

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
AINS	Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien
AMPA	α -Amino-3-Hydroxy-5-Méthylisoazol-4-Propionate
CIDN	Contrôle Inhibiteur Diffus de la Nociception
CPOT	The Critical-Care Pain Observation Tool
DPO	Douleur Post-Opératoire
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
EN	Echelle Numérique
ET	Ecart-Type
ETP	Education Thérapeutique Patient
EV	Echelle Verbale
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FST	Faisceau Spino-Thalamique
FSRT	Faisceau Spino-Réticulothalamique
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IASP	International Association for the Study of Pain
IM	Intra-Musculaire
IV	Intra-Veineux
KFH	Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses
MEOPA	Mélange Equimolaire d'Oxygène-Protoxyde d'Azote
NDMA	N-Méthyle-D-Aspartate
NKA	Neurokinine A
OM	Ordre Médical
PCA	Patient Controlled Analgesia
PCEA	Patient Controlled Epidural Analgesia
PEC	Plan d'Etudes Cadre
PO	Per Os

QDSA	Questionnaire Douleur Saint-Antoine
S/C	Sous-Cutané
SNC	Système Nerveux Central
SNP	Système Nerveux Périphérique
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
VVC	Voie Veineuse Centrale
VVP	Voie Veineuse Périphérique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. [PICO(T)].....	- 46 -
Tableau 2. [Équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques].....	- 47 -
Tableau 3. [Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique]	- 51 -
Tableau 4. [Tableau synoptique]	- 57 -
Tableau 5. [Eclairage théorique par un article]	- 65 -

LISTE DES FIGURES

Figure 1. [Contrôles descendants]	- 18 -
Figure 2. [Physiologie de la douleur]	- 19 -
Figure 3. [Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles] ...	- 49 -

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Table des matières	- 7 -
Introduction.....	- 9 -
1. Problématique	- 10 -
2. Etat des connaissances.....	- 13 -
2.1. Physiopathologie de la douleur.....	- 13 -
2.1.1. Transduction du signal.....	- 14 -
2.1.2. Transmission : « de la périphérie vers la moelle ».....	- 15 -
2.1.3. Modulation du message dans la corne postérieure de la moelle épinière.....	- 15 -
2.1.4. Mécanismes synaptiques des neurones convergents	- 16 -
2.1.5. Contrôles inhibiteurs : « gate control »	- 16 -
2.1.6. Intégration et perception de la douleur	- 17 -
2.2. La douleur post-opératoire.....	- 19 -
2.2.1. Évaluation de la douleur	- 19 -
2.2.2. Traitements médicamenteux.....	- 23 -
2.2.3. Autres traitements médicamenteux et équipements.....	- 30 -
2.2.4. Traitements et moyens non-médicamenteux.....	- 32 -
2.3. Anxiété	- 36 -
2.4. Le rôle infirmier	- 37 -
2.5. La relation d'aide.....	- 40 -
3. Modèle Théorique infirmier : Hildegarde Peplau	- 40 -
3.1. Ancrage disciplinaire	- 40 -
3.2. Hiérarchie des connaissances	- 41 -
3.3. Métaconcepts.....	- 41 -
3.3.1. La personne	- 41 -
3.3.2. Le soin	- 41 -
3.3.3. La santé	- 41 -
3.3.4. L'environnement	- 42 -
3.4. Assomptions et outils selon Peplau	- 42 -

3.4.1.	Les assomptions	- 42 -
3.4.2.	Les outils	- 42 -
3.4.3.	Les rôles de l'infirmier(ère)	- 42 -
3.4.4.	Analyse de la théorie	- 43 -
3.5.	Question de recherche finale	- 44 -
4.	Méthode.....	- 45 -
4.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	- 45 -
4.2.	Diagramme de flux	- 49 -
5.	Résultats.....	- 49 -
5.1.	Tableau comparatif	- 51 -
5.2.	Analyse critique des articles retenus	- 57 -
5.2.1.	La DPO en chiffre	- 58 -
5.2.2.	Les interventions infirmières et le rôle infirmier.....	- 58 -
5.2.3.	La relation soignant-soigné.....	- 60 -
6.	Discussion	- 64 -
6.1.	Incidence de la DPO	- 66 -
6.2.	Le rôle infirmier dans la prise en soin de la DPO.....	- 66 -
6.3.	L'importance de la communication dans la relation soignant-soigné.....	- 69 -
7.	Conclusion.....	- 70 -
7.1.	Apports et limites du travail.....	- 71 -
7.2.	Recommandations	- 72 -
7.2.1	Pour la pratique	- 72 -
7.2.2	Pour la recherche	- 72 -
8.	Références	- 73 -
9.	Liste Bibliographique	- 82 -
10.	Annexes.....	- 83 -
10.1.	Différents types de douleurs	- 83 -
10.2.	Paliers de l'OMS	- 84 -
10.3.	Palier 3.....	- 85 -
10.4.	ISBAR	- 86 -
10.5.	Fiche de lecture n°1	- 87 -
10.6.	Fiche de lecture n°2.....	- 93 -
10.7.	Fiche de lecture n°3.....	- 98 -
10.8.	Fiche de lecture n°4.....	- 102 -
10.9.	Fiche de lecture n°5.....	- 109 -
10.10.	Fiche de lecture n°6.....	- 113 -
10.11.	Fiche de lecture n°7	- 123 -

INTRODUCTION

« A combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ? » Voilà une question posée plusieurs fois par jour aux patients séjournant à l'hôpital. En effet, la douleur est devenue une priorité pour tout le personnel soignant, en particulier les infirmières (Avet et al., 2006, p.11). Ce sont les professionnelles de santé qui passent le plus de temps auprès de patients algiques : elles sont donc les plus sensibilisées à cette problématique (Richards & Hubbert, 2007, traduction libre, p.17).

En Suisse, en 1993, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), un réseau douleur a été mis en place avec pour mission :

- « Améliorer la triade « évaluation – traitement - suivi » de la douleur dans les HUG
- Promouvoir auprès des patients et de leurs proches l'information relative à la prise en charge de la douleur
- Favoriser la formation continue du personnel dans le domaine de la douleur
- Promouvoir la qualité de la prise en charge de la douleur comme un critère de qualité des soins » (HUG, 2016)

Ces notions essentielles, accompagnées d'une revue des écrits, donnent un point de départ à ce travail.

Dans le cadre de cette revue de la littérature, la prise en soin de la douleur post-opératoire (DPO) constitue le sujet principal et amène à un questionnement.

Le fil conducteur de notre travail débutera par un développement de la problématique en lien avec la douleur pour mener vers la DPO et ses enjeux. Puis, un état des connaissances actuelles concernant la physiopathologie de la douleur, mais aussi ses différentes évaluations ainsi que ses traitements seront énoncés. Aussi, la relation d'aide y sera développée afin d'enrichir le rôle infirmier et démontrer si elle a une importance dans la gestion de la douleur post-opératoire. Ensuite, afin d'orienter la revue de la littérature, un ancrage disciplinaire enrichira le travail. De plus, une partie méthode décrira le processus de sélection des articles scientifiques et de l'analyse de leurs résultats afin de mener le travail vers une discussion et de le conclure sur une possible ouverture vers une recherche complémentaire.

1. PROBLÉMATIQUE

Selon la définition officielle de International Association for the Study of Pain (IASP) datant de 1979, « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » (IASP, 2012, traduction libre). La douleur relève donc d'« une expérience sensorielle et émotionnelle » (IASP) ce qui renvoie à des sensations physiques et à des émotions (la peur, la tristesse, l'inquiétude...) (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.24).

En d'autres termes, elle se caractérise par une sensation déplaisante et inconfortable qui agit comme un signal d'alarme dû à une atteinte tissulaire liés à un traumatisme, une tension ou une maladie par exemple (Peate, Wild & Nair, 2014, traduction libre, p.491). Ces définitions rendent compte de la subjectivité de la douleur, de sa complexité et de ces aspects multidimensionnels.

78% des arrivées aux urgences ont pour motif de consultation la douleur (Société Canadienne de la Douleur, 2013). En France, sur 1352 patients se présentant aux urgences, 76% viennent consulter pour cause de douleur (Boccard, Adnet, Gueugniaud, Filipovics & Ricard-Hibbon, 2011, p.1), De plus, 92% des Français ont déjà ressentis des douleurs de courtes durées (Sanofi, 2014, p.1).

En Suisse, malgré les recherches, aucune donnée épidémiologique concernant la douleur n'a été publiée à ce jour et seul le nombre d'interventions chirurgicales annuelles a été recensé.

Dans le cadre de la recherche, il semble important d'énoncer les différents types de douleurs, chacune ayant ses propres caractéristiques (cf. annexe 10.1 p. 83).

- *La douleur nociceptive*

Elle correspond à « une stimulation des fibres nociceptives » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.45) au niveau de la périphérie qui induit une conduction du message nociceptif. Ce type de douleur est déclenchée lors de traumatisme, d'inflammation, d'infection et en cas de douleur post-opératoire (développée dans un second temps) (HUG, 2015, p.7).

- *La douleur aiguë*

Elle est associée à une manifestation sévère et soudaine d'une douleur intense et limitée dans le temps (Peate et al., traduction libre, p.496). C'est « un signal d'alarme d'une atteinte organique ou physiopathologique sous-jacente » (HUG, 2013). Celle-ci à un « rôle physiologique [et] disparaît après suppression de la cause » (HUG, 2015, p.7). Elle répond au traitement antalgique dans la plupart des cas (HUG, 2015, p.7).

- *La douleur chronique*

La douleur chronique est un phénomène complexe, persistant et récurrent. C'est une douleur qui dure plus de trois mois et au-delà « de la réparation des lésions tissulaires » (HUG, 2015, p. 7). Elle peut être associée « à un processus pathologique intermittent ou chronique » (HAS, 2008, p.20) quant à sa réponse au traitement médical, elle est inappropriée. Aussi, une altération du statut fonctionnel peut être objectivée. Celle-ci peut être d'origine multifactorielle et a des « répercussions physiques, psychologiques, sociales, professionnelles [et] familiales » (HUG, 2015, p. 7). Les conditions sont alors réunies pour parler de syndrome de douleur chronique. (HAS, 2008, p.20). Elle est devenue un problème de santé publique (Beloeil & Nègre, 2015, p. 7).

- *La douleur neuropathique*

La douleur neuropathique est due à une lésion ou une maladie au niveau du système nerveux périphérique ou central (HUG, 2015, p.7). Selon Payen (2002), ces douleurs se classent de différentes manières selon leurs mécanismes d'action. Soit par excès de nociception [...], par [une] lésion périphérique ou centrale du système nociceptif [...], par stimulation locale du système sympathique [...], par désordre émotionnel sévère modifiant l'intégration du message douloureux conscient [...], [par un] mécanisme mal connu [...]. Par exemple, les fibromyalgies [...] [ou] par un mécanisme mixte (par exemple, inflammatoire et neuropathique) (p.11).

- *La douleur psychogène*

La douleur psychogène n'a « aucune cause somatique. Quelquefois le somatique et le psychologique peuvent être intriqués mais la majorité du temps les douleurs proviennent d'un retentissement psychologique (conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel, hypocondrie...) » (Infirmiers.com, 2014). L'évaluation de ce type de douleur est plus difficile car la description faite par le patient est variable et imprécise (Infirmiers.com, 2014).

Afin de limiter la recherche, ce travail ciblera la douleur post-opératoire. Celle-ci survient de manière intense suite à l'intervention subie et décroît progressivement lors des 2 à 4 jours suivants (Avet et al., 2006). La douleur dépendra du type d'intervention chirurgicales, des anesthésiants utilisés mais aussi des patients et des lésions sous-jacentes (Avet et al., 2006). C'est une douleur dite aiguë et/ou nociceptive (HUG, 2015, p.7).

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève, 26'318 interventions chirurgicales sur une population adulte ont été pratiquées contre 1'241 interventions en pédiatrie, en 2014 (HUG en bref, 2014, p.4). C'est pourquoi, pour ce travail, il semble pertinent de se concentrer sur une population adulte âgée de 18 à 65 ans.

Aux Etats-Unis, 73 millions de chirurgies sont pratiquées annuellement, Apfelbaum, Chen, Mehta et Gan (2003) démontrent lors d'une étude qu'environ 86% des patients hospitalisés (adultes de 18 ans à plus de 55 ans) ont vécu des douleurs aiguës suite à une intervention chirurgicale. Cette étude datant de 2003 est une étude référence car elle est reprise dans divers écrits. Une autre étude de 2014, s'appuyant sur l'étude réalisée en 2003, montre une légère évolution. Sur l'ensemble des patients hospitalisés, 92% ont vécu une douleur post-opératoire (Gan, Habib, Miller, White & Apfelbaum, 2014, traduction libre, p.152). Les chiffres de l'étude de 2003 et 2014 attestent de l'importance de la prise en soins des patients ayant subi ou subissant une intervention chirurgicale.

Historiquement, c'est en 1992 que le premier « guideline » sur la prise en soin de la douleur aiguë a été énoncé par The Agency for Health Care Policy and Research. Il avait pour but de promouvoir les traitements efficaces contre la douleur aiguë mais aussi l'éducation des patients à propos de l'importance de communiquer une douleur non-soulagée (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003, traduction libre, p.535).

En 1995, l'American Society of Anesthesiologists publie les premières recommandations sur la prise en soins de la douleur aiguë en peri-opératoire. Elles énoncent des procédures standardisées, l'utilisation des pompes PCA (Patient-controlled analgesia), des épidurales et de l'analgésie multimodale. Ils recommandent aussi d'avoir un historique de la douleur allant du pré-opératoire au post-opératoire afin d'adapter le plan de soin et les traitements qui en découlent (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535).

Ce n'est qu'en 2002 que la douleur est reconnue comme cinquième signe vital par les Veterans Health Administration. Elle est publiée dans les guidelines sur la prise en soin de la douleur post-opératoire de la même année (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

Les dernières recommandations sur la prise en charge de la douleur post-opératoire datent de 2016 (Chou et al., 2016).

Une gestion inadaptée de la douleur post-opératoire aura dans un premier temps des conséquences sur le plan physiopathologique, ceux-ci auront des effets délétères sur le bien-être, la qualité de vie de l'individu et également sur la qualité des soins.

La douleur aiguë (ou post-opératoire) peut provoquer des symptômes associés à la respiration (tachypnée), au système cardiovasculaire (dissociation pouls-tension : tachycardie, hypotension), problèmes gastriques (nausées-vomissements) et mobilité réduite (risque thromboembolique) (Peate, Wild & Nair, 2014, traduction libre, p.506).

De plus, sous-traiter la douleur engendre des conséquences négatives sur le système de santé avec une augmentation de la durée de séjour, des rechutes ou une insatisfaction des patients. Ceci pourrait donc entraîner une augmentation des coûts de la santé (Hutchison, 2007, traduction libre, p. S4). Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2002 montre que le coût moyen de la réadmission d'un patient dû à la douleur s'élève à 1'869 dollars (Sinatra, 2010, traduction libre, p. 1863).

D'autres auteurs confirment qu'une prise en charge de la douleur aiguë non-optimale conduira à « prolonger inutilement la durée du séjour du patient en milieu hospitalier » voir même induire une douleur chronique (Bergeron, Leduc, Marchand & Bougault, 2011, p.81).

Pour ce qui est du bien-être et de la qualité de vie du patient, une douleur aiguë post-opératoire non soulagée peut laisser des séquelles psychologiques importantes telles que le stress, l'anxiété, l'état psychologique et la dépression (Carr, Thomas & Wilson-Barnet, 2005, traduction libre, p. 526).

Le rôle infirmier prend alors toute son importance pour prise en soin optimale de la DPO en s'appuyant la relation d'aide afin de limiter ses conséquences.

La non relation soignant-soigné aurait-elle un impact dans la prise en soin de la DPO ? Comment tendre vers une prise en soin optimale de la douleur en post-opératoire ?

Pour répondre à ces questions nous allons dans un premier temps développer la physiopathologie de la douleur puis les différentes échelles à disposition ainsi que les différents traitements médicamenteux, non-médicamenteux et l'anxiété pour aboutir au rôle infirmier dans la prise en soin de la douleur post-opératoire. Dans un second temps, viendra l'ancrage disciplinaire choisi pour le travail ainsi que l'analyse des différents articles à disposition permettant de répondre à notre questionnement.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Physiopathologie de la douleur

La physiopathologie de la douleur implique des concepts physiologiques et psychologiques, en résulte un phénomène complexe dont tous les aspects ne sont pas encore entièrement compris. (Peate et al., 2014, traduction libre, p.491).

Tout d'abord, la douleur est une réponse à un stimulus douloureux. C'est une alerte provenant du corps l'informant de protéger son intégrité (Peate et al., 2014, traduction libre, p.491). « L'information provenant du stimulus douloureux suit un trajet qui part de la périphérie vers le système nerveux central (moelle et structures supramédullaires) » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.30).

La transmission de la douleur se fait selon quatre étapes :

- « Traduction d'une douleur en signal électrique = transduction
- Transmission le long des fibres nerveuses
- Arrivée dans la corne postérieure et modulation du message nociceptif
- Perception par le système nerveux central » (HUG, 2012, p.1)

2.1.1. Transduction du signal

L'information de la stimulation douloureuse est transmise sous forme de potentiels d'action également appelés influx nerveux, qui correspondent à une « inversion transitoire importante de la polarité qui se propage le long de la membrane d'une fibre musculaire ou d'une neurofibre » (Marieb & Hoehn, 2005, p. G-23).

Le système nerveux périphérique est le premier à détecter ce signal (Peate et al., 2014, traduction libre, p.491) au travers de récepteurs de la douleur nommés nocicepteurs qui se trouvent essentiellement dans la peau « (200 terminaisons/cm², soit un véritable « bouclier ») » mais aussi dans les muscles, les articulations, les viscères (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.30). Il existe deux types de nocicepteurs :

- Les mécano-nocicepteurs (récepteurs profonds), activés uniquement « par des stimuli douloureux mécaniques » et présents au niveau des viscères, des organes ainsi qu'au niveau des muscles (distension, ischémie, contraction). Ils sont liés aux fibres nerveuses A δ (Payen, 2002, p.2)
- Les nocicepteurs polymodaux déclenchés par des stimulations mécaniques, chimiques ou thermiques (température supérieure à 42°C, hyperalgésie) et dans le prolongement des fibres C (Payen, 2002, p.2)

Les nocicepteurs nécessitent une stimulation pour être actif.

Comme dit précédemment, « les récepteurs de la douleur sont activés par des pressions ou des températures extrêmes, ainsi que par [...] des substances chimiques libérées par les tissus endommagés » (Marieb & Hoehn, 2005, p.563). « Certaines [de ces substances] stimulent directement les nocicepteurs (bradykinine, sérotonine, histamine, ion hydrogène, potassium...). D'autres (prostaglandine, substance P, neurokinine) sont impliquées dans la sensibilisation des récepteurs » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.31).

Le stimulus douloureux reçu par les nocicepteurs est transmis par différents types de fibres nerveuses de la périphérie au cerveau :

- « Les fibres A alpha et A bêta, entourées de myéline, à conduction rapide transmettent la sensation tactile, proprioceptive » (Mann, 2007)
- « Les fibres A delta, myélinisées et de petit diamètre, à conduction lente, transmettent des informations mécaniques et thermiques. Ces fibres sont responsables de la première sensation au cours d'un phénomène douloureux [...] à type de piquûre ». (Mann, 2007)
- « Les fibres C, de très petit diamètre, amyéliniques, à conduction très lente, transmettent la douleur à type de brûlure. D'apparition plus tardive, cette sensation est aussi plus diffuse » (Mann, 2007)

Pour la transmission du message douloureux, ce sont les fibres A δ et C qui sont impliquées (Peate et al., 2014, traduction libre, p.491)

2.1.2. Transmission : « de la périphérie vers la moelle » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.31)

Lors de la transmission du message douloureux, la moelle épinière sert de relais entre la périphérie et le cerveau. (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.31)

« Chaque segment de moelle a en charge les informations provenant d'un territoire et il est possible de « dessiner » sur la peau chacun des territoires correspondant à chaque segment de moelle. Il s'agit des dermatomes. » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.31)

Le message partant de la région lésée est conduit soit au niveau de la corne antérieure de la moelle épinière où un relais est effectué avec les motoneurones moteurs dirigeant l'arc réflexe. L'exemple le plus courant, une personne qui se brûle avec une plaque de cuisson retire immédiatement sa main (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.31).

Il peut aussi être transporté au niveau de la corne postérieure par l'intermédiaire de fibres médullaires ascendantes C et A δ qui « sont alors en contact de deux types de neurones : les neurones nociceptifs spécifiques [...] [et] les neurones nociceptifs non-spécifiques [...] » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.32).

2.1.3. Modulation du message dans la corne postérieure de la moelle épinière

Les neurones nociceptifs spécifiques, situés dans « les couches superficielles » (Payen, 2002, p.5) sont activés exclusivement par des stimuli nociceptifs tandis que les neurones nociceptifs non-spécifiques « dits neurones à convergence » (« localisés dans les couches profondes », selon Payen, en 2002) ne réceptionnent pas que « des stimulations douloureuses », ils peuvent recevoir « des informations de natures

différentes mais également de territoires différents (provenant toutefois d'un même dermatome) » (douleur projetée) (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.32).

2.1.4. Mécanismes synaptiques des neurones convergents

Au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, « les fibres A-delta et C libèrent dans l'espace synaptique des peptides (substance P, Neurokinines A, [...]) et des acides aminés excitateurs (glutamate, aspartate) » (Payen, 2002, p.6). Le glutamate et la substance P sont essentiels pour transmettre le message douloureux aux couches profondes de la moelle, « point de départ du faisceau spinothalamique » (Payen, 2002, p.6). Il existe différents types de récepteurs du glutamate (AMPA, NKA (ou KA), NMDA). « Les récepteurs AMPA et KA sont [...] impliqués dans la transmission excitatrice rapide » (Payen, 2002, p.6). Le récepteur NMDA gère « l'entrée du calcium dans la cellule » (Payen, 2002, p.6). A son entrée dans la cellule, le calcium va induire « une cascade de mécanismes intracellulaires » et ainsi permettre une dépolarisation post-synaptique (Payen, 2002, p.6). Ceci engendre une hyperactivité de la cellule et donc « une hyperexcitabilité des neurones convergents pouvant aboutir [...] à un dysfonctionnement neuronal global » (diminution des contrôles inhibiteurs et augmentation de l'intensité de la douleur dans le temps) (Payen, 2002, p.6). Il s'agit de l'hyperalgésie centrale (Payen, 2002, p.6).

2.1.5. Contrôles inhibiteurs : « gate control » (théorie de Melzack et Wall, 1965)

La théorie du gate control a été établie par Melzack et Wall en 1965. Ils démontrent de manière théorique le réflexe habituel de « frotter » la zone douloureuse « qui a pour effet de soulager partiellement la douleur » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.35). Lors d'une stimulation douloureuse, les fibres C et A δ ont pour rôle de conduire l'influx nerveux par voie afférente au système nerveux central. Les fibres A-béta ont au niveau de la substance gélatineuse des inter-neurones qui ont pour rôle d' « inhiber la transmission des influx nociceptifs vers les neurones à convergence des couches profondes de la corne dorsale » (Payen, 2002, p.6). D'une part, l'activation de la fibre A-béta « augmente l'activité des inter-neurones et ferme la porte de la douleur », d'autres part, les fibres C et A δ diminuent l'inhibition citée précédemment et permettent ainsi de transmettre l'influx vers neurones convergents (Payen, 2002, p.6). « Sur le plan neurobiochimique, les substances mises en jeu dans cette inhibition sont essentiellement représentées par les endorphines [...] [qui agissent comme] « morphines naturelles » » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.35). Il existe différents récepteurs spécifiques aux opioïdes présents au niveau du système nerveux central et en périphérie (Payen, 2002, p.7). Les endorphines

« miment l'action de la morphine et se fixent sur les récepteurs à opiacés » (Payen, 2002, p.7).

2.1.6. Intégration et perception de la douleur

- *Faisceaux ascendants*

Une fois que le message nociceptif a traversé la moelle épinière, « deux voies ascendantes sont impliquées dans la transmission à l'étage supra-spinal de la douleur » (Payen, 2002, p.8).

Les fibres A δ qui véhiculent une douleur rapide, se trouvent dans le faisceau spino-thalamique (FST) et cheminent dans le thalamus latéral pour aller vers le cortex sensitif au contact de l'aire sensorielle SI. Elles sont responsables de la localisation de la douleur, de l'intensité et du type de douleur (Payen, 2002, p.2 et 8).

Le faisceau spino-réticulothalamique (FSRT) regroupant les fibres C responsables de la douleur tardive « se projettent dans le thalamus médian puis dans les structures limbiques et le cortex frontal [au contact de l'aire S2] avec intégration émotionnelle, mémorisation et adaptation comportementale » (Payen, 2002, p.2 et 8).

Donc, l'intégration de la douleur se réalise à deux endroits différents du cerveau. Le thalamus est responsable de sensation douloureuse puis il distribue ce message au cortex qui joue un rôle dans la discrimination de cette sensation, de sa cause, de sa localisation, de son intensité et du type de douleur. Aussi, cette aire cérébrale est importante dans les émotions et les affects véhiculés par la douleur (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.34).

L'intégration de la douleur par le cerveau résulte d'une transformation en un message conscient qui aboutit à « une sensation douloureuse avec une composante sensodiscriminative (intensité, localisation, durée [...]), et une composante émotionnelle et affective désagréable » (Payen, 2002, p.1).

- « *Contrôles descendants déclenchés par des stimulations cérébrales* »
(Payen, 2002, p.9)

Les contrôles descendants partent du tronc cérébral en direction de la moelle épinière. Au niveau du bulbe, différentes zones ont une fonction analgésique.

De la région bulbaire partent des fibres qui « vont rejoindre les neurones spinaux à chaque étage et réaliser un effet inhibiteur sur les neurones convergents » (Payen, 2002, p.9). Les substances telles que la sérotonine, la noradrénaline et les opioïdes sont des

neuromédiateurs acteurs de l'inhibition du système (Payen, 2002, p.9).

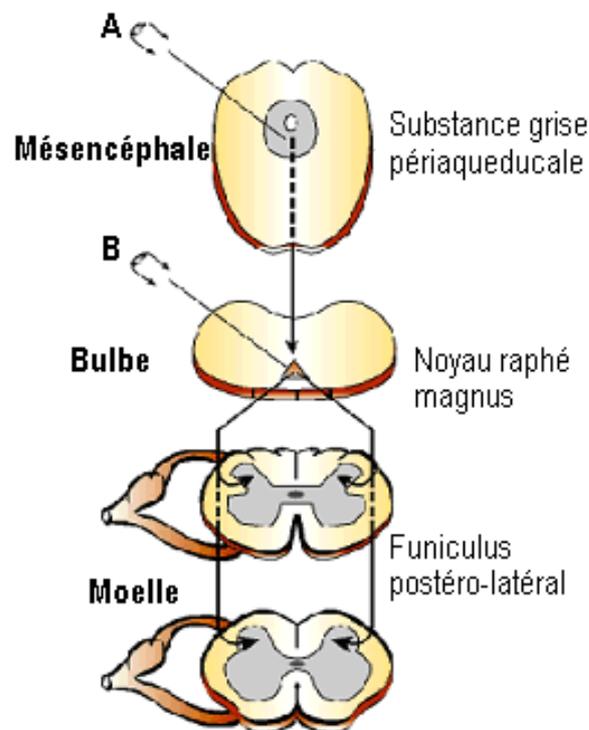


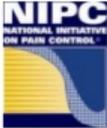
Figure 1. [Contrôles descendants]

Tiré de : Guirimand, Le Bars, 1996

- *Contrôles inhibiteurs descendants induits par des stimulations nociceptives (CIDN)*

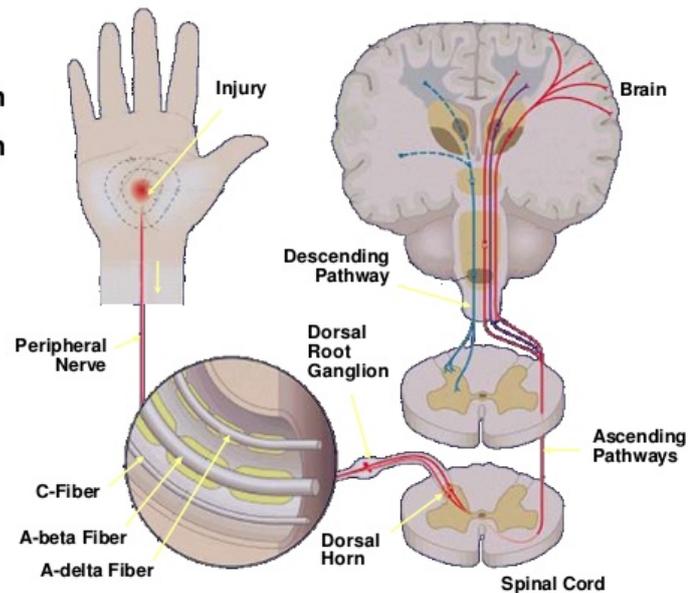
En cas de stimulation douloureuse, les fibres $A\delta$ et C sont activées. Lors de l'absence de message nociceptif, les neurones nociceptifs non spécifiques envoient un message au cerveau d'activer les fibres périphériques non nociceptives (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.37), sachant qu'une activité somesthésique est toujours présente.

Cependant, lors d'une stimulation nociceptive, les fibres $A\delta$ et C déclenchent « les CIDN qui ont pour rôle d'inhiber les neurones non concernés [neurones non-nociceptifs] par la stimulation nociceptive » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.37). Cela a pour effet d'identifier précisément la douleur par la réduction de l'activité somesthésique (Payen, 2002, p.10).



