

Place de l'IADE dans l'information au patient bénéficiant d'une PCA par voie intraveineuse en postopératoire immédiat



Karine TISSE

Ecole d'Infirmiers Anesthésistes

Promotion 2005-2007

CHU de Clermont-Ferrand

Karine TISSE

Ecole d'Infirmiers Anesthésistes

Promotion 2005-2007

CHU de Clermont-Ferrand

Place de l'IADÉ dans
l'information au patient
bénéficiant d'une PCA par voie
intraveineuse en postopératoire
immédiat

Directeur de mémoire : Mme Marie-Thérèse PASCUTINI

Guidant de mémoire : Mr Alain BRAVARD

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Mme Marie-Thérèse PASCUTINI

A mon IADE référent, Mr Alain BRAVARD

Aux infirmiers et infirmiers anesthésistes ayant participé à mon étude

A mon ami, pour son aide et ses conseils avisés

A ma famille, pour son soutien

Note aux lecteurs :

« Les mémoires des étudiants de l'école d'infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que l'auteur.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet de la publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'école d'infirmiers anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand ».

SOMMAIRE

1.	<i>Introduction</i>	1
2.	<i>Cadre théorique</i>	3
2.1.	La douleur	3
2.1.1.	Définition	3
2.1.2.	Cadre législatif	3
2.1.3.	Aspects physiologiques de la douleur	4
2.1.3.1.	Cheminement de l'influx de la périphérie vers le système central	4
2.1.3.2.	Les médiateurs chimiques	6
2.1.3.3.	Mécanismes de contrôle de la nociception	7
2.1.4.	Composantes de l'expérience douloureuse	7
2.1.5.	Les différentes classes de douleur	8
2.1.5.1.	Douleur par excès de nociception	8
2.1.5.2.	Douleur neuropathique ou de désafférentation	9
2.1.5.3.	Douleur psychogène	9
2.1.6.	Les grands syndromes douloureux	9
2.2.	La douleur aiguë postopératoire	9
2.2.1.	Origines et contrôle de la douleur postopératoire	9
2.2.2.	Les composantes de la douleur postopératoire	10
2.2.3.	Conséquences de la douleur postopératoire	10
2.3.	L'analgésie	11
2.3.1.	Définition	11
2.3.2.	Modalités thérapeutiques	12
2.3.3.	L'Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA)	13
2.3.3.1.	Objectif de la PCA	13
2.3.3.2.	Intérêts de la PCA	13
2.3.3.3.	Paramètres de fonctionnement prescrits par le médecin	13
2.4.	De l'information à l'éducation	14
2.4.1.	Cadre réglementaire	14
2.4.2.	L'éducation, une alternative à l'information ?	15
3.	<i>Hypothèse</i>	17
4.	<i>Outil d'investigation</i>	18

4.1. Choix de l’outil et de la population	18
4.2. Limites de l’étude	19
4.3. Présentation, résultats et analyse de l’enquête	20
4.3.1. Population interrogée	20
4.3.2. Périmètres d’utilisation de la PCA	21
4.3.3. Le patient et la PCA	21
4.3.4. L’infirmier de salle de surveillance post opérationnelle et la PCA	24
4.3.5. Place de l’IADE dans l’information aux patients	27
5. Synthèse	29
6. Propositions de solutions, pistes de réflexions	31
7. Conclusion	34
Bibliographie	35
Annexes	37

1. INTRODUCTION

Dans un discours prononcé lors de l'ouverture des cours d'anatomie et de chirurgie de l'Hospice général des malades de Lyon, en 1799, Marc Antoine PETIT interpellait ses disciples : « *Songez que la douleur est le fardeau le plus pesant dont nous ait chargé la nature ; qu'elle empoisonne toutes les joies, toutes les félicités, que personne ne veut la supporter longtemps, que ce sera toujours en raison du plus d'empire que vous aurez sur elle que vous recueillerez de vos concitoyens l'admiration, le respect [...]. Il n'est point de petite douleur pour celui qui souffre et chacun veut être plaint.* »¹

Depuis environ une vingtaine d'années, de profonds changements sont intervenus. Les sciences médicales et pharmaceutiques ont évolué et leurs progrès, tant dans les aspects fondamentaux, thérapeutiques que cliniques permettent dès à présent de soulager la douleur et la souffrance de l'Homme.² De plus, plusieurs directives gouvernementales récemment instaurées tendent à développer une culture antidouleur. Ainsi, la douleur ne doit plus être considérée comme une fatalité. Dans cette perspective, la prise en charge précoce de la douleur induite apparaît alors comme un axe prioritaire de la politique de santé actuelle. De multiples professionnels de santé, dont le personnel infirmier, sont alors les garants de cette prévention lors de leur pratique soignante.

Durant ma formation préparant au diplôme d'état d'infirmière anesthésiste, j'ai effectué un stage de deux mois en salle de surveillance post interventionnelle. J'ai été quotidiennement impliquée dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire. Quelque soit la durée et le type d'intervention, un traitement de la douleur était débuté précocement par antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, tramadol, néfopam) associé ou non à un morphinique. Selon le site opératoire et la probabilité d'une douleur postopératoire sévère, une analgésie locorégionale plexique et tronculaire pouvait être associée au traitement parentéral.

¹ Patrice QUENEAU – Editorial de la molécule à la parole ou les vertus d'une formation exigeante à la prise en charge des malades douloureux .Douleur : évaluation, diagnostic, traitement. MASSON, décembre 2000, n°3

² Patrice QUENEAU – OSTERMANN G Le médecin et la douleur : 4eme édition Paris : MASSON, 2004

Les chirurgies les plus douloureuses telles que les chirurgies orthopédiques, thoraciques, vasculaires nécessitaient la mise en route d'un traitement par pompe d'analgésie autocontrôlée par le patient (PCA) en postopératoire, après titration morphinique. Quand le patient était détubé, je lui demandais d'auto-évaluer son niveau de douleur au moyen de l'échelle numérique (EN) ou de l'échelle visuelle analogique (EVA). Celui-ci devait donc quantifier sa douleur entre 0 et 10 ou déplacer un curseur sur une règlette que je lui présentais. Des bolus de 2 à 3 mg de morphine étaient administrés toutes les 10 minutes jusqu'à obtention d'une EN ou d'une EVA < 3.

Lorsqu'un niveau suffisant d'analgésie était atteint, le relais par PCA était instauré. Un dispositif muni d'une valve anti reflux était mis en place sur une perfusion parallèle. Cette valve est obligatoirement placée le plus près possible du cathéter veineux périphérique. A partir de ce moment précis, il était très important d'expliquer au patient qu'il devenait acteur-clé dans la prise en charge de sa douleur postopératoire. En pratique, une commande munie d'un bouton poussoir était glissée dans le creux de sa main et le message suivant lui était transmis: « à partir de maintenant, dès que vous aurez mal, appuyez sur ce bouton et une dose de morphine vous sera délivrée. Ne vous inquiétez pas, la machine est programmée, vous pouvez appuyer autant de fois que vous le souhaitez vous ne recevrez pas de produit de façon excessive. » Le patient gardait soigneusement cette commande dans sa main et sollicitait le soignant à chaque passage lorsqu'il avait mal. Un jour, un patient m'a dit : « Madame, je ne comprends pas, ça fait plusieurs fois que je sonne mais personne ne vient me voir. » Il fallait souvent ré-expliquer plusieurs fois le principe de la pompe d'analgésie autocontrôlée avant que les patients intègrent toutes les informations et l'utilisent dans de bonnes conditions.

Devant ce constat, j'ai cherché à savoir pourquoi certains patients éprouvaient tant de difficultés à utiliser cette technique alors que d'autres, ayant déjà eu recours à cette méthode lors d'une chirurgie antérieure connaissaient parfaitement ce type de matériel et son fonctionnement. Par conséquent, j'ai questionné les patients afin de savoir si le médecin anesthésiste leur avait parlé de la prise en charge de la douleur postopératoire, notamment de la PCA à la consultation pré-anesthésique. La réponse a très souvent été non. Quelquefois, on leur avait brièvement parlé d'une pompe à morphine mais on ne leur avait pas expliqué le fonctionnement ni même montré le matériel.

Ainsi ai-je donc choisi de réfléchir sur la place de l'IADE dans l'information au patient bénéficiant d'une PCA par voie intraveineuse en postopératoire immédiat.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. *La douleur*

2.1.1. Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit, en 1979, la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion ». ¹ Cette définition englobe les différentes composantes de la douleur : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale.

2.1.2. Cadre législatif

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont développé une réflexion sur « la prise en charge globale du patient à toutes les étapes du processus de la santé ». La politique de lutte contre la douleur tend à affirmer cet engagement. Plusieurs textes réglementaires témoignent de cette volonté à améliorer la prise en charge de la douleur. Quels sont ces textes réglementaires et qu'impliquent-ils pour les infirmiers ?

Depuis mai 1995, la Charte du Patient Hospitalisé stipule que « la prise en compte de la dimension douloureuse physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants ». ² Cet article implique moralement tous les professionnels de santé dans la prise en charge de la douleur physique et psychologique.

Le plan quadriennal de lutte contre la douleur tend à pérenniser l'amélioration de la prise en charge de la douleur en fixant cinq objectifs parmi lesquels nous retrouvons « Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée ». ³

¹ DEYMIER V., WROBEL J., et al. L'infirmière et la douleur. 6eme édition Paris institut UPSA de la douleur, 2003, 176p

² Charte du Patient Hospitalisé, 6 mai 1995, annexe 1

³ Le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002 – 2005) DHOSLE n° 2002-266 du 30 avril 2002. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/intro.htm>, annexe 2

Code de la Santé Publique Art 8- Dans le cadre de son rôle prescrit, « l’infirmier ou l’infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».¹

Ces protocoles, ayant valeur de prescription, permettent à l’infirmier d’initier l’analgésie et de ne pas perdre de temps dans la prise en charge de la douleur du soigné. Le soignant est ainsi positionné en tant qu’acteur responsable dans la prise en charge de la douleur.

Décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d’infirmier. L’infirmier anesthésiste, en tant que personnel spécialisé, ayant de surcroît reçu une formation plus spécifique en matière d’algologie est aussi un acteur de la stratégie de soin. L’article 10 de ce même décret précise que « l’infirmier anesthésiste, en salle de surveillance post interventionnelle, assure les actes relevant des techniques d’anesthésie citées [...] et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant de ces mêmes techniques ».²

2.1.3. Aspects physiologiques de la douleur

La douleur postopératoire est une douleur aiguë provoquée par des stimulations nociceptives de l’organisme. Ces dernières menacent l’intégrité du corps et déclenchent des réponses comportementales et réflexes variées, somatiques ou végétatives. La douleur liée à l’acte chirurgical aboutit à une augmentation du métabolisme des différents organes.

Si un dégât tissulaire peut provoquer des douleurs, c’est parce qu’il existe des éléments spécifiques du système nerveux qui ont pour rôle de détecter, transmettre, analyser, intégrer et mémoriser les informations générées par un tel dégât.

2.1.3.1. Cheminement de l’influx de la périphérie vers le système central

Lorsque la stimulation nociceptive, qu’elle soit chimique, mécanique ou thermique, atteint un certain seuil, elle stimule les récepteurs périphériques appelés nocicepteurs. Ces derniers sont reliés à des fibres nerveuses sensibles appelées afférences primaires ; structures qui véhiculent le message douloureux vers la corne postérieure de la moelle épinière.

¹ Code de la Santé Publique – Livre 4 – Titre 2 : Profession d’infirmier ou d’infirmière Actes professionnels Art R4311-8, annexe 3

² Décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d’infirmier, annexe 4

On distingue deux catégories de fibres afférentes : les fibres fines amyélinisées appelées fibres C et les fibres myélinisées de différents diamètres, appelées fibres A.

