

Mémoire de fin d'études

Parler des peurs

Pour vaincre la douleur



UE 5.6.S6- Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Travail remis le Jeudi 16 Mai 2013

Directeur de mémoire : Mme Duchemin

Fondation Léonie Chaptal

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire pour son accompagnement, ses conseils et ses encouragements tout au long de la réalisation de mon travail de fin d'études.

Je remercie également les professionnelles de santé qui ont répondu à mon enquête et qui ont donné de leur temps pour pouvoir m'aider dans le cheminement de mon travail.

Enfin je remercie tout mon entourage pour leur soutien, leurs encouragements, les relectures et leur aide dans la réalisation de ce travail.

Table des matières

Introduction	1
Situation d'appel et questionnement	2
Cadre de référence	4
La salle de réveil	4
La douleur	6
L'anxiété	11
Le rôle infirmier	12
La prescription médicale anticipée	14
Enquête exploratoire	16
Méthode exploratoire	16
Analyse des résultats	18
Synthèse	23
Conclusion	24
Bibliographie	
Annexes	
Annexe I	
Annexe II	
Annexe III	
Résumé	
Abstract	

I. Introduction

Au sein de la formation en soins infirmiers, il est souligné l'importance du bien-être et du confort du patient. L'absence de douleur est donc un élément nécessaire afin de participer à ce bien-être et l'infirmière joue un rôle primordial dans la prise en charge de cette douleur tant sur son rôle propre que sur son rôle sur prescription. C'est pourquoi j'ai choisi de traiter cette prise en charge de la douleur.

Mon projet professionnel étant de me spécialiser en tant qu'infirmière anesthésiste, j'ai choisi de traiter un sujet où l'infirmière travaille en collaboration avec l'IADE¹. En effet, ces dernières sont toutes deux présentes en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et ont chacune dans leur rôle la prise en charge de la douleur.

De plus, l'absence de douleur est, selon moi, un des éléments essentiels pour une prise en charge infirmière dans le respect du bien-être du patient. En effet, la charte de la personne hospitalisée² prévoit également en son article 2 « *Au cours des traitements et des 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.* »

C'est donc pour toutes ces raisons, tant personnelles que professionnelles, que j'ai choisi de traiter de la prise en charge de la douleur post-opératoire, dans un service spécifique qui est la salle de surveillance post-interventionnelle ou salle de réveil.

¹ Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

² La charte de la personne hospitalisée constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé de 1995, rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs, notamment les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

II. Situation d'appel et questionnement

Lors de ma deuxième année de formation, j'ai effectué un stage en salle de surveillance post-interventionnelle. Une situation m'a alors interpellée lors de la prise en charge d'une patiente, Mme D., âgée de 74 ans, sortant du bloc opératoire pour pose d'une prothèse totale de hanche. A son arrivée en salle de réveil, la patiente était extubée, consciente et réveillée. Elle avait eu les premiers antalgiques au bloc, ceux du palier 1 et 2. J'ai donc pris en charge la patiente en commençant par lui demander d'évaluer sa douleur car j'avais observé son faciès crispé dès son entrée en salle de réveil.

L'observation de la patiente permettait de voir qu'elle n'était pas dans une position confortable et qu'elle avait mal. La patiente évaluait sa douleur sur l'échelle numérique à 10. Une prescription de Morphine en si besoin avait été faite par le médecin anesthésiste qui s'en était occupé, je lui ai donc administré 3 x 2mg de Morphine en réévaluant sa douleur entre chaque administration. Après cela, Mme D. évaluait toujours sa douleur à 10, mais l'infirmière me demanda d'arrêter l'administration de Morphine. L'infirmière m'expliqua alors qu'elle ne jugeait pas la patiente douloureuse physiquement mais qu'elle l'a sentait plutôt très anxieuse à son réveil. L'équipe a passé beaucoup de temps avec cette patiente, à lui parler, la calmer et la rassurer. En effet, lors d'une prise en charge en salle de surveillance post-interventionnelle, j'ai pu effectivement remarquer une attention particulière, une empathie importante, une écoute active. La communication, qu'elle soit verbale ou pas est importante. Ce sont toutes des attitudes qui permettent une prise en charge de qualité.

Quels sont les critères d'application d'une prescription en « si besoin » ?

Sur quels éléments se base l'IDE³ pour arrêter l'administration de morphine ?

Existe-t-il des facteurs influençant la douleur ressentie par la patiente ?

Quelle est la part d'anxiété dans une plainte douloureuse en post-opératoire d'une intervention chirurgicale ?

³ Infirmière Diplômée d'Etat

Mes recherches documentaires m'ont permis de mettre en avant le fait que la douleur avait un double aspect (physique et psychologique), en effet, elle est d'autant plus importante en sortant du bloc opératoire, qui reste un lieu anxiogène car on y est endormi donc on n'a pas la connaissance de ce qui s'y est passé. Il serait alors intéressant d'étudier la prise en charge infirmière de la douleur post-opératoire en salle de réveil tant sur l'aspect physique avec notamment l'utilisation des antalgiques de différents paliers que tant sur l'aspect psychologique que peut avoir une intervention sur le patient avec toute la dimension relationnelle que cela engendre.

Ce sont tous ces éléments qui m'ont permis de structurer ma question de départ :

En quoi l'anxiété ressentie par le patient en post-opératoire joue-t-elle un rôle dans la manifestation de la douleur que l'IDE va prendre en charge ?

Pour répondre à cette question, nous verrons dans un premier temps à travers le cadre de référence quatre points essentiels : la salle de surveillance post-interventionnelle, la douleur, l'anxiété et le rôle infirmier. Puis dans un second temps, nous exposerons la méthode exploratoire qui permettra de confronter mes recherches à la réalité à laquelle les professionnels sont confrontés quotidiennement sur le terrain. Une synthèse du cheminement de la réflexion sera élaborée afin d'amener à ma question de recherche puis une conclusion de ce travail de fin d'études.

III. Cadre de référence

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) accueille durant une plus ou moins longue durée, l'ensemble des patients relevant d'une surveillance post-anesthésique et ayant subi une intervention chirurgicale.

Cette surveillance post-opératoire a plusieurs objectifs tels que l'accueil et l'installation du patient, en sécurité, confortablement et selon les prescriptions médicales et anesthésiques, mais aussi la surveillance et le maintien des grandes fonctions vitales, la prévention et le traitement de toutes complications et l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Le décret 94-1050 du 5 décembre 1994⁴ mentionne que: « *La SSPI doit se situer à proximité des sites opératoires et permettre l'admission de tous les patients dès la fin de l'intervention hormis les patients dont l'état de santé nécessite une admission directe en réanimation. La SSPI doit comporter au moins quatre postes. Un infirmier diplômé d'état, si possible infirmier anesthésiste doit être présent en permanence et placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai* ».

De plus, chaque poste doit être équipé d'une arrivée de fluides médicaux, d'une prise de vide, d'un cardioscope, d'un saturomètre, d'un appareil de mesure de la pression artérielle et d'un moyen de réchauffement du patient. La SSPI doit également être pourvue d'un dispositif d'assistance ventilatoire muni d'alarmes (le respirateur), d'un défibrillateur et d'un curaromètre. L'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post-interventionnelle est transcrite dans un document appelé feuille de surveillance, classée dans le dossier médical du patient.

