

Ecole d'Infirmiers Anesthésistes
Hôpital PURPAN
TOULOUSE

Promotion 2002-2004

Impact de l'information du patient sur la prise en charge de la douleur

Dominique TOUYERE
Cadre Formateur Référent

Hélène MAYNE épouse CHASSEUIL
Etudiante Infirmière Anesthésiste

Je tiens à remercier les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail :

☀ Mademoiselle Claudine CAUHEPE, praticien hospitalier en Anesthésie, rattachée au service de Traumatologie et Orthopédie de l'Hôpital PURPAN, pour son étroite collaboration et sa disponibilité,

☀ Madame Dominique TOUYERE, cadre formateur à l'école d'Infirmiers Anesthésistes,

☀ L'équipe chirurgicale et l'équipe soignante du service des Professeurs MANSAT et BONNEVIALLE,

☀ Jean-François CHASSEUIL pour ses corrections et encouragements.

I.	Introduction.	5
II.	Cadre théorique.	8
A.	La douleur.	9
1.	Cadre législatif.	9
2.	Bref historique.	9
3.	Aspects physiologiques.	10
a)	Cheminement de l'influx.	11
b)	Les médiateurs chimiques.	11
4.	L'expérience subjective.	12
5.	Les différentes classes de douleur.	14
a)	La douleur par excès de nociception.	14
b)	La douleur neuropathique.	14
c)	La douleur psychogène.	14
6.	Les grands syndromes douloureux.	14
B.	L'analgésie.	16
C.	L'évaluation de la douleur.	18
1.	Qu'est-ce que l'évaluation ?	18
•	renseigner sur les objectifs poursuivis.	18
•	utiliser des outils de mesure.	18
•	associer l'apprenant à l'évaluation.	18
2.	Evaluation de la douleur.	19
•	Renseigner sur les objectifs poursuivis.	19
•	Utiliser des outils de mesure.	20
•	Associer le patient.	21
D.	De l'information à l'éducation.	23
1.	Cadre réglementaire.	23
2.	L'éducation, une alternative à l'information ?	24
III.	Problématique.	26
IV.	Analyse.	29
A.	Préambule.	30
1.	La consultation d'anesthésie.	30

2.	La visite pré-anesthésique.	30
B.	Protocole d'étude.	31
C.	Analyse quantitative.	33
D.	Analyse des résultats.	35
1.	Pendant la visite pré-anesthésique.	35
2.	Entretiens post-opératoires.	39
E.	Synthèse.	45
F.	Limites de ce travail.	46
V.	Questionnement professionnel.	47
VI.	Bibliographie	49
VII.	Annexes	51
	<i>Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé, du 6 Mai 1995.</i>	<i>52</i>
	<i>Annexe 2 : Décret du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.</i>	<i>53</i>
	<i>Annexe 3 : Convocation à la consultation d'anesthésie.</i>	<i>67</i>
	<i>Annexe 4 : Protocoles d'analgésie et de surveillances de Traumatologie et Orthopédie de l'Hôpital PURPAN.</i>	<i>68</i>
	<i>Annexe 5 : Grille d'observation.</i>	<i>69</i>
	<i>Annexe 6 : Trame d'entretien</i>	<i>71</i>

I. Introduction.

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

Mon cheminement personnel vis à vis de la douleur est ancien. En effet, enfant, j'ai rencontré la douleur au sein de l'histoire familiale et peut-être a-t-elle inconsciemment guidé mes pas vers mon choix professionnel.

Dès la formation d'infirmière, elle s'est imposée comme une réalité du quotidien face à laquelle il convient de réagir.

J'ai cherché dès lors à alimenter ma réflexion et à faire plus ample connaissance avec ce phénomène complexe tant sur le plan physiologique que par les méandres de son expression.

En 1997, au cours d'un stage humanitaire au Mali, j'ai découvert la douleur dans sa dimension culturelle et cette expérience a donné lieu à un travail de fin d'étude sur *l'influence de la culture des soignants sur la prise en charge de la douleur au Mali*.

La conclusion de cette recherche est parfaitement transposable en France et énonce que le soignant réagit face à la souffrance selon ses propres conceptions car elles font appel à son affect et sa culture.

L'école d'infirmiers anesthésistes a élargi mon champ de connaissances et a confirmé l'idée que l'infirmier anesthésiste est partie prenante dans la stratégie antalgique.

En 2003, au cours d'un stage en bloc de chirurgie orthopédique, j'ai souhaité passer une semaine en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle. J'ai constaté la

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

difficulté pour certains patients d'intégrer rapidement les consignes relatives à l'évaluation de la douleur. Or, en tant que bénéficiaire et maillon terminal de la stratégie antalgique, il est l'évaluateur-clé de la qualité de la prise en charge.

Ce constat m'a interrogé sur les facteurs favorisant une auto-évaluation satisfaisante de la douleur par le patient.

Mes premières lectures spécialisées ont montré que mon questionnement en matière d'évaluation était cohérent.

Aussi ai-je choisi de réfléchir sur l'impact de l'information du patient sur l'évaluation de la douleur.

En premier lieu, pour ce travail, j'ai travaillé à l'élaboration d'un cadre théorique reprenant les thèmes centraux de cette recherche que sont la douleur, l'analgésie, l'évaluation, l'information et l'éducation.

En second lieu, à partir de ces concepts, j'ai construit une problématique en lien avec mon questionnement initial : quel est l'impact de l'information pré-opératoire des patients sur sa participation à l'évaluation de la douleur post-opératoire ?

En troisième lieu, pour tenter de répondre à cette interrogation, j'ai réalisé une enquête auprès de patients ayant bénéficié d'une chirurgie de l'épaule, et une analyse explicative des données recueillies.

La conclusion s'attache à envisager quelle participation peut avoir l'infirmier anesthésiste dans une démarche informative des patients.

II. Cadre théorique.

A. La douleur.

1. Cadre législatif.

A l'origine réservée à la problématique soignante, la prise en charge de la douleur a fait irruption dans le débat de société, imposant au législateur de se positionner.

Depuis mai 1995, la Charte du Patient hospitalisé stipule que « *la prise en compte de la dimension douloureuse physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants.* » (cf. annexe 1)

L'infirmière en administrant les thérapeutiques prescrites par le médecin et en réalisant le suivi du patient occupait déjà un poste clé dans cette prise en charge.

Depuis février 2002, son rôle est désormais renforcé. En effet, l'article 7, du décret de compétence affirme que : « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soin infirmier.* » (cf. annexe 2)

L'infirmier anesthésiste en tant que personnel spécialisé, ayant de surcroît reçu une formation plus spécifique en matière d'algologie est aussi un acteur de la stratégie de soin. L'article 10 du même décret précise que l'infirmier anesthésiste « *en salle de surveillance post-interventionnelle, assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées [...] et est habilité à la prise en charge de la douleur post-opératoire relevant des mêmes techniques.* » (cf. annexe 2)

2. Bref historique.

La douleur dans les peuplades primitives est un phénomène attribué à la magie. Elle est due à la pénétration du corps par un démon, un fluide magique ou un objet maléfique et traduit la présence d'un esprit malin à l'intérieur de l'individu. Elle est

soulagée par la pratique d'une blessure d'où s'échappent « l'humeur », le fluide et l'esprit démoniaque.

Plus tard Aristote expliquera la douleur comme un déséquilibre dû à des facteurs extérieurs tels que le climat, le régime alimentaire ou à des humeurs de l'organisme. C'est pour lui une sensation, mais il parle déjà d'émotion qu'il localise au niveau du cœur.

La douleur localisée dans le cerveau, centre des « sensations », revient à Galien au départ et initiera la vision anatomiste et physiologique des Académiciens Laurentiens de la Renaissance, comme « sensation transmise par le système nerveux. »²

Aujourd'hui, selon l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur, la douleur est « *une expérience sensorielle émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion .*»

3. Aspects physiologiques.

La douleur donne lieu à une expérience tant qualitative que quantitative qui intègre plusieurs éléments :

- la stimulation des afférences nociceptives,
- une organisation anatomo-physiologique subtile,
- un impact psychologique au sens large.

Lorsque la stimulation nociceptive, qu'elle soit chimique, traumatique ... , atteint un certain seuil, elle stimule des récepteurs périphériques, les nocicepteurs.

Cette stimulation peut être directe, par le stimulus même, ou indirecte par l'intermédiaire de substances.

² SCHWOB Marc. La douleur. DOMINOS. Paris : Flammarion, 1994.

a) Cheminement de l'influx.

Le message douloureux est véhiculé par l'intermédiaire de nerfs sensitifs de différents calibres vers la moelle épinière, où il est repris au niveau de la corne postérieure.

Il croise la ligne médiane de la moelle et remonte vers les centres supérieurs et plus particulièrement au niveau du thalamus.

A partir du thalamus, les structures cibles seront les noyaux gris et le cortex cérébral.

