



Optimisation de l'analgésie péri-opératoire : Quelle place pour l'IADE en post-opératoire non immédiat ?

Mémoire présenté par MINCKE Estelle

Sous la direction de Mr LECUELLE Julien

Promotion Fuji 2023 – 2025

Ecole IADE CHU Dijon
10 bis Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny
BP77908
21079 DIJON CEDEX





Optimisation de l'analgésie péri-opératoire : Quelle place pour l'IADE en post-opératoire non immédiat ?

Mémoire présenté par MINCKE Estelle
Sous la direction de Mr LECUELLE Julien
Promotion Fuji 2023 – 2025

Ecole IADE CHU Dijon
10 bis Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny
BP77908
21079 DIJON CEDEX



École IADE Dijon Bourgogne



REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma sincère et profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, et plus particulièrement :

- Mon directeur de mémoire Julien Lecuelle pour sa guidance bienveillante, son soutien et son accompagnement constant ainsi que sa grande disponibilité.
- Je remercie également l'équipe de formateurs de l'école IADE de Dijon pour leur encadrement et leur disponibilité tout au long de ce parcours. Sans oublier Espérance pour sa bonne humeur et Christelle pour son aide.
- A mes collègues de promotion et plus particulièrement Laura et Mathilde qui ont rendu ces deux années bien plus joyeuses !
- A mes amis, soutiens émotionnels sans faille et distributeurs de bonne humeur : Anaïs, Aurélie et Ludivine, Curtis et Valentin qui m'a décidée de me lancer dans cette aventure.
- A mes parents et leur soutien indéfectible. A ma mère, à sa force et sa confiance en moi, qui me permet de toujours continuer à faire plus et mieux.
- Et un immense merci à mon conjoint Mario, pour m'avoir tant aidé et soutenu pendant ces deux années. D'avoir gérer notre quotidien et d'avoir accepté toutes les contraintes imposées par cette aventure. Je n'aurais pu souhaiter de meilleur soutien à mes côtés.

Pour finir je souhaite exprimer ma grande gratitude envers tous les professionnels qui ont participé à la création de ce mémoire : les IADE qui ont répondu aux questionnaires, les équipes de directions de toute la France qui ont relayé mes demandes, les professionnels m'ayant accordé des entretiens (IADE, MAR, cadre de santé et cadre supérieur de santé), mes précieux relecteurs pour leurs conseils avisés et leurs œil affuté.

A toutes ces personnes qui croient en moi, m'ont soutenue et aidée : Merci de m'avoir permis de me réaliser !

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
Table des matières	2
Glossaire.....	5
1 Introduction	7
2 Situation d'appel	8
3 Question de départ	9
4 Contextualisation	10
4.1 Législation de la prise en charge de la douleur	11
4.1.1 Historique de la prise en charge de la douleur	11
4.1.2 Règlements justifiant d'une optimisation de la douleur.....	14
4.2 L'optimisation péri-opératoire	16
4.2.1 La chirurgie ambulatoire.....	17
4.2.2 RAAC	18
4.2.3 Recommandations concernant l'analgésie.....	19
4.3 Les acteurs peri-operatoire de la prise en charge de la douleur.....	20
4.3.1 MAR.....	21
4.3.2 Chirurgien.....	22
4.3.3 IDE	23
4.3.4 Quelle place pour l'IADE ?	25
4.4 Des volontés locales.....	28
5 Cadre conceptuel.....	29
5.1 Anatomie et physiologie de la douleur.....	29
5.1.1 Les composantes de la douleur	29
5.1.2 Anatomie	30
5.1.3 Modulation de la sensation douloureuse	32
5.1.4 La sensibilisation.....	33
5.2 Des douleurs distinctes	34
5.2.1 Par mécanisme physiologique	34
5.2.2 Par durée d'évolution	35
5.3 La douleur post-opératoire	37
5.3.1 Anatomie.....	37
5.3.2 Facteurs influençant.....	38
5.3.3 Conséquences	38
5.3.4 Prévention	39

5.4	La prise en charge analgésique au bloc opératoire	39
5.4.1	Pré-opératoire	39
5.4.2	Per-opératoire	40
5.4.3	Post-opératoire.....	41
5.5	La douleur chronique post-opératoire.....	42
5.5.1	Anatomie	42
5.5.2	Facteurs prédictifs.....	42
5.5.3	Conséquences de la douleur chronique post-opératoire.....	43
6	Problématique de recherche	44
6.1	Question de recherche	45
6.2	Hypothèses de recherche.....	45
7	Méthodologie	46
7.1	Population	46
7.2	Choix des outils	47
7.3	Questionnaire	47
7.3.1	Procédure.....	47
7.3.2	Diffusion	49
7.3.3	Analyse des données.....	50
7.4	Entretien	50
7.4.1	Procédure.....	50
7.4.2	Analyse	51
8	Analyse des résultats.....	52
8.1	Analyse descriptive.....	52
8.1.1	Données socio-démographiques.....	52
8.1.2	Résultats concernant l'hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.....	59
8.1.3	Résultats concernant l'hypothèse 2 : De par leur présence en per-opératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.....	65
8.1.4	Résultats concernant l'hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.	72
8.2	Analyse statistique.....	78
8.2.1	Hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.	78

8.2.2	Hypothèse 2 : De par leur présence en per-opératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.....	79
8.2.3	Hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.....	81
9	Biais et limites du travail	83
10	Interprétation et discussion des résultats	85
10.1	Hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.	85
10.2	Hypothèse 2 : De par leur présence en per-opératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.....	90
10.3	Hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.....	99
11	Conclusion	106
12	Bibliographie	108
13	Annexes.....	111
13.1	Annexe I : Grille d'entretien semi-directif	111
13.1	Annexe II : Tableau récapitulatif des entretiens semi-directifs	113
13.2	Annexe III : Questionnaire google forms	123
13.3	Annexe IV : Tableaux des résultats du questionnaire.....	127
13.3.1	Tableau question 5.....	127
13.3.2	Tableau question 6.....	128
13.3.3	Tableau question 7	128
13.3.4	Tableaux question 9.....	129
13.3.5	Tableau question 10.....	132
13.3.6	Tableau question 11.....	133
13.3.7	Tableau question 12.....	135
13.3.8	Tableaux question 15.....	136
13.3.9	Tableaux question 16.....	139
13.3.10	Tableaux question 17	141
13.3.11	Tableau question 18.....	143