Tout d'abord, avant l'arrivée des premiers opérés, le personnel de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) vérifie la présence et le bon fonctionnement des équipements au niveau de chaque poste ainsi que des dispositifs d'urgence. Cette vérification sera validée sur le registre d'ouverture de salle, signé par l'infirmier vérificateur et le médecin responsable.

⁴ Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie

Une fois transféré du bloc opératoire, le patient est installé dans son lit avec l'aide d'un brancardier et de l'équipe ayant participé à l'intervention : panseuse, médecin et infirmier anesthésiste. L'équipe d'anesthésie participe également à l'installation du patient qui arrive généralement intubé et ventilé.

Puis l'équipe met en place le monitoring de la saturation en oxygène, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la tension artérielle. L'emplacement, la fixation, le calibre et la perméabilité des voies veineuses sont contrôlés ainsi que les dispositifs de drainages s'il y en a. L'état du pansement est vérifié, le volume des écoulements dans le ou les drains est mesuré, ainsi que le volume de la diurèse. En cas d'hypothermie à l'arrivée en SSPI, un réchauffement au moyen d'une couverture à air chaud est entrepris. L'équipe d'anesthésie ayant participé à l'intervention transmet les informations sur le patient, et sur le déroulement de la chirurgie et de l'anesthésie. Ces informations sont importantes puisqu'elles vont permettre de prévoir la prise en charge immédiate. Une feuille de surveillance nominative est ouverte. On y portera tous les éléments de surveillance mesurés, les traitements dispensés, les observations faites et les actions effectuées sur le patient au cours de son séjour en SSPI. Ce document sera archivé dans le dossier médical et servira de transmissions au service dans lequel ira le patient à sa sortie de la salle de réveil.

Lorsque les effets des drogues d'anesthésie s'estompent, le patient va peu à peu ou parfois brutalement retrouver un état de conscience. Cela se manifeste de façons diverses : ouverture des yeux, mouvements des membres, déclenchement de l'alarme de surpression du respirateur, augmentation de la fréquence cardiaque et/ ou de la pression artérielle. Il est important, à ce moment particulier, que l'infirmier établisse un contact verbal rassurant en indiquant au patient l'endroit où il se trouve, l'heure qu'il est et que tout va bien pour lui. Même s'il n'est parfois pas en état de comprendre ce qu'on lui dit, cela permet presque toujours d'éviter un état d'agitation lié à l'anxiété de se retrouver dans un environnement désagréable, bardé de fils et de « tuyauterie » en tout genre.

La prise en charge de la douleur s'effectue dès le réveil du patient, à l'aide de différents moyens thérapeutiques. Leur mise en œuvre et leur adaptation à chaque patient passe par une étape d'évaluation ou de quantification d'une douleur qui est ressentie différemment par chaque personne.

En effet, la douleur est un concept complexe à définir. Le dictionnaire « Larousse »⁵ définit la douleur comme une : « *Sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps* ».

La douleur est une expérience subjective d'un désordre physique. L'IASP (International Association for the Study of Pain) a proposé en 1979 une définition destinée à être comprise de tous et valable pour tous dans n'importe quel pays: « *La douleur est tout ce qui n'est point plaisir* » ou encore : « *On appelle plaisir toute sensation qu'on voudrait retenir et douleur toute sensation qu'on voudrait écarter* ».

« *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* ». Le patient est le seul expert de sa douleur. Le caractère individuel et subjectif du ressenti en fait un évènement difficile à transmettre et à faire partager, c'est ainsi que nous l'explique Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé dans « Comprendre et soulager la douleur »⁶.

Ce qui constitue l'expérience de la douleur d'un patient peut être défini comme la résultante de quatre composantes :

- Une composante sensori-discriminative : « ce qu'il sent », permettant de préciser la localisation, l'intensité, les sensations et les caractéristiques de la douleur ;
- Une composante affective ou émotionnelle : « ce qu'il ressent », soit la dimension émotionnelle de la sensation (anxiété, tristesse) ;
- Une composante comportementale : « ce qu'il dit et montre », les manifestations verbales ou motrices données à voir dépendent étroitement de facteurs culturels et éducationnels qu'il faut intégrer à l'évaluation ;
- Une composante cognitive : « ce qu'il comprend » : l'ensemble des pensées et interprétations qui accompagnent une lésion participe à la sensation finale.

⁵ Dictionnaire Larousse disponible en ligne sur : <http://www.larousse.fr>

⁶ CHAUFFOUR-ADER Claire, DAYDE Marie-Claude. Comprendre et soulager la douleur. France : Editions LAMARRE, 2008. 179 pages.

La prise en charge de la douleur est une obligation légale, de nombreux textes sont parus afin de réglementer sa prise en charge dans les établissements de santé.

La charte du malade hospitalisé⁷ dispose que : « *Au cours de ses traitements et 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'il accueille et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement* ».

Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2001

Les objectifs de cette circulaire sont les suivants : la prise en compte de la demande du patient, le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins, le développement de la formation et information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur et l'information du public.

Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé

Article L 1110-5 : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »

Décret du 29 Juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier

Les soins infirmiers ont pour objet : « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes* » (Article 2)

Le décret précise que tout infirmier (hospitalier et libéral) :

- Évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre (article 2, 5)
- Est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (article 7),

⁷ Contenu dans la Circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai 1995 Article 2 (Soins)

- 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 (article 8).

Plan douleur 2006-2010, il possède 4 axes :

- Amélioration de la prise en charge de la douleur des personnes les plus vulnérables
- Formation renforcée des personnels de santé
- Meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques
- Structuration de la filière de soins

La douleur est donc un élément important que l'infirmière doit prendre en charge à la sortie du bloc opératoire. La douleur post-opératoire est la conséquence directe de l'acte chirurgical. Elle est variable selon l'acte chirurgical et le patient, mais elle est constante pendant les 48 premières heures postopératoires. Elle n'est pas une complication de la chirurgie, mais une réponse physiologique de l'organisme. Elle est due à la section des tissus, à la position sur la table d'intervention, à l'atténuation des drogues anesthésiques... Aujourd'hui une bonne connaissance de l'analgésie postopératoire permet de soulager efficacement les douleurs du patient et d'améliorer son confort. L'analgésie est prescrite dès la fin de l'intervention par l'anesthésiste et est poursuivie en salle de réveil puis dans le service de soin.

De multiples facteurs participent à l'apparition de la douleur postopératoire et rendent compte de ses principaux caractères et de sa variabilité. L'opéré, le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière sont les quatre principaux acteurs de la période péri-opératoire et, si la nature et le siège de la chirurgie sont les déterminants les plus apparents, l'anesthésie, l'analgésie et les facteurs d'origine psychique y tiennent de toute évidence une place non négligeable.

E. Viel, E. Gallaud et JJ. Eledjam, dans la « Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte »⁸, décrivent les déterminants de la douleur post-opératoire qui sont au nombre de

⁸ VIEL E, GALLAUD E, ELEDJAM JJ. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte. France : Editions SAURAMPS Médical. 2000. 63 pages

trois: « *les déterminants psychiques, les déterminants chirurgicaux et les déterminants anesthésiques* ».

Pour une même intervention, l'intensité de la douleur postopératoire peut varier dans des proportions considérables d'un individu à l'autre. Les interférences psychiques sont nombreuses, parmi lesquelles la peur, l'anxiété, la solitude, la sensation d'impuissance et de perte de contrôle de soi, l'incertitude de l'avenir en termes de santé...

