ont été randomisés en trois groupes : un groupe recevant les soins avec une communication standard, un groupe avec une communication empathique de type « Comfort Talk » et un troisième groupe bénéficiant d'une technique croisée de « Comfort Talk » et autohypnose. Dans le deuxième et le troisième groupe, les soignants expliquent le soin en prenant en compte le canal sensoriel principal du patient (technique du VAKOG) et en évitant les suggestions négatives (Comfort Talk). Pour le troisième groupe, ils ajoutent la lecture d'un court texte standardisé pour permettre au patient d'atteindre un état d'autohypnose. L'évaluation de la douleur et de l'anxiété est faite par le patient toutes les 15 minutes par une échelle numérique. Les scores diminuent dans les trois groupes au cours de la procédure. Pour l'anxiété, le score varie entre 4 à 7 dans le groupe avec une communication standard, entre 2 à 4 dans le groupe « Comfort Talk » et entre 0 à 3 dans le groupe « Comfort Talk » et autohypnose. Ces études ont permis d'évaluer l'importance de la communication dans le soin sur l'anxiété du patient dans le cadre de la radiologie interventionnelle. Cette technique de communication « Comfort Talk » est aussi évoquée

par une étude Portugaise [5] qui a pour cadre la chirurgie ambulatoire. Une infirmière a été formée à cette technique de communication pour donner aux patients les informations et les consignes préopératoires. 104 patients ont été randomisés. Ils ont été divisés en 2 groupes. Les résultats de cette étude sont comparables à ceux obtenus par le Dr Elvira Lang. L'originalité du projet sera de montrer que cette technique de communication utilisée par toute une équipe paramédicale dans le cadre du bloc opératoire peut diminuer l'anxiété du patient dans la période péri opératoire et ainsi diminuer tous les risques inhérents à celle –ci.

Choix méthodologique et population de l'étude

Le schéma d'étude est une étude pilote de type avant/après la mise en place d'une intervention de type « Comfort Talk ». Une auto évaluation de l'anxiété sera demandée au patient à son arrivée dans le service (T0), lors de son accueil en pré anesthésie (T1), avant la pose de la voie veineuse périphérique (T2), avant l'induction anesthésique par l'équipe du bloc opératoire (T3). Cette évaluation sera faite avec l'aide d'une réglette graduée EVA : l'infirmier(e) présente la réglette au patient du côté non gradué, le curseur étant placé au milieu. A une extrémité, il est écrit « pas d'anxiété » et à l'autre extrémité, « terrifié ». Le patient déplace alors le curseur à son gré et l'infirmier(e) relève alors précisément le chiffre décimal correspondant du côté gradué. L'évaluation de l'anxiété sera aussi affinée par l'échelle APAIS à l'arrivée du patient dans le service.

La fréquence cardiaque et la pression artérielle seront mesurées avant la pose de la perfusion ainsi qu'à l'arrivée au bloc opératoire. La dose de médicament hypnotique sera aussi relevée. Enfin, l'infirmier(e) en salle de de soin post interventionnelle (T4) évaluera la qualité du réveil et le notera : calme, agité ou douloureux. La douleur sera aussi évaluée par l'EVA de douleur et notée après l'extubation et avant le départ du patient.

L'heure d'entrée et de sortie sera notée pour permettre de connaître la durée moyenne de séjour du patient dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Les patients en chirurgie ambulatoire sont habituellement rappelés le lendemain (T5) par une infirmière. Cette appel téléphonique sera l'occasion d'interroger le patient à l'aide d'un questionnaire- sur son ressenti lors de l'accueil au bloc opératoire.

Ce questionnaire préalablement testé regroupera des questions ouvertes et fermées , et permettra de connaître le ressenti et le vécu du patient pendant son séjour dans l'unité de chirurgie ambulatoire.

Critères d'inclusion

Cette étude se concentrera sur des patients adultes francophones sans déficience visuelle ou auditive devant subir une chirurgie en ambulatoire sous anesthésie générale. Ils seront ainsi en capacité de donner leur consentement libre et éclairé.

- Critères de non inclusion
 - Les patients devant subir une chirurgie sous anesthésie loco-régionale. En effet, le turn over des anesthésistes et étudiants étant trop important, il serait difficile de pouvoir tous les former à la technique « Comfort Talk ».

L'anesthésie loco-régionale entraîne en outre un stress supplémentaire pour le patient parce qu'elle implique un geste invasif et que le patient reste conscient tout au long de la chirurgie.

- Les patients dont la chirurgie a pour but de diagnostiquer une maladie grave, de type cancer : l'anxiété -inévitabile et paroxystique- associée à l'attente de diagnostics aussi lourds fausserait l'étude.
- Les patients ayant reçu un traitement anxiolytique la veille ou le jour de l'intervention, ou ayant un traitement d'antidépresseurs en cours seront également écartés.

La durée de l'étude est évaluée à 24 mois.

