

Evaluation du toucher comme moyen de prévention de la douleur provoquée par l'ablation du drain de redon après prothèse de hanche

A.Guion*, I. Roy*, C. Buccini*, B. Delahousse*, G. Larquier*, A. Carre*, C. Guion*, I. Collet*, ML. Phèdre*, J. Verneau*, H. Ngoy*, C. Potier*, S. Agostini*, M. Uzelac*, P. Jouffroy*, M. Bouchoucha*, E. Guillemin*, M. Cochard, M. Galinski***, P.Thibault**.

*Infirmières, Aides Soignantes, Cadres infirmiers, Médecin du service d'orthopédie, Groupe Hospitalier Saint Joseph, Paris 75014

**Commission infirmière de la SFETD, Paris

***CNRD, Hopital Trousseau, Paris 75012

INTRODUCTION

Les patients opérés d'une Prothèse Totale de Hanche (PTH) ont un redon. Ils redoutent souvent l'ablation du drain, geste fréquent lors des interventions chirurgicales en orthopédie. Ce geste rapide peut provoquer une douleur aiguë par excès de nociception. A cette douleur s'ajoutent celles liées à l'ablation et la réfection du pansement, ainsi qu'à la mobilisation que peut nécessiter ce soin. En cas de PTH, le redon est enlevé le 2^{ème} jour post-opératoire lors de la réfection du 1^{er} pansement.

Dans une étude préliminaire nous avons mesuré l'intensité de la douleur associée au retrait du redon chez 30 patients recevant une analgésie médicamenteuse standard (Paracétamol, AINS). En effet, il n'existe pas à notre connaissance de référence concernant les scores d'évaluation de la douleur pour ce soin.

16/30 (53%) patients ont présenté un score de douleur $\geq 4/10$ sur l'échelle numérique (EN).

Compte tenu de ces résultats, ce geste justifie donc une prise en charge antalgique spécifique. Classiquement celle-ci consiste en l'administration de produits médicamenteux qui pourrait être renforcée par l'introduction de moyens non pharmacologiques. Parmi ces moyens, le toucher conscient est une technique décrite par plusieurs auteurs et qui semble pouvoir s'adapter à ce geste. Il s'agit d'un type de toucher pendant lequel un soignant fixe son attention à différents temps de l'acte sur sa relation tactile avec le patient, dans le but de diminuer la douleur pendant qu'un autre soignant réalise le soin.

Place du toucher lors des soins

Généralement, le toucher est avant tout un moyen de communication non verbale qui implique une dimension relationnelle, d'écoute dans la réalisation du soin . Une relation de confiance s'instaure alors entre le soignant et le soigné souvent indispensable pour favoriser un soulagement rapide. Le toucher est utilisé couramment et depuis longtemps par les soignants comme vecteur de détente, de mieux-être et de prévention de la douleur chez le patient. Cette technique pourrait être efficace. Tout professionnel amené à exécuter un soin à un patient a recours au toucher pour le réaliser. Comme le souligne E. Malaquin-Pavan « *les infirmières et les aides-soignantes sont d'autant plus concernées par le toucher que plus de 85% des soins infirmiers nécessitent d'y avoir recours* ». [1]

C'est un outil simple d'utilisation, complémentaire des antalgiques, pour une meilleure prise en charge de la douleur.

Plusieurs mécanismes ont été évoqués pour expliquer un éventuel effet antalgique : les stimulations non nociceptives cutanées activent les fibres de gros diamètre ($A\beta$) et vont inhiber la transmission des stimulations nociceptives (véhiculée par les fibres de petit diamètre $A\delta$ et C). Au niveau médullaire (théorie du *gate control*), il y aurait une diminution des réflexes moteurs (augmentation du tonus musculaire) et sympathiques (vasoconstriction puis vasodilatation) dans le territoire douloureux et libération d'endorphines par le toucher [2].

Une étude suédoise [3] a démontré qu'une simple caresse peut soulager la douleur. A notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à présent mesuré l'impact du toucher sur l'intensité de la douleur lors du retrait d'un redon.

Objectif:

L'objectif principal de cette étude était de mesurer l'impact du toucher sur la douleur provoquée par le retrait d'un redon après chirurgie pour pose de prothèse de hanche.

METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée, en simple aveugle et monocentrique.

Cette étude a été réalisée entre le 01 janvier et le 30 juin 2011.

Ethique

Le comité d'éthique du Groupe Hospitalier Saint Joseph a rendu un avis favorable pour le déroulement de cette étude.

Un consentement de participation signé a été demandé à chaque patient avant son inclusion dans l'étude.

Critères d'inclusion

- Patients de 50 à 85 ans pris en charge en orthopédie et ayant bénéficié d'une pose de prothèse totale de hanche
- Patients bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale ou ayant droit (sauf AME)
- Patients ayant signé le consentement
- Intensité de la douleur spontanée (avant le soin) inférieure à 3/10

Critères de non-inclusion

- Patient septique
- Douleur chronique ou traitement antalgique chronique
- Douleur neuropathique
- Patient incapable d'évaluer l'intensité douloureuse avec l'EN
- Réalisation d'une analgésie locorégionale
- Obésité (BMI > 35 kg/m²)

La méthode d'allocation des patients aux groupes avec toucher et sans toucher a été réalisée par une personne extérieure au service, un numéro correspondait au groupe sans toucher ou avec toucher.

Une table de nombres aléatoire a déterminé la séquence de randomisation utilisant un schéma strict afin d'assurer une répartition égale en nombre entre les deux groupes. Le nom du groupe à assigner était contenu dans une enveloppe cachetée ouverte au moment de l'inclusion. Les patients éligibles après inclusion appartenaient soit au groupe « Toucher » GT, soit groupe « Sans Toucher » G ST.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'intensité douloureuse lors du retrait du redon. La douleur était mesurée avec une échelle numérique (EN) de 0 à 10. Il était demandé au patient

le niveau de douleur entre 0 et 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte qu'il puisse imaginer. L'évaluation de l'intensité de la douleur avec EN était réalisée avant, après le soin, vécu du soin : lors de l'ablation du pansement et lors de l'ablation du redon.

Les moyennes de l'EN obtenues dans chacun des groupes ont été comparées.

Mesure de l'intensité de la douleur :

L'intensité de la douleur est mesurée à 4 temps différents :

T0: avant le soin

T1T2: Vécu du soin : Lors du retrait du pansement, Lors du retrait du drain de redon = EN

Redon

T3: après le soin

T4: 2 minutes après le soin, pansement fait et patient repositionné

Critères de jugement secondaires

Pour chaque patient, dans les deux groupes ont également été notés :

- Le niveau d'inquiétude du patient avant le soin (très inquiet, inquiet, peu inquiet, pas du tout inquiet)
- La consommation d'antalgiques
- La présence d'effets indésirables
- La durée de chaque étape, et la durée totale du soin
- Le niveau de satisfaction du patient sur une échelle de Lickert (Très Satisfait, Satisfait, Peu Satisfait, pas du tout Satisfait)
- Le niveau de satisfaction du soignant sur une échelle de Lickert (Très Satisfait, Satisfait, Peu Satisfait, pas du tout Satisfait)

Plan expérimental

En pratique, après randomisation du patient, l'aide-soignant (AS) et l'infirmier (IDE) réalisant le soin connaissaient le groupe d'appartenance du patient. L'évaluation de la douleur lors du retrait du redon est effectuée par l'IDE réalisant le soin ainsi que toutes les autres évaluations incluses dans la fiche de recueil de données.

Déroulement du soin:

Sa réalisation est simple. Tous les soignants susceptibles de réaliser ce soin pendant la période d'inclusion ont été formés au préalable à l'ensemble de la démarche et à la technique de toucher utilisée pour le groupe « avec toucher ».

Une heure avant le soin, tous les patients ont reçu une analgésie standardisée comprenant systématiquement du paracétamol (1gr x 4/j) et du Kétoprofène (100mg x2/j) ainsi que de façon non systématique du néfopam et de la morphine. Ces derniers traitements concernaient les patients dont l'intensité douloureuse était supérieure à 3/10 avant le soin. Dans ce cas ils étaient traités et réévalués après le délai d'action du médicament.