La nature et le siège de l'intervention sont les facteurs essentiels. D'autres facteurs conditionnent l'intensité et la durée de la douleur postopératoire, comme le type d'incision et les paramètres techniques (type de suture, nature du matériel employé).

Anticiper sur la survenue de la douleur postopératoire pendant l'intervention elle-même apparaît comme une règle essentielle de bonne pratique. Il est important de savoir administrer les agents analgésiques suffisamment longtemps avant la fin de l'anesthésie, voire même dès l'induction selon leur délai d'action.

Il existe différents types de douleurs selon le mécanisme physiopathologique :

- Douleur nociceptive : par agression interne ou externe, activation du système de transmission des messages nociceptifs. Elle a une origine somatique (traumatisme, infection, pathologies lésionnelles persistantes)
- Douleur neuropathique : par compression de la voie nerveuse, lésion du système nerveux.
- Douleur idiopathique : syndrome douloureux médicalement inexpliqué, sans cause apparente (localisées, muscles, tendons).
- Douleur psychogène : repose sur un ensemble de symptômes psychopathologiques.

La prise en charge efficace de la douleur postopératoire passe par la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques, mais aussi par l'évaluation régulière de leur efficacité et de leur sécurité.

L'évaluation de la douleur a plusieurs objectifs : dépister les patients douloureux, mesurer l'efficacité des traitements antalgiques, adapter le choix de l'antalgique à l'intensité et aux

caractéristiques de la douleur et améliorer la relation soignant soigné (communiquer et croire la douleur du patient).

Différentes méthodes existent et permettent une autoévaluation par le patient :

- Echelle verbale simple (EVS) : le patient qualifie sa douleur sur quatre niveaux : absente (0), faible (1), modérée (2) ou intense (3) ;
- Echelle numérique simple (ENS) : le patient donne une note quantifiant sa douleur entre 0 et 100 ;
- Echelle visuelle analogique (EVA) : c'est une règlette dont l'une des faces est munie d'un curseur que le patient déplace d'une extrémité (pas de douleur) à l'autre (douleur intense). L'autre face graduée de 1 à 10 permet à l'infirmière de quantifier l'intensité de la douleur ;
- Echelle de comportement douloureux lorsqu'il existe des problèmes de communication. La douleur intense peut se manifester par de l'agitation, des cris, mais aussi une prostration ou un repli sur soi.

Ces différentes méthodes permettent de rendre visible un phénomène subjectif et de faire des mesures rapides et répétées.

L'OMS (organisation mondiale de la santé) a publié, depuis longtemps, des échelles de la douleur avec une prise en charge par des médicaments antalgiques de plus en plus forts.

- **Palier OMS 1** : la douleur est en général peu intense (1 à 4 sur l'échelle visuelle analogique). Les médicaments utilisés sont le : Paracétamol, Anti-inflammatoires non stéroïdiens, Aspirine
- **Palier OMS II (A)** : La douleur est plus intense (4 à 8 sur l'échelle visuelle analogique). Les médicaments utilisés sont : la codéine, le dextropropoxyphène (ce médicament est retiré progressivement du marché)
- **Palier OMS II (B)** : Même intensité de la douleur, médicaments précédents peu efficaces. Les médicaments utilisés sont : le tramadol, la nalbuphine, la buprenorphine
- **Palier OMS III** : Intensité forte de la douleur, médicaments précédents non efficaces. Les médicaments utilisés sont : la morphine injectable, les morphines orales, le fentanyl, le chlorhydrate d'hydromorphone, le chlorhydrate d'oxycodone.

- **Palier III (dépassé)** : Ce sont les formes pour lesquelles il est indispensable d'avoir une consultation anti-douleur spécialisée et faisant appel à des techniques variées : administration spécifique des morphiniques, stimulations, chirurgie de la douleur

Pour les paliers II et III, on peut ajouter des médicaments adjuvants comme par exemple des anti-inflammatoires.

En post-opératoire, la douleur physique bien qu'importante n'est pas la seule ; en effet, il y a une grande part d'angoisse face à l'opération que le patient vient d'avoir, de nombreuses questions s'entremêlent et l'infirmière doit être là pour y répondre et calmer ses anxiétés. Est-ce que l'opération s'est bien déroulée ? Il n'y a pas eu de complications ? Dans combien de temps je pourrais me lever, boire ou manger ? Ces questions sont les plus fréquentes en salle de surveillance post-interventionnelle et l'infirmière doit se montrer présente auprès du patient pour répondre à toutes ses interrogations. La salle de réveil peut paraître comme étant un environnement désagréable : les bruits des alarmes, les divers branchements et la proximité des différents patients séparés uniquement par un paravent (voire même pas de séparation entre les patients) sont des facteurs qui peuvent influencer cette anxiété.

L'anxiété est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité. Elle est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle.

D'après l'encyclopédie Larousse, l'anxiété se définit comme « *une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un évènement* ». « *C'est un désarroi psychique ressenti face à un danger indéterminé et imminent s'accompagnant par un sentiment d'insécurité* ».

L'anxiété est un sentiment pénible d'attente, et sa présence signale que nous craignons quelque chose dans la situation actuelle ou dans une situation à venir, que quelque chose nous tracasse.

L'infirmière en salle de réveil a donc un rôle important face à l'anxiété que présente le patient, tant sur son rôle propre que sur son rôle sur prescription. Tout d'abord, il est du rôle propre de l'infirmière de repérer et d'essayer d'apaiser l'anxiété du patient.

Il est possible de classer les manifestations de l'anxiété dans trois domaines :

- Les manifestations psychologiques : sudation, tachycardie, hypertension artérielle, polypnée, pâleur, sécheresse buccale, insomnie, besoin fréquent d'uriné, trouble du sommeil
- Les manifestations intellectuelles : hyper vigilance, difficulté de concentration, difficulté à trouver les mots pour s'exprimer, attention accordée à des détails, difficulté de mémorisation à court terme
- Les manifestations spirituelles : sentiment de solitude, difficulté à entrer en relation avec les autres, peur de la mort, peur de l'échec, appréhension pour le futur, manque de sens à sa vie

Dans ce genre de situation, l'infirmière doit faire part d'une attention particulière, d'une empathie importante, d'une écoute active et de réassurance auprès du patient. Elle doit établir le contact rapidement dès le réveil du patient, lui expliquer là où il est et l'heure qu'il est afin de le resituer dans le temps et dans l'espace.

Tout d'abord, l'infirmier doit savoir identifier les facteurs favorisant et les signes de l'anxiété au cours de la relation. Détecter l'anxiété du patient permet un accompagnement basé sur le relationnel en s'appuyant sur l'écoute et la parole visant à rendre le patient plus acteur. Le but de l'infirmier est de soulager le patient anxieux tout en sachant que dans la plupart des cas, une simple écoute ou un complément d'information peut permettre au patient de se détendre et de moins appréhender la suite de sa prise en charge.

Du point de vue du rôle sur prescription, la plupart des patients reçoivent une prémédication avant leur intervention, ceci afin de diminuer au maximum leur anxiété.

