

Infirmiers Ranguel

1 avenue Jean Poulhès

31059 TOULOUSE CEDEX 9

LA PART D'ANXIÉTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË POST-OPÉRATOIRE



Travail de fin d'études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier

Nathalie BRAI/JANSEN

Promotion 2008/2011

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont aidée, soutenue et encouragée, en particulier Patrice Rey pour sa patience et ses conseils avisés et Stéphane Bordes, sans qui, je n'aurai jamais pu mener à bien ce projet de formation en soins infirmiers.

Je tiens également à remercier respectueusement Madame Corinne Gruelles d'avoir accepté me guider dans mon Travail de Fin d'Etudes et d'avoir su me conseiller et me soutenir aux moments les plus sensibles de ce travail ainsi que tous les professionnels de santé qui ont accepté de me faire partager leur vécu et leurs connaissances.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Constat	2
1.1 Ma situation interpellante	2
1.2 Analyse de la situation	3
2. Phase exploratoire	4
2.1 Recherches documentaires	4
2.2 Synthèse des entretiens	6
3. Pôles théoriques	10
3.1 La douleur	10
3.1.1 Définitions et généralités	10
3.1.2 Cadre législatif	11
3.1.3 Les représentations de la douleur	12
3.1.4 L'évaluation et les traitements de la douleur	13
3.2 L'anxiété	15
3.2.1 Définitions et généralités	15
3.2.2 Signes et manifestations	16
3.2.3 L'évaluation et le traitement	16
3.3 La relation soignant/soigné	18
3.3.1 Définitions et concepts	18
3.3.2 Le rôle infirmier	19
3.3.3 La position du patient	20
3.4 Enoncé de la problématique	21

4. Analyse du travail de recherche	21
4.1 Les limites de ce TFE	21
4.2 Ce que ce travail m'a apporté	22
5. Conclusion	22
6. Bibliographie	
7. Annexes	

Glossaire

AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AS	Aide Soignant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLUD	Comité de LUtte contre la Douleur
DAPO	Douleur Aiguë Post Opératoire
DGS	Direction Générale de la Santé
DH	Direction des Hôpitaux
EMD	Equipe Mobile Douleur
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVN	Echelle Verbale Numérique
EVS	Echelle Verbale Simple
IADE	Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IASP	International Association for the Study of Pain
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IV	Intra Veineux
J1	Jour de l'intervention + 1 jour (le lendemain)
J3	Jour de l'intervention + 3 jours
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Patient Control Analgesy

PTG	Prothèse Totale de Genou
PTH	Prothèse Totale de Hanche
SFD	Société Française de la Douleur
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
TFE	Travail de Fin d'Etudes

Résumé

Durant les trois années d'études en soins infirmiers, j'ai plusieurs fois été confrontée, essentiellement lors de mes stages en chirurgie, à des prises en charge difficiles de la douleur ; à chaque nouvelle expérience, je ne parvenais pas à identifier les raisons de ces difficultés. J'ai, de prime abord, pensé que la douleur post opératoire était parfois inexorable ; il me semblait que celle-ci devait être due simplement à une à une fatalité qu'aucun soignant ne pouvait éviter.

Outre l'évaluation de l'anxiété assez peu mise en œuvre en SSPI, outre également des moyens médicamenteux toujours plus performants, j'ai pu remarquer que de nouvelles (néanmoins très anciennes !) méthodes d'approche de la douleur et de l'anxiété sont mises en place : l'hypnose, la sophrologie, la chaleur, la musique... Ce travail m'amène à me poser des questions sur « comment diminuer l'anxiété liée à la douleur ou liée à la chirurgie ? »

Mots clefs

Douleur – Anxiété – Relation d'aide – Douleur Aiguë Post Opératoire – Rôle propre
Représentations de la douleur – Mémoire de la douleur - Evaluation

Introduction

Une des préoccupations les plus importantes que nous abordons durant nos études en soins infirmiers est : le confort du patient, que ce dernier soit confortable en reprenant les termes qui nous sont enseignés dès nos premiers cours à l'IFSI *Institut de Formation en Soins Infirmiers*. L'absence de douleur est, selon moi, un des éléments essentiels pour une prise en charge infirmière dans le respect de ce bien-être.

En 1946, l'OMS *Organisation Mondiale de la Santé* désignait déjà la santé en tenant compte de nombreux paramètres et en donnait la définition suivante : « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »¹

J'ai choisi de travailler, pour la réalisation de mon travail de fin d'études, sur la prise en charge de la DAPO *Douleur Aiguë PostOpératoire*, car une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit reste un instant singulier, un moment unique, une rupture dans l'état de santé de chaque patient qui rend celui-ci particulièrement vulnérable. Lors de cet épisode de vie, l'infirmière que je vais devenir détient un rôle fondamental, dans le cadre du rôle prescrit certes, mais aussi dans celui de son rôle propre.

A partir de mes expériences, j'ai pu constater de la difficulté des IDE *Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat* à prendre en charge les douleurs rebelles malgré l'émergence au sein des établissements de santé d'équipes spécialisées dans la prise en charge de la douleur et de protocoles douleur de plus en plus précis et ciblés.

Après avoir exposé, dans une première partie, la situation interpellante que j'ai retenue pour la réalisation de ce TFE *Travail de Fin d'Etudes*, je m'attacherai à présenter, dans un second temps, les pôles théoriques émergents de la littérature et des enquêtes que j'ai pu réaliser sur le terrain.

Enfin, à l'issue de mon exposé, je vous présenterai une interrogation qui pourrait être à la base d'un travail de recherche en vue d'améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire.

¹ Conférence Internationale sur la Santé, 22 juillet 1946, New York <http://www.who.int/governance>

1. Constat

1.1 Ma situation interpellante

La situation se déroule en SSPI *Salle de Surveillance Post-Interventionnelle* d'une clinique privée toulousaine. Mme M. est en postopératoire immédiat d'une hystérectomie totale. Malgré tout le panel d'antalgiques qui lui a déjà été administré, Mme M. verbalise qu'elle souffre toujours autant.

La patiente a bénéficié, en préopératoire, d'anxiolytiques et, en per opératoire, d'antalgiques de différents paliers.

Aussitôt après son extubation, je l'interroge sur l'intensité de sa douleur en utilisant l'EN *Echelle Numérique*. La patiente m'indique une EN à 80/100. A la fin de la titration en morphine, elle reste grimaçante, pleure et déclare souffrir toujours autant. L'anesthésiste me demande alors de poursuivre la titration pour atteindre un maximum de 15mg avant le branchement d'une PCA *Patient Control Analgesy* contenant morphine, Acupan®² et Kétamine®³ : Mme M. présente une EN toujours aussi élevée.