Les informations nociceptives sont véhiculées par des fibres C et des fibres A δ qui sont les plus fines des fibres myélinisées. De façon schématique, les nocicepteurs A δ véhiculent la première douleur (aiguë, bien localisée, rapide), et les nocicepteurs C la seconde douleur (plus sourde, diffuse, plus lente). Les grosses fibres A α et A β myélinisées véhiculent le toucher et la pression. Les mécano- nocicepteurs sont des nocicepteurs sensibles aux stimulations mécaniques intenses, type pression, étirement, pincement, coupure et ils sont presque toujours unis à des fibres A δ . Toutes ces fibres sont reliées à des neurones convergents, présents dans la corne postérieure de la substance grise médullaire qui croisent la ligne médiane et donnent naissance aux faisceaux ascendants (faisceau spinothalamique et faisceau spinoréticulaire). Ils participent à l'élaboration des réponses réflexes segmentaires sympathiques et motrices.

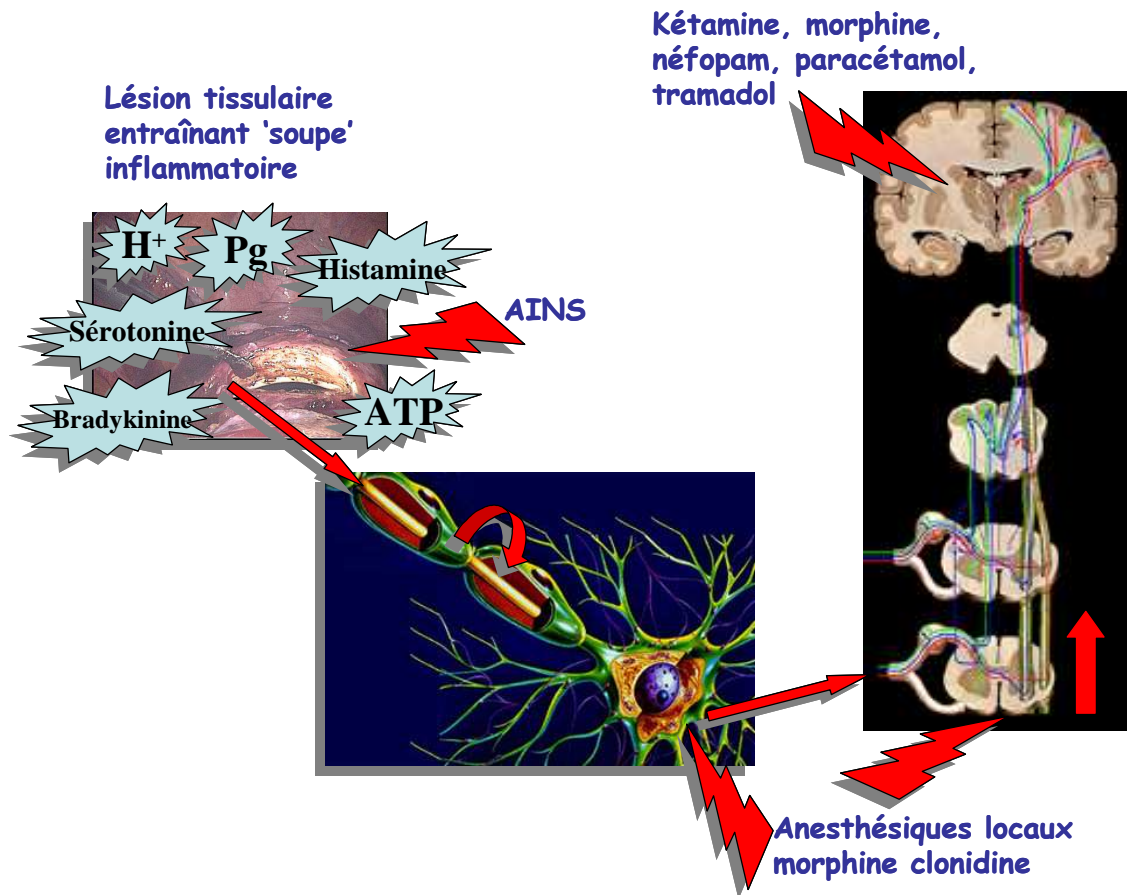
Les informations véhiculées par les faisceaux spinaux ascendants se projettent sur :

- Les noyaux du thalamus postérieur via le cortex somato-sensoriel qui intervient dans le codage, l'identification et la localisation du stimulus nociceptif.
- La substance réticulée et les noyaux du thalamus médian qui redistribuent l'information vers des structures telles que le cortex cingulaire et l'insula qui jouent un rôle dans l'attention, la mise en alerte et les émotions, vers le tronc cérébral qui active les contrôles descendants et les réactions au stress, et vers le cortex frontal qui contrôle le comportement.

*« L'analyse au niveau du cortex frontal correspond à une traduction de la sensation nociceptive comme un message désagréable, ..., la projection sur le cortex pariétal permet la localisation précise, ..., la projection sur le système limbique, centre de nos comportements, donne la résonance psychoaffective de la douleur et sa transformation en son ultime devenir : la souffrance ».*¹

¹ SCHWOB Marc La douleur DOMINOS Paris : Flammarion 1994

Schéma des voies de la douleur :



2.1.3.2. Les médiateurs chimiques

Les substances qui peuvent soit activer, soit sensibiliser les nocicepteurs proviennent des tissus lésés (cellules, vaisseaux, nerfs) et composent ce qu'on appelle la soupe inflammatoire. Celle-ci contient, entre autres, des ions hydrogène, des ions potassium, de la bradykinine, de la sérotonine, de l'histamine, des prostaglandines, des neurokinines (dont la substance P) et différents peptides.

L'intervention chirurgicale engendre des stimuli nociceptifs à l'origine de l'activation des nocicepteurs et des fibres C et A qui vont propager le message douloureux vers la corne postérieure de la moelle épinière. Le traumatisme tissulaire et la libération des composants de la « soupe inflammatoire » qu'il engendre, va induire une sensibilisation des nocicepteurs. Il existe alors une hyperalgésie primaire au niveau de la lésion tissulaire. Celle-ci donne lieu à une sensibilisation de tous les relais centraux, responsable de l'hyperalgésie secondaire.

Mais l'organisme ne va pas rester passif face à cette agression. Il va mettre en place des mécanismes de contrôle afin de moduler l'effet douloureux.

2.1.3.3. Mécanismes de contrôle de la nociception

De multiples mécanismes de contrôle, d'origine périphérique, médullaire et supra spinale modulent le message nociceptif.

Au niveau de la moelle épinière, il existe des interneurons spinaux qui ont pour mission d'inhiber la transmission des influx nociceptifs vers les neurones convergents à l'origine du faisceau spinothalamique : c'est la théorie du gate control. L'activité de ces interneurons est modulée par les différents types de fibres afférentes. Les fibres sensitives myélinisées de gros diamètre A α et A β augmentent l'activité des interneurons, alors qu'à l'opposé, les fibres afférentes de petit calibre, les fibres C, les inhibent. Ainsi, une douleur est atténuée par un massage loco-dolenti.

Au niveau cérébral, différentes structures supra spinales sont impliquées dans le contrôle de la douleur (le noyau du raphé magnus, la substance grise péri-abducale, le locus cœruleus). A leur niveau, il y a activation de voies descendantes sérotoninergiques et noradrénergiques qui induisent une libération de sérotonine et de noradrénaline au niveau de la corne dorsale de la moelle. Ces substances sont inhibitrices du message douloureux nociceptif.

2.1.4. Composantes de l'expérience douloureuse

Il existe dans toute douleur, quels qu'en soient la cause et le mécanisme, quatre composantes :

- Composante sensori-discriminative : elle correspond aux aspects qualificatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse, c'est-à-dire à ce que sent le patient. Quelques questions simples permettent de cerner cette composante : où est localisée la douleur ? Superficielle ou profonde ? A quoi ressemble-t-elle ? Quelle est son intensité ? ...

- Composante affective et émotionnelle : elle correspond aux aspects désagréables et pénibles de la douleur, c'est-à-dire à la façon dont le patient la ressent. Il peut décrire sa douleur comme une simple gêne ou comme pénible, horrible, fatigante, insupportable. Cette composante dépend du caractère et de la personnalité du patient.

- Composante comportementale : elle correspond à l'ensemble des manifestations de la douleur, consciente ou non. Parmi les manifestations inconscientes, il y a les réactions neuroendocriniennes et neurovégétatives mais aussi les manifestations non verbales, à savoir l'attitude du patient, ses mimiques.

- Composante cognitive : elle correspond aux processus mentaux mis en jeu par la douleur. Elle est dépendante de facteurs socioculturels ainsi que de l'histoire personnelle et familiale du patient. Le rapport que tout individu entretient avec la douleur dépend avant tout de son éducation c'est-à-dire du milieu familial et social dans lequel il vit. « La culture intériorisée fait corps à l'individu, elle oriente les perceptions sensorielles et donne, face à la douleur, les catégories de pensées qui soulèvent la crainte ou l'indifférence ».¹

L'expérience douloureuse s'exprime à travers ces quatre dimensions, toujours intriquées entre elles et singulières à chaque individu. La douleur correspond à un phénomène somato-psychique pluridimensionnel où les aspects anthropologiques sont prépondérants. D'après David Le Breton, suivant la place que la douleur prend à un moment donné de la vie d'une personne, elle est le reflet de « *son rapport au monde* ».² En effet, le seuil de sensation de la douleur (valeur minimale du stimulus pour produire une sensation) est identique pour chacun d'entre nous. « *En revanche, le seuil de perception – ou de tolérance – (valeur minimale du stimulus pour que la sensation soit ressentie comme douloureuse) est modulé par des facteurs qui exercent une influence considérable* ».³ Ces facteurs peuvent être d'ordre culturel, religieux, philosophique, social. Donc, tout ce qui interagit avec l'homme et qui compose son histoire, constitue « *un filtre spécifique dans son appréhension de la douleur.* »⁴ La douleur est avant tout subjective et individuelle.

2.1.5. Les différentes classes de douleur

2.1.5.1. Douleur par excès de nociception

Elle est le fait d'une agression périphérique (incision chirurgicale, brûlure, traumatisme cutané...) qui stimule de façon excessive les nocicepteurs. C'est une cause fréquente de douleurs aiguës.

¹ David LE BRETON, Anthropologie de la douleur, Edition Métailié, 1995, 227 pages, p28

² Op. cit, p11

³ Op. cit, p80

⁴ Op. cit, p11

2.1.5.2. Douleur neuropathique ou de désafférentation

Elle est liée à une altération partielle ou totale du système nerveux central ou périphérique et survient en l'absence de stimulation nociceptive. Elle est responsable d'une hypersensibilité et d'une hyperexcitabilité des neurones ou des terminaisons nerveuses. Elle se manifeste par un fond douloureux continu à type de fourmillements ou de brûlures sur lesquelles viennent se greffer des décharges paroxystiques.

2.1.5.3. Douleur psychogène

Elle est liée à un problème psychologique chez le patient. La douleur exprimée ne présente aucune cause organique autant à l'examen clinique qu'après la réalisation d'examen complémentaires.

2.1.6. Les grands syndromes douloureux

La douleur aiguë est de courte durée (inférieure à 3 mois). Elle est très souvent qualifiée de signal d'alarme. Elle a, le plus souvent, une valeur diagnostique. Elle doit faire l'objet d'une réponse thérapeutique rapide car « *elle laisse des traces incontestables sur le psychisme, sur la mémoire, sur le comportement et les structures nerveuses* ».¹

Elle entraîne de l'anxiété et des comportements réactionnels spontanés (évitement, fuite, sudation, nausées). Elle peut être induite par des soins, des actes chirurgicaux ou des traitements.

La douleur aiguë est symptôme alors que la douleur chronique est syndrome. Les facteurs responsables de l'évolution de la douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement élucidés. La douleur est dite chronique lorsqu'elle se prolonge au delà de 3 à 6 mois. Elle est variable et récurrente. Elle détruit physiquement, psychologiquement et socialement la personne et conduit souvent à beaucoup de souffrance voire à une dépression.