L'expérience de la douleur d'un patient est définie comme quatre composantes dont une composante affective ou émotionnelle où l'anxiété a un rôle majeur. L'anxiété et la douleur sont intimement liés, comme le décrit Maryse Couaillet, cadre IADE, dans un article de

« L'infirmière et la douleur »⁹, elle décrit la douleur post-opératoire comme étant un phénomène physiologique complexe. *« Certaines chirurgies sont plus douloureuses que d'autres, mais aussi brève soit-elle, la douleur post-opératoire génère stress et inquiétude et laisse un mauvais souvenir, d'autant plus, quand son intensité est élevée. Les peurs de ne pas se réveiller, de souffrir, de l'acte chirurgical et de ses éventuelles répercussions, et la peur de complications augmentent de manière importante la perception de la douleur post-opératoire ».*

Le rôle de l'infirmière en salle de surveillance post-interventionnelle est donc important. Elle doit mettre en œuvre ses compétences et ses connaissances, son savoir-faire et son savoir-être afin de prendre en charge la douleur du patient, mais aussi son anxiété tout en respectant son rôle propre et son rôle sur prescription médicale.

L'infirmière en SSPI doit être capable d'assurer des fonctions polyvalentes qui sont la surveillance des fonctions vitales, la prise en charge du malade opéré avec une surveillance des sites opératoires et des systèmes de drainage, jusqu'à l'évaluation et la bonne prise en charge de la douleur post-opératoire.

Mais l'infirmière a également un rôle psychologique en SSPI appartenant à son rôle propre. Ses tâches ne se limitent pas à soigner le patient, à assurer et soulager sa douleur. Elle doit de même l'informer, le rassurer et le situer dans l'espace-temps. Si elle connaît bien le patient et l'a accompagné depuis la phase pré opératoire, elle est en excellente position pour lui offrir un soutien psychologique. Si tel n'est pas le cas, elle peut lire des observations inscrites au dossier pour connaître ses besoins particuliers.

Presque tous les patients ont besoin d'un soutien psychologique au cours de la période post-opératoire immédiate. Les questions qu'ils posent à la salle de réveil trahissent souvent leurs pensées et leurs sentiments profonds d'où l'importance de les écouter, de leur donner tout le temps de s'exprimer et parler de leur souci et de leur peur. Certains s'inquiètent de l'issue de l'opération et de ses répercussions sur leur avenir, mais quelle que soit la nature de leurs

⁹ L'infirmière et la douleur. Dossier disponible sur <http://www.institut-upsa-douleur.org>

craintes, l'infirmière doit toujours être en mesure de répondre à leurs questions de façon rassurante.

La période post-opératoire immédiate ne doit pas être l'occasion d'une discussion sur les constatations et le pronostic de l'opération ; l'infirmière se doit d'expliquer au patient qu'elle n'était pas avec lui lors de l'intervention. Par ailleurs, les questions ne doivent pas rester sans réponse, chose qui pourrait aggraver les craintes du patient.

C'est avec tous les éléments que l'infirmière aura observés, toutes les informations obtenues à l'aide de la communication avec le patient (qu'elle soit verbale ou non verbale) et de son écoute que l'infirmière va pouvoir poser son jugement clinique. Ce dernier, va lui permettre alors d'appliquer ou non la prescription en « si besoin ». Si celle-ci considère que le patient ne présente pas les éléments nécessaires à l'application de cette prescription, elle doit le transmettre sur la feuille de surveillance du patient. La traçabilité permettra de justifier l'action de l'infirmière.

La prescription médicale anticipée ou prescription médicale en « si besoin » est réalisée selon les exigences d'une prescription médicale en raison du risque d'évolution de l'état du patient. Conditions juridiques de validité : ce terme est retrouvé pour la première fois dans la circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

Elle concerne un malade identifié individuellement dont on peut supposer que son état, les soins qu'il a reçus ou ceux qu'il est susceptible de recevoir vont provoquer des douleurs aiguës. Le médecin peut alors, en connaissance de cause et selon certains critères prescrire un traitement antalgique curatif ou préventif que l'infirmier pourra mettre en œuvre si cela est nécessaire et en vertu de l'article 7 du décret du 11 février 2002¹⁰. Elle peut être considérée comme un protocole antalgique individualisé (différent du protocole à appliquer en urgence lorsque le médecin n'a pas examiné le patient).

¹⁰ « 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. »

Juridiquement les prescriptions médicales anticipées s'appuient sur les textes relatifs à la prescription médicale et aux protocoles de soins (code de la santé publique, code de déontologie médicale, code de la sécurité sociale).

Les prescriptions médicales anticipées :

- Exigent une parfaite connaissance de l'identification et de l'évaluation des symptômes: diagnostic médical et infirmier (formation continue)
- Permettent le développement du travail pluridisciplinaire des professionnels de santé
- Obligent à une relation vraie et d'écoute avec le patient et sa famille
- Imposent une réflexion éthique (désir et confort du patient dans le respect des concepts éthiques: universalité, autonomie, proportionnalité, futilité)

L'objectif de l'infirmière est de soulager un symptôme désagréable au plus vite, de façon à éviter que le symptôme s'installe et dans un but du confort du patient. Mais aussi parfois en prévision d'un symptôme prédictif (situation médicale) ou prévisible (soin) et de façon à rassurer le malade sur les possibilités de le soulager. Enfin, l'infirmière adapte au plus juste le traitement de fond du symptôme.

En pratique, l'infirmière :

- A un rôle majeur dans l'élaboration des prescriptions médicales anticipées (connaissance du patient, rôle relais des AS)
- Évalue le symptôme: intensité, échelles...savoir évaluer l'intrication de plusieurs symptômes
- Met en application la prescription médicale anticipée avec explication au patient (et à la famille)
- Évalue l'effet attendu et réévalue en connaissance des délais et durées d'action et selon les consignes de surveillance
- Transcrit dans le dossier médical à chaque étape
- Doit toujours penser que sa bonne exécution et sa bonne transmission va permettre d'être plus performant sur le traitement de fond et sur l'adaptation de la prescription médicale anticipée

Cette prescription médicale anticipée peut être utilisée pour différents types de symptômes : la douleur, des symptômes psychologiques, digestifs, respiratoires, cutanés ou urinaires. En salle de surveillance post-interventionnelle, cette prescription médicale est dite en « si besoin » sur la prescription post-opératoire du patient, et concerne la prise en charge de la douleur. C'est donc à l'infirmière d'appliquer ou non, en regard des éléments observés et recueillis, cette prescription.

IV. Enquête exploratoire

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai réalisé une enquête en milieu hospitalier, en Ile de France, auprès de cinq infirmières, toutes de sexe féminin (je n'ai pas eu l'opportunité d'interroger un infirmier). Ces dernières exercent en salle de surveillance post-interventionnelle afin d'interroger les professionnelles directement concernées par l'anxiété du patient et la douleur ressentie en post-opératoire. Le nombre impair d'infirmières interrogées est volontairement choisi, afin de faciliter l'analyse et la confrontation des différentes réponses obtenues. J'ai également réalisé mon entretien dans des établissements différents, afin de comparer les pratiques entre les différents établissements de santé.

J'ai opté pour un entretien semi-directif, ce qui a permis de centrer mon discours autour de thèmes définis au préalable, en gardant un fil conducteur pour éviter tout débordement ou hors sujet de ma part, ou de la part de la personne interrogée. L'entretien m'a paru alors plus pertinent que le questionnaire, car il est qualitatif et il a permis l'échange et le dialogue avec le professionnel de santé. Les réponses lors des entretiens sont plus spontanées, et cela permet d'observer la communication non verbale également. La date de l'entretien et les horaires ont été fixés à l'avance en accord avec le cadre du service et les infirmières volontaires ; j'avais au préalable envoyé la trame¹¹ de mon entretien au cadre afin d'obtenir son accord.