Groupe avec Toucher (GT):

Le soin est réalisé par un(e) IDE et un(e) AS. L'IDE prévient le patient 5 minutes avant le début du soin. Elle évalue le niveau d'anxiété et l'intensité de la douleur spontanée du patient. Puis elle entre en contact de façon tactile par un geste conscient (poser la main sur l'épaule du patient, prendre la main du patient). Lors de l'installation du patient, une main de l'IDE et/ou de l'AS est positionnée sur l'épaule du patient, une autre en bas de la cuisse pour l'accompagner soit lors de la mise en décubitus latéral, soit dans une autre position confortable, en fonction de la voie d'abord chirurgicale, postérieure ou antérieure (un oreiller entre les jambes). Si le patient est laissé en position dorsale, l'AS garde le contact main sur l'épaule et indique sa présence. Lorsque l'IDE explique que le pansement va être retiré, l'AS garde le contact avec un toucher conscient sur l'épaule du patient. Il est précisé au patient qu'il peut arrêter provisoirement le soin si une vive douleur apparaît.

Lors de l'ablation du pansement, l'AS fait légèrement pression sur la cuisse opposée à chaque fois que l'IDE retire une partie de l'adhésif du pansement. Ensuite, l'IDE pose sa main sur une zone où était le pansement (sur la cuisse) loin de la cicatrice, l'AS garde toujours le contact. Le redon est retiré en aspiration après section du fil le maintenant. L'AS garde une main posée sur la hanche ou la cuisse avec une légère pression. Puis l'IDE effectue une compression à l'aide d'un matelas de compresses sur l'orifice et remet un pansement propre. L'AS garde un toucher conscient en dehors de la zone de pansement. Le patient est réinstallé, accompagné par un toucher soutenu (par exemple serrer la main du patient avec ses deux mains). L'IDE demande au patient d'évaluer son niveau de douleur (sur EN) pendant l'ablation du pansement, au moment de l'ablation du redon et à l'issue du soin. Elle évalue également son niveau de satisfaction globale.

Groupe Sans Toucher (GST) :

Le soin est réalisé par un(e) IDE et un(e) AS. L'IDE prévient le patient 5 min avant le début du soin. L'IDE évalue le niveau d'anxiété et l'intensité de la douleur spontanée du patient. Ensuite le patient est installé par l'AS soit en décubitus latéral soit dans une autre position confortable, en fonction de la voie d'abord chirurgicale, postérieure ou antérieure (un oreiller entre les jambes). Il est précisé au patient qu'il peut arrêter provisoirement le soin si une vive douleur apparaît.

Les modalités de réfection du pansement suivent le protocole du service. Pendant que l'AS maintient le patient en position la plus confortable, le redon est retiré en aspiration après section du fil le maintenant. Puis l'IDE effectue une compression à l'aide d'un matelas de compresses sur l'orifice et remet un pansement propre. Le patient est réinstallé par l'AS.

L'IDE demande au patient d'évaluer son niveau de douleur (sur EN) pendant l'ablation du pansement, au moment de l'ablation du redon et à l'issue du soin. Elle évalue également son niveau de satisfaction globale.

TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNEES

Des analyses descriptives standard ont été utilisées pour les données démographiques des patients. Les valeurs continues ont été présentées sous forme de moyenne avec Intervalle de Confiance à 95%. Les variables quantitatives ont été comparées avec un test t de Student. Les données qualitatives ont été présentées en pourcentage et ont été comparées avec un test de Chi deux.

Les tests statistiques étaient considérés comme significatifs pour une valeur de $p \leq 0.05$. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel (Office 2002, Microsoft, NC, USA)

Nombre prévu de personnes à inclure dans la recherche

Nous avons mesuré dans une étude préliminaire que lors du retrait du redon, sans Toucher, l'intensité moyenne de la douleur provoquée était de 3,9 (1,7) cm sur une échelle numérique (EN). Nous faisons l'hypothèse que le toucher permettra une réduction de l'intensité de la douleur provoquée d'au moins de 1,3 cm, différence minimum associée à une variation clinique perceptible par le patient[4]

En test unilatéral avec un risque α de 0,05 et un risque β de 0,20, le nombre de sujets nécessaire était de 30 par groupe soit 60 en tout. En tenant compte de 10% de sujets non évaluables, 70 patients au total devaient être randomisés (soit 35 patients par groupe).