« L'analyse au niveau du cortex frontal correspond à une traduction de la sensation nociceptive comme un message désagréable, ..., la projection sur le cortex pariétal permet la localisation et une perception précise, ..., la projection sur le système limbique, centre de nos comportements, ... donne la résonance psychoaffective de la douleur et sa transformation en son ultime devenir : la souffrance. »³

b) Les médiateurs chimiques.

Les nocicepteurs peuvent être stimulés par des médiateurs provoquant ou perpétuant la sensation douloureuse. Ils interviennent à différents niveaux des voies de la douleur et sont spécifiques à chacun.

Au niveau périphérique, on parle de « soupe inflammatoire ». Parmi les nombreux ingrédients qui la composent, on retrouve en particulier :

- les prostaglandines,
- l'histamine,
- les ions H⁺ et K⁺, cette soupe active la libération de substance P qui elle-même facilite la transmission du message douloureux.

L'organisme ne va pas rester passif face à cette agression. En effet, il met en place des mécanismes de contrôle afin de moduler l'effet douloureux.

Ainsi au niveau de la moelle épinière, existe un inter-neurone qui a pour mission d'inhiber l'influx douloureux : c'est la théorie du Gate Control.

³ SCHWOB Marc. Op. cit.

Enfin, le cerveau synthétise des substances, les endorphines et les enképhalines, qui sont libérées lorsque le cortex reçoit l'information du message nociceptif. Elles agissent sur la substance P en limitant la transmission de l'influx.

4. L'expérience subjective.

Comme nous l'avons vu, le message parvient au cerveau où il est analysé. « *Cette expérience est gérée dans l'organisme par des logiciels de contrôle... . Le logiciel cognitif, correspond aux processus mentaux qui peuvent influencer l'expression de la douleur.* »⁴

Regard sur la symbolique sociale et culturelle de la douleur

Dans toutes les sociétés, il s'élabore une véritable construction sociale et culturelle autour de la douleur.

David Le Breton énonce que « *la demande de signification face à la douleur va au delà de la souffrance immédiate, elle concerne plus profondément la signification de l'existence quand l'irruption du mal la met en porte-à-faux avec le Monde.* »⁵

D'une part, l'intégration de la douleur et de sa signification relève d'un processus éducatif.

Le berceau de l'éducation est la famille. Elle est un lieu intense de socialisation où se modèle le rapport au monde de l'enfant.

Nous savons que la première référence du bébé est sa mère ; il modèle ses attitudes en fonction de la réponse faite par sa mère. Les réactions de la mère encouragent dissuadent, apaisent ou alimentent la douleur.

D'autre part, la perception des données cénesthésiques est le fait d'un apprentissage culturel.

⁴ NOUGARET M. QUINTARD M. Rôle de l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge de la douleur. cours 2003

⁵ LE BRETON. David. Anthropologie de la douleur. Paris : Métailié, 1994

« La culture intériorisée fait corps à l'individu, elle oriente les perceptions sensorielles et donne face à la douleur les catégories de pensée qui soulèvent la crainte ou l'indifférence. »⁶

Au cours d'un précédent travail de recherche sur la douleur effectué au Mali en 1997, les témoignages recueillis auprès de sept personnels soignants, ont révélé que pour cinq d'entre eux la douleur est fortement associée aux pratiques initiatiques.

Selon un témoignage recueilli auprès d'un infirmier, au sein de l'ethnie Malinké au Mali, les scarifications font partie des rites de socialisation. Elles sont réalisées sans prévention de la douleur.

Lors de cette épreuve, l'initié doit faire preuve « d'un grand courage », accomplir « un acte de bravoure », témoin de sa volonté de maîtriser les événements auxquels il devra faire face. Passage obligé, elle marque désormais l'appartenance de l'initié au monde des adultes.

Enfin, dans la tradition biblique, le christianisme met l'homme en position d'accueil face à la souffrance. L'homme de foi accepte la souffrance, car elle est une forme de dévotion qui rapproche de Dieu et offre l'opportunité de participer aux souffrances du Christ sur la croix.

L'Islam dit que si Dieu a créé la douleur, il a aussi donné les moyens de la combattre. La prière est la première médecine. L'homme souffrant doit lutter avec ses moyens d'homme, et se remettre avec patience entre les mains de Dieu ; l'endurance mesurera l'étendue de sa foi.

Toute douleur revêt donc une signification propre à chaque individu. Elle puise sa signification dans l'organisation profonde de sa personnalité associée aux facteurs socioculturels et familiaux, et tout facteur influençant la personnalité influence la douleur-même.

« Sa seule traduction est l'expression donnée par le patient, traduction à laquelle il faut faire confiance et se référer de manière stricte. »⁷

⁶ LE BRETON. David. O. cit.

⁷ SCHWOB Marc. Op. cit.

5. Les différentes classes de douleur.

a) La douleur par excès de nociception.

Elle est le fait d'une agression périphérique qui stimule les nocicepteurs. C'est une cause fréquente de douleurs aiguës.

b) La douleur neuropathique.

Est mise en cause ici une altération partielle ou totale du système nerveux central ou périphérique. Elle apparaît dans le cas de lésions des voies de la sensibilité.

c) La douleur psychogène.

Elle est liée à un problème psychologique chez le patient. « *L'histoire du patient est la fondation de la douleur.* »⁸

6. Les grands syndromes douloureux.

La douleur aiguë est très souvent qualifiée de signal d'alarme, comme un « *avertisseur biologique des dangers menaçant l'intégrité corporelle.* »⁹

Elle a le plus souvent une valeur diagnostique. Elle doit faire l'objet d'une réponse thérapeutique rapide car « *elle laisse des traces incontestables sur le psychisme, sur la mémoire, sur le comportement et les structures nerveuses.* »¹⁰

La douleur aiguë est symptôme alors que la douleur chronique est un syndrome.

Les facteurs responsables de l'évolution de la douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement élucidés.

⁸ NOUGARET M. QUINTARD M. Op. Cit.

⁹ SCHWOB Marc. Op. cit.

¹⁰ Idem

Toutefois, la persistance contribue par elle-même à transformer les mécanismes initiaux de la douleur. Une douleur d'origine physique peut être perpétuée par des facteurs secondaires, psychologiques et comportementaux : troubles du sommeil, dépression ...

La douleur chronique est inutile et destructrice, génératrice d'un véritable handicap, facteur de désocialisation et d'isolement.

Au total, tout doit être mis en œuvre pour prévenir l'évolution vers la chronicité.

Conclusion.

Nous avons vu que derrière le terme générique « douleur » se cache un phénomène complexe qui ne saurait être correctement appréhendé sans une vision holistique de l'individu.

B. L'analgésie.

« Si la douleur symptôme, spontanée ou provoquée reste une réalité clinique incontestable, elle ne garde sa valeur de 'douleur à respecter' en tant qu'aide au diagnostic que pendant l'élaboration de celui-ci. »¹¹

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

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

Ainsi, on pourrait presque comparer la lutte contre la douleur à une stratégie de combat. L'influx nociceptif, progresse, de manière générale, selon un trajet connu.

On peut donc le pilonner à chaque niveau stratégique :

- périphérique,
- médullaire,
- central.

L'OMS a conçu *« une échelle permettant de classer les antalgiques en trois paliers ou niveaux selon leur puissance analgésique :*

- *niveau 1 : analgésiques non morphiniques, (paracétamol, aspirine, AINS),*
- *niveau 2 : agonistes morphiniques faibles, agonistes partiels ...*
- *niveau 3 : agonistes morphiniques forts, les anesthésiques locaux. »¹²*

En post-opératoire, la connaissance des chirurgies et l'expérience ont permis d'établir qu'il existe un niveau attendu de douleur.

¹¹ SCHWOB Marc. Op. Cit.

¹² NOUGARET M. QUINTARD M. Op. cit.

L'attitude thérapeutique doit donc être fonction de l'intensité de cette douleur, et prévoir de façon quasi-systématique une analgésie multimodale.

Cette analgésie balancée doit associer les antalgiques des différents niveaux, selon leur lieu et leur mode d'action.

« Ces associations permettent :

- de réduire les risques de surdosage et les effets secondaires dans une catégorie de traitement
- de combattre au maximum les facteurs de passage à la chronicité »¹³

Enfin, les recommandations en matière d'analgésie préconisent la mise à disposition dans les services de protocoles ainsi que la prescription d'analgésie prophylactique systématique plutôt qu'à la demande.

En conclusion, la mise en œuvre de toutes ces mesures participent d'une prise en charge de qualité. Toutefois, il faut garder à l'esprit que « d'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique »¹⁴, et par suite peuvent persister des douleurs que l'on devra veiller à reconnaître et à soulager.

¹³ NOUGARET M. QUINTARD M. Op. cit.

¹⁴ LE BRETON David. Rencontre : douleur et soins infirmiers, Recherche en Soins Infirmiers, juin 1998, n° 53, p 17.