Ma trame d'entretien était composée de neuf questions ouvertes afin de guider la personne interrogée. Je n'ai pas eu besoin d'utiliser des questions de relance, car les réponses obtenues étaient conformes à ce que j'en attendais.

¹¹ Trame de l'entretien en annexe II

Les réponses recueillies lors de l'entretien sont anonymes et la confidentialité des réponses est assurée en début d'entretien à chaque professionnelle interrogée. Afin de faciliter l'analyse des réponses, il est juste demandé l'année d'obtention du diplôme et le nombre d'années d'expérience dans le service de salle de surveillance post-interventionnelle. J'ai volontairement choisi d'interroger des infirmières avec un niveau d'expérience sur le terrain variable ; les personnes interrogées ont de quelques mois à plusieurs années d'expérience en salle de surveillance post-interventionnelle. De plus, certaines ont travaillé dans d'autres services avant la salle de réveil alors que d'autres ont commencé par ce service-là. Il sera alors intéressant de comparer les réponses en fonction de leurs années d'expérience sur le terrain mais aussi en fonction de leur parcours professionnel.

Les cinq infirmières interrogées possèdent les caractéristiques suivantes :

- Une infirmière diplômée depuis Juillet 2012 et qui a commencé à travailler en salle de surveillance post-interventionnelle, sans faire d'autres services avant
- Une infirmière diplômée depuis 2008 et qui travaille en SSPI depuis 4 ans
- Une infirmière diplômée depuis 2008 et qui travaille en SSPI depuis 3 ans
- Une infirmière diplômée depuis 2010 et qui travaille en SSPI depuis 3 ans, qui n'a donc fait aucun autre service avant
- Et une infirmière diplômée depuis 2007 qui est en SSPI depuis seulement 8 mois

L'objectif de cet entretien est de comprendre comment la douleur et l'anxiété sont pris en charge dans les différents services de salle de réveil, mais également de comprendre si certains professionnels font le lien entre les deux dans leur prise en charge du patient en période post-opératoire.

Les entretiens se sont très bien déroulés, et chacune des professionnelles de santé m'a apporté des éléments nouveaux, ce qui a rendu les échanges très enrichissants. J'ai réussi à obtenir les réponses à chacune de mes questions posées et les informations recueillies étaient complémentaires entre elles. Les réponses obtenues ont été répertoriées, par mots clés, dans une grille de dépouillement¹² afin de faciliter leur comparaison.

¹² Grille de dépouillement disponible en annexe III

J'ai cherché dans un premier temps à savoir comment la douleur était prise en charge dans les différentes salles de réveil où exerçaient les professionnelles interrogées. Toutes les infirmières soulignent l'importance des différentes échelles d'évaluation de la douleur, l'Echelle Visuelle Analogique reste la plus utilisée. Ces outils d'évaluation avaient d'ailleurs été mis en avant dans mon cadre de référence. Toutes expliquent l'importance d'évaluer la douleur du patient afin d'appliquer la ou les prescriptions médicales et d'inscrire ces différentes données sur la feuille de surveillance. Sur le plan juridique, cette feuille constitue une preuve des soins apportés. C'est la raison pour laquelle, toute personne intervenant auprès du malade doit faire figurer clairement ses observations et les gestes pratiqués. Deux infirmières font notamment la différence entre les échelles utilisées pour l'adulte et celles utilisées chez l'enfant ; elles citent alors l'échelle numérique de l'adulte et le score de Heden chez l'enfant jusqu'à 6 ans. Les infirmières diplômées depuis plus longtemps ajoutent à ces échelles la surveillance clinique, une d'entre elle m'explique alors que l'agitation, les gémissements et les grimaces sont souvent associées à un patient douloureux.

Les infirmières jeunes diplômées insistent sur le fait que la douleur est prise en charge dès le bloc opératoire et que certains traitements sont débutés en per-opératoire. D'autres antalgiques sont administrés en quasi-systématique dès la fin de l'intervention, selon les établissements de santé.

La prise en charge de la douleur se fait par toutes les professionnelles interrogées par l'utilisation des antalgiques des paliers I, II et III, comme développé dans mes recherches. Toutes précisent l'importance de la traçabilité pour chaque action entreprise.

On remarque alors que l'infirmière récemment diplômée se base sur plus d'outils que les autres professionnelles pour prendre en charge la douleur. En effet, elle cite le type d'intervention les antécédents du patient, son âge, son faciès, son comportement et les différentes échelles d'évaluation de la douleur. L'échelle d'évaluation de la douleur restant l'outil primordial pour toutes les infirmières interrogées.

A travers mes recherches personnelles, j'avais observé que de nombreux services possédaient des protocoles pour la prise en charge de la douleur, j'ai donc demandé aux infirmières interrogées si le service dans lequel elles travaillaient en possédait un également. Seulement,

20% des infirmières interrogées ont un protocole douleur dans leur service. Les autres expliquent s'appuyer sur les prescriptions médicales post-opératoires du médecin anesthésiste pour prendre en charge cette douleur. L'infirmière ayant le plus d'expérience dans l'échantillon interrogé, explique que les prescriptions sont adaptées à chaque patient, ces dernières sont adaptées au type d'intervention, à leurs antécédents, à leurs allergies et à leurs contre-indications. Il s'agit donc d'une prise en charge individuelle, et non pas l'application d'une même prescription pour les différents patients. Deux autres infirmières mentionnent l'utilisation de la titration morphinique, dont une qui possède un protocole dans son service pour cette titration en fonction de l'âge et du poids du patient. Elle précise bien le fait qu'il existe des conditions d'applications de ce protocole qui sont à respecter et à tracer sur la feuille de surveillance du patient. Parmi les infirmières n'utilisant pas de protocoles, certaines citent également l'utilisation régulière de PCA (analgésie contrôlée par le patient).

Dans les cinq établissements de santé où les infirmières ont été interrogées la prise en charge de la douleur était donc différente avec une application ou non de protocoles. Il me semblait alors intéressant de leur demander, à chacune, si la méthode qu'utilisait leur service permettait de soulager les patients. 100% des infirmières expliquent que la plupart des patients sont soulagés et que si ce n'est pas le cas elles font appel au médecin anesthésiste. Une infirmière explique que la plupart du temps la douleur est soulagée mais qu'elle reste présente à la mobilisation lors de leur sortie de la salle de réveil. Elle mentionne également un point intéressant, elle précise que le soulagement de la douleur dépend du réveil du patient : si celui-ci est agité, confus, anxieux ou énervé, la douleur est majorée. Une autre infirmière précise que certains patients sont plus difficiles que d'autres à soulager, qu'il faut les rassurer et être à leur écoute.

Il m'est alors paru intéressant de leur demander si elles rencontraient des situations où la prescription médicale était entièrement appliquée mais que le patient ne soit pas soulagé et toujours douloureux. Toutes expliquent avoir déjà rencontré cette situation et détaillent les différentes méthodes utilisées dans ce cas-là. 40% des personnes interrogées précisent que cela dépend du type d'intervention car certaines opérations sont plus douloureuses que d'autres.