Glossaire

ALR : Anesthésie Loco-Régional

AMPA : α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid

ATP : Adénosine TriPhosphate

BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus de la Nociception

CLUD : Comités de LUtte contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNMD : Collège National des Médecins de la Douleur

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire

DCPC : Douleur Chronique Post-Chirurgical

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECTS : European Credits Transfer System

EIADE : Etudiant Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IASP : International Association for the Study of Pain

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

NGF : Nerve Growth Factor

NMDA : N-méthyl-D-aspartate

PCA : Patient Controlled Analgesia

PCEA : Patient-Controlled Epidural Analgesia

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

RFE : Recommandations Formalisées d'Experts

SAPO : Service d'Analgésie Péri-Opératoire

SETD : Société d'Etude et de Traitement de la Douleur

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SGPA : Substance Grise Péri Aqueducale

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator

1 Introduction

La population française est vieillissante, la part des plus de 65 ans représentait 21% de la population en 2022 (soit 14,2 millions de personnes), avec une espérance de vie à la naissance estimée à 85 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes selon l'INSEE (Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques) (1). Cette évolution devrait selon les prévisions de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) s'accroître durant les prochaines années (2).

La consommation de soins et de recours à la chirurgie montre une constante augmentation pointant une population plus fragile dont les capacités d'adaptation physiologiques sont nettement diminuées et les conséquences relatives à la douleur majorées. Par ailleurs, la proportion de chirurgie ambulatoire augmente, ne restant en hospitalisation que les patients les plus lourds. Ces derniers nécessitent donc un accompagnement optimisé de la part des professionnels de santé et des institutions sanitaires.

Les professionnels de santé font constamment face à la réalité de la souffrance humaine, ce contact quotidien est souvent difficile pour eux et leur impuissance à la comprendre et à la soulager peut provoquer un stress émotionnel important. (3). L'absence d'optimisation de prise en charge de cette constante influencera également la morbi-mortalité post-opératoire (4) et cela conditionnera la qualité de vie future du patient. La période péri-opératoire est donc cruciale pour optimiser l'analgésie en prévention de ces complications.

Selon le Livre Blanc de la douleur paru en 2022 « *On compte actuellement en France environ 10 millions d'actes chirurgicaux. Parmi eux, près de 60% des opérés subissent une douleur postopératoire d'intensité modérée à sévère. Plus l'intensité de cette douleur sera sévère et plus longue sera la durée des douleurs postopératoires, plus élevée sera l'incidence de douleurs postchirurgicales persistantes (durée supérieure à 3 mois) et, selon la localisation et la nature de la chirurgie, 10 à 56% des patients développeront une douleur chronique* ». (5)

En tant qu'IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat) cette gestion de l'analgésie est donc primordiale dans nos prises en soins. Cependant, là où nos qualités professionnelles sont reconnues en per-opératoire, elles ne le sont pas encore en post-opératoire. Le rôle IADE s'arrête-t-il aux portes du bloc ? L'intervention des IADE en post-opératoire ne participerait-elle pas à améliorer la qualité des soins et le parcours patient ?

J'ai décidé de commencer mon travail exploratoire par des recherches concernant l'organisation et la place de la prise en soins de la douleur sur le territoire français au sein des institutions sanitaires. Pour ensuite, effectuer des lectures scientifiques approfondies sur la physiologie de la douleur, sa spécificité chirurgicale et sur sa prise en charge péri-opératoire.

Ce travail exploratoire m'a permis d'établir une problématique aboutissant à une question de recherche. J'ai ensuite émis des hypothèses, que j'ai cherché à valider ou invalider grâce à des outils de recherches. Mes objectifs étant d'évaluer l'implication en post-opératoire non immédiat des IADE concernant l'analgésie, de connaître leur avis sur l'existence d'une plus-value IADE en post-opératoire non immédiat, et de manière plus générale, d'optimiser les pratiques professionnelles.

En complément de cette étude quantitative, j'ai mené des entretiens avec des professionnels transversaux (cadres de santé, cadre supérieur de santé et des MAR) pour me permettre de recueillir des données qualitatives et évaluer la faisabilité au travers de la vision institutionnelle.

L'analyse de ses résultats m'a permis ensuite d'engager une discussion autour de la place de l'IADE en post-opératoire non immédiat concernant l'optimisation de l'analgésie.

2 Situation d'appel

Lors de ma première année d'école d'IADE chaque professionnel participant à ma formation mettait en avant la nécessité d'optimiser l'analgésie. Les termes d'analgésie multimodale, de nociception, d'antalgique, d'ALR (Anesthésie Loco-Régional) et de moyens non médicamenteux (musicothérapie, hypnose, acupuncture) ont rapidement fait partie de mon nouveau vocabulaire professionnel et sont devenus une de mes priorités.

Cependant même si cette préoccupation était forte en per-opératoire et même si mes connaissances couvraient l'anesthésie, l'analgésie, la pharmacologie et l'acte chirurgicale en péri-opératoire (période incluant le pré, le per et le post-opératoire), mon investissement professionnel s'arrêtait aux portes du bloc opératoire.

Puis lors d'un de mes stages de première année, j'ai été amenée à travailler avec un référent douleur IADE en dehors du bloc opératoire. Celui-ci m'a expliqué son rôle au sein de sa structure : évaluer l'analgésie des patients à J1 et J2 en post-opératoire, communiquer et créer un lien de confiance avec le patient, échanger et former les équipes soignantes concernant la gestion des cathéters cicatriciels ou de péridurales, participer aux formations concernant les dispositifs médicaux si nécessaire (PCA, PCEA : Patient-Controlled Epidural Analgesia par exemple), créant un lien entre les équipes, le MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur) et le patient.