C. L' évaluation de la douleur.

Evaluer, c'est apprécier une chose, en déterminer sa valeur.

1. Qu'est-ce que l'évaluation ?

Désormais courante dans le domaine médical, l'évaluation est un terme emprunté au monde de l'éducation dont nous avons extrait quelques notions essentielles :

- renseigner sur les objectifs poursuivis.

En effet, en pédagogie , l'évaluation est indissociable de l'enseignement. *« Elle fournit aux enseignants les informations concernant les effets de leur enseignement et leur permet d'envisager les ajustements indispensables. »¹⁵*

« Elle concerne la mesure la plus objective possible de la réalisation des buts poursuivis. »¹⁶

- utiliser des outils de mesure.

« Elle pose le problème de recueil des informations de la construction des outils de mesure adaptés aux objets à évaluer et fiables. »¹⁷

- associer l'apprenant à l'évaluation .

« Elle doit susciter et permettre l'appropriation par l'élève de son éducation et sa formation. »¹⁸

« Elle permet à l'élève de mieux s'impliquer dans la conduite de ses apprentissages. »¹⁹

¹⁵ PINEAU C. Introduction à une didactique de l'éducation physique. Paris : revue EPS, 1990.

¹⁶ PIERON M. Pédagogie des activités physiques et du sport. Paris : Revus EPS. 1990

¹⁷ NUNZIATI G, Pour construire un dispositif d'évaluation formative. Cahiers pédagogiques, Janvier 1990, n°280.

¹⁸ PIERON M. Op. Cit.

¹⁹ PINEAU C. Op. Cit.

2. Evaluation de la douleur.

Comme nous l'avons vu, la douleur est un phénomène complexe qui fait appel à des mécanismes physiologiques et à une expérience individuelle unique.

Dans le cadre de la douleur, l'évaluation clinique initiale peut rendre compte rapidement de l'existence d'une nociception.

On retrouvera aisément :

- ✗ des manifestations neurovégétatives liées à la stimulation sympathique avec :
 - ✗ augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle systolique,
 - ✗ augmentation de la fréquence respiratoire,
 - ✗ dilatation pupillaire,
 - ✗ sudation
- ✗ des manifestations posturales, recherche de position à visée antalgique
- ✗ des manifestation « sociales » :
 - ✗ cris, pleurs,
 - ✗ faciès ...

Cette forme d'évaluation doit être réalisée mais elle ne tient pas compte de l'expérience et de l'expression douloureuses.

Or, l'évaluation de la douleur s'inscrit dans une démarche de décision afin de réduire l'incertitude clinique.

- Renseigner sur les objectifs poursuivis .

Le but est d'identifier les caractéristiques de la douleur et d'obtenir une quantification et une qualification de cette douleur.

- Utiliser des outils de mesure.

✖ Quantifier la douleur.

L'intensité est une des caractéristiques qui doit être évaluée.

Différents outils sont disponibles à cet effet.

Ce sont les échelles unidimensionnelles. Elles répondent à la question du niveau de douleur ressentie à l'instant « t », à partir d'une auto-évaluation réalisée par le patient.

☀ Echelle verbale simple ou ENS

Elle propose un choix parmi un certain nombre de qualificatifs qui font référence à une note. Par exemple : douleur faible, douleur modérée ...

☀ Echelle numérique ou EN.

Le patient donne une note de 0 à 10 pour situer son niveau de douleur.

0 correspond à « l'absence de douleur »

10 correspond à « la douleur maximale imaginable ».

☀ Echelle visuelle analogique ou EVA.

D'aucun la qualifie de « thermomètre », d'autre « d'algo-décimètre ». Réglette orientée de gauche à droite, la face recto, présentée au patient ne porte pas de signes : l'extrémité gauche est présentée comme « l'absence de douleur », l'extrémité droite comme « la douleur maximale imaginable ».

Le patient répond en déplaçant le curseur entre les deux extrémités. La face verso comporte une échelle millimétrique par laquelle le soignant chiffrera la réponse.

L'utilisation de l'EVA ou de l'EN ne dispense pas de l'association à l'échelle verbale simple. Ces outils doivent être le médiateur d'une recherche plus approfondie.

✗ Qualifier la douleur.

Une importante critique formulée à l'encontre des échelles unidimensionnelles est qu'elles ne portent pas sur l'aspect qualitatif de la douleur.

En effet, elles ne renseignent pas sur la localisation de la douleur et n'apportent pas de description de la douleur.

Certains qualificatifs possèdent une valeur d'orientation diagnostique. Par exemple : une douleur décrite sous forme de brûlure évoquera une douleur de type neurogène. La description ne se limite pas aux seuls aspects sensoriels mais exprime parfois la répercussion affective.

A partir de ces constats certains ont pensé que le vocabulaire de la douleur recèle des indices pour évaluer de façon plus globale la douleur, et ont créé des échelles multidimensionnelles sous forme de questionnaire.

Le questionnaire de douleur de Saint Antoine : il comporte 67 qualificatifs en 17 sous classes et à chaque qualificatif le patient peut associer un niveau de douleur.

Il offre l'avantage d'une évaluation à la fois qualitative et quantitative, mais ne se prête pas à une évaluation répétitive.

Ainsi, pour être efficaces ces échelles doivent être adaptées et compréhensibles par le patient, facilement reproductibles.

- Associer le patient.

L'évaluation de la douleur va au-delà des simples aspects techniques. Cette démarche doit instaurer un dialogue et impliquer dès que possible le patient. Elle doit lui permettre de prendre du recul, d'avoir un regard objectif, l'encourager dans l'expression de ses sensations et de son vécu.

Par ailleurs, le soignant doit intégrer le patient dans une démarche globale afin de repérer si la douleur présente des répercussions sur la vie quotidienne (troubles du

sommeil, de l'alimentation, ...), autant de facteurs qui doivent être corrigés pour ne pas péjorer le vécu douloureux.

En conclusion, l'évaluation de la douleur doit être considérée comme un soin à part entière qui doit donner la possibilité au patient d'être actif.

Elle permet de faciliter la communication entre le patient et les soignants, mais aussi entre les soignants et les médecins. Elle doit être incluse dans les organigrammes de prise en charge des stratégies analgésiques de façon à donner lieu, dès que nécessaire, à un réajustement thérapeutique, jusqu'à ce que les mesures de soulagement soient jugées efficaces par le patient.

Enfin, cette évaluation doit faire l'objet d'une traçabilité consultable par tous.

D. De l'information à l'éducation.

1. Cadre réglementaire.

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

Depuis la Convention Internationale sur les Droits de l'Homme et la Bio-médecine, jusqu'à l'édition récente de recommandations par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé, de nombreux textes rappellent l'obligation d'informer le patient.

Informer certes, mais comment et dans quel but ?

Pour la Charte du Patient Hospitalisé du 6 mai 1995, le médecin doit donner « *une information, simple, accessible, intelligible et loyale à tous ces patients.* » (cf. annexe1)

En effet, l'information participe de la vulgarisation du savoir médical, elle doit rendre compréhensible au « vulgaris », le commun des hommes, les principes et enjeux des traitements dont il va faire l'objet.

L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient. Son but est que le patient « *puisse participer pleinement aux choix thérapeutiques qui le concernent.* » (cf. annexe1) Elle est le plus souvent dispensée par le dialogue au cours de la consultation, afin de répondre au mieux aux questions que se pose le patient et de rendre la démarche la plus individualisée possible.

Toutefois comment s'assurer de la compréhension dispensée ? Bien que les médecins s'efforcent d'identifier si les informations données ont été comprises, l'évaluation reste souvent difficile.

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

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

Eduquer tire sa signification d'une double origine latine. « *'Educare' signifie, qui permet de nourrir, de maintenir en vie, tandis que 'educere' signifie, conduire vers, diriger l'action.* »²⁰

L'éducation pour la santé du patient est plus qu'une simple information. Elle doit « *permettre au patient de s'autonomiser à partir de l'information, de ce qu'il aura compris de l'explication du soignant* »²¹

Par ailleurs, l'éducation revêt différents axes :

- « *l'éducation thérapeutique du patient qui s'intéresse au traitement, qu'il soit préventif ou curatif,*
- *l'éducation à la maladie, ce qui recouvre le traitement, la prévention des complications et rechutes, les comportements liés à l'existence de cette maladie, y compris l'impact possible sur les aspects non médicaux de la vie,*
- *l'éducation pour la santé laquelle concerne la maladie, mais aussi tous les comportements de santé et le mode de vie du patient.* »²²

L'éducation passe par une meilleure relation avec le soignant. En effet, la relation dominant-dominé entre le soignant et le patient est diminuée. Le patient reste l'apprenant, mais son rôle est valorisé. Il est en position de recevoir des connaissances qu'il pourra lui-même mettre à profit.

²⁰ Dr BUTTET Pierre. Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. Recherche en Soins Infirmiers, juin 2003, n° 73, p42.