Résultats

Caractéristiques générales

70 patients ont été inclus, 34 dans le groupe Toucher (GT) et 36 dans le groupe Sans Toucher (GST). Concernant les caractéristiques générales, les patients des deux groupes différaient par l'âge, ceux du GST étant significativement plus jeunes. Il n'y avait pas de différence significative concernant les autres caractéristiques générales (tableau 1).

Tableau 1: *Caractéristiques des patients et comparaison entre les 2 groupes. Les données qualitatives ont été comparées avec un test de Chi Deux et les données quantitatives par un Test t de Student*

	GST N=36	GT N = 34
Age, ans – Moy [Intervalle de confiance 95%]	65 [62 - 69]	73 [70 - 77]
Sex ratio – F - N (%)	27 (74)	24 (71)
Niveau d'anxiété – N (%)		
Inquiet à extrêmement inquiet	22 (62)	15 (44)
Durée du soin, min – Moy [IC 95%]	15 [13 - 17]	14 [12 - 16]
Délai antalgique- soin, min – Moy [IC 95%]	155 [137 - 173]	153 [139 – 166]
Antalgiques reçus avant le soin – N (%)		
Paracetamol	35 (97)	31 (91)
AINS	4 (11)	4 (12)
Autres	10 (28)	10 (29)
Nombre d'antalgiques par patient avant le soin – N (%)		
Aucun	1 (3)	0
1	23 (64)	22 (65)
2 à 3	12 (33)	11 (32)

Intensité la douleur

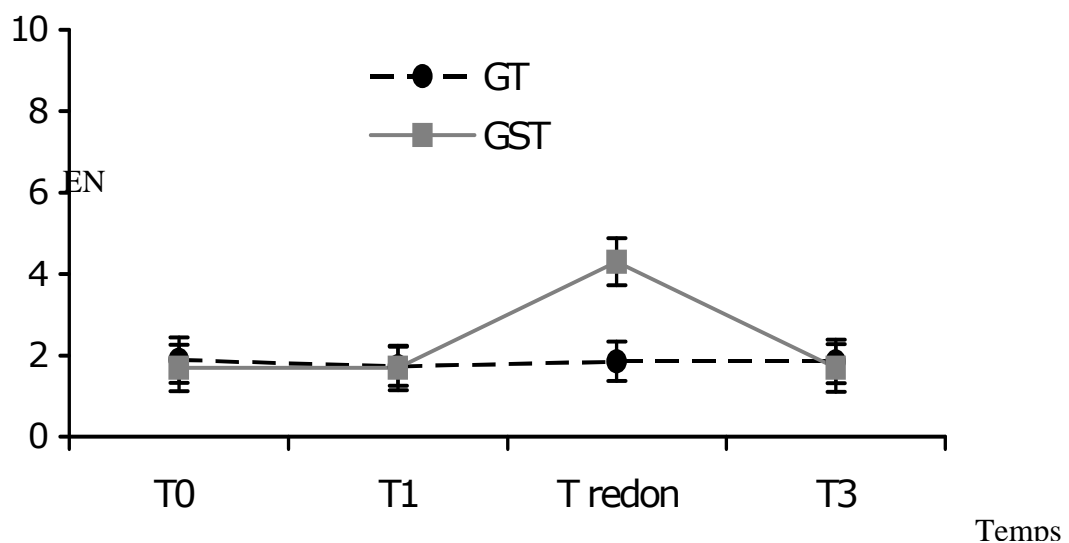
L'évolution de l'intensité de la douleur est représentée dans la figure 1. L'intensité de la douleur lors du retrait du redon est significativement plus basse dans le groupe GT. Il n'y a pas de différence significative aux autres temps de l'évaluation.

Tableau 2 : Evolution de l'intensité douloureuse et comparaison entre les 2 groupes

Les résultats sont présentés en moyenne et Intervalle de confiance à 95%

	GT	GST
EN0 moy (IC 95%)	1,9 [1,3 – 2,4]	1,7 [1,0 – 2,1]
EN1 moy (DS)	1,7 [1,2 – 2,2]	1,7 [1,1 – 2,2]
EN Redon moy (DS)	1,8 [1,4 – 2,3]	4,3 [3,7 – 4,9]
EN3 moy (DS)	1,8 [1,3 – 2,4]	1,7 [1,1 – 2,3]

Figure 1 : Evolution de l'intensité de la douleur aux différents temps du soin



Discussion

Cette figure montre que le Toucher semble améliorer l'analgésie lors du retrait d'un drain de redon. C'est la première fois qu'une telle démonstration est faite.