Physiology of Pain Perception

- Transduction
- Transmission
- Modulation
- Perception



10 9/1/2013

Adapted with permission from WebMD Scientific American® Medicine.

Figure 2. [Physiologie de la douleur]

Tiré de : Wijatmiko, 2013

2.2. La douleur post-opératoire

2.2.1. Évaluation de la douleur

L'utilisation des différentes échelles présentées dans cette partie s'applique à la DPO, cependant le choix d'une échelle plutôt qu'une autre dépend de la situation de soin ainsi que des protocoles utilisés dans le service.

La douleur est le cinquième signe vital à prendre lors de notre tour de lit. Comme dit précédemment, « la douleur résulte d'une combinaison de facteurs physiologiques, pathologiques, émotionnels, psychologiques, cognitifs, environnementaux et sociaux » (HUG, 2013). Dans notre prise en soin, la composante émotionnelle est à prendre en compte lors d'une plainte douloureuse. Chaque individu est différent, la perception et l'expression de la douleur sont différentes selon les patients (HUG, 2013). L'évaluation de la douleur est indispensable pour adapter les soins et les traitements qui en découlent. Au vu de la complexité de la prise en soin de la douleur, il est donc important d'être attentif afin d'éviter l'évolution vers une douleur chronique (HUG, 2013).

Echelles d'auto-évaluation

Différentes échelles d'évaluation existent pour l'évaluer, cependant ces moyens sont subjectifs. Pour se faire, chez les patients communicants, les soignants disposent d'outils d'auto-évaluation permettant de quantifier l'intensité de la douleur :

- *EVA (échelle visuelle analogique)*

L'EVA se présente sous forme d'une réglette ayant une « face non chiffrée » et une face chiffrée allant de 0 à 10 (HUG, 2016). Il est important de présenter au patient la face non chiffrée en lui expliquant que s'il déplace le curseur vers la gauche de l'échelle ceci correspond à une absence de douleur tandis que s'il place le curseur à droite cela signifie que la « douleur est la pire imaginable » (HUG, 2016). Une fois le curseur déplacé, le soignant repère « la valeur chiffrée [...] au dos de la réglette » et la retranscrit dans le dossier du patient afin d'évaluer l'intensité de la douleur dans le temps (HUG, 2016).

- *EN (échelle numérique)*

L'échelle numérique correspond à la « face chiffrée de l'EVA » (HUG, 2016). Au lit du patient, il est important de lui expliquer que 0 correspond à une absence de douleur et 10 à une douleur la pire imaginable. Une fois le curseur déplacé par le patient, le soignant retranscrit la valeur dans le dossier du patient (HUG, 2016).

- *EV (échelle verbale)*

Cette échelle est utilisée lorsque les deux précédentes sont insuffisantes. L'échelle se décompose par palier selon l'intensité de la douleur : pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur forte, douleur très forte, pire douleur imaginable (HUG, 2016). Le patient choisit le terme qui correspond à sa douleur qui correspond à une valeur allant de 0 à 10 (la cotation se réalise de 2 en 2) (HUG, 2016). Cette échelle a été traduite en différente langue afin que les patients non francophones puissent évaluer leur douleur.

- *Echelle faciale*

Cette échelle comporte six visages qui expriment une douleur croissante. Souvent utilisée en pédiatrie, elle est aussi utile chez l'adulte pour des patients communicants ou non-communicants.

Le patient doit montrer le visage qui correspond à sa douleur, sachant que le visage se situant à gauche correspond à une absence de douleur alors que celui se trouvant à droite correspond à la pire douleur ressentie. Un visage correspond une valeur chiffrée à retranscrire dans le dossier du patient afin de suivre l'évolution de l'intensité de la douleur (HUG, 2016).

- *Schéma corporel*

Cet outil d'auto-évaluation permet « de préciser la localisation de la ou des douleur(s) et des éventuelles irradiations dans des conditions standardisées » (HUG, 2016)

Le patient indique sur le schéma où se situe la douleur et peut faire des flèches afin de montrer les irradiations possibles. Cet outil permet d'avoir la topographie de la douleur (HUG, 2016).

- *Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)*

« Le QDSA (1984) est une adaptation et une traduction française du MPQ « Mac Gill pain questionnaire » élaboré par Melzack et Wall (1975) » (HUG, 2016).

Il nécessite que le patient soit collaborant et qu'il ait une bonne compréhension de la langue française car le QDSA regroupe un ensemble de mots permettant de qualifier la douleur. Il a pour but que le patient mette des mots sur la douleur qu'il ressent et ainsi orienter la prise en soin par l'équipe pluridisciplinaire (HUG, 2016).

Echelles d'hétéro-évaluation

Chez les patients non-communicants, des échelles d'hétéro-évaluation sont à disposition des soignants :

- *Questionnaire de la douleur neuropathique (DN4)*

Ce questionnaire est divisé en deux parties, la première correspond à des questions posées par le médecin au patient afin que le patient puisse décrire par sa douleur. Le patient ne peut répondre que par oui ou non. Pour la seconde partie, il est question d'un examen clinique où le soignant (infirmier-ère ou médecin) teste la sensibilité du patient aux frottements... (HUG, 2016). A chaque réponse positive, un point est attribué. Pour un total supérieur ou égal à 4/10, le test oriente le diagnostic en faveur d'une douleur neuropathique (HUG, 2016).

- *Echelle Algoplus*

Cet outil d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante. En pratique, il est nécessaire d'observer : « les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général ». Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur 5 (HUG, 2016). Si le score est supérieur ou égal à 2 alors une douleur est présente (HUG, 2016).

- *Echelle Doloplus*

Cette échelle d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante regroupe divers aspects : psychomoteur, psychosocial et somatique (HUG, 2016). « Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce

qui amène un score global compris entre 0 et 30 » (HUG, 2016). Une réponse à chaque item n'est pas nécessaire si les informations reçues sur le patient sont insuffisantes, l'évaluation peut se poursuivre dans le temps. A noter que cette évaluation se réalise en équipe pluridisciplinaire (HUG, 2016). « Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur » (HUG, 2016).

- *Echelle ECPA*

Cette échelle permet d'évaluer la douleur chez la personne âgée non communicante avant et durant les soins (HUG, 2016).

Une partie correspond à l'évaluation avant les soins et la seconde se réalise durant les soins. « Chaque item comporte 5 degrés de gravité progressive croissante qui va de 0 à 4. La cotation globale va de 0, pas de douleur, à 32, douleur extrême » (HUG, 2016). Cette échelle permet d'adapter l'antalgie en vue des soins (HUG, 2016).

- *Echelle CPOT (The Critical-Care Pain Observation Tool)*

L'échelle CPOT est « une échelle d'évaluation comportementale de la douleur [...] chez la personne adulte non communicante en soins aigus (soins intermédiaires et intensifs) présentant ou non une perturbation de l'état de conscience » (HUG, 2016). L'observation de la douleur porte sur quatre aspects : « l'expression faciale, les mouvements corporels, les vocalises OU l'interaction avec les ventilateurs (patient intubé ou trachéotomisé, la tension musculaire » (HUG, 2016).

Chacun de ces points peut se coter entre 0 et 2 amenant un score compris entre 0 et 8. Si le « score est supérieur ou égal à 3 signe la douleur, l'administration d'un antalgique est recommandée avec réévaluation au pic d'action de celui-ci » (HUG, 2016). L'ajustement thérapeutique se fait en comparant les scores (HUG, 2016).

Toutes ces échelles décrites précédemment demeurent subjectives. Au vu de la complexité de la prise en soin de la douleur, il semble important de questionner le « patient sur son expérience de la douleur » afin d'éviter tout effet secondaire, pour autant qu'il puisse communiquer (HUG, 2013). Pour cela, un moyen d'évaluation pratiqué par les infirmier-ère(s) existe : PQRSTUI. Il permet de recueillir et ainsi organiser les informations données par le patient. (Jarvis, 2009, p. 194-196).

- P : Provoque ou pallie (soulage) la douleur
- Q : Qualité de la douleur (description : brûlure), la quantité (EVA...)
- R : Région associée, les irradiations possibles
- S : Symptômes et signes associés (posture...)
- T : Temporalité (début d'apparition des symptômes, évolution dans le temps)

- U : Signification de ce symptôme pour le patient
- I : cette douleur est-elle invalidante ? Limitation des activités de la vie quotidienne (AVQ) ? (Jarvis, 2009, p. 194-196).

Cet outil fait partie intégrante de l'examen clinique qui inclut l'anamnèse du patient (antécédents, traitements, allergie(s)...). Il permet d'approfondir l'évaluation de la douleur et ainsi de prendre en compte aussi bien les dimensions physiques que psychologiques.

Il semble important de mentionner que ce moyen d'évaluation est un outil précieux. L'examen clinique, faisant partie du rôle d'expert infirmier (développé dans la suite du travail), a été introduit dans notre formation en 2014 et cela afin d'enrichir la pratique infirmière. Dans la prise en soin de la douleur post-opératoire, celui-ci nous permet d'affiner, de préciser, de définir et mettre des mots sur la douleur que ressent le patient. L'évaluation est ainsi plus précise et permet de mettre en place des moyens plus adéquats afin de tendre vers une gestion optimale de la douleur.

La prise en charge de la douleur post-opératoire reprend les mêmes modalités d'évaluation énoncées précédemment. Cependant, l'évaluation de la douleur post-opératoire se complète, selon Avet et al., (2006), par une « ... consultation d'anesthésie, [avec des] informations concernant la douleur post-opératoire [et ce] dès la sortie du bloc opératoire, dès que le patient est réveillé. Toutes les 4 heures systématiquement et 1 heure après chaque changement de thérapeutique ou de seringue [mais aussi] au repos et lors des mobilisations, lors des soins... ».

Aussi, en post-opératoire d'autres traitements comme les anesthésiques locaux (péridurale, rachianesthésie, blocs, infiltration, PCA) peuvent être utilisés. De plus, pas tous les traitements non médicamenteux s'appliquent en post-opératoire.

2.2.2. Traitements médicamenteux

L'OMS divise l'utilisation des médicaments antalgiques en trois paliers (cf. annexe 10.2 p.84).

Ces différents paliers peuvent être associés afin d'obtenir un effet synergique permettant une couverture plus large de la douleur (Réseau Douleur Franche Comté, 2010) mais aussi d'utiliser moins rapidement des antalgiques puissants qui comportent des risques plus importants.

Ces paliers s'appliquent pour traiter la douleur de manière générale, concernant la douleur post-opératoire, seul les traitements utilisés dans ces trois paliers différents et



certains sont plus utilisés que d'autres. Aussi, les médicaments existent sous différentes formes, une forme plutôt qu'une autre sera privilégiée selon l'état du patient, la volonté d'avoir une action plus rapide du médicament, ou encore sur sa durée d'action.

De plus, les traitements antalgiques donnés en systématique peuvent être associés à d'autres antalgiques de réserve.

Palier n°1 :

Le premier palier consiste à utiliser des médicaments non-opioïdes tels que le paracétamol ou les AINS (anti-inflammatoire non-stéroïdien). Ils sont utilisés pour traiter les douleurs de légères à modérées (Réseau Douleur Franche Comté, 2013).

- Le paracétamol

« Le paracétamol [D est un des antalgiques les plus utilisés » (O'Hayon Naïm & Escher, 2010, p.1339). Il va agir au niveau central ainsi qu'au niveau périphérique et va avoir deux effets : analgésiques et antipyrétiques. En forme de comprimé (Dafalgan®) avant de constater un effet du médicament il faut patienter de 40 à 60 min. À noter aussi que « l'effet antalgique de Dafalgan comprimé effervescent se fait plus rapidement que l'effet des comprimés [...] le délai moyen [...] est de 20 min au lieu de 45 min » (Compendium, 2016). Sous forme intraveineuse (IV) (Perfalgan®) en revanche, le délai d'action est plus court, entre 30 à 45 minutes. Quant à la dose journalière à ne pas dépasser sera de 1g quatre fois par jour et ce pour les deux formes citées (HUG, 2015, p.8) mais il faut aussi respecter un intervalle de 4 à 8h entre chaque prise (Compendium, 2016) selon le dosage administré.

Lors de l'administration de ce médicaments les effets-secondaires sont principalement un risque d'hépatotoxicité chez de patient présentant des risques lors : d'« alcoolisme, [de] jeûne, [de] malnutrition, [chez les] sujets âgés, [lorsque la] fonction hépatique [est] altérée, [lors d'une] chirurgie hépatique, [ou encore lors de prise d'] inducteurs enzymatiques (antiépileptique, rifampicine, traitement HIV) » (HUG, 2015, p.8). Mais aussi lorsqu'une dose supérieure à 8-10g par jour est administré chez un adulte (HUG, 2015, p.8).

Un deuxième effet indésirable concerne le risque de néphrotoxicité lors d'un surdosage ou chez les patients dépendant à l'alcool (HUG, 2015, p.8).

Lors d'intoxication aiguë au paracétamol, le Fluimucil® 20% dosé en fonction du poids du patient, est l'antidote administré (Compendium, 2016).

Il existe des contre-indications concernant l'utilisation du paracétamol notamment en cas d'hépatopathie, ou d'hypersensibilité au paracétamol (Compendium, 2016).

- Les AINS

L'ibuprofène, le diclofénac, le ketorolac tous ces noms de molécules font parties des AINS utilisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève comme traitements de la douleur en post-opératoire dans le premier palier de l'OMS. Ils agissent au niveau périphérique et ont des effets anti-inflammatoire, analgésique et antipyrétique (HUG, 2015, p.9).

Ces molécules plus connues sous le nom d'Irfen® (ibuprofène), de Voltaren® (diclofénac) ou encore de Toradol® (ketorolac) existent sous différentes formes : comprimé, en intramusculaire (IM), en intra-veineux (IV), sirop, en suppositoire, en crème (Compendium, 2016). L'Irfen® et le Voltaren® en comprimé ont tous les deux le même délai d'action qui est de 30 min, et leur dosage maximum par jour est respectivement de maximum 800mg 3 fois par jour pour l'Irfen® et 50 mg 3 fois par jour pour le Voltaren®. Le Toradol® quant à lui, sous forme IV, agit dans les 20 à 40 min après son administration et la dose maximale par jour à ne pas dépasser est de 30 mg 3 fois par jour (HUG, 2015, p.9).

La prise d'AINS peut créer différents effets secondaires seront cités les plus rencontrés :

- Ulcères gastriques
- Insuffisance rénale
- Rétention hydrosodée pouvant induire une hypertension et ainsi entraîner une insuffisance cardiaque aiguë ou chronique
- Diminution de l'agrégation plaquettaire et donc un risque hémorragique augmenté (HUG, 2015, p.9)

La prise d'AINS est alors contre-indiqué lors d'ulcère, de gastrite, de saignement gastro-intestinal, d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique sévère, d'insuffisance cardiaque et d'hypertension sévère, d'asthme sévère, d'allergie à un AINS, de trouble de l'hémostase mais encore au-delà de 24 semaines de grossesse ou de maladie inflammatoire un colon (HUG, 2015, p.10).

- La métamizole

Ce médicament aussi connu sous le nom de Novalgine ® est un anti-inflammatoire qui agit au niveau central mais aussi périphérique. Ce médicament a notamment des effets analgésiques, spasmolytiques et antipyrétiques (Compendium, 2016). Sous forme de comprimé ou suppositoire, le délai d'action est de 30 à 60 min alors que sous forme IV celui-ci sera de 10 à 20 min et de 15 à 30 min en IM. La dose maximale par jour est de 4gr cependant en cas d'insuffisance rénale ou hépatique cette dose doit être diminuée (HUG, 2015, p.11).

Les effets indésirables sont identiques aux autres AINS cités précédemment, de plus il peut y avoir des risques d'agranulocytose ou même d'hypotension lorsque le médicament est injecté trop rapidement par voie IV (HUG, 2015, p.11).

Les contre-indications restent ici identiques à celles des AINS. Aussi deux AINS ne peuvent être associés (HUG, 2015, p.11).

Les surveillances concernant ces types de médicaments du premier palier seront à faire avant l'administration afin de savoir si le patient peut recevoir ce type de médication, puis après la prise de l'antalgique afin de voir son efficacité. Si la douleur persiste d'autres types d'antalgiques peuvent être donnés sur ordre médical (OM) tels que des médicaments situés dans le second palier.

Palier n°2 :

Le *second palier* est utilisé pour traiter des douleurs modérées à sévères avec des médicaments opioïdes faibles tels que le tramadol (développé ci-joint), la codéïne ou autres.

- Le tramadol

Le tramadol® ou tramal® est un des médicaments utilisés pour traiter les douleurs modérées lors du post-opératoire (aux HUG).

Cet « analgésique opioïde à action centrale » (Compendium, 2016) augmente « la libération de la sérotonine et [l'] inhibition de la recapture de la noradrénaline » (HUG, 2015, p.12).

Cette médication existe sous différentes formes : en capsule, en solution injectable pour des IV, IM ou en sous-cutanées (S/C) ou encore en gouttes. Une forme IV, IM ou S/C est à privilégier lorsqu'un délai d'action plus court est souhaité car elles agissent en 30 à 45 min. Les capsules quant à elles vont faire effet à partir de 40 à 50 min.

Pour toutes les formes, un dosage maximum de 400mg (soit 100mg 4 fois par jour) et 200mg (soit 50 mg 4 fois par jour) pour les personnes âgées (HUG, 2015, p.12).

Les effets indésirables liés à la prise de ce médicament sont principalement :

- Nausées/vomissements
- Constipation
- Céphalées, vertiges, tremblements
- Sédation
- Troubles mictionnels
- Diminution du seuil épileptogène (HUG, 2015, p.12)

Quant aux contre-indications majeures de la prise de tramadol serait d'une part d'utiliser ce médicament lorsqu'une épilepsie est non contrôlée ou encore lors d'une prise récente d'antidépresseur ou de psychotropes lors des 15 jours précédents (HUG, 2015, p.12).

Cet antalgique de type opioïde possède une puissance de 1/10 à 1/6 à celle de la morphine. C'est pourquoi un risque de surdosage est présent et peut entraîner des convulsions ainsi qu'une dépression respiratoire. Cependant ce risque est moindre comparé celui à la morphine. La naloxone (Narcan®) (antidote de la morphine) peut être administrée uniquement en cas de dépression respiratoire (Compendium, 2016).

Les surveillances concernant ce type de traitement sont :

- Concordance entre le dosage prescrit et celui à administrer
- Interactions médicamenteuses
- Prise des signes vitaux (EVA, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire et saturation)
- Efficacité du traitement
- Effets secondaires possible
- Risque de surdosage

Selon l'efficacité du traitement administré, le médecin peut être envisagé le troisième palier.

Palier n°3 (cf. annexe 10.3 p. 85) :

Le troisième palier utilise des opioïdes forts de type morphine, fentanyl ou autres afin de diminuer et atténuer les douleurs intenses. En cas de douleur post-opératoire différents types d'opioïdes vont être utilisés tel que la morphine, l'hydromorphone, le buprénorphine, l'oxycodone, le fentanyl, la méthadone (HUG, 2015, p.13). Les délais d'action ainsi que les posologies journalières recommandées seront affichées dans un tableau à la fin de ce palier.

Tout d'abord, les opiacés ou morphiniques peuvent se diviser en deux catégories « en fonction de leur comportement à l'égard des récepteurs » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.112) :

- Les antagonistes purs ou morphinomimétiques
- Les agonistes antagonistes

« Les morphiniques peuvent [alors] soit inhiber, soit stimuler le système nerveux central (SNC) » (Fletcher & Chauvin, 2006, p.9).

Selon les types de morphiniques ceux-ci iront se fixer à différents endroits du corps où se trouvent les récepteurs et sous récepteurs qui lui correspond et avec lesquels ils ont

le plus d'affinités. Cela explique alors les différentes efficacités mais aussi les différents effets-secondaires de ce type de médication.

- **Les antagonistes purs ou morphinomimétiques**

Leur action dépendra de la dose qui est administrée (dose-dépendant). L'effet de l'antalgique augmentera en même temps que les doses augmentent. En cas de surdosage, la naloxone annulera les effets des morphiniques, il s'agit là de l'antidote (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.113).

- La morphine

Cet analgésique opiacé aussi connu sous les noms de : Sevredol®, MST continu®, Morphine HCL® existant sous différentes formes se fixe principalement sur des récepteurs au niveau du SNC mais aussi au niveau des tissus périphériques (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.112). En forme per os (PO) agissant de manière rapide ou plus lente, en S/C, en IM ou encore en IV. Comme pour les autres médicaments une forme sera privilégiée sur une autre en fonction de la rapidité d'action qui est désirée (HUG, 2015, p.13). Administré en milligramme sous toutes formes, le dosage de morphine dépendra du patient. En IV, une perfusion continue de ce type d'opioïde varie de 5 à 200mg/h. Sous forme PO (Sevredol®), le dosage journalier pour des patients n'ayant jamais reçu de traitement opioïde est de 10mg aux 4h. Cette dose peut être augmentée par pallier et accompagnée de réserve (Compendium, 2016).

- L'hydromorphone (Palladon®)

Ce « dérivé semi-synthétique de la morphine » (Compendium, 2016) existe sous une forme PO rapide ou lente, en S/C mais aussi en IV. L'utilisation des différentes formes dépendra encore une fois du délai d'action souhaité (HUG, 2015, p.13). Aussi, « les effets de l'hydromorphone sont 7 à 8 fois plus puissants que ceux la morphine » (Compendium, 2016).

En PO pour les patients n'ayant pas reçu d'opiacés, la posologie du Palladon® va de 1.3mg à 2.6mg aux 4h ou un comprimé retard de 4mg aux 12h (Compendium, 2016).

- L'oxycodone (Targin®, Oxynorm®)

Ce médicament, existant sous forme PO rapide et lente, possède « un mode d'action semblable à celui de la morphine ». L'Oxynorm® existe aussi sous forme injectable sous analgésie contrôlée par le patient (Compendium, 2016). Il stimule les différents récepteurs aux opioïde présent au niveau « du cerveau, de la moelle épinière [et des]

organes périphériques » (Compendium, 2016). Cependant, il se différenciera au niveau de son métabolisme ainsi que de sa pharmacocinétique (Compendium, 2016).

Le dosage maximum du Targin® en PO est de 80mg/40mg aux 12h. Concernant l'Oxynorm® PO, le dosage maximal est de 20mg toutes les 4 à 6h (Compendium, 2016).

- Le fentanyl (Durogésic®)

Cet opioïde synthétique, cent fois plus efficace que la morphine, active un des trois récepteurs aux opioïdes présents au niveau du système nerveux central et périphérique. Il est utilisé lors d'anesthésie car il « inhibe les sensations douloureuses – même très intense – et induit une analgésie chirurgicale » (Compendium, 2016). Aussi, il est utilisé en post-opératoire (Compendium, 2016).

Ce médicament existe sous forme « IV, intrathécal, péridural [et] transdermique » et est administré en microgrammes (mcg) selon le patient (HUG, 2015, p.13).

- La méthadone (Kétalgine®)

Ce médicament aussi destiné comme traitement de substitution pour les toxicomanes est avant tout un antalgique puissant (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.117). « Aux doses équivalentes, son action est d'environ 3-4 fois plus puissante et aussi plus prolongé que celle de la morphine » (Compendium, 2016). Il va lui aussi stimuler un des récepteurs à opioïde et ainsi inhibe le système qui conduit la douleur, c'est pourquoi il agit de manière centrale (Compendium, 2016).

La méthadone peut être administrée en milligramme sous forme « PO, [Sirop], S/C, IM [ou] IV » ou en suppositoire (HUG, 2015, p.13). En PO, IM ou S/C, la dose journalière maximale s'élève à 60 mg. En IV, la dose initiale administrée est de 2.5mg (Compendium, 2016).

- **Les agonistes antagonistes**

Ce type d'opiacé a la « particularité d'être soumis à un effet plafond. Cela signifie qu'au-delà d'un certain plafond de dose, l'efficacité n'augmentera pas et même diminuera, à l'inverse des effets secondaires » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.117). Ce qui en fait un médicament utilisé en cas de douleur aiguë et de douleur post-opératoire (DPO). (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.117).

Il est important de ne pas associer un agoniste-antagoniste avec un antagoniste pur car le premier pourrait annuler l'effet du second (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.117).

- La buprénorphine (Temgésic®, Transtec®)

La buprénorphine active deux récepteurs aux opioïdes au niveau du SNC. Il est utilisé « lorsque les analgésiques non-opiacés et/ou les opiacés faibles ne sont pas suffisants » (Compendium, 2016).

Les formes « sublinguales, IM, IV [et] transdermiques » (HUG, 2015, p.13) sont utilisés pour l'administration de ce médicament et le dosage est calculé en milligramme. En sublinguale, le dosage recommandé est de 0.4mg toutes les 6 à 8h. En IV, la posologie s'élève de 0.3 à 0.6mg toutes les 6 à 8h. Sous forme de patch transdermique, le dosage minimum est de 35mcg/h (Compendium, 2016).

- **Effets secondaires des opiacés**

7 effets secondaires les plus fréquents sont :

- Prurit
- Nausées et vomissements
- Rétention urinaire
- Constipation
- Dépression respiratoire pouvant mener à l'arrêt respiratoire
- Comportement altéré
- Somnolence (HUG, 2015, p. 14-15)

Les surveillances et actions infirmiers en lien avec l'administration d'opiacés résulteront des principaux effets secondaires de ce type de médication.

2.2.3. Autres traitements médicamenteux et équipements

Patient controlled analgesia (PCA)

Suivant le type de chirurgie effectuée le patient reviendra dans l'unité avec une PCA. Cette pompe permet l'« administration d'antalgiques [tel que la Morphine® ou le Fentanyl®] et / ou d'anesthésiques locaux [Ropivacain®], en continu et/ou en bolus à doses pré définies » (HUG, 2016)

Ce moyen d'administration très utilisé en cas de douleur post-opératoire (dans divers services tels que les soins intensifs et les soins aigus). Il permet au patient de s'administrer seul un ou plusieurs bolus (de médicaments) à l'aide d'un bouton qui active la pompe. Celle-ci est au préalable programmée par les anesthésistes, les infirmiers-ères spécialisés en anesthésie ou les infirmiers-ères spécialistes de la douleur, sur ordre médical. Les modes d'administration de la PCA se font par voie IV (VVP ou VVC) ou S/C, par l'intermédiaire d'une tubulure spécifique contenant une valve anti-reflux, un filtre pour retenir les bulles d'air mais aussi un Y (permettant de connecter

une perfusion d'entretien). Dans les deux cas seulement des opiacés seront administrés (HUG, 2016).

Patient controlled epidural analgesia (PCEA)

La PCEA utilise le même mode de fonctionnement que la PCA, seule la voie d'administration diffère. Utilisée pour des chirurgies, elle peut être gardée pour gérer la DPO. En effet, un cathéter est inséré par l'anesthésiste dans l'espace épidural permettant ainsi d'administrer des anesthésiques locaux et antalgiques. (HUG, 2016).

Surveillances infirmières

L'utilisation de la PCA et PCEA nécessite des surveillances infirmières régulières en lien avec les effets secondaires possibles des médicaments administrés (HUG, 2016).

La PCA et PCEA ont des surveillances communes cependant selon le moyen utilisé certaines diffèrent.

Surveillances communes :

- Une évaluation de la douleur
- Une observation cutanée (présence de prurit)
- Une surveillance hémodynamique en lien avec une surveillance lié à une dépression respiratoire dû aux opiacés
- Un contrôle du transit et de la diurèse en lien avec les traitements administrés
- Une évaluation de l'état neurocognitif (sommolence, hallucination) en lien avec les traitements administrés
- Contrôle du site d'insertion (signes inflammatoire, perméabilité de la voie et du pansement) et de la tubulure (intégrité, présence du filtre et de la valve anti-reflux)
- Contrôle de la perfusion administré (6B : bon patient, bon médicament, bonne voie d'administration, bonne modalité, bon dosage, bon moment)
- Contrôle de la pompe et de son paramétrage afin de voir s'il coïncide avec la feuille de prescription médicale (HUG, 2016)

Surveillance PCEA :

- Contrôle de l'étendue de la région anesthésiée (PCEA) avec un contrôle des blocs sensitifs (par le chaud/froid et le toucher) et des blocs moteurs (motricité des membres) (HUG, 2016)

MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène-Protoxyde d'Azote) (HUG, 2016)

Cette méthode d'antalgie administrée par voie inhalée. Son utilisation s'effectue par du personnel qualifié. Elle permet de diminuer les douleurs provoquées par des soins

(réfection de pansement ou pose de cathéter en pédiatrie) ou des examens invasifs (douleurs induites) mais aussi de provoquer une antalgie de surface (HUG, 2016). Ce gaz possède des effets anxiolytiques et euphorisants qui « entraîne une sédation et une analgésie du patient tout en préservant sa capacité de réagir avec son environnement » (Serrie, Krakowski, Delorme, Beltramo & Allaert, 2012, p.116).

Lors du soin, le patient doit être scopé au vu des effets secondaires possibles. Trois minutes d'inhalation sont nécessaires avant le début du soin. L'utilisation de ce gaz ne doit pas excéder soixante minutes et l'effet antalgique cède peu après le retrait du masque. Le patient maintient le masque sur son visage et respire normalement : « ce sont ses mouvements respiratoires qui régleront le débit de gaz nécessaire » (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.135). Durant le soin, il est important que le ou les soignant(s) maintienne(ent) le contact verbal (Chauffour-Ader & Daydé, 2016, p.135).