²¹ Idem, p43

²² LAMOUREUX Philippe. Education pour la santé et éducation du patient : rôle de l'INPES, Les cahiers hospitaliers, octobre 2003, n°194, p4

La démarche initiale doit tenter d'identifier au mieux les besoins du patient et ce que représente la maladie à ces yeux. « *Informé est évidemment indispensable mais le travail éducatif ne commence que lorsque soignant et patient traitent ensemble cette information, permettant ainsi sa compréhension et son appropriation.* »²³

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

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

En conclusion, la démarche d'éducation pour la santé est globalement une démarche d'autonomisation du patient. Elle s'inscrit dans une vision plus globale du soin, de promotion de la santé où « *le patient devient sujet de son propre projet thérapeutique* »²⁴

²³ Dr BUTTET Pierre. Op. cit. p46.

²⁴ Philippe LAMOUREUX. Op. cit. p4.

III. Problématique.

A l'heure de la réforme du système sanitaire en France, chacun de nous s'interroge sur les actions à mener afin de diminuer les dépenses de santé, tout en garantissant la même qualité de soin.

En ce sens, la réhabilitation post-opératoire est un thème d'actualité dont les principaux enjeux sont la réduction des coûts d'hospitalisation par des moyens peu dispendieux, et une réflexion sur nos pratiques.

Tout d'abord, dans ce contexte, le traitement de la douleur s'avère un élément incontournable. Nous savons en effet qu'une stratégie antalgique correctement menée diminue considérablement les risques de complication post-opératoire, de chronicisation, et facilite un retour précoce à l'autonomie et au domicile.

Ensuite, comme nous l'avons vu, seul le patient vit la douleur dans sa chair et dans son psychisme. Ainsi, sa participation au traitement dans le cadre de l'évaluation ne fait aucun doute.

Pour se faire, nous lui remettons des outils d'évaluation que nous avons élaborés et que nous maîtrisons, afin qu'il nous communique son ressenti.

Nous attachons une grande importance aux informations que nous recueillons par ce biais, mais nous sommes souvent les seuls à en avoir identifié les enjeux.

Si pour les soignants, la maîtrise de l'outil d'évaluation est acquise, est-ce toujours le cas pour nos patients ?

Pourtant, nous leur devons une information loyale, liée à la pratique de tout acte médical ou chirurgical.

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

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

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

En d'autres termes, comment les patients perçoivent-ils et utilisent-ils les informations qui leurs sont données en période pré-opératoire sur la prise en charge de la douleur ?

IV. Analyse.

A. Préambule.

1. La consultation d'anesthésie. Entretien avec Claudine CAUHEPE

Le patient est convoqué par courrier, en consultation, environ quinze jours après la visite avec le chirurgien où l'indication opératoire a été posée. (cf. annexe 3)

Cette consultation a pour but l'évaluation médicale du patient, de ses antécédents particuliers tant chirurgicaux qu'anesthésiques que médicaux. Elle donne lieu à une information sur la technique d'anesthésie et sur les méthodes de la prise en charge de la douleur.

On ne peut proposer une technique d'anesthésie que si l'on connaît les antécédents. En ce qui concerne, la prise en charge de la douleur, on explique que la chirurgie de l'épaule est à fort potentiel douloureux post-opératoire pendant les 48 premières heures. C'est pourquoi on associe deux techniques d'anesthésie :

- ✗ anesthésie loco-régionale avec mise en place d'une cathéter péri-nerveux,
- ✗ anesthésie générale.

On explique que ce cathéter servira pour l'analgésie post-opératoire, par anesthésiques locaux.

Par ailleurs, on montre ce qu'est une échelle d'évaluation

2. La visite pré-anesthésique.

Elle a lieu la veille de la chirurgie. Elle a pour but de refaire point sur l'état de santé du patient et rechercher d'éventuels événements survenus depuis la consultation.

Elle permet d'insister sur le déroulement des suites post-opératoires en particulier par rapport à la douleur :

- ✗ quand agir pour la ré-injection dans le cathéter péri-nerveux soit par l'infirmière soit par un bolus,
- ✗ comment réagir si le traitement le cathéter est insuffisant.

Remarque : la première ré-injection ou la mise en place de la pompe ayant été faite en salle de réveil.

C'est aussi l'occasion d'expliquer de nouveau ce qu'est une échelle d'évaluation de la douleur.

B. Protocole d'étude.

Pour tenter de répondre au questionnement posé dans cette problématique, j'ai décidé d'enquêter afin d'évaluer :

- ☀ **la compréhension des informations données en matière de douleur au cours de la consultation d'anesthésie,**
- ☀ **l'utilisation qui en est faite par le patient pour l'auto-évaluation de la douleur post-opératoire.**

Après lui avoir soumis le thème de cette étude, Mademoiselle Claudine CAUHEPE, Anesthésiste praticien hospitalier au CHRU de Toulouse, rattachée au service de Traumatologie et Orthopédie de l'hôpital PURPAN, a accepté de collaborer à cette enquête.

L'équipe chirurgicale des professeurs MANSAT et BONNEVIALLE, ayant été informée de nos objectifs, nous a aussi donné son aval.

Avec Mademoiselle CAUHEPE, j'ai ainsi pu définir des objectifs pour le choix des patients inclus dans l'enquête :

- ✗ avoir bénéficié d'une chirurgie fonctionnelle de l'épaule :
 - ☀ prothèse totale d'épaule,
 - ☀ cure de luxation récidivante de l'épaule,
 - ☀ chirurgie de la coiffe des rotateurs.
- ✗ avoir bénéficié d'une technique d'anesthésie associant anesthésie loco-régionale par bloc inter-scalénique avec mise en place d'un cathéter, et anesthésie générale avec intubation oro-trachéale pour chirurgie en position assise.
- ✗ bénéficier en post-opératoire d'une analgésie multimodale :
 - ☀ analgésie auto-contrôlée par le patient par pompe avec infusion continue par le cathéter d'anesthésique local associée à un mode « bolus »,
 - ☀ association à des antalgiques de niveau 1 et 2 ,
 - ☀ utilisation des outils d'EVA ou d'ENS. (cf. annexe 4)

Pour évaluer la compréhension des informations données en matière de douleur au cours de la consultation d'anesthésie, j'ai élaboré une **grille d'observation** (cf. annexe 5), et j'ai effectué un premier recueil de données pendant la **visite pré-anesthésique** menée par Mademoiselle CAUHEPE.

Au cours de cette visite, j'ai souhaité identifier auprès du patient :

« ce qui lui « reste » comme information en ce qui concerne le traitement et l'évaluation de la douleur post-opératoire depuis la consultation. »

Pour évaluer l'utilisation des consignes préopératoires par le patient en vue de l'auto-évaluation de la douleur post-opératoire, j'ai réalisé auprès des patients un **entretien** (cf. annexe 6), **le surlendemain de la chirurgie**. Au cours de cette interview, j'ai souhaité identifier les critères suivants :

- ✗ le niveau de participation du patient au traitement,*
- ✗ son intégration et application des consignes pré-opératoires en matière d'anticipation et d'évaluation de la douleur,*
- ✗ son vécu douloureux de cette chirurgie.*

Enfin, j'ai relevé dans le dossier médical les indicateurs suivants :

- ✗ Echelle numérique simple, ENS,*
- ✗ Titration morphine,*
- ✗ Ratio bolus reçus sur bolus demandés.*

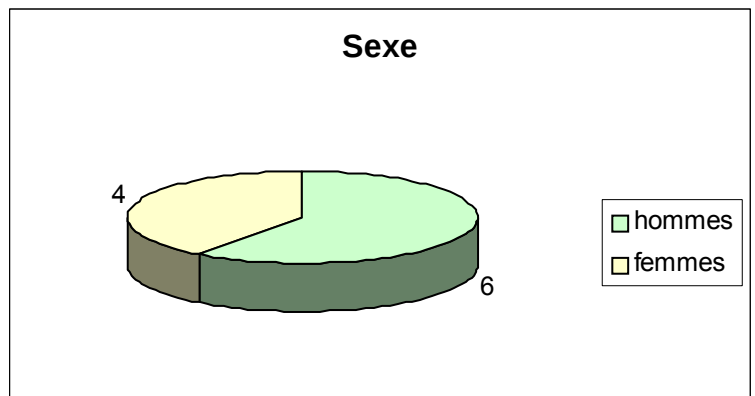
En recoupant les renseignements précédemment collectés avec ces indicateurs, j'ai cherché à affiner l'analyse des données.

C. Analyse quantitative.

L'enquête s'est déroulée sur trois semaines, du 23 février au 13 mars 2004, pendant lesquelles nous avons pu sonder 10 patients.