Elle commence, également, malgré le Droleptan®⁴ à présenter des nausées et vomissements, effets secondaires de la morphine et de l'Acupan®. Pendant 30 minutes, je poursuis mes surveillances auprès de cette patiente qui souffre toujours et verbalise des phrases de découragement.

Après avoir discuté avec la patiente et consulté ses antécédents, je rapporte à l'anesthésiste que son dossier mentionne un syndrome dépressif ancien et que la patiente me dit être inquiète vis-à-vis de ses deux enfants adolescents qu'elle a du mal à gérer seule.

L'anesthésiste me demande, alors, de lui administrer du Tranxène®⁵ 30mg en IV *Intra Veineux*. Lors de mon soin, j'explique à Mme M. que les antalgiques les plus forts n'arrivent plus à la calmer ; je lui affirme, pour la rassurer, qu'avec ce traitement, ça devrait aller mieux très rapidement et que je mettrai tout en œuvre pour calmer sa douleur. Lors de ma surveillance suivante (soit 15min après), la patiente ne souffre plus du tout ; son visage est détendu. Ce résultat rapide et radical m'a particulièrement amenée à me poser des questions sur la prise en charge multimodale de la douleur.

² Antalgique de palier II qui n'est pas dérivé de la morphine - Néfopam chlorhydrate - <http://www.vidal.fr>

³ Anesthésiant général non barbiturique - Chlorhydrate de Kétamine - <http://www.vidal.fr>

⁴ Neuroleptique antagoniste non sélectif des récepteurs de la dopamine et de la sérotonine - Droleptan - <http://informationhospitaliere.com>

⁵ Anxiolytique de la famille des benzodiazépines - <http://www.vidal.fr>

1.2 Analyse de la situation

Lors de ce stage en SSPI, les interventions s'enchaînaient et le problème prévalent de ce service est de calmer la douleur ou de la prévenir. Il m'a donc été assez évident de comparer les situations et du coup d'essayer de comprendre pourquoi, pour une même intervention, certains patients souffrent d'autres non.

Cette situation interpelante m'a renvoyée à des situations rencontrées auparavant au sein d'un service de chirurgie d'une clinique de la banlieue toulousaine : notamment un patient en J1 *1^{er} jour suivant l'intervention* d'une PTH *Prothèse Totale de Hanche* pour lequel les antalgiques ne suffisaient pas à calmer la douleur. Ce stage s'est déroulé lors de mon 2^{ème} stage de 1^{ère} année ; je ne retiens de cette situation que l'expression d'une IDE : « *d'habitude, pour cette intervention, les patients n'ont plus mal en J1...* ». Je n'ai pas souvenir des suites de cette situation mais cette phrase est, je pense à l'origine de mes interrogations sur les douleurs persistantes et sur le rôle infirmier au regard de ces douleurs

Ainsi, j'ai pu mettre en évidence plusieurs questions qui me revenaient souvent :

**La nature de l'intervention a-t-elle une incidence sur la prise en charge de la DAPO ?
Quelle est la part d'anxiété dans une plainte douloureuse en postopératoire d'une intervention chirurgicale ?**

L'anxiété majore-t-elle la douleur ou alors, la douleur génère-t-elle de l'anxiété ?

Existe-t-il des échelles d'évaluation de l'anxiété au même titre que celles utilisées pour évaluer la douleur ?

A partir de ces questionnements, je décide d'écarter de mon sujet de TFE le premier questionnement : l'anxiété liée à la nature des interventions ou à la perturbation de l'image corporelle (due à la perte d'un organe).

Après investigations, je remarque que de nombreuses échelles d'évaluation existent déjà (j'en reparlerai plus tard dans mon exposé).

J'oriente alors mes interrogations sur l'anxiété liée à la situation, à l'événement en lui-même : l'intervention chirurgicale. J'élabore alors ma question de départ :

En quoi la prise en charge de l'anxiété en postopératoire diminue-t-elle la plainte douloureuse ?

2. Phase exploratoire

2.1 Recherches documentaires

Afin de pouvoir appuyer mon constat sur la considération de l'anxiété dans la plainte douloureuse par des professionnels, mes recherches se sont orientées vers des études de toute origine (géographiquement et professionnellement).

Dans son ouvrage « *Douleur et anxiété : une association sous-estimée* » le Docteur Eric Serra, psychiatre et responsable de la consultation douleur au CHU d'Abbeville, étudie précisément le sujet de mon interrogation. Il décrit une étroite corrélation entre la douleur et l'anxiété : « *la survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur* »⁶. Il met également en lumière que la mise en place d'un traitement adapté considérant l'anxiété est nécessaire pour une prise en charge multimodale de la douleur et évoque un « *caractère multidimensionnel de la douleur* ».⁷

Toujours dans ce manuel, le Docteur Serra reconnaît la douleur comme un phénomène qui ne se résume pas à une simple composante sensorielle : « *[...] une expérience personnelle, influencée par de nombreux facteurs tels que l'éducation, l'environnement et les antécédents [...]* »⁸. Dans ces révélations, je retrouve les éléments qui ont pu aider à calmer Mme M. dans la situation interpellante que j'ai décrite, à savoir ses antécédents dépressifs, et son environnement (enfants adolescents à élever seule).

En ce qui concerne l'anxiété, l'auteur présente celle-ci comme « *une expérience banale et fréquente [...] une réaction adaptée à une situation donnée. [...] cette anxiété est bénéfique en améliorant les performances de la personne concernée.* ». Le Docteur Serra précise bien que chez le patient douloureux par contre, cette anxiété ne présentera pas la « *fonction structurante et protectrice* » mais au contraire « *les deux pathologies vont alors se nourrir l'une de l'autre* »⁹.

De même, « *pour le clinicien et le patient, l'amélioration de la symptomatologie douloureuse ainsi que son retentissement social et affectif sera d'autant plus efficace qu'à la prise en charge antalgique sera associée une prise en charge visant à réduire la symptomatologie anxieuse.* »¹⁰

⁶ SERRA E., *Douleur et anxiété : une association sous estimée*, Annales psychiatriques, 1999, résumé

⁷ Ibid. page 241

⁸ Ibid. page 240

⁹ Ibid. page 241

¹⁰ Ibid. page 241

Le Docteur Serra, dans ces annales, apporte des distinctions sur l'origine de l'anxiété : il distingue le patient présentant un état anxieux antérieur (anxiété trait) et le patient souffrant d'anxiété état (réactionnelle à la situation). Les antécédents peuvent revêtir deux formes : un trouble anxieux secondaire à un syndrome douloureux, et un trouble anxieux iatrogène (médicament, relation soignant/soigné...). Selon lui, le patient peut, par peur ou crainte, développer une anxiété née d'une relation soignant/soigné difficile.¹¹ Nous retrouvons, ici, des éléments de ma situation interpellante sur les antécédents dépressifs, mais aussi sur la possibilité pour le soignant de majorer cette anxiété via le relationnel.

