

1) Introduction

En tant qu'étudiante infirmière en troisième année, j'ai été amené à réaliser ce travail de fin d'étude dans le cadre de ma formation, j'ai choisi un thème en rapport avec des situations vécus lors de deux stages. Voici le résultat de mes recherches.

Aujourd'hui, nous vivons dans une société où les moyens de communication sont de plus en plus perfectionnés.

Et pourtant, la société se plaint de ne pas être comprise, d'être mis à l'écart de certaines informations, voire de certaines décisions.

Les infirmières, entre autre, sont amenées à effectuer des anamnèses afin de découvrir le vécu des patients et permettre de répondre à leurs besoins.

Les patients connaissent plus l'infirmière technicienne qui panse les plaies physiques dans les services de soins et très peu l'infirmière relationnelle.

Le patient est parfois plus considéré que comme une personne à soulager dans sa douleur physique. Mais qu'en est-il de sa douleur psychologique ?

L'écoute, dans toute sa globalité est souvent peu réalisée correctement par manque de temps.

Le côté technique, prend, le plus souvent, le dessus sur le relationnel. Il me semble pourtant essentiel, et régi par nos décrets de compétence, que l'écoute et l'information soient accomplies correctement.

Ce qui pour moi veut dire, un temps adéquate impartie à cette prise en charge. Pour moi, il est clair que l'on a toujours moins peur, donc moins mal lorsqu'on est informé de ce qui nous attend.

En tant que future professionnelle, mes recherches concernant ce sujet me seront très constructives, pour faire de moi un soignant cherchant à réajuster sans cesse la prise en charge des patients, et cela même si je ne travaille pas en chirurgie.

Après avoir utilisé mes supports de recherche (détail page 16), j'ai choisi de traiter le concept de la consultation infirmière, de l'anxiété, de l'angoisse et de la douleur.

Par l'intermédiaire de plusieurs enquêtes réalisées auprès du personnel soignant de service de chirurgie, des patients et des infirmières de consultations pré opératoire, je vais vérifier mon hypothèse lors de l'analyse de ses données.

a) Constat

Lors d'une situation ci-dessous, j'ai découvert les consultations infirmière pré opératoire. Celles-ci me sont parues très adaptées pour répondre aux besoins, qu'il soit physique ou psychologique. J'ai pu constater dans un service de chirurgie gynécologique, que les patientes bénéficiaient d'une consultation infirmière pré opératoire, après avoir vu le chirurgien et l'anesthésiste.

Cela permet aux patientes de poser des questions qu'elles n'osent pas formuler auprès des médecins et aussi de prendre le temps d'évacuer l'anxiété et les angoisses qu'elles peuvent ressentir. J'ai observé les attitudes et réactions des patientes en post opératoire et comparé avec la situation que j'ai observé lors de mon stage au bloc opératoire (situation n°2) sur une patiente n'ayant pas bénéficié de ce type de consultation.

b) Situation N°1 :

Lors d'un stage en 3^{ème} année dans un service de gynécologie, j'ai découvert les consultations infirmière pré-opératoires.

Ces consultations se réalisaient dans une salle qui servait de salle de staff de la gynécologie le lundi matin de 8h à 10h et aussi le mercredi de salle de préparation à l'accouchement.

Les consultations se répartissaient sur 4 jours par semaine, lundi, mardi, jeudi et vendredi. Les patientes devant subir une intervention entre 1 semaine et les 15 jours suivants, venaient rencontrer une infirmière en gynécologie.

Cette infirmière, était affectée uniquement à ces consultations et ne travaillait pas en service. Elle intervenait après la dernière consultation chirurgicale et anesthésique. Elle donnait des informations sur l'hygiène pré-opératoire (douche bétadiné) et post-opératoire (pas de toilette intime vaginale, séchage par tamponnement), elle donnait la prémédication à prendre la veille au soir de l'intervention lorsque la patiente devait être hospitalisée le lendemain matin, elle réalisait un bilan sanguin, voir un électrocardiogramme si celui-ci était demandé par l'anesthésiste.

Et, une fois ces soins réalisés, elle abordait le côté psychologique des patientes en leur proposant de répondre à leurs questions. C'est à ce moment là, que souvent les patientes abordaient des questions d'ordres plus intimes comme les rapports sexuels après l'intervention, mais aussi et surtout des questions sur le post opératoire immédiat. Les questions qui revenaient le plus souvent étaient sur la douleur, mais aussi sur la reprise de la vie sociale, professionnelle et familiale.

Il est arrivé que les patientes évacuent leur anxiété et leurs angoisses par des larmes. L'infirmière, présente, à l'écoute, réconfortant, réussissaient ainsi à diminuer l'état de détresse psychique des patientes.

En retournant continuer mon stage dans le service, j'ai revu ces patientes qui venaient ce faire opérer. Lors de la période pré opératoire elle m'apparaissait plus sereine et la douleur qu'elle pouvaient ressentir en post-opératoire était d'après moi, mieux vécu du fait qu'elle avaient été informées.

c) Situation N°2 :

En début de 2^{ème} année, j'ai effectué un stage au bloc opératoire. J'ai rencontré une patiente devant subir une intervention orthopédique. En salle de réveil elle a été calmée, puis remontée dans le service de chirurgie.

Le lendemain, cette patiente est revenue en salle de réveil, afin de voir une anesthésiste. Elle était en pleurs car elle ressentait une douleur très intense depuis son départ du bloc, la veille après-midi.

Celle-ci lui a proposé un bloc anesthésique ou une rachianesthésie afin de calmer sa douleur. La patiente avait une échelle verbale analogique à 10, elle a refusé catégoriquement les soins que lui proposait l'anesthésiste. L'anesthésiste et l'infirmière commençaient à être agacées en se demandant si la patiente n'en << rajoutait >> pas un peu.

Pour ma part, j'ai observé, entouré et discuté avec cette patiente depuis son arrivée en salle de réveil. Je me suis dit que cette patiente, refusait, car elle ne savait pas en quoi

consistait les soins qu'on lui proposait et pour elle qui souffrait terriblement elle voyait ces actes comme une souffrance supplémentaire.

