



Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat
Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (63)

**ÇA FAIT MAL ?
C'EST NORMAL...
ÇA VA PASSER.**

*La prise en charge de la douleur veineuse
à l'induction anesthésique au Propofol*

Sarah SOULIER

**Travail d'Intérêt Professionnel
Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste**

Promotion 2007-2009



Ecole d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat
1 Bd Winston Churchill - 63033 Clermont-Ferrand

**ÇA FAIT MAL ?
C'EST NORMAL...
ÇA VA PASSER.**

*La prise en charge de la douleur veineuse
à l'induction anesthésique au Propofol*

Sarah SOULIER

Sous la direction de Madame Catherine Paulet - Cadre IADE
Bloc Central - Chu Gabriel Montpied – 63 Clermont-Ferrand
Et la guidance de Madame Patricia Auriche – IADE
Bloc opératoire – Centre Jean Perrin – 63 Clermont-Ferrand

Travail d'Intérêt Professionnel
DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHESISTE

Promotion 2007-2009

A ma grand-mère

A Julien, pour apprendre la confiance

*« Sois sage, ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille.
Tu réclamaïs le Soir ; il descend ; le voici :
Une atmosphère obscure enveloppe la ville,
Aux uns portant la paix, aux autres le souci.*

*Pendant que des mortels la multitude vile,
Sous le fouet du Plaisir, ce bourreau sans merci,
Va cueillir des remords dans la fête servile,
Ma Douleur, donne-moi la main ; viens par ici »*

Recueillement, Baudelaire, Les Fleurs du Mal

REMERCIEMENTS

Pour le Centre Jean Perrin :

A Monsieur Robin VIDAL, cadre IADE, pour m'avoir soutenu dès le premier jour et avoir œuvré activement à la concrétisation de mon projet.

A la direction générale et surtout à Monsieur le Professeur Jacques DAUPLAT, et à Monsieur le Docteur Bertrand NOUGAREDE qui ont légitimé et validé ma demande de formation.

A Monsieur Pascal SEDLAK, responsable formation, pour avoir géré la partie administrative et financière de mon dossier.

A l'équipe des panseuses et au personnel du bloc opératoire : travailler avec vous fût une révélation, vous retrouver sera une joie.

A Madame Patricia AURICHE, IADE, pour sa guidance durant ce travail et son écoute active.

Pour le CHU de Clermont-ferrand :

A Madame Catherine PAULET, cadre IADE, pour son accueil et sa disponibilité au sein du bloc opératoire de Gabriel Montpied, et plus encore pour avoir gardé la direction de mon mémoire malgré les circonstances.

A l'ensemble de l'équipe anesthésique du CHU de Clermont-ferrand pour son accueil et la qualité de son encadrement.

A Madame Carole SENECLAUSE, IADE, qui a accepté la fastidieuse mission de récupérer une partie des questionnaires.

A ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible.

Et surtout, à mon mari et mes enfants pour le temps que je ne leur ai pas accordé.

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 la deuxième année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet de publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
LA QUESTION DE DEPART	9
LE CADRE THEORIQUE	11
LA PRATIQUE INFIRMIERE	11
La législation	11
Les recommandations de la SFAR	12
La relation soignant soigné.....	13
LE PROPOFOL	14
LA DOULEUR.....	16
Définition.....	16
Physiologie	16
LA DOULEUR VEINEUSE	19
Les moyens de lutte contre	19
Les enjeux de la prise en charge.....	21
HYPOTHESE	25
LE CONSTAT DE TERRAIN	27
LE QUESTIONNAIRE	27
Présentation de l'outil de recherche	27
Les résultats	28
REFLEXION	38
LES LIMITES DU QUESTIONNAIRE	38
L'ANALYSE DES DONNEES DE LA RECHERCHE.....	40
L'implication des professionnels	41
Les connaissances et la pratique.....	42
Les pratiques soignantes.....	44
Prévenir le patient ?	46
MON POSITIONNEMENT	47
MES PROPOSITIONS.....	49
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	57
LEXIQUE	64

INTRODUCTION

« Ça fait mal ? c'est normal...ça va passer ! »

Combien de fois ai-je entendu cette petite phrase anodine qui se veut rassurante : elle m'était autrefois proposée comme un remède miracle par ma mère à l'occasion d'une chute mal amortie ; et c'est moi aujourd'hui qui l'utilise pour soulager mes enfants.

Le plus surprenant, c'est qu'elle illustre aussi bien mon expérience professionnelle et le questionnement suscité par l'observation de cette « prise en charge »... susceptible d'être améliorée.

Pourquoi le propofol, pourquoi cette douleur, pour quelle incidence, quels dommages ? Améliorer cette pratique ? Pourquoi, pour qui, quand et comment ?

Dans le cadre de la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, il est demandé aux élèves de présenter un travail d'intérêt professionnel.

Ce travail a été pour moi un moment unique, me permettant d'approfondir ce sujet qui me questionne tant. Il est personnel et effectué dans le cadre d'une initiation à la recherche en soins infirmiers.

J'ai donc choisi de travailler sur plusieurs points pour tenter d'apporter des éléments de réponse.

Après ma question de départ, je vais développer dans le cadre conceptuel, la pratique infirmière : les compétences de l'IADE¹ du point de vue législatif, les recommandations de la SFAR² et la relation entre soignant et soigné.

Il y sera également question de la pharmacologie du propofol et de la physiologie de la douleur.

J'aborderai ensuite la douleur veineuse et les moyens pour lutter contre, avant d'expliquer quels sont les enjeux de cette prise en charge.

Avec cet apport théorique, je formulerai une hypothèse de travail, en lien avec ma question de départ.

Je présenterai ensuite le constat de terrain et la méthode de mon recueil de données.

Enfin, je terminerai par une analyse des données de la recherche, qui me permettra de faire des propositions dans la perspective de prendre en charge la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol.

¹ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

² Société Française d'Anesthésie Réanimation

LA QUESTION DE DEPART

En mars 2008, alors que j'étais en stage en neurochirurgie, nous nous sommes occupés d'un patient d'une trentaine d'année, devant bénéficier d'une chirurgie nécessitant une anesthésie générale. Il était porteur d'un angiome géant du bras gauche et présentait une atrophie veineuse du bras droit imposant la pose de la VVP¹ à gauche (18 G).

Lors de l'induction, Le médecin procéda aux injections de la façon suivante : sufenta 5µg, xylocaïne non adrénalinée² vingt milligrammes avec garrot veineux de trente secondes, puis lentement le diprivan³, cent cinquante milligrammes.

Le patient, pourtant calme jusque là, hurla à l'injection du diprivan jusqu'à ce qu'il dorme (trente secondes) ! Sur le trajet veineux, sa peau s'était décolorée au passage du produit, avec un retour progressif à la normale.

Face à une réaction aussi brusque et intense, nous n'avons pu qu'énoncer cette fameuse phrase : « C'est le produit qui brûle, ça va passer... » en espérant que le patient s'endorme le plus vite possible, et regrettant d'être aussi désemparés...

Qu'aurions-nous pu faire de plus, ou de différent ?

A son réveil, en SSPI⁴, le patient s'excusa d'avoir crié ainsi ; il était désolé de ne pas être parvenu à se maîtriser. Il s'en souvenait donc très bien et se sentait coupable, ce qui était quand même un comble !

J'ai trouvé cette situation difficilement acceptable : à notre époque, des gens s'endorment donc en hurlant de douleur, à cause d'un médicament hypnotique (qui plus est, le plus utilisé), et s'en souviennent. Notre « gestion de la crise » consiste à les rassurer avant qu'ils ne perdent connaissance !?!

¹ Voie veineuse périphérique

² cf. Annexe n° 1 p 57

³ cf. Annexe n°2 p 58

⁴ Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Plus tard, j'ai observé attentivement quelles pouvaient être les actions entreprises pour pallier cet effet indésirable local, qui émaille notre pratique quotidienne.

Aux théories les plus simples (« Il n'y a rien qui marche ! ») je préférais mes interrogations : Pourquoi le propofol provoque-t-il une douleur veineuse ? Quelle prise en charge ? A priori et/ou à posteriori ? Existe-t-il des recommandations ? Un consensus ? Quelle expérience pour le patient ? Quel souvenir en garde-t-il ?

Je décidais d'explorer ce **thème de la douleur** et d'en faire mon sujet de TIP¹.

L'objet de ma recherche portera donc sur **la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol**.

Plusieurs éléments sont impliqués, et seront développés dans les chapitres suivants.

Mais avant cela, je tiens à préciser pourquoi j'ai choisi l'intitulé de « prise en charge » et non de « lutte contre » la douleur. Au quotidien, et avant même de me lancer à l'assaut des bibliothèques, quelle était ma préoccupation ?

Les faits suivants sont établis : la douleur au point d'injection est un des effets secondaires du propofol ; cet hypnotique est le plus utilisé pour l'induction intraveineuse de l'anesthésie générale ; le choix d'un protocole anesthésique incombe au médecin.

La lutte contre la douleur au point d'injection, quant elle existe, s'effectue souvent par l'injection de xylocaïne 1% (2cc) avec ou sans garrot, mélangée ou non au propofol ; ou par l'injection de 5µg de sufenta, quelques minutes avant le propofol.

Dans l'état actuel de mes connaissances, il ne m'apparaît pas évident d'envisager que l'on puisse faire mieux à priori... d'où mon implication dans sa prise en charge.

Ma question de départ est donc la suivante :

Comment prendre en charge la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol ?

¹ Travail d'Intérêt Professionnel

LE CADRE THEORIQUE

LA PRATIQUE INFIRMIERE

LA LEGISLATION

J'ai effectué ce TIP dans le cadre de mes études, conformément aux

🚩 Article 24 de l'Arrêté du 17 Janvier 2002 et

🚩 Annexe III de l'arrêté du 17 Janvier 2002

relatifs à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste.

Si j'ai été alertée par les situations que j'ai vécues, c'est bien sûr parce que notre pratique professionnelle est encadrée législativement, et de façon très claire¹.

L'infirmier a donc, dans son rôle propre, la compétence d'évaluation de la douleur.

En droit, les mots ont leur importance, parfois c'est l'écrit qui prime (dossier de soins) dans d'autres circonstances, la parole est primordiale et l'écrit n'est qu'un complément. L'information loyale et complète est donc un devoir pour les soignants, rappelé par de nombreux textes. Il s'impose à tout professionnel de santé. Son corollaire est le consentement préalable du patient avant tout soin.

En ce qui concerne la pratique infirmière, l'information porte sur les moyens utilisés ou les techniques mises en oeuvre. Dans la relation de soins, la parole occupe une place prépondérante.

¹ cf. Annexe n° 3 p 60

S'il est vrai que le devoir d'information tend à être donné au patient dans un souci de respecter une obligation juridique, et de se protéger de toute action judiciaire potentielle, il n'en demeure pas moins que l'information doit davantage être donnée pour rassurer le patient, et conforter la relation de confiance entre soignant et soigné.

D'ailleurs, l'ANAES¹ considère l'information écrite comme étant pour l'essentiel « *un complément possible à l'information orale* ».

LES RECOMMANDATIONS DE LA SFAR

Les recommandations de la SFAR définissent :

La période pré anesthésique.

- Stratégie préopératoire « *L'indication de l'anesthésie et de ses modalités est du ressort du médecin anesthésiste. Il décide de la technique anesthésique et de la préparation à l'intervention en fonction des données de l'examen pré anesthésique. Il prend en considération les souhaits formulés par le patient, ou par les parents ou le tuteur s'il s'agit d'un mineur, et éventuellement ceux émis par l'opérateur.* »
- Information et consentement du patient « Quand la décision d'intervenir est prise et la technique anesthésique fixée, le patient et/ou ses proches en sont informés. Cette information a pour but d'éclairer le patient sur l'acte anesthésique projeté, d'obtenir son consentement et de répondre à ses éventuelles questions. L'information portera plus spécialement sur les points suivants : différentes techniques d'anesthésie et d'analgésie postopératoire disponibles, leurs risques prévisibles, échecs possibles de l'anesthésie locorégionale pouvant nécessiter une anesthésie générale... »

Le rôle de l'IADE Activités de soins

« *L'IADE travaille en équipe avec le médecin anesthésiste réanimateur. La nature de ce travail tient à la fois de l'exécution de prescriptions médicales et de la réalisation de tâches clairement précisées, qui lui sont confiées en fonction de sa compétence propre... L'IADE peut, en présence du médecin anesthésiste réanimateur, procéder à l'induction d'une anesthésie générale suivant la prescription du médecin ou le protocole établi...* ».

¹ Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Au même titre que la technique médicale a évolué, la relation entre patient et soignant a subi des modifications profondes : les principes d'égalité et d'autonomie prévalent désormais dans la relation de soin. La relation de confiance en est la base.

Le soignant, avec sa personnalité, sa culture, ses compétences, sa fonction, ses âge et sexe, son histoire personnelle et professionnelle, sa position hiérarchique et sa tenue, est une personne active considérée comme « sachant ».

Le soigné a aussi sa personnalité, sa culture, son travail, son histoire, ses âge et sexe, et sa maladie ; il arrive au bloc opératoire avec ses angoisses et ses peurs, sa dépendance, sa douleur... et sa chemise fendue !

Au cours de mes études d'infirmière, en sciences humaines, j'ai appris que la relation d'aide se résumait en trois mots : respect, empathie et authenticité (ou congruence). Voilà donc ce qui constitue l'essence même des soins infirmiers (du rôle propre).