J'ai trouvé enrichissant de pouvoir échanger avec les patients en post-opératoire pour recueillir leur ressenti concernant la période per-opératoire, m'informer des soins qu'ils avaient reçus et connaître l'évolution de leur douleur en post-opératoire. Comme un cercle vertueux, cet échange avec le patient m'a permis de le recentrer dans mes soins du quotidien et de m'inscrire dans une prise en charge globale de qualité.

Suite à cette expérience, il m'a semblé que l'IADE était un professionnel idéal dans cette situation et qu'il permettait une amélioration de la qualité des soins post-opératoire mais également une amélioration de ses propres compétences. Ainsi, je me suis demandée pourquoi notre profession était sous-représentée en post-opératoire alors que l'intérêt tant à titre professionnel que pour le patient me semblait pertinent.

3 Question de départ

De nombreuses lectures m'ont permis de comprendre la place de l'IADE et de ses collaborateurs dans le système de santé concernant la gestion de la douleur. De plus, trois entretiens exploratoires libres ont complété ces lectures, afin de préciser et d'échanger sur la place de l'IADE en post-opératoire concernant la gestion de l'analgésie. En effet, j'ai pu m'entretenir avec une professionnelle du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Dijon investie dans la mise en place de nouveau protocole de gestion de la douleur, une professionnelle du CHU de Dijon ayant un DU (Diplôme Universitaire) douleur et travaillant à mi-temps au SAPO (Service d'Analgésie Péri-Opératoire) et un entretien avec un professionnel du CH (Centre Hospitalier) de Chalon-sur-Saône ayant un DU douleur et occupant la place d'infirmier anesthésiste ressource douleur.

Lors de mes recherches préliminaires, il m'est apparu une disparité de présence IADE en post-opératoire non immédiat, basée sur la volonté et l'investissement personnel de chacun. Il n'y a pas de recommandation justifiant de l'intérêt d'une présence IADE en post-opératoire concernant l'analgésie, dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins et du parcours patient.

Alors que notre cursus universitaire nous apporte de nombreux savoirs sur la douleur et sa prise en charge dans le cadre chirurgical, pourquoi une présence si discrète et des actions si hétérogènes en post-opératoire ? Pourquoi le binôme MAR/IADE n'est-il pas poursuivi au-delà de la SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle)? Les IADE ne seraient-ils pas suffisamment qualifiés pour ce poste ? Serait-ce un manque d'attrait personnel pour cette spécificité de nos soins ou une limitation institutionnelle ?

Tout au long de ce travail de recherche nous essaierons de mieux comprendre la position des IADE face à ce sujet, si leur présence en post-opératoire non immédiat apporterait une plus-value pour nos pratiques professionnelles mais également une amélioration de la qualité des soins du patient. Autant de réflexions qui m'ont amené à ma question de départ :

Quel regard les IADE portent-ils à la prise en charge de la douleur en post-opératoire ?

4 Contextualisation

Qu'est-ce que la douleur ? Le mot douleur, provient du XI^e siècle, du latin « *dolor, -oris* » et signifie « douleur, souffrance physique ou morale ». Il est dérivé de *dolere* selon l'académie française (6).

Pour l'IASP (International Association for the Study of Pain), la douleur est définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » (7). Cette définition établie en 1979 a été complétée en 2020 par l'ajout de six notes dans un souci de précision.

Il est dit que la douleur est toujours une expérience personnelle et qu'elle est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Il est spécifié que la douleur et la nociception sont des phénomènes différents et que la douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels. À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur et le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté. La douleur à un rôle d'adaptation mais elle peut également avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique. La description verbale de la douleur n'est qu'un des nombreux comportements permettant de l'exprimer. Une incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal éprouve de la douleur.

Nous savons aujourd'hui que la douleur a un impact sur l'évolution de l'état de santé des patients et sur leur qualité de vie. Elle crée des impotences fonctionnelles, des traumatismes psychiques, elle allonge les durées d'hospitalisation avec des conséquences médico-économiques non négligeables. En post-opératoire, c'est un symptôme dont l'absence d'optimisation de prise en charge influence la morbi-mortalité.

En France les premières consultations douleur sont créées à partir de 1975 grâce à des initiatives locales à Montpellier, Strasbourg, Paris et à partir de spécialités comme l'anesthésie et la neurochirurgie (8). Actuellement, l'analgésie est un des indicateurs majeur définissant le niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé publics et privés.

La gestion de la douleur des patients est donc devenue au fil des années une préoccupation pour les établissements sanitaires. Pour cela, il a fallu mettre en place des politiques de santé en ce sens, établir des dispositifs dédiés, former et sensibiliser les professionnels. Nous établirons dans un premier temps une chronologie des temps forts dans l'avancée de la gestion de la douleur des patients en France, puis nous développerons plus précisément la certification HAS (Haute Autorité de Santé), la charte du patient hospitalisé et l'optimisation péri-opératoire qui sont des éléments majeurs qui façonnent aujourd'hui nos prises en soins concernant l'analgésie des patients.

4.1 **LEGISLATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FRANCE**

4.1.1 Historique de la prise en charge de la douleur

En 1976, l'Association pour l'Etude de la Douleur (AED) est créée, elle est l'institution représentant l'IASP sur le territoire français, qui deviendra en 2001 la SETD (Société d'Etude et de Traitement de la Douleur). C'est une société savante qui réunit les professionnels de santé pour favoriser les soins, l'enseignement et la recherche en matière de douleur et qui est force de propositions pour nos politiques sanitaires.

En 1986 est publiée la première publication officielle du ministère de la Santé concernant la douleur et les soins palliatifs.

C'est en 1992 qu'est mis en place un enseignement obligatoire concernant la douleur et les soins palliatifs dans les écoles d'infirmières. C'est également l'année de création du 1^{er} diplôme universitaire d'évaluation et de traitement de la douleur.