De même, suite à un geste chirurgical, le patient peut déclarer une anxiété liée à « *la méconnaissance par le patient, de la cause pouvant expliquer cette douleur [...]* »¹². Effectivement, j'ai pu remarquer que lorsque je me suis efforcée de calmer Mme M., celle-ci était très sensible aux informations que je lui apportais et à la manière que j'avais de l'aborder (avec beaucoup de sérénité et en utilisant la relation d'aide).

Dans leur article « *Les adjuvants de l'analgésie postopératoire* »¹³, Eric Viel, kinésithérapeute au CHU de Nîmes, le Docteur Pascal Bruelle et le Professeur Jean Jacques Eledjam de Montpellier citent plusieurs chercheurs américains :

➤ **Scott** a démontré que « *la corrélation douleur/anxiété était en grande partie liée à l'absence de contrôle possible par l'opéré lui-même de la douleur qu'il ressent ou anticipe* ». Cette observation expliquerait en partie l'efficacité des utilisations des PCA, par le fait que le patient devient maître de sa douleur.

Etre acteur dans la prise en charge de sa propre douleur est une nécessité que j'ai retrouvée tout au long de mes recherches notamment dans les théories rogeriennes.

➤ **Loper** démontre, par des études que « *l'auto-administration séparée d'un agent anxiolytique en l'occurrence le midazolam, permettrait de réduire la consommation postopératoire de morphine en PCA* ».

➤ **Andrew** souligne : « *trop d'informations peut aggraver la douleur postopératoire* ».

C'est pourquoi, il me semble important d'évaluer les stades d'acceptation d'une situation donnée (chirurgie, maladie, deuil...) avant d'apporter l'information au patient. Ceci nous renvoie directement à notre apprentissage sur les différentes étapes du deuil décrites par le psychiatre Elisabeth Kübler Ross.

¹¹ Ibid. page 242

¹² Ibid. page 242

¹³ VIEL E. BRUELLE P. ELEDJAM JJ., *Les adjuvants de l'analgésie postopératoire*, Elsevier Paris et SFAR, 1997, p.349 à 361

Toutefois beaucoup d'auteurs affirment que l'inconnu est anxiogène (c'est aussi ce que m'ont rapporté les soignants dans les services lors de mes entretiens quand ils prenaient en charge des chirurgies non programmées).

Tous ces articles m'ont permis de vérifier que des études prouvaient la corrélation existante entre anxiété et douleurs postopératoires ; ceci me confirmait également que la prise en charge de l'anxiété dans une douleur rebelle aux antalgiques en postopératoire restait, à ce jour, source d'interrogations et d'investigations.

Après m'être attachée à explorer des revues scientifiques, je me suis rendue dans les services de soins afin d'évaluer dans quelle mesure, l'IDE observait une corrélation entre l'anxiété et la DAPO du patient. J'ai pu également échanger avec Madame Martine Quintard, IADE *Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat*, qui, dans le mémoire qu'elle a réalisé pour son travail sur l'hypnose intitulé « *Ose l'hypnose* »¹⁴ en octobre 2009, déclare que « *traiter la douleur du corps sans s'occuper de la douleur du psychisme de même que traiter le psychisme sans se préoccuper du corps est une hérésie* ».

2.2 Synthèse des entretiens

Afin de vérifier la pertinence de ma question de départ, j'ai opté pour des entretiens semi-dirigés à partir d'une grille (Annexe I). J'ai mené ces entretiens au sein de trois services de chirurgie en traumatologie ceci afin d'écartier les interventions liées à une atteinte néoplasique (comme en digestif), celles touchant à l'image corporelle (en chirurgie maxillo-faciale) ou celles touchant des symboles (en gynécologie : le sein...). Ces services excluent également la présence d'une anxiété liée directement à la pathologie comme en chirurgie cardiaque, où le caractère anxiogène est très fort.

Mes objectifs d'entretien étaient de dégager des réponses obtenues :

- que l'anxiété pouvait effectivement être un frein à la prise en charge de la DAPO,
- connaître les actions menées : est-ce que celles-ci étaient protocolisées ou étaient-elles plutôt le fruit d'initiatives isolées.
- les besoins du personnel soignant pour une meilleure prise en charge des DAPO.

Voici la synthèse de mes entretiens :

¹⁴ Quintard M., *Ose l'hypnose*, Toulouse, 2009 <http://www.chu-toulouse.fr>

De quelle manière la douleur d'un patient en retour de bloc est-elle prise en charge au sein de votre service ? Existe-t-il des protocoles d'administration médicamenteuse ? Existe-t-il des échelles d'évaluation ?

Les services utilisent des protocoles qui dépendent directement des anesthésistes eux-mêmes. Les IDE que j'ai rencontrés parlent de protocoles palier I ou II ou III résumant ainsi la classe thérapeutique utilisée pour chacun d'entre eux.

L'échelle utilisée le plus couramment reste l'EN. Un service déclare toutefois se baser sur le faciès et les constantes du patient afin de compléter l'EN. Les 3 services déclarent tous aborder les retours de bloc de la même manière à savoir : une évaluation toutes les heures au début puis plus espacées selon l'évolution de la douleur du patient.

Tous les patients réagissent-ils de la même façon aux antalgiques ?

Avez-vous plus de difficultés à calmer un patient plutôt qu'un autre ?

Dans tous les cas de figure, les soignants évoquent les antécédents chirurgicaux, médicaux, psychiatriques comme étant des sources d'obstacle à la prise en charge de la douleur. La douleur des toxicomanes est souvent citée comme difficile à calmer de part les drogues qu'ils consomment de manière régulière (ce qui place le seuil de réponse thérapeutique plus haut que pour la plupart des individus). Je n'ai pas poursuivi mes investigations quant à ce problème qui ne concernait pas directement le sujet de mon TFE, mais qui serait très intéressant à développer compte tenu du grand nombre de patients toxicomanes hospitalisés en traumatologie et de la difficulté que rencontrent les IDE dans la prise en charge de leur DAPO.

Les hommes apparaissent également comme se déclarant plus douloureux que les femmes. Selon certains IDE, les femmes, culturellement, seraient plus habituées à souffrir, de part leurs antécédents (accouchement...). Cependant, après avoir échangé avec des membres du CLUD et de l'EMD, il s'avère que cet aspect reste très controversé (aucune statistique, à ce jour, ne peut le confirmer).