2.2. La douleur aiguë postopératoire

2.2.1. Origines et contrôle de la douleur postopératoire

De nombreux facteurs influencent la survenue, l'intensité, les caractéristiques et la durée de cette douleur :

¹ Xavier CAPDEVILLA, Analgésie post opératoire, Edition MASSON, 2004, 230 pages

- L'état psychologique et physiologique préopératoire du patient.
- La qualité de la préparation psychologique et pharmacologique, d'où l'importance de la consultation d'anesthésie préopératoire qui est obligatoire.
- Le type d'incision et de chirurgie
- La durée de l'intervention
- Le protocole d'analgésie préopératoire et per opératoire. La quantité de morphiniques administrés pendant l'intervention influe directement sur l'intensité de la douleur postopératoire.
- La qualité des soins postopératoires.

2.2.2. Les composantes de la douleur postopératoire

Elles sont multiples :

- Composante cutanée relative au traumatisme de l'incision, avec libération de substances algogènes.
- Composante somatique profonde, secondaire aux lésions nerveuses au niveau des aponévroses des muscles, de la plèvre ou du péritoine et qui entraînent une sensation désagréable diffuse qui est ressentie localement ou au niveau d'une zone de projection.
- Composante viscérale caractérisée par une douleur localisée au niveau du foyer opératoire ou au niveau d'une zone de projection pariétale.

2.2.3. Conséquences de la douleur postopératoire

Selon sa durée et son intensité, la douleur laisse des traces sur le physique, le psychisme, la mémoire et le comportement.

Sur le plan respiratoire, on observe une diminution de la capacité vitale par blocage volontaire ou involontaire des muscles thoraciques, abdominaux ou diaphragmatiques, une contracture réflexe des muscles thoraciques inhibant la toux et limitant l'inspiration profonde, une distension ou compression abdominale pouvant limiter les mouvements du diaphragme. Ces effets entraînent des risques d'atélectasies, de surinfection pulmonaire, d'hypoxie, d'hypercapnie voire d'insuffisance respiratoire.

Il existe des perturbations circulatoires et métaboliques avec augmentation du débit cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque et de la consommation en oxygène du myocarde. Donc, chez les patients aux réserves myocardiques limitées, il y a risque d'ischémie ou de lésions myocardiques en postopératoire.

Il existe aussi des perturbations gastro-intestinales. La douleur entraîne un réflexe somato-viscéral avec paralysie du tube digestif, donc rétention des sécrétions gastriques, nausées, vomissements et constipation. Ce mécanisme réflexe se retrouve également au niveau du tractus urinaire, entraînant des rétentions.

Augmentation du risque de thrombophlébite postopératoire par retard de la mobilisation et du lever du patient.

Modification des sécrétions hormonales par stimulation de l'hypothalamus : augmentation des catécholamines (stimulation du système cardio-vasculaire), augmentation des sécrétions des endomorphines, augmentation de la glycémie et du cortisol.

Retentissement sur l'humeur et le comportement avec possibilité d'état d'agitation et d'agression et modification du rythme nyctéméral.

Néanmoins, la plupart de ces conséquences peuvent être atténuées voire annulées si une bonne analgésie est réalisée. Dans ce cas, l'incidence des complications pulmonaires, thromboemboliques et le séjour hospitalier (lever précoce) sont diminués.

2.3. L'analgésie

2.3.1. Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit l'analgésie comme « *l'absence de douleur en réponse à une stimulation qui normalement aurait dû être douloureuse* ».

*« Si la douleur symptôme, spontanée ou provoquée, reste une réalité clinique incontestable, elle ne garde sa valeur de douleur à respecter en tant qu'aide au diagnostic que pendant l'élaboration de celui-ci ».*¹

¹ Patrice QUENEAU – Editorial de la molécule à la parole ou les vertus d'une formation exigeante à la prise en charge des malades douloureux .Douleur : évaluation, diagnostic, traitement. MASSON, décembre 2000, n°3

2.3.2. Modalités thérapeutiques

Comme le rappelle la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, « *la douleur postopératoire doit être considérée comme un effet indésirable attendu de la chirurgie, de sorte qu'une analgésie efficace apparaît comme un bénéfice clinique indiscutable* ».

On ne doit, en effet, négliger aucune situation algique, d'autant plus que l'arsenal thérapeutique dont on dispose est très riche.

L'influx nociceptif progresse selon un trajet connu. On peut donc le pilonner à chaque niveau stratégique : périphérique, médullaire et central (cf schéma sur les voies de la douleur).

L'OMS a conçu une échelle permettant de classer les antalgiques en 3 paliers ou niveaux selon leur puissance analgésique¹ :

- Niveau 1 : analgésiques non morphiniques (paracétamol, aspirine, anti inflammatoires non stéroïdiens ...)
- Niveau 2 : agonistes morphiniques mineurs (dextropropoxyphène, buprénorphine, codéine ...)
- Niveau 3 : agonistes morphiniques majeurs (morphine et ses dérivés tels que dolosal, sufentanil, alfentanil, rémifentanyl ...)

En postopératoire, la connaissance des chirurgies et l'expérience ont permis d'établir qu'il existe un niveau attendu de douleur. L'attitude thérapeutique doit donc être fonction de l'intensité de cette douleur et prévoir de façon quasi systématique une analgésie multimodale balancée c'est-à-dire une analgésie associant des antalgiques des différents paliers.

Ces associations permettent :

- de réduire les risques de surdosage et les effets secondaires dans une catégorie de traitement
- de combattre au maximum les facteurs de passage à la chronicité.

Enfin, les recommandations en matière d'analgésie préconisent la mise à disposition, dans les services, de protocoles d'analgésie.

¹ Paliers antalgiques selon l'OMS, ANNEXE 5

2.3.3. L'Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA)

Il s'agit d'une technique de perfusion informatisée qui permet au patient de s'auto-administrer de faibles doses de morphiniques par voie intraveineuse pendant la période postopératoire.

2.3.3.1. Objectif de la PCA

Réduire la douleur en atteignant et maintenant une concentration plasmatique efficace en morphinique. Celle-ci est atteinte lors de la titration initiale de morphinique chez un patient réveillé, détubé et présentant des douleurs.

2.3.3.2. Intérêts de la PCA

Cette technique présente l'intérêt de répondre à la variabilité interindividuelle et intra-individuelle des patients dans la demande en analgésie puisque l'intensité de la douleur est évaluée par le patient lui-même et que la demande d'analgésique peut être satisfaite sans délai entre la perception de la douleur et la manœuvre qui va le soulager. L'injection de morphinique se faisant par voie intraveineuse, cela permet de diminuer le délai d'apparition de l'analgésie et de mieux en contrôler la qualité.

De plus, l'administration de faibles doses d'antalgiques, à intervalles de temps courts, permet au patient de gérer sa consommation en fonction de sa propre sensibilité douloureuse et de sa susceptibilité aux produits, et par-là même, de réduire les effets secondaires tels que les nausées et vomissements ainsi que le risque de surdosage se manifestant en premier lieu par une bradypnée et un état de somnolence.

2.3.3.3. Paramètres de fonctionnement prescrits par le médecin

Ils sont au nombre de trois :

Dose bolus : dose que reçoit le patient quand il appuie sur le bouton poussoir en dehors de la période réfractaire. Elle ne doit pas être trop importante pour éviter l'apparition d'effets secondaires mais elle doit être suffisante pour que le patient puisse ressentir les bénéfices de la dose reçue.

Période d'interdiction ou période réfractaire : c'est le temps pendant lequel le patient, même s'il appuie sur le bouton poussoir, ne reçoit aucune délivrance de morphinique. Ce temps est choisi en fonction du délai d'obtention du pic d'analgésie du morphinique utilisé.

Dose limite horaire ou des 4 heures : elle permet de surveiller la consommation de morphinique dans le temps. Elle est adaptée aux besoins réels du patient, en tenant compte du type de chirurgie et de l'âge du patient.

2.4. De l'information à l'éducation

2.4.1. Cadre réglementaire

L'information du patient par les médecins et les paramédicaux est une préoccupation centrale au sein des établissements de Santé.

Depuis la Convention Internationale des Droits de l'Homme et de la Biomédecine jusqu'à l'édition récente de recommandations par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, de nombreux textes rappellent l'obligation d'informer le patient :

Pour la Charte du Patient Hospitalisé du 6 mai 1995¹, le médecin doit donner « *une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous ses patients* ».

Le médecin doit donc évaluer le niveau de compréhension du patient et s'exprimer en des termes accessibles par ce dernier. L'information est l'élément central pour établir et construire une relation de confiance entre le médecin et le patient. Son but est que « *le patient puisse participer pleinement aux choix thérapeutiques qui le concernent* ». Elle est le plus souvent dispensée par le dialogue au cours de la consultation pré anesthésique afin de répondre au mieux aux questions que se pose le patient et de rendre la démarche la plus individualisée possible.

Toutefois, comment s'assurer de la compréhension du patient ? L'évaluation reste souvent difficile.

Décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier²

Art 1 : L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation (...) ainsi que la participation à des actions de formation et d'éducation.

¹ Charte du Patient Hospitalisé, 6 mai 1995, annexe 1

² Décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier, annexe 4

Art 7 : L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.

Art 10 : L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, en salle de surveillance post-interventionnelle, à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des différentes techniques d'anesthésie.

2.4.2. L'éducation, une alternative à l'information ?

L'éducation évoque très souvent l'autorité, qu'elle soit parentale ou scolaire. L'éducation pour la santé centrée sur le patient est d'un autre ordre.

Eduquer tire sa signification d'une double origine latine :

- « educare » signifie « qui permet de nourrir, de maintenir en vie »
- « educere » signifie « conduire vers ; diriger l'action ».

L'éducation pour la santé du patient est plus qu'une simple information. Elle doit permettre au patient de s'autonomiser à partir de l'information, de ce qu'il aura compris de l'explication du soignant.

Par ailleurs, l'éducation revêt différents axes :

- *« l'éducation thérapeutique du patient qui s'intéresse au traitement, qu'il soit préventif ou curatif*
- *l'éducation à la maladie, ce qui recouvre le traitement, la prévention des complications et rechutes, les comportements liés à l'existence de cette maladie, y compris l'impact possible sur les aspects non médicaux de la vie*
- *l'éducation pour la santé ; laquelle concerne le malade mais aussi tous les comportements de santé et le mode de vie du patient ».*¹

L'éducation passe par une meilleure relation avec le soignant. En effet, la relation dominant-dominé entre le soignant et le soigné est atténuée. Le patient reste l'apprenant mais son rôle est valorisé. Il est en position de recevoir des connaissances qu'il pourra lui-même mettre à profit. La démarche initiale doit tenter d'identifier au mieux les besoins du patient et ce que représente la maladie à ses yeux.

¹ Dr BUTTET P Le concept d'Education pour la santé centrée sur le patient. Recherche en soins infirmiers n°73, Juin 2003, p42

*« Informer est évidemment indispensable mais le travail éducatif ne commence que lorsque soignant et patient traitent ensemble cette information, permettant ainsi sa compréhension et son approbation ».*¹

Dès lors, et en restant adapté au niveau de ressource du patient, elle doit établir des objectifs compris et attendus par le patient.

L'évaluation portera sur l'atteinte ou non des objectifs et devra mettre en avant si besoin les difficultés rencontrées à la réalisation de ces derniers.

En conclusion, la démarche d'éducation pour la santé est en fait une démarche d'autonomisation du patient. Elle s'inscrit dans une vision plus globale du soin, de promotion de la santé où le patient devient acteur de son propre projet thérapeutique.

¹ Dr BUTTET P Le concept d'Education pour la santé centrée sur le patient. Recherche en soins infirmiers n°73, Juin 2003, p46

3. HYPOTHESE

La réhabilitation postopératoire est un thème d'actualité dont les principaux enjeux sont la réduction des coûts d'hospitalisation par des moyens peu onéreux et une réflexion sur nos pratiques.

Dans ce contexte, le traitement de la douleur s'avère un élément incontournable. Nous savons en effet qu'une stratégie antalgique correctement menée diminue considérablement les risques de complications postopératoires, de chronicisation, et facilite un retour précoce à l'autonomie et au domicile.

Comme nous l'avons vu, seul le patient vit la douleur dans sa chair et dans son psychisme. Ainsi, sa participation au traitement ne fait aucun doute. Pour ce faire, nous lui devons une information loyale liée à la pratique de tout acte médical et chirurgical.