A partir de là, il y a deux façons d'exercer son art : Je peux « faire du soin » : cet acte là renvoie à l'acte de soin en terme technique et donc de façon objectivée. Cet aspect du soin est dénué de tout lien humain. Je peux aussi « prendre soin » : ce qui implique de considérer la personne qui est soignée.

Cette notion me renvoie à mes propres valeurs et à mon éthique du soin. Elle oblige aussi à s'adapter à chaque personne, demande de rechercher pour chacun des signes précis, et de les prendre en compte dans la démarche soignante.

Je vais maintenant aborder le médicament propofol dans sa globalité afin de cerner pourquoi il pose problème.

LE PROPOFOL

De quoi parle-t-on ? Il ne s'agit pas ici d'évaluer toutes les techniques utilisables pour lutter contre la douleur à l'injection du propofol. Il s'agirait de recherche médicale, que beaucoup d'auteurs se sont employés à publier depuis vingt-huit ans que ce produit existe.

Je vais donc restituer simplement les éléments que j'ai pu recenser.

Sur le site de la HAS¹, j'ai retrouvé dix-sept spécialités pharmaceutiques qui correspondent au critère de recherche : « propofol ».

L'AMM² la plus ancienne étant pour le diprivan (en 1990). Il fût commercialisé sous différentes formes, à différentes concentrations, par de nombreux laboratoires. Il est devenu l'hypnotique le plus utilisé pour les anesthésies intraveineuses dans les pays occidentaux.

Ses propriétés pharmacodynamiques et pharmacocinétiques en font un agent particulièrement apprécié tant pour l'induction d'une anesthésie et son maintien, que pour une sédation. Son effet dépresseur des fonctions sous-corticales lui confère des propriétés anti-émétiques et anxiolytiques. Sa demi-vie d'élimination courte permet un réveil précoce avec une récupération rapide des fonctions corticales. En raison de ses qualités, il est fréquemment utilisé en chirurgie ambulatoire.

Le propofol est une émulsion aqueuse contenant de l'huile de soja et des protéines d'œuf purifiées. Quelque soit le laboratoire qui le commercialise, on retrouve dans les effets indésirables locaux : *« Une douleur au lieu d'injection du produit peut être largement atténuée en utilisant les grosses veines de l'avant-bras et du pli du coude. Chez l'enfant, la douleur est encore plus fréquente que chez l'adulte, surtout lorsque l'injection est faite dans une petite veine de la main ou du poignet ; elle est moindre dans une veine du pli du coude ou de l'avant-bras... »*

Astra Zeneca

¹ Haute Autorité de Santé

² Autorisation de Mise sur le Marché

« L'injection de Propofol Fresenius 1 % peut fréquemment provoquer une douleur locale. Pour l'atténuer, on peut injecter en même temps de la lidocaïne dans les grosses veines de l'avant-bras et du pli du coude. Les thromboses et phlébites sont rares. En administration concomitante avec de la lidocaïne, les effets indésirables suivants sont possibles, rarement : sensations vertigineuses, vomissements, somnolence, convulsions, bradycardie, troubles du rythme cardiaque et choc... »

Frésenius Kabi France

Dès lors, j'ai recherché dans la littérature quelle était l'incidence de ce phénomène. Ces données sont très différentes d'une publication à l'autre : entre 6-10 % pour les uns si l'injection est réalisée au pli du coude, jusqu'à 40 % si le propofol est injecté au niveau de l'avant-bras.

La littérature récente fait état de 70 % des patients qui présenteraient une douleur qui est loin d'être négligeable (EVA¹ moyenne de 4.3) allant de la simple gêne passagère, à la douleur la plus insupportable².

Cette douleur serait due à une stimulation directe des récepteurs polynodaux ou des terminaisons libres veineuses, localisées entre l'intima et la média, l'influx étant transmis par les fibres faiblement myélinisées *Aδ* et *C*, expliquant l'efficacité des anesthésiques locaux injectés préalablement dans la veine.

Je vais maintenant expliquer le processus de la douleur provoquée, et aborder une théorie qui, bien que complexe, peut être utile afin d'en appréhender la prise en charge.

¹ Evaluation Visuelle Analogique

² *Prevention of Pain on Injection with Propofol: A Quantitative Systematic Review.* cf. bibliographie

LA DOULEUR

DEFINITION

La douleur est une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau. D'après l'OMS¹ et l'IASP²: « *c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* ».

La douleur est la sensation ressentie par un organisme dont le système nerveux détecte un stimulus nociceptif. Habituellement, elle correspond à un signal d'alarme de l'organisme pour signifier une remise en cause de son intégrité physique. Ce mot peut également désigner des souffrances d'ordre sentimental.

La personne a une sensation extrêmement désagréable, voire insupportable, de danger qui peut provoquer un mouvement réflexe de retrait, un changement de position du corps ou la fuite.

PHYSIOLOGIE

J'ai choisi de cibler ma recherche sur la douleur aiguë, par excès de nociception.

Actuellement, on individualise les voies nociceptives ascendantes (de la périphérie du corps vers le cortex cérébral en passant par la moelle épinière), et les voies de contrôles de la sensation nociceptive (partant du cortex cérébral vers la périphérie). Leur but est la modulation de la perception de la douleur dans le sens d'une diminution ou d'une aggravation de la sensation douloureuse.

¹ Organisation Mondiale de la Santé

² International Association for the study of Pain

Ces voies nociceptives transmettent l'information du stimulus douloureux grâce à des mécanismes électro-biochimiques.

Différents facteurs chimiques (la « soupe périphérique ») sont libérés suite à une lésion tissulaire dans le but de réparer et de transmettre le message douloureux : des substances chimiques (histamine, bradykinine, sérotonine, ion hydrogène, prostaglandines...) des neuropeptides (substance P...) voire des cytokines (interleukines, interféron...) et le NGF¹ si le processus pathologique persiste.

Le système sympathique joue un rôle majeur dans le contrôle de l'activité des nocicepteurs.

Le rôle de la douleur est d'alarmer, pour entraîner des réponses réflexes et comportementales, afin de protéger l'organisme. C'est une expérience sensorielle discriminative (caractérisée par une intensité, une localisation et une durée) et un état émotionnel qui pousse à l'action.

La douleur aiguë est une douleur vive, immédiate, et généralement brève. Elle est causée par une stimulation nociceptive de l'organisme, telle une lésion tissulaire, pouvant se produire sous la forme d'un stimulus chimique, thermique, électrique ou mécanique.

Il est transmis à l'étage supra-spinal (bulbe, tronc cérébral) par des nocicepteurs (protoneurones afférents : fibres *Aδ* et *C* peu myélinisées) via les récepteurs polymodaux, après un relais dans la corne postérieure de la moelle épinière.

Les douleurs par excès de nociception mettent en jeu les voies normalement fonctionnelles de la transmission du message douloureux.

Celui-ci est modulé au niveau périphérique et le système sympathique est mis en jeu lors de phénomènes inflammatoires ou de lésions nerveuses périphériques. A l'étage médullaire, des contrôles s'exercent sur les neurones.

¹ Neurone Growth factor = facteur de croissance neuronale

LA THEORIE DE LA « PORTE »

La théorie de la « Gate Control » est un concept proposé en 1965 par Wall et Melzac, selon lequel au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, le message nociceptif amené par les fibres *Aδ et C* (faible calibre et vitesse réduite) peut être inhibé par les fibres *Aα et Aβ* du tact (gros calibre et grande vitesse)¹.

Ces chercheurs ont montré qu'il existait au niveau de la corne postérieure de la moelle un puissant inhibiteur, dû à l'action des fibres *Aα et Aβ* sur les fibres qui conduisent la douleur (*Aδ et C*). Si les fibres *Aα et Aβ* ont une action suffisante et si la douleur est modérée, il se produit un arrêt de la transmission douloureuse et le message est stoppé au niveau de la corne postérieure de la moelle.

Si le message douloureux est très important, et si l'action des fibres *Aα et Aβ* est insuffisante, le message passera dans la corne postérieure de la moelle pour aller envahir les centres supra-spinaux via la cellule de transmission (cellule T) : on ressent alors la douleur.

On a donc, au niveau de la moelle une première inhibition de la sensation douloureuse grâce à l'action de ces fibres : c'est la « gate control ». De plus, on a un deuxième effet inhibiteur provenant de l'action des endomorphines venant moduler la transmission douloureuse entre la cellule T et les voies spino-thalamiques.

En pratique, les données expérimentales qui reposent sur l'hypoalgésie déclenchée par les frottements, les stimulations électriques cutanées, les TENS² et la stimulation des cordons postérieurs s'appuient sur cette théorie de la « porte ».

Elle permet la compréhension de certains mécanismes antalgiques et le développement de la neurostimulation à visée antalgique.

Comment utiliser ces connaissances pour le sujet qui me préoccupe : la douleur veineuse, les moyens pour lutter contre, et les enjeux de sa prise en charge ?

C'est ce que je me propose de développer dans la partie suivante.

¹ cf. Illustration Annexe n°4 p 61

² Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

LA DOULEUR VEINEUSE

LES MOYENS DE LUTTE CONTRE

LES MOYENS PHYSIQUES

Avant de commencer ce travail de recherche, j'avais écouté de nombreuses théories des MAR¹ et des IADE avec lesquels j'ai travaillé. Ce qui m'a posé problème est qu'il n'y a pas une bonne façon de faire !

Lorsque l'on est en formation, il est plus « économique » de n'entendre qu'un son !

Parmi ces théories, il en est qui font partie des indications données par le fabricant pour l'utilisation du produit : ainsi la pose de la voie veineuse sur les veines de l'avant-bras serait un moyen sûr de lutter contre la douleur à l'induction.

La vitesse d'injection, la température du produit, la taille du cathlon, et même l'utilisation de seringue en verre y contribueraient également.

Et voilà que j'emploie à mon tour le mode conditionnel. Car si treize moyens non médicamenteux ont été étudiés, la seule chose dont je suis certaine après mes lectures, est que rien n'a démontré de réelle efficacité : le propofol a été chauffé ou refroidi, injecté plus vite ou plus lentement, sur le bras ou la main, dilué ou non... il est prouvé que ces moyens n'ont pas d'effet, ou bien l'effet n'est pas prouvé !

J'ai peut-être bien fait de miser l'objet de mon travail sur « la prise en charge de... » et non sur « la lutte contre... » !

¹ Médecins Anesthésistes Réanimateurs

LES MOYENS MEDICAMENTEUX

Pas loin de six cents articles concernent ce sujet. Beaucoup d'études, selon la période où elles ont été faites, se contredisent. Sans doute la connaissance des voies de la douleur étant en mutation, peut-on parier sur l'avenir pour trouver une solution efficace à ce problème.

En attendant, de nombreux médicaments ont été testés pour diminuer l'incidence et l'intensité de cette douleur : le métoclopramide seul ou en association avec la lidocaïne, le protoxyde d'azote, la kétamine, le propofol lipuro, les opiacés, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le dropéridol, l'EMLA...

Aucun n'a démontré son efficacité¹.

D'après les études que j'ai lues¹, une méthode indéniablement efficace et simple à effectuer existe ; avec une action prouvée par une absence de douleur dans 60 % des cas.

Il s'agit de la lidocaïne administrée avec une occlusion veineuse sous garrot en caoutchouc pendant 30 à 120 secondes, à la posologie de 0.5 mg/kg.

Pour autant, je n'ai lu ni recommandation, ni conférence de consensus d'aucun organisme de tutelle ou ayant autorité en la matière.

Sans doute, est-ce pour cette raison que depuis le début de ma formation, je n'ai jamais vu ce protocole appliqué. Bien sûr, j'ai déjà vu utiliser la lidocaïne, mais pas à cette posologie (20 mg le plus souvent) diluée dans le propofol, ou injectée quelques secondes avant le propofol et sans garrot veineux en caoutchouc.

Dans ces conditions, pourquoi miser sur la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol ?

¹ *Prevention of Pain on Injection with Propofol: A Quantitative Systematic Review.* Cf. bibliographie

LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE

La perception de la douleur, de son intensité, est en partie subjective. En effet, il existe cinq composantes : sensori-discriminative (intégration thalamique et corticale), affectivo-émotionnelle (système limbique¹), cognitive (processus mentaux influençant perception, sens et valeurs attribués à la douleur), comportementale et socioculturelle.

Donc, un même phénomène (traumatisme, maladie) sera ressenti différemment selon la personne et selon la situation. La douleur peut aller d'une simple incommodité jusqu'au malaise vagal, voire la mise en danger du pronostic vital ou psychiatrique de la personne. Par ailleurs, la douleur va être mémorisée, et ce souvenir risque de « ressortir » lors d'un événement similaire.

La douleur aiguë a un retentissement psychologique (angoisse, refus de soins) neuro-hormonal (activation ACTH², cortisol, ADH³, résistance à l'insuline) cardio-vasculaire (activation sympathique : augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, du débit cardiaque, et de la consommation d'oxygène) respiratoire (baisse de la capacité vitale de 40-60 %, atélectasies, hypoxie) neurologique (agitation, augmentation de la pression intracranienne) et sur l'estomac (baisse de la motilité gastrique).

Elle peut être source d'insatisfaction et d'inconfort du patient.

Alors, que penser d'une douleur qui survient brutalement au moment où le patient perd connaissance, sous l'action d'un médicament hypnotique ?

Outre l'aspect législatif déjà évoqué et l'obligation qu'il implique, il convient d'évoquer ce qui est en jeu lorsque l'on est face à la douleur de l'autre.

¹ cf. Lexique p 64

² Adreno CorticoTropic Hormone

³ Antidiuretic hormone

La douleur n'est pas du tout considérée ni prise en compte de la même manière selon les cultures. Chaque peuple a ses propres perception et conception de la douleur.