Les personnes âgées également, qui présentent déjà, avant la chirurgie des douleurs diffuses dues à l'arthrose, apparaissent comme étant difficiles à calmer (leurs douleurs chroniques venant parasiter la prise en charge de la DAPO et son évaluation).

Par ailleurs, dans un service, une IDE déclare poser fréquemment la question : *« vous évaluez votre douleur à 5 sur l'échelle de 1 à 10 mais en ce qui concerne la douleur de la jambe (s'il s'agit d'une PTG Prothèse Totale de Genou), qu'en est-il ? C'est bien de la douleur de la jambe dont il s'agit ? »*.

En effet, fréquemment, les patients répondent un chiffre en tenant compte de toutes leurs douleurs (y compris les douleurs chroniques antérieures à la chirurgie et l'impression de mal être ressenti liée à l'hospitalisation).

Arrivez-vous parfois au bout de la prescription médicale sans que le patient soit calmé ?

La réponse est oui, le plus souvent chez les toxicomanes et lors des chirurgies non programmées. Les IDE mettent, toutefois en avant, que l'organisation hospitalière a beaucoup évolué dans la communication entre le corps médical et le corps paramédical.

Quelles sont vos actions dans ces cas là ?

Faites-vous appel à d'autres corps de métier ?

La réponse est de contacter l'anesthésiste responsable de l'intervention qui prescrit alors un traitement dans un autre champ d'action thérapeutique ou de contacter l'EMD composée d'IADE et d'anesthésistes ou encore de contacter la sophrologue. L'EMD aidée par les anesthésistes prescrit parfois des PCA : le patient est alors actif ; le simple fait de lui donner un rôle quant à sa douleur peut avoir un effet sur celle-ci. La réponse est plus rapide (temps de préparation de l'IDE en moins) et le patient a la sensation de gérer une situation qui, jusque là évoluait indépendamment de son contrôle. Je retrouve dans la littérature des études qui confirmaient que le rôle actif du patient contribuait au traitement de la douleur.

Le TENS *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (Annexe II) est également souvent mis en place. Il s'agit d'un appareillage qui va agir sur des douleurs neuropathiques : c'est une neurostimulation transcutanée. Peu de démonstrations scientifiques ont pu, pour le moment, justifier l'efficacité de ce système.

L'usage de placebo n'est évoqué qu'à ma demande ; les IDE mettent en avant le fait que les patients sont de plus en plus au courant des thérapeutiques administrées et ne croient pas beaucoup en des médicaments dont ils ne connaissent pas le nom. Via internet, chaque nom de traitement (même le plus novateur) peut être retrouvé.

Par ailleurs, les soignants affirment tous que, depuis la mise en place de cathéters nerveux périphériques diffusant de la Naropéine®¹⁵, la prévalence de la DAPO rebelle aux antalgiques est moindre. Le travail en collaboration avec la sophrologue ou l'IADE traitant par hypnose ne se fait que sur prescription médicale. Cette collaboration ne se passe, par contre, que les jours ouvrés de 9h à 17h, ce qui rend celle-ci compliquée et peu utilisée.

¹⁵ Anesthésique local - Chlorhydrate de ropivacaïne <http://www.vidal.fr>

Selon vous quels facteurs principaux peuvent être à l'origine de l'échec des thérapeutiques antalgiques classiques ?

Les réponses qui reviennent fréquemment concernent un patient qui se fait opérer pour la 1^{ère} fois ainsi que des interventions réalisées dans l'urgence. Lors d'une chirurgie programmée, le patient rencontre son chirurgien qui apprend à connaître celui-là. Un climat de confiance s'instaure alors. Le patient a le temps d'accepter la chirurgie, de rechercher des informations sur sa pathologie, les risques encourus..., et de s'organiser.

L'anesthésiste prescrit une prémédication et une anesthésie adéquate pour ce patient : la prise en charge préopératoire vient diminuer le risque d'anxiété préopératoire et donc de DAPO.

Cette question a permis de faire ressortir un aspect de l'anxiété dans la plainte douloureuse postopératoire à laquelle je n'avais pas pensé en établissant ma question de départ. A savoir, la prise en charge de la personne qui ne connaît pas ou peu son devenir : **L'inconnu, l'absence de maîtrise devient un facteur anxigène majeur.**

Lors d'une chirurgie en urgence, l'équilibre complet de la personne est ébranlé : son entourage familial et professionnel, la personne elle-même dans sa chair mais aussi un programme de journée ou de semaine perturbé. Le patient subit sans pouvoir gérer quoique ce soit. Sans compter que le patient a, peut-être en plus subi un traumatisme psychologique lié à un accident grave. Les soignants témoignent que, dans ces cas là, la communication, l'explication du moindre geste est apaisante, et aide à faire « *descendre la pression* ». C'est à ce moment là que l'IDE peut exercer son rôle propre en instaurant une relation d'aide.

La sophrologue me déclare, que lors de ses consultations au lit du patient, le simple fait de lui rendre visite et de le laisser exprimer ses plaintes suffit à faire baisser les tensions et donc les douleurs. Lors de notre entretien, elle évoque une personne âgée en J3 d'une chirurgie du col du fémur qui se sent loin de chez elle (Rodez), inquiète par « *qui garde son chien* » ou par « *quel est ce courrier en recommandé reçu...* ». Le fait de s'asseoir à côté d'elle et de l'écouter aura suffi pour faire passer son EN de 80 à 50. Elle met en avant le temps qu'elle accorde au patient que l'IDE ne peut pas accorder.

Certains soignants ont évoqué le moment de la journée comme étant une source de difficultés : au moment de la toilette ou du pansement ; il s'agit alors de douleur induite par le soin. La fin de journée est un moment ressenti par les soignants comme anxigène : il semblerait que les patients s'exprimeraient plus à ces moments là et « s'autoriseraient à moins lutter » contre la douleur : ce qui fait baisser leur seuil de tolérance de celle-ci.

Quel est votre ressenti lorsque vous rencontrez un échec vis-à-vis de la prise en charge de la douleur ?

Les dires des soignants reposent beaucoup sur notre culture et sur l'histoire du métier infirmier. Nous ne sommes pas éduqués à l'échec ; ils déclarent (2 sur 3) exercer ce métier **pour réussir à calmer**. Ils s'accordent néanmoins pour dire que depuis quelques années, tout est mis en œuvre pour limiter cet échec et qu'ils se sentent particulièrement soutenus et aidés par les médecins.