J'ai fait part de mon observation à l'anesthésiste et à l'infirmière. Celles-ci m'on entendue et se sont rendues vers la patiente en lui expliquant clairement en quoi consistait les soins qu'elles lui proposait.

Une fois la patiente informée, celle-ci a choisi et donné son accord pour une des méthodes analgésiques proposées.

d) Questionnement :

a) Concernant les patients :

Les patients connaissent-ils les consultations infirmière pré opératoire ?

Ont-ils déjà une ou des consultations infirmière pré opératoire ?

Quelles informations leur a-t-on fournies lors de ces consultations ?

Quels soins techniques ont été réalisés ?

Est-ce que les patients aimeraient pouvoir bénéficier de ces consultations ?

Quelles sont les attentes des patients concernant ces consultations ?

b) Concernant les infirmière(e) s :

Les infirmier(e) s connaissent-ils les consultations infirmières pré opératoire ?

Dans leur service cela existe-t-il ?

Qui réalise ces consultations ?

Où se déroulent-elles ?

Sont-elles obligatoires ?

Quel est l'intérêt de ces consultations selon eux ?

Quels types de soins sont réalisés ?

Voudraient-ils que ces consultations se généralisent ?

2) Motivations

Le travail de fin d'étude est demandé pour valider notre diplôme d'état. On pourrait percevoir cela comme un travail banal et pas différents des autres travaux que j'ai pu réaliser lors de ma formation. Pour moi, j'ai vécu ce travail comme une évolution professionnelle pour m'amener à réfléchir sur mes aptitudes de soignante et sur mes valeurs. C'est aussi une bonne initiation à la recherche, qui me permettra de pouvoir participer à des actions de réajustement professionnelles lorsque je serai sur le terrain en tant qu'infirmière.

En tant que future professionnelle, ce type de consultation s'inscrit dans le rôle propre de l'infirmière et s'intègre parfaitement dans le cadre préventif et permet, me semble t-il une meilleure prise en charge globale du patient.

La compétence du soignant est d'ordre technique et relationnelle, le patient, sait mieux que personne ce qui représente pour lui un danger.

Certes, je vais devenir infirmière mais je pense qu'on arrive plus facilement à comprendre le patient en imaginant ce que l'on souhaiterait en étant à sa place. En tant que patiente, j'aimerais rencontrer une infirmière avant une intervention, afin d'avoir plus d'information sur le déroulement de mon hospitalisation et savoir ce qui m'attend. C'est ma propre opinion, grâce aux questionnaires, je vais pouvoir vérifier si ma pensée est bonne.

A travers ce mémoire, je souhaite découvrir ce qui se fait actuellement dans les hôpitaux de la région toulonnaise et au sein des consultations infirmières pré opératoire. Je souhaite aussi étudier l'impact sur le patient.

a) Question de départ

L'information et l'explication des soins sont-elles primordiales pour une bonne prise en charge de l'anxiété et de la douleur en service de chirurgie ?

J'ai réalisé une phase exploratoire à l'aide d'informations recueilli dans le service où j'ai vécu ma situation n°1 en réalisant un entretien et avec mes premières lectures, afin de tester ma question de départ.

J'ai également discuté de cette question de départ avec Mme Galli lors de ma première guidance individuelle. Après réflexion, ma question de départ m'est apparu erroné par rapport à ce que je souhaitais vraiment approfondir. J'ai réajusté et il en est ressorti m'a question de recherche.

b) Question de recherche

La consultation infirmière pré opératoire améliore t-elle la prise en charge de l'anxiété et de l'angoisse avant et après une intervention et de la douleur en suite opératoire ?

J'ai choisi de développer les concepts de la consultation infirmière, l'anxiété, l'angoisse et la douleur en y apportant le maximum d'information pour étayer ce travail.

3) Problématique

A) La consultation infirmière

a.1) Définition : consultation

"Action de consulter quelqu'un, de demander un avis, un conseil à une personne compétente".¹

Le mot consultation est utilisé le plus souvent dans un contexte médical. Lorsqu'on évoque ce mot on fait en général un lien avec un rendez-vous chez le médecin. Mais il existe d'autre type de consultation qui n'est pas forcément connue.

a.2) Définition : infirmière

<<La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travail. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant pour but un maintien et la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification, et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.

Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination.

Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. >>²

<<Sans pareil, la fonction de l'infirmier ou de l'infirmière consiste à aider le malade ou le bien portant dans l'accomplissement des activités qui contribuent à la santé ou à la guérison....qu'il accomplisse seul s'il avait la force, la volonté ou les connaissances voulues, et cela dans un sens qui l'aide à retrouver son autonomie au plus tôt>>³

a.3) Historique de la consultation infirmière

Les premières consultations infirmière sont apparues vers la fin des années 1970 avec les stomathérapeutes. Suzanne Montandon, alors surveillante dans le service du Professeur Guillemin, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Lyon, est allée suivre aux Etats-Unis une formation dispensée par le célèbre chirurgien Rupert Turnbull et sa patiente Norma Gill, elle-même iléostomisée. Suzanne Montandon en est revenue avec le titre et la compétence d'infirmière entérostoma-thérapeute. Avec l'appui et le soutien inconditionnel du Professeur Guillemin, elle a ouvert à Lyon la première consultation.

¹ Larousse de poche – Manchecourt – 2003

² Définition de l'infirmière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - <http://www.infirmiers.com/inf/historique.php>

³ Virginia Henderson, 1961

Elles se sont développées au profit d'autres consultations comme les soins palliatifs, l'éducation des patients ayant des pathologies chroniques (par exemple : le diabète, l'insuffisance rénale, le cancer par le biais des consultations d'annonces, etc....) ou en chirurgie.

Souvent elles sont à l'initiative de l'équipe paramédicale et/ou du médecin, qui, faisant face à une grande demande de la part des patients mettent en place ce type de consultation.

