

On évoque souvent le fait que les patients de nature anxieuse, sujets au stress, aient de l'algodystrophie. Serait-il possible de prévenir cette complication par un comportement adapté de l'équipe soignante ?

Avec une meilleure communication, le patient se sent mieux

La satisfaction des patients fait désormais partie de la définition de la qualité des soins. Aux Etats-Unis, depuis 2012, la qualité et la satisfaction du patient sont prises en compte pour le remboursement des hôpitaux par Medicare.¹

Des études ont montré qu'une bonne communication soignant-soigné est un facteur-clé, qui favorise une meilleure évolution de l'état des patients et alimente leur satisfaction. Les dangers d'une communication médiocre sont clairs, mais n'oublions pas qu'elle constitue dans 80 % des cas la raison principale à l'origine d'une action en justice.

Il est difficile de définir ce qu'est une « bonne communication », d'autant que certains codes de communication professionnelle admis de longue date se sont montrés contre-productifs.

Concernant la douleur, les questions posées aux patients seront par exemple « Les soignants ont-ils tout mis en œuvre pour soulager votre douleur ? », tout, c'est-à-dire les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques, y compris la manière de parler au patient. Dans [son étude de 2005](#), (« [Les mots peuvent-ils faire mal ?](#) » cf [infra](#)) l'auteure montre que le fait d'avertir un patient d'une douleur à venir peut avoir l'effet inverse de celui recherché.

Une série d'études portant sur des centaines de patients a permis de mettre en évidence des méthodes efficaces et que l'on peut enseigner² : l'approche « Comfort Talk™ comprend des techniques de mise en relation rapide, des styles de parole « orientés patient », l'utilisation de l'hypnose conversationnelle, la mise en mot adéquate de suggestions, et la possibilité de lire des scripts d'autohypnose.

La clé de la réussite est « d'aider le patient à s'aider lui-même ».

Selon l'auteur, le contenu de ce qui est dit n'est pas la priorité, mais il est essentiel de créer une relation et de s'adapter au mode de communication préféré du patient. De même, l'empathie n'est positive que si elle est canalisée pour aider le patient. Le premier contact est primordial, comme l'ont montré [3 grandes études prospectives randomisées](#) (cf [infra](#)) chez plus de 700 patients.

En fait, ce sont les premières minutes de la relation qui comptent. Un lien se crée lorsque les gens sentent qu'ils ont quelque chose en commun. Chacun a une dominante dans son rapport au monde : visuelle, ou auditive, ou gustative, etc. (modèle VAKOG). Certains aiment la proximité avec les autres, certains la distance. Il s'agit pour le soignant de répondre au comportement initial du patient, à sa disposition naturelle et à son rythme. Cette synchronisation – hausser la voix si le patient parle fort, par exemple – crée le lien qui permettra ensuite d'utiliser un ton plus bas.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que le contact du regard et les mouvements oculaires sont souvent mal interprétés. Dans certaines cultures, le regard direct est gênant, voire insultant. En réalité, les mouvements oculaires sont en grande partie involontaires, mais ils sont souvent interprétés au négatif (comme un évitement). Les personnes plutôt « auditives » regardent à gauche ou à droite de la personne, non pas pour éviter son regard mais pour mieux l'écouter.

Les suggestions négatives, du type « cela ne fait pas vraiment mal » peuvent entraîner une augmentation de la douleur ou de l'anxiété. Il suffit de dire ce que l'on va faire, sans autre promesse ou prédiction.

Enfin, il peut être utile de lire un script d'autohypnose, avec des mots adaptés, par exemple pour un examen long (IRM, biopsie). Cela prend au maximum 3 minutes, et permet ensuite de gagner du temps en salle.

Cet ensemble de techniques permet une interaction mutuellement satisfaisante pour le patient et pour le soignant. Les actes médicaux ou soignants se déroulent ainsi avec plus d'efficacité et de confort.

¹ Système d'assurance-maladie américain.

² Lang, E.V., et al., Interpersonal and communication skills training for radiology trainees using a rotating peer supervision model (microteaching). Acad Radiol, 2005. 12(7) : p. 901-8.