Cette notion s'applique aussi bien aux bénéficiaires de soins qu'aux valeurs des soignants. Les religions sont aussi sources de références, et donc d'interprétation de la douleur d'autrui. D'autre part, les cultures véhiculent également leurs croyances. Pour évaluer la douleur, il est donc primordial de prendre en considération l'origine ethnique des personnes soignées.

La prise en charge de la douleur peut s'expliquer par le fait que «... la pratique quotidienne d'actes douloureux oblige le soignant à mettre en œuvre un certain nombre de mécanismes de défense visant à le protéger, à le prémunir contre l'enlèvement et la contamination par la souffrance de l'autre... »¹: Dans la relation de soin, le déni se manifeste rarement de façon ouverte mais plutôt de manière inconsciente, qui peut se traduire par la persistance d'attitudes nocives.

Un autre concept concernant le vécu de la douleur par les soignants est le transfert. Les soignants résistent mieux à la douleur en général, et donc transfèrent leurs ressentis et leurs émotions sur la personne qu'ils soignent. Ils pensent que le patient supporte la douleur de la même façon qu'ils le feraient.

L'amélioration des soins donnés aux malades s'accompagne aujourd'hui d'une indispensable réflexion sur la douleur et sur le lien entre souffrance et douleur. La nécessité de prendre en charge la demande des personnes, amène à s'interroger sur les éléments d'ordre physiques, psychiques, relationnels et sociaux en jeu dans la relation qui se nouent entre patients et soignants.

La notion d'accès à l'information apparaît donc indispensable tant à l'établissement de la relation thérapeutique, qu'à l'existence d'un débat social destiné à valoriser une démarche de soin assurant une prise en charge globale de la personne.

¹ Extraits : « Les enjeux de la relation soignant soigné » – Hôpital Necker. Annexe n° 5 p 62

En ce qui concerne la douleur veineuse à l'induction du propofol, il s'agit d'une prise en charge qui n'est pas systématique, puisque tous les patients ne sont pas concernés, et d'un temps très court pendant lequel la conscience du patient est altérée.

Pour autant, il s'agit bien d'une douleur provoquée par les soins. Et chaque soignant, dans sa pratique, doit s'engager dans une réflexion qui porte sur la prise en compte des gestes douloureux, d'autant plus que certains gestes sont estimés indolores par les soignants, et ressentis comme très douloureux par les patients.

L'infirmier est un maillon essentiel dans la prévention de la douleur iatrogène. La prévention primaire consiste à informer, organiser et anticiper. L'information adaptée diminue le stress, rassure et favorise le climat de confiance. Elle facilite la démarche thérapeutique et participe à traiter la composante psychologique de la douleur (effet placebo).

L'évaluation que l'on peut faire de la douleur veineuse s'effectue par l'observation directe, verbale ou visible de son retentissement sur le comportement du patient : rougeur cutanée, retrait du bras perfusé, grimaces, plaintes, cris, tachycardie... C'est l'hétéro-évaluation à distinguer de l'auto-évaluation qui est faite par le patient (EVA par exemple). Celle-ci est réalisée par le soignant.

Enfin, je dirais que, si la stratégie analgésique relève du domaine médical, sa mise en œuvre et sa surveillance sont dévolues aux infirmiers, qui sont le trait d'union entre l'évaluation des besoins d'analgésie du patient et la prescription médicale. Une prise en charge efficace de cette douleur est un travail d'équipe qui nécessite une organisation et une coordination à tous les stades : pré, per et post-opératoire.

J'en reviens donc à ce que j'évoquais dans ma question de départ : je souhaite, grâce à ce travail de recherche, comprendre pour agir conjointement au MAR, afin d'assurer le confort et la sécurité du patient.

Pour ce faire, il m'apparaît désormais que tout n'est peut être pas mis en œuvre pour cela. C'est ce que je vais développer dans la partie suivante.

UNE PRISE EN CHARGE ?

Au début de ma recherche je me demandais dans quelle mesure nous n'étions pas un peu négligents ? Je pensais naïvement qu'il suffirait que les MAR prescrivent un patch d'EMLA à tous les patients afin de pouvoir poser un cathlon de plus gros calibre sur les veines de l'avant-bras, ce qui permettrait d'induire le propofol à vitesse réduite, après avoir réalisé un « bloc de veine » avec la lidocaïne. La solution était trouvée !

Actuellement, je ne suis pas loin de comprendre les théories les plus simples : « il n'y a rien qui marche ! ».

Cependant, je me fais trois remarques :

-  Tout d'abord, je viens de l'évoquer, il y a une méthode efficace et simple à réaliser, et si j'en crois les auteurs, sur 70 % des patients qui ressentent une douleur au point d'injection, 60 % seraient soulagés (il en reste donc encore 28 % qui ont mal). A quelle fréquence cette technique est-elle utilisée ?

-  Ensuite, je m'interroge sur la relation de soin : le patient est un acteur de santé au même titre que les professionnels qui l'entourent, il a des compétences. C'est ce que l'on nous enseigne au cours de nos études à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). Dans ce cas, pourquoi ne pas le faire participer activement ? Certes, il ne va pas s'injecter lui-même le propofol en fonction de sa tolérance. Mais pourquoi ne pas l'informer, le prévenir systématiquement que cette douleur existe, qu'elle est due au produit, qu'elle est transitoire et d'intensité inégale ?

-  Pour finir, lorsque le patient manifeste de la souffrance au passage du produit, pourquoi ne pas utiliser nos connaissances physiologiques et la théorie de la « gate control » pour tenter d'atténuer cette douleur, qui interfère avec le confort du patient à un moment où celui-ci subit généralement déjà un stress émotionnel important, et qui peut parfois contribuer à des complications.

Je viens donc de résumer ma recherche bibliographique, et le constat que je viens de faire m'amène à l'hypothèse qui suit.

HYPOTHESE

Ma question de départ était : **Comment prendre en charge la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol ?**

Dans cette première partie, j'ai ciblé mes recherches sur la législation, la pharmacologie, la douleur et la relation de soins. L'analyse de ces données théoriques m'amène à la conclusion suivante :

Il est possible d'améliorer la prise en charge de cette douleur veineuse. Ceci est une affaire d'équipe, puisque le binôme MAR-IADE intervient conjointement à l'induction.

Il y a donc plusieurs aspects à définir : le protocole médical, tel que j'ai pu l'évoquer à travers les moyens de lutte contre la douleur veineuse, et le rôle de l'IADE à travers son rôle propre, notamment en matière d'évaluation de la douleur, et dans la relation de soins. Le tout est indissociable.

Mon hypothèse est donc qu' :

Une réflexion, en équipe pluridisciplinaire, doit permettre de définir une conduite à tenir, afin d'optimiser la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol.

Ceci présuppose que les professionnels médicaux et paramédicaux soient impliqués, et demandent de modifier leurs pratiques.

C'est donc ce que je vais tenter d'explorer par mon enquête sur le terrain.

Pour conclure mon cadre conceptuel, et avant d'aller confronter mes idées à la pratique, pourquoi ne pas citer quelques dictons bien enracinés dans l'inconscient collectif ?

« Un homme averti en vaut deux »

« Prévenir vaut mieux que guérir »

Et une dernière citation :

« Etre libre, ce n'est pas pouvoir faire ce que l'on veut, mais c'est vouloir ce que l'on peut »

Jean-Paul Sartre - Extrait de *Situations*

LE CONSTAT DE TERRAIN

J'ai donc effectué un recueil de données sur les terrains de stage afin de vérifier mon hypothèse théorique.

Pour cela, j'ai choisi de distribuer un questionnaire à tous les personnels qui interviennent en anesthésie: IADE, EIADE¹, MAR et internes.

Cette enquête s'est effectuée au mois de février 2009. Les questionnaires ont été distribué et mis à disposition des professionnels pendant trois semaines, dans les blocs opératoires du CHU Gabriel Montpied, de l'Hôtel Dieu et du Centre Jean Perrin.

LE QUESTIONNAIRE

PRESENTATION DE L'OUTIL DE RECHERCHE

Mon choix s'est porté vers un questionnaire individuel et anonyme, identique quelque soit la fonction de la personne enquêtée. Je souhaitais, de cette façon, que les volontaires répondent librement et puissent exposer leurs connaissances, mais aussi et surtout exprimer leur ressenti quant à ce problème, sans crainte d'un jugement.

Mon questionnaire comporte dix questions (cinq fermées, quatre préformées et une ouverte) présentées sur une page recto verso².

¹ Elève Infirmier Anesthésiste

² cf. Annexe n°7 p 65

J'ai cherché à évaluer

- ▣ La fonction des personnes questionnées,
- ▣ le degré d'implication des professionnels,
- ▣ leurs connaissances théoriques,
- ▣ leur opinion quant à l'importance et la gravité du phénomène,
- ▣ les pratiques professionnelles pour prendre en charge la douleur veineuse,
- ▣ leur degré de satisfaction et
- ▣ l'existence d'une demande ou d'un besoin d'améliorer leurs pratiques.

Pour chaque question traitée, je donne, ci-après, les résultats obtenus. Les limites de l'interprétation et l'analyse des données seront développées ultérieurement.

J'effectue ensuite une synthèse, afin de proposer des solutions et des pistes de réflexion avant de conclure.

LES RESULTATS

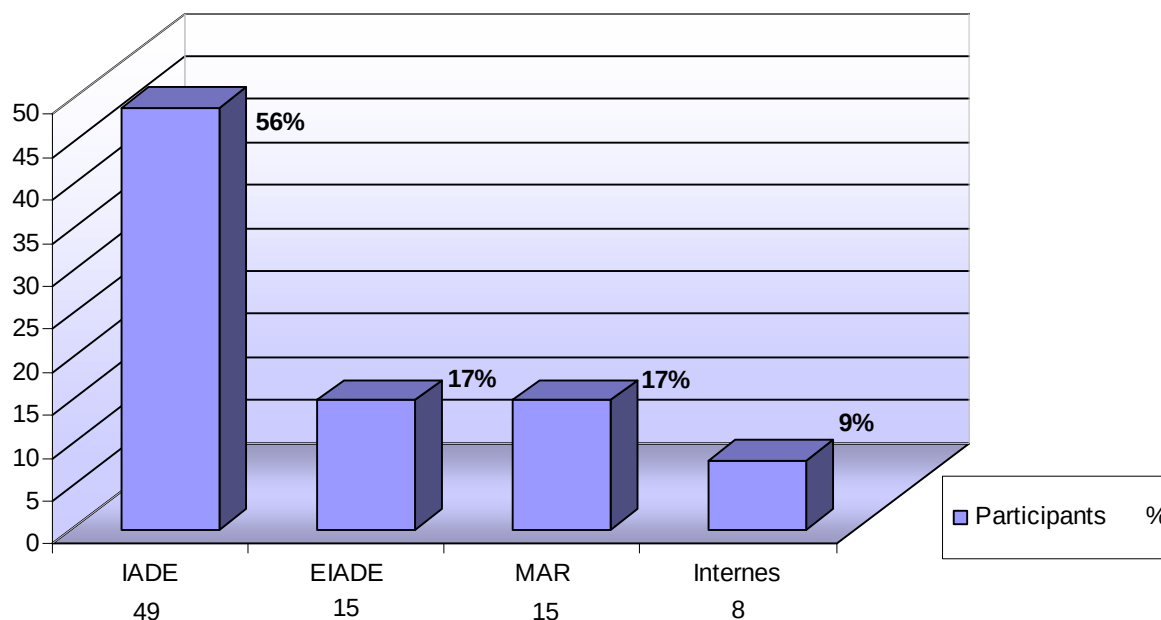
Sur 120 questionnaires distribués sur les sites de l'hôtel dieu, de Gabriel Montpied et du Centre Jean Perrin, 89 ont été complétés, soit un retour de **74 %**.

Sur ce nombre, deux ont été retirés car inexploitable (incomplets), le reste a été rempli correctement, et des remarques supplémentaires ont été portées à ma connaissance dans 26 % des cas.

Il n'est pas fait de distinction entre les catégories de professionnels, la répartition étant sensiblement la même, que les répondants soient des médicaux ou des paramédicaux. A l'exception des questions 7 et 8 pour lesquelles des précisions seront apportées.

QUESTION n°1

Vous êtes...