Il est difficile de développer ce paragraphe car malgré de longues recherches, je n'ai trouvé que très peu de document sur l'historique de ces consultations.

a.4) Principe et objectif de la consultation infirmière :

<<La consultation infirmière est un mode de pratique qui se développe de façon importante dans tous les secteurs d'activité et en lien avec de nombreuses disciplines médicochirurgicales. Elle consiste à ce que l'infirmière voit des malades, adressés par un médecin, en consultation, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, addictions, éducation thérapeutique, entretien en psychiatrie...). Après une observation, elle formalise les besoins du malade dans une perspective de soins infirmiers, prodigue les soins, éduque et fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétence. Le profil des infirmières qui réalisent des consultations pourrait être caractérisé de la manière suivante, des professionnelles ayant : plusieurs années d'expérience clinique dans la discipline, des compétences reconnues, généralement suivies des formations relatives à leurs activités (éducation, soins ...) dans le cadre de la formation continue (Diplôme d'université ...), des qualités personnelles leur permettant de se positionner dans cette fonction. L'exercice de consultations infirmières suppose des connaissances dans les champs cliniques et réglementaires, des capacités à prendre des décisions en situation complexe. L'activité des infirmières qui réalisent des consultations se fait en fonction des projets de service et de politiques des soins des établissements. Le temps dédié à la consultation est le résultat d'organisations de service, de redéploiements et quelquefois de créations de postes.

L'organisation de consultations infirmières repose sur des aspects tels que :

- 1. la précision de l'objet de la consultation*
- 2. des professionnels compétents identifiés*
- 3. des fonctionnements définis : circuits du patient, enregistrement des soins (traçabilité dans le dossier patient ...), relevé de l'activité ...*
- 4. des articulations formalisées avec les autres acteurs : médecins hospitaliers, collègues exerçant plutôt dans le service, professionnels du secteur libéral ...*
- 5. des moyens matériels : locaux dédiés, bureautique, téléphone ...*
- 6. des indicateurs de suivi et d'évaluation*
- 7. l'inscription de l'activité dans le rapport établi par le directeur des soins, le financement de l'établissement (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC)*

Les principales problématiques soulevées par les consultations infirmières sont relatives à la prescription, la rémunération, la formation spécifique, la reconnaissance des compétences en termes d'évolution de carrière et de statut. Ces différents aspects sont discutés mais n'ont

pas encore eu de réelles réponses. Toutefois, des dispositions réglementaires récentes (Loi de financement de la sécurité sociale) rendent possible la prescription pour les infirmières de dispositifs médicaux selon des modalités précises. La consultation infirmière, avec tous les aspects qui la sous tendent, entre également dans le champ plus large de réflexion de gestion de compétences, de redéfinition des frontières entre professions de santé, de perspectives de nouveaux métiers. Et, au-delà d'une pratique, en relation avec des aspects de fonctionnement et d'organisation, la consultation est un mode particulier de mobilisation des connaissances et de leur mise en œuvre en situation singulière avec le malade.>>¹

En pratique, les infirmières voient les patients durant une consultation. Ceux-ci sont envoyés par les médecins dans un but bien précis (éducation, soins prescrits, entretien infirmier psychologique,.....). Lors de la consultation, les infirmières établissent les besoins du malade pour permettre une prise en charge adaptée, elles réalisent des soins prescrits ou propres comme l'éducation et l'information.

Ce type de consultation met également en avant les compétences infirmières et corrobore avec les attentes des patients et des médecins.

Les consultations infirmières répondent à une évolution de l'offre de soin aux patients. Nous sommes dans une époque où nous devons fournir des soins de plus en plus globaux et d'une qualité irréprochable.

Par le biais des certifications (V1, V2) il est demandé entre autres, aux infirmières de se remettre en question sur la qualité des soins qu'elles fournissent et de les améliorer constamment.

Les consultations infirmière rentrent parfaitement dans ce processus de qualité.

a.5) Législation

<<Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilite, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. >>²

<<La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispensation sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagions.>>³

<<L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en

¹ <http://www.infirmiers.com/doss/consultation-infirmiere.php>

² Code de la santé publique, article L4311-1

³ Décret n°81-539 du 12 mai 1981

oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement. >>¹

<<Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. >>²

La consultation infirmière dans le cadre du rôle propre est un entretien individuel au même titre qu'un entretien infirmier en psychiatrie.

a.6) Du côté financier :

Cotation de la consultation infirmière :

Aujourd'hui, la consultation infirmière n'est pas reconnue comme une consultation au niveau de la cotation sécurité sociale. C'est-à-dire que outre le côté qualité de soins, il y a aussi le côté financiers qui rentre en jeu.

Quel bénéfice financier peut apporter des consultations infirmière ?

Voilà ce qui dit la Nomenclature générale des actes professionnels concernant la consultation et la visite :

<<...lorsque les actes ne sont pas accompagnés d'un examen médicale du malade – l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation – le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient de l'acte pratiqué.>>³

Cela veut dire, qu'une consultation infirmière n'est pas cotée comme une consultation mais à l'acte réalisé. C'est-à-dire : prise de sang, électrocardiogramme, vérification du dossier médicale, relation d'aide, prise de tension artériel.

Pour la sécurité sociale, c'est très intéressant puisqu'une consultation infirmière est moins coûteuse. La politique de la sécurité sociale est de réduire les dépenses, donc cet aspect de prise en charge rentre dans l'objectif de réduction des coûts.

Pour les hôpitaux, il est plus lucratif de réalisées des consultations médicales. Les bénéfices sont plus importants avec des consultations médicales.

¹ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 – Article R4312-32

² Loi du 4 mars 2002 Article L1111-2 (dite <<loi Kouchner>>) Code de la santé publique.

³ Article 15 Contenu de la consultation, de la visite. Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociales (UCANSS), Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) – 02/1997

En revanche, du fait de la surcharge de travail des médecins, il s'avèrerait intéressant de réaliser une délégation de compétence concernant les actes qui s'insèrent dans le rôle propre de l'infirmière.