« Les mots peuvent-ils faire mal ? Interactions patient-soignant durant les soins invasifs »

Notes rédigées à partir de l'article :

« *Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures* » - Pain, 2005, n°114, pages 303-309
Elvira V. Lang, Olga Hatsiopoulou, Timo Koch, Kevin Berbaum, Susan Lutgendorf, Eva Kettenmann, Henrietta Logan, Ted J. Kaptchuk*

Mots-clés : Douleur ; Anxiété ; Gestes « invasifs » ; Radiologie ; Sédation ; Communication

Résumé

Lors de la relation patient/soignant, la communication est de plus en plus capitale dans la prise en charge et le traitement de la douleur. Cette étude évalue l'impact des mots sur la perception de la douleur et l'anxiété des patients, lors de soins invasifs.

Les interactions des patients avec les soignants lors d'actes de radiologie interventionnelle ont été enregistrées par vidéo. 159 vidéos ont été passées en revue et comparées à enregistrements d'études précédentes. Tous les patients avaient une PCA de Fentanyl (50µ) et midazolam (1mg)

Ont été inclus 83 femmes, 76 hommes, moyenne d'âge 57 ans, [18-92] 139 concernait des actes vasculaires, 20 des interventions rénales percutanés. L'acte radiologique a duré en moyenne 81 minutes. Les patients ont été randomisés en 2 groupes : Groupe "prise en charge standard" (n= 79) ou groupe " avec attention structurée" (n= 80) Les patients du groupe standard ont été pris en charge par les infirmières du service. Dans le groupe "avec attention structurée", un soignant supplémentaire adoptait un comportement d'attention structurée standardisé, divisé en huit composantes :

- correspondance avec le modèle de communication verbal du patient,
- correspondance avec le modèle de communication non-verbal du patient,
- écoute attentive,
- disposition pour favoriser la perception du contrôle,
- réponse rapide aux demandes du patient,
- encouragements,
- utilisation de mots descripteurs émotionnellement neutres ;
- le soignant évitait enfin toute suggestion chargée négativement.

La douleur et l'anxiété ont été évaluées par le patient lui-même avec une échelle numérique (0-10) avant et après l'acte, toutes les quinze minutes [0 = Pas du tout de douleur/Pas du tout d'anxiété, et 10 = pire douleur possible /Terrifié.]

Une base de données avec les mots et expressions "chargés négativement" a été établie. 3 "chercheurs" indépendants ont visualisés les vidéos.

Résultats :

33 patients ont été confrontés à 86 suggestions chargées négativement, avant ou après un stimulus (une piqûre par exemple). Ces 86 suggestions chargées négativement se composaient de 41 avertissements comme l'expression "attention à la piqûre" et 45 marques de compassion après l'acte, comme "est-ce que cela a fait mal ?" 95% de ces avertissements et 40% des marques de compassion relevées ont été prononcés sans aucune sollicitation verbale ou comportementale de la part du patient.

Le fait d'avertir le patient d'une douleur ou de sensations indésirables a engendré une douleur plus forte ($P < 0,05$) et une anxiété plus importante ($P < 0.001$) que si on ne l'avait pas fait.

Le score de la douleur est à 3,9 /10 versus 2,8 et de 4,4/10 versus 3,2 pour l'anxiété.

Cela suggère que faire des suggestions chargées négativement est plus vraisemblablement une habitude de certains soignants qui croient en leurs effets positifs, plutôt que quelque chose que tous les soignants font quand cela est demandé par le patient. De la même manière, compatir avec le patient après un acte douloureux n'a pas augmenté la douleur rapportée par le patient ensuite, mais a entraîné une plus grande anxiété ($P < 0.05$).

Conclusion :

Contrairement à la croyance générale, avertir ou compatir en utilisant un langage faisant référence à des expériences négatives ne semblerait pas aider les patients à se sentir mieux. Cette conclusion a des implications pour la formation dans le domaine des compétences de la communication.

Discussion :

Si avertir et compatir avec un langage chargé négativement augmente la douleur durant les soins, alors comment devrions-nous communiquer avec les patients ? Cela pose un dilemme éthique. Les médecins et infirmières ont besoin de fournir l'ensemble de l'information nécessaire, préparer leurs patients pour les stimuli liés aux soins, et évaluer leur niveau de stress. Ils ont également le devoir de réduire la douleur et d'éviter toute anxiété excessive. Comment pouvons-nous alors informer, préparer et évaluer si ce processus peut lui-même augmenter la douleur et l'anxiété ? De nombreuses études mettent en évidence le besoin de re-examiner les interactions patient-soignant et d'évaluer les pratiques.

Notes rédigées par Romain Thibault, Patricia Cimerman et Ricardo Carbajal (CNRD)

Effets de l'hypnose et de l'empathie sur l'anxiété et la douleur

Les travaux de l'équipe d'Elvira Lang, radiologue à Boston, constituent une base scientifique précieuse. Ses essais randomisés prospectifs, sur de larges séries de patients, analysent les effets de l'hypnose et des attitudes empathiques sur l'anxiété et la douleur. Retour sur quelques publications.

