



Article analysé

• Shekhar S, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A, Rao A. Effect of active and passive distraction techniques while administering local anaesthesia on the dental anxiety, behaviour and pain levels of children: a randomised controlled trial. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022 Mar 10. (En attente de publication)

Distractions, anxiété et anesthésie aux enfants

Pascal De March

MCU-PH, Université de Lorraine

Les chirurgies orales supposent la réalisation d'une anesthésie préalable pour supprimer la douleur perçue par le patient. L'obtention du silence opératoire permet ainsi l'accomplissement d'un acte invasif de manière sereine et confortable pour le praticien comme pour son patient. Cependant, les auteurs de l'étude rapportée rappellent que chez les enfants, la perspective de recevoir une anesthésie est communément associée à l'idée de douleur. Leur niveau d'anxiété s'en trouve considérablement augmenté avec en corollaire une attitude de défiance ou même de défense vis-à-vis des actes dentaires à réaliser. Différentes méthodes de distractions sans recours à des substances pharmacologiques visent à détourner l'attention des enfants ou des jeunes adolescents au moment de l'injection de l'anesthésie vers quelque chose de positivement attractif pour entraver les mécanismes psychologiques

de perception de la douleur ainsi que leur niveau d'anxiété.

Les auteurs distinguent deux types de distractions : actives et passives. Les formes de distractions actives impliquent un engagement dans une activité annexe pendant la procédure thérapeutique anxiogène, tandis que les distractions passives impliquent l'observation ou la perception d'un stimulus audio et/ou visuel pour accaparer leur attention et l'isoler de l'environnement clinique. L'étude conduite dans cet article vise à comparer, pendant la réalisation d'une anesthésie tronculaire, les effets de deux techniques distractives, active et passive, par rapport à l'absence de distraction supplémentaire tenue comme témoin.

123 enfants âgés de 8 à 12 ans, patients du service d'ontologie pédiatrique d'un même centre hospitalo-universitaire indien entre mai 2019 et mai 2021, ont été répartis de manière randomisée en trois groupes de 41 sujets traités par le même



Expression du niveau de douleur perçue par l'enfant par une indication digitale de 0 à 5.

Commentaires

opérateur. Dans le premier groupe, il a été demandé aux enfants de manipuler une balle antistress colorée pendant l'acte d'anesthésie (distraction active); les enfants du deuxième groupe ont bénéficié d'une distraction passive en regardant un dessin animé à l'aide d'un dispositif de type casque de réalité virtuelle, et ceux du troisième groupe n'ont reçu qu'une communication verbale basée sur la délivrance d'informations relatives aux soins avec un renforcement positif dans le choix des mots employés par le praticien. Cette dernière approche de communication verbale, considérée comme l'attitude standard qui constitue le groupe contrôle, a aussi été appliquée pour les groupes 1 et 2. Parmi les paramètres collectés, le niveau d'anxiété et de douleur perçue par les enfants a été évalué avant et après l'anesthésie à l'aide d'une échelle normée reposant sur des indices d'expression faciale enregistrés par une caméra cachée pendant les soins, ainsi que par la mesure des pulsations cardiaques également enregistrées.

L'analyse statistique des résultats obtenus montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les différents groupes quant aux niveaux d'anxiété exprimés par les enfants. Les auteurs expliquent qu'avant l'intervention, l'état d'anxiété est dû à l'incertitude vis-à-vis d'une menace imminente anticipée que les enfants ne peuvent ni modérer ni éviter. Le niveau d'anxiété est ensuite abaissé pour les trois groupes après l'anesthésie, de même que le rythme cardiaque qui traduit aussi le niveau de stress par une stimulation des messages du système sympathique autonome avec production de catécholamines, accélérateurs du rythme. Les auteurs concluent que les méthodes distractives passives ou actives n'améliorent pas significativement le comportement des enfants anxieux pendant la procédure d'anesthésie par rapport à la méthode classique de communication verbale basée sur le renforcement positif et des conseils comportementaux qui, elle, se montre déjà efficace sans procédures de distraction additionnelles.