Sexe	
Hommes	6
Femmes	4

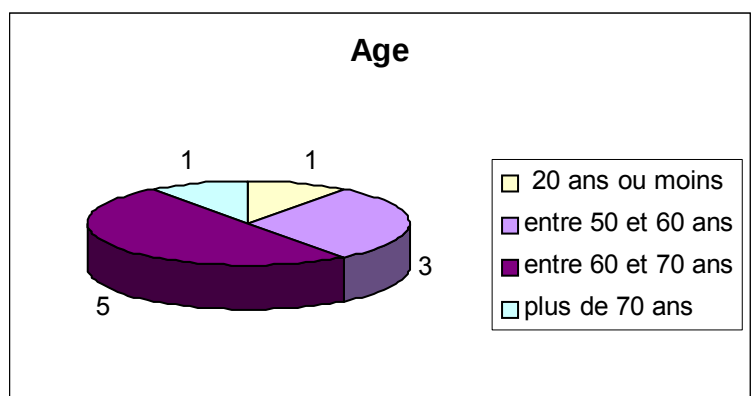
Cet échantillon de patients respecte une quasi parité entre les sexes.



Age	
20 ans ou moins	1
Entre 50 et 60 ans	3
Entre 60 et 70 ans	5
Plus de 70 ans	1

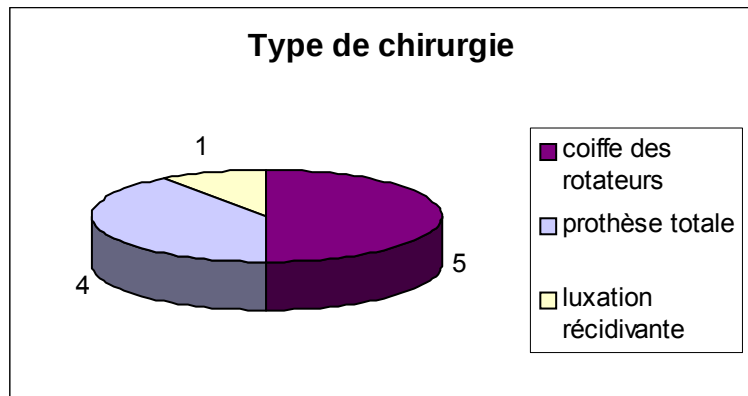
Ici, le plus jeune patient est âgé de 20 ans, et le plus vieux de 71 ans.

A l'exception d'une personne, cet échantillon peut donc être considéré comme homogène du point de vue de l'âge. La moyenne d'âge est de 61 ans.



Type de chirurgie	
Coiffe des rotateurs	5
Prothèse totale	4
Luxation récidivante	1

Le faible échantillon pour la chirurgie de luxation récidivante s'explique par le fait qu'il s'agit souvent d'une chirurgie du sujet jeune.

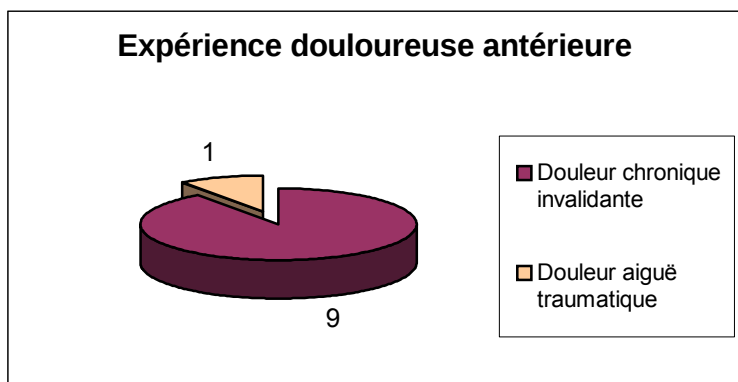


Quel est le profil de ces patients en matière de douleur ?

Expérience douloureuse passée	
Douleur chronique invalidante	9
Douleur aiguë traumatique	1

L'aspect fonctionnel, mais surtout la douleur, sont les motifs de consultation pour la chirurgie de l'épaule. La douleur aiguë traumatique est celle connue lors des luxations de notre jeune patient.

Parmi ces patients, une personne déclare souffrir presque constamment à cause d'une arthrose évoluée touchant de nombreuses articulations.



Enfin, 100% des patients de cet échantillon ont bénéficié d'une analgésie multimodale selon les critères édictés par le cahier des charges.

D. Analyse des résultats.

1. Pendant la visite pré-anesthésique.

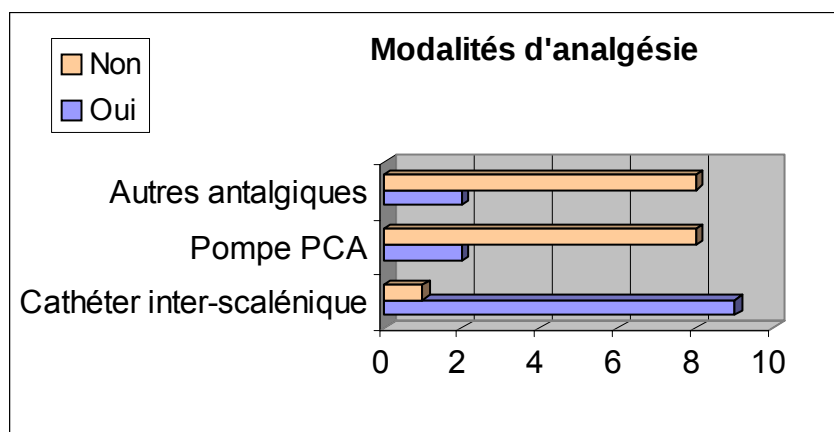
Remarque : Lors de cette phase d'observation, un des patients était très préoccupé lors de la visite pré-anesthésique par un autre sujet. Nous pouvons dire que son attention sur les questions et consignes apportées en matière de douleur était plutôt polie que sincère. En effet, chanteur passionné, plus que sur la douleur, son inquiétude portait sur l'intubation et les conséquences possibles de lésions des cordes vocales.

Qu'ont-ils retenu des thérapeutiques dont ils vont bénéficier ?

Modalités d'analgésie		
	Oui	Non
Cathéter inter-scalénique	9	1
Pompe PCA	2	8
Autres antalgiques	2	8

Tous, sauf un patient, se souviennent qu'ils bénéficieront d'une technique d'ALR. Toutefois, seuls deux patients disent avoir connaissance de la possibilité d'une analgésie auto-contrôlée pouvant être associée à d'autres traitements.

Enfin, plus de la majorité des patients semblent penser qu'une seule voie d'analgésie sera utilisée.



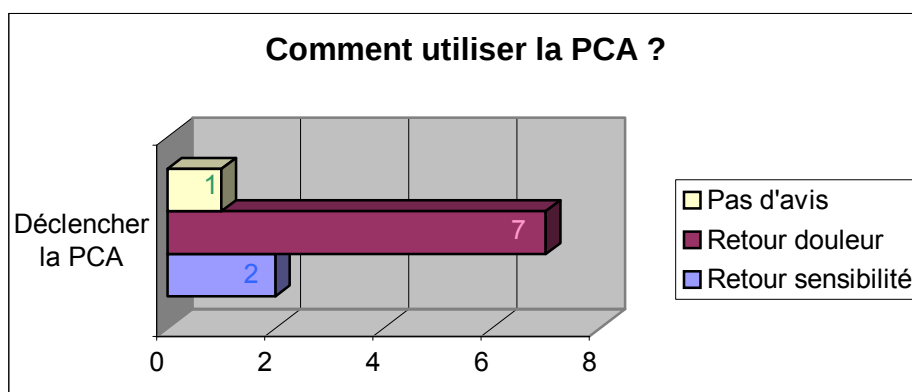
Par ailleurs, on a constaté que la levée du bloc survient de façon très variable d'un individu à un autre. Elle débute en règle générale par un retour de la sensibilité.

Cette perception s'accompagnera à plus ou moins brève échéance et de façon plus ou moins brutale d'un retour de la douleur.

On comprend donc l'attention portée au retour de la sensibilité, moment propice à la ré-injection dans le cathéter.

Comment utiliser la PCA ?

Comment utiliser la PCA ?			
	Retour sensibilité	Retour douleur	Pas d'avis
Déclencher la PCA	2	7	1



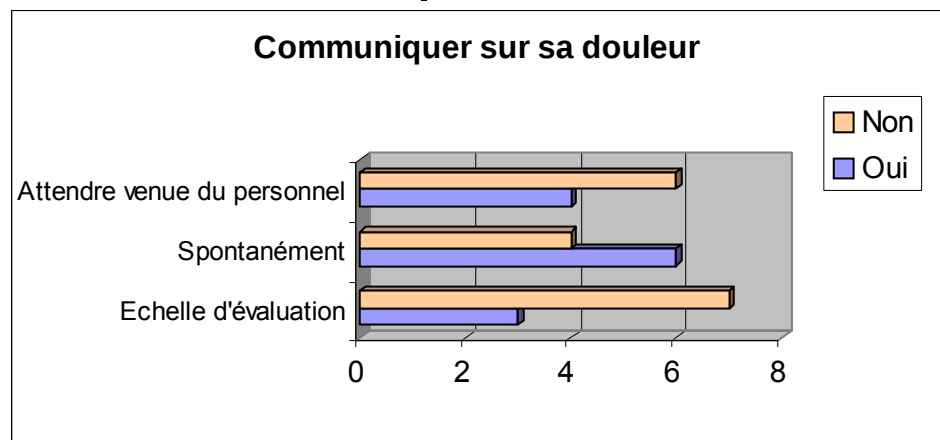
Seuls les deux patients ayant connaissance de la PCA savent par ailleurs quel usage ils devront faire de la pompe. Pour les autres patients, ces données doivent nous interpeller. En effet, une telle incompréhension ne serait-elle pas un frein à une utilisation optimale du système d'analgésie auto-contrôlée ?