Risques opératoires, risques anesthésiques, stratégies thérapeutiques sont autant d'éléments qui lui sont donnés au sein desquels se noie le traitement de la douleur. Or, si pour les premiers, le patient ne peut pas directement agir, en matière de douleur, sa coopération est fondamentale.

Plus qu'une démarche strictement informative, ne devons-nous pas nous orienter vers une démarche éducative ?

Ainsi, nous pouvons nous interroger sur les connaissances que nous donnons à nos patients sur le traitement de la douleur, et plus particulièrement sur son implication dans la réussite de la stratégie thérapeutique.

Tout ceci me conduit à l'hypothèse suivante :

« Une meilleure information en préopératoire concernant l'utilisation de la PCA faciliterait l'autonomisation du patient dans la prise en charge de sa douleur en postopératoire immédiat. »

4. OUTIL D'INVESTIGATION

4.1. *Choix de l'outil et de la population*

Pour tenter d'apporter des solutions à mon questionnement initial -pourquoi certains patients éprouvent-ils des difficultés à gérer la PCA en postopératoire immédiat ?-, je pouvais interroger deux types de population : le personnel soignant (médecins anesthésistes, infirmiers et infirmiers anesthésistes) ou les patients. Suite à des entretiens avec les médecins anesthésistes du CHU de Clermont-Ferrand exerçant dans différentes spécialités (orthopédie, vasculaire, thoracique, urologie, ORL, viscéral) il s'est avéré que, la plupart du temps, le patient ne reçoit pas d'informations concernant la prise en charge de la douleur postopératoire ni même la PCA. Quelques fois le matériel est cité mais son fonctionnement n'est pas expliqué. Dans aucun cas la pompe d'analgésie n'est montrée au patient.

Au départ je voulais questionner les soignés afin de savoir ce qu'ils avaient retenu concernant la prise en charge de la douleur postopératoire. Puisqu' aucun ne reçoit d'information concise, j'ai donc choisi d'enquêter auprès des infirmier(e)s diplômés d'Etat et infirmier(e)s anesthésistes travaillant en salle de surveillance post-interventionnelle dans différents centres hospitaliers afin d'évaluer leurs connaissances, ressentis et pratiques quant à l'utilisation de ce type de matériel. De plus ce sont les acteurs de soin qui sont les plus proches du patient, c'est pourquoi je tenterai d'élucider ma question de départ à travers les réponses qu'ils m'apporteront.

Pour mener à bien mon enquête, j'ai élaboré des questionnaires qui ont été préalablement testés par quelques élèves infirmiers anesthésistes ainsi que par ma directrice de mémoire et mon guidant afin de savoir s'ils étaient compréhensibles et structurés par rapport au sujet.

Ensuite je les ai diffusé sur l'ensemble du CHU de Clermont Ferrand (Gabriel Montpied et Hôtel Dieu) et dans 5 hôpitaux périphériques afin de faire une étude comparative entre les établissements de santé expliquant le fonctionnement de la pompe d'analgésie autocontrôlée au patient et ceux ne citant que le matériel.

Les questions qui composent ce travail sont en premier lieu des questions d'identification. Puis des questions fermées et semi ouvertes sont proposées. Elles regroupent différents thèmes :

- Les indications de la PCA
- Le patient (informations et gestion de la PCA)
- Le personnel soignant (connaissances théoriques et pratiques du matériel)

Ma requête se termine par une question ouverte concernant la place de l'IADE à la consultation d'anesthésie ou à la visite préopératoire. L'analyse des questionnaires me permettra d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse et d'ouvrir ce travail sur un autre thème de recherche.

Au total, 120 questionnaires ont été distribués, 40 sur Clermont Ferrand et 80 sur l'extérieur. 80 questionnaires m'ont été restitués.

4.2. Limites de l'étude

Le taux de réponse est de 100% sur Clermont Ferrand et de 50% pour les centres hospitaliers périphériques.

Le travail effectué ne peut conduire ni à une affirmation ni à une généralisation des résultats faute de données suffisantes.

Le temps disponible pour ce travail étant limité, la recherche n'a pas l'ampleur que l'on peut désirer et d'autres outils auraient pu l'affiner.

Le fait d'avoir choisi principalement des questions fermées avec des réponses à choix multiples oriente quelque peu les réponses obtenues. En effet, le fait de proposer un choix de différentes réponses pensées auparavant peut restreindre et orienter les choix de la population interrogée même si j'ai essayé de limiter ce phénomène en introduisant quelques échappatoires avec la réponse « autres, précisez » et quelques questions semi ouvertes.

4.3. Présentation, résultats et analyse de l'enquête

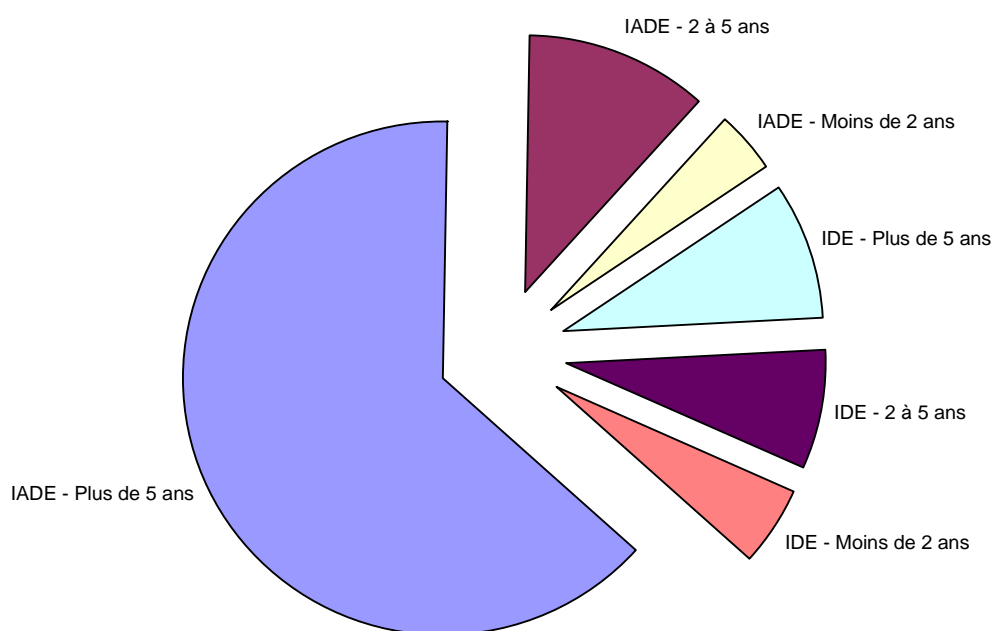
4.3.1. Population interrogée

Vous êtes IADE ou IDE ? Depuis combien de temps travaillez-vous en SSPI ?

Intérêt des questions : Elles permettent de cibler la population travaillant en SSPI ainsi que son expérience à ce poste. Cette notion sera intéressante à introduire dans l'analyse des autres réponses.

Résultats :

Représentation	Nombre	%
IADE	70	87,5%
IDE	10	12,5%



La majeure partie des personnes ayant répondu à l'enquête est représentée par des infirmiers anesthésistes dont plus de 81% d'entre eux ont plus de 5 ans d'ancienneté.

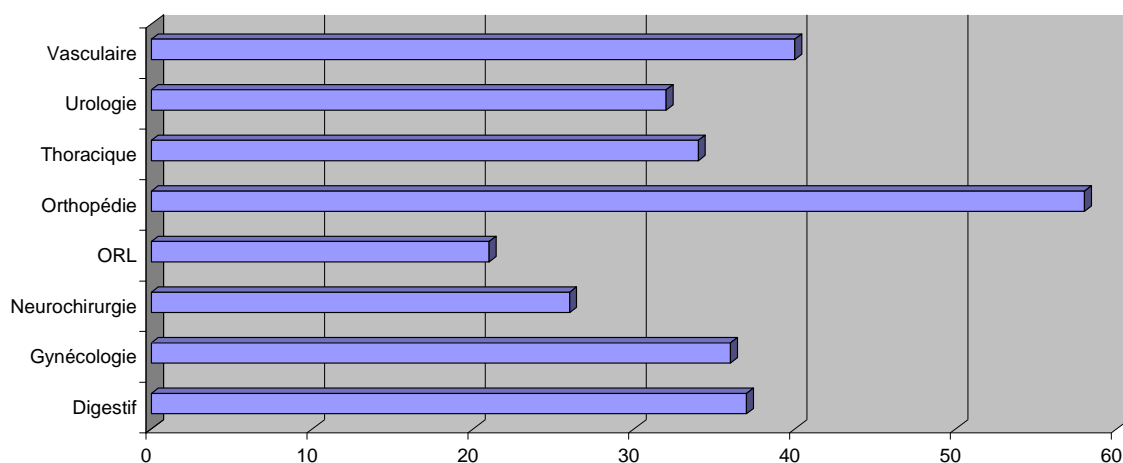
4.3.2. Périmètres d'utilisation de la PCA

Utilisez-vous la PCA ? Pour quels types de chirurgies ?

Intérêt de la question : Cibler les spécialités ayant le plus souvent recours à cette méthode d'analgésie.

Résultats :

La pompe d'analgésie autocontrôlée par le patient est utilisée dans l'ensemble des établissements au sein desquels j'ai diffusé le questionnaire. Seules 4 personnes (infirmières et infirmières anesthésistes) déclarent ne pas utiliser la PCA car elles travaillent dans un service de chirurgie ambulatoire.



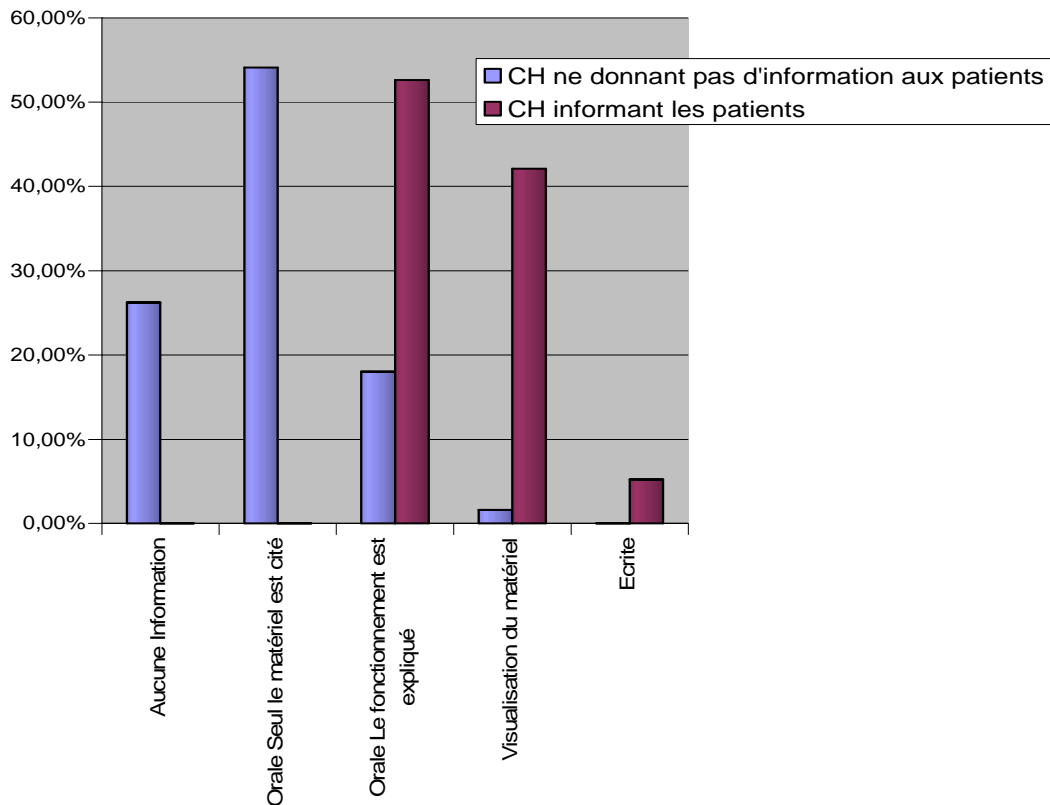
Quelques soient les centres hospitaliers interviewés, la PCA est utilisée durant la période postopératoire des chirurgies les plus douloureuses nécessitant un traitement par morphine durant deux à trois jours minimum. Les spécialités chirurgicales ayant recours à cette technique d'analgésie sont principalement l'orthopédie, la chirurgie vasculaire, thoracique, digestive, gynécologique et urologique.