En 1994, paraît un rapport « prendre en charge la douleur » du groupe sénatorial d'études sur la douleur conduit par Mr Lucien Neuwirth (octobre 1994, n° 138). Ce dernier met en évidence que le

système de soins français évalue mal et ne traite pas bien la douleur, que la formation, l'information, la législation et la réglementation sont inadaptées. Ce rapport va permettre une prise de conscience qui aboutit à l'article 1112-4 inséré au code de la santé publique « *les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.* » (9).

Ensuite, en 1995 la charte du patient hospitalisé évolue et y est intégré la notion suivante : « *la dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, 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* » (10).

La même année et sur la même dynamique, le décret n° 95-100 (6 septembre 1995) introduit dans le code de déontologie médicale les articles 37 et 38 sur la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des mourants. Ces articles font de la prise en charge de la douleur un devoir du médecin.

En 1996, est mis en place une procédure d'évaluation de tous les établissements de santé publics et privés nommé « certification ». Cette évaluation menée par l'HAS a pour but d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins. Elle est reconduite tous les quatre ans pour évaluer le fonctionnement global des établissements et apporter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996).

Un arrêté du 4 mars 1997 permet d'établir que les soins palliatifs et le traitement de la douleur deviennent des matières obligatoires de l'enseignement théorique dispensé au cours des deuxième, troisième et quatrième année du second cycle des études médicales.

Dans une volonté commune, le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale et le Secrétaire d'Etat chargé de l'action humanitaire d'urgence nommé pour la première fois en France et en Europe un chargé de mission sur la douleur (circulaire du 29 mai 1997 sur « L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé »).

Le premier plan gouvernemental triennal de lutte contre la douleur (Plan Kouchner) voit le jour et est mis en place de 1998 à 2002. Il permet le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins. Il prévoit l'information et la formation des professionnels de santé pour mieux évaluer et traiter la douleur. Il encourage également la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes et l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur. Ce plan permet la création de postes de praticiens hospitaliers et d'infirmiers, mais aussi la création de CLUD (Comités de LUTte contre la Douleur) ainsi que des structures de prise en charge de la douleur chronique. Il permet de renforcer la formation initiale des médecins avec l'introduction d'un module obligatoire sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs dans le programme initial du deuxième cycle des études médicales. (11)

Le 9 juin 1999, la loi n° 99-477 garantit le droit d'accès aux soins palliatifs, et établit que « *toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.* »

Pour le second plan de lutte contre la douleur pour les années 2002 à 2005, les priorités nationales concernent l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique ainsi que la souffrance en fin de vie. Ce plan cible également la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier établit dans son article 2 que les soins infirmiers ont pour objet de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur. Dans l'article 10, il est dit que l'IADE est seul habilité, à condition qu'un MAR puisse intervenir à tout moment, et après qu'un MAR ait examiné le patient et établi le protocole, à appliquer une anesthésie générale, une anesthésie loco-régionale et des réinjections si un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, et à pratiquer une réanimation per-opératoire.

Concernant les patients, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »(12)

La loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie permet de prendre en compte le soulagement de la souffrance des personnes en situation palliative avancée ou terminale.

Le troisième plan douleur « plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur » pour les années 2006 à 2010, a déterminé 4 axes : améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus

vulnérables, améliorer la formation pratique initiale et continue, améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité et structurer la filière de soins liée à la douleur.

En janvier 2007 est créé le DESC (Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire) de médecine de la douleur et médecine palliative (quatre semestres).

Le quatrième programme 2013-2017 représente la fin des plans « Douleur ». Son objectif était que l'ensemble des acteurs du système de soins s'en saisisse, pour l'ancrer dans leur réalité d'organisation et de leur prise en charge. Mais ce programme national n'a jamais été mis en œuvre. Depuis, aucun plan, programme ou action gouvernementale n'ont été mis en œuvre autour de la douleur.

Malgré le fait que nous venons de voir que la douleur et sa prise en charge soit un véritable enjeu de santé publique, et que les politiques instaurées par le passé permettent de maintenir un niveau de qualité de notre système de santé. La dynamique intense d'investissement politique et sanitaire durant les années 1990 à 2000 tend aujourd'hui à stagner, créant un vrai problème de société par le risque d'atteinte éthique et de dignité.

4.1.2 Règlements justifiant d'une optimisation de la douleur

4.1.2.1 La certification HAS

Nous avons vu précédemment que l'HAS a mis en place la certification à partir de 1996. Cette procédure d'évaluation des établissements de santé (publics et privés) vise à assurer un niveau de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé français. Chaque établissement reçoit la visite d'experts visiteurs mandatés par la HAS de manière obligatoire tous les quatre ans.

Cette évaluation repose sur un référentiel contenant 15 objectifs répartis en trois chapitres : le patient, les équipes de soins et l'établissement, chacun déclinés en critères. Avec pour ambition de développer l'engagement du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge, la culture d'évaluation de la pertinence et du résultat, le travail en équipe comme moteur d'amélioration des pratiques et l'adaptation aux évolutions du système de santé. Les critères possèdent trois niveaux d'exigence :

- Impératif : si un de ces critères n'est pas validé, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification (17 critères).
- Standard : attendus de la certification (110 critères).
- Avancé : correspond à l'exigence souhaité mais non exigible à ce jour (5 critères).

Cette validation des critères permet la décision finale avec une mention :

- Certifié, prochaine visite dans 4 ans.
- Certifié sous condition, visite reprogrammée entre 6 et 12 mois.
- Non certifié, visite reprogrammée dans les 12 à 24 mois.

Concernant la douleur, dans le chapitre 1 nommé « Le patient » nous retrouvons :

L'objectif 1.2 : le patient est respecté et le critère n°8 indique « Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur ». L'intensité de la douleur du patient doit être entendue par l'équipe de soins et un traitement approprié doit lui être proposé (médicamenteux ou non). Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour évaluer sa douleur avec l'utilisation d'outils adaptés, des réévaluations doivent être notées dans le dossier jusqu'à disparition de la douleur. Ce critère est à validation impérative et concerne tout l'établissement (13).