C'est pourquoi ce constat a donné lieu à un réajustement systématique de Mademoiselle CAUHEPE auprès de ces patients.

Comment et quand les patients pensent-ils faire part de leur douleur au personnel soignant ?

Communiquer sur sa douleur		
	Oui	Non
Echelle d'évaluation	3	7
Spontanément	6	4
Attendre venue du personnel	4	6

Parmi les patients connaissant les échelles d'évaluation une personne a déjà pu utiliser l'ENS lors d'une précédente opération.

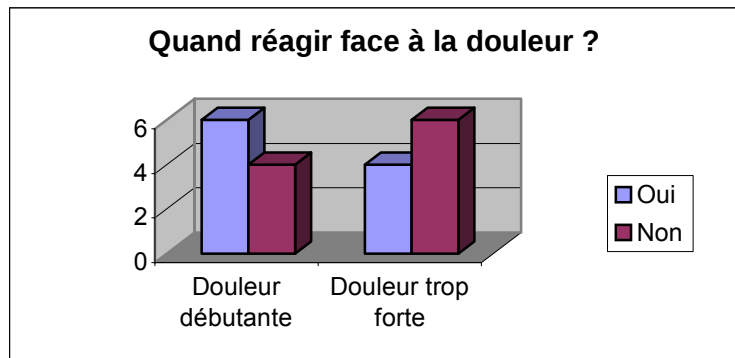


La majorité de ces patients savent qu'ils ne doivent pas attendre pour demander à être soulagé. Toutefois, nous pouvons constater que certains n'osent pas appeler de peur de déranger. Ce sont, dans cet échantillon, des patients douloureux chroniques. L'échelle d'évaluation est un outil supplémentaire qui reste méconnu. Ce constat donne lieu à une démonstration systématique de l'EVA et une explication de l'ENS par Mademoiselle CAUHEPE.

Quand réagir face à la douleur		
	Oui	Non
Douleur débutante	6	4
Douleur trop forte	4	6

Une majorité de patients a bien saisi la nécessité d'une prise en charge précoce de la douleur.

Ce sont les mêmes personnes qui pensent attendre la venue du personnel, ou que la douleur soit trop forte, pour réagir face à la douleur.



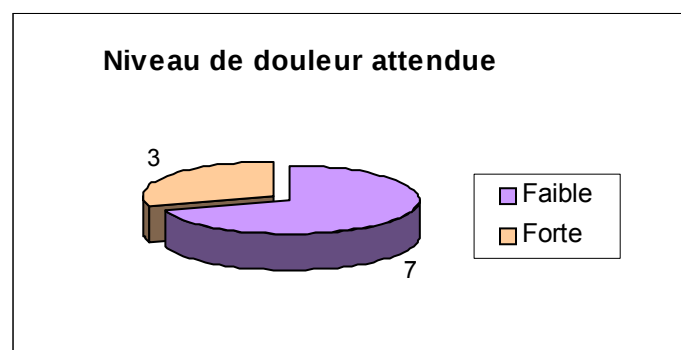
En croisant ces résultats avec les caractéristiques de la population, on peut émettre deux hypothèses concernant l'appel tardif face à la douleur. D'une part il s'agit de personnes accoutumées à la douleur, il s'agit de patients tous âgés de plus de 60 ans et cette génération n'est pas culturellement habituée à se plaindre.

En dernier lieu, il est intéressant de voir à **quel type de douleur les patients pensent devoir faire face en post-opératoire.**

Niveau de douleur attendue	
Faible	7
Forte	3

Nous voyons bien ici que, alors que la chirurgie de l'épaule est considérée comme particulièrement algogène, cette réalité est perçue différemment par nos patients.

Une des explications que l'on peut avancer est que, comme nous l'avons vu, neuf d'entre eux ont un vécu douloureux chronique, et la douleur est quasi-intégrée dans leur schéma corporel.



Notre rôle auprès de ces personnes est d'autant plus important que leur accoutumance à la douleur risque de limiter leur appel à être soulagé et générer une hyperalgésie difficile à corriger.

2. Entretiens post-opératoires.

Dans un second temps, j'ai tenté de faire une analyse croisée des données recueillies lors des entretiens post-opératoires et celles du dossier de soin.

Avez-vous souffert ces dernières 48 heures ?

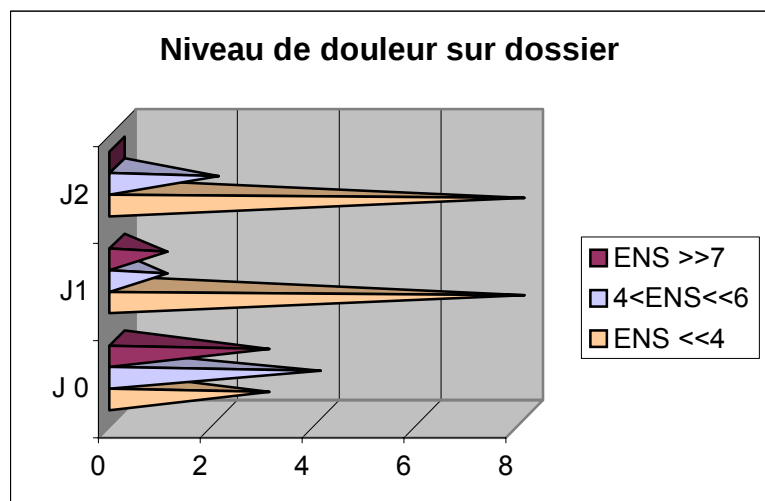
Considérons que J 0 couvre la période depuis le retour de bloc jusqu'à J 1 à 7 heures du matin.

Evaluation de la douleur			
	ENS ≤ 4	4 < ENS ≤ 6	ENS ≥ 7
J 0	3	4	3
J1	8	1	1
J2	8	2	0

Une patiente dont l'ENS > 7 à J 0 a présenté des douleurs lombaires. Cette douleur était vraisemblablement d'origine posturale sur un terrain arthrosique.

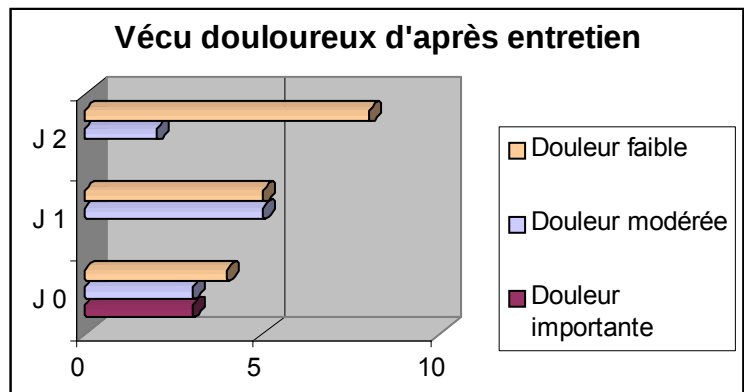
Cette patiente avait compris qu'elle ne pourrait pas être soulagée par la pompe et a rapidement appelé et bénéficié d'une titration morphine.

Ici, un constat logique émerge : les niveaux de douleur régressent de J 0 à J 2. Les données relevées dans le dossier médical nous informent que chaque patient présentant un niveau de douleur élevé a bénéficié d'une titration morphine.



Vécu douleur d'après entretien			
	J 0	J 1	J 2
Douleur importante	3		
Douleur modérée	3	5	2
Douleur faible	4	5	8

Remarque : un patient dont l'ENS > 7 qualifie la douleur d'importante mais supportable.



En croisant ces données, on constate une corrélation entre les ENS et le ressenti de la douleur à J 0.

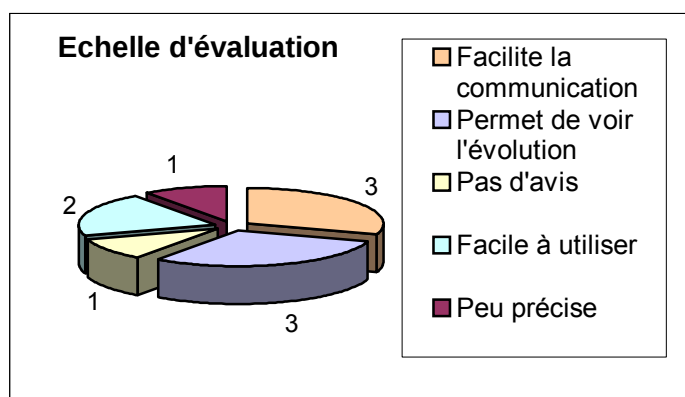
Trois patients ont déclaré que la douleur post-opératoire était inférieure à la douleur qu'ils connaissaient avant la chirurgie.