4.3.3. Le patient et la PCA

Savez-vous si les patients reçoivent une information à la consultation pré anesthésique ou lors de la visite préopératoire quant à l'utilisation de la PCA ? Si oui par qui et sous quelle forme ?

Intérêt des questions : Savoir si les patients connaissent les modalités de prise en charge de la douleur postopératoire en fonction du type d'intervention qu'ils vont subir. Si l'information leur est donnée, il est intéressant de connaître sous quelle forme elle l'est afin d'apprécier son impact sur l'attitude des patients face à l'utilisation de la PCA en salle de surveillance post interventionnelle.

Résultats :

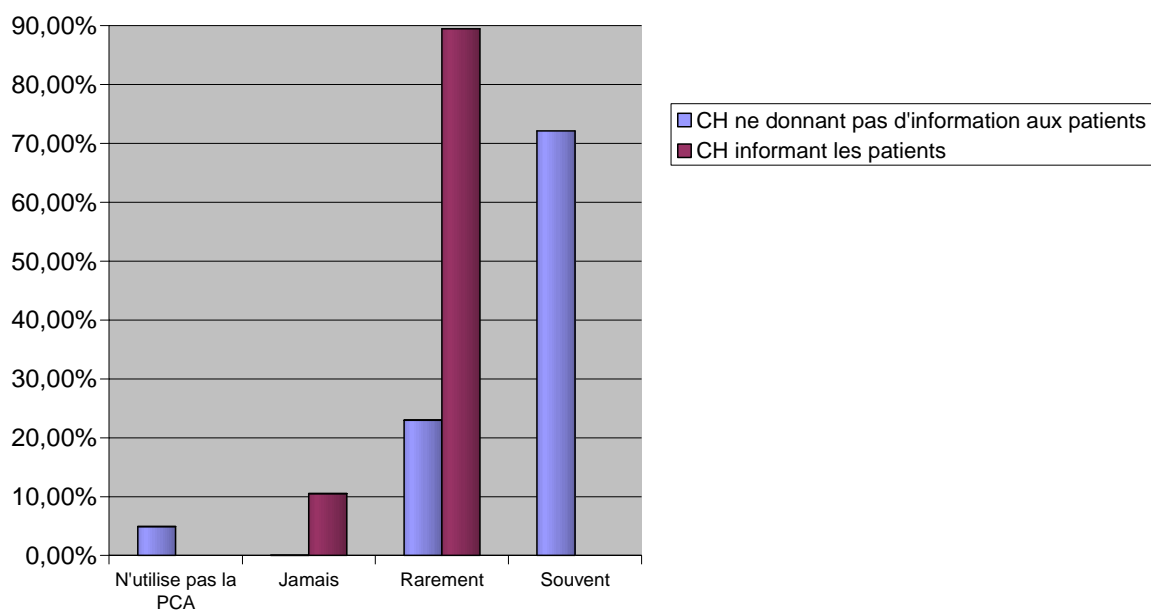


Parmi les six centres hospitaliers (CH) interrogés, trois d'entre eux dispensent une information précise avec visualisation du matériel ou explication de son fonctionnement au patient qui bénéficiera d'une analgésie auto contrôlée par pompe en postopératoire immédiat.

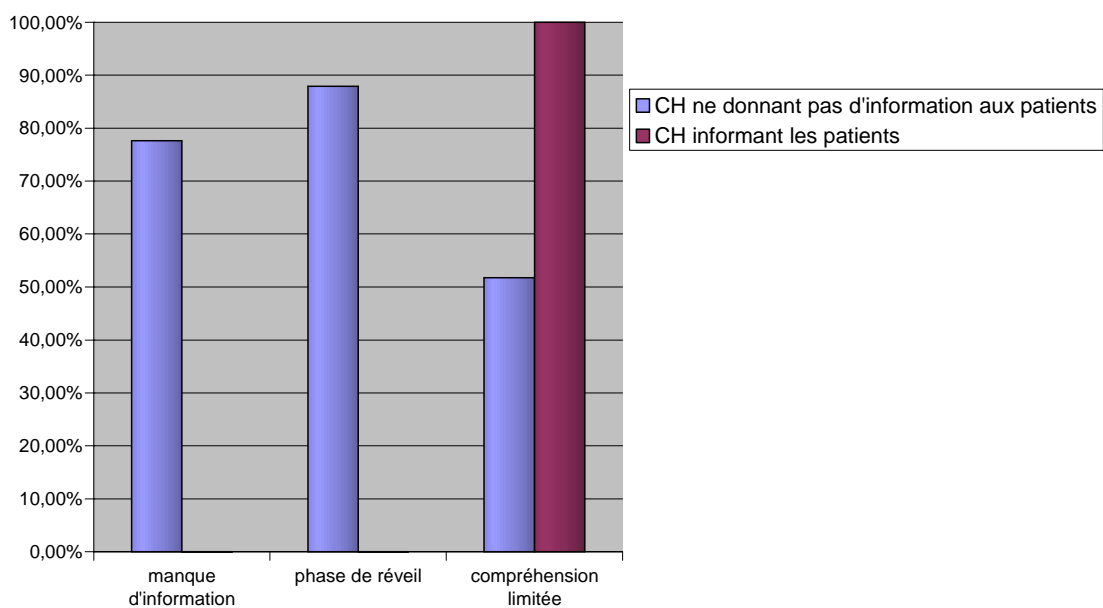
Les patients éprouvent ils des difficultés à utiliser la PCA en postopératoire immédiat ? Si oui pourquoi ?

Intérêt de la question : Les résultats obtenus me permettront de mesurer l'impact de l'information préopératoire sur la bonne utilisation du matériel par le patient en postopératoire immédiat. L'information reçue est elle bénéfique ?

Résultats :



Pour quelles raisons le patient éprouve-t-il ces difficultés ?



Nous constatons que peu de patients éprouvent des difficultés pour manipuler la PCA en postopératoire immédiat si le fonctionnement du matériel leur a été expliqué avant l'intervention ou s'ils ont vu la pompe. Les patients présentant une altération des fonctions cognitives -bien qu'ayant reçu une information préalable- ont quelques fois des problèmes pour se servir de la pompe.

A l'opposé les patients n'ayant pas bénéficié d'informations concises sur ce type de matériel n'arrivent pas à gérer la PCA, d'autant plus qu'ils sont en phase de réveil.

**Donnez-vous des informations aux patients lors de la mise en place du dispositif ?
Expliquez brièvement votre démarche.**

Intérêt de la question : Savoir si toute la démarche éducative est reprise ou si les connaissances du patient sont évaluées. Cette question s'articule avec les précédentes afin de connaître l'impact de l'information préopératoire.

Résultats :

Lorsque les patients ont reçu une information préopératoire suffisante et/ou que le matériel leur a été présenté, les soignants n'ont que très peu d'explications à fournir.

Ils réexpliquent juste le fait qu'il faut appuyer sur la poire dès que la douleur apparaît.

Les patients ayant vu le dispositif n'éprouvent aucune difficulté pour gérer l'analgésie auto contrôlée même en phase de réveil.

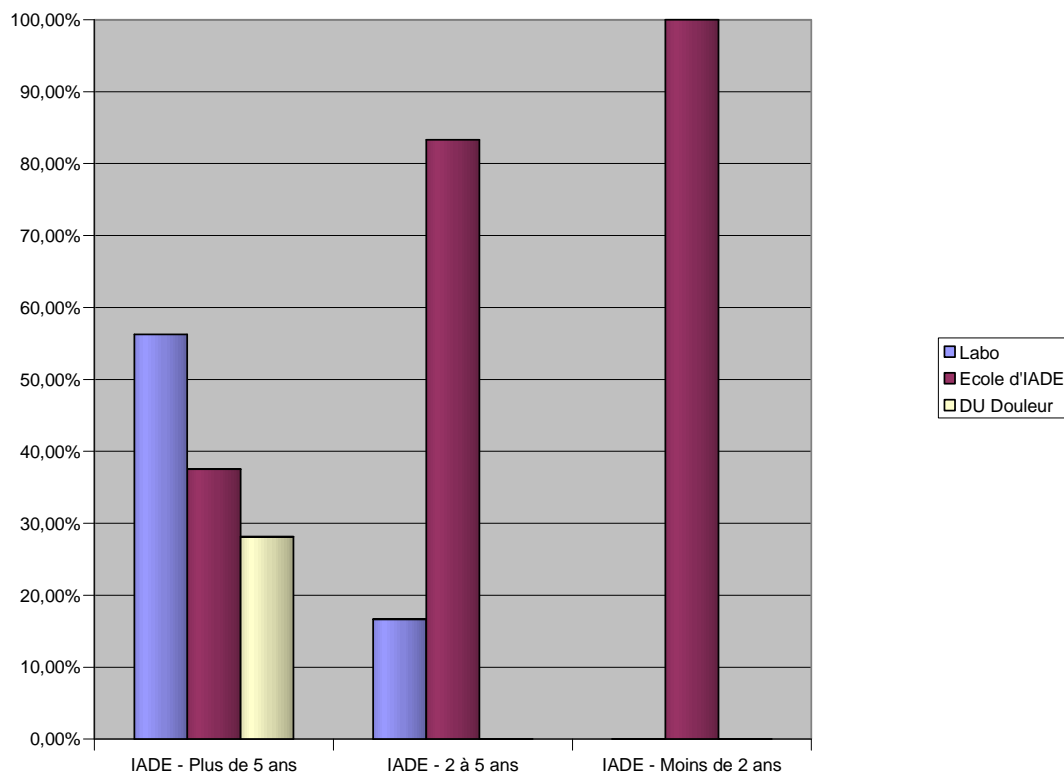
A l'opposé, les patients n'ayant reçu aucune information suscitent plus d'attention et il est souvent nécessaire de leur ré-expliquer plusieurs fois le fonctionnement, d'autant plus qu'ils sont en phase de réveil.

4.3.4. L'infirmier de salle de surveillance post opérationnelle et la PCA

Connaissez-vous bien le type de matériel ? Avez-vous reçu une formation spécifique ?

Intérêt des questions : Savoir si le personnel est formé à l'utilisation de ce matériel. Cette question sera mise en relation avec les résultats obtenus aux questions sur la population interrogée. Les IADE selon leur ancienneté, ont-ils reçu une formation ? Par qui ?

Résultats :



Les infirmiers diplômés d'état travaillant en salle de surveillance post interventionnelle n'ont pas reçu de formation durant leurs études concernant les différentes modalités d'analgésie postopératoire, notamment la PCA. Certains ont bénéficié d'une information par le laboratoire mettant à disposition ce matériel ; les autres sont formés sur « le tas » par leurs collègues.