B) Anxiété et angoisse

J'ai choisi de parler de l'anxiété et l'angoisse en même temps car d'après les diverses lectures consultées, les deux sont souvent liés. En première année, pendant le module de psychiatrie sur les névroses, nous avons abordé le sujet de l'anxiété et de l'angoisse. Il nous avait été expliqué que le plus souvent, l'anxiété précède l'angoisse lorsque l'anxiété était très intense elle pouvait se transformer en crise d'angoisse. De plus, certains états d'anxiété aigüe rencontrés chez le patient en pré et/ou en post-opératoire, peuvent générer des signes physiques et psychologiques à prendre en considération lors de la prise en charge du patient en post opératoire.

Les techniques chirurgicales et anesthésiques sont de plus en plus performantes, mais la perspective d'une intervention ajoutée à celle d'une anesthésie est une source d'angoisse (ne pas se réveiller, se réveiller lors de l'intervention). Pour apaiser les appréhensions, l'information s'avère indispensable.

b.1) Définition de l'anxiété :

<< État d'alerte, de tension, psychologique et somatique, en rapport avec un sentiment désagréable de peur, d'inquiétude,.....>>¹

<<Comme la peur, l'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse. Nous l'éprouvons tous lorsque nous sommes dans l'attente d'un événement : opération médicale, résultat d'un examen, réponse d'un employeur etc... Elle devient pathologique lorsqu'elle réapparaît de façon chronique alors qu'aucune cause, dans le passé récent ou dans le présent de la personne, ne peut la justifier. >>²

b.2) Psychologie de l'anxiété :

Comme défini ci-dessus, l'anxiété s'accompagne de tensions psychologiques et somatiques. Quand n'est-il du processus psychologique qui se met en place ?

Tout d'abord il y a le déclencheur, dans le sujet que j'ai choisi de traiter, il s'agit de l'opération. Cette intervention est perçue pour le patient comme une intrusion dans son propre corps, une menace, ou une vulnérabilité. De plus, qui y a-t-il, dans ce corps ? Le patient (qui n'est pas forcément chirurgien) se pose des questions sur sa composition physiologique même si il sait ce qui se passe dans son corps, il ne le visualise pas. Comment va se passer l'opération ? Et si il y a des problèmes ? Et si je ne me réveille pas ? Vais-je avoir mal après l'intervention ? Autant de questions, qui pour le patient peuvent générer un stress important pouvant évoluer vers une angoisse.

¹ PERLEMUTER L., QUEVAUVILLIERS J., PERLEMUTER G., AMAR B., AUBERT L. – Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques – MASSON – Cahiers de l'infirmière N°13 – Janvier 2003- page 34 -lignes 7 à 9

² <http://www.psychologies.com/dictionnaire-psy.cfm/definition/11/anxiete.html>

b.3) Physiopathologie de l'anxiété :

L'anxiété peut s'accompagner de signes somatiques tels que :

- signes dit neurovégétatifs (perturbations physiques) : dus à la décharge d'adrénaline, ils rappellent les signes de peur : gorge serrée, mains moites, tachycardie, oppression, gêne abdominale, bouffées de chaleur, envie d'uriner fréquentes, tension musculaire, sécheresse de la bouche, étourdissements, sensations d'instabilité
- la souffrance ressentie est difficilement supportable, et la répercussion sur la vie quotidienne est franche.
- impression d'un état de danger permanent, non fondé.
- sensation de tension musculaire, tremblement, asthénie.
- préoccupations concernant principalement famille et situation financière.
- inquiétude, état de nervosité permanente, réactions de sursaut.
- difficulté d'endormissement.

b.4) Définition de l'angoisse :

<< Émotion physiologique éprouvée par tout individu dans certaines situations stressantes ou menaçantes. >>¹

<< Angoisse vient d'un mot latin qui veut dire "passage étroit", "resserrement". Cela traduit le fait d'avoir la gorge serrée, de mal respirer. Les crises d'asthme sont souvent des manifestations de l'angoisse. Il pourra de même y avoir des manifestations cardiaques, vasculaires, céphaliques. Ces manifestations font que l'on perçoit l'expérience de manière déréelle. >>²

b.5) Psychologie de l'angoisse :

Freud considère que : << l'angoisse est provoquée par l'échec de la mise en place des mécanismes de défenses psychologique engendrée par l'anxiété. Il considère l'angoisse comme un signal devant l'imminence d'un danger, l'angoisse est donc ici un processus de défense...>>

Dans ce sujet, le patient perçoit l'intervention et la douleur post opératoire comme des dangers.

b.6) Physiopathologie de l'angoisse :

L'angoisse peut s'accompagner de signes somatiques identique à ceux de l'anxiété mais à un degré beaucoup plus intense, comme : la tachycardie, les palpitations, l'oppression thoracique, les sueurs, les tremblements, la diarrhée, une pollakiurie, une agitation, des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements, des céphalées.

Signes cognitifs :

¹ PERLEMUTER L., QUEVAUVILLIERS J., PERLEMUTER G., AMAR B., AUBERT L – Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques – MASSON – Cahiers de l'infirmière N°13 – Janvier 2003 – page 35 et 37

² <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/angoisse.htm>

- symptômes sensori-perceptuels, sentiment d'irréalité, d'hypervigilance et conscience envers soi,
- difficultés de la pensée, concentration difficile, incapacité de contrôler la pensée, blocage et difficultés à raisonner,
- symptômes conceptuels : distorsions cognitives, croyances associées à la peur, images effroyables et pensées automatiques fréquentes.

Selon moi, il est important de connaître et reconnaître ces signes afin de détecter la souffrance du patient. Le fait de la faire verbaliser par le patient permet qu'il puisse libérer son esprit et donc libérer son corps de cette tension que crée l'intervention. Un patient moins anxieux ou moins angoissé, permet une meilleure prise en charge du patient autant sur le plan somatique que psychologique.

Mais quand est-il de la prise en charge de la douleur ?