Je me suis rendue, également, dans le but d'échanger sur le thème de la DAPO, à l'encontre du CLUD *Comité de Lutte contre la Douleur*, d'une sophrologue de la fonction hospitalière et de l'EMD *Equipe Mobile Douleur* d'un hôpital. Mes objectifs s'orientaient, pour ces entretiens plutôt vers un enrichissement personnel sur le sujet de la DAPO.

3. Pôles théoriques

3.1 La douleur

3.1.1 Définitions et généralités

Le terme douleur est issu du nom latin « dolor » signifiant « *la souffrance du corps ou de l'esprit* »¹⁶. De nos jours, la distinction est faite entre douleur et souffrance, celle-ci étant plus globale.

En 1976 l'IASP *International Association for the Study of Pain* la définit en ces termes : « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en les termes d'une telle lésion* ».

Il convient de décrire les différents mécanismes de douleur : entre parenthèses quelques exemples concrets :

- **physiopathologique** par excès de stimulations nociceptives (fractures)
- **neuropathique** par compression (zona, douleurs liées à une amputation)
- **psychogène** dite « sine materia » (la plupart des céphalées)

Et les différents types d'installation :

- **la douleur chronique** de plus ou moins grande intensité et qui est durable dans le temps : supérieure à 6 mois et rebelle aux traitements antalgiques classiques.

¹⁶ CAILLON O., *Dictionnaire étymologique*, Les Editions Scolaires de Chambéry, non daté, p 189

- **la douleur aiguë** de durée plus courte d'intensité plus grande, présente de manière transitoire, constitue un véritable signal d'alarme et un système de protection du corps humain.

La douleur à laquelle je m'intéresse pour ce travail de fin d'étude est la DAPO qui se définit comme suit : « *elle est prévisible et transitoire ; d'emblée, elle va décroître en 2 à 4 jours ; son intensité dépendra de l'intervention, du type d'anesthésie et de l'état clinique du patient et de son environnement* »¹⁷

Les causes des DAPO sont multiples : incision chirurgicale (section de fibres nerveuses, phénomène inflammatoire, contracture musculaire réflexe), méconnaissance du diagnostic, refroidissement du patient pendant l'intervention ce qui rend la perfusion sanguine moins efficace et donc la diffusion des antalgiques moindre, les sondes et les drains ainsi que la position per-opératoire.

3.1.2 Cadre législatif

Les premières institutions sur la douleur se sont créées en 1975 : IASP. En 1976, naîtra la SFD *Société Française de la Douleur* au sein de l'IASP. Dans le cadre du rôle infirmier, plusieurs textes de loi viennent légiférer la prise en charge de la douleur :

- **Le décret de compétence n° 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier**

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

Article 5 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et assurer le confort et la sécurité de la personne [...] concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne : évaluation de la douleur [...] » (Annexe IV)

Article 8 : « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis,[...]. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. » L'infirmière a donc pour obligation de prendre en compte et d'aider à soulager la douleur des personnes soignées. (Annexe V)

¹⁷GRAS JP., *La douleur post opératoire*, 2002, <http://www.infirmier.com/pdf/douleur-gras>

- **La charte de la personne hospitalisée (Annexe VI) loi de 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L1110-5 du code de la santé publique)**

« La dimension douloureuse, physique et psychologique [...] ainsi que le soulagement de leur souffrance constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée « contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée ».

- **Le plan national contre la douleur**

Deux programmes nationaux d'actions contre la douleur instaurés en 1998 par l'ancien Ministre de la Santé Bernard Kouchner : 1998/2002 puis 2002/2005

En 2004, le soulagement de la douleur fait partie des 100 objectifs de santé publique pour les 5 années suivantes. Le plan 2006/2010 élaboré par Xavier Bertrand prévoit *« d'améliorer la prise en charge de la douleur selon 4 axes : l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie), la formation renforcée des personnels de santé, une meilleure utilisation des traitements médicaux et des méthodes non pharmacologiques, la structuration de la filière de soins »*.¹⁸

3.1.3 Les représentations de la douleur

Une douleur revêt comme toute expérience une signification. Pour certains patients, l'augmentation de la douleur pourrait être en corrélation étroite avec un état de gravité de même, une diminution pourrait signifier une guérison.

La douleur pourrait aussi chez certains patients revêtir un sens de revendication d'existence. Elle permettrait au patient de ressentir son corps et par là même d'exister, d'être reconnu. Dans les services, certains patients peuvent présenter une résistance aux antalgiques ; cela peut vouloir dire non pas simplement *« j'ai mal »* mais *« je suis mal »* ou plus schématiquement *« j'existe, occupez vous de moi »* (sous entendu, *« si je n'ai plus mal, je crains ne plus bénéficier de votre attention et de votre visite »*).

Lors de mes entretiens : une IDE sophrologue m'affirme que, chez certains patients, ces plaintes douloureuses seraient bien souvent une recherche de bénéfices secondaires.

¹⁸ Xavier Bertrand, *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur*, 2006 <http://www.santé.gouv.fr>

Un IDE en traumatologie m'évoque également, que certains patients, se sentant victimes (en rapport avec une pathologie, un accident... par exemple, ou encore s'ils perdent l'usage d'un membre ou s'ils contractent une infection nosocomiale), recherchent un bénéfice secondaire qui lui seul, pourrait en quelque sorte venir réparer le préjudice.

Certains patients, au contraire, ne se plaindront pas pour être de « bons patients ». Une douleur que l'on avoue pourrait donc témoigner d'une faiblesse, ou pire encore d'un manque de courage. L'éducation judéo-chrétienne nous impose qu'une douleur représente une faiblesse. « *Pour le christianisme, la douleur apparaît comme une bonne conseillère : elle éloigne des voluptés terrestres et fait penser à Dieu* »¹⁹ : cette affirmation de MA.Descamps, (philosophe et psychologue contemporain) nous annonce clairement que la religion recommande d'accepter la douleur voire même l'encouragerait pour nous apporter des pensées plus honorables.

Nous détenons tous dans nos valeurs une représentation de la douleur avec celle qui nous semble acceptable, celle qui nous évoque de l'angoisse et surtout celle qui fait écho à la cicatrice de nos douleurs passées qui sont ancrées dans notre mémoire corporelle (inconscientes). Il est important, lorsque nous évaluons la douleur d'une personne de considérer celle-là en tenant compte de la personne en tant que telle et non de notre propre expérience sensorielle.

3.1.4 L'évaluation et les traitements de la douleur

L'évaluation de la douleur fait partie intégrante de son traitement. Elle peut se réaliser de différentes façons, incluant différentes échelles mais tenant toujours compte de la clinique du patient. Les échelles utilisées devront être adaptées à l'âge, la situation, l'état clinique et psychologique du patient. Par contre, étant donné que chacun sera le propre témoin de sa douleur, il est important de conserver la même échelle pour un même patient et de mesurer non pas les résultats eux-mêmes mais leur évolution.