EMLA®

L'EMLA® est une crème contenant des anesthésiques locaux à base de lidocaïne et prilocaïne qui agissent par diffusion cutanée. Il est utilisé sous forme de patch ou de crème (maintenu sous un pansement occlusif). Ce type d'anesthésique local est plus communément utilisé lors de ponctions, d'injection ou de pose de cathéter (HUG, 2016). Son effet dépendra de la quantité et de la durée de son application. En effet, selon la région où est appliqué l'EMLA®, la durée varie. En général, le temps nécessaire doit être de 1 à 2 heures sachant que le pansement occlusif peut être conservé jusqu'à 5 heures. « L'anesthésie persiste au moins 2 heures après le retrait du pansement occlusif » (Compendium, 2016).

2.2.4. Traitements et moyens non-médicamenteux

Les moyens médicamenteux n'étant pas toujours suffisants et efficaces, il existe différents moyens non-médicamenteux qui peuvent améliorer leur efficacité.

Ces moyens présentent « le double avantage d'éviter une augmentation des doses de médicaments antalgiques en combinant les approches thérapeutiques et de réduire ainsi les effets secondaires des médicaments » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.121).

Autrement dit, ils sont complémentaires aux traitements médicamenteux.

Selon le Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2004), pour diminuer la douleur post-opératoire, des traitements non-médicamenteux tels que l'application de chaud/froid ou thermo/cryothérapie, la neurostimulation transcutanée et la relaxation sont utilisés. Il existe d'autres moyens tels que les massages et l'hypnose. Seul les éléments cités ci-dessus seront développés dans ce travail.

- L'application de chaud/froid ou thermo/cryothérapie

La thermothérapie est un moyen qui permet de soulager la douleur grâce à l'application de sources de chaleurs telles que les packs chauds, bouillottes, sèche-cheveux, coussins thermiques etc. Ces moyens sont utilisés en cas de douleurs liés à une contracture musculaire ou à des douleurs articulaires, en effet la vasodilatation locale provoquée par la chaleur peut avoir un effet sédatif local. En revanche, la thermothérapie est contre-indiquée en cas de douleurs inflammatoires et chez les personnes ayant des troubles de la sensibilité car il y a un risque de brûlures (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.123-124). La cryothérapie, quant à elle, soulage les douleurs de types inflammatoires aiguës notamment les céphalées, les poussées d'arthrose, les fractures, les entorses etc... Son application aide aussi à diminuer les œdèmes mais aussi la formation d'hématomes. Les moyens utilisés sont souvent des cold packs, des sprays réfrigérants ou encore des gants de toilettes. L'application de froid va avoir un effet vasoconstricteur et permettre la réduction de l'inflammation, une diminution de la sensibilité ainsi que de la douleur (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.124).

Pour ces deux types de méthodes il est important que les soignants aient un rôle éducatif dans l'utilisation de ces techniques afin que les patients puissent avoir l'autonomie de les utiliser quand il est nécessaire et surtout de manière sécuritaire (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.123).

- La neurostimulation transcutanée

La neurostimulation transcutanée est aussi connue sous le nom de Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). Cette technique est un petit boîtier générateur électrique portable relié à des câbles puis électrodes qui produisent du courant électrique. Cet outil, utilisé dans la prise en soin de la douleur et prescrit par un médecin consultant de la douleur, fonctionne selon deux modes différents : le mode conventionnel et le mode acupunctural (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.123-124).

Le mode conventionnel fonctionne selon la base de la « théorie du Gate Contrôle : c'est la stimulation des fibres non nociceptives (grosses fibres) qui induit l'antalgie » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.124-125). Les grosses fibres, responsable des sensations tactiles, sont stimulés par des fréquences allant de 70 à 100 Hz ce qui « inhibe l'activité des fibres transmettant les signaux venant d'une lésion » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125). Le patient peut ressentir des sensations de fourmillements lors de ces séances mais celles-ci ne doivent pas être douloureuses (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125). Aussi, ce mode est privilégié chez les patients sous morphiniques

et ce dû au « type de récepteur impliqué dans leur mode d'action » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.126).

Le mode acupunctural quant à lui a un « mécanisme explicatif [qui] repose sur le rôle des CIDN » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125). La stimulation des fibres nociceptives est de basses fréquences (entre 2 et 5 Hz) et « peut se faire à distance de la zone douloureuse car le mécanisme d'action est supra-spinal » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125). Le patient ressent des sensations de type battement lors de la séance et du fait que cela nécessite l'utilisation d'une intensité élevée, la tolérance à ce type de stimulation est moins tolérée (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125).

Les électrodes sont appliquées sur la surface cutanée soit dans la région douloureuse soit en périphérie sur des points du nerf qui innervent la zone douloureuse. L'intensité est réglée de manière pas ressentir de sensation douloureuse mais des sensations qui seraient des types battements, fourmillements ou picotements. Les séances durent au minimum 30 minutes et peuvent durer plusieurs heures cependant il est recommandé de changer d'endroit car il y a un « risque d'épuisement de l'effet » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125).

« Les effets positifs peuvent être ressentis durant la stimulation mais également après celle-ci (effet rémanent) » ils peuvent aussi se prolonger durant quelques jours (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125).

Les contre-indications liés à la TENS serait chez les patients « porteurs de stimulateur cardiaque et les patients épileptiques non équilibrés » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.126). De plus, les électrodes ne sont jamais posées « dans la région cardiaque et dans la région cervicale antérieure [ce dû aux] risques de troubles du rythme cardiaque ou de modification de la tension artérielle » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.125).

- La relaxation

Son but est de permettre, par le moyen de diverses techniques, « une détente corporelle, par relâchement des tensions musculaires et/ou ralentissement du rythme cardiaque et respiratoire, mais aussi une diminution de l'anxiété... » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.133). Le patient fait alors un travail sur soi qui l'aide à « connaître sa douleur et les mécanismes personnels en jeu sur lesquels [il] pourra agir » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.133).

La relaxation s'inscrit parmi les thérapies cognitives et comportementales. Dans ce type de thérapies, l'adhésion du patient est indispensable car c'est lui qui va reconnaître les éléments qui « aggravent sa douleur (stress, angoisse...) ou des représentations négatives qui l'accompagnent, [ceci dans le but d'] amener les patients à modifier les

représentations qu'il se fait de sa douleur et les comportements d'auto-entretien » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.133).

Certains écrits évoquent aussi d'autres méthodes utilisées pour traiter la DPO nocturne. Ces méthodes regroupent la musique, la relaxation, la sophrologie, les massages etc. Celles-ci ont pour but de diminuer l'anxiété liée à la douleur. Aussi, ces techniques étant efficaces la nuit elles peuvent être applicables la journée (Thibault & Fournival, 2012, p. XVII).

- Le massage

Le massage est défini comme « une manœuvre externe réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non... ». Il peut se présenter sous différents aspects, de l'effleurage, des frictions, du pétrissage cutané, des pressions-compressions et massage transverses profonds (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.122).

L'effet des massages est démontré par les différentes actions qu'il engendre. Tout d'abord, une action mécanique qui draine le système lymphatique et veineux. Puis une action vasculaire avec un effet vasodilatateur qui entraîne un réchauffement local. Mais aussi une action musculaire qui amène un assouplissement des muscles ainsi qu'une action sédatrice locale (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.122).

Les massages sont souvent effectués par un physiothérapeute ; il peut aussi utiliser d'autres techniques, toujours dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients algiques, telles que les drainages lymphatiques qui permettent de réduire les œdèmes et donc d'améliorer le retour sanguin. Les mobilisations qui ont pour but de « soulager la douleur présente, de prévenir l'apparition de nouvelles douleurs et d'éviter l'ankylose » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.122).

- L'hypnose

Aux HUG, cette technique non médicamenteuse est citée comme étant utilisée en post-opératoire.

L'hypnose est une modification transitoire et artificielle de l'état de conscience. Celle-ci est provoquée par des suggestions émises par une autre personne (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.134).

Cette méthode est pratiquée par du personnel formé et pas toutes les personnes réagissent de la même manière, certaines y sont plus sensibles que d'autres. « L'état de transe hypnotique obtenu pourra être profond ou au contraire très léger. [C'est pourquoi] les méthodes utilisées doivent être adaptées à chacun (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.134).

C'est au travers de suggestion que le soignant amène le patient à « pouvoir agir sur le soulagement de sa douleur. [Le soignant] utilise un vocabulaire simple et répétitif afin de permettre au patient un travail de suggestion, de profonde relaxation et d'atténuation de sa douleur » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.135). Ce travail de suggestion d'analgésie permet au patient se centrer sur la zone sensorielle douloureuse et d'être plus efficace. (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.135).

« L'hypnose peut ainsi avoir une action sur les aspects subjectifs sensoriels et émotionnels de la douleur du patient qui, pendant la séance, peut trouver de nouvelles interprétations plus positives de ses émotions et sensations » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.135).

Les suggestions post-hypnotiques sont aussi importantes car elle permet à la personne de retrouver « l'état d'analgésie obtenu pendant l'état hypnotique » (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.135).

Pour finir, les suggestions hypnotiques ne diminuerait pas la douleur mais plus les désagréments ressentis (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p.136).

2.3. Anxiété

L'anxiété est un facteur psychologique qui se définit comme un « trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité » (Larousse, s.d). Dans une étude menée aux Etats-Unis, 53% (78/146) des patients rapportent avoir un niveau d'anxiété élevé après la chirurgie (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151). Cette étude a démontré une corrélation entre la DPO et l'anxiété. En effet, les analyses ont montré que les patients exprimant une plus grande anxiété en post-opératoire ressentaient des douleurs plus intenses que ceux qui avait un niveau d'anxiété plus faible (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152-153).

Une autre étude menée au Royaume-Uni a exploré l'impact de l'anxiété et de la dépression (thème non traité) sur l'expérience de la DPO. L'étude a été réalisée à l'aide de l'échelle HADS (Hospital Anxiety & Depression Scale) accompagnée du questionnaire Brief Pain Inventory (BPI), cela en pré-opératoire et en postopératoire de manière à mesurer l'impact de l'anxiété sur la DPO. L'anxiété en pré-opératoire s'est montrée prédictive d'anxiété post-opératoire. De plus, tout comme l'étude énoncée précédemment, une corrélation entre l'anxiété post-opératoire et l'intensité de la DPO a été démontrée (Carr et al., 2005, traduction libre, p.526-527).

L'anxiété est donc une variable prédictive de DPO. Le rôle infirmier est d'agir sur l'anxiété pré-opératoire pour diminuer ainsi la DPO.

2.4. Le rôle infirmier

Comme cité précédemment les infirmiers-ères sont les plus proches de cette problématique car ce sont les professionnel-le-s de santé qui passent le plus de temps auprès de patients algiques (Richards & Hubbert, 2007, traduction libre, p.17).

Dans notre formation Bachelor, le rôle infirmier repose sur le Plan d'Etude Cadre (PEC) publié en 2012. Ce référentiel défini par la KFH (conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses) énonce un bilan de compétences sur lesquelles repose le rôle de l'infirmier. « Les infirmières et infirmiers disposent à la fin de la formation, non seulement des compétences génériques valables pour toutes les professions de la santé de niveau HES, mais également des compétences spécifiques à la profession qui décrivent les habiletés nécessaires à une pratique de qualité, pour des professionnel-le-s de niveau Bachelor. Le référentiel de compétences est décliné à partir des sept rôles développés par la KFH » (Plan d'Etude Cadre, 2012).

Dans le cadre du travail, il semble important de mettre en lien le rôle infirmier et les compétences développées par la KFH car ceci permet une prise en soin globale de la douleur post-opératoire et donc plus adaptée.

Parmi les sept rôles énoncés par la KFH, seulement les compétences qui nous paraissent les plus pertinentes dans la prise en soin de la douleur post-opératoire sont exposées.

- *Rôle d'expert-e*

Compétence A1 : « Assurer la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques, de réadaptation et palliatifs en évaluant les besoins des individus et des groupes à tous les âges de la vie et en effectuant ou déléguant les soins appropriés » (PEC, 2012, p.23).

La gestion de la douleur [aigüe] en post-opératoire va au-delà d'une simple administration de médicaments par les infirmiers-ères. Cela implique des connaissances en lien avec la physiopathologie, les différentes échelles à disposition, les soins techniques et le dossier du patient (antécédents...). En effet, les infirmiers-ères doivent garder à l'esprit qu'une douleur aigüe non traitée a le potentiel de produire un changement neuro-humoral, un remodellement neuronal, une détresse émotionnelle et psychologique durable, et peut mener à un état prolongé de douleur chronique (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008, traduction libre, p. S15).

Compétence A3 : « Soutenir et informer les patient-e-s et leur entourage et répondre à leurs besoins de formation dans le cadre du traitement et de la promotion de la santé, et

de la prévention, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques actuelles et sur les principes éthiques de la profession » (PEC, 2012, p.23).

Pour une prise en soin optimale de la douleur post-opératoire, le rôle de l'infirmier est d'être à l'écoute et de démontrer de l'empathie envers le patient et sa famille de manière à lui laisser l'espace nécessaire pour qu'il puisse exprimer ses besoins, ses ressentis (de la douleur ou autre), son expérience... A partir de cela, une évaluation plus précise de la douleur pourra être effectuée car elle prendra en compte les aspects bio-psycho-social et spirituels de la douleur. Aussi, en lien avec un retour à domicile possible, le rôle du soignant est de développer une éducation thérapeutique avec le patient de manière à ce qu'il puisse gérer seul ses signes et symptômes une fois à son domicile.

- *Rôle de communicateur*

Compétence B1 : « Etablir des relations professionnelles de confiance avec les patient-e-s et leurs proches en adaptant la communication à la situation et en favorisant une prise de décision partagée » (PEC, 2012, p.24).

Compétence B4 : « Communiquer avec les patient-e-s, les proches et les professionnel-s et partager son savoir et son expérience avec ses pairs » (PEC, 2012, p.24).

Un des rôles de l'infirmier-ère est d'expliquer au patient et aux proches la nécessité de communiquer les douleurs ressenties. La verbalisation de la douleur est importante et implique de parler d'aspects notables de l'expérience de celle-ci dans le but d'aider les professionnels de santé à la comprendre afin de répondre avec des stratégies appropriées pour la réduire (Dillon McDonald, LaPorta & Meadows-Oliver, 2005, traduction libre, p.30). Une mise en mots inadéquate de la douleur par les patients peut augmenter celle-ci (Dillon McDonald et al., 2005, traduction libre, p.29).

Aussi, il est primordial pour les soignants de faire attention à la personne lorsqu'elle met en mot [sa douleur] car elle amène des informations qui peuvent améliorer la communication (Dillon McDonald et al., 2005, traduction libre, p.30) et donc la prise en charge de la douleur. Le but à terme est d'instaurer une relation de confiance (PEC, 2012, p.24). Dans la prise en soin de la douleur post-opératoire, il est important de développer la relation soignant/soigné au travers de la communication de manière à ce que chacun se sente en confiance et ainsi que le patient puisse livrer sa plainte et mettre des mots sur ce qu'il vit au moment présent dû à cette douleur.

Compétence B3 : « Assurer la traçabilité de la démarche de soins par toutes les données pertinentes pour la continuité des soins en prenant en considération des dimensions légales des transmissions écrites » (PEC, 2012, p.24).

L'évaluation de la douleur post-opératoire est faite grâce aux différents moyens à disposition. Il est important de retranscrire dans le dossier du patient les évaluations de

la douleur effectuées chaque jour afin de vérifier l'efficacité des différents traitements dans le but de faire des réajustements si besoin lors de la visite médicale (PEC, 2012, p.24). Aussi, les transmissions ciblées, les colloques infirmiers ainsi que les rapports selon le modèle ISBAR (cf annexe 10.4, p.87) permettent d'assurer la continuité des soins entre les différents professionnels de la santé. Ces moyens de communication apportent une plus-value dans la gestion globale de la DPO.

- *Rôle de collaborateur(trice)*

Compétence C4 : « Mettre ses compétences professionnelles à disposition des acteurs et actrices du système de santé, des patient-e-s et de leurs proches » (PEC, 2012, p, 25-26).

En effet, le rôle de l'infirmier est de développer son raisonnement clinique au travers d'un partenariat de soin entre le patient, le soignant et ses proches (réseau formel).

- *Rôle de manager*

Compétence D1 : « Mettre en œuvre les projets de soins de manière efficace dans le cadre des conditions générales institutionnelles et légales » (PEC, 2012, p.26).

Dans la prise en soin d'un patient souffrant de douleur post-opératoire, il est important que le soignant soit à l'écoute des besoins du patient afin d'adapter ses soins dans le but qu'ils soient bénéfiques pour le patient.

- *Rôle de promoteur(trice)*

Compétence E1 : « S'engager en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutenir les intérêts des patient-e-s et de leurs proches » (PEC, 2012, p.27).

Compétence E2 : « Intégrer, dans sa pratique professionnelle, des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie, pour les individus et les groupes et participer activement à leur mise en œuvre » (PEC, 2012, p.27).

Compétence E3 : « Encourager les patient-e-s et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible » (PEC, 2012).

En lien avec la douleur post-opératoire, le but du soignant est d'accompagner le patient ainsi que son entourage tout au long de la prise en soin afin de l'aider à identifier ses besoins, à mettre en mot ses désirs, ses ressentis sur son expérience douloureuse de manière à dispenser des soins de qualité en accord avec les attentes du patient. Aussi, le rôle du soignant est dans la prévention des effets secondaires possibles (persistance de la douleur et évolution vers une douleur chronique...) et dans la promotion de la santé

(démarche thérapeutique) afin de contribuer à une amélioration de la qualité de vie du patient dans le but qu'il puisse réagir face aux possibles signes et symptômes (empowerment) (PEC, 2012, p.27).

- *Rôle d'apprenant/formateur*

Compétence F3 : « Améliorer et développer les soins par sa pratique réflexive » (PEC, 2012, p.28).

Pour enrichir sa pratique, présenter un questionnement professionnel semble important pour contribuer à des soins de qualité, surtout dans la prise en soin de la douleur, qui est un signe subjectif et complexe à la fois (PEC, 2012, p.28).

- *Rôle de professionnel(elle)*

Compétence G1 : « Démontrer une attitude respectueuse de l'éthique professionnelle et un engagement envers les patient-e-s, leurs proches et la société » (PEC, 2012, p.29).

Le soignant se doit d'être à l'écoute de l'autre, empathique en respectant le patient et son entourage. Chacun à ses valeurs et ses croyances.

2.5. La relation d'aide

« La relation d'aide est l'une des plus belles formes de communication [...] elle vous porte à l'acceptation du client, au soutien de son courage dans l'adversité et à une compréhension profonde de ses difficultés » (Phaneuf, 2016, p.171).

Celle-ci résulte d'un échange verbal et non-verbal permettant ainsi de créer un climat de confiance entre le soigné et le soignant de manière à l'accompagner, de cheminer avec lui dans sa prise en soin de la DPO. La relation d'aide « amène au plus près » du patient et lui permet d'exprimer son ressenti, sa souffrance. Dans la prise en soin de la douleur post-opératoire, il est important d'amener le patient à verbaliser, à décrire sa douleur de façon à adapter son suivi et cela au travers de la relation.

3. MODÈLE THÉORIQUE INFIRMIER : HILDEGARDE PEPLAU

3.1. Ancrage disciplinaire

Le cadre de référence infirmier permettant l'ancrage de la problématique est la théorie d'Hildegarde Peplau.

Peplau est une théoricienne en soins infirmiers qui s'est inspirée de la psychiatrie pour développer sa théorie centrée sur les relations interpersonnelles entre patient et soignant. Elle cherche le « développement des compétences de résolution de problèmes

au travers du processus interrelationnel » (Peplau, 1959). L'infirmier-ère prend alors différents rôles et utilise différents outils.

3.2. Hiérarchie des connaissances

Dans la hiérarchie des connaissances, la théorie de H. Peplau se situe parmi les grandes théories (Fawcett et al., 2013, traduction libre, p.383) : elle reste plus abstraite que d'autres théories.

- *Paradigmes*

Selon Fawcett et al. (2013), la théorie s'inscrit dans le paradigme de l'interaction réciproque. Elle donne une vision holistique et apporte une part de subjectivité à ce que l'on peut percevoir de ce que vit le patient. La personne est perçue comme un être singulier. Sa prise en charge est globale (p.384).

- *École de pensée*

Cette théorie fait partie de l'école de l'interaction. Elle est centrée sur la relation entre le patient et l'infirmière et sur les interactions qui existent entre ces deux unités.

Dans cette école, le soin est un acte humanitaire, où l'infirmière est là pour apporter de l'aide et de l'assistance à une personne ayant besoin d'aide. Cela permet d'aider la personne à trouver un sens à cette expérience (maladie) vécue (Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 57).

3.3. Métaconcepts

3.3.1. La personne

Peplau (1952) perçoit l'individu comme un être bio-psycho-social-spirituel en perpétuelle évolution. En d'autres termes, cette personne est un « tout ».

3.3.2. Le soin

Quant au soin, il est conçu comme « un processus interpersonnel entre l'infirmier-ère et la personne soignée et les actions de soin qui sont bénéfiques pour l'être humain » (Fawcett et al., 2013, p. 383). Les interactions qui se jouent entre le patient et l'infirmière vont contribuer à la qualité du soin.

3.3.3. La santé

Pour Peplau (1952), la santé est vue comme un mouvement continu de la personnalité (Pépin et al., 2010).

3.3.4. L'environnement

L'environnement est très peu décrit dans les écrits de Peplau. Cependant, selon Pépin (2010), il renvoie à l'entourage du patient, ou encore à des personnes importantes avec qui il interagit.

3.4. Assomptions et outils selon Peplau

3.4.1. Les assomptions

- *Un postulat sur l'infirmière et la relation avec le patient*

La relation entre le patient et l'infirmière dépend du style de l'infirmière qui elle-même va s'appuyer sur des concepts théoriques, des connaissances et des compétences professionnelles et personnelles (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 383). Donc, la singularité de l'infirmier à une place importante dans la relation.

- *Un postulat sur les relations interpersonnelles*

Selon Peplau (1997), dans toutes relations interpersonnelles, il est systématique qu'une interaction naisse, cela entre les attentes et les perceptions du patient et le comportement actuel des autres personnes (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 383).

- *Un postulat sur l'être humain et ses comportements*

Peplau (1952) énonce que les manières d'agir et de réagir des personnes sont basées sur le sens qu'elles donnent aux événements (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p. 383). Ainsi, l'interprétation que le patient se fait de la situation se reflète dans son comportement.

3.4.2. Les outils

Peplau (1952,1997) propose des outils pour aider l'infirmière dans sa pratique : l'observation, l'écoute, la communication verbale et non-verbale ainsi que, les techniques interpersonnelles (interventions verbales utilisées par l'infirmière durant la relation interpersonnelle (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, p.390). Mais aussi, le principe de clarté est utilisé, permettant de clarifier les événements pour une meilleure compréhension de la situation (Alligood, 2010).

3.4.3. Les rôles de l'infirmier(ère)

- *Le rôle de l'étrangère*

Au cours de la première rencontre, le patient et le soignant sont étrangers l'un pour l'autre. Le soignant doit accepter le patient tel qu'il est, c'est-à-dire son entité. Aussi, il doit démontrer une attitude respectueuse et lui porter de l'intérêt (Peplau, 1995, p.42).

- *Le rôle éducatif*

Le soignant possède des connaissances sur le patient en lien avec sa pathologie, son traitement... A partir de cela, elle va développer un enseignement thérapeutique en accord avec le patient et en fonction de ses besoins, de manière à ce qu'il devienne plus autonome dans sa prise en soin de la douleur post-opératoire. Ce rôle est en lien avec les notions d'éducation thérapeutique et d'empowerment (Peplau, 1995, p.46).

- *Le rôle de conseillère*

L'infirmière démontre une attitude empathique et authentique dans sa prise en soin. Pour ce qui est de la douleur post-opératoire, il est important d'être à l'écoute du patient afin qu'il puisse exprimer et évaluer sa douleur, son ressenti, ses émotions en toute confiance. Le rôle du soignant est alors de l'orienter, le conseiller en lien avec son état de santé (Peplau, 1995, p.60-62).

- *Le rôle de personne ressource*

Le rôle de l'infirmière est de donner au patient les informations nécessaires en lien avec son état de santé, son traitement, de manière à l'accompagner et le soutenir dans sa prise en soin de la DPO (Peplau, 1995, p. 45-46).

- *Le rôle de leader*

L'infirmière a pour rôle d'orienter le patient afin qu'il puisse trouver le chemin de la guérison (Peplau, 1995, p.47).

- *Le rôle de substitut*

L'infirmière peut être associée par le patient à une figure maternelle ou encore un membre de la fratrie. Ceci est un processus inconscient qui est important de développer pour améliorer la prise en soin (Peplau, 1995, p.50-51).

3.4.4. Analyse de la théorie

La théorie de Peplau est centrée sur les relations interpersonnelles entre l'infirmière et le patient sollicitant de l'aide. Dans la démarche de soin, elle se compose de trois phases :

- Une phase d'orientation où l'infirmière récolte auprès du patient les informations nécessaires pour la prise en soin
- Une phase de travail qui retrace le cheminement du patient et ce qui se « joue » dans la relation soignant-soigné. De plus, dans cette phase le soignant élabore

en compagnie du patient ses objectifs de soin permettant ainsi de répondre au besoin d'aide

- Une phase de résolution qui clôture la prise en soin du patient

En effet, ici le besoin d'aide renvoie à la prise en soin de douleur post-opératoire. Comme dit précédemment, la prise en charge de douleur en post-opératoire reste complexe et différente selon le patient. Le rôle infirmier a un impact pour la prise en soin, c'est donc pour cela que l'interaction entre l'infirmier et le patient est indispensable. La verbalisation de la douleur est centrale et implique de parler du vécu de celle-ci, de ses représentations, dans le but d'une meilleure compréhension par les soignants afin de répondre par différents moyens pour la diminuer (Dillon McDonald et al., 2005, traduction libre, p.30). Ce qui a pu être tiré des différentes recherches est que pour une gestion de la douleur optimale, il est important d'amener le patient à verbaliser sa douleur, en d'autres termes la mettre en mots (Dillon McDonald et al., 2005, traduction libre, p.29). Peplau, dans sa théorie, rend attentif à l'importance de l'observation et de la communication dans les soins. Le rôle de l'infirmier est certes de laisser le patient évaluer sa douleur mais aussi à être attentif au sens que donne la personne à ce qu'elle est en train de vivre suite à son intervention. Comment vit-elle cette douleur aiguë ? Ceci permet ainsi d'adapter la prise en soin et d'aller au-delà d'une simple administration de médicaments.

Cela nous semble en adéquation avec la théorie de H. Peplau et demeure pertinent pour la problématique de notre travail.

3.5. Question de recherche finale

86% des patients hospitalisés ayant subis une intervention chirurgicale rapportent une douleur aiguë post-opératoire (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p. 537). À cela s'ajoute des conséquences importantes sur la qualité de vie, sur la qualité des soins de l'individu ainsi que sur les coûts qu'engendre une ré-hospitalisation liée à la douleur.

De cela émerge l'importance du rôle infirmier dans la prise en soin de celle-ci. Ils doivent accorder une attention particulière à la communication et à la verbalisation de la douleur afin d'aboutir à une évaluation de la douleur efficace. Ceci permet donc une meilleure compréhension du problème par les soignants mais aussi par les patients pour adapter la prise en charge. Le besoin d'aide et l'interaction soignant-soigné est alors hypothétiquement mis au premier plan.

Dès lors, une question appropriée au sujet et pertinente se pose : **l'interaction soignant-soigné a-t-elle un impact sur la prise en soin de la douleur aiguë en post-opératoire chez l'adulte en milieu hospitalier ?**

4. MÉTHODE

Ce travail est une revue de la littérature, c'est-à-dire un résumé des connaissances en lien avec la problématique du sujet d'étude. Dans cette revue, la méthodologie a été un point clé qui a permis l'élaboration et la construction du travail.

Pour cette recherche, une première recension partielle des écrits a été réalisée de manière à cibler la problématique et la question de recherche. Ensuite, selon le schéma PICO(T), une identification des mots clés accompagnée d'une traduction en termes Mesh a permis de préciser la recherche dans les différentes bases de données spécialisées de la santé. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis au préalable de façon à affiner le travail et qu'il soit le plus pertinent possible.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour cette revue de la littérature, la méthode de recherche documentaire est décrite dans cette partie du travail. Des articles scientifiques répertoriés dans les différentes bases de données ont été sélectionnés à partir des mots clés définis au préalable. Ces mots clés ont été identifiés selon la méthode PICOT (Population, Intervention(s), Comparaison, Outcome(s) et Temporalité) puis traduits en Mesh Term grâce au site internet CISMEF. Afin d'élargir la recherche d'autres termes se rapportant à la thématique ont été utilisés. Le tableau présenté ci-dessous regroupe les différents termes utilisés :

Tableau 1. [PICO(T)]

		Français	Mesh term / All term
P	Population cible	Adulte (18 à 65 ans)	Adults
I	Intervention(s) effectuée(s)	Prise en soins de la DPO Soins infirmiers Relation soignant-soigné / Interaction soignant-soigné / Communication infirmier-patient Relation interpersonnelle Communication	Acute pain management / Postoperative pain management Nursing care Nursing practice Nurse-patient relationship Nurse-patient interaction Nurse-patient communication Interpersonal relationship Communication
C	Comparateur ou contexte	Service de chirurgie Milieu hospitalier	Surgery Hospital
O	Outcomes	Incidence de la DPO Evaluation de la douleur (EVA) Vécu et ressentis de la douleur patient Croyances des patients (traitements)	Incidence Pain assessment Postoperative pain experience Patient experience Patient belief Treatment

Les différentes bases de données telles que PubMed, CINAHL ont été interrogées pour la sélection d'articles en prenant les termes du PICO(T) cités précédemment. Les moteurs de recherche tels que Google, Google Scholar et RERO a aussi été utilisés. Pour chaque recherche, les différents mots clés ont été employés sous forme d'équation. Des filtres tels que l'âge (18 à 65 ans), l'année de publication (1997-2000 à 2017) ainsi que la langue utilisée (anglais) ont été appliqués.