Toutes les infirmières interrogées font dans un premier temps appel au médecin anesthésiste lorsque le patient n'est pas soulagé afin qu'il complète sa prescription médicale. Différentes méthodes sont alors citées : les anesthésies loco-régionales, la mise en place de PCA, les blocs périmerveux, les poches de glace mais aussi le positionnement du patient, et la réassurance.

Par la suite, j'ai demandé aux infirmières de salle de réveil leur conduite face à une prescription d'antalgiques en « si besoin ». Les cinq personnes interrogées sont d'accord sur le fait qu'il faut évaluer la douleur pour appliquer ou non la prescription ; deux d'entre elles précisent qu'elles appliquent cette prescription lorsque le patient évalue sa douleur à plus de 3/10 sur l'échelle visuelle analogique. L'infirmière diplômée depuis plus longtemps, ajoute également qu'il est important d'informer le patient que s'il a mal on a des traitements possibles pour palier à cela.

Suite à la situation rencontrée en stage et décrite précédemment, je leur ai alors demandé si elles avaient déjà rencontré une situation où le patient se disait douloureux où la prescription en « si besoin » n'était pas appliquée. 80% des personnes interrogées ont été catégorique en répondant que ceci ne leur était jamais arrivé. Cependant, l'infirmière diplômée depuis 3 ans, explique que cela lui arrive seulement lorsque le médicament a déjà été injecté au bloc ou lorsque le patient refuse le traitement (cas de la morphine par exemple). Les autres précisent que dès que le patient est algique, la prescription est toujours appliquée.

J'ai voulu demander sur quels éléments elles basaient leur raisonnement clinique afin d'appliquer ou non cette prescription. Cette question n'a pas toujours été très bien comprise, j'ai dû préciser ou donner des explications à plusieurs reprises. Les trois premières infirmières ont été brèves sur le sujet et ont expliqué se baser sur l'échelle de la douleur, l'agitation, le comportement ou la plainte du patient. Des éléments qui avaient été développés dans mon cadre de référence. L'infirmière qui travaille en salle de surveillance post-interventionnelle depuis 3 ans a, elle, donné plus de détails : son raisonnement clinique se base sur le faciès, le comportement, l'échelle algoplus, la tachycardie, l'hypertension artérielle, les gémissements, la position antalgique, la prostration ou encore le refus de soin du patient. On fait alors le lien avec les manifestations de la douleur mais aussi celles de l'anxiété développées dans mes recherches.

Il est intéressant de voir que l'infirmière qui a le plus d'expérience après son diplôme décrit se baser non seulement sur les plaintes du patient mais aussi sur leur localisation, elle ajoute qu'il faut rassurer le patient et l'aider à trouver une position confortable pour lui.

Une fois la prise en charge de la douleur ,au sein des différents établissements de santé d'où proviennent les professionnelles, explorée, je me suis intéressée à la prise en charge de l'anxiété dans leur salle de réveil. Tout ceci dans le but, de finir l'entretien en faisant le lien entre les deux prises en charges afin de continuer mon cheminement par rapport à ma question de départ.

Les deux infirmières diplômées en 2008 précisent que le patient reçoit généralement une prémédication avant l'intervention : « *Souvent, on donne un hypnotique au patient, ce qui permet de le détendre avant l'intervention* ». L'infirmière la plus jeune diplômée précise la cause de l'anxiété des patients, elle explique que les patients sont la plupart du temps perdus car ils sont endormis quelque part et se retrouvent à leur réveil dans un endroit inconnu. 100% des infirmières adoptent le même comportement face à l'anxiété du patient : elles resituent la personne, lui explique que l'intervention est terminée, le rassurent, l'écoutent et cherchent à la faire verbaliser. Cependant, une précise que certaines interventions rendent plus anxieuses que d'autres notamment les opérations à but diagnostique.

J'ai alors conclu chaque entretien en demandant aux différentes professionnelles si pour elle, l'anxiété avait une répercussion sur les manifestations de la douleur du patient. Les réponses à cette question ont été diverses et variées, complémentaires entre elles, et l'échange avec les infirmières très enrichissant. Une infirmière est catégorique sur la question et répond que la douleur n'est pas due à l'anxiété mais à l'intervention. Elle ajoute également que l'anxiété et la douleur sont deux prises en charge différentes. Les autres professionnelles interrogées, c'est-à-dire 80% de l'échantillon, font un lien entre l'anxiété et la douleur. L'infirmière jeune diplômée explique que l'anxiété peut majorer la douleur mais surtout l'entretenir. Plus un patient est inquiet, plus il est agité, inquiet et se focalise sur la douleur. Cette notion de focalisation sur la douleur est aussi mentionnée par une autre infirmière. D'autre part, une infirmière précise que plus le patient est calme et coopérant à son réveil et plus la douleur est facile à gérer.

L'infirmière diplômée depuis plus longtemps exerçant en salle de réveil depuis trois ans est la seule professionnelle interrogée qui ne fait pas de lien entre la prise en charge de la douleur et celle de l'anxiété au réveil du patient en post-opératoire. En observant de plus près ses réponses, on observe alors que la prise en charge de la douleur dans son service s'effectue principalement avec les différentes échelles d'évaluation de la douleur et l'administration d'antalgiques, et qu'aucun protocole n'existe pour cela. Les patients y sont toujours soulagés, sinon elle fait appel au médecin anesthésiste pour avoir un complément sur la prescription médicale. Elle dit ne pas avoir rencontré de situation où la prescription en « si besoin » n'est pas appliquée. De plus, la prise en charge de l'anxiété dans son service dépend de la prémédication en post-opératoire, elle mentionne quelques éléments de soins relationnels comme l'explication de l'intervention et la réassurance du patient mais pas d'autres détails. En confrontant ces éléments de réponse au cadre de référence élaboré précédemment, on peut effectivement faire le lien entre la faible présence d'éléments relationnels face à l'anxiété du patient et la différence de prise en charge entre la douleur et l'anxiété.

A l'opposé, l'infirmière nouvellement diplômée mentionne de nombreux éléments appartenant à l'univers des soins relationnels dans ses réponses, et conclut l'entretien en affirmant que l'anxiété peut majorer la douleur mais surtout l'entretenir. Il s'agissait de la seule infirmière diplômée avec la nouvelle réforme, on peut alors expliquer son implication pour les soins relationnels par le fait que la nouvelle formation développe toute une unité d'enseignement autour des soins relationnels pendant les trois ans d'apprentissages.

Il existe alors certaines divergences selon les établissements de santé ; la prise en charge de la douleur se fait toujours en collaboration avec les médecins anesthésistes ou les infirmières anesthésistes, mais tous les services ne possèdent pas de protocoles. Les outils d'évaluation de la douleur restent eux, les mêmes dans les différents services interrogés, et sont conformes à ceux trouvés lors de mes recherches documentaires. La prescription médicale reste la base de toutes les prises en charge de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle, avec l'appel de l'anesthésiste si besoin d'un ou plusieurs compléments si la douleur ne cède pas.

V. Synthèse du cheminement de la réflexion

Mes recherches documentaires et l'enquête exploratoire menée en rapport avec ma question de départ m'ont permis de comprendre que la salle de surveillance post-interventionnelle est un service bien particulier concernant la prise en charge de la douleur. Ce lieu, où le patient se réveille dans un endroit inconnu, sans comprendre où il est voire même si l'intervention est terminée ou pas, rend le réveil très anxiogène dans la plupart des cas. Le réveil est différent pour chaque patient, mais la qualité du réveil et de sa prise en charge va avoir une répercussion sur la douleur exprimée par celui-ci.