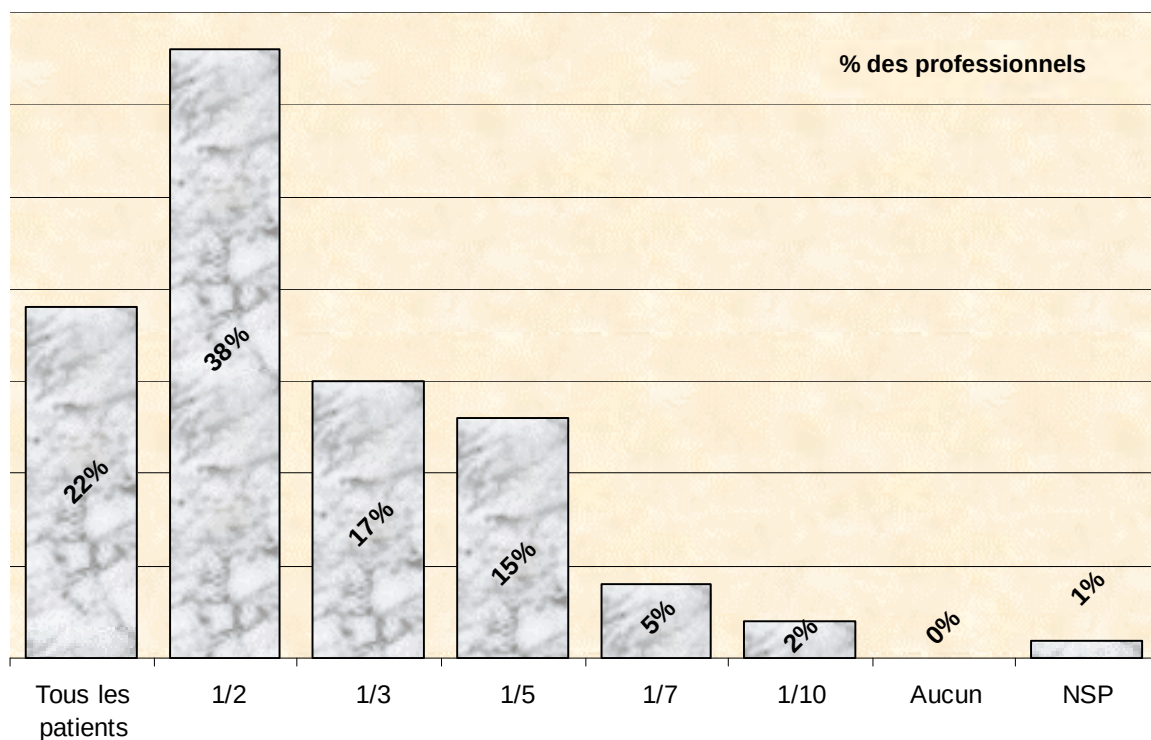


Sur les 87 questionnaires remplis, 73 % l'ont été par des professionnels paramédicaux et 26 % par des médicaux.

Si l'on considère la totalité des professionnels exerçant aux blocs opératoires des trois secteurs (soit environ 70 IADE, et 50 MAR), le taux de participation est d'environ 70 % pour les IADE, et de 30 % pour les MAR.

QUESTION n°2

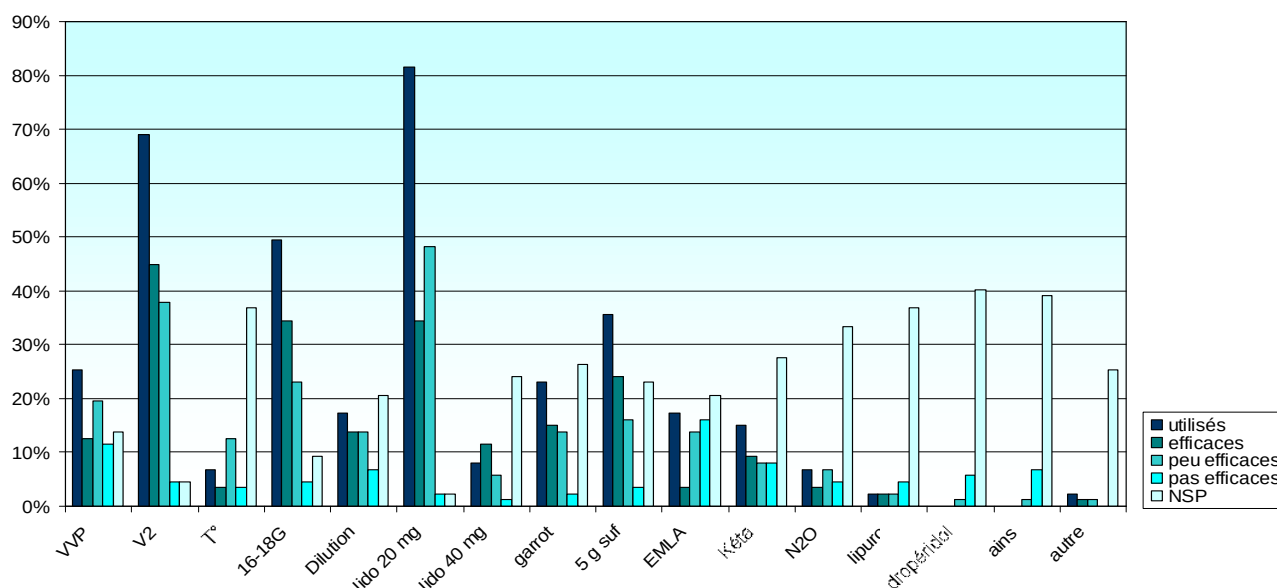
Diriez-vous que la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol concerne



Sur ce graphique, on peut noter que la majorité des personnes interrogées estime qu'une grande partie des patients est concernée par ce problème :

- 🚦 22 % pensent qu'il s'agit de tous les patients
- 🚦 38 % estiment que la douleur existe pour un patient sur deux
- 🚦 17 % pour un patient sur trois et
- 🚦 15 % pour un patient sur cinq.
- 🚦 Personne ne pense qu'aucun patient n'est concerné

QUESTION n°3 Selon vous, parmi ces moyens de lutte contre la douleur, lesquels sont utilisés, et quel est leur degré d'efficacité ?



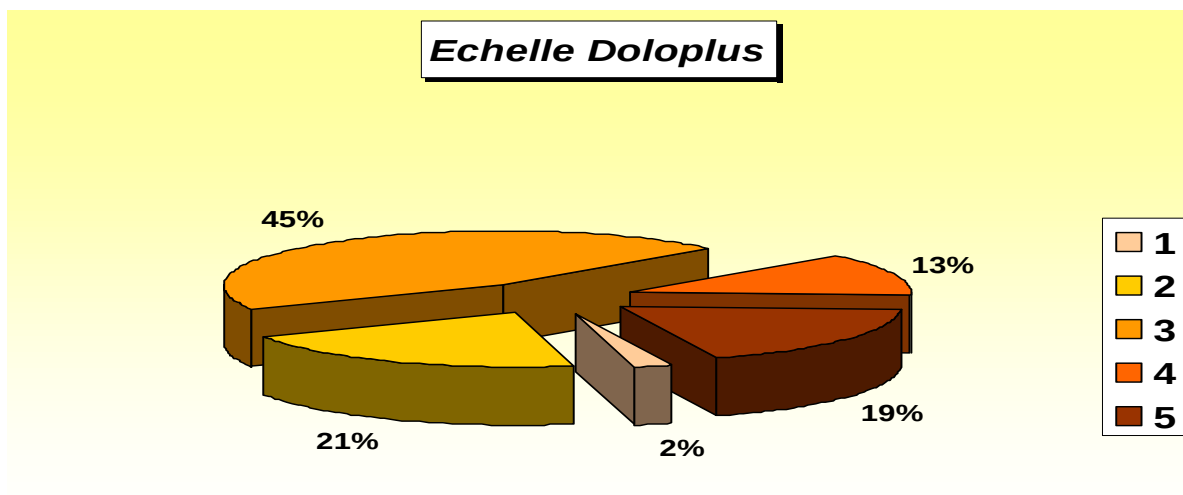
J'ai effectué mon analyse sur les résultats les plus parlants, à savoir :

	utilisés	efficaces	peu efficaces	pas efficaces	NSP
VVP sur l'avant-bras	25%	13%	20%	11%	14%
Vitesse d'induction lente	69%	45%	38%	5%	5%
Taille du cathlon (16-18G)	49%	34%	23%	5%	9%
lidocaïne 20 mg	82%	34%	48%	2%	2%
Garrot veineux	23%	15%	14%	2%	26%
5 µ sufenta qqs min avt induction	36%	24%	16%	3%	23%

- Il est à noter qu'entre 20 et 40 % des personnes ont répondu NSP (ne sait pas) pour onze des propositions sur quinze.
- 82 % disent que l'injection de 20 mg de lidocaïne est utilisée ; celle-ci est efficace pour 34 % et peu efficace pour 48 %.
- 69 % évoquent l'induction lente du propofol, ce qui est efficace pour 45 %, et peu efficace pour 38 % d'entre eux.
- Pour 49 %, un cathlon de bon calibre est posé, ce qui est efficace pour 34 % et peu efficace pour 23 %.
- 36 % voient faire 5 µg de Sufenta quelques minutes avant l'induction, ce qui est efficace pour 24 % et 23 % ignorent si cette pratique est efficace.

QUESTION n°4

Lorsque le patient a mal, quelles modifications constatez-vous...



J'ai élaboré cette question à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur type ALGOPLUS (Doloplus 2).

Les modifications observables concernent un changement au niveau du visage, du regard, des plaintes orales, de l'attitude corporelle et du comportement.

Pour chaque case cochée « **Oui** », le score est crédité d'un point. Ainsi, d'après les cases cochées, j'ai « évalué » la douleur objectivée par les professionnels, sur une échelle de 1 à 5.

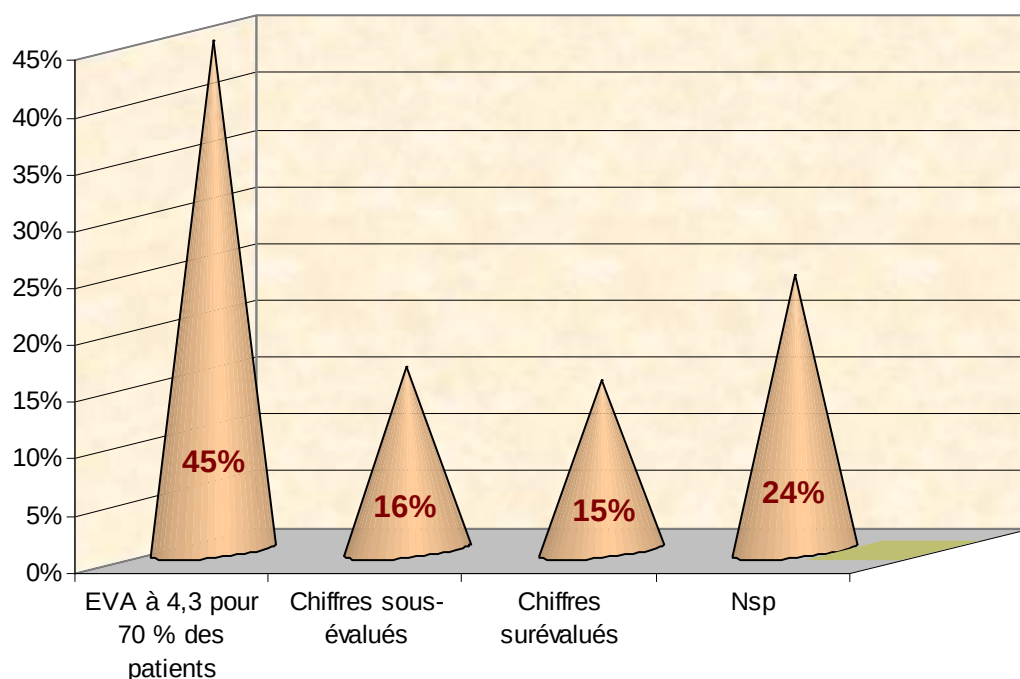
Aucun professionnel n'a répondu n'observer aucune modification.

- 45 % objectivent une douleur à 3
- 21 % une douleur à 2
- 19 % une douleur à 5
- 13 % une douleur à 4
- 2 % une douleur à 1

Parmi les propositions, j'ai pu noter que 99 % constatent des modifications du visage, 82 % relèvent des plaintes orales, et 54 % des attitudes corporelles.

QUESTION n°5

70 % des patients décrivent une douleur avec une EVA moyenne à 4,3



Cette question a été élaborée d'après les travaux de recherche des Docteurs Pascale PICARD (Consultation de la douleur, Service de pharmacologie clinique, CHU, Clermont-Ferrand) et Martin R. Tramèr (Division d'Anesthésiologie, Département APSIC, Hôpitaux Universitaires de Genève) : *Prevention of Pain on Injection with Propofol: A Quantitative Systematic Review*¹ dans lequel ces données sont avancées.

La majorité des personnes estime que ces chiffres sont justes.

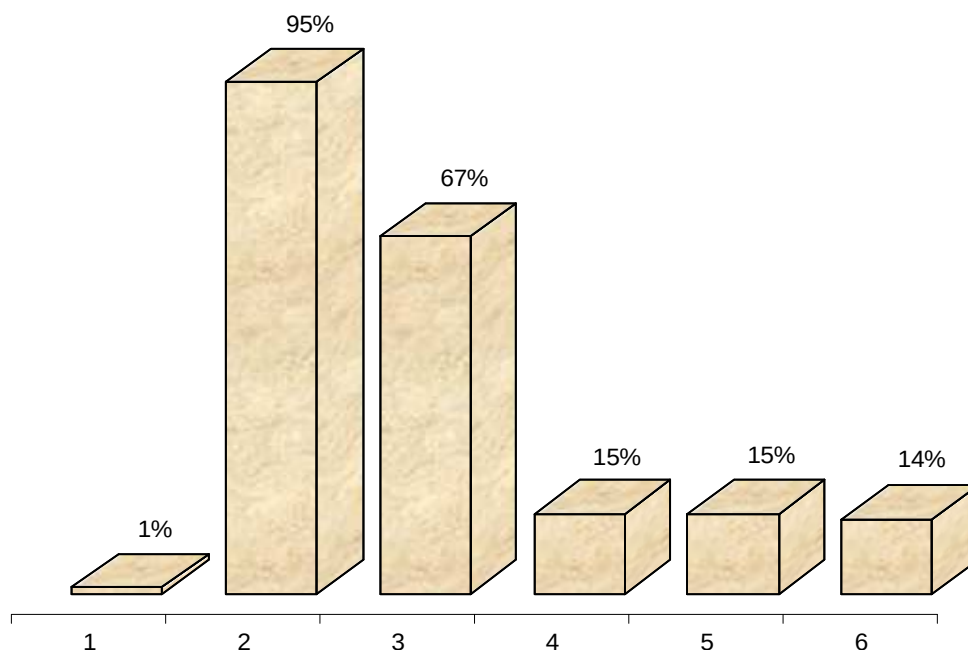
Mais pour 24 %, ils ignorent si cela est vrai.