Dans le domaine de l'imagerie, les actes « mini-invasifs » se substituent de plus en plus à la chirurgie. Il est alors possible de se passer d'anesthésie générale, mais au risque d'une anxiété majeure pour le patient, auquel il ne sera plus capable de faire face.

Ceci justifie la prescription de médicaments d'analgésie-sédation, mais aussi de méthodes non-pharmacologiques ciblant la composante émotionnelle de la douleur.

La plupart des publications de l'équipe Lang EV. et coll. reposent sur trois grands essais menés dans les années 2000. Le schéma commun de ces essais consiste à comparer l'évolution des scores de douleur et d'anxiété au cours du soin entre trois groupes tirés au sort, respectivement soumis soit à :

- **la procédure habituelle « standard »**, constituée d'une analgésie-sédation médicamenteuse (fentanyl et midazolam), sans accompagnement relationnel.

- en plus de la procédure « standard », le développement de la part d'un assistant de recherche d'un **comportement empathique standardisé**, qui consistait par exemple à s'adapter au mode de communication du patient, à l'écouter attentivement, lui répondre rapidement, l'encourager, lui donner la sensation de contrôler la procédure (« faites-nous savoir à tout moment ce que nous pourrions faire pour vous »), éviter les formules chargées négativement (« vous allez sentir une sensation de brûlure »), ou utiliser des formules neutres émotionnellement (« ceci est l'anesthésie locale »)

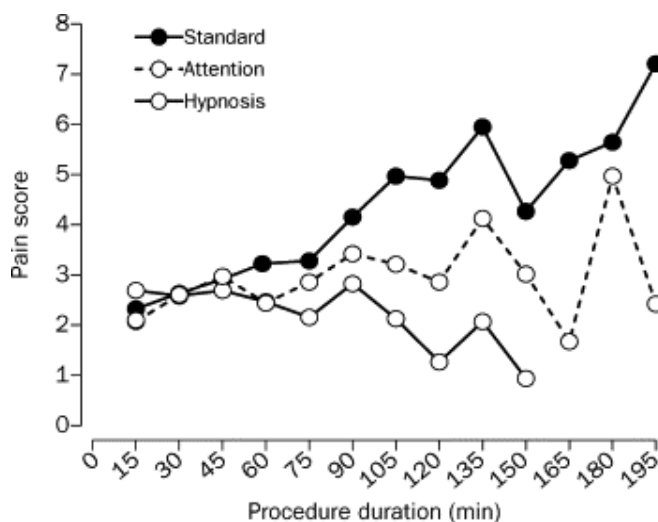
- en plus du comportement empathique, la lecture d'un script d'induction hypnotique standardisé, et si besoin adapté à la douleur, l'anxiété ou les préoccupations du patient. Ce texte suggérait de convertir l'inconfort ressenti en une sensation de chaleur, de froid ou de picotements. Il s'agissait d'inciter le patient à mettre de côté ses préoccupations ou ses craintes, et à l'encourager ensuite à développer un imaginaire propre, dans une démarche de **relaxation auto-hypnotique**.

Nous résumons ici les principaux résultats obtenus.

1 - **Une série de travaux** a étudié la douleur et l'anxiété au cours des **techniques interventionnelles vasculaires et rénales percutanées**. Les influences du sexe et de l'âge ont été analysées. Dans une première étude randomisant 241 patients et publiée en 2000 (1), la prise en charge standard mettait en évidence une **augmentation des scores de douleur et d'anxiété en fonction du temps pendant l'acte**, avec une consommation de plus fortes doses de médicaments antalgique et sédatif. A l'inverse, l'utilisation de **techniques d'hypnose réduisait la durée de la procédure**, et diminuait les scores de douleur au cours du temps (figure 1).

L'anxiété diminuait au cours de la procédure, avec une tendance plus marquée pour le groupe « hypnose ».

Chez les hommes, l'ajout d'un simple soutien empathique (sans technique d'hypnose) permettait une réduction des doses médicamenteuses, et chez les femmes, une diminution des scores de douleur et d'anxiété (2).