D) La douleur

d.1) Définition :

" La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage. "¹

La douleur est une perception sensorielle, mais elle est aussi liée à des phénomènes émotionnels et aux composantes de la personnalité. Elle est provoquée par un stimulus physiologique intense, et elle peut survenir sans cause évidente.

Les patients peuvent, en pré opératoire, anticiper la survenue d'une ou des douleurs et par ce biais angoisser. C'est pour cela, qu'une information adaptée consisterait à expliquer au patient les douleurs qu'il pourrait ressentir en post-opératoire, à lui expliquer les moyens qui seront mis en place pour évaluer et supprimer cette douleur, ainsi que les traitements qui seront mis à sa disposition. Il est important de pouvoir expliquer au patient qu'il doit signaler toute douleur sans attendre et que celle-ci sera prise en charge immédiatement. Traiter la douleur, c'est contribuer à ce que le patient se sente mieux.

La douleur post opératoire est la conséquence de l'intervention où il y a eu incision et section de sa chair. La prise en charge de la douleur est une préoccupation de tous les instants par l'équipe soignante et nécessite une écoute attentive et un décryptage personnalisé. C'est à dire savoir ce qui se cache réellement sous cette douleur.

Chaque patient est unique et ne réagit pas de la même façon à la douleur. Le patient est le seul à pouvoir décrire sa douleur et à exprimer ce qu'il ressent. Personne ne peut et ne doit le faire à sa place.

C'est toujours une expérience subjective, modifiée par le vécu et les informations extérieures : <<j'ai une amie qui à eu la même intervention et elle a eu mal>>.Le patient ressent sa douleur avec ce qu'il est.

Une douleur psychogène, et aussi importante qu'une douleur physique La douleur est ressentie de différentes façons par les patients et elle peut être influencée par le psychisme de manière importante.

¹ International Association for the Study of Pain - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Douleur>

<<La volonté du Gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée depuis plus de 10 ans pour améliorer la prise en charge de la douleur.

Tout doit être mis en oeuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité.

Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.>>¹

La loi concernant les droits des malades et la qualité du système de santé² reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Le projet de loi relative à la santé publique³ inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs de santé publique pour les cinq prochaines années.

d.2) Les déterminants de la douleur post-opératoire :

d.2.1 – Les déterminants Chirurgicaux

<<La nature et le siège de l'intervention restent les déterminants essentiels. De fait, les chirurgies lourdes abdominale et/ou thoracique et certaines chirurgies orthopédiques (rachis, genou, pied...) sont plus algogènes que la chirurgie abdominale basse ou que celle de l'extrémité céphalique.

D'autres facteurs, connus depuis fort longtemps, conditionnent largement l'importance de la douleur postopératoire, comme le type d'incision, les incisions sectionnant les fibres musculaires étant plus douloureuses que celles qui les écartent. La survenue d'une complication majeure également les phénomènes douloureux et la consommation analgésique. Certains paramètres inhérents à la technique chirurgicale ne doivent pas être négligés, comme le mode d'écartement peropératoire des tissus, le type de suture et le matériel utilisé (fils résorbables/non résorbables, agrafes), l'hémostase et les drainages chirurgicaux.

La qualité du chirurgien, sa connaissance des trajets nerveux, la dextérité et la délicatesse des gestes qu'il réalise est déterminante de l'intensité et de la durée des phénomènes douloureux postopératoires. Il est donc essentiel que ces facteurs soient pris en considération précocement par **TOUS** les intervenants de la période péri opératoire. >>⁴

d.2.2 – Les déterminants anesthésiques

<<Concerne la prémédication et le déroulement de l'anesthésie (produits utilisés, quantité, durée de l'anesthésie. La gestion per opératoire, voire pré opératoire, de l'analgésie revêt une importance considérable.

Indépendamment des techniques dites d'analgésie préventive, sur lesquelles nous reviendrons, le choix d'une technique anesthésique laissant persister une analgésie résiduelle prolongée permet une adaptation plus aisée de l'analgésie postopératoire et réduit la consommation analgésique globale des premières 24 heures.

¹ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1110-5 du code de la santé publique.

³ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁴ http://www.sfar.org/sfar_actu/ca97/html/ca97_023/97_23.htm

L'impact de la technique anesthésique proprement dite sur la douleur postopératoire reste cependant controversé. >>¹

d.2.3- Les déterminants psychiques

Par rapport au sujet de ce travail de fin d'étude j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à l'influence du psychisme sur la douleur en post-opératoire

a) Composante affectivo-emotionnelle :

Elle est composée de l'origine de la douleur (dans cette recherche il s'agit de l'intervention), du vécu, et de l'interrogation sur l'évolution de cette douleur, voir de la prise en charge et des moyens thérapeutiques qui pourront être mis en place. Cette composante peut évoluer vers des états émotionnels proches comme l'anxiété, l'angoisse et éventuellement une dépression.

b) Composante cognitive :

C'est l'ensemble des processus mentaux qui peuvent influencer la douleur et les réactions comportementales (autoévaluation de la douleur tendant à être surévalué, souvenir d'expériences douloureuses personnelles ou observées).

c) Composante psychogène ou idiopathiques :

C'est une douleur corporelle vécue mais dont l'origine est psychique. Ce type de douleur est un mélange de facteurs physiques et psychiques.

La douleur est souvent associée à une dépression d'où l'intérêt de communiquer et d'informer pour rassurer afin de ne pas intensifier la douleur physique.

Le patient, se trouvera apaisé puisqu'il aura obtenu des réponses à ses questions concernant la douleur et les thérapeutiques qu'il est possible de lui proposer pour soulager et prendre en charge cette même douleur.

L'importance du déterminant psychique est non négligeable <<on considère que l'administration d'un placebo peut avoir un effet analgésique chez près de 30% des opérés>>²
Le support psychologique, l'évaluation répétée des besoins et la surveillance de l'environnement sont fondamentaux.

Ces multiples adjuvants, conjugués à une présence et à une écoute suffisantes, permettent de diminuer considérablement la consommation des médicaments sédatifs ou analgésiques et l'incidence de leurs effets adverses potentiels.

d) Préparation et information du patient

Toute intervention chirurgicale est pour le futur opéré un événement qui dépasse largement les seuls aspects techniques de la chirurgie.