La même proportion considère qu'ils sont sous ou surévalués (16 % contre 15 %)

¹ cf. Bibliographie

QUESTION n°6

Lorsque vous êtes confrontés à ce phénomène, quelle est votre réaction ?



- 1 je ne m'en préoccupe pas, c'est normal et transitoire
- 2 je rassure le patient : « c'est normal, c'est le produit, ça va passer... »
- 3 je frotte son bras sur le trajet veineux
- 4 je me sens impuissant et démuni
- 5 j'attends la perte de conscience du patient
- 6 autre

La quasi-totalité a répondu qu'elle rassurait le patient et 67 % frottent son bras sur le trajet veineux.

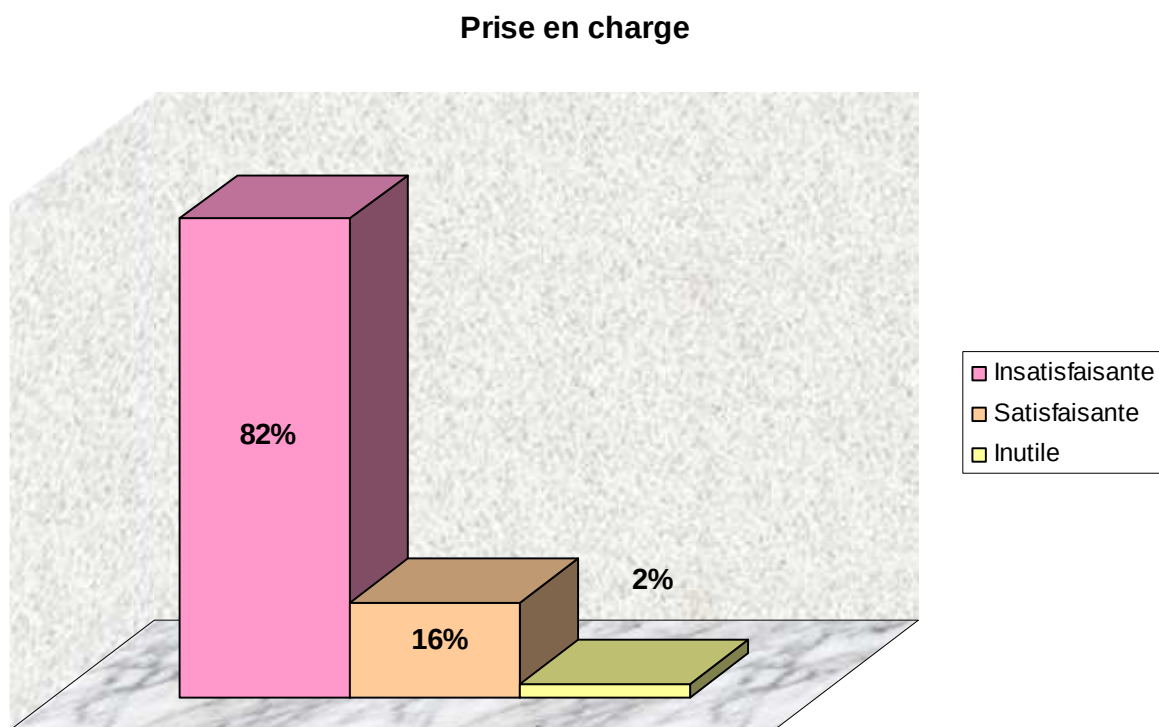
Par contre, 15 % avouent se sentir impuissant et démuni.

Dans les autres propositions qui me sont faites, 7 % accélèrent la vitesse de la perfusion, et 3% la ralentissent.

Seul 1 % ne s'en préoccupe pas.

QUESTION n°7

La prise en charge de la douleur veineuse est-elle pour vous



La grande majorité des professionnels se dit donc insatisfaite de leur prise en charge.

✚ 86 % des personnels paramédicaux sont insatisfaits

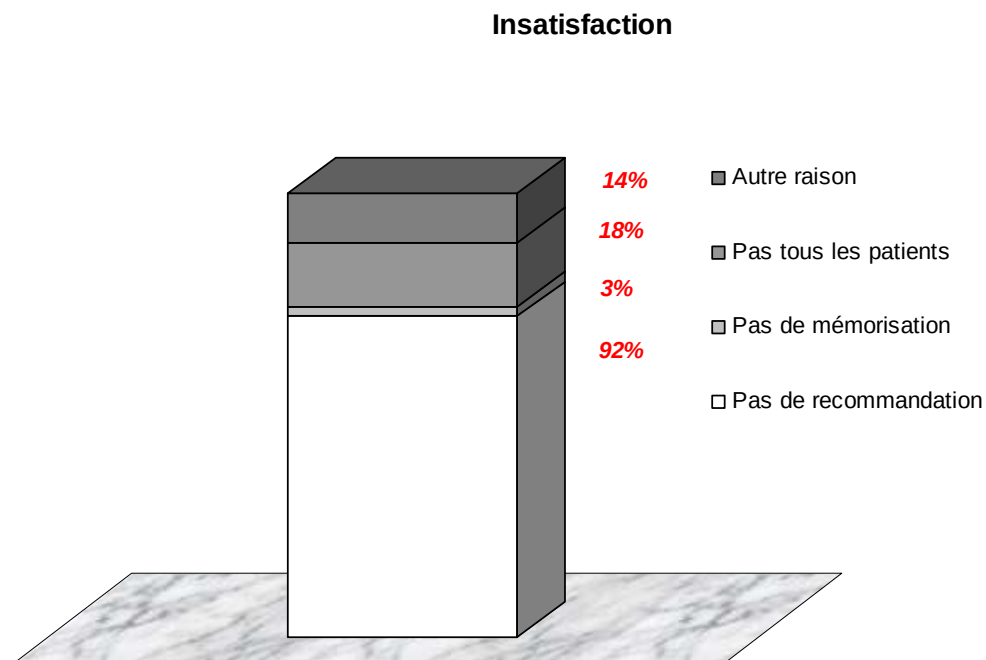
Parmi les 16 % de satisfaits il faut noter que

✚ 39 % sont des personnels médicaux.

Seuls 2 % estiment cette prise en charge inutile.

QUESTION n°8

Si vous avez répondu « insatisfaisante » ou « inutile », pouvez-vous dire pourquoi ?



Pour 92 % des personnes insatisfaites, l'absence de recommandation, de consensus ou de protocole sur le sujet est responsable de cette prise en charge. Soit 75 % du nombre total des professionnels ayant répondu au questionnaire.

18 % considèrent que cette prise en charge n'est pas bonne parce qu'elle ne concerne pas tous les patients.

Parmi les autres raisons évoquées, 11 % d'IADE estiment que l'induction est du seul fait du MAR qui est responsable de la prévention et de la prise en charge de la douleur veineuse.

Parmi les insatisfaits, 3 % pensent qu'il n'y a pas de mémorisation de la douleur, ce qui est également le cas des personnes ayant répondu que la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction au propofol est inutile.

QUESTION n°9

Est-il nécessaire de prévenir systématiquement les patients que cette douleur peut survenir ?

	Oui	Non	Nsp
%	69 %	22 %	6 %
Manque de temps			
Inutile		2 %	
Anxiogène		16 %	
Pb de compréhension		9 %	
Autre raison		2 %	

Si la majorité pense qu'il est nécessaire de prévenir systématiquement les patients avant l'induction, on peut noter des réticences quant au caractère anxiogène de cette annonce.

QUESTION n° 10

Avez-vous des remarques sur ce questionnaire ou d'autres informations/précisions à m'apporter ?

26 % des personnes questionnées m'ont fait ces remarques. Sur la totalité des professionnels interrogés :

- ✚ 2 % d'entre eux disent qu'il n'existe pas de plainte des patients ;
- ✚ 6 % répètent que le problème vient du fait qu'il n'y a pas de recommandation ;
- ✚ 7 % précisent que le protocole d'anesthésie est à la convenance du MAR et que l'IADE ne peut jouer qu'un rôle secondaire qui ne correspond pas à ce qu'il voudrait faire ;
- ✚ 6 % ajoutent que, si la lidocaïne est inefficace, c'est à cause de la posologie et du délai d'action qui ne sont pas respectés.
- ✚ Enfin, 2 % s'interrogent pour savoir pourquoi la forme galénique du médicament n'a pas été modifiée depuis tant d'années afin d'être améliorée.

A présent que le dépouillement des questionnaires est retranscrit, je vais interpréter ces résultats.

REFLEXION

Afin d'analyser le plus objectivement possible toutes ces données, il convient, en préambule, d'énoncer les éléments qui peuvent en affecter la lecture.

LES LIMITES DU QUESTIONNAIRE

Malgré le soin apporté à la rédaction des questions, et l'attention avec laquelle les professionnels ont pu y répondre, je me suis vite rendu compte, au dépouillement, des limites de mon travail.

En effet, je reviens sur quelques-unes afin de tenir compte des approximations et imperfections suivantes :

La question n°2 ne propose pas d'alternative entre la première proposition : « concerne 100 % des patients », et la deuxième : « concerne 50 % ». Or les items 30, 25, 20 et 10 % sont donnés.

Ceci est d'autant plus regrettable que le reflet des connaissances des personnes interrogées repose sur l'analyse croisée de cette question avec deux autres, dont la n°5 qui fait la suggestion suivante : « *70 % des patients décrivent une douleur avec une EVA moyenne à 4,3* ».

Dès lors, si je considère qu'une réponse 100 % ou 50 % est approchante de cette donnée théorique, je ne prends pas en compte une variante qui va du simple au double !

Il aurait fallu proposer comme réponses possibles : 100%, 75%, 50%, 25%, aucun ou NSP.

Pour autant, nous verrons que cette erreur d'énoncé a peu d'impact dans l'analyse finale.

La question n°3 est vraisemblablement la plus complexe de mon questionnaire. J'ai souhaité regrouper tous les moyens de lutte contre l'apparition de la douleur veineuse à l'induction au propofol. Le but était de ne pas m'attarder sur une question qui n'est pas au centre de mon travail.

J'avoue avoir contribué, involontairement, à rendre la tâche délicate. En revanche, je n'ai pas noté d'incohérence dans les réponses qui m'ont été faites.

Cependant, de nombreux items n'ont pas été complétés. Les réponses étaient donc incomplètes et le recensement des données difficile à faire.

Pour cette raison, les chiffres sont exprimés en pourcentages pour n'analyser que les plus significatifs.

La question n°4 a donc été élaborée avec une échelle d'évaluation de la douleur. En faisant cela, j'ai souhaité rendre objectif ce que les professionnels observent dans leur pratique quotidienne. J'ai eu des difficultés à trouver un outil adapté à cette situation de soin ; je me suis donc servi d'une échelle d'hétéro-évaluation type ALGOPLUS¹ (Doloplus 2) qui permet normalement de coter la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Ainsi, en établissant un score objectif, je pouvais recouper les questions 2, 4 et 5. Le but étant d'apprécier la pertinence des réponses faites, et l'estimation des professionnels.

Il existe donc plusieurs limites à l'interprétation des réponses :

-  L'échelle doloplus est-elle adaptée ?
-  Peut-on transposer les résultats de ma question, en un score objectif ?
-  La question a-t-elle été comprise comme : « quelles sont les modifications apparaissant en même temps pour un même patient » ou comme : « quelles sont les modifications que vous observez régulièrement » ?

De façon plus générale, je sais qu'il est parfois difficile de remplir un questionnaire en ayant le sentiment de n'avoir pu exprimer réellement ses idées. Les questions peuvent être orientées vers les réponses que l'enquêteur souhaite obtenir. Mon outil de recherche contient peu de question ouverte, ce qui peut y contribuer.

Je vais donc m'efforcer de recouper les réponses entre elles afin de traduire au mieux la tendance générale.

C'est sur la base de ce constat que j'effectue maintenant l'analyse des données de la recherche.

¹ cf. Annexe n°6 p 64

L'ANALYSE DES DONNEES de la recherche

Je rappelle d'abord que mon hypothèse est basée sur la possibilité d'améliorer la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction au propofol. Pour cela, une réflexion en équipe pluridisciplinaire doit permettre d'aboutir à une conduite à tenir.

Pour ce faire, il me semble important de savoir si les professionnels ont une demande d'amélioration de leurs pratiques. Ce problème existe pour moi, mais est-il le reflet du vécu de mes collègues ? C'est ce chapitre que je me propose de traiter en premier.

Ensuite, si je veux proposer de définir une conduite à tenir, il convient d'apprécier, dans la pratique quotidienne, comment et pourquoi se font les choses. Ceci implique, d'une part de connaître de quelle manière ce fait la lutte contre la douleur veineuse, et pour quelle efficacité.

D'autre part, il m'apparaît important que les professionnels puissent évaluer la douleur veineuse et en mesurer sa prévalence, dans le but de confronter ces données à la théorie. C'est ce que je développe dans le deuxième chapitre.

Enfin, pour avoir l'ambition de mobiliser des personnes autour d'un projet, il faut une motivation : optimiser les pratiques en est une, avoir de la satisfaction dans son travail en est une autre. J'approfondi ceci dans le chapitre sur les pratiques soignantes.