D'après Lang EV. Lancet 2000

En l'absence de trouble cognitif, l'âge n'avait pas d'influence sur la susceptibilité à l'hypnose (« l'hypnotisabilité »), qui était évaluée par l'échelle Hypnotic Induction Profile – HIP (3). On n'a pas mis en évidence de lien entre l'hypnotisabilité et les scores de douleur et d'anxiété en fin de procédure, ni avec la consommation de médicaments (4). Avec l'hypnose, on obtenait un meilleur contrôle de la douleur et de l'anxiété, et plus rapidement, ainsi qu'une diminution de la consommation médicamenteuse, donc des désaturations en oxygène. La durée des soins était plus courte chez les patients sous hypnose. Ainsi, l'âge ne diminue pas les bénéfices d'une analgésie basée sur l'hypnose au cours de procédures percutanées. En réduisant la consommation médicamenteuse, l'hypnose est à même de réduire les risques de complications au cours du geste, comme la toxicité médicamenteuse ou les AVC auxquels les personnes âgées sont exposées.

L'évaluation de l'état d'anxiété des patients a pu être réalisée grâce à un score diagnostique : le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) conçu par Spielberger CD. en 1980. Les patients avec initialement des scores d'anxiété élevés connaissaient des durées de soin plus longues, avec une consommation plus importante de sédatif et d'antalgique. Correctement identifiés, ces patients étaient ceux qui tiraient le plus grand bénéfice de l'hypnose (5).

L'exploitation de données vidéo rattachées à cet essai a ensuite permis d'associer des scores de douleurs plus élevés à l'emploi de mots et expressions chargées d'affects négatifs (6) puis, plus tard, de définir des techniques de mise en relation soignant/soigné (7).

2 - En 2006, une étude concernant la macrobiopsie du sein guidée par l'imagerie (Mammotome®) s'est appuyée sur un schéma similaire (8) avec 240 patients. Chez les femmes subissant cet examen, on notait déjà des scores d'anxiété élevés dès le début de la procédure, en lien avec la gravité potentielle du diagnostic et les contraintes de l'installation. Les scores d'anxiété augmentaient dans le groupe « standard », restaient stables dans le groupe « empathie », et diminuaient dans le groupe « hypnose ». Les scores de douleur étaient en hausse dans les 3 groupes, mais de façon moins marquée dans les groupes empathie et hypnose.

3 - La capacité de la relaxation hypnotique à diminuer les scores de douleur et d'anxiété au cours de procédures endovasculaires (cf. supra) a conduit Lang EV. et coll. à s'intéresser à des gestes plus invasifs : les traitements anti tumoraux percutanés, embolisations et ablations par radiofréquence, sur 201 patients(9).

En particulier, la recherche d'effets indésirables, voire de complications, portait sur les signes cardiovasculaires :

- hyper- ou hypotension artérielle
- tachy- ou bradycardie, arythmie
- hypoxie (désaturation <90%)
- douleur thoracique, dyspnée

L'hypnose, comme attendu, diminuait de façon significative la douleur et l'anxiété, mais la constatation d'une **augmentation de la fréquence des complications dans le groupe « empathie »**, a dû interrompre l'étude. Manifester de l'empathie ne paraît donc pas approprié dans ce contexte clinique. Par exemple commenter la situation en compagnie du patient peut conduire à un **effet nocebo** par l'utilisation de termes qui centrent l'attention du patient sur l'acte en lui-même, appelant des affects négatifs.

L'hypnose, à l'inverse, autorise le patient à dissocier ses émotions du contexte vécu.

Les interactions entre anxiété et douleur sont bien mises en évidence par ces travaux. Si la douleur provoquée par les soins est souvent décrite comme aiguë, nous avons ici des exemples de procédures diagnostiques et thérapeutiques qui ont des durées pouvant aller de 1h30 à 3h00. Or les méthodes statistiques **d'analyse en fonction du temps** qui ont été utilisées dans ces études s'avèrent complexes, nécessitant des effectifs et des moyens importants.

Comme on le voit, il est impossible de généraliser les résultats d'une étude, même bien étayés, à des contextes différents. Comme nous le rappellent Lang EV. et coll. dans leur dernier article, il semble souhaitable de définir, en matière de douleur et d'anxiété, des paramètres valides, fiables et simples à recueillir (10). Ainsi, dotées d'outils communs, donnant des résultats comparables entre eux et adaptés aux méta-analyses, les équipes pourront évaluer efficacement leurs pratiques et les améliorer.

Voir aussi :

[Problématique de la douleur en radiologie](#), 8^e journée du CNRD

[Expérience du service d'imagerie du CH d'Annecy](#) en collaboration avec le CNRD

Synthèse réalisée par Dr. Frédéric Maillard