La dimension psychique, trop souvent négligée, doit être intégrée dans l'abord du patient et la relation qui va s'établir avec lui. Pour Millat, « le patient qui doit avoir, subir, souffrir une

¹ http://www.sfar.org/sfar_actu/ca97/html/ca97_023/97_23.htm

² VIEL E., GALLAUD E., ELEDJAM J.J., - Guide de l'infirmière : Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte – SAURAMPS Médical – Montpellier – 2000 – page 6 – lignes 28 à 30

opération, assume physiquement et psychiquement l'angoisse d'un danger imminent et annoncé (la consultation et l'indication opératoire), la perspective d'une dépendance totale (l'opération et l'anesthésie), la fatalité ou la nécessité de la souffrance postopératoire, le poids d'une vérité diagnostique incontournable (découvertes opératoires, examens histologiques), l'incertitude du résultat (handicap, séquelles), toutes étapes obligées vers un bénéfice attendu ».¹

Prendre en compte ces différentes étapes permet au patient d'aborder plus aisément l'intervention, mais permet également une évolution immédiate simplifiée, notamment au plan de la douleur postopératoire.

L'anxiété représente un facteur important. Sa prise en compte le plus tôt possible paraît donc s'imposer.

L'écoute est donc indispensable et s'inscrit au mieux dès la consultation chirurgicale relayée par la consultation d'anesthésie, puis par la consultation infirmière.

Le recours préopératoire à la collaboration d'un psychologue, paraît difficile à réaliser de manière systématique, mais peut, dans certains cas s'avérer utile.

L'information préopératoire des patients (et éventuellement de leurs proches), lors de la consultation infirmière, doit être une étape indispensable d'explication et de dialogue. Elle permet de renseigner le malade sur la douleur postopératoire qu'il risque de ressentir, et sur notre capacité à la traiter.

De nombreuses études ont montré que : <<une information adaptée, « dosée » en fonction du patient, permet de réduire de près de 50 % la consommation analgésique postopératoire. >>²

Cette information doit comprendre des aspects objectifs (procédure chirurgicale) et subjectifs (ce que le patient va ressentir, l'environnement, les soins postopératoires) et surtout des instructions pour lui permettre d'affronter le contexte postopératoire et d'être acteur de sa prise en charge.

La qualité de l'information donnée reste cependant difficile à « doser » et, dans certains cas, l'information ou le « trop » d'informations peut aggraver la douleur postopératoire. L'information doit donc être adaptée à chaque profil psychique.

Chose qu'il n'est pas facile à faire.

¹ Millat B. La dimension psychologique en chirurgie. In: Ferragut E, Colson P, eds. La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation. Paris- Masson - 1996- page 21 à 31

² Conseiller C, Ortega D. La douleur postopératoire. In: Conseiller C, Bruxelles J, eds. Douleur et analgésie postopératoires et obstétricales.- Paris – Masson - 1991 page 13-31

4) Hypothèse

La consultation infirmière pré opératoire améliore la prise en charge de l'anxiété, de l'angoisse et de la douleur en pré et en post opératoire.

Variable N°1 : **La consultation infirmière pré opératoire**

Indicateurs :

Combien existe-t-il de consultation infirmière pré opératoire dans la région toulonnaise.
Formation de l'infirmière
But.
Nombre de consultations infirmière pré opératoire par mois.
Type de soins réalisés.
Type de chirurgie.
Connaissance du sujet (consultations infirmière pré opératoire) par les soignants et les soignés.
Lieu de déroulement des consultations infirmières pré opératoire.
Obligation ou non de ces consultations.
A l'initiative de qui.
Jour de consultation.

Variable N°2 : **Améliore la Prise en charge de l'anxiété, de l'angoisse et de la douleur en pré et en post opératoire**

Indicateurs :

Bénéfice de ces consultations infirmière pré opératoire pour le patient et le soignant.
Attentes des soignants et des soignés.
Type d'informations apportées
Patients souhaitant bénéficier de ce type de consultation.
Bénéfice de la prise en charge pré opératoire en post opératoire concernant l'anxiété, l'angoisse et la douleur

Choix des variables :

Dans un premier temps, j'ai choisi la 1ère variable parce que je souhaite vérifier les informations relevées lors de mes recherches à l'aide des supports et comparer avec la réalité du terrain (c.f. page suivante). Il me paraît intéressant de savoir comment cela se déroule dans d'autre service que celui que j'ai pu observé lors ma situation n°1.

Dans un second temps, et ce qu'il me semble le plus centré sur ma recherche, vérifier les bénéfices de ces consultations selon les patients, et également selon les soignants qu'ils soient dans les service ou au sein des consultations infirmière pré opératoire, ainsi que les attentes soignants soignés..

5) DISPOSITIF DE RECHERCHE

LES SUPPORTS :

Les sites internet :

Divers et variés, les moteurs de recherche m'ont permis de découvrir des sites venant du monde entier traitant du sujet que j'ai choisi.

Certes mon étude porte sur ce qui se fait en France, mais il est aussi très intéressant de pouvoir connaître ce qui se fait ailleurs.

Le risque dans les sites internet est de rencontrer des informations erronées. C'est pour cela qu'il est important de pouvoir consulter de nombreux sites afin de vérifier les informations et faire des regroupements pour évaluer la validité des informations trouvées.

Les sites internet sont des mines d'informations et ils m'ont permis aussi de développer ma bibliographie

La bibliographie :

A mon avis, la réalisation d'un travail de fin d'étude ne peut pas débiter sans une recherche bibliographique au préalable. Il est essentiel de savoir ce qui a été écrit sur le sujet pour acquérir des connaissances.

La diversité de ma bibliographie m'a permis de :

- faire l'état des lieux des écrits concernant ce sujet,
- de détailler les concepts,
- retracer une évolution historique
- dégager les points de vue actuels
- faire une synthèse des connaissances
-

LES OUTILS :

Les questionnaires

J'ai choisi d'utiliser les questionnaires afin d'avoir des réponses bien précises et de pouvoir croiser mes données entre les réponses soignants et les réponses des patients.