Les critères d'inclusion correspondant à l'âge, à l'année de publication, au lieu de l'étude (milieu hospitalier, en Europe et en Amérique du Nord), à la thématique et en lien avec le rôle infirmier dans la prise en soin de la DPO.

Tableau 2. [Équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques]

	Bases de données	Équations	Filtres et critères d'exclusions	Résultats de la recherche	Titre article
1.	Pubmed	(Postoperative pain experience) AND National survey	Date (2000 – 2017) Langue (anglais) Age (19-64 ans) Titre / Résumé	n=38 Articles éligibles=2 Article inclus =1	Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged
2.	Google Scholar	Evaluation douleur post-opératoire	Titre / Résumé / Langues (français ou anglais)	Article inclus=1	Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire.
3.	CINHAL	Interaction AND communication AND nursing care AND patient experience	Date (2000 -2017) Age (19-64 ans) Titre /Résumé/ Langue (anglais)	n=194 Articles éligibles 35 Article inclus=1	Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study.
4.	CINHAL	Postoperative pain experience AND national survey	Date (2000-2014) Langue (Anglais) Age (19-44 ans) Titre/Résumé	n=5 Articles éligibles =3 Article inclus =1	Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey.
5	CINHAL	Nurse patient communication AND exploration AND patient experience	Date (2000-2016) Age (19-64 ans) Titre/Résumé/Sujet d'étude/Langues(anglais)	n=48 Articles éligibles=4 Article inclus=1	Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences.

6.	CINHAL	Interpersonal relationships AND peplau's theory of interpersonal relations	Date (1995-2013) Langue (anglais) Lieu de l'étude (États-Unis) Titre/Résumé/Sujet de l'étude	n=44 Articles éligibles=9 Article inclus=1	Peplau's Theory of Interpersonal Relations
7.	Pubmed	((Postoperative pain) AND pain assessment) AND nurse education	Date (2000-2017) Langue (anglais) Lieu de l'étude (Europe et Amérique du Nord) Sujet de l'étude	n=242 Articles éligibles=82 Articles inclus=1	Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses

Les recherches ont été effectuées d'avril 2016 à mai 2017.

Un diagramme de flux correspondant au sujet d'étude a été réalisé permettant ainsi de visualiser les articles scientifiques sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis.

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté ci-dessous dans la Figure 3.

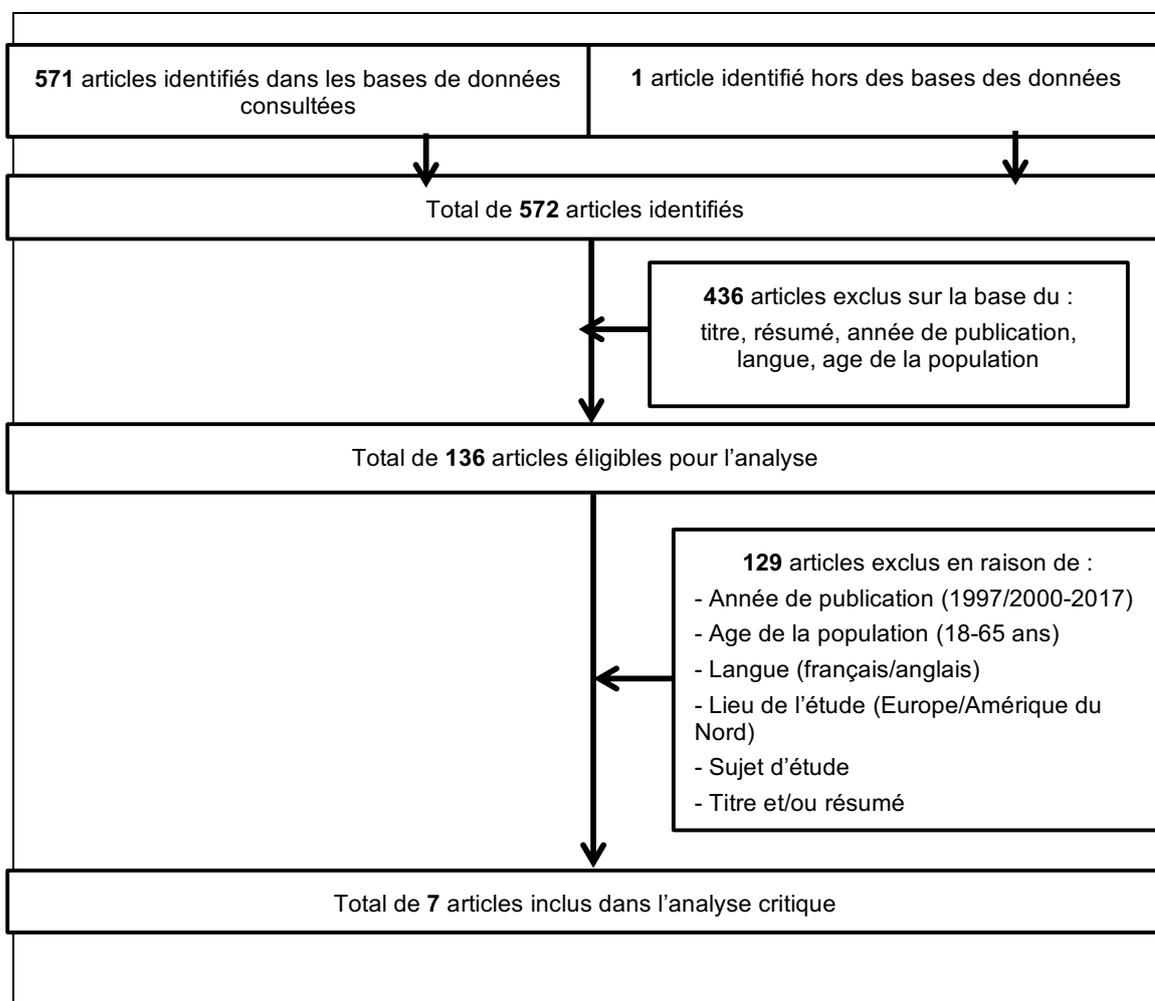


Figure 3. [Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles]

5. RÉSULTATS

Les sept articles retenus pour cette revue de littérature ont été analysés puis synthétisés sous forme de tableau présentés ci-dessous et de fiche de lecture (cf. annexe 10.5 à 10.11 p.88 à 124).

En ce qui concerne la prise en soin de la DPO, deux études mixtes rétrospectives menées aux Etats-Unis en lien avec l'incidence de la DPO ont été retenues (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003 ; Gan, Habib, Miller, White & Apfelbaum, 2014). Elles portent sur la perception de la DPO, la gestion de l'antalgie post-opératoire et l'éducation

thérapeutique. De plus, une autre étude quantitative portant sur la comparaison de l'évaluation de la DPO par les patients et les soignants a été conservée (Bergeron, Leduc, Marchand & Bourgault, 2011).

En lien avec l'interaction soignant-soigné, la communication dans les soins et les croyances des soignants et des patients, trois études ont été sélectionnées : un essai contrôlé randomisé accompagné d'une étude transversale (Van Dijk, Schuurmans, Alblas, Kalkman & Van Dijk, 2017) et deux études qualitatives (Bolster, Manias, 2010 ; McCabe, 2004).

5.1. Tableau comparatif

Tableau 3. [Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique]

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged</p> <p>Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta S.S & Ghan, T.J. (2003).</p>	<p>Population : Patients adultes ayant subi une chirurgie lors des 5 dernières années. Échantillon final de 250 personnes (65% de femmes et 35% d'hommes)</p> <p>Type d'étude : Étude mixte, rétrospective faite aux Etats-Unis se basant sur une étude similaire déjà effectuée en 1995 (Warfield et Kahn)</p>	<p>L'étude à plusieurs buts : décrire l'expérience de la douleur post-opératoire, évaluer la satisfaction des patients concernant leurs médicaments contre la douleur, évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique des patients (concernant la DPO) et évaluer la perception des patients concernant la douleur post-opératoire et sa médication</p>	<p>Les 250 patients choisis pour cette étude ont été interviewés au téléphone</p> <p>Les questions prédéterminées et posées proviennent de l'étude déjà effectuée datant de 1995, cependant dans le cadre de cette nouvelle étude elles ont été modifiées</p> <p>Les données ont ensuite été séparées en fonction des patients ayant subi des chirurgies en ambulatoire et les patients hospitalisés. Les pourcentages ont alors pu être calculés et ce en fonction du nombre total de participants pour chaque question</p> <p>Les résultats ont été analysés avec des statistiques descriptives</p>	<p>Sur les 250 personnes interviewées la plupart des participants étaient des femmes (65%) et de 46 ans d'âge moyen</p> <p>Le résultat le plus important est que : 86% des patients ont souffert de douleurs en post-opératoire, parmi eux 43% ont ressentis de douleur modérée et 47% des douleurs sévères à extrême</p> <p>Les autres résultats sont développés dans la fiche de lecture (cf. annexe 10.5 p.88)</p>	<p>L'échantillon de petite taille (250 contre 666 pré-sélectionnés au départ)</p> <p>Les femmes sont plus représentées dans l'échantillon et pourrait constituer une limite</p> <p>La rétrospection allant jusqu'à 5 ans est trop longue bien que 50% du panel a subi une chirurgie il y a moins d'un an</p> <p>Les patients hospitalisés et ambulatoires sont mélangés</p> <p>Les différents types de chirurgies ne sont pas différenciés dans certains résultats, ni le type d'anesthésie exécutée</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire</p> <p>Bergeron, D.A., Leduc, G., Marchand, S. & Bourgault, P. (2011).</p>	<p>Population : Patients adultes âgés de 18 à 75 ans subissant une chirurgie non urgente et en mesure d'évaluer sa douleur durant les 3 jours post-chirurgie 40 patients retenus</p> <p>Lieu : Hôpital universitaire au Canada, Unité de chirurgie générale</p> <p>Type d'étude : Etude descriptive (quantitative) comportant une partie axée sur l'évaluation de la douleur par les patients (EVA) et une seconde répertoriant les évaluations effectuées par le soignant</p>	<p>Examiner, analyser et comparer le soulagement de la douleur après une intervention chirurgicale non urgente durant les 3 jours qui suivent l'intervention grâce à l'EVA (pour les patients et EN ou évaluation descriptive (pour les soignants), cela sur une population de 40 patients au final</p>	<p>Un journal a été distribué aux participants permettant ainsi de noter l'intensité de leur douleur (0 à 10) à chaque éveil de celle-ci durant les 3 jours post-opératoires. D'autre part, les soignants répertorient leurs évaluations (descriptives ou numériques) dans le dossier du patient de façon à ce que toutes les données (patients et soignants) soient regroupées dans une base de données dénominalisées et classées en fonction du type d'évaluation.</p> <p>Les analyses statistiques ont été effectuées au moyen du logiciel SPSS 15.0. Le seuil est $p < 0,05$. L'écart-type est utilisé. Une analyse de corrélation a été réalisée concernant la moyenne de l'intensité de la douleur (EVA) en fonction de chacune des journées post-opératoires</p>	<p>Pas de corrélation significative entre les évaluations numériques des infirmières et celles des patients ($p < 0,01$).</p> <p>Moyenne des EN des infirmières à J1 : 1,6 /10 ($\pm 0,2$)</p> <p>Moyenne EVA des patients à J1 : 3,8/10 ($\pm 0,4$)</p> <p>J1 : 7.5% des patients n'ont pas eu d'évaluation de la douleur</p> <p>J2 : 25%</p> <p>J3 : 27.5%</p> <p>A J1, tous les participants ont évalué leur douleur 10,5 ($\pm 0,8$) fois.</p> <p>A J2, 36 patients ont fait 7,6 ($\pm 0,7$) évaluations numériques.</p> <p>A J3, 32 patients ont évalué leur douleur 8,6 ($\pm 1,1$) fois.</p>	<p>Echantillon petit de par sa taille (40 participants) donc non généralisable</p> <p>30% d'abandons (échantillon de 60 participants au départ)</p> <p>Etude effectuée sur 4 types de chirurgie et d'autres dont nous n'avons aucune information (biais de mesure)</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study</p> <p>Bolster, D. & Manias, E. (2010).</p>	<p>Population : 11 infirmier(ère)s observés et interviewés 25 patients observés dont 16 ayant participé à l'entrevue</p> <p>Type d'étude : Etude qualitative</p> <p>Lieu : Service de soins aigus (20 lits d'hospitalisation) Hôpital Australien</p>	<p>Décrire et examiner comment les infirmiers et les patients interagissent entre eux durant la dispensation de traitement avec une approche centrée sur la personne (philosophie de soins)</p>	<p>Sélection échantillon (de juin à septembre 2007) :</p> <p>Infirmiers : Employés volontaires avec une expérience (soit < 2ans, comprises entre 2-4ans ou > 4ans)</p> <p>Patients : > 18 ans, parlant l'anglais, n'ayant pas de famille membre du personnel, ayant un consentement éclairé et étant en mesure de participer à l'entrevue</p> <p>Méthodes : Phase d'observation enregistrée de la dispensation de médicaments par les infirmiers (période d'observation de 2 heures pour chaque infirmier) Entretiens semi-structurés (entretien différent patient/soignant)</p>	<p>Dans leur interaction avec le patient, les infirmières ont pu faire émerger la dispensation de soins individualisés reposant sur les besoins des patients. Cependant, à certains moments, les observateurs ont pu transmettre que les soignantes étaient axées sur des actions de routines (couper/écraser le médicament) plutôt que de cibler l'évaluation et la gestion du traitement par le patient (participation aux soins).</p> <p>Deux obstacles sont nommés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -manque de collaboration (pharmaciens, médecins) -contraintes du temps 	<p>Echantillons de petite taille Service de soins aigus (20 lits) Phase d'observation de 2 heures Analyse des données peu détaillée mis à part les caractéristiques de la sélection des échantillons</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey</p> <p>Gan, T. J., Habib, A.S., Miller, T.E., White, W. & Apfelbaum, J.L. (2014).</p>	<p>Population : 10'235 médecins choisis au hasard pour trouver des participants à l'étude. Ceux-ci devaient appeler un numéro gratuit. Arrivé à 300 participants les inscriptions étaient terminées.</p> <p>Les participants sont des adultes de plus de 18 ans et ayant subi une chirurgie durant les 5 dernières années</p> <p>Type d'étude : Etude quantitative rétrospective faite aux Etats-Unis et se basant sur des études déjà publiées de 1995 et 2003</p>	<p>Évaluer la perception des patients et décrire son expérience et niveau de satisfaction concernant la gestion de la douleur en post-opératoire</p>	<p>Les participants ont répondu par téléphone à des questions prédéfinies concernant leur pré op et post op. Ces questions prédéfinies incluent des questions déjà posée lors d'études de 1995 et 2003</p> <p>Les données ont ensuite été séparées en fonction des patients ayant subi des chirurgies en ambulatoire et les patients hospitalisés. Les pourcentages ont alors pu être calculés et ce en fonction du nombre total de participant pour chaque question.</p> <p>Les résultats ont été par la suite analysés avec des statistiques descriptives. Les tests de Kruskal-Wallis et de Wilcoxon ont aussi été effectué afin d'évaluer le degré d'association entre deux paramètres choisis.</p>	<p>Les principaux résultats de l'étude sont que sur l'échantillon 92% des patients hospitalisés reportent des douleurs en post-opératoire, de ceux-ci 79% décrivent cette douleur allant de modérée à extrême. 84% des patients ont toujours des douleurs après leur retour à domicile</p> <p>Les analyses de corrélations ont montré que les patients qui exprimaient une plus grande anxiété en post-opératoire ressentaient des douleurs plus fortes en post-opératoire que ceux qui avait un niveau d'anxiété plus faible.</p> <p>Aussi, un niveau de douleur préopératoire plus élevé est souvent associé à un niveau de douleur post-opératoire élevé (Kruskal-Wallis chi score :3,8 ; p=0,003).</p>	<p>Echantillon de petite taille</p> <p>Biais de mesure concernant les résultats obtenus (échantillon différent selon les résultats)</p> <p>Les participants ont été choisis par des médecins ce qui pourrait biaiser l'étude car ce n'est pas randomisée</p> <p>Les différents types de chirurgies ne sont pas différenciées pour certains résultats, ni le type d'anesthésie exécutée</p> <p>Population d'étude concerne des patients allant de 18 à plus de 65 ans</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences</p> <p>McCabe, C. (2004).</p>	<p>Population : 8 patients ayant été hospitalisés pendant au moins 4 jours dans un hôpital en Irlande</p> <p>Type d'étude : Étude qualitative (entretien enregistré et non structuré) utilisant une approche phénoménologique (herméneutique)</p>	<p>Etudier les déclarations des patients concernant leurs expériences et ressentis de leur communication avec les infirmiers-ères</p>	<p>Echantillon interviewé de manière non-structurée et enregistré durant 30 minutes environ</p> <p>Au début de chaque interview les participants devaient répondre à la même question : Racontez-nous votre expérience de comment les infirmiers-ères communiquaient avec vous lors de votre hospitalisation ?</p> <p>Parfois les patients devaient clarifier et/ou élaborer certaine réponse afin d'aider les chercheurs à comprendre les sens de leur expérience</p> <p>Lorsque la discussion dérivait, le chercheur réorientait l'interview sur le problématique à l'aide de la question qui était la même pour tous : Si vous deviez décrire les qualités d'un bon communicateur lesquelles seraient-elles ?</p>	<p>4 thèmes principaux sont ressortis des interviews : le manque de communication, la présence de l'autre, l'empathie, l'amicalité des infirmiers-ères et leur humour</p> <p>Le manque de communication des soignants est marqué par une approche centrée sur les tâches</p> <p>Les soignants utilisent à certains moments une approche centrée sur le patient mais cela est insuffisant</p> <p>La communication verbale, non-verbale, l'empathie et l'authenticité sont des éléments importants pour une prise en soins de qualité centrée sur le patient</p>	<p>L'échantillon de patient est de petite taille, donc non généralisable</p> <p>Etude non récente (plus de 10 ans)</p> <p>Un lieu d'étude (hôpital irlandais) et une sélection de l'échantillon peu décrits</p>

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses</p> <p>Van Dijk, J.F.M., Schuurmans, M.J., Alblas, E.E., Kalkman, C.J. & Van Dijk, A.J.M. (2017).</p>	<p>Population :</p> <p><i>Groupe intervention</i> : 381 patients ayant reçus un questionnaire et des informations sur la douleur (pré-opératoire)</p> <p><i>Groupe témoin</i> : 379 patients ayant reçus le même questionnaire mais sans information sur la douleur</p> <p><i>Infirmiers</i> : 15/73 infirmières avec une éducation à la douleur et 1184 infirmières (sans éducation à la douleur) ont rempli le questionnaire</p> <p>Type d'étude :</p> <p>Etude quantitative : Essai contrôlé randomisé (ECR) et une étude transversale</p>	<p>Dans un premier temps, décrire les connaissances et les croyances des patients et des soignants sur la gestion de la DPO</p> <p>Dans un second temps, explorer l'influence de l'information écrite pour les patients (sur la DPO) et de l'éducation à la douleur pour les soignants sur les croyances et la gestion de celle-ci</p>	<p>Sélection aléatoire patients :</p> <p>Patients adultes admis en consultation ambulatoire dans un hôpital au Pays-Bas (pré-opératoire)</p> <p>Sélection infirmières :</p> <p>1184 infirmières travaillant dans les 73 hôpitaux aux Pays-Bas et 15 infirmières avec une éducation à la douleur</p> <p>Instruments :</p> <p>Caractéristiques des patients / infirmiers</p> <p>Questionnaire avec une partie sur les connaissances et une autre sur les croyances (sous échelle des croyances du barrièr questionnaire)</p> <p>Chaque énoncé est noté sur une échelle de Likert de 1 à 5 points</p> <p>Test student T utilisé (moyenne) avec $P < 0,05$</p> <p>Analyse statistique à l'aide d'IBM SPSS statistics 20.0</p>	<p>Réponses patients :</p> <p>Différence significative sur les connaissances pour le groupe intervention (Ecart-type(ET) :0,67) par rapport au groupe témoin (ET : 0,63) avec $p < 0,001$</p> <p>Aucune différence n'a été trouvée sur les croyances</p> <p>Réponses infirmières :</p> <p>Les infirmières avec une éducation avaient un niveau de connaissances plus élevé et des barrières plus faibles sur la DPO par rapport aux autres soignants</p> <p>63% des infirmières pensent que leurs évaluations correspondent à leur impression de la douleur du patient</p> <p>47% des infirmières avec éducation contre 57% restent préoccupées par l'effet de dépendance aux opioïdes</p>	<p>Pas d'étude sur les comportements après la chirurgie pour voir si l'information à la DPO a été bénéfique</p> <p>Biais de mesure : 38% des infirmières ayant reçu l'enseignement ont répondu au questionnaire</p> <p>Impossibilité de randomiser l'éducation des infirmières</p> <p>Biais de sélection : au départ 862 patients devaient participer, seul 760 ont été analysés</p> <p>Impossibilité de mesurer le taux de croyances des différents patients et soignants avant l'étude</p>

5.2. Analyse critique des articles retenus

Dans le but d'améliorer l'analyse des résultats, trois thèmes principaux dans les articles principaux ont émergé :

- La DPO en chiffre
- Les interventions infirmières et le rôle infirmier
- L'interaction soignant-soigné

Ceux-ci ont été mis en évidence de manière à structurer les résultats et d'entamer une discussion pour finalement répondre à la question de recherche.

De plus, un tableau synoptique est effectué et permet une recension des articles selon les différents thèmes évoqués ainsi que le type d'étude.

Tableau 4. [Tableau synoptique]

		Apfelbaum et al. (2003)	Bergeron et al. (2011)	Bolster et Manias (2010)	Gan et al. (2014)	McCabe (2004)	Van Dijk et al. (2017)
Thèmes	Incidence DPO	X			X		
	Evaluation de la DPO		X				
	Traitements de la DPO	X			X		
	Communication dans les soins			X		X	
	Croyances sur la DPO	X			X		X
	Interactions soignant-soigné			X		X	
Type d'étude	Etude qualitative	X		X	X	X	
	Etude quantitative	X	X		X		X
	Essai contrôlé-randomisé						X
	Etude transversale						X
	Etude rétrospective	X			X		
	Etude descriptive		X				

5.2.1. La DPO en chiffre

Selon Apfelbaum et al., (2003), 73 millions de chirurgies sont comptabilisées chaque année aux Etats-Unis. Dans cette étude prenant pour support une étude réalisée en 1995 (aux Etats-Unis), 86% des patients hospitalisés (n=250) pour l'étude ont souffert de douleurs aiguës post-opératoires, sachant que parmi eux, 43% ont ressentis des douleurs modérées et 47% des douleurs sévères à extrêmes.

Il est essentiel d'évoquer qu'en 1995, 77% des patients recensés ont souffert de DPO. Une augmentation de l'incidence de la DPO est donc notable. Cependant, l'échantillon (n=250) est constitué en majeure partie de femmes (65%) ayant un âge moyen de 46 ans (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p. 534).

En 2014, aux Etats-Unis, 92% des patients hospitalisés reportent avoir ressentis des douleurs post-opératoires, dont 79% décrivent une douleur modérée à extrême (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152). De plus, cette étude apporte des informations importantes concernant la prise en soin de la douleur en chirurgie, notamment la publication du premier guideline (recommandations) en 1992. En 1995, l'American Society of Anesthesiologist publie un guideline regroupant les recommandations en lien avec la prise en soin de la douleur en péri-opératoire. Celui-ci a été adapté en 2004 puis en 2012 avec l'évolution des pratiques soignantes. De plus, en 2002, Veterans Health Administration a reconnu la douleur comme cinquième signe vital et a aussi publié un guideline sur la prise en soin de la DPO (Gan et al., traduction libre, p.150).

Parmi ces deux études mixtes rétrospectives retenues, une augmentation de l'incidence de la DPO est notable malgré la publication de différents guidelines permettant ainsi questionnement sur la pratique soignante.

5.2.2. Les interventions infirmières et le rôle infirmier

En ce qui concerne l'évaluation de la DPO, l'étude de Gan et al. (2014) rapporte que 72% des patients hospitalisés évaluent l'intensité de leur douleur comme étant élevée ou très élevée.

Une étude comparative réalisée en 2011 expose des résultats significatifs entre les évaluations faites par les soignants et les patients.

Tout d'abord, le premier jour post-opératoire, une sous-évaluation de la DPO par les soignants a été relevée : ils évaluent la douleur (sur une échelle numérique) à 1,6 (\pm 0,2) /10 contre 3,8 (\pm 0,4) /10 pour les patients. Une différence notable n'ayant aucune corrélation ($p < 0,01$) et renforcée par d'autres résultats énoncés ci-dessous (Bergeron et al., 2011, p. 83).

Pour 7,5% des patients, lors de leur première journée post-opératoire, aucun n'a eu d'évaluation de leur DPO, tandis qu'à J2 et J3, les résultats s'élèvent à 12,5% et 27,5%.

A J1, seul 17,5% ont eu au moins trois évaluations alors qu'à J2 et J3, 32,5% et 45% de l'échantillon ont eu une à trois évaluations enregistrées. Pour 50% à J1, quatre à six évaluations ont été documentées. Puis seulement pour 27,5 % des patients plus de six évaluations de leur douleur ont été enregistrées. De plus, une part de l'échantillon s'élevant à 34 participants à J1, puis 16 (à J2) et enfin 4 patients (à J3) ont en retour du bloc opératoire une PCA ou une analgésie épidurale qui nécessite donc un monitoring de la douleur. A J1, 10% des patients n'ont pas eu d'évaluation de leur DPO. A J2 et J3, 25% et 42,5% n'ont aucune évaluation d'enregistrée dans leur dossier. Puis, le jour suivant la chirurgie, seulement 37,5% des patients ont eu une à trois évaluations et de quatre à six évaluations. Enfin, pour 17,5% plus de six évaluations ont été documentées. Cependant, pour ce qui est des EVA des patients, une nette différence est notable. A J1, tous les patients ont évalué leur douleur en moyenne 10,5 ($\pm 0,8$) fois. Le jour suivant, 36 patients ont eu 7,6 ($\pm 0,7$) évaluations documentées. A J3, 32 patients ont évalué 8,6 ($\pm 1,1$) fois leur douleur (Bergeron et al., 2011, p. 83).

Cette étude comparative a permis de traduire un manque réel de documentation de la DPO de la part des infirmier(ère)s malgré les différentes échelles à disposition et d'une possible gestion inadéquate de l'antalgie puisqu'une majeure partie des patients évalue à J3 plus de 8 fois leur DPO.

En ce qui concerne la gestion de l'antalgie, les deux études réalisées aux Etats-Unis en 2003 et 2014 servent de référence.

Selon l'étude d'Apfelbaum et al., (2003), 82% des patients (n=250) ont reçu des antalgiques durant leur hospitalisation et dans 33% des cas, la morphine est l'opiacé le plus administré. Comparativement à l'étude de Gan et al., (2014), c'est 93% des patients hospitalisés qui ont reçu une médication d'analgésique (hydrocodone, oxycodone et morphine) en post-opératoire. Sur l'ensemble de ces patients, pour 23%, l'antalgique a été administré en PCA et 4% l'ont reçu via un cathéter épidural ou avec un bloc nerveux. Pour le reste, 57% des patients ont eu leur traitement selon les ordres médicaux (heures fixes) et pour 16% l'administration était en réserve selon l'intensité de leur douleur (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151). A leur première dose reçue, tout de même 39% des patients hospitalisés décrivent avoir des DPO modérées à sévères malgré que l'antalgique ait été administré (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151). De plus, pour 31% des patients (n=300) la voie intra-veineuse pour l'administration des traitements antalgiques est plus efficace (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151). Pour pallier à l'augmentation de la DPO, en plus de l'antalgie, des méthodes non-pharmacologiques (application de cold-pack...) ont été effectuées auprès de 60% des patients (n=225) (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151).

Pour ce qui est des effets secondaires des traitements en lien avec la gestion de la DPO, les plus communs sont la nausée, la somnolence et la constipation. Dans l'étude d'Apfelbaum et al., (2003), 23%(n=250) ont eu ces effets secondaires après la prise d'antalgique contre 79%(n= 225) pour l'autre étude (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151). C'est une augmentation significative malgré un échantillon légèrement plus grand dans la seconde étude.

Cependant, dans l'étude datant de 2003, 90% des patients rapportent être satisfaits des traitements administrés lors de leur hospitalisation contre seulement 2% insatisfaits (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p. 536). Il en est de même pour la recherche de Gan et al., (2014), 90% (n=300) des participants se disent satisfaits de leur prise en soin de la DPO contre 2%(n=300).

De manière à préparer l'intervention et informer les patients à propos de la DPO, une éducation à la douleur a été effectuée dans le but d'améliorer la prise en soin. Selon l'étude d'Apfelbaum et al., (2003), 63% des patients ont reçu des informations en préopératoire et 70% en postopératoire. Comparativement, l'étude Gan et al., (2014) rapporte un pourcentage de 75%(n=300) avant et après la chirurgie. Aussi, 24% (n=300) des patients ont eu une consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste en lien avec la DPO. Seul 38% des patients ressentant des douleurs avant la chirurgie ont reçu un antalgique en préopératoire (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151).