Un patient a dit par ailleurs que son niveau de douleur était très lié au niveau de stress qu'il y associe : « si j'ai mal à 6 alors que je suis en compagnie, la douleur est plus supportable que si je suis seul, de même elle est plus supportable en journée qu'à l'approche de la nuit. » Il exprime ici une notion connue : le stress est un facteur de majoration d'une douleur.

Deux patient ont déclaré avoir été surpris car la douleur « se réveille de façon brutale, par pics brutaux .»

Que pensez-vous de l'échelle d'évaluation ?

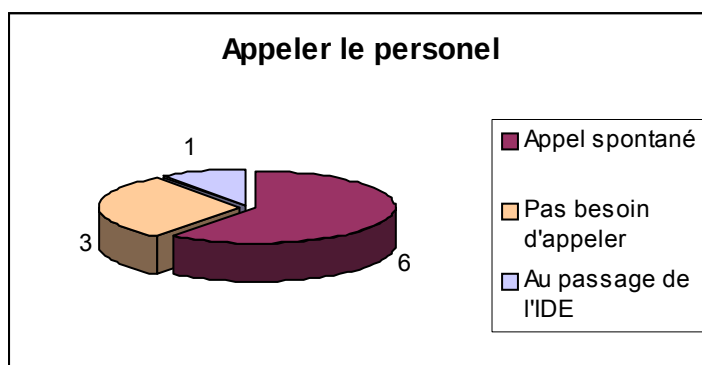
Echelle d'évaluation	
Facilite la communication	3
Permet de voir l'évolution	3
Pas d'avis	1
Facile à utiliser	2
Peu précise	1



Alors que comme l'a révélé la phase pré-opératoire l'outil d'évaluation était méconnu de nos patients, la majorité d'entre eux est globalement satisfaite de l'évaluation. Certains ont dit se sentir rassurés car elle permet de mieux communiquer sur son niveau de douleur : « ça réduit la part d'incertitude et d'interprétation ».

Avez-vous sollicité le personnel ?

Appeler le personnel	
Appel spontané	6
Pas besoin d'appeler	3
Au passage de l'IDE	1



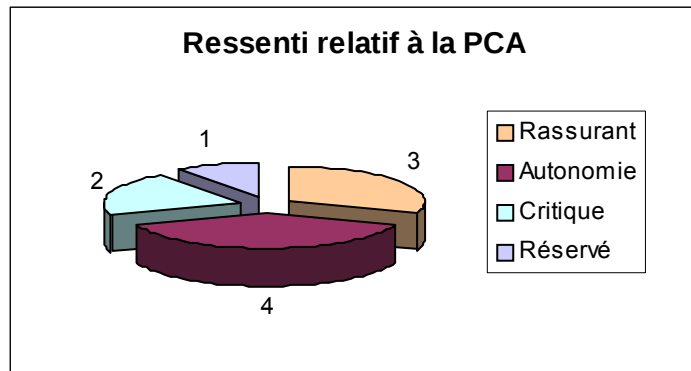
Globalement la sollicitation des infirmières a eu lieu à J 0. Trois personnes ont dit être suffisamment soulagées par la pompe et les traitements programmés et n'ont donc pas eu à solliciter le personnel. Ces patients ont par ailleurs déclaré que s'ils avaient dû appeler, ils l'auraient fait de façon précoce.

Au total, en post-opératoire, 9 patients ont intégré la notion d'appel précoce contre 6 patients en pré-opératoire. Il s'agit d'un constat positif : la notion d'anticipation semble avoir été comprise.

Le patient ayant attendu le passage de l'infirmière dit avoir beaucoup appuyé sur la pompe sans résultat suffisant. On note en effet sur le dossier que seul un bolus sur trois a été délivré. Remarque : il s'agit du patient ayant été distrait lors de la consultation d'anesthésie.

Vous avez bénéficié d'un traitement auto-contrôlé, que pouvez-vous en dire ?

Ressenti relatif à la PCA	
Rassurant	3
Autonomie	4
Critique	2
Réservé	1



Pour la personne émettant un avis réservé, il s'avère que le cathéter devait être mal positionné. Je cite : « J'ai eu l'oreille endormie et une faible partie de l'épaule donc ce n'était pas efficace ».

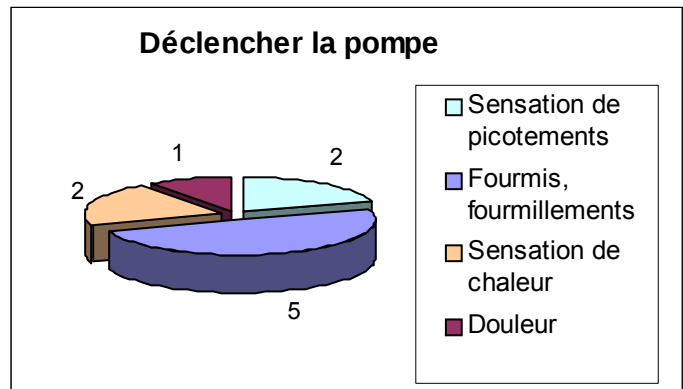
Parmi les deux patients émettant un avis critique, le premier par rapport au réglage des périodes réfractaires. « Sachant que le bolus n'est donné que toutes les 30 minutes, il est inutile d'appuyer plus souvent. » Une telle utilisation fausserait l'interprétation du ratio demandé/reçu, qui est un outil d'évaluation de l'efficacité du traitement.

Le deuxième patient émettant un avis critique, que l'analgésie par le cathéter devait être suffisante. Il est donc insatisfait du système, « c'est tout de même moins efficace que les injections. », « la morphine est plus efficace par voie veineuse que par ce cathéter. »

Par ailleurs, au cours de ces entretiens, deux autres patients pensent que l'infusion du cathéter est de la morphine.

Quand avez-vous déclenché la pompe ?

Déclencher la pompe	
Sensation de picotements	2
Fourmis, fourmillements	5
Sensation de chaleur	2
Douleur	1



On retrouve ici la sémantique attribuée à l'expression de la douleur neurogène. La majorité des patients a su identifier les signes de retour de la sensibilité.

A l'exception du patient distrait lors de la visite, on constate que tous ont déclenché le bolus dès le retour de la sensibilité alors qu'en période pré-opératoire seuls deux patients connaissaient cette notion.

Avez-vous le sentiment que les informations qui vous ont été données, vous ont aidé ?

Ressenti relatif aux informations		
	Oui	Non
Modification du comportement	9	1
Rassurantes	8	2
Complément de connaissances	9	1

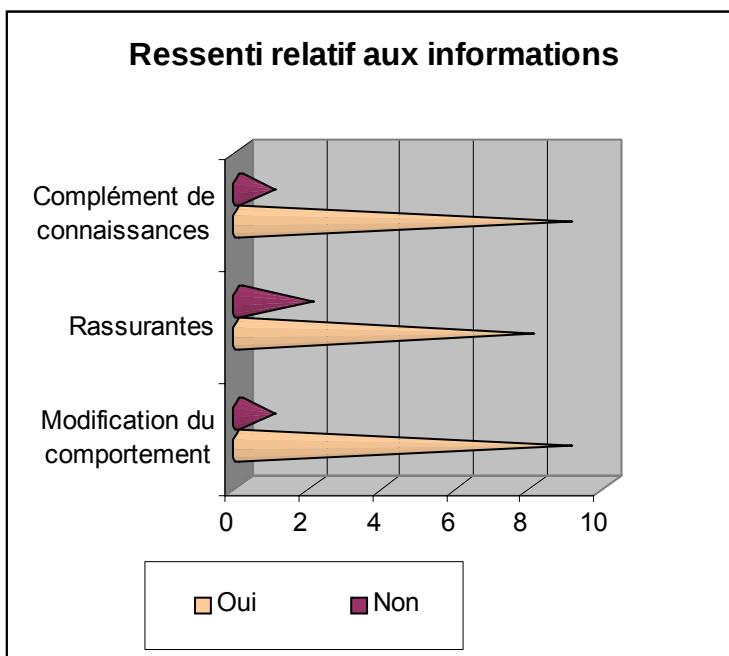
Le schéma suivant illustre combien l'information des patients est importante.

La majorité pensent que les informations sont nécessaires, « en particulier par rapport à la pompe. » En effet, bien que la plupart d'entre eux ait une expérience douloureuse, la pompe reste un outil inconnu, et ils affirment que cette information apporte un complément de connaissances.