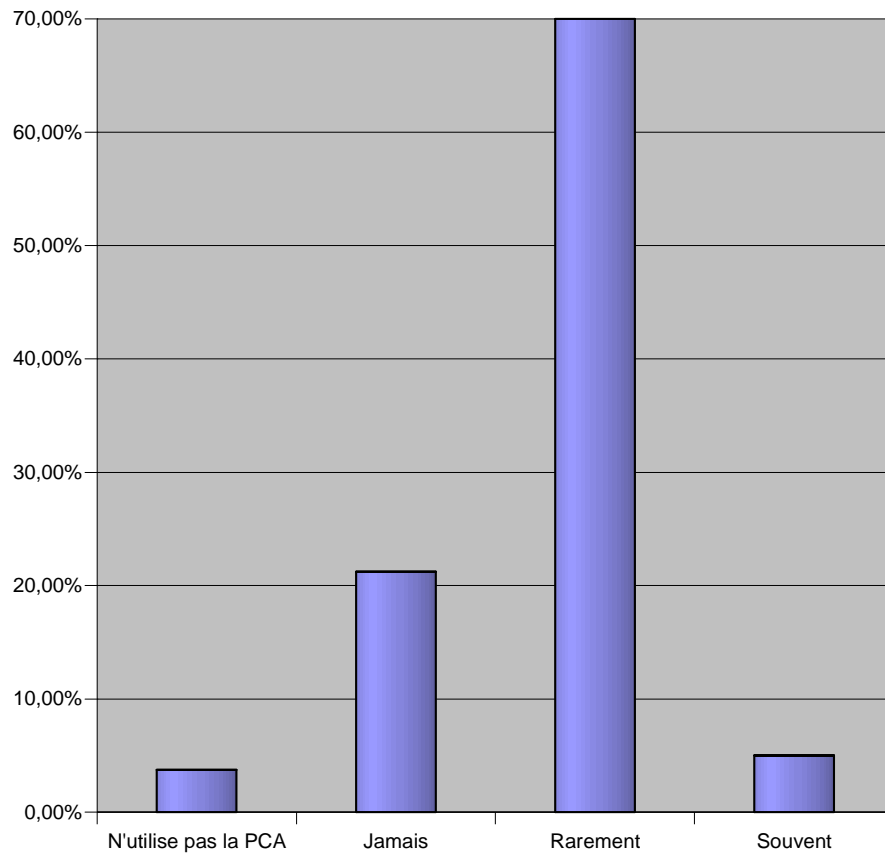
Les IADE, de moins de 5 ans de diplôme ont pratiquement tous bénéficié d'une formation durant leurs études à l'école d'infirmier anesthésiste.

Les plus anciens ont reçu une formation par le laboratoire ou ont un diplôme universitaire sur la douleur.

Éprouvez-vous des difficultés lors de la manipulation du matériel ?

Intérêt de la question : Savoir quels sont les problèmes les plus souvent rencontrés.

Résultats :



Les professionnels ont souvent cité des problèmes techniques (purge, panne de l'appareil, alarme). Beaucoup éprouvent aussi des difficultés pour mettre en place la cassette et la tubulure sur un certain type de pompe. Il a été aussi cité à maintes reprises des difficultés de manipulation lors de prêt matériel. En effet, le plus souvent, chaque service ne possède qu'un seul type de pompe. Dès lors que ce dernier emprunte une pompe dans un autre service, celle-ci peut être différente (pompe type pousse seringue ou pompe avec perfusette et cassette) et le personnel n'étant pas habitué à manipuler ce système, éprouve beaucoup plus de difficultés pour mettre en place le dispositif et surtout programmer le système.

Avez-vous des difficultés pour répondre aux questions des patients ? Pourquoi ?

Intérêt de la question : Savoir si le manque de formation a un retentissement sur l'enseignement à transmettre aux patients.

Résultats :

Les soignants n'éprouvent que rarement des difficultés pour répondre aux questions des patients. En effet celles-ci sont souvent d'ordre général : « Dois-je appuyer souvent ? » « Est-ce que je risque un surdosage ? » « Quand dois-je appuyer ? ». Le manque de formation de l'équipe soignante n'est donc pas un handicap pour répondre aux questions posées par le patient.

Êtes-vous sollicités par les infirmières des différents services lors des changements de poches ou lorsqu'une alarme sonne ? Pourquoi ?

Intérêt de la question : Savoir si les infirmiers des services d'hospitalisation gèrent seuls la PCA ou s'ils font appel au personnel de la salle de surveillance post interventionnelle.

Résultats :

Sollicitation de l'infirmière	Nombre	%
Souvent	77	96,25%
N'utilise pas la PCA	3	3,75%

Plus de 95% des personnes interrogées affirment être souvent sollicitées par les services lorsqu'un problème survient sur une pompe d'analgésie auto contrôlée.

Trois raisons principales sont évoquées :

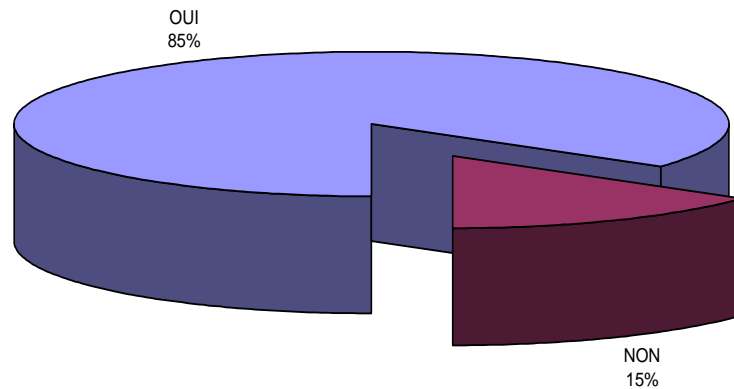
- Le personnel infirmier n'a pas reçu de formation spécifique pour l'utilisation de ce matériel.
- La gestion de ce matériel en service d'hospitalisation accroît la surcharge de travail. Le personnel infirmier ne veut pas s'investir davantage par manque de temps.
- Le personnel du service n'a pas la clé pour accéder à la seringue ou à la cassette contenant le morphinique.

4.3.5. Place de l'IADE dans l'information aux patients

Pensez vous qu'une infirmière anesthésiste peut avoir sa place à la consultation pré-anesthésique ou visite préopératoire ? Quel serait son rôle ?

Intérêt de la question : Connaître le ressenti des différents personnels concernant la place de l'IADE à la consultation pré-anesthésique.

Résultats :



La plupart des personnes interrogées sont favorables à la présence d'une IADE à la consultation pré-anesthésique.

Celle-ci aurait un rôle d'information, d'écoute envers le patient ; elle établirait une relation soignant-soigné de confiance. Elle reprendrait avec lui ce que le médecin a dit et éclaircirait les points obscurs. Elle expliquerait les modalités de prise en charge de la douleur postopératoire concernant l'acte qu'il subira.

Si l'intervention nécessite la mise en place d'une PCA, elle pourrait lui montrer le dispositif et lui expliquer brièvement le fonctionnement.

Dans les trois centres hospitaliers où une information est délivrée au patient avec visualisation du matériel ou explication de son fonctionnement, nous pouvons constater que le malade n'éprouve aucune difficulté lors de la manipulation de ce dispositif en postopératoire immédiat.

Il a aussi été cité à plusieurs reprises le fait que l'infirmière puisse décrire la journée opératoire en reprenant les différentes catégories de personnel que le patient côtoiera, ainsi que les différents lieux (sas de transfert, sas de pré-anesthésie, salle d'opération, salle de surveillance post-interventionnelle) afin de diminuer son angoisse et son appréhension de l'inconnu.

5. SYNTHÈSE

A travers l'analyse des données, plusieurs éléments sont mis en exergue.

Tout d'abord le manque d'information envers le patient a un retentissement certain sur l'attitude qu'il a face à la manipulation du matériel en postopératoire immédiat. En effet, le malade n'ayant pas reçu d'explications concernant ce type d'analgésie ne sait que faire de cette poire que l'infirmier lui a glissé dans le creux de la main au réveil. Il faut lui préciser qu'à partir de cet instant c'est lui et lui seul qui gère sa douleur et que ce dispositif est mis en place pour éviter des retards d'analgésie. Le soignant doit réitérer plusieurs fois les instructions avant que le malade intègre son rôle et manage seul la pompe. A l'opposé, les patients ayant reçu une information- sous n'importe quelle forme que ce soit- n'éprouvent pas ces difficultés. Ils connaissent les objectifs et principes de fonctionnement de cette modalité d'analgésie. Les quelques patients ayant bénéficié d'une explication préopératoire et présentant des difficultés pour gérer la PCA en postopératoire sont ceux qui ont du mal à intégrer les informations en raison de leur âge ou de l'altération de leurs fonctions cognitives.

Donc l'explication du système d'analgésie auto contrôlée au patient durant la période préopératoire est un élément essentiel pour sa bonne utilisation en postopératoire.

Dans un second temps, j'ai constaté que seuls les infirmiers anesthésistes récemment diplômés bénéficiaient d'une formation sous forme d'apport théorique et de cours pratiques durant leur formation. Les plus anciens ont reçu une formation par le laboratoire mettant à disposition ces systèmes dans le service.

Les infirmiers, quant à eux, n'ont reçu aucune formation. Ceux qui travaillent en salle de surveillance post-interventionnelle sont formés par leurs collègues. Dans les services d'hospitalisation, le personnel n'a pas bénéficié d'un enseignement spécifique et ne sait pas gérer les problèmes inhérents à ce type de matériel. Il assure seulement une surveillance étroite du patient et fait appel à un personnel plus qualifié en cas de problème (alarme sur la pompe, fin de perfusion, ...) ou de besoin de modification de la programmation de la pompe.

Le périmètre de mon enquête étant limité à la salle de surveillance post interventionnelle, je ne peux affirmer que le manque de formation des infirmiers travaillant en service d'hospitalisation ait un retentissement sur les réponses aux interrogations du patient.

Les personnes travaillant en salle de réveil ont les connaissances suffisantes pour répondre aux demandes des patients puisque les questions sont souvent d'ordre général. Le manque de formation interfère surtout sur la mise en place du dispositif (multiplicité du type de pompes et programmation différente).

A travers l'analyse de cette enquête, il en ressort donc que le manque de formation du personnel n'est pas préjudiciable au patient mais que le manque d'information préopératoire au patient a un effet dommageable sur sa gestion de la douleur après l'intervention chirurgicale.

Donc mon hypothèse de départ : « une meilleure information en préopératoire concernant l'utilisation de la PCA faciliterait l'autonomisation du patient dans la prise en charge de sa douleur en postopératoire immédiat » trouve là sa réponse.

Cet acquiescement prend appui sur les résultats obtenus à travers l'enquête : les patients ayant reçu une explication précise concernant les but et fonctionnement du matériel gèrent plus facilement leur douleur aiguë postopératoire à partir de la salle de réveil et sollicitent beaucoup moins les infirmiers contrairement à ceux qui n'ont pas reçu d'information.

6. PROPOSITIONS DE SOLUTIONS, PISTES DE REFLEXIONS

La prévention de la douleur postopératoire aiguë passe par une analgésie de qualité débutée précocement. Le patient est au centre de cet enjeu. Il doit donc être préparé psychologiquement à l'intervention et aux suites opératoires par l'ensemble des intervenants et en premier lieu par le chirurgien ou l'anesthésiste. Il est tenu de bénéficier d'un enseignement adapté à l'utilisation de la pompe d'analgésie autocontrôlée afin de limiter les écueils rencontrés en salle de surveillance post-interventionnelle.

Ainsi, nous devons nous interroger sur nos pratiques et envisager une évolution dans notre rôle afin d'améliorer la qualité de prise en charge de la douleur aiguë postopératoire.

Cet objectif d'amélioration de la prise en charge de la douleur postopératoire doit passer par « *l'élaboration d'un programme de soins spécifique à chaque patient comportant notamment son information quant aux modalités thérapeutiques envisagées. Il est recommandé de structurer une équipe autour de la douleur postopératoire, en identifiant un référent au sein de l'équipe médicale et paramédicale d'anesthésie. La création d'une fonction « infirmier expert » est un facteur essentiel de réussite du programme* »¹.

La relation soignant-soigné prend ici toute sa dimension. L'infirmière anesthésiste, de part sa formation spécifique en algologie pourrait assister à la consultation pré-anesthésique, compléter et éclaircir les informations délivrées au patient par le médecin anesthésiste. Dans certains établissements, une infirmière participe à cette consultation et cela a un impact sur le comportement du patient en salle de surveillance post-interventionnelle face à la gestion de la PCA (cf résultats de l'enquête).

D'après les résultats de l'enquête, il apparaît qu'une infirmière anesthésiste a sa place à la consultation pré-anesthésique. 85% des personnes interrogées sont favorables à la participation de l'infirmière à cette consultation. Celle-ci aurait un rôle d'écoute et d'information envers le patient.

¹ Comment organiser la prise en charge de la douleur post opératoire dans les services chirurgicaux, <http://www.sfar.org/douleurpostopcccons.html>

Elle pourrait lui expliquer le déroulement de la journée opératoire et lui faire part des modalités d'analgésie prévues en fonction du type d'intervention qu'il subira.