La manière de prendre en charge le patient est individuelle, le patient est un être humain et non un objet de soin. Il peut chercher à comprendre ce qui se passe à son réveil, où il est et ce que l'équipe va lui faire. L'infirmière se doit de lui donner toutes les informations nécessaires et doit tant que possible rester disponible pour répondre à ses questions qui sont la plupart du temps nombreuses après une intervention.

Une infirmière jeune diplômée va mentionner plus d'éléments appartenant aux soins relationnels pour soulager le patient de ses douleurs à son réveil. Alors que les autres infirmières, plus expérimentées vont mentionner la communication verbale lors de l'information et la réassurance du patient.

Une question alors se pose : pourquoi une infirmière jeune diplômée utilise-t-elle des compétences relationnelles plus importantes que les infirmières expérimentées ? Pourquoi les autres infirmières se limitent à l'information et la réassurance du patient en salle de surveillance post-interventionnelle du point de vue de la communication ?

La prise en charge de la douleur post-opératoire est considérée comme un élément primordial pour l'infirmière exerçant en salle de surveillance post-interventionnelle, et cette prise en charge s'inscrit dans une démarche de santé publique.

Ainsi j'aboutis à la question de recherche suivante :

Doit-on associer à la prise en charge de la douleur et à ses outils d'évaluation, une échelle d'évaluation de l'anxiété en salle de surveillance post-interventionnelle afin de tendre vers une prise en charge de qualité ?

VI. Conclusion

Ce travail de fin d'études a permis de mettre en évidence l'importance du rôle de l'infirmière en salle de surveillance post-interventionnelle. L'IDE va appliquer les diverses prescriptions médicales post-opératoires mais va aussi rentrer dans une démarche relationnelle significative afin de rassurer le patient au maximum.

Cette étude m'a permis également d'approfondir mes connaissances et a représenté un réel investissement visant à construire mon identité professionnelle et à améliorer ma pratique infirmière. L'échange avec les professionnels a lui aussi été très riche en partage de connaissances et d'expérience.

La communication est un élément indispensable à la relation soignant/soigné, cependant elle nécessite une connaissance des techniques relationnelles pour prendre en charge les patients anxieux. Il est pour moi difficile de dissocier la prise en charge de l'anxiété de la prise en charge de la douleur car la salle de surveillance post-interventionnelle est selon moi un service où l'anxiété est très présente.

En effet, la communication constitue un outil précieux pour entamer une relation de soin avec le patient dans la mesure où elle est utilisée avec bienveillance et en réponse aux besoins de santé du patient. Ainsi, elle s'intègre pleinement dans l'exercice de la profession d'infirmier et relève de son rôle propre. Cependant, cette étude prouve qu'elle ne représente pas la même importance selon les professionnels, ainsi son utilisation est très diversifiée en fonction des soignants.

Le soin relationnel demande autant de temps et d'importance que les autres soins effectués par les infirmières. Il demande également de nombreuses compétences. Le soignant se doit en salle de réveil de s'informer sur le degré d'anxiété du patient mais également de l'informer.

Toutes ces connaissances couplées aux compétences acquises lors de la formation en soins infirmiers ou grâce à l'expérience acquise sur le terrain permettent une prise en charge de qualité alliant le savoir-faire et le savoir-être. Tout ceci dans un but d'adapter sa posture professionnelle pour améliorer la relation soignant-soigné et la surveillance du patient en post-opératoire.

Annexe I

Les sigles utilisés :

ENS	Echelle numérique simple
EVA	Echelle visuelle analogique
EVS	Echelle verbale simple
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IASP	International Association for the Study of Pain
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
OMS	Organisation mondiale de la santé
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle

Annexe II : trame de l'entretien

Thème de l'enquête : anxiété et douleur post-opératoire

Dans le cadre de ma dernière année de formation, je réalise mon travail de fin d'études sur l'anxiété et la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle.

Je réalise donc une enquête exploratoire afin de répondre à la problématique suivante :

En quoi l'anxiété ressentie par le patient en post-opératoire joue-t-elle un rôle dans la manifestation de la douleur que l'IDE va prendre en charge ?

Je garantis l'anonymat et la confidentialité des réponses recueillies.

Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ? Depuis combien de temps exercez-vous en SSPI ?

1/ Comment la douleur est-elle prise en charge dans votre Salle de Surveillance Post-Interventionnelle ?

2/ Existe-t-il des protocoles pour cette prise en charge de la douleur ? Si oui en quoi consistent-ils ? Si non, sur quoi vous appuyez-vous ?

3/ Tous les patients sont-ils soulagés de leur douleur une fois les antalgiques prescrits administrés ? Si non, que faites-vous ?

Certains patients sont-ils plus difficiles à soulager ?

4/ Arrivez-vous au bout de la prescription médicale sans que le patient soit calmé ? Que faites-vous ?

5/ Que faites-vous face à une prescription d'antalgiques en « si besoin » ?

6/ Avez-vous déjà rencontré la situation où le patient décrit sa douleur comme importante mais vous n'appliquez pas la prescription en « si besoin » ? Si oui, pourquoi n'avez-vous pas respecté la prescription ?

7/ Sur quels éléments basez-vous votre raisonnement clinique ?

8/ Comment l'anxiété du patient est-elle prise en charge dans votre SSPI ?

9/ Considérez-vous que cette anxiété a une répercussion sur les manifestations de la douleur du patient ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Annexe III : grille de dépouillement

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
Diplôme Ancienneté SSPI	2012 8 mois	2008 4 ans	2008 3 ans	2010 3 ans	2008 8 mois
Prise en charge de la douleur en SSPI	Selon acte, ATCD, âge Echelle numérique, faciès, comportement Pose d'antalgique en fin d'opération en quasi-systématique Selon les types d'anesthésie Feuille de surveillance, ttt per opérateur, prescription post-op Large gamme d'antalgiques	Evaluation douleur Echelle numérique de l'adulte Score d'Heyden chez l'enfant (2-6 ans) Surveillance clinique (agitation, gémissement, grimaces...)	Echelle numérique de l'adulte Echelle Heden chez l'enfant → 6 ans Utilisation des antalgiques, palier I- II-III	Pas de protocoles Prescriptions écrites adaptées à chaque patient	Sur presc médic Avec EV protocole morphi + en systé pour les antalgiques (avant le r patient) vo op par anesthé
Protocoles pour la prise en charge de la douleur Si non sur quoi s'appuient-ils ?	Echelle numérique, réglette, échelle des visages Antalgiques différents paliers Titration et PCA Si patient algique : anesthésiste	Pas de protocoles Chaque patient a une prescription médicale à ses ATCD (allergies, contre-indication ...)	Pas de protocoles Echelle douleur + post-op prescription	Pas de protocoles, juste des prescriptions	Protocole morphini fonction âg En bolus IV EVA
	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
Patients soulagés ?	99% soulagés EVA 10 → EVA 4 douleur mobilisation mais ils restent un fond douloureux 70 à 80% : plus aucune douleur à la sortie de la SSPI Si douleur très élevée : voir autre ttt avec le médecin Enfant : douleur majorée car agités, fatigués, peur, faim Dépend du réveil : agité, confus, anxieux, énervé = douleur +++, resituer	Selon le type de l'intervention La plupart des patients sont soulagés, sinon réinstallation du patient, le rassurer	La plupart des patients sont soulagés de leur douleur Sinon on appelle l'anesthésiste et on se base sur la prescription post-op Cela dépend de l'intervention	Titration de morphine fonctionne bien Pose de péridurale ou bloc périmerveux KT intratéc,al, biberons de naropéine à débit automatique PCA, PCEA	Non pas t deman l'anesth Oui certains difficiles : ou autre : é patient, le r traitem supplément anesthe

	les patients				
Arriver au bout de la prescription médicale sans que le patient soit calmé ? Que faire ?	Certains opérations sont plus douloureuses Autres méthodes : blocs, positionnement, poche de glace	Selon le type d'intervention Si pas soulagé, appel du médecin qui complète avec une anesthésie loco-régionale ou la mise en place d'une PCA	Généralement le patient fini toujours par être soulagé	Rarement, sinon on fait un bloc périmerveux	Rassurer le Demander l'intervention de l'anesthésiste