Le premier questionnaire a été adressé aux infirmières de chirurgie de trois hôpitaux et de deux cliniques de la région toulonnaise.

But :

- état des lieux concernant la consultation infirmière pré opératoire dans les services de chirurgie
- Evaluer la pertinence de mes concepts
- Valider mon hypothèse

Le deuxième questionnaire a été adressé aux patients de ces mêmes services.

But :

- Bénéfice de ce type de consultation ressenti par le patient
- Attente des patients

IV) Les entretiens individuels

Les entretiens individuels sont uniquement réalisés auprès des infirmières effectuant des consultations pré opératoire, afin d'établir leur parcours concernant la création de ces consultations, leurs opinions au sujet de celles-ci, les actions qu'elles y réalisent et faire un parallèle avec mon hypothèse et l'utilisation de mes concepts.

6) Conclusion

Le but de cette recherche n'est pas de résoudre un problème, mais plutôt de mettre en avant ce qu'y se passe : sur le terrain, ce que les patients ressentent, ce qu'ils souhaitent et ce qui existe pour permettre d'améliorer cette prise en charge de la part des soignants.

L'annonce d'une intervention chirurgicale mutilante est toujours un traumatisme pour le patient et son entourage. Le fait de savoir que quelqu'un, même si il est compétent, va venir explorer à l'intérieur de lui-même est très intrusif.

De plus, le patient n'a pas toujours le temps de formuler les questions qui lui viennent à l'esprit durant la consultation chirurgicale et /ou anesthésique.

L'information préopératoire, lors des consultations de chirurgie puis d'anesthésie, est une étape indispensable d'explication et de dialogue, notamment en ce qui concerne la douleur postopératoire.

La consultation infirmière a été créée sur l'initiative des soignants et permet selon les écrits de faciliter l'expression des souhaits, des craintes, des incompréhensions du malade, voir de sa famille.

Durant un entretien, l'infirmière reprend les explications concernant l'intervention. Elle répond aussi aux interrogations concernant le retour à domicile, la rééducation si besoin. L'infirmière peut présenter ensuite le service et les professionnels qui vont s'occuper du malade.

Ainsi informé, préparé, rassuré, le patient redevient acteur de sa prise en charge et d'amélioration de son état de santé.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale programmée, il apparaît, toujours selon les écrits que d'organiser ce type de consultation infirmière à l'issue de la consultation chirurgicale et anesthésique, permet de faciliter le déroulement de l'hospitalisation.

Cette rencontre avec l'infirmière permettrait d'améliorer l'information du patient, d'effectuer les examens pré opératoires si, ils n'ont pas été réalisés au préalable et de faire le lien avec le service d'hospitalisation.

L'émergence de la consultation infirmière s'inscrit dans une période intense de réforme du système de santé et de reconfiguration de l'offre de soins.

<<On observe depuis plusieurs années la volonté de mettre en place des consultations infirmières dans les établissements de soins.

Les infirmières stomatothérapeutes ont été pionnières dans ce domaine. Il est fréquent maintenant de trouver des consultations infirmières en diabétologie, dans le domaine de la douleur, etc.

Si l'on se réfère au rapport d'étape du Doyen Berland, le transfert des compétences va largement favoriser l'ouverture de nouvelles consultations infirmières dans divers domaines de la santé et quel que soit le lieu d'exercice.

Accompagnement, éducation, prévention, examen clinique, démarche clinique, informations sont les fondements d'une consultation infirmière et répondent à la volonté de renforcer l'approche en Santé Publique souhaitée par la loi du 4 mars 2002.

La complémentarité des consultations infirmières et médicales montre les bénéfices obtenus en termes de résultats de santé auprès des patients.

Dans ce contexte, il est nécessaire d'enrichir les interventions des professionnels engagés dans des consultations infirmières en les dotant de méthodes et d'outils transférables dans leur pratique. >>¹

Il est important de prendre un temps adapté pour communiquer avec les patients comme nous devons prendre le temps de soigner.

Après tout, la communication et l'écoute sont des soins aussi importants qu'un soin technique.

¹ http://www.webisis.com/docs/Programme_consult_2006.pdf

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- ANNEQUIN D., AUBRIN F., BOUREAU F., DONNADIEU S., ELEDJAM J-J., FOUASSIER P., GUIRIMAND F., HIRSZOWSKI F., LVOVSCHI V-E., MALAQUIN-PAVAN E., PIONCHON P., RICARD C., RIOU B., SACHET A., SOYEUX KOUBY E., Eric VIEL, VULSER-CRISTOFINI C. – Les douleurs induites – A EDITORIAL PARIS – Poitiers – Janvier 2006 – 190 pages
- BIOY A., BOURGEOIS F., NEGRE I. – Communication soignant-soigné repères et pratiques – BREAL – Paris – 2006 – 143 pages
- GASPARUTTO G. – L’infirmière et la communication – LAMARRE – Paris – 1992 – 168 pages
- JOVIC Ljiljana – La consultation infirmière à l’hôpital – ENSP – Rennes – 2002 – 70 pages
- PERLEMUTER L., QUEVAUVILLIERS J., PERLEMUTER G., AMAR B., AUBERT L. – Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques – MASSON – Cahiers de l’infirmière N°13 – Paris - Janvier 2003 – 184 pages
- PROUFF J. – Comprendre les cas concrets en psychiatrie – HEURES DE France – Condé-sur-Noireau – Octobre 2002 – 360 pages
- ROBERTON G, CATEAU C. – Diplôme d’Etat d’infirmier : Le travail de fin d’études – MASSON – Lonrai – Mars 2005 – 171 pages
- VIEL E., GALLAUD E., ELEDJAM J.J., - Guide de l’infirmière : Prise en charge de la douleur postopératoire chez l’adulte – SAURAMPS Médical – Montpellier – 2000 – 63 pages

Revues :

- Soins n°666 – juin 2002 - pages 27 à 30
- 1ère journée du CNRD - Douleur provoquée par les soins – Livre des communications – 17 Octobre 2006 – Paris
- GRANDPIERRE L. – La communication dans le traitement des douleurs- in revue Soins n°666 – Juin 2002 – Pages 27 à 30
- LE BRETON D. – Douleurs et soins infirmiers – in revue Recherche en Soins Infirmier n°53 – pages 7 et 18 à 23 - Juin 1998

- MAWARD L., AZAR N. – Etudes comparative de l’anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire – in revue Recherche en Soins Infirmier n°78 – Page 35 à 55- Septembre 2004.