Elle lui montrerait la PCA, l'éduquerait par rapport à son fonctionnement et démystifierait ainsi les craintes que le patient pourrait avoir concernant l'utilisation d'un morphinique.

Au sein du CHU de Clermont-Ferrand, les anesthésistes affirment qu'une information orale concernant la mise en place de ce type de matériel ne serait pas bénéfique car, dans certaines spécialités chirurgicales (vasculaire, thoracique et digestif principalement), les patients présentent d'importants antécédents nécessitant la réalisation de nombreux examens complémentaires préopératoire. Lors de la consultation pré-anesthésique, ces derniers reçoivent énormément d'informations se rapportant à la chirurgie et aux examens qu'ils devront subir au préalable ; ils ne seraient donc pas réceptifs à une éducation ayant trait à la PCA.

Pourquoi alors, ne pas leur remettre une plaquette simplifiée, descriptive et amusante illustrant la PCA et expliquant succinctement son but et son mode de fonctionnement ? Le patient pourrait lire ce document tranquillement chez lui et poser des questions aux infirmières lors de son entrée à l'hôpital si besoin. Ce document existe dans certains centres et a fait ses preuves sur la gestion de la douleur postopératoire. En effet, le patient ayant vu une photographie du dispositif ou le dispositif lui-même se souvient qu'il doit appuyer sur la poire quand il a mal ; il sait aussi que la machine est programmée et qu'il ne risque pas de surdosage. Ses angoisses sont diminuées car il « connaît » le matériel et n'a pas autant d'appréhensions que celui qui ne l'a jamais vu.

Pour parfaire notre pratique soignante, il serait indispensable que l'ensemble du personnel infirmier travaillant en service d'hospitalisation et en salle de surveillance post-interventionnelle ait une formation spécifique sur la PCA. Cela permettrait de pouvoir répondre aux interrogations des patients et faciliterait la préparation et la gestion des pompes (alarme, changement de poche....).

Donc, pour améliorer la qualité de prise en charge de la douleur postopératoire par le patient, il faudrait que ce dernier bénéficie d'une information claire et pratique sur l'utilisation de la PCA. Il serait aussi souhaitable que les infirmiers ayant à gérer ce matériel connaissent parfaitement son fonctionnement.

La réalisation de ce travail m'a conduit vers d'autres interrogations :

Les infirmiers travaillant dans les services de chirurgie seraient-ils prêts à suivre une formation ? Accepteraient-ils de prendre entièrement en charge ce système d'analgésie ? Quel serait précisément le rôle de l'IADE qui participerait à la consultation d'anesthésie ? Ne devrait-elle pas revoir les patients lors de la visite pré-anesthésique ? L'éducation du patient concernant la PCA ne devrait-elle pas avoir lieu la veille, lors de la visite préopératoire ? Le patient serait-il plus réceptif à cet instant ?

7. CONCLUSION

Ce travail d'intérêt professionnel m'a permis de mettre en application une méthodologie et de réaliser une enquête de terrain. Il a débuté par un constat issu de ma pratique professionnelle : le patient rencontre des difficultés pour utiliser la pompe d'analgésie autocontrôlée en postopératoire immédiat. C'est pourquoi j'ai été amenée à me questionner sur les modalités d'informations données au soigné concernant ce type d'analgésie. Au terme de mon travail, il apparaît qu'une carence d'explications en préopératoire a un retentissement sur l'attitude du patient au réveil. Cette constatation est appuyée par l'étude comparative entre les centres hospitaliers expliquant le fonctionnement de la pompe au patient en préopératoire et ceux ne la présentant qu'au moment de sa mise en place en salle de surveillance post interventionnelle.

En effet, il apparaît clairement que la présentation ainsi que l'explication en préopératoire de cette technique d'analgésie personnalisée permet d'offrir au patient les connaissances nécessaires et suffisantes à une utilisation adéquate en postopératoire et par-là même de lui procurer une analgésie d'emblée efficace.

De plus, face à la politique de lutte contre la douleur actuelle, le patient doit bénéficier « d'une information simple, accessible, intelligible et loyale afin de participer pleinement aux choix thérapeutiques qui le concernent »¹.

Ceci explique donc la nécessité pour le personnel médical et paramédical de se concerter pour élaborer un projet d'établissement concernant l'information donnée aux patients à propos des modalités de prise en charge de la douleur postopératoire.

Ce dernier permettrait aux soignants de chaque service de mettre en place un projet de soin individualisé qui serait réévalué par des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patients et des professionnels de santé.

Cette démarche s'inscrit dans la démarche qualité des soins. Une cohésion et une solidarité d'équipe sont nécessaires pour mener à bien ce travail.

Mais comment faire évoluer les professionnels dans une démarche qualité et dans un questionnement perpétuel en mettant au centre le patient et son bien-être ?

¹ Charte du Patient Hospitalisé, 6 mai 1995, annexe 1

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- Xavier **CAPDEVILLA**, *Analgésie postopératoire*, Edition MASSON, 2004, 230 pages
- David **LE BRETON**, *Anthropologie de la douleur*, Edition Métailié, 1995, 227 pages
- Serge **PERROT**, *Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs*, Edition Med-Line, 2005, 107 pages
- Roselyne **REY**, *Histoire de la douleur*, La découverte / Poche, 1993, 399 pages
- Marc **SCHWOB**, *La douleur*, DOMINOS, Flammarion, Paris, 1994
- F. **BONNET**, *La douleur en milieu chirurgical*, Editions ARNETTE, 1991 351 pages
- La douleur postopératoire*, édition MASSON
- Les douleurs induites*, Institut UPSA de la douleur, 2005, 180 pages
- C. **METZGER** / A. **MULLER** – M. **SCHWETTA** / C. **WALKER**, *Soins infirmiers et douleurs*, 2^e édition, Edition MASSON, 2004, 292 pages
- Patrice **QUENEAU**, *Editorial de la molécule à la parole ou les vertus d'une formation exigeante à la prise en charge des malades douloureux .Douleur : évaluation, diagnostic, traitement*. MASSON, décembre 2000, n°3
- Patrice **QUENEAU**, OSTERMANN G, *Le médecin et la douleur*, 4eme édition, Paris : MASSON, 2004, p 1-3
- DEYMIER V.**, **WROBEL J.**, et al. *L'infirmière et la douleur*, 6eme édition, Paris, institut UPSA de la douleur, 2003, 176p

REVUES

- Analgésie préopératoire, Anesthésiologie Réanimation*, Editions ARNETTE, JEPU, Pitié Salpêtrière, 1988, p135
- La lettre : L'infirmière et la douleur, Antalgie, PCA et morphine, n°10*, Avril 2006
- Prise en charge de la douleur aiguë*, XVIIe journées d'enseignement des infirmiers anesthésistes de réanimation et soins d'urgence, CLERMONT FERRAND, 2001, p76 à 114

TEXTES LEGISLATIFS

La Charte du Patient Hospitalisé, 6 mai 1995

Le Décret du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier, annexe 4

Le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002 – 2005) DHOSLE n° 2002-266 du 30 avril 2002.

Le Code de la Santé Publique – Livre 4 – Titre 2 : Profession d'infirmier ou d'infirmière Actes professionnels Art R4311-8, annexe 3

COURS

Dr P **PICARD**, *Physiologie et traitement de la douleur postopératoire*, CHU CLERMONT FERRAND, 1995

Dr C **DUALE**, *Physiologie et traitement de la douleur postopératoire*, CHU CLERMONT FERRAND, 2005

Dr P **PICARD**, *Place de la PCA dans l'analgésie postopératoire*, CHU CLERMONT FERRAND, 1992

SITES INTERNET

<http://www.cnrdr.fr>

<http://www.infiweb.org>

<http://www.sfar.org/douleurpostopcccons.html>

<http://www.institut-upsa-douleur.org>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.chartedupatient.com>

<http://www.sante.gouv.fr>

ANNEXES

<i>Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé</i>	<i>1</i>
<i>Annexe 2 : Plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002/2005)</i>	<i>7</i>
<i>Annexe 3 : Code de la sante publique livre 4 – titre 2 : profession d’infirmier ou d’infirmière - actes professionnels</i>	<i>11</i>
<i>Annexe 4 : Décret de compétence n° 2002-194 du 11 fevrier 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier</i>	<i>13</i>
<i>Annexe 5 : Paliers antalgiques selon l’OMS</i>	<i>15</i>
<i>Annexe 6 : Questionnaire</i>	<i>16</i>

ANNEXE 1 : CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE
ANNEXEE A LA CIRCULAIRE MINISTERIELLE N°95-22 DU 6 MAI
1995

Le malade, le blessé, la femme enceinte, accueilli en établissement de santé ou suivi en hospitalisation à domicile ainsi que la personne âgée hébergée est une personne avec des droits et des devoirs. Elle ne saurait être considérée uniquement, ni même principalement du point de vue de sa pathologie, de son handicap ou de son âge.

Au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. Les établissements doivent, en outre, prendre toutes dispositions pour que les principes issus de la loi et relatifs au respect du corps humain soient appliqués. A ce titre, il leur faut assurer la primauté de la personne et interdire toute atteinte à la dignité de celle-ci. De même, ils doivent veiller à la bonne application des règles de déontologie médicale et paramédicale. Enfin, ils s'assurent que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits.

L'objectif de la présente Charte est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont affirmés par les lois, décrets et circulaires dont la liste est annexée à la circulaire ci-dessus mentionnée.

L'application de la Charte du patient s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les patients. Le patient doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise celles-ci. Les dispositions qui le concernent et, en particulier, les obligations qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux patients, seront si possible intégrées dans le livret d'accueil.

Cette Charte est remise à chaque patient ainsi qu'un questionnaire de sortie, annexés au livret d'accueil, dès son entrée dans l'établissement.

1 - DE L'ACCES AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. À défaut, ils doivent tout mettre en œuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement.

(...)

2 - DES SOINS

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients. Ils leur dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.

Au cours de ces traitements et de ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi N° 95116 du 4 février 1995.

L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elle soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie.

Lorsque des personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées, si elles le souhaitent, par leurs proches et les personnes de leur choix et, naturellement, par le personnel. La circulaire DGS du 26 août 1986 constitue en ce domaine une référence en matière d'organisation des soins et d'accompagnement.

(1) Notamment circulaire OH/DAS n° 93-33 du 17 septembre 1993 et circulaire n° 95-08 du 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

3 - DE L'INFORMATION DU PATIENT ET DE SES PROCHES

Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.

Le secret médical n'est pas opposable au patient.

Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci.

Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences.

Les majeurs protégés bénéficient d'une information appropriée.

La famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables.

(...)

4 - DU PRINCIPE GÉNÉRAL DU CONSENTEMENT PRÉALABLE

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité thérapeutique pour la personne et avec son consentement préalable. C'est pourquoi, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir.

Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte médical ultérieur. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient doit avoir été préalablement informé des actes qu'il va subir, des risques normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

Tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel.

(...)

5 - DU CONSENTEMENT SPÉCIFIQUE POUR CERTAINS ACTES

En plus du principe général du consentement préalable, des dispositions particulières s'appliquent notamment pour les actes ci-après :

Préalablement à la réalisation d'une recherche biomédicale sur une personne, le consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée. Des dispositions particulières sont applicables respectivement aux femmes enceintes ou qui allaitent, aux personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, aux mineurs, majeurs sous tutelle, personnes séjournant dans un établissement sanitaire ou social et malades en situation d'urgence.

(...)

6 - DE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE

Un patient hospitalisé peut à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état, et après avoir signé une décharge. A défaut de cette décharge, un document interne est rédigé.

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement en dehors du cas des personnes ayant nécessité en raison de troubles mentaux, une hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office (3) et sous réserve des dispositions applicables aux mineurs, et sous certaines conditions aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

(...)

7 - DU RESPECT DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITÉ

Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et postopératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel.

Les patients hospitalisés dans un établissement assurant également des missions d'enseignement donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet de ces missions notamment lors de la présentation de cas aux étudiants en médecine. Il ne peut être passé outre à un refus du patient. Les mêmes prescriptions doivent être respectées en ce qui concerne les actions de formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux ayant lieu auprès des patients.