Parmi les deux patients n'attribuant pas l'adjectif « rassurant » à l'information, la première personne a déclaré avoir reçu « trop de renseignements à la fois, sans

pouvoir faire un tri de ce qui est important ou moins. Ca rend plus inquiet. On veut bien savoir ce qu'il va arriver mais « le mieux est l'ennemi du bien. »

Le deuxième patient est celui qui était préoccupé lors de la visite pré-anesthésique. Ses besoins en matière de renseignement ne relevaient pas de la douleur, mais de l'intubation. Son inquiétude était telle qu'il n'était pas apte à entendre un quelconque discours.



Que penseriez vous de la mise à disposition d'une plaquette informative ?

Tous les patients ont déclaré qu'un tel outil serait intéressant mais insuffisant. Selon eux, il doit rester « un support » à la communication avec l'anesthésiste.

Pour trois patients, elle pourrait être lue avant la consultation d'anesthésie, et permettrait de mieux comprendre et de poser des questions dès la consultation.

Pour les autres, elle serait intéressante après la consultation d'anesthésie pour réfléchir à tête reposée.

Pour un patient, cela permettrait que tout le monde bénéficie de la même information indépendamment de la personne qui fait la consultation.

Enfin, tous déclarent que les explications orales restent toutefois indispensables.

E. Synthèse.

L'observation lors de la visite pré-anesthésique a mis en exergue quelques incompréhensions relatives à la prise en charge et les modalités de l'analgésie post-opératoire.

Les réajustements effectués à partir de ces constats ont été bénéfiques. En effet, tous les patients sauf un, ont su identifier le retour à la sensibilité et réagir en déclenchant la pompe.

Cette enquête montre aussi qu'une personne ne peut être informée et réceptive à un discours que si celui-ci correspond à ses préoccupations.

F. Limites de ce travail.

Tout d'abord, les contraintes de temps et de lieu relatives à la formation constituent les premières limites de ce travail avec pour corollaire un faible échantillon de personnes ayant participé à l'enquête. Un travail en double aveugle, avec un groupe de patients éduqués et un groupe non éduqué aurait apporté une plus grande validité des résultats.

Ensuite, le recueil de données sous forme d'entretien est une seconde limite. En effet, la trame de l'interview n'est constituée que de questions ouvertes, qui n'offrent pas toujours de réponses précises et dont le dépouillement est plus difficile. Toutefois, le questionnaire aurait présenté lui aussi un écueil car il ne permet pas la reformulation.

Enfin, l'analyse croisée de l'enquête est dépourvue d'une réelle analyse statistique.

V. Questionnement professionnel.

Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, « *une bonne éducation du public et des malades sur la douleur et son traitement est une nécessité.* »²⁵

« L' exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. » (cf. Annexe2).

Le quotidien de la plupart des infirmiers anesthésistes se situe au bloc opératoire où ils participent à la mise en oeuvre des techniques d'anesthésie. Cependant, la spécialisation ne les délie pas de leurs missions initiales d'infirmier telles que l'éducation du patient et la promotion de la santé.

De plus, l' infirmier anesthésiste reçoit une formation spécifique en matière de douleur.

En ce sens, ne pourrait-on pas envisager une participation volontaire de l'infirmier anesthésiste dans l'éducation du patient à la douleur, dans la participation au suivi des patients bénéficiant de protocoles particuliers, dans la formation du personnel soignant ?

²⁵ QUENEAU Patrice. Editorial : de la molécule à la parole ou les vertus d'une formation exigeante à la prise en charge des malades douloureux. Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement. Masson, décembre 2000 , n°3

VI. Bibliographie

Articles de périodiques

QUENEAU Patrice. Editorial : de la molécule à la parole ou les vertus d'une formation exigeante à la prise en charge des malades douloureux.

Douleurs : évaluation, diagnostic, traitement. Masson, décembre 2000 , n°3.

LE BRETON David. Rencontre : douleur et soins infirmiers, **Recherche en Soins Infirmiers**, juin 1998, n° 53, p 17.

PINEAU C. Introduction à une didactique de l'éducation physique. Paris : **Revue EPS**, 1990.

PIERON M. Pédagogie des activités physiques et du sport. Paris : **Revue EPS**. 1990.

NUNZIATI G, Pour construire un dispositif d'évaluation formative. **Cahiers pédagogiques**, Janvier 1990, n°280.

Dr BUTTET Pierre. Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. **Recherche en Soins Infirmiers**, juin 2003, n° 73, p42.

LAMOUREUX Philippe. Education pour la santé et éducation du patient : rôle de l'INPES, **Les cahiers hospitaliers**, octobre 2003, n°194, p4.

Ouvrages

SCHWOB Marc. La douleur. DOMINOS. Paris : Flammarion, 1994.

LE BRETON David. Anthropologie de la douleur. Paris : Métaillé, 1994.

Cours

NOUGARET M. QUINTARD M. Rôle de l'infirmier anesthésiste dans la prise en charge de la douleur. cours 2003.

VII. Annexes

Annexe 1 : Charte du patient hospitalisé, du 6 Mai 1995.

Annexe 2 : Décret du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

J.O n° 40 du 16 février 2002 page 3040

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de l'emploi et de la solidarité

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

NOR: MESP0220026D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la
santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 90-1118 du 18 décembre 1990 modifiant le décret n° 47-1544 du 13
août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le décret n° 91-1281 du 17 décembre 1991 modifiant le décret n° 88-903 du 30
août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en
anesthésie-réanimation ;

Vu le décret n° 92-48 du 13 janvier 1992 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai
1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle
d'opération ;

Vu le décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des
infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions
paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

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

Article 2

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

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

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

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

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

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

Article 3

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

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

Article 4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Article 5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;

Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;

Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;

Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;

Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;

Prévention et soins d'escarres ;

Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

Toilette périnéale ;

Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;

Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;

Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

Aide et soutien psychologique ;

Observation et surveillance des troubles du comportement ;

Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :

a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Article 6

Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;

Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;

Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;

Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

Ablation du matériel de réparation cutanée ;

Pose de bandages de contention ;

Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;

Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;

Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;

Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;

Mesure de la pression veineuse centrale ;

Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;

Saignées ;

Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;

Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;

Recueil aseptique des urines ;

Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article 7

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

Article 8

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;

Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;

Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;

Cures de sevrage et de sommeil.

Article 9

L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

Première injection d'une série d'allergènes ;

Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;

Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article 10

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

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

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

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

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

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

Article 11

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;

2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;

3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;

4° Soins du nouveau-né en réanimation ;

5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article 12

Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article 13

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article 14

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui

l'assistant et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Education à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article 15

Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Article 16

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

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Élisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

Consulter le fac-similé de ce document	Télécharger le document en RTF	Copier ou envoyer l'adresse de ce document
--	--	--

[A propos du
site](#)

[Plan du
site](#)

[Boîte aux
lettres](#)

[Etablir un
lien](#)

[Mise à jour des
textes](#)

© 2002
Legifrance

Annexe 3 : Convocation à la consultation d'anesthésie.

*Annexe 4 : Protocoles d'analgésie et de surveillances de
Traumatologie et Orthopédie de l'Hôpital PURPAN.*

Annexe 5 : Grille d'observation.

Grille d'observation

Recueil des éléments observés en lien avec l'intégration des informations données au décours de la consultation d'anesthésie sur la douleur post-opératoire.

Éléments observés	Indicateurs	
	Oui	Non
Modalités d'analgésie		
Cathéter inter-scalénique		
Pompe PCEA		
Autres antalgiques		
Communiquer sa douleur		
Echelle d'évaluation		
Appel spontané du personnel		
Attendre venue du personnel		
Quand réagir face à la douleur		
Début de PCEA = retour de sensibilité		
Douleur débutante		
Douleur est trop forte		
Niveau de douleur attendue	Faible	Forte
Expérience douloureuse passée	Oui	Non
Douleur chronique invalidante		
Douleur aiguë traumatique		

Annexe 6 : Trame d'entretien

Cadre de l'entretien

Réalisé à J2, en entretien seule avec le patient, parmi des patients ayant bénéficié d'une chirurgie de l'épaule.

Durée maximale, 30 minutes.

En pré opératoire, en collaboration avec le Docteur CAUHEPE, nous informerons le patient sur l'enquête, le respect de l'anonymat, afin d'obtenir son consentement.

Objectif

Evaluer l'attitude du patient face à la douleur post opératoire, et l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur.

Trame de l'entretien

Vous avez été opéré voilà deux jours. Avez-vous souffert, ces dernières 48 heures ?
Comment avez-vous réagi ?

Avez-vous sollicité le personnel ? Comment avez-vous décrit votre douleur ?
Avez-vous pu utiliser les outils d'évaluation de la douleur ? Comment ? Quand ?

Vous avez bénéficié d'un traitement par pompe, qu'en pensez vous?

Avez-vous le sentiment que les informations qui vous ont été données, vous ont aidé ? Ont-elles modifié votre comportement dans votre participation ?

Que penseriez vous de la mise à disposition d'une plaquette informative ?