En incluant la gestion de la douleur comme critère impératif, la HAS participe aujourd'hui de manière active à sa prise en charge optimale, comme un indicateur primordial de la qualité des soins dispensés.

4.1.2.2 Le CLUD

Selon la Loi du 4 février 1995, les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Pour faciliter cette prise en charge, le Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) et la SETD ont encouragé en 1997 la création des CLUD dans tout établissement d'hospitalisation public ou privé.

Cette initiative est consolidée par la circulaire n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Cette dernière préconise d'établir une instance pilote dédiée à développer une culture professionnelle de lutte contre la douleur, sous forme de CLUD.(14)

C'est une instance de réflexion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, composée de professionnels soignants et de représentants des usagers. Cette procédure nécessite l'adhésion de la direction, de la CME (Commission Médicale d'Etablissement), de la commission des soins infirmiers, des professionnels médico-techniques et de rééducation, ainsi que la structure qualité et gestion des risques.

Le CLUD n'intervient pas dans la prise en charge de la douleur mais est plutôt missionné pour analyser, valider, proposer, coordonner et communiquer au sein de l'établissement. Il a aussi pour mission d'élaborer un programme d'information et de formation du personnel, d'aider à la définition d'une politique de soins en matière de prise en charge de la douleur, de rédiger des protocoles de lutte contre la douleur, d'établir et de diffuser des recommandations de bonnes pratiques, de donner des avis consultatifs pour la commission sur les médicaments par exemple.

4.1.2.3 La charte du patient hospitalisé

En 1974, Madame Simone Veil ministre de la Santé signe la première charte du patient hospitalisé. Cette charte garantit dans tous les établissements sanitaires la qualité des soins, la dignité et le respect des patients où sont reconnus les droits et les devoirs de chacun (patients, professionnels, établissements). Le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade mais c'est aussi un usager du service public hospitalier avec des droits tels qu'ils sont affirmés par les lois, comme celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce document a depuis été réactualisé pour suivre les évolutions législatives de notre pays, la dernière réactualisation est datée du 2 mars 2006.

Cette charte est remise à chaque patient hospitalisé, accompagné d'un questionnaire de sortie ainsi que d'un contrat d'engagement contre la douleur comme un fait indiscutable que la douleur constitue une priorité constante des établissements de soins.

Parmi les onze grands principes énoncés dans le document, il y a un item qui lui est dédié : les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, et dans lequel il est développé : « *La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, 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* ». (10)

4.2 L'OPTIMISATION PERI-OPERATOIRE

La chirurgie est une source de stress pour l'organisme, provoquant des modifications hormonales, métaboliques et physiologiques. La convalescence post-opératoire en sera d'autant plus longue et compliquée si de nombreuses variables ne sont pas identifiées et optimisées. La douleur est une de ces variables qui influence la convalescence. En effet, les douleurs post-opératoires sont fréquentes en chirurgie, avec pour répercussions un retard de la récupération post-opératoire et une augmentation de la durée d'hospitalisation.

Malgré les progrès de l'anesthésie et des techniques chirurgicales, la morbi-mortalité post-opératoire est toujours présente et reste donc une préoccupation majeure. Avec notre population vieillissante potentiellement plus à risque de complications, il est nécessaire d'optimiser nos prises en soins pour une récupération complète de l'état de santé du patient.

Cette volonté d'optimisation prend source dans la réglementation expliquée ci-dessus, et répond au développement accru de la chirurgie ambulatoire, qui elle-même a mené à la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie). Ces deux principes permettent aujourd'hui d'établir que l'optimisation de l'analgésie est une priorité de notre métier comme manière d'atténuer la réponse au stress physiologique péri-opératoire et de préserver l'homéostasie, et ainsi participer à une baisse de la morbi-mortalité post-opératoire.

Nous développerons rapidement la chirurgie ambulatoire ainsi que la RAAC pour ensuite explorer les dernières recommandations en termes d'optimisation de l'analgésie péri-opératoire.

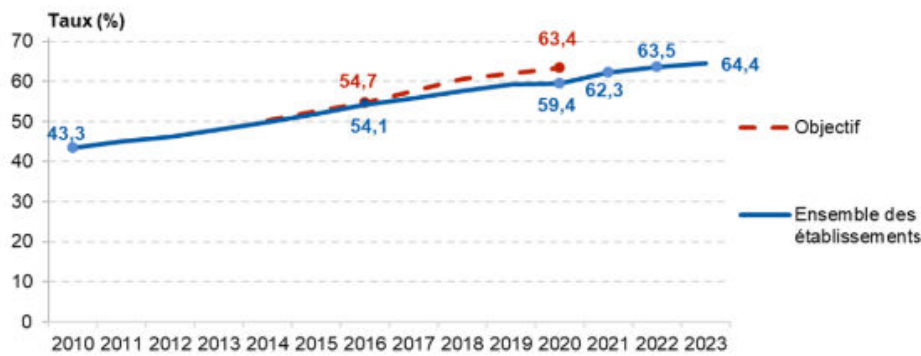
4.2.1 La chirurgie ambulatoire

Dans la littérature médicale, la notion de chirurgie ambulatoire apparaît au début du XXème siècle. En France, c'est la loi du 31 juillet 1991 de la réforme hospitalière qui définit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Il s'agit d'une pratique centrée sur le patient, qui englobe l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Elle nécessite une anesthésie adaptée et un suivi post-opératoire, permettant la sortie du patient le jour même de son admission sans risque pour sa santé.

Cette nouvelle façon d'accueillir les patients chirurgicaux a permis d'améliorer la prise en charge des patients et leur satisfaction. Tout le circuit patient est repensé et optimisé, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. Ce qui a également permis de réduire les coûts pour les établissements de santé et pour l'assurance maladie.