L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies.

(...)

8 - DU DROIT À LA VIE PRIVÉE ET À LA CONFIDENTIALITÉ

Tout patient hospitalisé a le droit au respect de sa vie privée comme le prévoit l'article 9 du Code Civil et la convention européenne des droits de l'homme.

Le personnel hospitalier est tenu au secret professionnel défini par les articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal et à la discrétion professionnelle définie par l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, relative aux droits et obligations des fonctionnaires.

(...)

9 - DE L'ACCES AUX INFORMATIONS CONTENUES DANS LES DOSSIERS ADMINISTRATIFS ET MEDICAUX

Des dispositions sont prises dans chaque établissement pour que soient appliqués les principes et les modalités de la loi du 31 juillet 1991 et le décret d'application du 30 mars 1992 relatifs à la communication des informations médicales contenues dans le dossier médical par l'intermédiaire d'un praticien, aux personnes qui en font la demande. Ce praticien communique dans le cadre d'un dialogue, les informations médicales au patient ou à son représentant légal dans le respect des règles de déontologie, et aux ayants-droit dans le respect des règles du secret médical.

(...)

10 - DES VOIES DE RECOURS

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie remis avec le livret d'accueil à chaque patient, une personne hospitalisée peut faire part directement au directeur de l'établissement de santé de ses observations. Chaque établissement est invité à organiser un suivi de la qualité des soins et de l'accueil à partir notamment de l'examen et du traitement des questionnaires, des réclamations exprimées auprès du directeur ou de son représentant et des plaintes ultérieures.

(...)

ANNEXE 2 : LE PLAN QUADRIENNAL DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (2002/2005)

UN TRAVAIL DANS LA CONTINUITÉ ET TROIS NOUVELLES PRIORITÉS

Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses ...) :

- 1- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie
- 2- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- 3- Reconnaître et traiter la migraine

CINQ OBJECTIFS

- Associer les usagers par une meilleure information
- Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées
- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé
- Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée

RENFORCER LE RÔLE DE L'INFIRMIER NOTAMMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PROVOQUÉE

Les infirmiers par leur formation initiale et leur présence constante auprès des patients se sont mobilisés très tôt pour améliorer la prise en charge de la douleur.

De manière générale, les infirmiers rencontrent des difficultés dans la reconnaissance de leurs compétences notamment dans la mise en place des protocoles de prise en charge de la douleur. Cette mise en place s'intègre dans une réflexion d'équipe et nécessite le soutien et l'accompagnement des personnels d'encadrement médicaux et paramédicaux.

L'expérience accumulée ces dernières années par les unités mobiles " douleur aiguë postopératoire " et " douleur chronique " montre que l'amélioration de la prise en charge de la douleur peut être reliée à la présence auprès des équipes d'un infirmier référent douleur.

Objectifs :

- Consolider le rôle des infirmiers dans la lutte contre la douleur
- Poursuivre la mise en place de la formation continue des infirmiers
- Intégrer au sein des établissements de santé des infirmiers référents douleur

Mesures

La prise en charge de la douleur est intégrée dans le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Ce décret, à paraître, précise que tout infirmier (hospitalier et libéral) :

Évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre ;

Est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin ;

peut sur prescription médicale, injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intra-thécaux ou placés à proximité d'un tronc ou plexus nerveux.

La poursuite, en 2003, 2004, 2005 d'actions de formation / action développées et financées par l'ANFH

Les principaux thèmes abordés concerneront l'élaboration et la mise en place de protocoles de soins de prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie.

La création de 125 postes d'infirmiers référents douleur

L'infirmier référent douleur aura pour rôle au sein des établissements de santé :

• de dispenser et retransmettre son savoir-faire par une action transversale au niveau de la structure de soins ;

• d'aider à la mise en place du programme de lutte contre la douleur de l'établissement. Il participe à l'évaluation (audit de pratique, enquête ..), la mise en oeuvre de protocoles (élaboration, mise en place, suivi), l'information, la formation et le conseil aux professionnels de l'établissement ;

- d'assurer la coordination et la cohérence des actions engagées avec celles mises en place dans le cadre de la politique de soins palliatifs de l'établissement ;
- de participer à l'évolution des connaissances par des actions de recherche.

Ces postes d'infirmiers ne seront attribués qu'aux établissements de santé engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur.

Le guide méthodologique qui sera diffusé au 1^{er} trimestre 2002, précisera le profil de poste de ces personnels (voir mesure 2 de l'axe 4).

Partenariat et moyens

La création de 125 postes d'infirmiers estimée à 35 MF sera financée sur l'ONDAM hospitalier dont une partie est réservée à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs.

LES POMPES D'ANALGESIE AUTO-CONTROLEE (PCA)

Les pompes d'analgésie auto-contrôlée (PCA) permettent aux patients de s'administrer eux-mêmes et de façon adaptée, les doses d'antalgiques (morphine) nécessaires pour soulager leur douleur. Cette technique d'administration est préconisée en particulier pour le soulagement des douleurs postopératoires, des douleurs cancéreuses et chez les grands brûlés.

Il a été demandé aux établissements de santé, en août 2000, de soutenir leurs efforts dans la prise en charge de la douleur des patients et notamment de poursuivre l'acquisition de ce type de matériel.

Afin de connaître l'évolution du parc des PCA depuis le début du plan triennal de lutte contre la douleur, une enquête a été réalisée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, bureau E2) en collaboration avec le Comité économique des produits de santé. Les données recueillies ont été établies à partir des chiffres de ventes des principaux fabricants.

D'après les données disponibles, une nette progression du nombre de PCA mises en service dans les établissements est constatée. En effet, le nombre annuel de nouvelles pompes achetées qui était de 830 en 1997 est, depuis le lancement du plan de lutte contre la douleur en moyenne de 1150 par an.

Nombre de PCA vendues aux établissements de santé depuis 1996

Année	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Nombre de PCA	750	831	851	1419	1138	4989

Si l'on considère que la durée de vie d'une PCA est d'environ 5 années, on peut estimer que les pompes achetées en 1996 sont encore en service et que le parc de pompes disponibles dans l'ensemble des établissements de santé est d'environ 5000.

Toutefois, l'acquisition de ce type de matériel ne constitue pas un indicateur précis de qualité des soins. L'achat de pompes doit s'intégrer dans un projet institutionnel d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur et être accompagné d'une formation des équipes sur leur utilisation.

**ANNEXE 3 : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE LIVRE 4 –
TITRE 2 : PROFESSION D’INFIRMIER OU D’INFIRMIERE
ACTES PROFESSIONNELS**

SECTION 1 : ACTES PROFESSIONNELS

ARTICLE R 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

ARTICLE R 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

ARTICLE R 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

(...)

ARTICLE R 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

ANNEXE 4 : DECRET DE COMPETENCE N° 2002-194 DU 11 FEVRIER 2002 RELATIF AUX ACTES PROFESSIONNELS ET A L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER

ART. 1ER. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

(...)

ART. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

(...)

ART. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- Anesthésie générale ;
- Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

(...)

ART. 15. - Le décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

ART. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

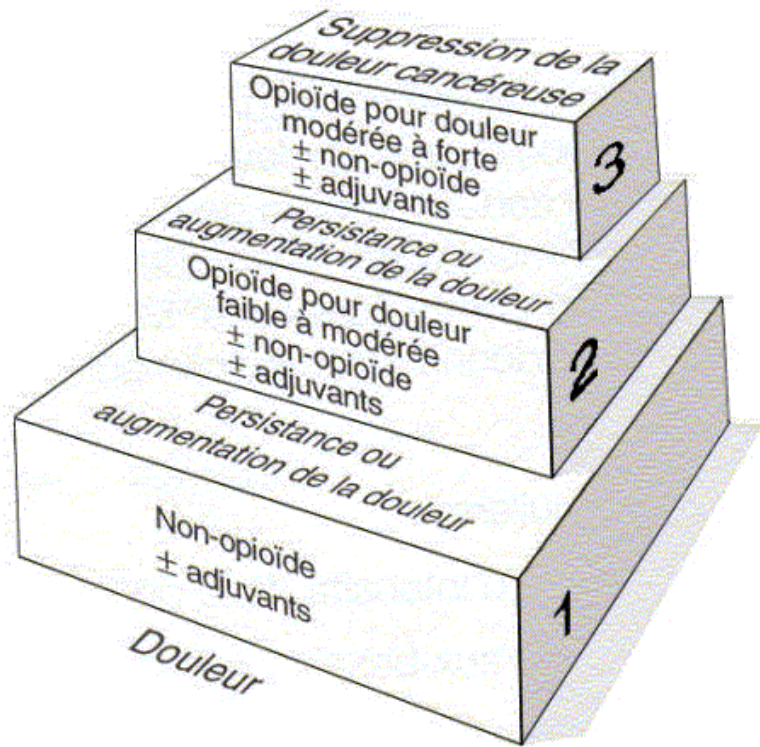
La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

ANNEXE 5 : PALIERS ANTALGIQUES SELON L'OMS



ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE

1. Vous êtes

IADE

IDE

2. Depuis combien de temps travaillez-vous en salle de surveillance post-interventionnelle ?

Moins de 2 ans

2 à 5 ans

Plus de 5 ans

3. Mettez-vous en place des systèmes d'Analgésie autoContrôlée par le Patient (PCA) par voie intraveineuse ?

OUI

NON

4. Si oui, pour quels types de chirurgies?

Orthopédie

Vasculaire

Thoracique

Autres, précisez

.....

5. Savez-vous si les patients reçoivent une information à la consultation pré-anesthésique ou préopératoire quant à l'utilisation de la PCA ?

OUI

NON

Si oui, par qui ?

- Médecin
- Infirmier

6. Savez-vous sous quelle forme leur est transmise cette information ?

- Orale
 - Document écrit
 - Visualisation du matériel
 - Autre, précisez
-

7. Les patients éprouvent-ils des difficultés à utiliser la PCA en postopératoire immédiat ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

8. Si oui, pourquoi ?

- Manque d'informations préopératoires
 - Phase de réveil
 - Patient ayant des difficultés à intégrer les informations
 - Autre, précisez
-

9. Donnez-vous des informations au patient lors de la mise en place du dispositif ?

- Oui
- Non

Si oui, expliquez brièvement votre démarche éducative :

.....

10. Vous-même, connaissez-vous bien ce type de matériel ?

Oui

Non

11. Avez-vous reçu une formation spécifique quant à l'utilisation de la PCA ?

Oui

Non

Si oui, sous quelle forme ?

.....

12. Eprenez-vous des difficultés, lors de la manipulation du matériel ?

Souvent

Rarement

Jamais

Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez ?

.....

13. Avez-vous des difficultés, pour répondre aux questions des patients ?

Souvent

Rarement

Jamais

Si oui, pourquoi ?

.....

14. Êtes-vous sollicités par les infirmiers(ères) des différents services lors des changements de poche ou lorsqu'une alarme sonne ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

Pourquoi ?

.....

15. Pensez-vous qu'une infirmière peut avoir sa place à la consultation anesthésique ou visite préopératoire?

- Oui
- Non

Quel serait son rôle ?

.....

RESUME

Ce travail de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmière anesthésiste porte sur la Place de l'IADE dans l'information au patient bénéficiant d'une pompe d'analgésie autocontrôlée par voie intraveineuse en postopératoire immédiat.

La réalisation de ce mémoire est partie d'un constat : les patients n'ayant jamais eu recours à la PCA éprouvent des difficultés pour la manipuler en salle de surveillance post-interventionnelle. A quoi sont dues ces difficultés ? Le manque d'informations en préopératoire est-il préjudiciable sur le comportement du patient en postopératoire ? Le personnel quant à lui, connaît-il bien ce type de matériel ? La formation des soignants est-elle assurée ?

La réalisation d'une enquête comparative menée dans différents centres hospitaliers m'a permis de répondre de façon plus ou moins approfondie à ces questions.

Mots clés :

Douleur postopératoire - pompe d'analgésie autocontrôlée par le patient
informations au patient - formation du personnel soignant