Nous avons tous le même capital physique pour ressentir une douleur, néanmoins nous ne la ressentons pas et supportons pas tous de la même manière. Les seuils de tolérance ne sont pas les mêmes pour tous.

Les composantes qui viennent modifier ces seuils peuvent être de nature psychologique, émotionnelle ou être liées à un contexte ou à une mémoire de la douleur.

¹⁹DESCAMPS MA., *La valeur de la douleur - Ce corps haï et adoré*, 1988, <http://ethique.inserm.fr/>

Parmi les grilles d'évaluation, voici celles que nous rencontrons le plus souvent :

- **Echelle Verbale Simple EVS**

Evalue la douleur au moyen de 4 qualificatifs : 0 absente, 1 faible, 2 intense, 3 très intense

- **Echelle Numérique EN**

Une auto-évaluation de la douleur sur une échelle de 0 à 10. 0 étant égal à « *pas de douleur* » 10 étant égal à « *la douleur la plus intense que le patient puisse imaginer* »

- **Echelle Visuelle Analogique EVA (Annexe VII)**

Intensité de la douleur représentée par un curseur sur une réglette à valeur millimétrique de 0 à 100 mm (le patient place le curseur en fonction de sa douleur)

- **DOLOPLUS (Annexe VIII)**

Echelle d'hétéro-évaluation s'adressant aux personnes âgées ou trop faibles ou encore trop confuses pour pouvoir coopérer à l'évaluation de la douleur.

- **Faces Pain Scale (Annexe IX)**

Présentation de visages plus ou moins grimaçants et une graduation de la douleur de 0 à 10 : utilisée essentiellement chez l'enfant.

Chaque échelle d'auto-évaluation sera expliquée au patient afin que celui-ci ne ressente pas de jugement de valeur et exprime réellement quelle est sa douleur.

En ce qui concerne les traitements, selon l'OMS, les antalgiques ou les analgésiques sont classifiés en paliers selon l'intensité des douleurs déclarées :

- **palier I** : douleurs légères à modérées utilisant des antalgiques périphériques (Paracétamol, aspirine, AINS) qui agissent sur la douleur, la fièvre et plus ou moins sur l'inflammation, associés ou non à des thérapeutiques adjuvantes.
- **palier II** : douleurs légères à modérées utilisant des antalgiques périphériques associés à des opiacés faibleset (ou non) à des thérapeutiques adjuvantes.
- **palier III** : douleurs modérées à sévères utilisant des antalgiques centraux associés ou non à des antalgiques périphériques et des thérapeutiques adjuvantes.

Les thérapeutiques adjuvantes n'ont pas pour première indication de lutter contre la douleur. Elles peuvent toutefois y contribuer en complément d'antalgiques de différents paliers. Parmi ces traitements, les classes les plus souvent rencontrées sont les benzodiazépines, les antiépileptiques, les antidépresseurs les antispasmodiques et les myorelaxants.

D'un point de vue des prescriptions, les protocoles thérapeutiques restent le moyen le plus utilisé dans les services.

Ceux-ci sont régis par un texte explicatif : la circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999 (Annexe X). « *Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des **consignes à observer** [...] Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir **sans délai** [...] et d'utiliser les procédures reconnues pour leur efficacité* ». ²⁰
« *Contrairement à la prescription médicale obligatoirement individuelle, le protocole se distingue de celle-ci en ce qu'il trouve **application à une pluralité de patients**. Les protocoles sont considérés comme des « **prescriptions anticipées** » [...] **doivent être validés par un médecin.** » ²¹. Le traitement de la douleur passe aussi par l'intervention de nombreux corps de métier : sophrologue, thérapeute par hypnose, psychologue..., sans oublier l'effet placebo du geste et de la parole de l'IDE lorsqu'elle administre l'antalgique.*

Au-delà de la douleur, les soignants sont confrontés à « la peur de la douleur ». Ce phénomène porte le nom **d'algo-phobie**.

3.2 L'anxiété

3.2.1 Définitions et généralités

Il s'agit, selon la définition de l'OMS, « *d'un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement* ». L'anxiété diffère de la peur en ce sens que la cause ou l'objet de la peur n'est pas identifié dans l'anxiété.

Sigmund Freud définit déjà en 1936 l'anxiété comme « *un état émotionnel désagréable ou une condition de l'organisme humain qui inclut des composantes vécues psychologiques et comportementales* » ²².

Plusieurs études ont déjà mis en évidence le lien étroit entre l'anxiété et la douleur lors de situation pré, per ou postopératoire. « *Douleur, peur et anxiété sont des termes intimement liés [...]* » ²³. Selon le Professeur de Médecine Comportementale à l'Université de Louvain Johan Vlaeyen « *bien que la distinction entre peur et anxiété ne soit pas toujours aisée en pratique clinique, elle est en théorie définie par l'objet de la menace.*

²⁰ OLIVIER M., Conférence, 4^{ème} journée du CLUD, 2007, <http://www.chu-toulouse.fr>

²¹ OLIVIER M. & QUINTARD M., *Protocoles antalgiques La loi nous aide-t-elle ?*, Journée régionale inter CLUD, 2009, <http://www.chu-toulouse.fr>

²² VOYNNET-FOURBOUL C., *Stress*, conférences universitaires, 2005, <http://voynnetf.free.fr>

²³ VLAEYEN J., *La peur de la douleur*, la lettre de l'institut UPSA, 2009, <http://www.institut-upsa-douleur.org>

*Dans la peur, l'objet de la menace est plutôt spécifique, tandis qu'il reste mal défini dans l'anxiété ».*²⁴ Ce professeur qui a réalisé des études sur l'évaluation de la peur de la douleur témoigne que la réduction de ce phénomène pourrait s'opérer par le biais de moyens non médicamenteux : réassurance verbale, éducation/communication.²⁵

3.2.2 Signes et manifestations

Les signes de l'anxiété peuvent revêtir essentiellement deux formes :

- **Les symptômes physiques** repérables par l'observation de la clinique du patient ainsi que la prise des paramètres vitaux (palpitations, tremblements, dyspnée, douleurs thoraciques, sueurs, céphalées, troubles digestifs...).
- **Les symptômes psychologiques et émotionnels** observables durant la relation soignant/soigné (irritabilité, perte de contrôle, crainte de la mort, confusion, nervosité, sentiment d'insécurité...).