Dès lors, je vais clore cette analyse en vérifiant si les MAR et les IADE considèrent que l'on doit prévenir les patients avant l'induction anesthésique.

L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

L'implication des professionnels m'apparaît évidente. C'est le reflet de l'analyse des questions n° 1, 2, 6, 7 et 10.

La **première question** a pour objectif de définir la population interrogée et son intérêt pour le sujet.

Outre le taux de participation, il convient d'évoquer les nombreuses discussions suscitées par ce travail de recherche.

Peut être que ce sujet « parle » à beaucoup ! Quelques-uns m'ont avoué s'être interrogés sur leurs pratiques. D'autres ont été embarrassés de reconnaître qu'ils n'étaient pas satisfaits mais ne savaient « que faire ».

Sur la quantité de questionnaires retournés, seuls deux exprimaient du désintérêt. Peut être que ce sentiment est plus présent parmi les professionnels n'ayant pas répondu à l'enquête. Quoiqu'il en soit, j'ai relevé des remarques sur un quart d'entre eux, en réponse à la question n°10.

Pour moi, la preuve est faite que le thème est d'actualité et qu'il pose question. C'est une donnée essentielle pour la poursuite de mon travail.

En effet, il est difficile d'engager une réflexion si un sujet est sans intérêt. De même, par les remarques, je note que beaucoup souhaitent voir les pratiques évoluer.

LES CONNAISSANCES ET LA PRATIQUE

La **deuxième question** vise à connaître l'importance accordée au problème en confrontant la théorie à la pratique.

Il s'agit d'exprimer quelle proportion de patients est concernée par la douleur veineuse.

Je note deux choses (outre la réserve pour l'exploitation de cette donnée que j'ai exprimée plus haut) :

-  Les points de vue divergent et je n'obtiens pas de franche majorité, malgré le fait qu'il devrait s'agir d'une donnée scientifique.
-  Il existe des incohérences entre la réponse à cette question et celle de la question n°5 (à voir plus loin).

J'en déduis que, dans l'état actuel des connaissances, les professionnels n'ont pas de certitude quant à la prévalence du problème. Les publications récentes font pourtant état de 70 % des patients. Les professionnels en sont-ils informés ? Ces données théoriques sont-elles vérifiées dans la pratique ? Les moyens de lutte contre la douleur mis en place au quotidien suffisent-ils à pallier le problème ?

Mais cette question n'est-elle pas un peu dérangement ? Elle interroge les professionnels sur leurs pratiques. S'ils estiment que la plupart des patients ont mal, comment justifier que peu de moyens soient efficaces, que la douleur ne soit pas évaluée systématiquement, et que malgré cela, la prise en charge soit déficiente ?

Je m'interroge donc sur la pertinence des réponses.

J'ai noté que les médecins comme les infirmiers anesthésistes pouvaient au sein d'un même bloc opératoire donner des réponses qui varient de 100 % à 10 % des patients concernés.

Il convient donc ici d'apprécier la part du ressenti personnel. C'est essentiel dans cette réponse, puisqu'il n'existe pas d'outil permettant d'évaluer la douleur dans ces circonstances.

D'autre part, comme je l'explique dans mon cadre théorique, la perception de la douleur dépend de variables individuelles tant pour les soignés que pour les soignants. Dans ces conditions, chacun est libre de s'y intéresser... ou pas, de l'évaluer... ou pas, et de la traiter...ou pas !

La [troisième question](#) a pour ambition d'évaluer les moyens de lutte contre la douleur les plus utilisés, et d'apprécier l'efficacité pour chacun d'eux. J'ai déjà exprimé mes réserves concernant l'exploitation de ces résultats. Cependant, pour les plus utilisés, les professionnels estiment, à part égale, qu'ils sont efficaces ou peu efficace.

Ainsi, aucun moyen ne se démarque vraiment par son efficience sur le terrain. Rien ne semble solutionner complètement ce problème.

Par contre, la donnée qui est constante, c'est le taux de réponse NSP (ne sait pas) : entre 20 et 40 % pour onze propositions sur quinze. Pour autant, on ne peut pas en déduire que les professionnels manquent de connaissances ; il s'agit d'une évaluation pratique des divers moyens proposés, et sur les quinze mentionnés, seuls cinq sont utilisés régulièrement. Peut-être parce que les autres ont démontré leur inefficacité.

Le protocole médical ne nous appartient pas. Mais sur les 26 % de professionnels médicaux ayant répondu au questionnaire, les réponses étaient réparties exactement de la même façon.

Il est même intéressant de noter que dans des services où les pratiques sont un peu « protocolisées » (mélange systématique de lidocaïne 20 mg dans 200 mg de propofol par exemple) les évaluations faites par ces professionnels se contredisent. Il existe donc, là encore, une différence de perception de la douleur.

Les [questions n° 2, 4 et 5](#) peuvent être regroupées sous un même thème ; celui de l'évaluation théorique et clinique de la douleur veineuse.

J'ai souhaité rassembler ces questions afin d'apprécier la pertinence des réponses.

Ainsi, j'ai pu confronter la perception clinique à la théorie, pour évaluer le vécu des professionnels.

Pour ce qui est de la question n°5, si 45 % corroborent le fait que 70 % des patients décrivent une douleur avec une EVA moyenne à 4.3, un quart ne sait pas répondre et 30 % s'opposent.

Dans 21 % des cas j'ai relevé une inadéquation entre les réponses aux trois questions. Ces personnes se contredisent, et j'en déduis qu'il leur est difficile de s'exprimer avec certitude sur le sujet. Peut être y en a-t-il qui méconnaissent cette douleur, par ce qu'elle implique chez les soignants (cf. chapitre sur les enjeux de la prise en charge).

Dans ces conditions, c'est peu dire que la perception n'est pas la même pour tout le monde ! Il y a des convaincus, des pessimistes, des optimistes et des indécis...

Peut-on alors proposer à toutes ces personnes de s'impliquer dans une réflexion commune ?

LES PRATIQUES SOIGNANTES

La [question n°6](#) évalue les pratiques professionnelles : le soin proprement dit et le ressenti des soignants.

Les items qui ont recueillis le plus de suffrages concernent la réassurance du patient (la quasi-totalité), et le fait de frotter leur bras. Ces propositions correspondent donc à une pratique courante. Les reprendre dans le cadre d'un protocole ne changerait pas la façon de procéder des professionnels.

L'enfant qui vient de se cogner le front, le masse spontanément, sans savoir qu'il active la « gate control ». C'est un geste simple, mais il implique le toucher de l'autre, et cela peut créer des résistances chez les professionnels.

Ces « petits moyens » sont peu coûteux, et nécessitent peu de temps. Mais ils ne sont pas d'une efficacité prouvée, et n'ont fait l'objet d'aucune publication.

Avec la [septième question](#), j'ai voulu juger la satisfaction des personnes interrogées. Ceci doit me permettre d'étayer mon hypothèse sur l'existence d'une volonté d'améliorer des pratiques. La réponse est claire : la prise en charge de la douleur veineuse n'est pas satisfaisante pour 86% des paramédicaux et 61 % des médicaux. Donc, la demande existe.

Les professionnels ont donc besoin d'une base référentielle de travail. Un protocole¹ est un outil utile pour décrire une conduite à tenir. Son élaboration nécessite un consensus d'équipe pluridisciplinaire, et permet d'optimiser les pratiques.

Pourquoi ? La [question n°8](#) nous renseigne : par l'absence de recommandation, de consensus ou de protocole pour la quasi-totalité. Mais également parce que ce problème ne concerne pas tous les patients et que l'induction est un acte médical où l'IADE intervient peu.

Que dire du ressenti des professionnels ? 15 % s'avouent impuissants et démunis, et 82 % sont insatisfaits par cette prise en charge. Comment gère-t-on ces situations au quotidien ? Nous mettons en place des mécanismes de défense. Chacun s'arrange avec ses émotions, la gestion de la crise se fait de façon plus ou moins consciente. Il faut dire que ce n'est peut être pas ce que les professionnels retiendront à la fin de leur journée. Sauf quand la réaction est impressionnante (comme pour le patient de ma situation de départ). En effet, au moment de l'induction, notre attention est davantage mobilisée par les répercussions cliniques et para-cliniques de l'anesthésie, par l'intubation, la ventilation, les incidents et accidents susceptibles de survenir... alors, en comparaison, ce problème de douleur veineuse apparaît bien mineur.

L'insatisfaction au travail peut être génératrice de stress et d'épuisement professionnel. Ces mêmes mécanismes de défense qui nous permettent de gérer nos frustrations, peuvent nous rendre aveugle et sourd à la souffrance de l'autre. Alors, comment évaluer sa douleur et la prendre en charge ? Comment en prévenir l'apparition si elle n'existe pas pour nous ? Pourquoi s'en préoccuper puisqu'il n'existe pas de référentiel de pratiques professionnelles ? Comment avoir suffisamment confiance en soi pour juger de la douleur de l'autre, sans outil d'évaluation adapté, et sans moyen de lutter contre, qui soit véritablement efficace ?

Voilà vraisemblablement pourquoi, il y a des contradictions dans les réponses qui m'ont été faites. Dire qu'il n'y a rien qui marche, c'est économique pour la pensée, mais ce n'est pas satisfaisant pour autant.

¹ cf. Lexique p 64

PREVENIR LE PATIENT ?

La [question n°9](#) a pour objectif d'étayer ma proposition pour une démarche de soins, qui tienne compte de la compétence du patient, comme je l'ai développé plus haut¹.

La majorité y est favorable, même si un cinquième estime qu'il ne faut pas le faire systématiquement, à cause du caractère anxiogène, et des problèmes de compréhension du patient.

J'avais volontairement formulé la question de façon totalitaire : « faut-il *systématiquement* prévenir le patient » ?

Uniformiser des pratiques pour les optimiser ne doit pas faire oublier que l'observation et l'analyse permettent aux professionnels d'adapter leur discours à la personne soignée.

La [question n°10](#) permettait l'expression libre de chaque participant. Les remarques faites ont été reprises dans ce qui a déjà été analysé. Je précise toutefois que personne n'a manifesté d'hostilité ou du désintérêt pour le sujet.

A travers l'analyse des données, plusieurs éléments ressortent. Des questions restent posées. Je vais donc les exposer en me positionnant avant de faire des propositions.

¹ cf. chapitre « une prise en charge ? » p 24

MON POSITIONNEMENT

En reprenant les quatre axes de mon analyse, je peux maintenant confirmer mon hypothèse :

« Une réflexion, en équipe pluridisciplinaire, doit permettre de définir une conduite à tenir, afin d'optimiser la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol ».

Ces affirmations sont étayées par ma recherche bibliographique, les résultats de mon enquête et l'interprétation que j'en ai faite.

Alors pourquoi, depuis toutes ces années que ce médicament est autant utilisé, une telle réflexion n'a jamais été engagée ?

Le sujet intéresse, les médecins comme les infirmiers anesthésistes. Mais il n'est pas une priorité pour le corps soignant. Parce qu'il s'agit d'un problème mineur, d'une douleur prédictive, que sa perception varie selon les personnes, que les moyens de lutte n'ont pas démontré leur efficacité, et que la prise en charge est probabiliste.

Mais peut-être aussi, parce qu'il y a deux parties dans la prise en charge de la douleur veineuse : dont le protocole médical, qui ne nous appartient pas. Certes, mais nous avons un rôle propre !

Que reste-t-il ?

Le patient avec ses (in)compétences, et le soin dans ce qu'il a de plus noble : le relationnel, l'information, l'évaluation, l'observation et la confiance.

Des choses qui ne se quantifient pas ? Pas si sûr : les enquêtes de satisfaction auprès des patients, et l'insatisfaction des professionnels au travail donnent des résultats bien objectifs.

« Il n'y a rien qui marche ! », alors on désinvestit ce qui ne se maîtrise pas, au profit de la technique de soin. Et puis, tout n'est pas de notre domaine de compétence, puisque l'induction est faite par le MAR.

Les praticiens font pour le mieux dans l'état actuel des connaissances. Mais l'absence de conférence de consensus, de référentiel de bonnes pratiques professionnelles sur ce sujet, favorise la liberté d'action. Et sans évaluation extérieure, « le capitaine reste le seul maître à bord ».

Ainsi tout le monde subit... le patient et les professionnels.

MES PROPOSITIONS

Mon approche se veut être le point de départ d'un questionnement et d'une prise de conscience, mais aussi d'un travail d'équipe afin d'anticiper le risque douloureux, et surtout de prendre en charge cette douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol, lorsqu'elle existe.

Chaque soignant, dans sa pratique, s'engage dans une réflexion qui porte sur la prise en compte des gestes douloureux. La gestion et le traitement des douleurs provoquées sont des objectifs d'équipe.

Mon sentiment est, qu'en l'absence de base référentielle, il est illusoire de vouloir uniformiser des pratiques, surtout si les connaissances évoluent, et que la littérature scientifique très abondante n'est pas toujours adaptée, actualisée ou accessible.

Les praticiens pourraient, pourquoi pas, solliciter les organismes de tutelle, (la HAS, la SFAR) pour que des recommandations médicales voient le jour. Il me semble qu'une méthode a montré une bonne efficacité¹. Pourquoi n'est-elle pas appliquée ?

Proposer à un groupe de travail pluridisciplinaire d'élaborer un protocole de prise en charge relève de l'encadrement. Cela peut également partir d'une demande d'équipe. Si ce travail de recherche est validé, je pourrais en suggérer la lecture aux personnes compétentes.