Selon la DRESS, en 2023 la consommation de soins et de biens médicaux est le premier poste de dépense de santé en France. La consommation de soins et de bien médicaux s'élève à 122 milliards d'euros concernant les soins hospitaliers et à 72 milliards d'euros concernant les soins ambulatoires avec une augmentation de 5,7% par rapport à 2022 (15). La sécurité sociale a le même constat, avec un taux national de chirurgie ambulatoire qui ne cesse d'augmenter d'année en année, pour ne rester en hospitalisation que les patients les plus lourds.

Graphique 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Source – ATIH – traitement DGOS

Note : l'objectif 2020 a été gelé en raison du contexte sanitaire

(16)

Cette nécessité d'optimiser le parcours patient et sa prise en charge, a mis en lumière des améliorations possibles et nécessaires dans l'organisation des soins en France qui nous mène à la RAAC.

4.2.2 RAAC

Cette approche apparaît en 1990 grâce au Pr. Kehlet et son équipe danoise. C'est une approche multidisciplinaire et multimodale du patient dans sa globalité durant la période péri-opératoire, permettant de faciliter une récupération post-opératoire précoce par une série d'interventions standardisées aux phases pré, per et post-opératoires.

Les objectifs de la RAAC sont la diminution des complications post-opératoires, de la durée du séjour hospitalier et une meilleure satisfaction du patient. Mais aussi une baisse de la morbi-mortalité et des coûts associés à une hospitalisation prolongée.

Cette RAAC s'appuie sur un travail d'équipe pluridisciplinaire utilisant des protocoles définissant un chemin clinique standardisé pour la période pré, per et post-opératoire, dans le but de permettre une récupération améliorée et rapide du patient, permettant sa sortie anticipée. Elle nécessite une coordination entre les différents acteurs de santé et un patient actif dans la démarche.

La HAS dit à propos de la pluridisciplinarité professionnelle « *la notion de fonctionnement transversal et de travail en équipe est essentielle pour la réussite du programme RAAC ; l'équipe peut comporter le socle commun (chirurgien, anesthésiste réanimateur, IDE) et peut intégrer, selon les besoins : kinésithérapie, gériatre, médecine physique et réadaptation, secrétariats médicaux, IDE, consultation, etc.* » (17).

La démarche de réhabilitation précoce est applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Les éléments clés sont l'information et l'éducation pré-opératoire du patient, minimiser les conséquences du stress chirurgical, l'optimisation de l'analgésie pour contrôler la douleur, la réalimentation précoce et la mobilisation rapide en post-opératoire.

Dans cette optique, une maîtrise parfaite en tout temps de l'analgésie est nécessaire. En effet, la douleur est un facteur de retard de récupération, de stress (métabolique, physique et psychique), de fatigue et de retard de rééducation et donc d'allongement de la durée d'hospitalisation. L'analgésie est donc un élément fondamental à maîtriser durant cette période péri-opératoire.

4.2.3 Recommandations concernant l'analgésie

La RFE (Recommandation Formalisée d'Experts) de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) publié en 2022 « Programme d'optimisation périopératoire du patient adulte » (18) nous donne quelques clés concernant l'optimisation de l'analgésie dans un système de réhabilitation améliorée après chirurgie.

Elle commence par mettre en avant qu'une équipe dédiée pluriprofessionnelle est nécessaire.

R1.2 « Les Experts suggèrent que l'implémentation et le suivi des programmes d'optimisation périopératoire soient effectués par une équipe pluriprofessionnelle, avec du temps dédié pour la coordination du parcours patient. » Avis d'experts (Accord fort)

A la question : « L'administration d'anesthésiques locaux par voie péri nerveuse, neuro-axiale, systémique ou locale a-t-elle un impact sur la survenue de complications postopératoires ou sur la durée d'hospitalisation ? », quatre recommandations ont été établies.

Il a été recommandé (accord fort, GRADE 1 et 2+) d'administrer des anesthésiques locaux par voie péri-nerveuse pour les chirurgies des membres, de réaliser une ALR après une chirurgie thoracique ou abdominale majeure, idem pour la chirurgie thoracique, pariétale thoraco-abdomino-pelvienne et chirurgie rachidienne pour réduire l'incidence des complications post-opératoires. Il a été recommandé également d'utiliser de la lidocaïne intraveineuse en per-opératoire de chirurgie abdomino-pelvienne pour diminuer l'incidence des complications post-opératoires.

A la question : « La technique d'analgésie postopératoire a-t-elle un impact sur la durée de séjour ou la survenue de complications ? », il a été recommandé (accord fort GRADE 1+) d'utiliser une analgésie multimodale associant des antalgiques non morphiniques et des anesthésiques locaux (épargne morphinique) pour réduire la durée de séjour et les complications post-opératoires.

4.3 LES ACTEURS PERI-OPERATOIRE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Nous venons de voir que selon le référentiel de certification, le travail en équipe est la clé de la prise en charge du patient et qu'il est le moteur de l'amélioration des pratiques professionnelles. Le déploiement de la RAAC nécessite un travail d'équipe transversal et pluridisciplinaire coordonné pour la création d'un parcours patient optimisé. Pour finir, les dernières recommandations de la SFAR vont également dans ce sens concernant l'optimisation péri-opératoire du patient. Sans oublier qu'avec l'essor de la chirurgie ambulatoire, seuls les patients les plus lourds et les plus fragiles restent hospitalisés.

Nous allons maintenant établir les responsabilités de chaque intervenant dans la prise en charge péri-opératoire concernant la gestion de l'analgésie. Il ne s'agit pas ici d'établir une liste exhaustive des professionnels, je me limiterai à ceux qui interviennent en priorité dans cette prise en soins et qui auront un impact sur mon questionnaire de mémoire. Commençons par définir plus précisément la période péri-opératoire. Elle est décomposée en trois temps : le pré, le per et le post-opératoire.

La période pré-opératoire correspond à ce qui est antérieur à l'acte chirurgical. Nous retrouvons alors le rendez-vous avec le chirurgien, la consultation pré anesthésique avec le MAR, la consultation IDE dans le parcours RAAC.