Les formes d'anxiété se définissent en deux catégories distinctes :

- **l'anxiété état** : c'est la symptomatologie anxieuse actuelle (composante transitoire et réactionnelle à une situation).
- **l'anxiété trait** : elle correspond au tempérament anxieux (c'est une composante stable).

3.2.3 L'évaluation et les traitements

Contrairement à mes idées reçues en début de travail, de nombreuses échelles d'évaluation de l'anxiété existent au même titre que celles qui évaluent la douleur. Je cite ci-dessous une définition globale de l'échelle d'évaluation qui s'applique également aux échelles de la douleur : « *Une échelle d'évaluation clinique est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une (ou plusieurs) caractéristique(s) non mesurable(s) directement, au moyen d'indicateurs ou item(s) mesurables directement, permettant d'attribuer en fonction de règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée.* »²⁶ . Dans cette définition, nous retrouvons bien cet aspect normalisé de la grille d'évaluation qui exclue toute la singularité du patient.

²⁴ Ibid page 2

²⁵ Ibid page 3

²⁶ CIALDELLA P., *Echelles d'évaluation en psychopathologie*, séminaire, 1999
<http://www.ulb.ac.be/médecine>

Ce problème est directement inhérent au fait qu'une grille doit être simple et concise pour pouvoir être utilisée.

Au même titre que la douleur, le traitement de l'anxiété nécessite une évaluation par le biais de grilles dont je cite ci-dessous les plus connues :

- **grille d'Hamilton** ou HASR mesure l'anxiété état par hétéro évaluation (Annexe XI)
- **échelle de Covi** mesure globale de l'anxiété simple par hétéro évaluation (Annexe XII)
- **diagramme FARD** *Ferrero Anxiety Rating Diagram* de Ferreri (Annexe XIII)
- **inventaire d'Anxiété Trait Etat de Spielberger** explore par auto-évaluation l'anxiété trait et l'anxiété état séparément (Annexe XIV)

Le traitement de l'anxiété peut revêtir plusieurs formes :

- **les thérapeutiques médicamenteuses** : l'anxiolytique vient en première ligne.
 - les benzodiazépines restent les plus communément utilisées en situation post-opératoire. En effet, malgré les nombreux effets indésirables, dont le risque d'accoutumance, qui leur sont reprochés, leur action est quasi immédiate.
 - les anxiolytiques « non benzodiazépines » (antidépresseurs, antihistaminiques, neuroleptiques) : leur action est plus lente (2 à 3 semaines) : ils agissent sur les neurotransmetteurs qui modifient l'humeur. Ces traitements entrent également dans la prise en charge de la douleur mais plutôt dans le cadre des douleurs chroniques ou des algodystrophies (complications douloureuses articulaires liées à des troubles vasomoteurs). Les antihistaminiques restent très utilisés en préopératoire pour leur vertu anti-allergique couplée à leur effet anxiolytique.
- **les thérapeutiques non médicamenteuses** :
 - la relation d'aide : la réassurance, l'information, l'explication, le toucher : la main du soignant qui apporte au soin un contact chaud et contenant.
 - la voix : l'intonation : une douceur dans la voix couplée à une voix sûre et sans hésitation.
 - la chaleur : par le biais de plaques de boue chaude appliquées sur les zones douloureuses (beaucoup utilisées en rééducation fonctionnelle) ou encore l'utilisation de couvertures chauffantes (utilisées en SSPI ainsi qu'au bloc opératoire).

- les rencontres avec des psychologues, sophrologue, l'usage de l'hypnose, la distraction (moyen beaucoup utilisé chez l'enfant mais tout aussi applicable chez l'adulte).

Ces thérapeutiques nous renvoient directement au troisième pôle théorique que j'ai retenu pour ce travail à savoir : la relation soignant/soigné.

3.3 La relation soignant soigné

3.3.1 Définitions et concepts

A la base de la relation soignant/soigné vient le mot **relation** qui fait directement écho à la communication. Celle-ci fait partie des 14 besoins fondamentaux cités en 1961 par Virginia Henderson, infirmière ayant contribué à la définition des soins infirmiers de base : « *Communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments* » (Annexe XV).

En 1952, Hildegard Peplau, théoricienne sur les soins infirmiers, décrit également le phénomène principal qui se joue entre le patient et l'infirmière en le nommant « *give and take* » : ce caractère ainsi décrit donnait alors un rôle actif au patient qui, jusque là ne constituait que l'objet passif de gestes médicaux et paramédicaux. Carl Rogers, psychologue humaniste, fait également ressortir le rôle actif du patient et définit une **relation d'aide** applicable à tout patient et à toute situation.

« Il considérait, en effet, que l'individu possède en lui une capacité de s'auto-actualiser qui, une fois libérée, lui permet de résoudre ses propres problèmes [...] Plutôt qu'agir en expert, [...] le thérapeute doit, selon lui, libérer le potentiel que possède le patient [...] »²⁷

Carl Rogers a mené ses études en se basant sur sa croyance en l'homme, sur le fait que celui-ci est bon intrinsèquement et qu'il détient des pouvoirs vis-à-vis de lui-même qu'il ne soupçonne pas, contrairement à Sigmund Freud (neurologue et psychanalyste) qui lui, était le maître à bord de sa relation avec le patient. Au cours de ses études, Carl Rogers sera (parmi d'autres théoriciens) à l'origine de termes définissant les concepts de la relation soignant/soigné. Ces conditions de la relation sont au nombre de trois :

²⁷ ZIMRING F., *Carl Rogers 1902-1987, Perspectives*, 1994, page 1

- **la congruence** « du thérapeute c'est-à-dire le fait d'être véritablement lui-même [...] sincérité ou authenticité [...] »
- **la considération positive** : « le thérapeute doit faire preuve d'un respect inconditionnel à l'égard du client » c'est-à-dire l'absence de jugement.
- **l'empathie** : « [...] le thérapeute doit faire preuve de compréhension empathique à l'égard du système interne de référence de son client [...]. Ressentir l'univers particulier de son client comme si c'était le sien propre [...] »²⁸.

La relation d'aide « est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. »²⁹. « Elle dépend des questions que se pose le patient. Le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre. »³⁰

D'un point de vue législatif, l'article R4311-2 du décret 2004-802 (Annexe III) précise : « les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et **qualité des relations avec le malade** [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne [...] en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles ... » L'article R4311-5 (Annexe IV) de ce même décret, le rôle propre de l'IDE : « [...] dispense les soins [...] visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement [...] aide et soutien psychologique ; [...] »

3.3.2 Le rôle infirmier

L'évolution de la fonction infirmière donne, à l'IDE la possibilité d'être acteur à part entière du soin et non plus un simple exécutant. L'entretien infirmier, avec les techniques relationnelles qui nous sont enseignées à l'IFSI constitue un complément à toute thérapeutique médicale.