En effet, la prise en soin de DPO demeure complexe malgré tous les traitements à disposition. C'est donc pour cela qu'il est important d'informer le patient en préopératoire de la DPO, des possibles traitements administrés ainsi que leurs effets secondaires de manière à rassurer le patient (l'impact de l'anxiété sur la DPO sera développé ci-dessous) et améliorer la prise en soin post-opératoire. Ainsi, l'impact de la relation soignant-soigné prend tout son sens.

5.2.3. La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné n'est pas décrite en tant que telle dans les différentes études retenues mais celles-ci ont pu faire émerger des termes qui s'en rapprochent fortement : la communication et l'interaction soignant-soigné.

Tout d'abord, l'étude qualitative de Bolster & Manias (2010) met en lumière comment le soignant et le patient interagissent durant la dispensation de traitement avec une approche centrée sur le patient. Dans l'interaction soignant-soigné, l'étude a fait ressortir la dispensation de soins individualisés reposant sur les besoins des patients, malgré une prise en soin axée à certains moments sur des actions de routine au détriment de l'évaluation clinique et de la gestion du traitement par le patient (Bolster & Manias, 2010,

traduction libre, p.160). Étant donné qu'une approche centrée sur la personne est essentielle pour améliorer la qualité des soins aux patients, il est donc essentiel que les infirmières s'assurent que les interactions centrées sur la personne soient plus systématiquement évidentes dans la pratique (Bolster & Manias, 2010, traduction libre, p.164). En effet, l'étude démontre l'importance de l'influence de la relation soignant-soigné dans la compréhension et les attitudes des patients envers leur médication de manière à travailler en collaboration avec le patient (Bolster & Manias, 2010, traduction libre, p.162). Ceci met en lumière les notions de partenariat de soin ou encore d'empowerment.

Ensuite, une seconde étude a été analysée et retenue pour la revue de la littérature. Elle porte sur les déclarations des patients concernant leurs expériences et leurs ressentis de la communication avec les soignants (McCabe, 2004, traduction libre, p. 41). Les résultats ont démontré dans un premier temps un manque de communication soignant-soigné marqué par une approche centrée sur les tâches (actes) au détriment du patient. Les patients remarquent que les soignants sont plus préoccupés sur les besoins au lieu d'échanger avec eux sur leur santé. Aucun n'a informé le patient de son état de santé actuel (McCabe, 2004, traduction libre, p. 43-44). La relation soignant-soigné est délaissée au détriment d'une approche plus centrée sur les tâches. Les patients ressentent que les tâches sont plus importantes qu'eux donc ils ne préfèrent pas déranger les soignants (McCabe, 2004, traduction libre, p. 44). Tout de même, les patients rapportent l'importance que les soignants les considèrent en tant qu'individus (McCabe, 2004, traduction libre, p. 43).

Dans un second temps, les patients rapportent que les soignants demeurent accessibles et peuvent prendre du temps pour être à l'écoute des patients (McCabe, 2004, traduction libre, p. 44). Il en résulte que les patients ressentent que les soignants sont régulièrement attentifs à leurs conditions physiques et psychiques (McCabe, 2004, traduction libre, p. 44). Du fait du manque de temps, les infirmières sont moins disponibles et les patients ont pu remarquer que les étudiants infirmiers ont plus de temps à leur accorder (McCabe, 2004, traduction libre, p. 44). En effet, la communication dans les soins est importante, les patients mettent en valeur la communication honnête (authentique) de la part des soignants ainsi que l'utilisation d'un langage commun de manière à ce que les patients puissent comprendre leur pathologie (McCabe, 2004, traduction libre, p. 45). Ce qui induit que si les infirmières ne communiquent pas de manière centrée sur le patient, cela peut induire un effet négatif sur le patient, son bien-être et sa sécurité (McCabe, 2004, traduction libre, p. 45).

La communication non-verbale est perçue par les patients comme un indicateur d'authenticité du soignant car il démontre ainsi son soutien émotionnel, sa

compréhension et son respect de l'autre comme étant un individu (McCabe, 2004, traduction libre, p. 45). Ensuite, l'empathie émerge dans cette étude malgré qu'elle ne soit pas nommée en tant que telle. Lorsque les infirmières sont sympathiques, les patients ressentent que celles-ci comprennent leur situation et prennent soin d'eux comme une personne. Il semble important pour eux que les soignants communiquent leur reconnaissance et leur compréhension de la situation, ce qui diminuait leur anxiété (McCabe, 2004, traduction libre, p. 45).

Enfin, beaucoup de participants semblent avoir apprécié l'amicalité des soignants et l'humour dans l'interaction soignant-soigné (McCabe, 2004, traduction libre, p. 46).

La communication verbale, non-verbale, l'empathie, l'écoute et l'authenticité sont donc des éléments importants dans la relation soignant-soigné, et cela pour une prise en soins de qualité centrée sur le patient, de manière à développer les compétences interpersonnelles et ainsi contribuer à des soins de qualité.

Les différents résultats énoncés auparavant ne traitent pas de la DPO mais mettent en lumière des informations importantes en lien avec l'interaction dans la relation soignant-soigné superposables à la prise en soin de la DPO. Cependant, deux thèmes restent à traiter : les croyances en lien avec la DPO et l'anxiété.

En ce qui concerne l'anxiété, l'étude de Gan et al., (2014), 84% des patients hospitalisés expriment une inquiétude en préopératoire en lien avec la DPO et 53% ont évalué leur niveau d'anxiété comme élevé voire très élevé. Des analyses de corrélation significatives ont démontré une association entre le niveau d'anxiété et l'intensité de la douleur avant la chirurgie. En effet, des patients ayant un haut niveau d'anxiété avant l'intervention ressentent des DPO plus intenses. Sachant que l'intensité de la douleur avant la chirurgie est prédictive de DPO sévère (Kruskal-Wallis chi score :3,8 ; p=0,003) (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152-153), De plus, 12% (n=300) des patients ont repoussé ou annulé leur intervention par peur de la douleur (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152),

Pour ce qui est des croyances en lien avec la DPO, dans l'étude d'Apfelbaum et al., (2003), 75% des patients (n=250) estiment normal de ressentir une DPO. La seconde étude réalisée en 2014, 84% (n=300) des patients pensent qu'une DPO est nécessaire tandis que 94%(n=300) pensent que s'en plaindre est justifié (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152). Donc un grand nombre de patients à conscience de ressentir une douleur aiguë post-opératoire.

En lien avec les traitements, pour 94% des patients, les médicaments antalgiques administrés suite l'intervention causent des effets secondaires. S'ils ont le choix, 72% prendraient un traitement sans opiacés (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p. 538).

Comparativement l'étude de Gan et al., (2014) recense 92% (n=300) de patients pensant que les traitements administrés contre la douleur provoquent des effets secondaires.

Un ECR avec en parallèle une étude transversale a été réalisée en 2017 portant sur les croyances des patients et des soignants en lien avec les complications de la DPO. Les patients sélectionnés ont été regroupés de manière aléatoire dans les différents groupes, lors d'une consultation pré-opératoire en vue d'une chirurgie électorive.

Selon Van Dijk, Schuurmans, Alblas, Kalkman & Van Dijk (2017), le groupe témoin est composé de 379 patients dont 31 patients ayant reçu un questionnaire mais sans information sur la douleur au préalable, tandis que le groupe intervention regroupe 381 patients dont 30 patients ayant reçu ce questionnaire accompagné d'informations sur la douleur. En parallèle, une étude transversale regroupant 1184 infirmières et 15 infirmières avec une formation sur la douleur ont aussi répondu au questionnaire.

Une différence significative (en lien avec les connaissances) entre les deux groupes (témoin et intervention) a été mise en lumière (ET : 0,67 pour le groupe intervention contre ET : 0,63 pour le groupe témoin avec $p < 0,001$). Cependant, aucune différence n'a été trouvée en lien concernant les croyances (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.5). Au total, 79% des patients sont neutres ou d'accord pour dire que les patients devenaient dépendants aux analgésiques facilement, 60% sont neutres/ d'accord pour que les analgésiques soient utilisés en cas d'aggravation de la douleur et enfin 37% sont d'accord/neutres pour que la morphine soit dispensée dans les derniers stades de cancer (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.4).

En ce qui concerne les soignants, au total, 51% sont neutres ou d'accord pour dire que les patients devenaient dépendants aux analgésiques facilement (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.5). De manière générale, les infirmières avec une éducation à la douleur ont plus de connaissances (0,49 contre 0,56) et des croyances plus faibles en lien avec la gestion de la DPO (0,49 contre 0,54) par rapport aux soignants sans formation (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.6). A noter que tout de même, 63% des soignants pensent que les évaluations de la douleur correspondent avec à leur impression (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.1). De plus, 47% des infirmières ayant reçu une éducation à la douleur contre 57% sans enseignement restent préoccupées par l'effet de dépendance aux opiacés après l'intervention (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.7).

En effet, tous les résultats tendent vers l'importance de l'antalgie post-opératoire afin de diminuer l'incidence de la DPO, seulement la prise en soin demeure complexe malgré les traitements à disposition au vu de l'augmentation de l'incidence. C'est pourquoi les

professionnel-le-s de santé recommandent de débiter la prise en soin de la DPO dès le préopératoire.

L'impact de la relation soignant-soigné prend donc tout son sens dans la prise en soin de la DPO, de manière à remarquer les signes d'anxiété, les croyances ancrées en lien avec les traitements mais aussi évaluer et échanger sur le vécu de la douleur pour une prise en soin de qualité en incluant le patient.

6. DISCUSSION

Les résultats exposés précédemment permettent d'ouvrir une discussion pour répondre à notre question de recherche initiale : « L'interaction soignant-soigné a-t-elle un impact sur la prise en charge de la douleur aiguë en post-opératoire chez l'adulte en milieu hospitalier ? ».

Le cadre théorique portant sur la théorie des relations interpersonnelles d'Hildegarde Peplau sera illustré par un article de 1997, écrit par la théoricienne, qui permettra d'éclairer notre réflexion (cf. tableau 5 p.65 et annexe 10.10 p.114) (Peplau, H.E, 1997). Le modèle de Peplau porte sur les relations interpersonnelles entre le patient, le soignant en incluant son environnement. Peplau (1952) conçoit l'individu comme une entité en perpétuelle évolution. Dans les soins, le processus interpersonnel entre soignant et soigné ainsi que les actions de soins qui en découlent sont au bénéfice de l'individu (Fawcett et al., 2013, p. 383). C'est ce qui « se joue » dans la relation soignant-soigné qui contribue à la qualité des soins dispensés. Peplau en 1952 et 1997 propose des outils tels que l'observation, l'écoute active, la communication verbale et non-verbale pour enrichir et aider la pratique soignante. De plus, Alligood (2010) expose un outil supplémentaire : le principe de clarté qui permet une meilleure analyse de la situation de soin.

Tableau 5. [Eclairage théorique par un article]

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Peplau's Theory of Interpersonal Relations</p> <p>Peplau, H.E. (1997).</p>	<p>Population : Il n'y a pas de population d'étude cependant cet article concerne les infirmiers-ères et es patients dans la relation soignant-soigné</p> <p>Type d'étude : Il ne s'agit pas d'une étude mais d'un article sur la théorie des relations interpersonnelles de H. Peplau.</p>	<p>Le but de cet article est de démontrer que les relations interpersonnelles sont importantes pour la relation soignant-soigné dans les soins et dans le contexte de soins. Mais aussi comment les théories de soins donnent une importance et font évoluer la profession infirmière</p>	<p>Cet article évoque la théorie de Peplau. Son application dans la relation selon les différentes phases y sont décrites, ainsi que son importance et sa plus-value dans la pratique infirmière au quotidien</p>	<p>L'article évoque différents chapitres (cités dans la fiche de lecture 10.10) et pour lesquels ressortent des éléments clés que l'on pourrait classer comme résultat</p> <p>Cet article démontre que la théorie des relations interpersonnelles est essentielle pour les soins infirmiers et la relation soignant-soigné. Elle permet aux soignants d'aider le patient à avoir une meilleure compréhension de soi, de leur état et ainsi retrouver la santé et le bien-être</p> <p>Cette théorie permet au soignant aussi d'avoir une meilleure compréhension de lui et de ses comportements afin d'avoir conscience de ce qu'ils communiquent aux patients</p> <p>Cette théorie comme toute autre théorie font avancer la pratique infirmière.</p>	<p>La limite de l'article pourrait être que Peplau évoque sa propre théorie et donc n'aurait pas une vision objective de celle-ci et de la situation</p>

6.1. Incidence de la DPO

Les deux études rétrospectives réalisées aux Etats-Unis montrent une augmentation de 6% (86% en 2003 contre 92% en 2014) de l'incidence de la DPO, une différence notable malgré des échantillons de taille différente. Ces chiffres évoquent un questionnement au vu de l'impact de la DPO et au vu de l'évolution des pratiques soignantes face à la gestion de la douleur aiguë.

Pour rappel historique, en 1992, The Agency for Health Care Policy and Research énonce le premier guideline sur la prise en soin de la douleur aiguë (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535). Puis, en 1995 les premières recommandations concernant la prise en soin de la DPO sont formulées par l'American Society of Anesthesiologists. Celles-ci ont été réactualisées en 2004 puis 2012 (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

Ce n'est que 10 ans après la parution du premier guideline que la douleur est introduite comme 5^{ème} signe vital par les Veterans Health Administration. Cela met en évidence l'importance accordée à celle-ci dans la prise en soin (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

Le dernier guideline concernant la DPO a été émis en 2016 par l'American Pain Society (Chou et al., 2016).

Malgré la création de guidelines dont le but est d'améliorer la prise en soin de la DPO, l'incidence de celle-ci ne cesse d'augmenter. Suite à ces résultats, une remise en question de la pratique soignante est à explorer. En effet, les guidelines proposés par le corps médical portent essentiellement sur les aspects de la gestion de l'antalgie et de l'éducation thérapeutique (pré/post-opératoire). Au travers des guidelines, le rôle infirmier n'est pas inclus, ce qui pose la question de la reconnaissance de notre rôle dans la prise en soin de la DPO. Un questionnement portant sur l'importance du rôle infirmier est à évoquer : aurait-il un réel impact sur l'incidence de la DPO ?

Selon Peplau (1997), lors de l'interaction soignant-soigné, la description et la verbalisation de l'expérience vécue par le patient en lien ici avec la DPO ainsi que les observations faites par les infirmiers peuvent mener à une meilleure compréhension de la situation dans le but est de pallier efficacement à la douleur (p.165).

6.2. Le rôle infirmier dans la prise en soin de la DPO

Les résultats des études analysées font émerger trois thèmes en lien avec le prise en soin de la DPO : l'évaluation de la douleur en post-opératoire, les traitements antalgiques et les croyances des différents acteurs.

Selon Bergeron et al. (2011), une sous-évaluation de la DPO par les soignants a été relevée dès le premier jour suivant l'intervention. De même, une partie des patients ne bénéficient pas d'évaluation de l'intensité de leur douleur durant les trois jours post-opératoires. Cette information est d'autant plus importante car de leur côté, les patients évaluent régulièrement voire très régulièrement leur douleur (jusqu'à huit évaluations par jour à J3) durant la période indiquée (p.83). Cela met en évidence un manque fondamental de documentation et hypothétiquement de surveillances de l'intensité de la douleur malgré les différentes échelles à disposition. De plus, l'étude de Van Dijk et al., (2017) expose que les soignants pensent que leurs évaluations de la douleur correspondent à leurs impressions (p.9).

L'observation des patients occupe une place essentielle dans la théorie des relations interpersonnelles et celle-ci doit être réalisée selon différents points de vue (infirmier, patient, entourage). Dans la DPO, l'observation clinique du patient est primordiale pour une évaluation adéquate de la douleur du patient suivant les différentes échelles à disposition, de manière à adapter la prise en soin. En analysant les observations et les comportements de chacun dans l'interaction soignant-soigné, l'infirmier peut ainsi prendre conscience des besoins du patient en lien avec sa douleur et du message qu'il lui transmet (Peplau, 1997, traduction libre, p.162-163). L'importance que le soignant accorde à l'évaluation de la douleur et donc à la prise en soin de la DPO permet une prise de conscience du patient de ne pas banaliser celle-ci.

En ce qui concerne les traitements antalgiques administrés, des changements dans la pratique ont été introduits par les différents guidelines régulièrement publiés. En effet, en 2003, si l'utilisation d'opiacé tel que la morphine était le traitement de choix. En 2014, l'introduction d'antalgique tel que l'hydrocodone, l'oxycodone concurrence la morphine. En plus des traitements médicamenteux permettant de gérer l'intensité de la douleur tels que la PCA, les blocs nerveux, les cathéters épiduraux ainsi que les techniques non-médicamenteuses sont utilisés. Ces changements n'ont pas eu d'effet significatif sur la satisfaction des patients. Aussi, comme énoncé précédemment l'incidence de la DPO n'a pas diminué et ce malgré les traitements ainsi que les différents moyens d'évaluation à disposition.

Une majorité des patients pense que les médications administrées suite à l'intervention chirurgicale causent des effets secondaires contrairement à ceux qui en ont réellement (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151- 152).

De plus, un nombre important de patients croient qu'ils seraient facilement dépendants aux analgésiques administrés, sachant que ceux-ci considèrent la morphine comme prescrite en cas de stades avancés de cancer (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.4). Il faut noter qu'une préoccupation concernant l'effet de dépendance aux opiacés

suite à l'intervention demeure chez le personnel soignant malgré une formation sur la douleur pour un certain nombre d'entre eux (Van Dijk et al., 2017, traduction libre, p.7). La majorité des patients pensent que ressentir des douleurs en post-opératoire est normal tout autant qu'il est justifié de s'en plaindre (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152).

Malgré la mise en évidence d'éléments importants (traitements, évaluations) dans la prise en soin de la DPO, un manque de documentation est notable sur divers points. Les surveillances infirmières selon les protocoles de soins et les traitements administrés ne sont pas développées, les autres échelles à disposition ne sont pas évoquées ainsi que l'effet antalgique souhaité.

Peplau structure sa démarche de soin selon trois phases (énoncées précédemment). En lien avec les croyances des patients et des soignants, la relation interpersonnelle prend tout son sens et débute dès la phase d'orientation. Selon Peplau (1997), le rôle du soignant dans cette phase est d'évaluer les besoins du patient, de déceler les possibles croyances (idées préconçues ou représentations) en lien avec la DPO et ses traitements (p.162-164), mais aussi d'évaluer la douleur de manière à adapter la prise en soin et les objectifs. En effectuant cela, l'infirmier-ère démontre sa réceptivité et son intérêt sur les préoccupations du patient pour orienter sa phase de travail. Si elle/il n'a pas conscience de l'importance des différents éléments à prendre en compte dans cette phase d'orientation, la prise en soin peut être biaisée. De plus, si le soignant a des croyances en lien avec l'effet de dépendance aux opiacés cela pourra se refléter sur la prise en soin et sur l'adhésion aux soins du patient, l'inverse est aussi valable. Ainsi, les interactions soignant-soigné seront donc défailtantes dès le début de la relation car le patient n'aura pas le sentiment d'être compris, écouté et vu comme un être singulier (p. 163-164).

Dans la phase de travail, le rôle de l'infirmier est d'évaluer la DPO, d'adhérer aux traitements mais aussi d'informer et d'initier le patient à verbaliser les réactions possibles en lien avec celle-ci de manière à cheminer ensemble pour le mener à être acteur de sa prise en soin (Peplau, 1997, traduction libre, p. 164).

A l'aide de quels autres outils le soignant pourrait-il avoir un impact dans l'interaction soignant-soigné ?

L'impact de la relation soignant-soigné semble prépondérant dans la démarche de soin de la DPO au travers de la communication (échanges interpersonnels) de façon à déceler les possibles traits d'anxiété, le vécu de la douleur et les possibles croyances ancrées pour une prise en soin de qualité.

6.3. L'importance de la communication dans la relation soignant-soigné

Selon Bolsler & Manias (2010), l'interaction soignant-soigné repose sur une approche centrée sur les besoins du patient de manière à dispenser des soins individualisés. Malgré cette approche, la prise en soin est centrée à certains moments sur des actions de routine (couper/écraser les médicaments) et non sur l'évaluation clinique du patient ou sur sa gestion du traitement (p. 160).

L'étude montre l'importance de développer des interactions centrées sur le patient durant la dispensation de traitement, de manière à influencer la prise en soin et ainsi travailler en collaboration avec le patient (Bolster & Manias, 2010, traduction libre, p.162).

Ces résultats sont à confronter avec l'étude de McCabe (2004) qui traite des ressentis et des expériences vécues par les patients dans leur communication avec les soignants (p.41). Les résultats démontrent un manque de communication de la part des soignants centrés sur les tâches (actes) à accomplir et les besoins des patients en dépit de la relation soignant-soigné. De plus, aucunes informations sur l'état de santé du patient ne lui sont communiquées (McCabe, 2004, traduction libre, p. 43-44).

De plus, les patients souhaitent être considérés comme un individu (McCabe, 2004, traduction libre, p. 43).

Paradoxalement, les patients évoquent l'accessibilité des soignants dans la relation. La communication est insuffisante bien que bénéfique pour eux. En effet, la communication dans les soins est prépondérante, les patients mettent en valeur l'écoute, l'empathie ainsi que la communication authentique avec l'utilisation d'un langage commun pour une meilleure compréhension de leur pathologie. Ainsi, ils estiment se sentir écoutés, compris, reconnus en tant qu'individu, ce qui diminue leur anxiété (McCabe, 2004, traduction libre, p. 44-45). Le thème de l'anxiété est repris dans l'étude de Gan et al (2014) et les résultats démontrent une influence de celle-ci en préopératoire sur l'intensité de la douleur en post-opératoire (p. 152-153).

Dans la vision des soins que Peplau expose au travers de sa théorie, la communication (verbale et non-verbale) accompagnée de l'écoute, l'empathie et l'authenticité sont des outils primordiaux. Ceux-ci sont transposables à toutes prises en soins et donc à celle de la DPO.

Peplau explique que les professionnels ont tendance à minimiser involontairement les conséquences de leurs actes et paroles dans la relation avec le patient (Peplau, 1997, traduction, p.165). Cet élément pourrait expliquer un manque d'attention accordée aux patients lors des soins mais aussi dans la communication soignant-soigné.

Pour pallier à cela, le soignant, en agissant sur l'anxiété au travers de la verbalisation, l'écoute active, la réassurance, la communication authentique ainsi que par sa présence auprès du patient permet une possible diminution de la DPO. Cela s'effectue dans la phase d'orientation mais peut tout de même être effectué dans les différentes phases. Dans la DPO, c'est hypothétiquement au travers de différents rôles que le soignant investit tels que le rôle de conseillère, le rôle éducatif ou encore celui de personne ressource que le soignant est à l'écoute des besoins du patients et développe un partenariat de soin avec lui, cela dans la phase de travail (Peplau, 1995, p. 45-62 ; Peplau, 1997, traduction libre, p.164). Le but étant que le patient devienne acteur de sa prise en soin. La notion d'empowerment est donc à évoquer.

La communication semble avoir un réel impact dans la relation soignant-soigné dans la prise en soin de la DPO.

7. CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en lumière des éléments de réponses concernant l'impact de l'interaction soignant-soigné dans la prise en soin de la douleur post-opératoire. Malheureusement, au terme de cette revue de la littérature, les éléments trouvés dans les différents articles analysés ne permettent pas une réponse objective et significative à la question de recherche.

En revanche, cette revue a permis d'émettre l'hypothèse que l'infirmier-ère a un rôle prépondérant dans ce qui « se joue » dans l'interaction soignant-soigné au travers de la prise en soin de la douleur post-opératoire.

En effet, l'incidence de la DPO ne cesse d'augmenter malgré les nouvelles recommandations concernant les pratiques de soins. Les conséquences d'une mauvaise gestion de la DPO sont connues et l'infirmier-ère est la première personne à être au contact du patient pour pallier à celle-ci. Enfin, la théorie de Peplau a permis d'avoir un éclairage sur cette revue de la littérature. Les outils utilisés et documentés dans les articles analysés sont la communication soignant-soigné, l'écoute active, l'empathie et le principe de clarté. Ces divers éléments semblent avoir une plus-value pour toute prise en soin. L'hypothèse émise peut être applicable à la prise en soin de la DPO et ce malgré le manque de recherche sur le sujet.

Au vu de la complexité de la thématique, il semblerait intéressant d'élargir la recherche concernant l'enseignement thérapeutique en préopératoire de manière à informer le patient sur la DPO, sur l'antalgie administrée et ainsi diminuer en partie son anxiété. Cela permettrait d'avoir un possible impact dans la relation soignant-soigné en favorisant les interactions et ainsi mener le patient à être acteur de sa prise en soin.

7.1. Apports et limites du travail

Cette revue de la littérature permet d'avoir davantage conscience de l'impact que peuvent avoir les infirmiers-ères dans la prise en soin de la douleur post-opératoire et ce, au travers des interactions soignant-soigné. En effet, il met en lumière l'importance du rôle infirmier et des outils qu'ils peuvent utiliser dans la relation soignant-soigné qui mèneraient à une prise en soin efficace de la DPO.

Ce travail permet de mettre en avant différentes lacunes. Tout d'abord, l'influence du rôle infirmier n'est pas assez mise en avant ou documentée dans les recherches concernant la douleur post-opératoire. Aussi, les chiffres de l'incidence de celle-ci en Suisse ne sont pas connus ni reportés dans les recherches effectuées. Cet élément constitue alors la première limite de ce travail. Les chiffres trouvés sont tirés d'études effectuées aux Etats-Unis, un pays où le système de santé et la culture sont différents de la Suisse, tout comme pour les autres résultats des études exposées qui viennent du Canada, d'Irlande, d'Australie ou encore des Pays-Bas. C'est pourquoi, tous ces résultats sont à interpréter prudemment, bien qu'ils puissent être en partie transposables à la population Suisse.

De plus, bien que certains articles évoquent les interactions soignant-soigné dans une prise en soin ou dans la prise en soin de la douleur ceux-ci ne sont pas spécifiques à la douleur post-opératoire. Les recherches n'ont pas permis de trouver un article mentionnant l'impact des relations interpersonnelles et leur influence sur la prise en soin de la douleur post-opératoire.

Dans ce travail d'autres limites doivent être signalées. Entre autres, un manque d'articles concernant la spécificité du sujet induit un élargissement des filtres de recherche, notamment en lien avec l'année de publication des articles. Cependant, malgré l'ancienneté de certains articles, ils restent d'actualité et pertinents pour le sujet.

Aussi, les articles scientifiques retenus ont un faible niveau de preuve. En effet, il s'agit d'études qualitatives, rétrospectives, descriptives ou encore un essai randomisé contrôlé mélangé à une étude transversale. La douleur de manière générale, la douleur post-opératoire et l'impact de la relation soignant-soigné étant des éléments subjectifs, ils restent difficiles à évaluer de manière objective. De plus, aucun article n'évoque l'influence de la culture de l'individu sur la douleur, ce qui pourrait avoir une différence notable. Cependant, tous les articles sélectionnés sont essentiels et adaptés à la question de recherche.

Des biais ont été identifiés dans les différents articles sélectionnés ce qui constitue une autre limite à la recherche.

Enfin, la plupart des articles étant écrits en anglais, les traductions effectuées pourraient ne pas être complètement fidèles aux propos des auteurs malgré la rigueur appliquée. Le sens des propos des auteurs semble tout de même être conservé.

7.2. Recommandations

7.2.1 Pour la pratique

Les articles analysés ont permis de mettre en évidence l'importance de la communication et de l'interaction soignant-soigné dans la prise en soin. Les résultats énoncés peuvent être applicables à la prise en soin de la DPO. En effet, le rôle du soignant est d'évaluer l'intensité de la douleur mais aussi de déceler les éléments potentiellement délétères à celle-ci (par exemple : l'anxiété, le stress) de manière à adapter la prise en soin selon les besoins du patient. En ayant une posture centrée sur le patient, l'infirmier-ère développera une prise en soin de qualité tout en adaptant son antalgie et en incluant le patient de manière à ce qu'il soit acteur de sa prise en soin (notion d'empowerment). C'est donc au travers de la relation soignant-soigné que tout « se joue ».

7.2.2 Pour la recherche

Comme énoncé précédemment, les résultats analysés ne permettent pas de démontrer significativement l'impact de la relation soignant-soigné dans la prise en soin de la DPO. Il semblerait donc être intéressant de proposer la réalisation d'une étude portant sur l'importance de la relation chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale de manière à évaluer l'impact de celle-ci. De plus, des guidelines ont été proposées notamment en lien avec la gestion de l'antalgie post-opératoire, mais de façon à enrichir la pratique, il semblerait pertinent d'inclure l'ensemble du personnel soignant dans ceux-ci pour développer une prise en soin de qualité. Enfin, n'ayant aucune donnée épidémiologique en Suisse concernant la DPO, il serait donc intéressant de réaliser une étude permettant de mesurer l'incidence de la DPO de ce pays.

8. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2010). *Nursing theory: utilization & application* (4th ed.). Maryland Heights: Elsevier Mosby.
- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta S.S & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-40. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873949>
- Avet, F., Avet, S., Lacombe, F., Lunghi, N., Maille, M., Theurin, M. & Perrot, S. (2006). *Douleurs : compétences et rôles infirmiers*. Paris : Med-Line.
- Beloëil, H. & Nègre, I. (2015). *Mémo douleur* (2^{ème} éd. mise à jour). Montrouge : Arnette.
- Bergeron, D.A., Leduc, G., Marchand, S. & Bourgault, P. (2011). Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(2), 81-86.
- Boccard, E., Adnet, F., Gueugniaud, P-Y., Filipovics, A. & Ricard-Hibbon, A. (2011). Prise de charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Annales française de médecine d'urgence*. Accès www.icta.fr/media/14109/ICTA_2011_AFMU_Publication_PALIERS.pdf
- Carr, E.C.J., Thomas, V.N. & Wilson-Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: A longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 521-530.
- Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke. (s.d.). *Centre de recherche*. Accès <http://cr.chus.qc.ca/axes/inflammation-douleur/chercheurs/marchand-serge-ph-d/>
- Chauffour-Ader, C. & Daydé, M-C. (2012). *Comprendre et soulager la douleur* (2^{ème} éd.). Paris : Éditions Lamarre.

- Chauffour-Ader, C. & Daydé, M-C. (2016). *Comprendre et soulager la douleur* (3^{ème} éd.). Paris : Éditions Lamarre.
- Chou, R., Gordon, D.B., De Leon-Casasola, O.A., Rosenberg, J.M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, L.C. (2016). Guidelines on the Management of Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 17(2), 131-157.
- COMET. (2014). *Communication, medicine and ethics*. Accès <http://www.english.hku.hk/events/comet2015/speakers.html>
- Compendium. (2016). Accès <http://www.compendium.ch/home/fr>
- Dillon McDonald, D., LaPorta, M. & Meadows-Oliver, M. (2005). Nurses' response to pain communication from patients: A post-test experimental study. *International Journal of Nursing studies*, 44(1), 29-35. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.017
- DocFoc. (2016). *Isbar communication tool* [image]. Accès <http://server1.docfoc.com/uploads/Y2016/01/29/XF3pCJI39H/1.jpg>
- Duke University School of Medecine. (2017). *Duke Anesthesiology*. Accès <http://anesthesiology.duke.edu/?portfolio=ashraf-s-habib-mb-bch>
- Dunwoody, C.J., Krenzischek, DA., Pasero, C., Rathmell, JP. & Polomano, RC. (2008). Assessment, physiological monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1A), S15-S27.
- Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (3^{ème} éd). Philadelphia : F.A. Davis.
- Fletcher, D. & Chauvin, M. (2006). *Douleurs aiguës*. Pays-Bas : Arnette.
- Gan, T.J., Habib, A.S., Miller, T.E., White, W. & Apfelbaum, J.L. (2013). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, 30(1), 149-160.

Haute Autorité de Santé. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

Haute école spécialisée de suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : filière de formation en soins infirmiers*. Accès https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/861637/mod_resource/content/1/PEC%20Soins%20infirmiers.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2012). *Rappel sur la douleur et son mode de transmission*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/annexe2_analgésie_peridurale.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2013). *Douleur aiguë*. Accès www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/.../douleur_aigue_arce_2013.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2014). *HUG en bref*. [Brochure]. Accès www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/hug-en-bref.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2015). *Antalgie aiguë postopératoire : Aide mémoire pour les professionnels*. [Brochure]. Accès www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau.../antalgie_a6_web.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *CPOT : grille d'observation comportementale de la douleur*. Accès www.hug-ge.ch/sites/interhug/.../douleur_/.../echelle_cpote_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle ALGOPLUS : évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_algo_plus_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle DOLOPLUS : évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_doloplus_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle ECPA : évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante (avant et pendant les soins)*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_ecpa_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle faciale*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_faciale_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle numérique*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_numerique_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle verbale simple*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_verbale_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Echelle visuelle analogique*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_eva_utilisation.pdf

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Procédures de soins*. Accès <http://www.hug-ge.ch/procedures-de-soins>

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Questionnaire DN4 Douleur neuropathique*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/questionnaire_dn4_utilisation.pdf

- Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Questionnaire Douleur St-Antoine QDSA*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_qdsa_utilisation.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Réseau douleur*. Accès <http://www.hug-ge.ch/reseau-douleur>
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Schéma corporel Adulte/Enfant*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/schema_corporel_adulteenfant_utilisation.pdf
- Hutchison, R. (2007). Challenges in acute a post-operative pain management. *American journal of health-system pharmacy*, 64(6 Suppl 4), p. S2-S8. Accès http://www.ajhp.org/content/64/6_Supplement_4/S2.full.pdf+html?hw-tma-check=true
- Infirmiers.com. (2014). *Cours – Physiologie de la douleur*. Accès <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-physiologie-la-douleur.html>
- Infirmière de l'humanité. (2017). Accès <http://www.infirmieresdelhumanite.org/davebergeron.html>
- International Anesthesia Research Society. (2017). *Anesthesia & Analgesia*. Accès <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Pages/aboutthejournal.aspx>
- International Association for the Study of Pain. (2012). *ISAP Taxonomy*. Accès <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
- International Journal of Nursing Studies. (2017). Accès <http://www.journalofnursingstudies.com/content/aims>
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Canada : Chenelière éducation inc.

- Larousse. (s.d). *Anxiété*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
- Marieb, E. & Hoehn, K. (2005). *Anatomie et physiologie humaine* (6^{ème} éd.). Paris : Ed. Masson.
- Mann, C. (2007). *Neuro-physiologie de la douleur*. Accès http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Spal/MID_Spal_Item_65-1_Douleur_%20bases_neurophysiologiques.pdf
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2004). *La douleur en questions*. Accès social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_douleur_en_questions.pdf
- MM&M. (2016). *MMM Hall of Femme*. Accès <http://www.mmm-online.com/mmm-hall-of-femme/shilpa-shah-mehta/article/649047/>
- Nurseslabs. (2017). *Hildegard E. Peplau – Psychiatric Nurse of the Century*. Accès <https://nurseslabs.com/hildegard-peplau/>
- O'Hayon Naïm, N. & Escher, M. (2010). Antalgiques en automédication : quelles sont les risques ? *Revue médicale suisse*, 6, 1338-1341.
- Pain Research and Management. (2017). *About this Journal*. Accès <https://www.hindawi.com/journals/prm/>
- Payen, J-F. (2002). *Bases physiologiques et évaluation de la douleur* (65). Accès <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/leconimprim.pdf>
- Peate, I., Wild, K. & Nair, M. (2014). *Nursing Practice: Knowledge and Care*, 490-513. Accès [https://books.google.ch/books?id=xqXCBwAAQBAJ&pg=PA512&lpg=PA512&dq=Layzell,+M.+\(2008\).+Current+interventions+and+approaches+to+postoperative+pain+management.+British+Journal+of+Nursing,+17\(7\),+414-419.&source=bl&ots=a6oryApwIM&sig=d8ZgmYh1sxVF0NPJLv8nZXjE04&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiFxb_e6cfLAhUGRQ8KHVuHBegQ6AEIKDAB#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ch/books?id=xqXCBwAAQBAJ&pg=PA512&lpg=PA512&dq=Layzell,+M.+(2008).+Current+interventions+and+approaches+to+postoperative+pain+management.+British+Journal+of+Nursing,+17(7),+414-419.&source=bl&ots=a6oryApwIM&sig=d8ZgmYh1sxVF0NPJLv8nZXjE04&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiFxb_e6cfLAhUGRQ8KHVuHBegQ6AEIKDAB#v=onepage&q&f=false)

- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Peplau, H. E. (1995). *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris, France : Editions Masson.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique* (2^{ème} éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Radboud Universiteit. (2017). Accès <http://www.ru.nl/personen/alblas-e/>
- Researchgate. (2016). Accès https://www.researchgate.net/profile/Catherine_Mccabe
- Researchgate. (2016). Accès https://www.researchgate.net/profile/Connie_Chen5
- Réseau Douleur France Comté. (2013). *Prise en charge de la douleur chez l'adulte* [Présentation Powerpoint]. Accès http://www.reseaudouleurfc.fr/index_htm_files/Livret_Douleur_version_avril_2010.pdf
- Richards, J. & Hubbert, A. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain management nursing*, 8(1), 17-24. doi.org/10.1016/j.pmn.2006.12.003
- SAGE journals. (2017). *Nursing Science Quarterly*. Accès <http://journals.sagepub.com/home/nsq>
- Sanofi. (2014). *1 français sur 2 souffre actuellement d'une douleur*. [Communiqué de presse France]. Accès www.sanofi.ch/fr/medias/2FC8BD2E-B64C-46E6-9B4A-66EB1F93E920.pdf
- Serrie, A., Krakowski, I., Delorme, C., Beltramo, P. & Allaert, F-A. (2012). Analgésie inhalatoire: expérience et soulagement des patients (Étude Séréna). *Douleurs*, 13(3), 115-123.

- Sinatra, R. (2010). Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain. *Pain Medicine* 2010, 11(12), 1859–1871.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x
- Stony Brook School of medicine. (2016). *Department of Anesthesiology*. Accès <https://medicine.stonybrookmedicine.edu/anesthesiology/faculty/gan>
- Société Canadienne de la Douleur. (2013). Fiche d'information-la douleur au Canada. Accès http://c.ymcdn.com/sites/www.canadianpainsociety.ca/resource/resmgr/Docs/pain_fact_sheet_fr.pdf
- Taylor & Francis Online. 2017. *Current Medical Research and Opinion*. Accès <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/03007995.2013.860019?journalCode=icmo20>
- Taylor & Francis Online. 2017. *Current Medical Research and Opinion*. Accès <http://www.tandfonline.com/toc/icmo20/current>
- The Age. (2006). *One nurse's brainchild making a difference*. Accès <http://www.theage.com.au/news/nursing/one-nurses-brainchild-making-a-difference/2006/10/27/1161749302526.html>
- The University of Chicago. (2017). *U Chicago News*. Accès <https://news.uchicago.edu/profile/jeffrey-apfelbaum>
- Thibault, P. & Fournival, N. (2012). *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. Paris : Éditions Lamarre.
- UMC Utrecht. (2017). Accès <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Zorgverleners/Dijk,-van>
- UMC Utrecht. (2017). Accès <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Zorgverleners/Kalkman-CJ>

UMC Utrecht. (2017). Hersencentrum. Accès
<http://research.umcutrechthersencentrum.nl/whos-who/bio/marieke-schuurmans/>

Warfield, C.A. & Kahn, C.H. (1995). Acute pain management: programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S adults. *Anesthesiology*, 83(5), 1090-1094. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7486160>

Wijatmiko, T. (2013). Neuropathic Pain in Daily Practice [Image]. Accès
<http://www.slideshare.net/teddywijatmiko/dr-teddy-wijatmiko-sps-neuropathic-pain>

Wiley. (2017). Journal of Clinical Nursing. Accès
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-JOCN.html>

Wilhelmina kindziekenhuis. (2017). Accès
<https://www.hetwkz.nl/nl/Ziekenhuis/Zorgverleners/Wijck-AMJ-van.asp>

9. LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta S.S & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-40. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873949>
- Bergeron, D.A., Leduc, G., Marchand, S. & Bourgault, P. (2011). Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(2), 81-86.
- Bolster, D. & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 154-165.
- Gan, T.J., Habib, A.S., Miller, T.E., White, W. & Apfelbaum, J.L. (2013). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, 30(1), 149-160.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- Peplau, H.E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.
- Van Dijk, J.F.M., Schuurmans, M.J., Alblas, E.E., Kalkman, C.J., Van Wijck, A.J.M. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1-11.

10. ANNEXES

10.1. Différents types de douleurs

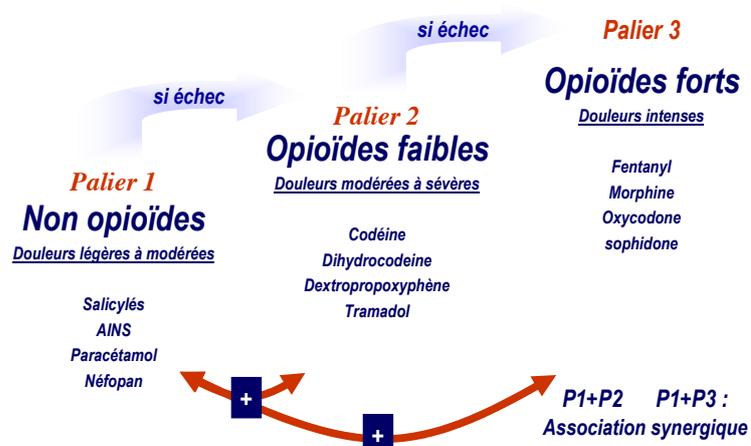
Différents types de douleur

Douleur	Mécanisme	Exemples	Sémiologie
Nociceptive (inflammatoire) os, peau, viscères	Activation au niveau périphérique du système de transmission des messages nociceptifs	Traumatisme, douleur postopératoire, infection, inflammation	Variable
Neuropathique	Lésion ou maladie du système somatosensoriel périphérique ou central	- Périphérique : Traumatique Néuralgies post-herpétiques Polyneuropathies HIV, diabétique, douleur post-op - Centrale : AVC, SEP	Décharge électrique, brûlure, fourmillement, hypo/dyesthésie hyperalgésie/allodynie
Douleur aiguë	Rôle physiologique, disparaît après suppression de la cause, répond généralement au tt antalgique	- Traumatique : brûlures fractures - Médicale : colique néphrétique - Postopératoire	
Douleur chronique	Douleur qui persiste au delà de la réparation des lésions tissulaires, durée > 3 mois, peut être liée à une sensibilisation centrale, répercussions physiques, psychologiques, sociales, professionnelles, familiales	- Nociceptive : cancéreuse céphalées lombalgies - Neurogène : douleur fantôme AVC...	

Tiré de : HUG, 2015

10.2. Paliers de l’OMS

PALIER DE L’OMS



Tiré de : Réseau Douleur France Comté. 2013

10.3. Palier 3

Analgésie pour douleur sévère (palier 3) : opiacés

Opiacé	Voie d'admin.	Délai d'action	Durée	Posologie	Particularité
Morphine	po rapide po lente** sc, im iv	30-45 min 1-3h 10-30 min 5-10 min	4h 12h 4h 4h	0.3 mg/kg 6x/j* ** 0.1mg/kg 6x/j Titration, PCA	Opiacé de référence Histamino-libération, hypotension
Hydro-morphone	po rapide po lente** sc iv	30-60 min 3h 15 min 15 min	4h 12h 4h 4h	0.05mg/kg 6x/j* ** 0.025 mg/kg 6x/j Titration, PCA	2 ^e intention si effets sec +++ de la morphine
Buprénorphine	sublingual im iv transdermique**	45-60 min 20-40 min 20-40 min 12-24h	6-8h 6-8h 6-8h 72h	0.2-0.3mg 3x/j* 0.15mg 3x/j Titration, PCA Patch de 35, 52.5 et 70mcg/h (=0.8, 1.2 et 1.6 mg/j)	Nausées/ vomissements. 1 ^{er} choix (SL) si insuffisance rénale
Oxycodone	po rapide po lente**	15-30 min 3-4h	4h 12h	5-10 mg 6x/j* **	Oxycodone ret + Naloxone (Targin [®]) Si constipation
Fentanyl	iv intrathecal péridural transdermique**	5 min 30 min 1h 12-24h	30-60min 6-12h 72h	Titration, PCA Anesthésie Patch de 12, 25, 50, 75 et 100 mcg/h	Consulter équipe douleur Nausées/ vomissements > Choix si insuffisance rénale
Méthadone	po sc,im iv	2h 10-20 min	2-10h 10 min-24h	20-40 mg/j 10-20 mg/j Titration, PCA	Consulter équipe douleur En 1x si substitution En 3x si antalgie***

* Réduire les doses de 2 à 3 x chez le sujet âgé et polymorbide. Prévoir **dose de réserve égale à 10% de la dose totale/j**, à donner 3x/jour selon un intervalle correspondant au délai d'action (2x pour buprénorphine)

** Formes lentes et transdermiques réservées au traitement chronique de la douleur, à débiter qu'après avoir obtenu une antalgie stable avec opiacé rapide. Dose/j d'opiacé lent = dose/j d'opiacé rapide. Prévoir aussi réserve en forme rapide (même calcul que pour antalgie aiguë)

*** Pas recommandé pour l'antalgie (délais d'action, interactions médicamenteuses, prolongation QT, arythmies)

Tiré de : HUG, 2015

10.4. ISBAR

ISBAR COMMUNICATION TOOL

<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">I</h1> <p style="margin: 0;">Identify</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yourself: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> name, <input type="checkbox"/> position, <input type="checkbox"/> location ➤ Receiver: Confirm who you are talking to ➤ Patient: name, age, sex, location
<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">S</h1> <p style="margin: 0;">Situation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ State purpose "The reason I am calling is....." ➤ If urgent – SAY SO, Make it clear from the start ➤ May represent a summary of Assessment and Requirement
<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">B</h1> <p style="margin: 0;">Background</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tell the story ➤ Relevant information only: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> history, <input type="checkbox"/> examination, <input type="checkbox"/> test results, <input type="checkbox"/> management ➤ If urgent: Relevant vital signs, current management
<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">A</h1> <p style="margin: 0;">Assessment</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ State what you think is going on, your interpretation ➤ Use ABCDE approach <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Airway <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> Circulation <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Exposure ➤ State any interventions e.g applied oxygen
<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">R</h1> <p style="margin: 0;">Requirement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ What you want from them – BE CLEAR ➤ State your request or requirement <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urgent review (state time frame) <input type="checkbox"/> Give approval / recommendation for further course of action while awaiting attendance eg. ECG, bloods <input type="checkbox"/> Give opinion on appropriate management

Tiré de : DocFoc, 2016

10.5. Fiche de lecture n°1

Apfelbaum, J.L., Chen, C., Mehta S.S & Gan, T.J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-40.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873949>

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

Cet article a été écrit par 4 auteurs :

- Jeffrey L. Apfelbaum est diplômé de l'Université de Médecine de Pennsylvanie depuis 1983 où il s'est spécialisé en tant que médecin anesthésiste. Il est actuellement professeur en anesthésie et en soins aigus ainsi que chef du Département d'Anesthésie à l'Université de Médecine de Chicago (The University of Chicago, 2017, traduction libre)
- Connie Chen est une pharmacienne américaine spécialisée dans l'économie de la santé (Researchgate, 2016, traduction libre)
- Shilpa S. Mehta est une pharmacienne actuellement directrice (exécutive) du marketing concernant l'oncologie chez Novartis (MM&M, 2016, traduction libre)
- Tong Joo Gan est professeur et président du Département d'Anesthésiologie à l'Université de Médecine de Stony Brook à New York. Il a reçu diverses récompenses telles que: "The Society for Ambulatory Anesthesia Young Investigator Award and The International Anesthesia Research Society (IARS) [et le] Clinical Scholar Research Award" (Stony Brook School of medicine, 2016). Il est aussi membre de plusieurs organisations professionnelles: "The American Society of Anesthesiologists (ASA), the American University of Anesthesiologists (AUA) and The International Anesthesia Research Society (IARS)" (Stony Brook School of medicine, 2016).
Il a fait partie en tant que chercheurs et co-chercheurs de plus de 100 essais cliniques (Stony Brook School of medicine, 2016, traduction libre)

Le nom et type de revue :

Anesthesia & Analgesia est un journal médical mensuel répertorié comme un standard en anesthésiologie. Les articles qui sont publiés couvrent les dernières avancées en

matière de médicaments, de préparation per-opératoire, de monitoring du patient, de gestion de la douleur, de la physiopathologie ainsi que d'autres sujets (International Anesthesia Research Society, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

L'étude est un sondage national effectué aux Etats-Unis auprès de patients ayant subi une chirurgie lors des 5 dernières années.

Les objectifs pratiques :

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques du vécu de la douleur post-opératoire, d'évaluer la satisfaction des patients concernant leurs médicaments contre la douleur et d'évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique aux patients (concernant la douleur post-opératoire). Aussi, l'évaluation de la perception des patients concernant la douleur post-opératoire et leurs médicaments est un des objectifs (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de recherche

L'objet de la recherche est d'évaluer la gestion de la douleur post-opératoire chez les patients hospitalisés et ambulatoires au travers de divers points.

1.2.2 Question de recherche

Une question de recherche n'est pas formulée cependant nous pouvons essayer de la formuler de cette manière : est-ce que la douleur post-opératoire est bien gérée ?

1.2.3 Hypothèse de travail

Il s'agit dans cet article d'avoir une compréhension du vécu des patients concernant la douleur post-opératoire afin que les professionnels de santé puissent améliorer leur pratique (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535).

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Aucun cadre théorique de recherche n'est défini ni mentionné.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept est d'évaluer au travers de diverses questions le vécu des patients concernant la douleur post-opératoire.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de donné

Les auteurs ont utilisé des questions prédéterminées, reprises et adaptées d'une précédente étude similaire effectuée par Warfield et Kahn datant de 1995.

Les questions posées ramènent à des événements dont les participants peuvent se rappeler facilement c'est pour cela qu'elles ont été choisies.

Les différentes questions posées aux participants étaient :

- Il y a combien de temps que vous avez subi une chirurgie ? Dans quel type d'établissement ? Et quelles étaient vos inquiétudes avant la chirurgie ?
- Est-ce que vous avez ressenti des douleurs en post-opératoire ? De quelles intensités étaient-elles (échelle verbale) ?
- Quels médicaments avez-vous reçu ? Quels effets secondaires avez-vous ressentis ? Étiez-vous satisfait de la médication que vous avez reçu après la chirurgie, pendant que vous étiez à l'hôpital et jusqu'à 2 semaines après le retour à domicile ?
- Avez-vous reçu une éducation thérapeutique concernant la gestion de la douleur ?
- Décrivez la perception de la douleur que vous avez ressentie ?
- Quels types de médication avez-vous eu après la chirurgie ?

Les données ont été classés entre les patients ayant subi des chirurgies en ambulatoire et les patients hospitalisés. Quant aux pourcentages ils ont été calculés en fonction du nombre total de participants pour chaque question sous forme d'analyse de statistique descriptive.

1.3.2 Population de l'étude

L'échantillon de l'étude regroupe 250 patients dont 65% de femmes et 35% d'hommes. Ceux-ci ont été choisis parmi 550'000 ménages premièrement sélectionnés puis parmi 666 personnes contactées. Les patients participants ont tous subi une chirurgie en hospitalier ou en ambulatoire lors des 5 dernières années. La taille de l'échantillon a été choisie en fonction de l'étude similaire publiée en 1995.

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude quantitative dont les résultats ont été analysés par des statistiques descriptives.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Un des résultats le plus important est le suivant :

- 86% des patients ont souffert de douleur post-opératoire, parmi eux 43% ont ressenti des douleurs modérées et 47% des douleurs sévères à extrêmes.

La recherche comporte aussi d'autres résultats essentiels au vu des diverses questions posées dans cette étude :

- Sur les 250 personnes 65 % étaient des femmes et l'âge moyen était de 46 ans.
- 52% des patients (n=250) ont été hospitalisés
- 40% des patients hospitalisés et 60% des patients ambulatoires ont eu leur intervention il y a moins d'un an
- Pour 57% des patients hospitalisés l'inquiétude principale concernait la douleur post-opératoire et pour 47% c'était que la chirurgie améliore leur état
- Environ 82 % (n=250) des patients ont reçu des médicaments contre la douleur pendant leur prise en soin. Pour 33% des patients hospitalisés, la morphine était le médicament le plus le plus administrés. 76% (n=250) des patients ont eu des médicaments après le retour à domicile
- 23% des patients qui ont pris des médicaments ont ressentis des effets-secondaires (les plus communs : somnolence, nausée et constipation)
- 90% des patients hospitalisés étaient satisfaits voir très satisfaits des médicaments administrés contre 2% qui se disent insatisfaits
- Concernant l'éducation à la douleur, 63% des patients ont reportés avoir eu des informations avant leur intervention et 70% après la chirurgie
- 75% (n=250) des patients estiment que ressentir de la douleur en post-opératoire est tout-à-fait normal
- 94% (n=250) des patients pensaient que les médicaments administrés en post-opératoire causaient des effets secondaires et 72% (n=250) choisiraient des médicaments non-opioïdes s'ils avaient le choix (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535-538)

1.4.2 Conclusion générale

L'étude montre que la majorité des patients reportent des douleurs post-opératoires modérées à sévères. Ces résultats de 2003 sont inscrits dans un contexte où les différents personnels de santé sont plus attentifs à la gestion de la douleur. C'est pourquoi au vu des résultats et dans le but d'améliorer les pratiques concernant la DPO il faut continuer les recherches, faire des changements dans les pratiques médicales, développer de nouveaux analgésiques de grandes efficacités et avec peu d'effets

secondaires, ainsi qu'utiliser des analgésiques de manière équilibrée afin d'améliorer leurs potentiels (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.540).

1.4.3 Particularité ou originalité de leur étude

La particularité de cet article réside dans le fait que les auteurs se basent sur un article datant de 1995 soit la même année que les premières recommandations concernant la gestion de la douleur en péri-opératoire. Les auteurs ont décidé de faire une nouvelle recherche afin de voir s'il y avait une évolution des chiffres concernant la gestion de la DPO et ce, suite aux nouvelles avancées dans les pratiques chirurgicales et en matière de gestion de la douleur. Avoir une étude de référence permet d'avoir une vision plus juste des changements statistiques. De plus, la perspective des patients permet d'ajuster ainsi qu'améliorer les pratiques car une gestion adéquate de la DPO reste difficile et peu amener à des conséquences importantes.

1.5 Éthique

Pour cette étude les participants ont été choisis au hasard dans un échantillon ou tous avaient une opportunité similaire de participer à l'étude. Tous les participants ont donné leur consentement et n'ont pas été rémunéré (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

L'article nous permet d'avoir des statistiques importantes concernant l'incidence de la DPO. Le premier guideline concernant la gestion de la douleur aiguë a été publié en 1992, deux années plus tard était publié le premier guideline sur la gestion de la douleur en per-opératoire par « The American Society of Anesthesiologists ». Cette année-là (1995) 77% des patients reportaient une douleur post-opératoire. En 2003, malgré des nouvelles recommandations émises par « The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization concernant la gestion de la douleur, 82% des personnes ont reporté des douleurs en post-opératoire (Apfelbaum et al., 2003, traduction libre, p.535). Cet article met en lumière une évolution des statistiques concernant la gestion de la douleur malgré le progrès des pratiques et des changements dans les recommandations. Cependant, la gestion de la DPO n'est toujours pas efficace.

Avoir la perspective des patients permet d'ajuster sa pratique et considérer le patient comme un partenaire dans le changement de prise en soin. Cela permet aussi d'avoir un point de vue de certaines croyances des patients. Avec tous ces éléments pris en

compte, l'article tend à nous amener vers une amélioration de la prise en soin de la douleur post-opératoire.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Tout d'abord, l'échantillon de 250 personnes est petit comparé aux 73 millions de personnes qui subissent des chirurgies chaque année aux Etats-Unis. De plus, l'échantillon de l'étude est plus représenté par des femmes ce qui pourrait hypothétiquement constituer une limite ne sachant pas si un échantillon représenté par plus d'hommes changerait les résultats. Cependant certaines statistiques sont vues en fonction de la population masculine/féminine afin de voir si une différence significative existe.

Une autre limite serait que la population choisie regroupe des patients ayant subi une chirurgie il y a 5 ans. Cette rétrospection est un peu longue bien que 50% du panel soit constitué de personnes ayant subi une chirurgie il y a moins d'un an.

Aussi, les patients hospitalisés et ambulatoires sont mélangés, malgré le fait que les statistiques soient différenciées pour certains résultats de ces deux groupes pour d'autres ils ne le sont pas.

Dernièrement, le type d'anesthésie exécutée n'est pas différencié.

2.3 Pistes de réflexion

Cet article nous permet de nous pencher sur l'évolution des résultats entre 1995 et 2003 et nous questionner sur pourquoi les chiffres se sont péjorés alors que différents professionnels ont compris l'importance d'une bonne prise en soin de la douleur mais aussi de la DPO. De plus, les techniques chirurgicales et les recommandations ont changé et se sont améliorées durant ce laps de temps.

Les résultats nous permettent aussi d'avoir une vision des croyances et du ressenti du patient concernant la prise en soins de la douleur post-opératoire. Prendre en compte ces éléments afin d'élaborer de nouvelles recommandations et pratiques est essentiel pour faire avancer la prise en soin de la DPO.

De plus, cela permet une ouverture sur de nouvelles recherches par la suite une fois que des changements auront été faits mais aussi cela permet une ouverture à d'autres facteurs liés aux patients qui pourraient avoir un effet sur ces statistiques.

10.6. Fiche de lecture n°2

Bergeron, D.A., Leduc, G., Marchand, S. & Bourgault, P. (2011). Étude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 16(2), 81-86.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

Cet article a été écrit par quatre auteurs :

- Dave A. Bergeron, Infirmier clinicien à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal. De plus, il est chargé de cours à l'Université de Sherbrooke et au Collège Édouard-Montpetit et a une Maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières) à l'Université de Sherbrooke. Aussi, il fait partie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Infirmière de l'humanité, 2017)
- Geneviève Leduc, a une Maitrise en sciences cliniques à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, au Québec (Bergeron et al., 2011, p. 81)
- Serge Marchand, est Professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. De plus, il est médecin chercheur au département de chirurgie (service de neurochirurgie) avec pour axe de recherche les mécanismes neurophysiologiques du développement, de la persistance et de la réponse aux traitements de la douleur. Aussi, il occupe le poste de Directeur du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et a été titulaire de la Chaire conjointe UQAT-Université de Sherbrooke en douleur (2002-2010) (CHUS, s.d.)
- Patricia Bourgault est infirmière et professeure à l'école des sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke, au Québec (Bergeron et al., 2011, p. 81)

Nom et type de la revue :

La revue « Pain research and management » repose sur la recherche et la gestion de la douleur est une revue à comité de lecture, d'accès libre, qui publie des articles de recherche originaux, des articles de revue et des études cliniques dans tous les domaines de la gestion de la douleur.