La période per-opératoire elle, définit tout ce qui concerne la phase de l'intervention chirurgicale, elle comprend le temps de l'anesthésie et du geste chirurgical.

Problème essentiel de mes recherches, la période post-opératoire n'est pas facilement délimitable. Nous savons qu'elle débute à la sortie du bloc opératoire, avec l'entrée en SSPI. Concernant la fin de cette période, il est plus difficile de la fixer, ce qui peut être source de confusion dans la prise en soin du patient et des responsabilités professionnelles.

Dans ce mémoire, je ferai donc la distinction entre le post-opératoire immédiat qui concerne le temps passé en SSPI et le non immédiat qui débute après la SSPI pouvant perdurer jusqu'à 48-72 heures après l'opération chirurgicale.

4.3.1 MAR

Selon les textes qui régissent leur activité professionnelle, la responsabilité du MAR débute à partir de la consultation pré-anesthésique.

Cette dernière, permet l'évaluation des risques, la gestion des traitements et des pathologies associées ainsi qu'un temps d'information du patient. C'est aussi le moment pour définir la stratégie d'anesthésie qui sera mise en place en per-opératoire. Elle est effectuée au minimum 48 heures avant l'intervention dans le cadre de la chirurgie réglée. Puis, la veille ou dans les heures précédant la chirurgie, l'anesthésiste effectue la visite pré-anesthésique.

Ensuite en per-opératoire, il participe à l'accueil, l'induction et l'installation du patient. Il est chargé d'appliquer la stratégie d'anesthésie définie au préalable avec le patient en consultation anesthésique, pour ensuite assurer la surveillance en per-opératoire pour le maintien des fonctions physiologiques.

En post-opératoire immédiat, il assure le suivi pour détecter et traiter les complications éventuelles inhérentes à la chirurgie et à l'anesthésie et assure l'analgésie. Il prescrit les ordonnances de sortie de la SSPI, en veillant aux consignes de lever de jeûne, de risque thromboembolique et d'analgésie.

L'article D6124-97 de la Santé Publique établit que « *la surveillance continue post interventionnelle a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie. Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient. Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.* » Il s'agit ici de la nécessité de prise en soins en post opératoire immédiat.

Le décret du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique, fixe les modalités de la pratique de l'anesthésie. Il établit la nécessité d'une surveillance continue après l'intervention chirurgicale et d'une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie. Il dit aussi que seul le MAR peut décider du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation (19).

Mais qu'en est-il de leur responsabilité ensuite ? N'est-elle plus engagée après les portes du bloc opératoire ? Aucune précision concernant la durée de la période post-opératoire après la SSPI. Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la responsabilité du MAR débute avec la consultation d'anesthésie et ne cesse qu'à la fin des soins post-opératoires du domaine de sa compétence. Malgré mes recherches et mes interrogations aux MAR, je n'ai pas pu établir de fin stricte concernant cette responsabilité. Le MAR avec sa conscience professionnelle et les textes régissant sa profession est par habitude professionnelle, désigné comme étant le médecin référent du patient post-opératoire jusqu'à 48 heures concernant les éléments post-opératoires (douleur, troubles digestifs, troubles biologiques, accès vasculaire ...). La nuance provient alors du terme « domaine de compétence ».

En plus de cette difficulté de délimitation de responsabilité professionnelle, une autre difficulté cette fois-ci démographique impacte mon questionnement de l'IADE en post-opératoire. En effet même si le nombre de médecin en activité est relativement stable (11 877 en 2022 selon une publication de la SFAR (20)), les besoins de soins d'anesthésie ont augmenté. La part de la population nécessitant des soins augmente de par son vieillissement, mais aussi par les progrès médicaux réalisés, s'ajoutant à cela une diversification de l'activité interventionnelle des autres professions médicales nécessitant l'anesthésie.

A noter aussi, que les MAR ont la possibilité de ne pas exercer leur fonction à temps plein et de le partager avec d'autres centres d'intérêts professionnels comme la douleur ou les urgences. D'autre part, les changements sociétaux et la réforme du temps de travail 2002 ont amené une réduction du temps médical disponible.

Les MAR sont donc aujourd'hui, essentiellement présents pour leur cœur de métier qui est la médecine péri-opératoire, la réanimation et en moindre proportion à ce jour la médecine d'urgence. Cette diversité permet une vraie richesse professionnelle.

4.3.2 Chirurgien

Il est le médecin acteur de l'acte chirurgical. Il assure la qualité des soins et la sécurité des patients dont il a la responsabilité, conjointement avec l'équipe d'anesthésie. Il se coordonne avec les autres professionnels pour créer un parcours de soins facilitant pour le patient, favorisant un rétablissement optimal. Il transmet à l'anesthésiste tous les éléments nécessaires à l'intervention.

En post-opératoire, le chirurgien assure la continuité des soins dans le service, par une visite quotidienne pour évaluer le bon rétablissement du patient et surveiller les suites chirurgicales jusqu'à sa sortie. Sa capacité de communication et d'échanges avec les divers acteurs lui permettent d'avoir un impact important sur la prise en charge de la douleur post-opératoire.

4.3.3 IDE

L'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) est un professionnel de santé chargé d'évaluer l'état de santé d'un patient et d'analyser les situations de soins. Il dispense des soins préventifs, curatifs ou palliatifs dans le but de promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Il réalise également l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients. Il dispose d'une capacité d'exercer dans des services variés grâce à sa formation initiale et son parcours de stages.

4.3.3.1 La formation

Le diplôme d'état est obtenu après trois années d'études, permettant d'acquérir un grade Licence (système universitaire Licence Master Doctorat depuis 2009). Il permet l'acquisition de dix compétences par la validation de 180 ECTS (European Credits Transfer System) d'acquis théoriques et de pratique en stage. Le diplôme certifie que son titulaire possède les compétences (savoirs et savoir-faire) décrites dans le référentiel de certification définissant le niveau d'exigence attendue.