En lien avec le décret de compétences en soins infirmiers, l'IDE détient un rôle majeur dans la relation soignant/soigné à savoir : la relation d'aide. C'est l'IDE (avec l'AS) qui est en première ligne, auprès du patient.

²⁸ Ibid. page 2

²⁹ MANOUKIAN A. MASSEBEUF A., *La relation soignant soigné*, Lamarre Ed, 2008, page 56

³⁰ Ibid. page 57

Le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique lui permet de venir compléter le rôle soignant du corps médical grâce au rôle propre qui lui est accordé.

La relation que l'IDE instaurera lors de l'évaluation de la douleur et lors de l'administration des prescriptions viendra rendre plus juste cotation de la douleur et potentialisera plus ou moins l'effet chimique du médicament. La délivrance d'un simple Perfalgan®³¹ n'a pas la même action en fonction de l'attitude de l'infirmière. Si l'IDE l'administre en ayant un contact apaisant, rassurant, à l'écoute des plaintes, aidant le patient à exprimer ses craintes et ses douleurs, cet antalgique dégagera un effet placebo.

Dans un autre registre, la couverture chauffante utilisée essentiellement en bloc opératoire et en SSPI apaise le patient (fonction rassurante et contenante) mais aussi potentialise l'action des traitements antalgiques par une augmentation de la température corporelle ce qui crée une meilleure perfusion sanguine. Le Docteur Michel Olivier nomme comme facteur « *algogène per- opératoire, la lutte contre le refroidissement.* »³²

Néanmoins, dans la relation d'aide, la notion de réassurance verbale peut être, comme le souligne le Docteur Vlaeyen, délétère au patient³³. Si le soignant exprime au patient qu'il ne doit pas s'inquiéter par exemple pour son dos mais que celui-là souffre toujours, le patient se posera alors des questions anxiogènes sur l'authenticité de la parole du soignant sous entendu : « *pourquoi me dit-il que ça va mieux, alors que je souffre ?* ».

3.3.3 La position du patient

Le patient du latin « *patiens* » : celui qui supporte et qui est endurant. Selon le Psautier d'Oxford, à la 1^{ère} moitié du XII^{ème} siècle, ce terme désignait « *qui supporte patiemment les défauts d'autrui* ». De nos jours, le patient est celui qui est disposé à recevoir, qui attend : d'ailleurs ce terme ne possède-t-il pas la même racine étymologique que le mot « *passif* » ?

Il est aussi celui qui présente des faiblesses :

- de par sa maladie qui le diminue physiquement et moralement.

³¹ Paracétamol – antalgique de palier I – <http://www.vidal.fr>

³² Op. Cit. OLIVIER M., *Bases de l'Analgésie Postopératoire en 2007* page 4

³³ Op. Cit. VLAEYEN J., page 3

- de par sa tenue vestimentaire qui se résume parfois à une simple chemise de bloc impersonnelle et très minimaliste laissant apparaître des parties du corps que celui-ci ne souhaiterait pas dévoiler.
- de par sa position allongée en opposition avec celle du soignant qui lui, est debout.
- de par le lieu des actions qui est la chambre d'hôpital, lieu qui lui est inconnu et non familial.

3.4 L'énoncé de la problématique

Outre la prise en charge multimodale de la DAPO par le biais des thérapeutiques médicamenteuses ainsi que par les spécialisations de plus en plus développées au sein des Etablissements de Santé (hypnose, sophrologie, art thérapie...), les trois instances de Carl Rogers apparaîtraient essentielles dans l'appréhension d'une douleur liée à l'anxiété en postopératoire.

A partir des moyens existants et de nos connaissances sur les relations soignant/soigné, nous pourrions nous interroger et établir alors un questionnement de recherche dans le but de diminuer les DAPO.

Doit-on intégrer une grille d'évaluation de l'anxiété de manière systematique aux protocoles douleur en postopératoire ?

4 Analyse du travail de recherche

4.2 Les limites de ce TFE

En ce qui concerne la phase exploratoire, je regrette ma façon d'avoir abordé les enquêtes sur le terrain ; il aurait peut-être été plus judicieux d'établir parallèlement aux entretiens infirmiers des statistiques auprès d'un échantillon de patients. Il aurait été intéressant de «faire parler le patient » : de le rendre actif ! Il me semble que je manquais de confiance en moi pour me le permettre en début de phase exploratoire.

En ce qui concerne la littérature, j'ai rencontré beaucoup de difficultés à écarter les articles qui évoquaient des phénomènes intéressants en lien avec les DAPO mais trop éloignés de mon sujet.

4.3 Ce que ce travail m'a apporté

Pour la réalisation de ce travail, il m'a fallu appliquer des démarches très codifiées afin que le résultat final soit en adéquation avec les normes de rédaction d'études. Via ces normes de travail, j'ai appris à objectiver les données que je relevais dans différents manuels. Cette obligation d'objectivité et d'observation me sera très utile dans ma profession d'infirmière, dans les situations difficiles que je rencontrerai.

Grâce à des échanges avec des professionnels très investis dans la prise en charge des DAPO, j'ai pris conscience que nul professionnel de santé ne détenait la solution mais que le corps médical et paramédical restait en permanence en recherche pour pallier ce phénomène. Celui-ci ne pourra être définitivement résolu tant les individus sont différents et vivent une expérience singulière lors d'une DAPO.

Conclusion

En vue de comprendre l'importance de la prise en charge des DAPO et ses répercussions, il est intéressant de se poser la question de la mémoire de la douleur aiguë et de la possibilité pour celle-ci de se chroniciser. Mes recherches m'ont amenée à vers des études qui mettent en avant ce problème de cicatrice de la douleur et de chronicité de celle-ci, notamment lors des journées du CLUD qui se tiennent annuellement à Toulouse durant lesquelles l'anesthésiste Philippe RICHEBE (CHU de Bordeaux) affirme alors : « (...) *il a été récemment rapporté l'augmentation du risque de développer des douleurs chroniques postopératoires lorsque la DAPO avait mal été prise en charge et était donc intense dans les premiers jours après chirurgie* ». ³⁴ Compte tenu du nombre croissant de patients douloureux chroniques en France, ce dilemme devient un problème majeur de santé publique.

En reprenant la phrase d'André Malraux :

« *Toute douleur qui n'aide personne est absurde* ».

³⁴ RICHEBE Ph., *Pourquoi traiter vite et bien une douleur aiguë ? Comment ?*, 2007 <http://www.chu-toulouse.fr>