Dans la littérature, aucune étude semblable n'a été retrouvée.

Dans une recension des écrits en sciences infirmières[5], différentes typologies du toucher ont été établies à partir de l'analyse de situations de soins infirmiers.

Il a d'ailleurs été mis en évidence plusieurs types de toucher selon l'intention du soignant.

On distingue ainsi :

- le toucher procédural et non nécessaire [6]
- l'existence de six symboles tactiles lors de l'acte du toucher [7]

On peut ainsi différencier la durée, la localisation, la manière, l'intensité, la fréquence, la sensation.

- le toucher réconfortant, relationnel [8] : utilitaire, orientant, social

Généralement, le toucher est avant tout un moyen de communication non verbale.

Il implique une dimension relationnelle, d'écoute dans la réalisation du soin, « *le toucher accompagne la parole et renforce la congruence du message* ». Une relation de confiance s'instaure alors entre le soignant et le soigné. Or cette relation de confiance est souvent indispensable pour favoriser un soulagement rapide du patient.

La conscience de ces types de toucher et de leur signification permet aux infirmières d'améliorer la valeur thérapeutique du toucher et d'utiliser le toucher réconfortant, relationnel en qualité d'acte infirmier dans la prévention de la douleur provoquée par l'ablation du drain de redon.

Conclusion :

Ce travail permet de mettre en évidence une réelle efficacité du toucher comme moyen non pharmacologique de prévention de la douleur lors de l'ablation d'un drain de redon après pose de prothèse de hanche.

En effet, le score de douleur moyen pour ce soin s'est révélé nettement supérieur dans le groupe sans toucher (4,3) que dans le groupe avec toucher (1,8).

Les résultats de ce travail démontrent à quel point le toucher peut être important dans une prise en charge globale de la douleur. La prise de conscience du toucher et de son efficacité par les soignants du service au cours de ce travail leur a permis d'intégrer cette pratique comme un réel acte infirmier.

Les résultats permettent d'envisager de poursuivre la réflexion sur la place du toucher dans les soins, et plus spécifiquement son utilisation comme méthode non pharmacologique de prévention des douleurs.

En effet, le développement de méthodes non médicamenteuses constitue une priorité et la réalisation de ce type de recherche doit inciter l'équipe soignante à poursuivre ses travaux afin d'être en mesure de proposer au patient un choix de moyens non médicamenteux lors de la survenue d'un événement douloureux.

Références

[1] Malaquin-Pavan. Le toucher au cœur des soins, Guide pour la pratique, la formation et l'évaluation en soins infirmiers 2007

URL : <http://www.sfap.org/pdf/III-G8b-pdf.pdf> [Consulté le 1/09/2011]

[2] Fouilladieu J.L. Médecin Anesthésiste Réanimateur, cours «les méthodes non-pharmacologiques » - D.U « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers »- Faculté de médecine Cochin-Port-Royal, Université René Descartes - 2008

[3] Loken et Wessberg, pouvoir d'une simple caresse sur le soulagement de la douleur d'un patient Académie de Gothenburg- Avril 2009

URL : www.maxisciences.com/contact/le-contact-physique-un-anti-douleur-naturellement-efficace_art1632.html [Consulté le 1/09/2011]

[4] Todd KH, Funk KG, Funk JP, Bonacci R. Clinical Significance of reported changes in pain severity. Ann Emerg Med 1996 Apr;27(4):485-9.

[5] Vinit F. Différentes typologies du toucher en soins infirmiers : le toucher dans les soins infirmiers regard croisé entre discipline infirmière et anthropologie. Cahier 8- Université du Québec en Outaouais, 2006

[6] Barnett, K A theoretical construct of the concepts of touch as they relate to nursing. Nurs Res 1972 Mar-Apr;21(2):102-10.

[7] Weiss, S.J The language of touch. Nurs Res 1979 Mar-Apr;28(2):76-80

[8] Bottorff, J.L. The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. Oncol Nurs Forum 1993 Nov-Dec;20(10):1531-8.