Travailler en équipe en s'impliquant, s'évaluer, se former et s'informer (comme je viens de le faire à travers ce travail de recherche) sont des éléments qui concourent à l'amélioration des pratiques.

¹ cf. chapitre « les moyens médicamenteux » p 20

Mais surtout, il faut privilégier la relation de soin et l'information du patient. Chaque fois que cela est possible, en fonction de tous ces critères que nous évaluons en observant la personne que nous avons en face de nous.

Il est prémédiqué, peut ne pas comprendre, et cela peut être anxiogène... oui, mais faisons attention à lui, établissons un climat de confiance par l'écoute et l'empathie.

Je propose donc **d'élaborer un protocole** pour la prise en charge de la douleur veineuse à l'induction anesthésique au propofol. Celui-ci doit être validé par les médecins.

Pour cela, la **réflexion pluridisciplinaire** peut s'articuler autour des **deux axes** suivants :

La prévention de la douleur veineuse, avec :

-  Les moyens de lutter contre l'apparition de la douleur : il s'agit d'une partie dévolue à l'équipe médicale. Mais, je peux rapporter de mes lectures, que la lidocaïne administrée avec une occlusion veineuse sous garrot en caoutchouc pendant 30 à 120 secondes, à la posologie de 0.5 mg/kg fonctionne dans 60 % des cas.
-  La relation de soins telle que je l'ai évoquée, avec l'implication du patient comme personne compétente, informée et confiante. Il n'est pas besoin de trop en dire.
 A la pose du cathlon, l'IADE peut expliquer brièvement, de façon simple et adaptée : « les médicaments pour vous faire dormir seront injectés dedans, il arrive que ça chauffe un peu dans la veine, mais si c'est le cas, c'est normal et ça passe rapidement ». C'est la phrase fétiche ! Oui, mais il faut la dire avant que le patient ait mal... et cela change tout... C'est le patient qui subit, et puisque l'on ne maîtrise pas cette douleur, faisons lui confiance pour la gérer.

La prise en charge de la douleur veineuse, quant elle apparaît :

-  Cela suppose qu'elle soit évaluée par les professionnels. Pour cela, il faut s'amender de notre subjectivité. Bien sûr que la perception de la douleur n'est pas la même d'un patient à l'autre, et que notre approche diffère en fonction de notre ressenti, alors utilisons ce que nous observons : le visage, le regard, les plaintes orales, l'attitude corporelle et le comportement. S'il y a modification, il y a douleur. Elle est transitoire, le patient va perdre connaissance, mais elle est réelle, et elle a des répercussions physiques et psychiques.
-  Rassurons le patient, ce que tout le monde fait déjà.
-  Aidons-le en activant la « gate control » par des effleurements de l'avant-bras (une main suffit pour maintenir le masque facial tant que la ventilation spontanée est conservée).

Même si cette prise en charge n'est pas satisfaisante au bout du compte, elle permettrait au patient de se sentir au centre des préoccupations des professionnels, qui auront fait tout ce qui était en leur pouvoir pour améliorer son confort et sa sécurité.

CONCLUSION

C'est à partir d'une situation vécue en stage, au début de ma formation, que j'ai pu élaborer mon TIP. A cette époque, concentrée sur mes apprentissages théoriques et techniques, j'ai débuté mes recherches bibliographiques.

En progressant dans mes lectures, je m'aperçu de la richesse de ce thème, parce qu'il m'obligeait à m'intéresser à autre chose : le binôme MAR-IADE, la relation de soin...

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai pu évoquer mon travail par le biais de mes questionnaires. L'analyse de mon recueil de données m'a fait cheminer, jusqu'à me positionner afin de proposer l'élaboration d'un protocole en équipe pluridisciplinaire.

Ce n'est pas du tout l'idée que je m'en faisais au départ ! Pour autant, je ne crois pas m'être perdue : je pense même, au contraire, avoir pu prendre un peu de distance avec mon quotidien d'élève IADE, pour retrouver ce qu'est la base de mon métier.

Quelqu'un qui m'est proche m'a appris : « *qui fait ce qu'il peut, fait ce qu'il doit !* ». C'est un genre de maxime réconfortante. Elle dit que le résultat n'est pas toujours celui que l'on escompte, mais qu'il est bien de se donner les moyens de réussir.

Ici, l'enjeu est l'amélioration de la qualité des soins, et elle doit apporter une réponse aux exigences légitimes des usagers de santé, et des gestionnaires de notre système de soins.

La Haute Autorité de Santé a défini par décret, en 2005, l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est sur cette piste qu'il faut s'engager. Gageons qu'avec l'accréditation et la tarification à l'activité, nos métiers vont connaître de nombreuses évolutions.

Si la législation encadre notre pratique quotidienne, il ne faut pas oublier les valeurs qui sous-tendent notre profession.

Il s'agit d'y trouver son compte en tant que professionnel, et en tant que patient potentiel. Nous n'évoluons pas dans un domaine où les « modèles » sont tous identiques, et la médecine n'est pas une science exacte.

Il nous faut nous adapter.

Mes études à l'école d'infirmière anesthésiste m'enseignent des connaissances théoriques et l'acquisition de techniques de soins qui mobilisent de l'attention, beaucoup d'énergie, de travail et de sacrifices.

Au centre de tout, il y a le soin. Je suis infirmière et il s'agit de prendre en charge un patient.

Voilà quels sont mes objectifs pour les années à venir...

BIBLIOGRAPHIE

LEGISLATION

Code Santé Publique – Partie législative, Première partie, Livre Ier, Titre Ier, Article L1110-1 à L1110-5 : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3, Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 2, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 7. et Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 et 2. <http://www.legifrance.fr>

Arrêté du 17 Janvier 2002 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier .

Décret n° 2004-802 du 29 Juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique- Livre III, Titre Ier, Chapitre 1 et 2 – Exercice de la profession d'infirmier et règles professionnelles - <http://www.legifrance.fr>

Maryse BOUTET. Législation de la prise en charge de la douleur. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Florence POLICART. Législation, textes sur les droits des patients. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Christine GERVAIS. « La gestion de la douleur, un nouveau domaine de compétence et d'activité pour l'IADE ». Oxymag, (89), 2006, p.12-13.

Nathalie LELIEVRE. « Dossiers : Nouveau décret de compétence de la profession d'infirmier », 2005, <http://infirmiers.com>.

Nathalie LELIEVRE. « Dossiers : Les protocoles de soins validité et conditions d'application », <http://infirmiers.com>.

Nathalie LELIEVRE. « Dossiers : Le pouvoir des mots », <http://infirmiers.com>.

Sites web consultés : <http://www.santé.gouv.fr> - www.has-santé.fr - <http://www.sfar.org> - <http://www.afssaps.fr>.

LA DOULEUR

Dr Franck BOLANDARD. Douleurs chroniques. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Dr Christian CHARTIER. Physiopathologie et prise en charge de la douleur par les autres moyens que l'analgésie morphinique. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Dr Noémie DELAGE. L'anatomie et la physiologie de la douleur. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2005.

Dr Christian DUALE. Les voies de la douleur. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2007.

Dr M. GAILLARD. « Les enjeux de la prise en charge de la douleur, les enjeux éthiques de l'accès aux soins dans ce domaine », 2003, <http://infodoc.inserm.fr/ethique>.

Dr M. NAVEZ. « Mécanismes de la douleur », 2006, <http://www.stephadol.org>.

Dr J.Yves SALLE, Dr Pascale VERGNE. « Douleurs et Neuropathies », 2006, <http://cofemer.fr>.

Christelle COURTIOL. « Douleur provoquée par les soins : prévention et optimisation de la prise en charge en cancérologie adulte ». La lettre de l'infirmière et la douleur, (5), 2003.

Maryse COUAILLET. « Prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire ». La lettre de l'infirmière et la douleur, (2), 2002.

Dr I. ODIN. « Prise en charge de la douleur aiguë en traumatologie », 2004, http://www.unilim.fr/medecine/formini/anesthesie/dcem4/Douleur_aigue.pdf

PHARMACOLOGIE

VIDAL. « Propofol Merck », « Diprivan », « Propofol Dakota », « Propofol Frésenius », « Lidocaïne Aguettant », « Propofol Lipuro », « Lidocaïne aguettant », « Emla », <http://www.vidal.fr>.

HAS. « Commission de la Transparence – Propofol Lipuro », 2007, <http://www.has-sante.fr>

BIAM. « Effets Secondaires des Substances : Douleur au point d'injection : Propofol », [200 ?], <http://www.biam2.org>.

Dr JP LEVECQUE. « Injection douloureuse de propofol dans une veine centrale ». Journal canadien d'anesthésie, (47 : 291), 2000.

LES ETUDES CLINIQUES

Dr Pascale PICARD, Dr R. TRAMER. "Prevention of pain on injection with propofol : a quative systematic review", 2000 , <http://www.anesthesia-analgnesia.org>.

Dr Y. FUJII, M. NAKAYAMA. « A lidocaïne/métoclopramide combination decreases pain of injection of propofol ». Canadian journal of anaesthesia, (52 : 5) p.474-477, 2005.

Dr A. AGARWAL... "Un prétraitement veineux au sulfate de magnésium n'est pas justifié pour prévenir la douleur causée par l'injection de propofol". Canadian journal of anaesthesia, (51) p.130-133, 2004.

Dr T. BEH... « Le protoxyde d'azote diminue la douleur de l'injection d'un mélange de propofol et de lidocaïne chez des enfants » Canadian journal of anaesthesia, (49) p.1061-1063, 2002.

Dr Emanuel SCHAUB. Douleur a l'injection : une comparaison en double aveugle entre l'injection de propofol après pré-traitement par lidocaïne et l'injection de propofol LCT/MCT. Th. n°10538 : Zürich : 2008.

Grégoire DELAVESNE, France ROCOURT. « Comment lutter contre la douleur à l'injection du propofol ? » Oxymag, (102) p.17-18, 2008.

Dr Edmond KOUAME. « Comment prévenir la douleur à l'injection du propofol ? ». Le praticien en anesthésie réanimation, (8) p 393-394, 2004.

LA RELATION DE SOINS

Dr G. MOUTEL, C. RIBAU, A. LIEVRE, C. HERVE. « La douleur : enjeux de la relation soignants-soignés », 2003, infodoc.inserm.fr.

Jean-Marc LEBRET. « Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné », [200 ?], www.cadredesante.com.

Pr Christian HERVE. « La relation soignant-soigné », 2002, infodoc.inserm.fr.

Mme CHARME. La relation soignant-soigné. Cours IFSI : Clermont-Ferrand : 2002.

METHODOLOGIE

Mr HENTZ. Méthodologie du Travail de Fin d'Etudes. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Valérie RODDIER. Guide de Travail d'Intérêt Professionnel. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2008.

Valérie RODDIER. Le recueil d'informations. Cours Ecole IADE : Clermont-Ferrand : 2009.

« Méthodologie Travail de Fin d'Etudes », <http://infirmiers.com>.

ANNEXES

ANNEXE N°1

LIDOCAINE AGUETTANT sans conservateur 1% solution injectable

FORME

solution injectable

INDICATIONS

Le chlorhydrate de lidocaïne est une solution anesthésique locale destinée à l'anesthésie par infiltration, l'anesthésie régionale et l'anesthésie par blocs nerveux.

POSOLOGIE et MODE D'ADMINISTRATION

En dehors de l'anesthésie locale par infiltration, la lidocaïne devra être uniquement utilisée par ou sous la responsabilité de médecins expérimentés dans les techniques d'anesthésie locorégionale. La forme et la concentration utilisées varient en fonction de l'indication et de l'objectif à atteindre, de l'âge et de l'état pathologique du patient. Le niveau d'anesthésie obtenu est habituellement fonction de la dose totale administrée. La dose à injecter dépend de la technique d'anesthésie pour laquelle le médicament est utilisé.

Les patients âgés ou fragilisés peuvent être plus sensibles aux posologies standards, avec une augmentation du risque et de la sévérité des réactions toxiques sur le système nerveux central et sur le système cardiovasculaire. Néanmoins, il n'est pas recommandé de diminuer la dose de lidocaïne car cela pourrait entraîner une anesthésie insuffisante.

* Chez l'adulte

- Anesthésie locale par infiltration : la dose maximale ne doit pas dépasser 200 mg. Pour des doses plus élevées, il est recommandé de recourir aux formes adrénalinées.
- Anesthésie régionale (péridurale, caudale, plexique, tronculaire) : la dose maximale ne doit pas dépasser 400 mg. Pour des doses supérieures, il est recommandé de recourir aux formes adrénalinées. Les formes les plus concentrées augmentent l'intensité du bloc moteur. En obstétrique, pour l'anesthésie péridurale, il est recommandé de diminuer la dose de moitié. Pour l'analgésie obstétricale une solution de concentration inférieure ou égale à 1% devra être utilisée ; en revanche, dans le cadre de l'anesthésie pour césarienne une concentration supérieure à 1% devra être utilisée.
- Infiltrations péri et intra-articulaires et infiltrations sympathiques : la dose maximale ne doit pas dépasser 200 mg.

CONTRE-INDICATIONS cf. VIDAL

MISES EN GARDE et PRECAUTIONS D'EMPLOI cf. VIDAL

IAM : INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES Voir banque Interactions Médicamenteuses

GROSSESSE ET ALLAITEMENT cf. VIDAL

CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES cf. VIDAL

EFFETS INDESIRABLES cf. VIDAL

PHARMACODYNAMIE

Classement Vidal : Anesthésie loco-régionale : lidocaïne : autres conditionnements

PRESENTATIONS

Liste II

ANNEXE N°2

DIPRIVAN® 1 % propofol

FORMES et PRÉSENTATIONS

Émulsion injectable IV à 200 mg/20 ml : Ampoules de 20 ml, boîte de 5.