Le facteur d'impact le plus récent pour la recherche et la gestion de la douleur est de 1,685 selon le Journal Citation Reports 2015 publié par Thomson Reuters en 2016 (pain research and management, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans un centre hospitalier universitaire tertiaire au Canada, dans une unité de chirurgie générale (chirurgie non urgente).

Les objectifs pratiques : Les objectifs sont : « décrire la méthode, la fréquence et la documentation de l'évaluation de la douleur effectuée par des infirmières soignantes en contexte postopératoire de chirurgie générale [et] comparer les évaluations de la douleur effectuées par les participants à l'étude à celles notées par leurs infirmières soignantes » (Bergeron et al., 2011, p. 82).

1.2 L'objet de l'article

1.2.1 Objet de la recherche

L'objet de l'article est de décrire et de comparer l'évaluation de la douleur faite par les patients et les soignants.

1.2.2 Question de recherche

L'évaluation de la douleur postopératoire en milieu hospitalier en unité de chirurgie générale.

1.2.3 Hypothèse de travail

Elle n'est pas nommée en tant que telle mais il est possible de déduire que la comparaison des différentes évaluations de la douleur (patient et soignant) permettra de proposer des stratégies ciblées afin d'améliorer la prise en soin de la DPO.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Aucun cadre théorique n'a été mentionné.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les principaux concepts utilisés sont : l'évaluation de la douleur et plus particulièrement les échelles d'évaluation de la douleur (EN, EVA...) ainsi qu'une description de l'intensité et de l'aspect de la douleur.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Un journal permettant de noter l'évaluation de l'intensité de leur douleur à chaque éveil de celle-ci durant les trois premières journées post-opératoires a été distribué aux patients. D'autre part, les soignants répertorient leurs évaluations (descriptives ou numériques) dans le dossier du patient de façon à ce que toutes les données (patients et soignants). A savoir que les infirmières n'avaient pas accès au journal des patients durant l'étude. De plus, une analyse de corrélation a été réalisée concernant la moyenne de l'intensité de la douleur (EVA) en fonction de chacune des journées post-opératoires.

1.3.2 Population de l'étude

Adultes de 18 à 75 ans subissant une chirurgie non urgente et étant en mesure d'évaluer leur douleur régulièrement durant les 3 jours suivant leur intervention. L'échantillon retenu pour l'étude est composé de 40 participants (13 hommes et 27 femmes).

1.3.3 Type d'analyse

Etude quantitative.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Aucune corrélation significative entre les évaluations numériques des infirmières et celles des patients ($p < 0,01$) n'a été trouvée. Une sous-évaluation de la douleur de la part des soignants a été relevée à J1 par rapport à l'évaluation des patients.

Moyenne des EN des infirmières à J1 : 1,6 ($\pm 0,2$) /10

Moyenne des EVA des patients à J1 : 3,8 ($\pm 0,4$) /10

A J1, 7,5% des patients n'ont pas eu d'évaluation durant leur première journée post-opératoire. 17,5% des patients ont eu au moins trois évaluations tandis que 50% des patients ont eu 4 à 6 évaluations documentées. « Seulement 27,5 % des patients ont eu plus de six évaluations de la douleur documentées », (Bergeron et al., 2011, p. 83).

A J2 et J3, 12,5% et 27,5% n'ont pas eu d'évaluation de leur douleur par les infirmières et 32,5% et 45% ont eu d'une à trois évaluations enregistrées. Tandis qu'à J1, tous les participants ont évalué leur douleur 10,5 ($\pm 0,8$) fois. A J2, 36 patients ont fait 7,6 ($\pm 0,7$) évaluations numériques. A J3, 32 patients ont évalué leur douleur 8,6 ($\pm 1,1$) fois (Bergeron, Leduc, Marchand & Bourgault, 2011, p. 83).

Aussi, à J1, 34 patients ont une PCA ou une analgésie épidurale. A J2, plus que 16 patients ont conservé ce type d'analgésie et à J3, plus que 4 patients. Durant les trois premiers jours, 10%, 25% et 42,5% de l'échantillon n'ont pas eu d'évaluation de leur

DPO. 37,5% des patients ont eu une à trois évaluations et de quatre à six évaluations à J1. Seul 17,5% ont eu plus de six évaluations. Les jours suivants, une diminution significative des évaluations est notable (Bergeron et al., 2011, p. 83).

1.4.2 Conclusions générales

Pas de corrélation significative entre l'intensité de la douleur mesurée par les patients et documentée par le personnel soignant, ce qui tend peut-être vers un soulagement non optimal de la DPO.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Comparaison des évaluations des patients en regard aux évaluations effectuées par le personnel soignant.

1.5 Ethique

« Le comité d'éthique de l'établissement a approuvé le protocole de recherche, le formulaire de consentement et les instruments de mesure. Les patients savaient que les données recueillies seraient utilisées pour des besoins de recherche » (Bergeron et al., 2011, p. 82).

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article met en lumière une sous-évaluation de la douleur chez des patients ayant subi une intervention chirurgicale non urgente.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

L'échantillon de 40 participants reste petit de par sa taille, de plus, 30% d'abandons ont été recensés (échantillon de 60 participants au départ). La présente étude a été effectuée sur 4 types de chirurgie bien définies, seulement d'autres types de chirurgie ont été retenues dont nous n'avons aucune information (biais de mesure). De plus, lors de la description de l'intensité de la douleur par les patients, aucune information n'est apportée concernant les modalités de définition.

2.3 Pistes de réflexion

Au vu des résultats, les auteurs proposent de mettre en place une formation infirmière sur l'évaluation et le soulagement de la DPO dans le but d'uniformiser les pratiques (évaluation, surveillance de la sédation de la douleur, documentation de la douleur) pour

une meilleure gestion de la DPO. De plus, ils apportent une information importante, sensibiliser les patients sur l'importance d'évaluer leur douleur et de la soulager et cela en pré-opératoire de manière à optimiser la prise en soin.

10.7. Fiche de lecture n°3

Bolster, D. & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International journal of nursing studies*, 47(2), 154-165.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

- Danielle Bolster est infirmière à Alfred Hospital à Melbourne, en Australie. Elle a travaillé en tant qu'infirmière de soutien clinique et de perfectionnement dans le secteur de la neurochirurgie et des neurotraumatismes (The Age, 2006, traduction libre)
- Elizabeth Manias est professeure à l'École des sciences infirmières et obstétriques de l'Université de Deakin (Australie). Elle est professeure en pharmacie et en sciences infirmières. Ses domaines d'intérêt et d'expertise comprennent : la communication dans les soins de santé, la sécurité et l'adhésion des médicaments, la sécurité des patients et la gestion des risques. Ses recherches ont démontré que la communication interpersonnelle est essentielle pour influencer la pratique clinique (COMET, 2014, traduction libre)

Nom et type de revue :

Le Journal international des études sur les soins infirmiers (IJNS) fournit des recherches sur des soins de santé, l'organisation, la gestion, la main-d'œuvre, les politiques et les méthodes de recherche pertinentes aux professions infirmières, obstétriques et autres professions liées à la santé. L'IJNS a pour but de soutenir la politique et la pratique en matière de données probantes en publiant des revues scientifiques, systématiques et autres, des discussions critiques et des commentaires sur le plus haut niveau (International Journal of Nursing Studies, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

Dans un service de soins aigus dans un hôpital australien (service de 20 lits).

Les objectifs pratiques de l'étude :

Etudier comment les soignants interagissent avec les patients durant la dispensation de médicaments de manière à améliorer la prise en soin.

1.2 L'objet de l'article

1.2.1 Objet de la recherche

L'objet de l'étude est de décrire et examiner comment les infirmiers et les patients interagissent entre eux durant la dispensation de traitement avec une approche centrée sur la personne (philosophie de soin).

1.2.2 Question de recherche

Décrire les interactions soignant-soigné durant la dispensation de traitement dans un service de soins aigus.

1.2.3 Hypothèse de travail

Elle n'est pas nommée en tant que telle mais il est possible d'en déduire que l'observation des interactions entre le patient et le soignant feront émerger des stratégies pour améliorer la prise en soin centrée sur le patient.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

La philosophie de soin utilisée pour l'étude est une approche centrée sur la personne.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les principaux concepts utilisés pour cette étude sont : une approche centrée sur la personne durant la dispensation de traitement et les différentes interactions soignants-soigné.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

La sélection de l'échantillon a été faite de juin à septembre 2007. Une phase d'observation a été enregistrée (par des observateurs) durant la dispensation de médicaments par les infirmiers de manière à voir comment ils interagissent entre eux. Sachant que chaque infirmier avait une période d'observation de 2 heures. Ensuite, des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des questions précises pour chaque population. A savoir que chaque infirmier a participé à l'entretien alors que pour les patients, seulement une partie a poursuivi l'étude.

1.3.2 Population de l'étude

Les infirmiers sélectionnés ont été recensés selon les critères suivants : employés volontaires avec une expérience (soit inférieur à 2 ans, comprises entre 2-4 ans ou supérieur à 4 ans). Pour la sélection des patients, ils devaient avoir plus de 18 ans, parlant l'anglais et n'ayant pas de famille membre du personnel. Ils devaient être capable de discernement (consentement éclairé) et en mesure de participer à l'entrevue. 11 infirmier(ère)s ont été observés et interviewés pour l'étude, tandis que 25 patients ont été observés dont 16 ont participé à l'entrevue.

1.3.3 Type d'analyse

L'étude réalisée est une étude qualitative.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Dans leur interaction avec le patient, les infirmières ont pu faire émerger la dispensation de soins individualisés reposant sur les besoins des patients. Cependant, à certains moments, les observateurs ont pu transmettre que les soignants étaient axés sur des actions de routine (couper/écraser le médicament) plutôt que de cibler l'évaluation et la gestion du traitement par le patient. Cela implique une participation du patient à sa prise en soins, c'est en d'autres termes l'éducation thérapeutique ou encore la notion d'empowerment.

Deux obstacles sont nommés : le manque de collaboration avec les pharmaciens et les médecins en lien avec les prescriptions des différents traitements, mais aussi le temps a été décrit comme une contrainte (phase d'observation de deux heures).

1.4.2 Conclusions générales

Durant cette phase d'observation, malgré une approche centrée sur les besoins du patient, cette étude met en lumière les interactions soignant-soigné et fait émerger que l'évaluation clinique et la gestion du traitement par le patient sont laissés de côté.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Observation des interactions soignant-soigné durant la dispensation de traitement et cela avec une démarche centrée sur la personne.

1.5 Ethique

L'approbation éthique de l'hôpital d'Alfred à Melbourne a été effectuée.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article met l'accent sur les interactions patient-soignant durant la dispensation de traitement. Il apporte des notions importantes parfois oubliées par les soignants entrés dans une routine, à savoir l'évaluation clinique du traitement et la gestion de celui-ci par le patient.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites de l'article sont : un échantillon de petite taille (non représentatif) avec des patients qui n'ont pas participé à l'entrevue après la dispensation de traitement, ce qui a biaisé les données. De plus, la phase d'observation est courte (deux heures) et l'analyse des données se limite à des entretiens semi-structurés et à de l'observation.

2.3 Pistes de réflexion

Il est important dans une approche centrée sur les besoins du patient de l'inclure dans les soins de manière à ce qu'il soit acteur de sa prise en soin (notions déduites de l'article) et c'est là que l'interaction soignant-soigné prend tout son sens.

10.8. Fiche de lecture n°4

Gan, T.J., Habib, A.S., Miller, T.E., White, W. & Apfelbaum, J.L. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, 30(issue 1), 149-160.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

Cette étude a été réalisée par 5 personnes :

- Tong Joo Gan est professeur et président du Département d'Anesthésiologie à l'Université de Médecine de Stony Brook à New York. Il a reçu diverses récompenses telles que: "The Society for Ambulatory Anesthesia Young Investigator Award and the International Anesthesia Research Society (IARS) Clinical Scholar Research Award" (Stony Brook School of medicine, 2016, traduction libre)

Il est aussi membre de plusieurs organisations professionnelles: "The American Society of Anesthesiologists (ASA), the American University of Anesthesiologists (AUA) and the International Anesthesia Research Society (IARS)" (Stony Brook School of medicine, 2016, traduction libre)

Il a fait partie en tant que chercheur et co-chercheur de plus de 100 essais cliniques (Stony Brook School of medicine, 2016, traduction libre)

- Ashraf S. Habib est un professeur en anesthésiologie, chef de la division des anesthésies pour femme et professeur en obstétrique et gynécologie à Duke Anesthesiology, Université de Médecine (Duke University School of Medicine., 2017, traduction libre)
- Timothy E. Miller est chef de la division de l'anesthésiologie générale, vasculaire et de transplantation. Il est aussi le directeur clinique de l'anesthésiologie des transplantations abdominales et directeur des spécialisations de médecine per-opératoire. De plus, il est professeur d'anesthésiologie à Duke Anesthesiology, Université de Médecine (Duke University School of Medicine, 2017, traduction libre)
- William White fait partie de la Duke Anesthesiology, à l'Université de Médecine (Taylor & Francis Online, 2017, traduction libre)

- Jeffrey L. Apfelbaum est diplômé de l'Université de Médecine de Pennsylvanie depuis 1983 où il s'est spécialisé en tant que médecin anesthésiste. Il est actuellement professeur en anesthésie et en soins aigus ainsi que chef du Département d'Anesthésie à l'Université de Médecine de Chicago (The University of Chicago, 2017, traduction libre).

Le nom et type de revue :

Current Medical Research and Opinion est un journal académique qui publie 12 numéros par année. Dans ce journal on y retrouve des articles choisis avec précautions traitant d'essai thérapeutique, des soins reliés à la qualité de vie et des résultats de recherches. Le but du Current Medical Research and Opinion est de fournir des publications éthiques, sans biais et de qualité rigoureusement validées après révision des pairs (Taylor & Francis Online, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

L'étude se passe aux Etats-Unis, il s'agit d'un sondage effectué auprès d'une partie de la population américaine sur les bases de deux articles publiés, celui de Warfield & Kahn en 1995 et celui d'Apfelbaum et al., en 2003. L'étude est un sondage national auprès des personnes ayant subi une chirurgie lors des 5 dernières années.

Les objectifs pratiques :

L'objectif de cette étude est d'évaluer la perception des patients, décrire l'expérience de ceux-ci ainsi que leur niveau de satisfaction concernant la gestion de la DPO.

Un accent ayant été mis sur la prise en soin de la douleur en post-opératoire lors des deux dernières décennies. Cependant, suite à des découvertes décevantes lors des précédents sondages un nouveau sondage est effectué (Gan et al., 2014, traduction libre, p.149).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de recherche

L'objet de la recherche est d'évaluer l'évolution de la gestion de la douleur post-opératoire au travers du vécu des patients.

1.2.2 Question de recherche

Une question de recherche n'est pas formulée mais elle pourrait être celle-ci : Quel est le vécu des patients au niveau de la DPO, comment décrivent-ils cette expérience et quel est leur niveau de satisfaction concernant la gestion de la DPO ?

1.2.3 Hypothèse de travail

Les deux précédentes études de 1995 et 2003 montraient des chiffres décevants malgré l'attention portée à la gestion de la DPO au travers des recommandations et des changements de pratiques. Il s'agit ici de voir si les nouvelles recommandations de 2012, concernant la gestion de la douleur et l'importance donnée à une prise en soin efficace de celle-ci, ont eu un impact sur le vécu des patients. Ainsi, cela permet de voir les difficultés que représentent encore une bonne prise en soin de la DPO par le système de santé.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Aucun cadre théorique de recherche n'est défini ni mentionné.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept est d'évaluer l'expérience des patients face à la gestion de la DPO et ce, en répondant à diverses questions reprises de deux études similaires précédentes (1995 et 2003).

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Les participants ont contacté un numéro gratuit pour participer à l'étude. Ils ont alors répondu par téléphone à des questions prédéfinies, similaires à celles des études de 1995 et 2003 avec quelques modifications et/ou ajout d'autres questions, concernant le pré et post opératoire. Ces questions concernaient :

- Leurs inquiétudes avant la chirurgie
- Leur niveau de douleur pré et post-opératoire
- L'administration de traitements pré-opératoire
- Le niveau de douleur suivant l'administration de médicaments
- Les moyens non-pharmacologiques de gérer la douleur
- La satisfaction concernant les moyens de gérer leur douleur
- Les effets secondaires perçus des médicaments administrés
- La consultation pré-opératoire
- Le niveau d'anxiété lié à la douleur

➤ Le seuil de la douleur

Les données récoltées ont été triées entre les patients ambulatoires et ceux ayant été hospitalisés.

Les pourcentages ont alors été calculés en fonction du nombre de participants pour chaque question et les résultats ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives.

Les tests de Kruskal-Wallis et de Wilcoxon ont aussi été effectués afin d'évaluer le degré d'association entre les deux paramètres choisis (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

1.3.2 Population de l'étude

L'étude comporte 300 participants adultes ayant subi une chirurgie lors des 5 dernières années. Ceux-ci ont dû, pour participer à cette étude, appeler un numéro gratuit. Les participants ont été choisis parmi les patients des 10'235 médecins choisis aux hasards. Les médecins avaient pour consignes de ne pas adresser plus de 3 patients à l'étude. Cette recherche possède des échantillons de population similaire à l'étude de Warfield & Kahn en 1995 et celle d'Apfelbaum et al., en 2003 (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude quantitative avec des résultats analysés par des statistiques descriptives avec des tests de Kruskal-Wallis et de Wilcoxon pour évaluer le degré d'association entre deux paramètres.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Le principal résultat de l'étude est que sur l'échantillon de patients hospitalisés, 92% reportent avoir ressenti des douleurs en post-opératoire, dont 79% décrivent cette douleur modérée à extrême (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152).

D'autres résultats de l'étude nous démontrent que :

- 84% des patients étaient inquiets concernant la DPO avant la chirurgie, et lorsqu'ils évaluaient cette inquiétude sur une échelle verbale de l'anxiété 53% qualifiaient leur niveau d'anxiété comme haut voire très haut
- 72% des patients hospitalisés classaient leur seuil de douleur comme étant haut voire très haut

- 38% des patients ressentant une douleur avant l'intervention disent avoir reçu une médication analgésique en pré-opératoire
- 93% des patients hospitalisés ont reçu une médication analgésique en post-opératoire. 57% déclarent l'avoir reçu au temps prévu, 23% via une PCA, 16% lorsqu'ils en avaient besoin et 4% via un cathéter épidural ou bloc nerveux
- Hydrocodone, l'oxycodone et la morphine étaient les trois médicaments les plus administrés chez les participants. Pour 32% l'hydrocodone était le médicament opioïde le plus utilisé chez les patients hospitalisés contre 16% pour la morphine
- 39% des patients décrivaient ressentir des douleurs modérées à sévères malgré la dose de médicament reçue
- En tout 79%(n=225) des patients disent avoir ressentis des effets secondaires dûs à leurs traitements (somnolence, nausée, constipation)
- 60% (n=225) disent avoir eu recours à des méthodes non-pharmacologiques (application de chaud/froid, exercices prescrits selon les méthodes les plus utilisées)
- 90% des participants se disent satisfaits de la prise en soin de leur douleur post-opératoire et seulement 2% n'étaient pas satisfaits
- 75% ont eu des informations à propos de la douleur avant et après la chirurgie 24% des patients reportent avoir eu une consultation pré-opératoire de la douleur par un anesthésiste
- 84% (n=300) des patients pensent qu'une douleur est nécessaire en post-opératoire et 94% (n=300) pensent qu'il est justifié de s'en plaindre
- 12% (n=300) ont admis avoir repoussé ou annulé la chirurgie par peur de la douleur
- Pour 31% (n=300) des patients les médicaments passant par voie IV étaient plus efficaces
- 92% (n=300) de participants pensent que les médicaments contre la douleur provoquent des effets secondaires (Gan et al., 2014, traduction libre, p.151-152)

Les analyses de corrélations ont montré que les patients qui exprimaient une plus grande anxiété en post-opératoire ressentaient des douleurs plus fortes en post-opératoire que ceux qui avait un niveau d'anxiété plus faible.

Aussi, un niveau de douleur pré-opératoire plus élevé est souvent associé à un niveau de douleur post-opératoire élevé (Kruskal-Wallis chi score :3,8 ; p=0,003) (Gan et al., 2014, traduction libre, p.152-153).

1.4.2 Conclusion générale

Depuis les 20 dernières années, malgré les sensibilisations importantes concernant la douleur et les avancées cliniques en matière de gestion de la douleur, il y a peu d'amélioration au niveau de la DPO la plupart des patients subissent toujours une douleur importante après leur intervention. Les remboursements aux Etats-Unis se basent sur les résultats/efficacité, et les retours des expériences des patients étant disponibles auprès des systèmes de santé, les professionnels de santé sont mis à l'épreuve pour trouver de meilleures manières de gérer la DPO (Gan et al., 2014, traduction libre, p.155).

1.4.3 Particularité ou originalité de leur étude

Comme pour les deux autres études les auteurs se basent sur le vécu des patients au sujet de la DPO pour voir les avancées de la prise en soin et son efficacité. Cependant, dans cette recherche un nouvel élément est amené celui d'un lien possible entre l'anxiété et des niveaux de douleur post-opératoire (Gan et al., 2014, traduction libre, p.154).

1.5 Éthique

Cette étude a été approuvée par la commission d'étude du centre institutionnel de l'Université de Médecine de Duke. L'exigence de consentement du patient a été levée (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Le premier guideline concernant la gestion de la douleur a été publié en 1992 et ce n'est que 10 ans plus tard, en 2002, que la douleur est reconnue comme 5^{ème} signe vital par « The Veterans Health Administration ». En 2001, les standards émis par la « Joint Commission » sont enfin entrés en vigueur dans toutes les institutions de soins accréditées aux Etats-Unis. Concernant la gestion de la douleur en péri-opératoire, les premiers guidelines ont été publiés en 1995 par « The American Society of Anesthesiologists » puis ils ont été réactualisés en 2004 et 2012 (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

Cet article nous démontre que la DPO n'est pas encore prise en soin de manière efficace malgré l'importance donnée et les évolutions apportées. Les chiffres sont en légère péjoration passant de 86% de personnes souffrant de DPO en 2003 à 92% en 2014.

De plus, les nouvelles questions posées aux participants sur : leurs inquiétudes avant l'intervention, le niveau de douleur pré et post-opératoire, la médication péri-opératoire reçu, les niveaux de douleurs suivant l'administration d'un analgésique, les techniques

non-pharmacologique utilisées, la satisfaction avec la gestion de la douleur, les effets-secondaires des analgésiques, la consultation de la douleur péri-opératoire, les seuils de la douleur et le lien entre la douleur et l'anxiété. Tous ces éléments apportent des points essentiels qui peuvent amener des idées de nouvelles prises en soins et améliorer la gestion de la DPO (Gan et al., 2014, traduction libre, p.150).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'échantillon de population est petit comparé aux millions de personnes qui subissent des interventions chaque année.

Des biais de mesure peuvent aussi exister, tout d'abord liés aux 14 mois de moyenne qui sépare la chirurgie de l'interview mais aussi car les participants ont été choisis par des médecins et non au hasard. De plus, pour certains résultats les échantillons diffèrent sans avoir plus de précisions.

Une autre limite serait que les différents types de chirurgies ne sont pas différenciées dans certains résultats ni le type d'anesthésie exécutée (Gan et al., 2014, traduction libre, p.149).

Enfin, la population d'étude concerne des patients allant de 18 à plus de 65 ans ce qui va au-delà de notre population sélectionnée.

2.3 Pistes de réflexion :

Dans un premier temps il serait important de nous questionner pourquoi il existe une péjoration au niveau des chiffres concernant l'incidence de la DPO alors que les recommandations et les prises en soins tendent à améliorer la gestion de celle-ci. Aussi, les questions posées aux patients peuvent nous guider sur d'autres pistes de prises en soins possibles en incluant peut être les différentes idées préconçues, le lien possible entre l'anxiété et la douleur et les informations données en péri-opératoire.

10.9. Fiche de lecture n°5

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication : an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41–49.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

- McCabe Catherine est professeur en sciences infirmières au Trinity Collège à Dublin (Irlande). Elle a obtenu un doctorat ainsi qu'une maîtrise en sciences infirmières. Elle a travaillé comme infirmière tutrice (formatrice) à l'Hôpital St James à Dublin (ReaseachGate, 2016)

Nom et type de revue :

La revue est le « Journal of Clinical Nursing » (JCN). C'est un journal scientifique international, évalué par les pairs, qui cherche à promouvoir le développement et l'échange de connaissances liés à la pratique infirmière. L'objectif est de promouvoir un niveau élevé de preuves cliniques qui favorise et soutient la pratique et la discipline des soins infirmiers. Le Journal vise également à promouvoir l'échange international d'idées et d'expériences qui s'inspire des différentes cultures dans lesquelles la pratique a lieu. Aussi, le JCN cherche à enrichir les connaissances sur les besoins cliniques et les implications pour l'intervention infirmière et les modèles de prestation de services.

JCN publie des articles de haute qualité qui apportent une contribution importante et novatrice au domaine de l'infirmière clinique (peu importe où les soins sont dispensés) et qui démontrent une application clinique et une pertinence internationale (Wiley, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

L'étude est menée dans un hôpital au Pays-Bas (Irlande).

Les objectifs pratiques de l'étude :

Etudier les déclarations des patients concernant leur communication avec les soignants de manière à mettre en lumière leurs ressentis et ainsi travailler certains aspects pour contribuer à une prise en soin de qualité.

1.2 L'objet de l'article

1.2.1 Objet de la recherche

L'objet de l'étude est d'explorer les déclarations des patients concernant leurs expériences et ressentis de la communication avec les infirmiers-ères.

1.2.2 Question de recherche

Etudier les déclarations des patients concernant leurs expériences vécues lors des moments de communication avec les infirmiers.

1.2.3 Hypothèse de travail

Elle n'est pas nommée en tant que telle mais il est possible d'en déduire que le but de ce travail est d'examiner l'expérience des patients sur la façon dont communiquent les soignants (infirmiers) avec eux de manière à développer une relation soignant-soigné bénéfique à la prise en soin.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Aucun cadre théorique n'est nommé en tant que tel mais l'étude utilise dans certains cas une approche axée sur le patient.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les principaux concepts sont : la communication soignant-soigné, l'empathie, la communication non-verbale, l'authenticité, l'expérience vécue par les patients et la relation soignant-soigné.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens non structurés enregistrés et durant environ 30 minutes. Pour chaque interview, les participants devaient répondre une question : racontez-nous votre expérience sur comment les infirmiers-ères communiquaient avec vous lors de votre hospitalisation ?

Une clarification et/ou une élaboration de certaine réponse a dû être effectuée afin d'aider les chercheurs à comprendre le sens de leur expérience vécue. Le chercheur avait la possibilité de réorienter l'entrevue lorsque la discussion dérivait avec une question : Si vous deviez décrire les qualités d'un bon communicateur lesquelles seraient-elles ?

1.3.2 Population de l'étude

Un échantillon de 8 patients a été déterminé (3 hommes et 5 femmes) ayant entre 20 et 70 ans et qui ont été hospitalisés un minimum de 4 jours dans un hôpital d'Irlande.

1.3.3 Type d'analyse

L'étude réalisée est une étude qualitative basée sur des entretiens non structurés enregistrés. Le but de l'analyse phénoménologique est de révéler la signification de l'expérience vécue du phénomène.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

L'interprétation des résultats a été ancrée selon 4 thèmes : le manque de communication, le thème de la présence de l'autre, l'empathie et l'amicalité des infirmières et leur humour.

Le manque de communication entre patient et soignant est marqué par une communication centrée sur les tâches (actes) à réaliser au détriment du patient. Les patients remarquent que les soignants sont plus préoccupés sur leurs besoins au lieu d'échanger avec eux sur leur état de santé par exemple. Aucun n'a informé le patient de son état actuel. La relation soignant-soigné est délaissée au détriment d'une approche centrée sur les tâches. Des patients ont rapporté que lorsque les soignants communiquaient de manière centrée sur eux (approche personnelle) cela les rassuraient. Ils décrivent même l'importance de les considérer en tant qu'individu.

Dans un second temps, la présence de l'autre n'a pas été nommée en tant que telle dans l'étude mais les patients mentionnent que les infirmiers sont accessibles et à leur disposition pour les écouter. L'empathie a émergé de cette étude. Ils en résultent que les patients que les soignants sont attentifs à leurs effets physiques et psychologiques ainsi qu'à leur bien-être. En effet, la communication aide les patients à comprendre leur pathologie mais les soignants manquent de temps. Les patients ont pu remarquer que les étudiants avaient plus de temps à leur consacrer et étaient plus compréhensifs.

Les participants ont aussi évalué la communication non-verbale comme indicateur de l'authenticité du soignant. Un soignant authentique est un infirmier compréhensif, apportant son soutien et respectueux qui considère autrui en tant qu'individu.

Ensuite, le thème de l'empathie n'est pas nommé en tant que tel mais les patients s'y réfèrent. Lorsque les infirmières communiquaient leur reconnaissance, leur soutien et leur compréhension de la situation, les patients se sentaient compris et considéré en tant que personne, ce qui diminuait leur anxiété.