Dans l'abord d'un enfant au cabinet dentaire, le manque de coopération, plus encore l'agitation, voire l'opposition comportementale exacerbée chez le jeune patient génère beaucoup de crainte et d'appréhension chez bon nombre de praticiens, et parfois même plus d'angoisse encore que la crainte de ne pas réussir à accomplir correctement l'acte technique à réaliser. C'est pourtant aussi principalement l'angoisse et la peur de l'inconnu qui conduisent certains enfants vers ces comportements contrariant ou compliquant considérablement l'accomplissement des soins dans une ambiance calme et sereine.

Bien qu'elle soit un moyen assez peu, voire quasi-pas douloureux, et surtout très efficace de supprimer toute douleur associée à un acte invasif, l'anesthésie, par les sensations désagréables et perturbantes qu'elle génère (sensation de picotement, de brûlure puis d'engourdissement intense...), mais aussi par tout l'imaginaire associé à l'utilisation d'une aiguille, constitue l'étape clé à franchir pour pouvoir accomplir l'acte technique à suivre dans de bonnes conditions. Si l'anesthésie se passe bien et que l'enfant se sent en sécurité, la suite des soins devrait logiquement se dérouler sans problème.

Pour atteindre ce sentiment de sécurité, les auteurs promeuvent à très juste titre l'importance d'une communication explicative basée sur le renforcement positif et les encouragements. En effet, ils expliquent très bien que l'angoisse de l'enfant est exacerbée par le sentiment d'inconnu vis-à-vis d'un événement dangereux à venir sur lequel ils n'ont pas de prise. La délivrance d'informations à l'aide d'un vocabulaire positif et non anxiogène est donc l'un des éléments importants pour rassurer l'enfant et lui redonner un sentiment de confiance; mais ces informations doivent être sincères et donc correspondre à la réalité des sensations effectivement perçues pour qu'il demeure dans ce sentiment de confiance pendant l'anesthésie. Pour ma part, je ne dis donc jamais « tu ne sentiras absolument rien », mais plutôt « tu vas sentir un petit pic puis un léger picotement et un fourmillement au niveau de ta lèvre » par exemple. Ou encore, « tu vas voir cela n'est pas vraiment douloureux » mais plutôt « c'est une sensation très perturbante, plutôt bizarre, mais sans aucun danger »...

ce que pourra effectivement constater l'enfant et renforcera ainsi sa confiance dans sa relation avec le soignant.

Un autre élément important que soulignent les auteurs de l'article pour expliquer l'inefficacité des méthodes distractives est que l'enfant ne parvient pas à détourner son attention de l'événement imminent et angoissant sur lequel il n'a pas d'emprise pour le moduler ou l'éviter. La méthode que j'emploie consiste d'abord à donner un maximum d'explications réelles en mettant l'accent sur des sensations moins anxiogènes que la douleur comme évoqué précédemment (sensations bizarres d'engourdissement, de fourmis...), ce qui me permet de créer un lien de confiance dont l'enfant pourra vérifier les gages dès le début de l'acte: il percevra alors en effet les sensations décrites et les interprétera comme suggéré: désagréables ou troublantes, plutôt que douloureuses. J'invite aussi l'enfant à indiquer avec ses doigts le niveau de douleur ou de désagrément ressenti en lui expliquant que j'adapterai la vitesse d'injection du produit en fonction de ses indications: le poing fermé représente l'absence de douleur, un doigt un petit peu, deux un peu plus, puis trois, et jusqu'à cinq où cela ferait très mal; mais je lui indique d'emblée que cela ne dépassera sûrement pas 2 ou maximum 3 pendant seulement quelques secondes. L'avantage de cette méthode est que l'enfant détourne son attention sur la manière de traduire ses sensations avec une indication digitale, mais surtout, cela lui donne le sentiment de pouvoir agir directement sur ses sensations puisque je lui ai dit au préalable que la vitesse d'injection serait adaptée à ses indications. Cette technique issue de mon expérience semble ainsi correspondre aux remarques des auteurs qui rapportent que l'angoisse des enfants et l'inefficacité des distractions évaluées dans leur étude étaient en partie corrélées à leur impossibilité de détourner leur attention d'un danger qu'ils ne peuvent contrôler. La méthode proposée leur donne alors le contrôle du déroulement de l'anesthésie et de ses désagréments. C'est la méthode mise en œuvre à chaque fois dans mon exercice libéral avec de très bons résultats et que je souhaite partager avec vous, ou tout au moins soumettre à votre évaluation à l'issue de cette revue de presse.