Émulsion injectable IV à 500 mg/50 ml :

Flacon de 50 ml.

Seringue préremplie de 50 ml.

COMPOSITION

	p 20 ml	p 50 ml
Propofol (DCI)	200 mg	500 mg

Excipients : huile de soja raffinée, phosphatide d'oeuf purifié, glycérol, édétate disodique, hydroxyde de sodium, eau ppi.

INDICATIONS

Anesthésie :

- Le propofol est un agent anesthésique intraveineux d'action rapide, utilisable pour l'induction et l'entretien de l'anesthésie.
- Le propofol peut être administré chez l'adulte, chez l'enfant et chez le nourrisson de plus de 1 mois.

Sédation :

Le propofol peut être utilisé pour :

- la sédation des patients ventilés requérant des soins intensifs en unité de réanimation chirurgicale ou médicale ;
- la sédation anesthésique des actes de courte durée et en complément d'anesthésie locorégionale.

Réservé à l'adulte et à l'adolescent de plus de 15 ans.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

CONTRE-INDICATIONS

MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

INTERACTIONS

GROSSESSE et ALLAITEMENT

CONDUITE et UTILISATION DE MACHINES

Cf. VIDAL

EFFETS INDÉSIRABLES

Systémiques : Cf. VIDAL

Locaux :

Une douleur au lieu d'injection du produit peut être largement atténuée en utilisant les grosses veines de l'avant-bras et du pli du coude. Chez l'enfant, la douleur est encore plus fréquente que chez l'adulte, surtout lorsque l'injection est faite dans une petite veine de la main ou du poignet ; elle est moindre dans une veine du pli du coude ou de l'avant-bras.

Les complications veineuses sont exceptionnelles.

Les extravasations accidentelles observées, de même que les études animales, n'ont montré qu'une réaction tissulaire minime.

L'injection intra-artérielle chez l'animal n'a pas entraîné de complications tissulaires, localement et en aval.

SURDOSAGE
PHARMACODYNAMIE
PHARMACOCINÉTIQUE
INCOMPATIBILITÉS
CONDITIONS DE CONSERVATION

Cf. VIDAL

MODALITÉS MANIPULATION/ÉLIMINATION

- Agiter l'ampoule, le flacon ou la seringue avant utilisation.
- En cas d'utilisation de Diprivan en perfusion, celui-ci ne doit être mélangé qu'avec une solution de glucosé isotonique à 5 %.
- Diprivan peut être perfusé non dilué à partir des seringues en verre ou en plastique.
- Toute fraction d'ampoule, de flacon ou de seringue restant après usage devra être jetée.
- Seringue préremplie : si un pousse-seringue électrique programmable présentant des options pour l'utilisation de différentes seringues est utilisé, il est nécessaire de choisir la position B-D 50/60 ml Plastipak avec la seringue préremplie de Diprivan.

PRESCRIPTION/DÉLIVRANCE/PRISE EN CHARGE

LISTE I

Réservé à l'usage hospitalier.

Médicament pouvant être administré par tout médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine d'urgence dans les cas où il intervient en situation d'urgence ou dans le cadre d'une structure d'assistance médicale mobile ou de rapatriement sanitaire (article R. 5121-96 du code de la Santé publique).

AMM 555 583.7 (1986 rév 17. 09. 2007) 5 amp 20 ml.
 556 901.2 (1990 rév 17. 09. 2007) flacon 50 ml.

559 777.0 (1996 rév 17. 09. 2007) ser préremplie.

Mis sur le marché en 1986 (ampoule), 1990 (flacon) et 1997 (seringue préremplie).
 Collect.

AstraZeneca

1, place Renault. 92844 Rueil-Malmaison cdx
 Tél : 01 41 29 40 00. Fax : 01 41 29 40 01

ANNEXE N°3

[Le Code de la santé publique](#) (Partie législative – Première partie – Livre Ier – Titre Ier) au Chapitre préliminaire : [Droits de la personne](#)

[Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article L1110-5

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005](#)

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 2 JORF 23 avril 2005](#)

« ...Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté... »

« ...Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

[Le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004](#) relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (Livre III – Titre I – Chapitre I) à la 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 »*

Article R. 4311-2 *« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade... »*

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes »

Article R. 4311-12 *« L'infirmier ou l'infirmière, 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 : 1° Anesthésie générale... »*

Au Chapitre II – Sous-section 1 : [Devoirs généraux](#)

Article R. 4312-2 *« ...L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille... »*

Sous-section 2 : [Devoirs envers les patients](#)

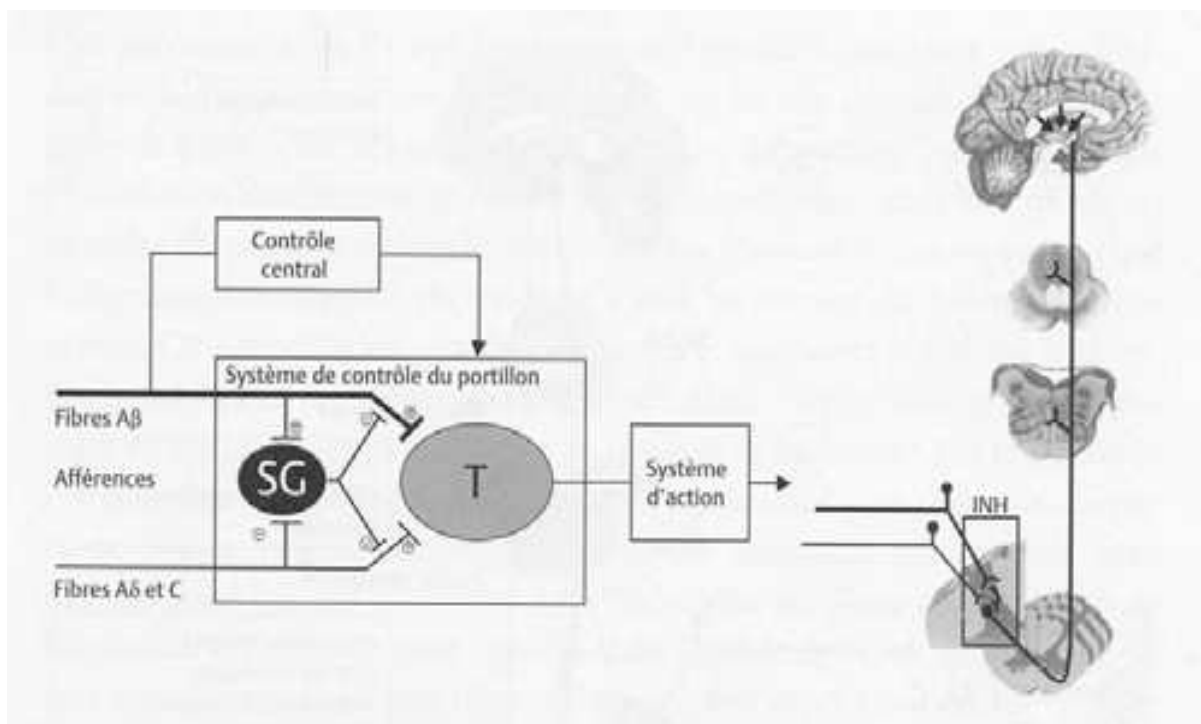
Article R. 4312-26 *« L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient »*

Article R. 4312-29 «L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. »

Article R. 4312-32 «L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement... »

ANNEXE N°4

Illustration de la « gate control ».



ANNEXE N°5

LA DOULEUR : enjeux de la relation soignants-soignés

Dossier réalisé par le Laboratoire d'éthique médicale et de santé publique de la Faculté Paris Necker (LEM Necker). Avril 2003

Extraits :

A- Douleur : enjeux de la relation soignants soignés ; quelle approche phénoménologique ?

...L'amélioration des soins donnés aux malades s'accompagne aujourd'hui d'une indispensable réflexion sur la douleur et sur le lien entre souffrance et douleur. La nécessité de prendre en charge la demande des personnes amène à s'interroger sur les éléments d'ordre physiques, psychiques, relationnels et sociaux en jeu dans la relation qui se noue entre patients et praticiens. En effet l'approche relationnelle et psychologique enseigne que " j'ai mal " signifie " je suis mal ", " je me sens mal ", c'est à dire diminué, dévalorisé, handicapé, aux frontières de la douleur organique, psychique mais aussi de la souffrance sociale.

...

Ainsi, reconnaître la douleur comme une expérience, c'est à dire comme un phénomène individuellement et subjectivement vécu, c'est la considérer du point de vue de la conscience, et non exclusivement de celui de la science. La douleur est et existe, chronologiquement et essentiellement, d'abord au sein d'un vécu. Une telle définition de la douleur justifie qu'on l'aborde à partir de son expression par celui qui la subit, à partir de ce qu'elle a d'originaire: son incarnation dans une existence, dans un vécu subjectivement normé, qualifié et jugé.

...

Comme tous les symptômes pathologiques ressentis par les patients, la douleur est paradoxale car elle demande à être traitée objectivement, alors que par ailleurs, elle est un phénomène subjectif, vécu par la personne, et relève ainsi de sa perception, de sa sensibilité qui sont par définition des phénomènes subjectifs.

La douleur ne se laisse décrire que par analogie ("ça brûle", "ça me tiraille"...), et pourtant, le médecin doit décrypter cette description de la douleur pour pouvoir la définir et la traiter. Ainsi, la douleur existe selon deux modalités, celle du malade qui doit la décrire et par-là l'objectiver en la décrivant, et celle du médecin qui, pour l'objectiver et donc la soigner, doit l'aborder aux confins de la subjectivité à laquelle il est au départ étranger. La douleur est paradoxale en ce qu'elle est une expérience qui demande à être partagée, du moins comprise pour être traitée mais sans jamais pouvoir être partagée. Elle cristallise la limite d'appréhension et de compréhension entre deux individus qui sont dans un monde commun par leurs perceptions, leurs sensations et leurs émotions propres, qui ne peuvent partager leurs expériences qu'en se référant au rapport qu'ils ont eux-mêmes au monde, aux autres et à leurs propres corps.

Face à ce paradoxe de la douleur se pose alors la question de savoir comment le médecin a accès à cette douleur par delà ses manifestations symptomatiques? Comment a-t-il accès à l'individu douloureux et pas seulement à la douleur de l'individu? Ce point requiert que les représentations que le patient se fait de sa maladie soient détectées, car ces dernières sont l'élément médian qui permet la compréhension du phénomène douloureux par le médecin.

...

Le caractère multidimensionnel des symptômes algiques suppose donc une modification de la relation traditionnelle médecin-malade et l'établissement d'un nouveau lien à réaliser dans une telle approche clinique prenant en compte à la fois la vulnérabilité du patient souffrant et la nécessité d'un dialogue entre deux acteurs responsables et informés.

La notion d'accès à l'information apparaît donc indispensable tant à l'établissement de la relation thérapeutique, qu'à l'existence d'un débat social destiné à valoriser une démarche de soin assurant une prise en charge globale de la personne.

...

La distinction entre douleur et souffrance laisse place à l'interprétation et devrait être discutée. L'exclusion sociale et la précarité, les contraintes engendrées par un monde du travail qui nie les singularités, le handicap et la maladie qui confrontent un individu et ses limites physiques à des normes sociales induisent une souffrance 15 dont la traduction somatique est parfois la douleur. L'ambiguïté entre souffrance et douleur, place le patient et son médecin devant une nosologie à définir et face à des choix de prise en charge qui ne peuvent plus être univoques et doivent être discutés. La relation médecin-malade est alors profondément modifiée et ne peut rester dans la dualité réductrice d'un schéma traditionnel qui opposerait la compétence technique et une demande subjective. Dans une telle situation, l'accès à l'information tant pour le professionnel que pour le patient est fondamental.

ANNEXE N°6

ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

	Oui	Non
1 – Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	☐	☐
2 – Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	☐	☐
3 – Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	☐	☐
4 – Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	☐	☐
5 – Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	☐	☐

Total Oui|___| / 5

ANNEXE N°7

Mon Questionnaire p 65 et 66.

LEXIQUE

LE SYSTEME LIMBIQUE

Le **système limbique** est un groupe de structures du cerveau jouant un rôle très important dans le comportement et en particulier, dans diverses émotions comme l'agressivité, la peur, le plaisir ainsi que la formation de la mémoire. Le système limbique influe sur le système endocrinien et le système nerveux autonome. Il consiste en plusieurs structures subcorticales situées autour du thalamus :

- hippocampe : impliqué dans la formation de la mémoire à long terme ;
- amygdale : impliquée dans l'agressivité et la peur ;
- circonvolution cingulaire ;
- fornix ;
- hypothalamus.

Le système limbique est parmi les plus anciennes parties du cerveau en termes d'évolution : il se trouve aussi chez les poissons, amphibiens, reptiles et mammifères.

LE PROTOCOLE

« Le protocole est un guide d'application des procédures, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise ». (Guide du service infirmier no 4). « Le protocole est un descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer ». (ANAES). Il est une aide à la décision à l'usage des acteurs concernés par son application. Il permet d'adapter les soins en fonction des besoins et de l'état de santé du malade. Il est considéré comme un référentiel puisqu'il indique le standard de soins (ou norme optimale de qualité à atteindre).

LA PROCEDURE

« Dans le cadre d'une démarche qualité, la procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité ». (Norme ISO 9000; 2000). La procédure décrit la manière d'accomplir l'action. Elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire, le matériel utilisé et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action.