Sites Internet :

- www.staffsanté.fr

Date de consultation : 23/05/06

- www.bdsp.com

Date de consultation : 07/02/07

- www.Etudiantsinfirmiers.com

Date de consultation : 15/10/06

- www.Infirmiers.com

Date de consultation : 02/06/07

- <http://asso.nordnet.fr>

Date de consultation : 22/09/06

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE INFIRMIERE EN CHIRURGIE

Bonjour, je m'appelle Sandra, je suis étudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI de Fréjus-St-Raphaël, et je dois réaliser dans le cadre de ma formation un mémoire. J'ai choisi le sujet suivant : << **La consultation infirmière pré opératoire améliore la prise en charge de l'anxiété, de l'angoisse et de la douleur en pré et post-opératoire**>>. Je vous remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Nom de l'hôpital :

Service :

1) Quels types de chirurgie sont réalisés au sein de votre service ?

2) Connaissez-vous la consultation infirmière pré opératoire ?

oui

non

3) Au sein de votre service, existe-il des consultations infirmière pré opératoire ?

oui

non

Si oui, merci de répondre aux questions suivantes.

Si non, merci de répondre aux questions 5 et 8.

4) Qui réalise ces consultations ?

l'infirmière du service

le cadre infirmier

une infirmière spécialisée (IBODE, IADE), précisez

5) Où se déroulent les consultations ?

Dans le service

Aux consultations externes

Autres : précisez

6) Ces consultations sont-elles obligatoires ?

oui

non

7) Selon vous, quels bénéfices le patient retire de ces consultations (Noter entre 0 et 5) :

- Diminuer l'anxiété pré et post opératoire _____/5
- Diminuer l'angoisse pré et post opératoire _____/5
- Améliorer la prise en charge de la douleur post-opératoire _____/5
- Informer le patient sur l'intervention et le suivi post-opératoire _____/5
- Réduire le nombre de consultation médicale _____/5
- Réduire la charge de travail de l'infirmière lors de l'hospitalisation du patient _____/5

8) Quels types de soins sont réalisés, ou, souhaiteriez-vous qu'il soit réalisé (si réponse non à la question n°3) lors de ces consultations ?

Soins techniques : _____

Soins relationnels : _____

Informations délivrées : _____

Autres : _____

9) À l'initiative de qui ont été créées ces consultations ?

10) Y a-t-il un jour défini pour les consultations ? oui non

11) Si oui, lequel et pourquoi ce jour ?

12) Combien y a-t-il de patient venant consulter en moyenne par mois ? _____

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE PATIENT HOSPITALISE EN CHIRURGIE

Etudiante infirmière en 3^{ème} année à l'IFSI de Fréjus-St-Raphaël, je dois réaliser dans le cadre de ma formation un mémoire. J'ai choisi le sujet suivant : << **La consultation infirmière pré opératoire améliore la prise en charge de l'anxiété, de l'angoisse et de la douleur en pré et post-opératoire**>>. Je vous suis remercie de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Nom de l'hôpital :

Service :

1) Quel type de chirurgie allez-vous subir dans ce service ?

2) Connaissez-vous les consultations infirmière pré opératoire ?

- oui non ¹(*explication en bas de page*)

3) Avez-vous eu ce type de consultations ?

- Oui, sur votre demande
 Oui, sur demande du service
 Non, car il n'y a pas de consultations infirmière pré opératoire (*allez question n°6*)
 Non, car vous ne l'avez pas souhaité (*allez question n°6*)

4) Si oui, quelles informations vous ont été apportées ?

5) Si oui, quels soins ont été réalisés ?

6) Si non, auriez-vous souhaité bénéficier de ce type de consultation ?

- oui non

¹ La consultation infirmière permet de faciliter l'expression des souhaits, des craintes, des incompréhensions du malade et de sa famille. Durant un entretien, l'infirmière reprend les explications concernant l'intervention. Elle répond aussi aux interrogations concernant le retour à domicile, la rééducation si besoin. L'infirmière peut présenter ensuite le service et les professionnels qui vont s'occuper du patient.

7) Quelles sont vos attentes concernant ces consultations ? (Noter entre 0 et 5)

- Diminuer l'anxiété pré et post opératoire _____/5
- Diminuer l'angoisse pré et post opératoire _____/5
- Améliorer la prise en charge de la douleur post-opératoire _____/5
- Vous informer sur l'intervention et le suivi post-opératoire _____/5

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 3

ENTRETIEN INFIRMIERE REALISANT LES CONSULTATIONS

- 1) Depuis quand réalisez-vous ces consultations infirmières ?
- 2) Avez-vous eu une formation particulière ? Laquelle ou lesquelles ?
- 3) Qui a créé ces consultations au sein de votre service et pourquoi ?
- 4) Pouvez-vous me parler de ces consultations : but, déroulement, soins réalisés,.....
- 5) Selon vous, quel est l'intérêt de ces consultations (Noter entre 0 et 5) :

- Diminuer l'anxiété pré et post opératoire _____/5
- Diminuer l'angoisse pré et post opératoire _____/5
- Améliorer la prise en charge de la douleur post-opératoire _____/5
- Informer le patient sur l'intervention et le suivi post-opératoire _____/5
- Réduire le nombre de consultation médicale _____/5
- Réduire la charge de travail de l'infirmière lors de l'hospitalisation du patient _____/5

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.