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
Que faire face à une prescription d'antalgiques en « si besoin » ?	Si EVA > 3-4/10 Si patient douloureux et cela va continuer à augmenter	Evaluation de la douleur puis application de la prescription	On évalue en fonction de l'échelle de la douleur et « si besoin » on l'utilise	Application de l'antalgique si le patient a une douleur > 3/10	Si patient douloureux administrer traitement + info du patient si douleur antalgique
Situation où le patient décrit sa douleur comme importante mais pas d'application de la prescription en « si besoin » Pourquoi ne pas respecter la prescription ?	Si le patient a eu le ttt par les IADE, pas de double dose Voir un autre ttt avec l'anesthésiste	Si le patient est algique, la prescription « si besoin » est toujours appliquée	Jamais rencontrée cette situation car si le patient décrit une douleur et qu'il y a une prescription, on l'applique	Parce que déjà injecté au bloc ou patient qui refuse	No
Éléments pour baser le raisonnement clinique	Echelle de la douleur, agitation, comportement	Echelle de la douleur	Plainte du patient	Faciès, comportement, échelle algoplus, tachycardie, HTA, gémissement, position antalgique, prostration, refus de soin	Plaintes du patient localisation EVA Rassurer le patient Position correcte
	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
Prise en charge de l'anxiété dans la SSPI	Anxieux car perdus, endormis quelque part et se retrouvent dans un lieu inconnu Resituer la personne, ils sont en SSPI et l'opération est terminée Anxieux / opération Opération à but diagnostic : anxieux du résultat Réassurance +++	Rassurer le patient, le mettre en confiance Anxiolytique en prémédication Anesthésie complétée d'un hypnotique anxiolytique ce qui permet à la plupart des patients d'être calme au réveil	Le patient reçoit une prémédication avant l'intervention, souvent il y a un hypnotique qui permet de détendre le patient avant l'intervention Explication de l'intervention, réassurance du patient	Hypnovel ou Valium pour les patients trop anxieux On cherche à faire verbaliser et on rassure +++	Ecoute du patient Le rassurer Lui expliquer ce qui a été fait
L'anxiété a-t-elle une répercussion sur les manifestations de la douleur ?	L'anxiété peut majorer la douleur mais surtout	La douleur est due à l'intervention en elle-même	La douleur n'est pas due à l'anxiété, elle est due à l'intervention	Si le patient appréhende d'avoir mal il risque d'avoir	Ou Majoration de la douleur

<p>douleur du patient ?</p>	<p>l'entretenir</p> <p>Plus un patient est anxieux, plus il est agité, inquiet, plus il se focalise sur ses douleurs</p> <p>Plus on fait attention à une douleur, plus on va la sentir et ne voir qu'elle</p>	<p>même</p> <p>Mais le fait que le patient soit crispé, stressé ne l'aide pas à se détendre et ne le rend pas capable de tolérer la douleur qui peut être légère et généralement supportable par le patient</p>	<p>l'intervention</p> <p>L'anxiété et la douleur sont deux prises en charge différentes</p>	<p>mal au réveil</p> <p>Plus le patient est calme et coopérant plus la douleur est facile à gérer</p>	<p>douleur</p> <p>Focalisation dernière</p> <p>Sensation prise en c</p>
------------------------------------	--	--	--	--	--

Résumé « Parler des peurs pour vaincre la douleur »

Contexte

Lors d'un stage en salle de surveillance post-interventionnelle, je me suis posée de nombreuses questions quand l'infirmière m'a demandé d'arrêter la prescription en « si besoin » alors que la patiente prise en charge se disait douloureuse.

Objectif

L'objectif de ce travail de fin d'études est de comprendre si la douleur post-opératoire et l'anxiété ressentie en salle de réveil pourraient avoir un lien. Donc, de montrer si les deux prises en charges sont liées.

Méthode

La douleur post-opératoire est une prise en charge bien spécifique en salle de réveil. J'ai alors choisi de réaliser une enquête exploratoire afin de voir comment la douleur et l'anxiété étaient prises en charge dans les différents établissements de santé. Pour cela, j'ai pris un échantillon de cinq infirmières provenant de cinq établissements différents, auprès desquelles j'ai réalisé un entretien semi-directif autour de la douleur post-opératoire.

Résultat

80% des infirmières interrogées affirment qu'il y a un lien entre la douleur et l'anxiété en post-opératoire alors que 20% affirment qu'il s'agit de deux prises en charges différentes. De plus, l'infirmière nouvellement diplômée mentionne de nombreux éléments appartenant à l'univers des soins relationnels dans ses réponses, et conclut l'entretien en affirmant que l'anxiété peut majorer la douleur mais surtout l'entretenir.

Conclusion

Ce travail de fin d'études a permis de mettre en évidence l'importance du rôle de l'infirmière en salle de surveillance post-interventionnelle. L'IDE va appliquer les diverses prescriptions médicales post-opératoires mais va aussi rentrer dans une démarche relationnelle significative afin de rassurer le patient au maximum.

Mots clés : Douleur, anxiété, réveil, soins relationnels, prise en charge infirmière

Abstract « Speak fears to overcome the pain»

Background

During an internship in room of post-interventional surveillance, I asked myself of several questions when the nurse asked me to stop the prescription “if need” while the patient said itself painful.

Objective

The objective of this work is to understand if the post-operative pain and the anxiety felt in recovery room could have a link. Thus, to show if both coverage are connected.

Method

The post-operative pain is a very specific care in recovery room. I then chose of realized an exploratory investigation to see how the pain and the anxiety were taken care in the various establishments of health. For that purpose, I took a sample of five nurses resulting from five different establishments, beside of whom I realized a semi-directive interview around the post-operative pain.

Results

80 % of the questioned nurses assert that there is a link between the pain and the anxiety in post-operative while 20 % assert that it is about two different coverages. Furthermore, the nurse recently qualified mentions several elements belonging to the universe of the relational care in her answers, and ends the interview by asserting that the anxiety can increase the pain but especially maintain it.

Conclusion

This work allowed to highlight the importance of the role of the nurse in room of post-interventional surveillance. The nurse is going to apply the diverse post-operative prescriptions but is also going to go into a significant relational approach to reassure the patient at most.

Key words: Pain, anxiety, awakenings, relational care, nursing coverage