Enfin, beaucoup de participants ont apprécié l'amicalité des soignants et l'humour dans les soins. L'humour semble améliorer leur estime de soi.

1.4.2 Conclusions générales

Cette étude démontre un manque de communication dans les soins avec une approche plus centrée sur les tâches à réaliser. Bien que lorsque les soignants utilisent à certains moments une approche centrée sur le patient, cela est insuffisant. La communication verbale, non-verbale, l'authenticité et l'empathie sont des éléments importants pour une prise en soin de qualité centrée sur le patient. Les organisations de soins ne semblent pas reconnaître et/ou évaluer l'importance d'une prise en soin centrée sur le patient de manière à développer les compétences interpersonnelles du soignant et ainsi contribuer à des soins de qualité.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

L'étude a été réalisée à l'aide d'un échantillon de petite taille (8 patients).

1.5 Ethique

Chaque participant était consentant à participer à l'étude, chacun avait un pseudonyme utilisé pour la documentation relative à la recherche assurant ainsi leur anonymat.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Malgré un échantillon non représentatif l'article révèle des points importants pour notre pratique soignante, notamment le manque de communication des soignants au détriment de la relation soignant-soigné.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites de l'article sont : l'échantillon de petite taille ne permettant pas généraliser les résultats, un lieu d'étude (hôpital irlandais) et une sélection de l'échantillon peu décrits. De plus, l'étude n'est pas récente (année de publication : 2004) et la population d'étude va au-delà de notre population cible (jusqu'à 70 ans).

2.3 Pistes de réflexion

Un travail sur l'organisation des soins pourrait pallier au manque de communication dans les soins et ainsi permettre une prise en soin centrée sur le patient.

10.10. Fiche de lecture n°6

Peplau, H.E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(issue 4), 162-167.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité de l'auteur :

Cet article a été écrit par :

- Hildegarde E. Peplau est une infirmière américaine qui possède un doctorat en sciences infirmières depuis 1947, de plus elle est aussi détentrice d'un Bachelor en psychologie interpersonnelle. Elle a été directrice puis présidente de l'« American Nurses Association ».

Celle que l'on qualifie d'infirmière du siècle est surtout connue et estimée pour sa théorie des relations interpersonnelles publiée en 1952 et qui a révolutionné le travail des infirmiers-ères. Cette théorie fondatrice de la pratique infirmière a démontré l'importance d'un travail en partenariat avec le patient. Ceci était à l'opposé des pratiques courantes. Auparavant, le patient n'était pas acteur de sa prise en soin et l'infirmière agissait seulement sur ordre des médecins.

Peplau a notamment fait partie de l'organisation mondiale de la santé, elle a aussi donné plusieurs cours dans différentes Universités aux Etats-Unis mais aussi dans le monde entier (Afrique, Amérique Latine, Belgique).

Elle défendait beaucoup les enseignements supérieurs et la recherche dans les soins infirmiers.

De 1954 à 1974 elle a enseigné à la faculté du Collège des soins infirmiers de l'Université de Rutgers. C'est ici qu'elle a créé le premier programme de spécialisation clinique pour les infirmières en psychiatrie.

Après sa retraite elle a aidé à créer le 1^{er} programme en Europe pour obtenir un diplôme en soins infirmiers.

Cette théoricienne a reçu de nombreuses récompenses et honneurs pour sa contribution aux soins infirmiers.

En 1996, l'« American Academy of Nursing » l'a honoré en tant que « légende vivante ».

En 1997, au « ICN Quadriennial Congress », elle reçoit le prix le plus honorifique dans les soins infirmiers : le « Christiane Reinmann Prize » qui

récompense tout son travail pour les soins infirmiers (Nurseslabs, 2017, traduction libre)

Le nom et type de revue :

Nursing Science Quarterly est un journal membre du Comité sur l'éthique des publications. Ce journal trimestriel, revu par des pairs, publie des manuscrits originaux qui s'intéressent au développement des théories infirmières, des théories de soins basées sur la pratique, des recherches qualitatives et quantitatives basées sur des structures infirmières existantes. Tout ceci est apporté par les principaux théoriciens, des chercheurs et des cadres infirmiers (SAGE journals, 2017, traduction libre).

Le lieu de l'étude :

Cet écrit n'étant pas une étude mais un article écrit par Hildegarde E. Peplau théoricienne infirmière américaine.

Les objectifs pratiques :

L'objectif de cet article est de montrer en quoi les compétences interpersonnelles des infirmières sont importantes pour aider les patients à retrouver la santé et leur bien-être. Mais aussi comment la théorie de Peplau amène à cela et à quelles difficultés sont confrontées les infirmiers-ères dans la relation soignant-soigné.

Il s'agit aussi de montrer que les théories sont importantes pour la pratique infirmière (Peplau, 1997, traduction libre, p.162).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de recherche

Décrire la théorie des relations interpersonnelles de Peplau et montrer en quoi cette théorie et les compétences interpersonnelles sont importantes pour la relation soignant-soigné.

1.2.2 Question de recherche

L'écrit étant un article il n'y a pas de question de recherche posée.

1.2.3 Hypothèse de travail

Cet article permet d'avoir une meilleure vision de l'importance de la théorie

interpersonnelle, comment elle permet d'aider la relation soignant-soigné et faire avancer la pratique infirmière.

1.2.4 Cadre théorique

Cet article n'a pas de cadre théorique cependant il décrit le cadre théorique des relations interpersonnelles de Hildegarde Peplau.

1.2.5 Principaux concepts et/notions utilisés :

Le principal concept est la description des différentes phases de la théorie de Peplau. Elles sont détaillées et montrent comment elles permettent de développer la relation soignant-soigné.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de donné

Pour cette article aucun outil n'a été utilisé pour récolter les données, cependant l'auteur de l'article est Hildegarde E. Peplau elle-même qui évoque sa théorie, son utilisation, son importance et sa plus-value dans la pratique infirmière au quotidien.

1.3.2 Population de l'étude

Cet article n'a pas de population d'étude mais la population concernée par cet article est les infirmiers dans la relation avec les patients.

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'un article publié dans le journal Nursing Science Quarterly.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Les résultats sont des informations importantes sont données dans l'article et classées en fonctions de sous-chapitres.

Pertinence de la théorie :

- La profession infirmière est composée d'éléments artistiques et scientifiques (Peplau, 1997, traduction libre, p.162)
- Les relations interpersonnelles ont un cadre conceptuel dérivé en grande partie de l'étude empirique des interactions humaines, cela permet aux infirmiers-ères d'élargir leur compréhension de ce qui se passe dans la relation soignant-soigné.

De plus, cela aide les infirmiers-ères à aider les patients à comprendre et tirer des enseignements liés à la santé et à la maladie (Peplau, 1997, traduction libre, p.162)

- Il y a d'autres théories que celle des relations interpersonnelles que les infirmiers-ères utilisent et dont ils ont besoin dans les soins. Les infirmiers-ères ont besoin des théories qui contiennent des concepts reliés à différentes phases. Ces constructions leur permettent de reconnaître et comprendre des phénomènes liés à l'âge du patient [...] où à sa culture. C'est pourquoi les infirmiers-ères ont besoins de faits, de théories et de méthodes pour obtenir des informations du patient à propos de cultures autre que celle du soignant (Peplau, 1997, traduction libre, p.162)
- Bien que toutes les théories soient importantes, le fait est que la plus grande partie du travail de l'infirmier-ère se produit lors de ses interactions avec le patient. Ces moments de contact permettent aux patients de discuter et exprimer leurs dilemmes mais aussi leur vécu de leur état de santé actuel. La relation soignant-soigné fait partie du domaine interpersonnel, de cette manière les différentes informations peuvent être traitées au sein de la dyade afin d'arriver à un meilleur apprentissage et connaissance de soi (Peplau, 1997, traduction libre, p.162)

Modes d'observation :

- L'observation des participants est un des composants les plus importants de la théorie interpersonnelle. Il s'agit alors de ne pas avoir que la vision du spectateur qui a comme seul objet d'étude le patient mais d'avoir une observation de trois points de vue différents : de l'infirmier-ère, du patient et des différentes relations. Une fois mise en évidence ces observations sont étudiées. Cela nécessite de la part des infirmiers-ères une auto-analyse et une évaluation honnête de leurs comportements dans les interactions avec le patient. C'est en observant et analysant leurs propres comportements que les infirmiers-ères prennent conscience des besoins, des intentions et des messages qu'ils communiquent aux patients. (Peplau, 1997, traduction libre, p.162-163)
- Les relations qui caractérisent la relation soignant-soigné sont déduites, ce sont alors des hypothèses qui doivent être validées, revues, et discutées au sein de la dyade (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)

Besoin de connectivité :

- Il est probable qu'avec l'arrivée du 21^{ème} siècle, les relations humaines seront plus importantes qu'auparavant en particulier pour les personnes qui subissent un stress ajouté à un problème critique de santé (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- Les transformations sociales auront un impact sur la vie des personnes et le stress présumé sera plus élevé en fonction de l'âge, de la classe sociale, du travail et de l'état de santé (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- Les transformations sociales vont aussi changer les pratiques infirmières (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- La relation soignant-soigné est le contact humain principal et central dans la manière d'assurer des soins infirmiers (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- Les soins infirmiers ne peuvent être efficaces et aller vers des résultats bénéfiques pour le patient tant que l'infirmier-ère n'a pas d'informations adéquates sur le patient en tant que personne et sur son état de santé (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)

Structure de la relation soignant-soigné :

- La relation entre les professionnels et les patients n'est pas la même que la plupart des relations sociales (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- La présentation de soi de l'infirmier-ère aux patients ainsi qu'aux autres personnes du système de santé nécessite une prise de conscience des différentes exigences concernant le comportement professionnel dans une relation de travail différente des autres (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)

- Phase d'orientation :

- Au début les relations que les infirmiers-ères ont avec les patients sont sans scénario. Cependant il y a une structure de base composée de trois phases qui ont chacune leurs caractéristiques et qui se chevauchent : la phase d'orientation, la phase de travail et la phase de résolution (Peplau, 1997, traduction libre, p.163)
- Dans la phase d'orientation, l'infirmière se présente, établit les objectifs, indique le but, la nature et le temps disponible pour le patient. L'infirmier-ère cherche les informations nécessaires le patient en s'entretenant avec lui ou en l'évaluant selon ce qui est requis (Peplau, 1997, traduction libre, p.163-164)
- Au-delà d'obtenir des informations essentielles le but est d'annoncer la couleur

des autres interactions et de transmettre l'intérêt du professionnel et de sa réceptivité au patient (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)

- En sortant du mode d'écoute les infirmiers-ères perdent une opportunité de donner une expérience par l'apprentissage aux patients. Surtout lors des premiers jours d'hospitalisation, lorsque les tensions et le stress évoqués par le patient en lien avec un environnement inconnu, le potentiel de compréhension de soi tend à être plus élevé (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- De plus, c'est pendant cette phase d'orientation que par son comportement l'infirmier-ère montre sa réceptivité et son intérêt à propos des préoccupations du patients ou alors qu'il-elle échou(e) à cet égard (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)

- Evaluation des idées préconçues :

- Les patients et les infirmiers-ères entre en relation avec des idées préconçues et des stéréotypes les uns sur les autres (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Les idées préconçues des infirmiers-ères sur les patients peuvent être liées au genre, à l'ethnie, à l'âge, à la classe sociale ou aux diverses catégories diagnostiques (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Les stéréotypes des patients concernant les infirmiers-ères peuvent venir d'une expérience, d'un souhait actuel ou d'un besoin personnel, des comptes de divers médias ou d'émissions de télévision (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Les préconceptions de la dyade entrent dans les interactions interpersonnelles et peuvent imprégner le résultat c'est pourquoi celles-ci doivent être examinées par les infirmiers-ères et changées si nécessaires (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)

- Phase de travail :

- Cette seconde phase de développement de la relation soignant-soigné est dénommée de cette manière car c'est dans cette phase que la majeure partie du travail a lieu (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Il est important de noter que l'accent est mis sur la réaction des patients concernant leur maladie et le travail que ceux-ci doivent accomplir dans le développement de leur compréhension d'eux-mêmes, et les apprentissages que nécessitent leur condition de santé actuelle (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Les infirmiers-ères sont des ressources d'informations et d'assistance pour les patients tout en prenant en compte et en mettant l'accent sur le travail que ceux-ci doivent faire dans leur propre intérêt (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)

- Le travail de l'infirmier-ère est large et celui-ci emploie divers rôles dont il est important d'avoir connaissance (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Ces échanges interpersonnels regroupent l'intention de l'infirmière de s'inspirer de ce que les patients connaissent déjà, de lui communiquer des faits et des informations pertinentes à ses besoins de santé de manière à favoriser et améliorer son apprentissage (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- En aidant les patients à connaître leurs réactions et exprimer clairement leur expérience de la maladie, les infirmières gagnent des données précieuses pour l'avancement de la profession infirmière (Peplau, 1997, traduction libre, p.164)
- Lorsque les infirmiers-ères analysent leur verbal et non-verbal dans l'interaction soignant-soigné, ils utilisent cette opportunité pour élargir leur compréhension personnelle et professionnelle d'eux-mêmes lorsqu'ils agissent (Peplau, 1997, traduction libre, p.164-165)

- Phase de résolution :

- Cette dernière phase permet de résumer et clore le travail accompli par la dyade (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- Contrairement à la plupart des relations sociales, les contacts entre les patients et l'infirmier-ère sont limités dans le temps (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)

Transitions :

- L'admission et le départ de l'hôpital sont deux des transitions parmi tant d'autres qui arrivent dans la vie des individus. Le rôle de l'infirmier-ère est de l'aider à faire face dans ces différents passages (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- Les infirmiers-ères sont les personnes ressources qui peuvent transmettre aux patients les informations dont ils ont besoin lorsqu'ils passent d'une situation familière à une situation inconnue. De telles informations réduisent l'incertitude et le stress pour les patients (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)

Les difficultés dans la relation soignant-soigné :

- En tant que professionnels, les infirmiers-ères sont responsables de minimiser involontairement les conséquences de ce qu'ils disent et font dans la relation avec les patients (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- Les deux éléments clés pour réduire ce fardeau est de continuer les efforts de sensibilisation du comportement de infirmiers-ères en tant qu'individu et d'effectuer un effort à vie de la part des infirmiers-ères pour améliorer et clarifier

les compétences conceptuelles et les concepts théoriques utilisés dans la pratique (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)

Les théories comme outils conceptuels :

- Les descriptions des expériences que les patients fournissent et les observations que les infirmiers font lors de leurs interactions avec les patients amènent à une compréhension des concepts théoriques et permettent d'expliquer et comprendre ces différentes données. Autrement cela resterait des notions ambiguës (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- Les infirmiers-ères appliquent ces concepts lors des interactions soignants-soignés. Ils le font en pensant, pour eux-mêmes, aux propos des patients, en observant ou encore en évaluant ce qui se passe à un moment précis (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- Ces applications des connaissances constituent la dimension intellectuelle du travail infirmier (Peplau, 1997, traduction libre, p.165)
- La relation entre la patient et l'infirmier-ère n'est pas scénarisée, elle dépend des connaissances conceptuelles que l'infirmier-ère possède à propos des données présentées par le patient et du phénomène (changeant) dans le domaine des soins infirmiers (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- C'est ce genre de travail intellectuel des infirmiers-ères qui permet de transformer l'interaction soignant-soigné en un événement d'apprentissage pour les patients (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- La théorie des relations interpersonnelles offre une large gamme de concepts essentiels à la pratique infirmière (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)

Ce que les patients veulent des infirmiers-ères :

- Premièrement ils s'attendent à ce que l'infirmière soient compétentes (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- Les patients cherchent la sympathie. Ils veulent le respect et de l'égard pour la dignité personnelle. Ils cherchent à s'intéresser à eux en tant que personne. Ils veulent s'exprimer et avoir les détails de leurs problèmes de santé (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)

Un besoin de relation :

- De manière générale les gens ont besoin de relation avec d'autres personnes

(Peplau, 1997, traduction libre, p.166)

- Les gens définissent les autres personnes directement et involontairement par leurs comportements verbaux et non-verbaux (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- Les personnes sont plus vulnérables aux comportements définissant des autres lorsqu'elles sont soumises à un grand stress, en cas de crise ou quand elles sont malades (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- Dans une relation interpersonnelle il existe toujours une interaction entre les attentes et les perceptions d'une personne (Peplau, 1997, traduction libre, p.166)
- Il y a un sentiment de déconnexion pour les patients en particulier lorsqu'ils sont sous le stress d'être plongé dans un nouvel environnement tel que l'hôpital, où les gens, les routines et le vocabulaire sont inconnus (Peplau, 1997, traduction libre, p.166).

Résumé de la relation soignant-soigné :

- La relation soignant-soigné est toujours unique dans le processus et dans les résultats. Cela dépend du « style de l'infirmier-ère », des concepts théoriques qu'il ou elle possède mais aussi des compétences intellectuelles et interpersonnelles utilisées (Peplau, 1997, traduction libre, p.167)
- Il n'y a rien de routinier à la relation soignant-soigné (Peplau, 1997, traduction libre, p.167)

1.4.2 Conclusion générale

La théorie des relations interpersonnelles comme décrite par Peplau est importante pour la relation entre l'infirmier et le patient. Elle permet d'aider le patient à avoir une meilleure compréhension de soi et de sa maladie mais aussi elle permet aussi aux infirmiers-ères de développer leur pratique et faire appel à leurs connaissances ainsi que leur individualité

1.4.3 Particularité ou originalité de leur étude

L'originalité de cet article réside ici dans le fait que Peplau, qui écrit l'article, développe en quoi sa théorie des relations interpersonnelles est importante pour la relation soignant-soigné mais aussi pour le développement des soins infirmiers. Elle explique aussi que toutes les théories sont nécessaires pour l'avancée de la profession.

1.5 Ethique

Le journal dans lequel l'article est publié est membre du comité sur l'éthique des publications.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Au travers de l'article Peplau démontre l'importance de la théorie des relations interpersonnelles avec les interactions soignants-soignés. Cela démontre et accorde de l'importance au rôle infirmier dans la prise en soin ainsi qu'à quoi il faut être attentif en tant que soignant pour aider les patients. De cette manière, l'infirmier-ère permettra l'évolution de la profession et l'évolution des prises en soins.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Le fait que Peplau qui est l'auteur de la théorie de relation interpersonnelle soit aussi l'auteur de l'article fait que la vision n'est peut-être pas objective. Cependant, elle évoque quand même que toutes les théories permettent le développement de la profession ce qui est un des éléments essentiels pour elle.

2.3 Pistes de réflexion

Peplau évoque qu'il serait intéressant d'utiliser sa théorie comme élément pour effectuer des recherches afin de voir ce que cette théorie continue d'apporter dans les soins infirmiers.

Cet article datant d'il y a 20 ans, des changements ont été initiés depuis. Nous pouvons voir si les éléments exposés ont évolué ou s'ils sont restés identiques et pourquoi ?

10.11. Fiche de lecture n°7

Van Dijk, J.F.M., Schuurmans, M.J., Alblas, E.E., Kalkman, C.J., Van Wijck, A.J.M. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1-11.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs :

- Van Dijk, Jacqueline F.M., est infirmière spécialisée de la douleur (domaines d'intérêt : évaluation de la douleur et la douleur post-opératoire). Elle est chercheuse au département d'anesthésie du Centre Médical Universitaire d'Utrecht au Pays-Bas. Celle-ci a reçu une promotion en 2015 portant sur l'évaluation de la douleur de 0 à 10 en post-opératoire (UMC Utrecht, 2017, traduction libre)
- Schuurmans, Marieke.J., est professeure et présidente en sciences infirmières de l'UMC Utrecht. Elle est également professeure en soins pour les personnes âgées à l'Université de Applied Sciences à Utrecht. Elle a travaillé plus de dix ans en tant qu'infirmière clinicienne en médecine gériatrique et est experte en soins infirmiers complexes pour les personnes âgées. Dans son étude de doctorat, elle a développé l'Échelle de dépistage de l'observation du delirium (DOS) qui fait aujourd'hui partie des soins infirmiers réguliers dans les hôpitaux néerlandais et qui se traduit dans de nombreuses langues. Ses recherches actuelles portent sur le fonctionnement quotidien des personnes âgées avec une multiplicité. Celle-ci est responsable du programme de maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Utrecht. Elle est membre du Dutch Health Council, présidente du comité de recherche de l'Association nationale des infirmières et membre de l'Association européenne des sciences infirmières (UMC Utrecht, 2017, traduction libre)
- Alblas, Eva E. (maîtrise en neurosciences et cognition) est candidate à un doctorat au Behavioral Sciences Institute. Elle étudie à l'Université de Radboud au Pays-Bas. Ses recherches portent sur l'obésité chez les adolescents. Elle travaille sous la supervision de différents professeurs (Radboud Universiteit, 2017, traduction libre)
- Kalkman, Cor J., anesthésiste et professeur en anesthésiologie au Centre Médical Universitaire d'Utrecht au Pays-Bas. Ces recherches portent sur la



douleur per-opératoire et post-opératoire, sur la recherche pronostique, la neuro-anesthésie, la neuro-toxicité de l'anesthésie et sur le dysfonctionnement cognitif. Sa thèse porte sur : la surveillance de la moelle épinière per-opératoire des potentiels évoqués somesthésiques : influence des facteurs anesthésiques et physiologiques (1990). Il est aussi chef du Centre de sécurité des patients à l'UMC d'Utrecht (UMC Utrecht, 2017, traduction libre)

- Van Wijck, Albert J.M., est anesthésiste au Centre Médical Universitaire d'Utrecht au Pays-Bas. Il a été chef du département de la gestion de la douleur à Utrecht durant 15 ans. En 2002, il a obtenu une maîtrise en science de l'épidémiologie clinique. En 2006, il soutient sa thèse portant sur : la névralgie post-herpétique. Il travaille sur la douleur post-opératoire, la douleur des lésions nerveuses, les douleurs du visage, des traitements invasifs complexes et les diagnostics. Il est membre du Comité exécutif de l'Assemblée du personnel, l'organe consultatif de spécialistes médicaux au conseil d'UMC Utrecht. Il représente les spécialistes universitaires à l'assemblée générale de la Société néerlandaise des anesthésistes et le Conseil des membres de la Section de médecine de la douleur. Sur le plan international, il est actif en tant que membre de l'Association internationale pour l'étude de la douleur et de la douleur neuropathique au Special Interest Group (NeuPSIG). Il a été co-organisateur de la conférence NeuPSIG à Toronto en 2013. (Wilhelmina Kinderziekenhuis, 2017, traduction libre)

Nom et type de revue :

La revue est : « *Journal of Clinical Nursing* ». Le Journal of Clinical Nursing (JCN) est un journal scientifique international, évalué par les pairs, qui cherche à promouvoir le développement et l'échange de connaissances qui sont directement liés à toutes les sphères de la pratique infirmière. L'objectif principal est de promouvoir un niveau élevé de preuves qui favorise ainsi et soutient la pratique et la discipline des soins infirmiers. Le Journal vise également à promouvoir l'échange international d'idées et d'expériences qui s'inspire des différentes cultures dans lesquelles la pratique a lieu. En outre, le JCN cherche à enrichir les connaissances sur les besoins cliniques et les implications pour l'intervention infirmière et les modèles de prestation de services. Le journal publie des articles de haute qualité qui apportent une contribution importante et novatrice au domaine de l'infirmière clinique et qui démontrent une application clinique et une pertinence internationale (Wiley, 2017, traduction libre).

Le lieu d'étude : L'étude a été réalisée au Pays-Bas et regroupe 73 hôpitaux.

Les objectifs pratiques de l'étude sont que les patients aient conscience du besoin de l'antalgie en post-opératoire de manière à ce qu'ils adhèrent aux traitements et soient acteur de leur prise en soin.

1.2 L'objet de l'article

1.2.1 Objet de la recherche

L'objet de l'étude est d'explorer l'effet de transmettre des informations écrites (sur la DPO) aux patients en pré-opératoire et aux soignants (enseignement sur la DPO) sur les croyances et les connaissances en lien avec la gestion de la douleur en post-opératoire (antalgie, EVA...).

1.2.2 Question de recherche

Décrire les connaissances et les croyances des patients et des soignants concernant la gestion de la DPO en milieu hospitalier, au Pays-Bas.

1.2.3 Hypothèse de travail

Elle n'est pas nommée en tant que telle mais il est possible d'en déduire que de transmettre des informations aux patients et aux soignants sur le besoin de l'antalgie en post-opératoire permettrait d'améliorer la prise en soin de la DPO et de diminuer ainsi les possibles complications.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Aucun cadre théorique n'est nommé dans l'étude.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les concepts utilisés pour la recherche sont : la DPO, les complications post-opératoire, l'évaluation de la douleur, l'antalgie post-opératoire, l'enseignement sur la DPO aux patients, l'éducation des soignants sur la douleur et les croyances erronées.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Une sélection aléatoire dans les différents groupes a été effectuée (intervention et témoin). Un questionnaire regroupant une partie sur les connaissances de la douleur et une autre sur les croyances (sous échelle des croyances du barriers questionnaire) a été donné aux participants. A savoir que les infirmières avaient une question en plus sur

l'évaluation de la douleur. Chaque énoncé est noté sur une échelle de Likert de 5 points (1 point « fortement en désaccord » et 5 points « fortement d'accord »).

Les variables continues étaient exprimées en écart-type (ET) et les autres données en pourcentage ou en fréquence. Le test Student T a été utilisé (moyenne).

La probabilité de l'étude est de $P < 0,05$. Aussi, une analyse statistique à l'aide d'IBM SPSS statistics version 20.0 a été réalisée.

1.3.2 Population de l'étude

Groupe intervention : 381 patients (adultes en pré-opératoire) dont 30 patients ayant lu le questionnaire (sur les connaissances et les croyances sur la douleur et sa gestion) au préalable.

Groupe témoin : 379 patients dont 31 patients ayant reçu le même questionnaire mais sans information sur la douleur.

Infirmiers : 15/73 infirmières ayant reçu une éducation à la douleur ont répondu au questionnaire et 1184 infirmières tout hôpitaux confondus (sans éducation à la douleur) ont remplis le questionnaire.

1.3.3 Type d'analyse

L'étude réalisée est une étude quantitative faite au Pays-Bas (73 hôpitaux sélectionnés pour l'étude). Un essai contrôlé randomisé (ECR) a été effectué pour les patients ainsi qu'une étude transversale a été réalisée pour les soignants.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Réponses patientes : 79% neutres ou d'accord pour dire que les personnes devenaient dépendantes aux analgésiques facilement, 60% neutres ou d'accord pour dire que les analgésiques devaient être conservés en cas d'aggravation de la douleur et 37% étaient neutres ou d'accord pour que la morphine soit administrée dans les derniers stades du cancer. 50% des patients (intervention) étaient neutres ou d'accord pour dire que la douleur aiguë après la chirurgie peut entraîner un risque élevé de complications.

Différence significative sur les connaissances pour le groupe intervention (ET :0,67) par rapport au groupe témoin (ET :0,63) avec $p < 0,001$. Aucune différence n'a été trouvée en lien avec les croyances.

Réponses infirmiers : Au total, 51% sont neutres ou d'accord pour dire que les patients devenaient dépendants aux antalgiques facilement.

Les infirmières ayant une éducation de la douleur avaient un niveau de connaissances plus élevé (0,49 contre 0,56) et des barrières plus faibles pour la gestion de la DPO (0,49

contre 0,54) par rapport aux soignants sans formation. Cependant, 63% des infirmières pensent que les évaluations de la douleur correspondent avec à leur impression de la douleur du patient. Aussi, 47% des infirmières avec éducation et 57% des infirmières sans enseignement restent préoccupées par l'effet de dépendance aux opioïdes après la chirurgie.

1.4.2 Conclusions générales

Le fait de fournir des informations écrites aux patients sur l'importance de l'antalgie post-opératoire et sur l'acceptation d'analgésique pour réduire l'incidence des possibles complications après la chirurgie a été bénéfique en pré-opératoire. Cependant, malgré avoir enrichi leurs connaissances, les croyances restent inchangées, notamment en lien avec la dépendance aux opioïdes. Pour ce qui est des soignants, l'éducation douloureuse semble augmenter les connaissances des infirmières et diminuer les croyances possibles (en lien avec les opiacés).

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Dans leur étude, les auteurs ont décidé de réaliser une étude transversale prospective pour étudier les infirmiers et un ECR pour les patients pour ainsi comparer les deux populations.

1.5 Ethique

Les deux études réalisées en parallèle ont été approuvées par le comité éthique institutionnel du Centre Médical Universitaire d'Utrecht. Le consentement écrit et éclairé de tous les patients a été obtenu. Le consentement des infirmières était implicite car chacun des soignants répondait de manière individuelle au questionnaire.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article met en lumière l'importance de l'éducation thérapeutique en pré-opératoire pour améliorer la prise en soin de la DPO. De plus, la formation des professionnels est tout aussi importante pour une prise en soin de qualité en collaboration avec le patient et les soignants.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les limites de l'article sont : pas d'étude sur les comportements après la chirurgie pour voir si l'information à la DPO a été bénéfique.

Biais de mesure : 38% des infirmières ayant reçu l'enseignement ont répondu au questionnaire et une impossibilité de randomiser l'éducation des infirmières.

Biais de sélection : 862 patients au départ, que 760 patients ont été analysés.

2.3 Pistes de réflexion

Une étude sur les comportements des patients en post-opératoire ayant reçu des informations en pré-opératoire pourrait permettre de mesurer l'efficacité de cette éducation thérapeutique et ainsi voir le possible effet sur la gestion de la DPO.