- Une phase « avant » d'une durée de 6 mois pour l'inclusion des patients et le recueil des données avant la mise en place de la technique dans le service.
- Une phase de 6 mois dédiée à la formation de l'équipe paramédicale et à l'expérimentation de la technique « Comfort Talk »
- Une phase « après » d'une durée de 6 mois pour l'inclusion des patients et le recueil des données après la mise en place de la technique dans le service.
- Une dernière phase de 6 mois consacrée à l'analyse des données

Objectifs et critères d'évaluation

L'objectif de cette recherche sera d'évaluer l'impact d'un accueil utilisant une procédure de communication standardisée « Comfort Talk » sur l'anxiété du patient durant la période péri-opératoire.

Objectifs Secondaires :

Les objectifs secondaires seront de démontrer qu'une ambiance de type « Comfort Talk » améliore

- la qualité de l'induction anesthésique (hémodynamique et doses d'anesthésique à l'induction)
- la qualité du réveil et la diminution des douleurs post opératoire
- la durée de séjour dans l'unité.

- La relation soignant/soigné
- La communication au sein de l'équipe

Critère d'évaluation principal

Parmi les différentes échelles d'évaluation de l'anxiété rencontrées dans la littérature scientifique, l'EVA est la plus simple et rapide d'utilisation. Une auto-évaluation de l'anxiété sera demandée au patient à son arrivée dans le service (T0), lors de son accueil en pré-anesthésie (T1), après la pose de la voie veineuse périphérique (T2), après l'accueil par l'équipe du bloc opératoire (T3).

Le critère de jugement principal sera l'EVA à T3.

Critères d'évaluation secondaires

Afin de compléter l'évaluation de l'anxiété, l'échelle APAIS permettra d'affiner l'appréciation de l'état psychologique du patient avant l'intervention et de stratifier la randomisation. La fréquence cardiaque et la pression artérielle seront mesurées avant la pose de la perfusion ainsi qu'au bloc opératoire. La dose de médicament hypnotique administrée sera aussi relevée. Ces données seront le reflet de la qualité de l'induction anesthésique. L'infirmier(e) en SSPI (T4) évaluera la qualité du réveil et la douleur évaluée par l'EVA de douleur. La durée de séjour sera notée. Lors de l'appel du lendemain L'IDE interrogera le patient (T5) grâce à un court questionnaire sur son ressenti lors de l'accueil au bloc opératoire.

Un focus groupe animé par un anthropologue avant et après la formation de l'équipe permettra d'évaluer le ressenti de l'équipe.

Résultats et retombées attendus

Cette étude pilote va permettre d'évaluer l'anxiété du patient lors de son accueil au bloc opératoire et de montrer que la communication soignant /soigné peut la modifier. L'évaluation sera faite par un outil connu de tous les participants et d'utilisation rapide. L'équipe sera formée en partie par deux membres de l'équipe formée à l'hypnose par un DU sur un temps dédié. L'investigateur principal de l'étude est titulaire d'un DU de recherche en sciences infirmières et paramédicales et d'hypnose médicale.

L'équipe paramédicale, en modifiant sa relation avec le patient par cette technique de communication « confort Talk », devrait diminuer significativement l'anxiété du patient et ainsi lui permet de mieux vivre son séjour au bloc opératoire et ainsi de diminuer les complications post opératoire inhérents à cette anxiété. Le recours à cette technique permet

en outre une meilleure adhésion aux soins, une diminution de la douleur postopératoire et donc une diminution du temps de séjour dans le service de chirurgie ambulatoire.

Si cette étude démontre que les techniques inspirées du « Comfort Talk » améliore la qualité de la prise en charge et du vécu des patients, il est logique de penser que la généralisation de son utilisation ne pourra qu'être bénéfique : en permettant de limiter la consommation de médicament hypnotique, en garantissant moins d'anxiété et de fait un réveil plus rapide et plus calme, en limitant la douleur post-opératoire et d'avoir un impact sur la diminution de la durée des séjours.

Cette étude pilote pourrait permettre d'envisager Un essai en deux bras parallèles avec une randomisation en cluster permettant d'obtenir un plus grand niveau de preuve. La mise en œuvre impliquerait d'inclure un grand nombre de service.

L'enseignement de ces techniques pourrait ainsi se généraliser au sein des centres de formation du personnel médical et paramédical. Ainsi, cette technique pourrait être étendue aux patients devant subir une anesthésie locorégionale, l'anxiété étant aujourd'hui le principal facteur d'échec pour cette technique d'anesthésie.

Les résultats de cette recherche pourraient servir de base de travail pour envisager une éventuelle évolution de la check-list HAS. Ainsi l'élaboration de recommandations pour son utilisation basée sur la communication et l'échange avec le patient permettrait de dédramatiser son contenu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. - L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention Annales Médico Psychologiques.2010 ; 168 :588_592**
- 2. Wattier J.-M, Barreau O, Devos P, Prevost S, Vallet, B, Lebuffe G. Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation,2011 ; 30(7-8), 533–537**
- 3. Lang EV, Hasiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logan H, Kaptchuk TJ - Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain.2005; 114:303-9**
- 4. Besson G. L'accueil au bloc opératoire: dix secondes, quatre phases .Inter bloc; 2010;29(3):197-8**
- 5. Peireira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho P I. Preoperative anxiety in ambulatory surgery :the impact of an empathic patient-centred approach on psychological and clinical outcomes. Patient and education counseling.2016 ;99 :733-38**
- 6. Lang EV. A better patient experience through better communication. Journal of radiology nursing.2012;31(4):114-9**