La profession infirmière est définie par l'article L4311-1 du code de la santé publique « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.* »

4.3.3.2 Concernant l'analgésie

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier établit dans son article 2 que 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, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.* ». (21)

Selon l'Article R4311-8 du code de la santé publique, l'IDE « *est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* »

Dans les services de soins chirurgicaux, l'IDE reçoit le patient en post-opératoire. Il va mettre en place des surveillances, évaluer la douleur selon différentes échelles et administrer les traitements antalgiques selon les prescriptions médicales. Il va également, selon la chirurgie, surveiller les spécificités de l'acte.

Si un patient présente des complications douloureuses, l'IDE peut faire appel au chirurgien ou au MAR. Il peut également demander l'avis du professionnel ressource douleur (s'il y en a un dans la structure).

4.3.3.3 Le devenir

La profession IDE est dynamique, désireuse de monter en compétence et d'augmenter son expertise. Face à l'évolution démographique médicale, on assiste à des modifications dans le schéma de spécialisation infirmier.

Les protocoles de coopération sont un des exemples depuis 2022. Ils permettent un transfert d'activités ou de soins d'un déléguant (généralement le médecin) vers un délégué qui est un professionnel paramédical. Une dérogation est alors faite aux décrets de compétences de chaque professionnel paramédical, dans le cadre de ce protocole de coopération. Cela permet d'élargir l'offre de soins, de réduire les délais d'accès à une prise en charge et donc d'améliorer les parcours de santé des patients.

Il peut également, être proposé aux IDE désireux de compléter leur formation initiale, l'acquisition d'un Diplôme Universitaire pour devenir expert sur des thèmes ciblés (douleur, réanimation, ...).

Mais il est aussi possible de reprendre ses études dans le système LMD pour se spécialiser dans une discipline particulière : IADE, IBODE (Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat), puéricultrice, ...

Depuis quelques années se développe la pratique avancée, avec des IDE qui acquièrent des compétences autonomes dans le champ du rôle infirmier et celui d'un rôle nouveau s'appuyant sur des pratiques qui sont du domaine médical.

Le premier décret paru en 2019 a été suivi depuis, par de nombreux autres décrets et arrêtés. Le dernier en date du 21 janvier 2025, relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie, introduit la possibilité d'une primo prescription. L'objectif étant d'améliorer l'accès aux soins et la qualité du parcours patient tout en diminuant la charge de travail des médecins concernant des pathologies ciblées. Après trois années d'exercice, il est possible pour un IDE d'obtenir un diplôme d'état IPA (Infirmier en Pratique Avancée) en deux ans, précisant la mention choisie et reconnue grade Master. Pour le moment, les domaines d'interventions sont : les pathologies chroniques stables, l'oncologie et l'hémato-oncologie, la maladie rénale chronique (dialyse, transplantation rénale), la psychiatrie, les urgences. L'IPA est un professionnel doté d'une analyse plus fine et précise, d'une méthodologie plus rigoureuse, autonome et ayant des choix d'avantages argumentés vis-à-vis du médecin (22). L'IPA s'inscrit donc dans la catégorie « clinicien » , par l'enrichissement de ses savoirs, et le soin apporté aux patients.

4.3.4 Quelle place pour l'IADE ?

4.3.4.1 La formation

La profession infirmier anesthésiste est reconnue diplôme d'état depuis 1991 et en 2012 la formation a été intégrée dans le schéma universitaire LMD pour une reconnaissance grade Master. La formation s'effectue sur 24 mois pour obtenir 120 ECTS : 60 concernant la formation pratique et 60 pour les unités d'enseignements théoriques, permettant l'acquisition finale de 7 compétences.

Elle s'appuie sur l'acquisition de connaissances théoriques dispensées par l'institution de formation, ainsi que sur le développement de compétences professionnelles lors des stages effectués en milieu hospitalier, notamment au bloc opératoire, en réanimation et aux urgences.

L'IADE à la fin de sa formation est un infirmier praticien, clinicien responsable, réflexif et autonome possédant une expertise spécialisée dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, de l'urgence et de la prise en charge de la douleur.

4.3.4.2 Concernant l'analgésie

La formation IADE traite de la physiopathologie de la douleur, des moyens techniques et pharmacologiques de sa prise en charge et de sa surveillance.

Sur le plan théorique, l'unité d'enseignement 4.3 : gestion de la douleur, comptabilise 40 heures de cours. Concernant la pharmacologie, 50 heures de cours au total des deux années y sont dédiées. L'IADE peut donc être considéré comme un professionnel expert dans ce domaine(23).

Sur le plan pratique, l'EIADE (Etudiant Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat) doit valider un stage obligatoire de deux semaines concernant la prise en charge de la douleur.

L'IADE assure des soins de haute technicité tout en assurant une relation humaine privilégiée avec le patient, c'est un proche collaborateur du MAR avec qui il travaille en binôme. Son rôle et sa place ont été établis et décrits dans le décret de compétence IADE mis à jour le 12 mars 2017.

Dans l'article 1, il est dit : « *L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :*

1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance postinterventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat est, dans ces conditions, seul habilité à :

1° Pratiquer les techniques suivantes :

a) Anesthésie générale ;

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

c) Réanimation préopératoire ;

2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

3° Assurer, en salle de surveillance postinterventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation préopératoire.

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I. »(24).

C'est une profession valorisante de par son apport de connaissances théoriques qui permet un haut niveau de connaissance et de dextérité professionnelle, lui donnant une légitimité pour travailler en binôme avec le MAR au bloc opératoire et en SSPI. Grâce à son champ de compétences, nous retrouvons également les IADE au SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation), en réanimation, dans les CETD (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur) également, mais aussi dans un rôle d'enseignement via les CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) ou en simulation.

Concernant la prise en charge de la douleur, dans l'ouvrage « l'infirmier anesthésiste » nous pouvons y lire « *l'infirmier anesthésiste participe à la prise en compte du patient douloureux et veille à ce que la douleur soit prise en charge en post-opératoire immédiat mais également à plus long terme, ce en quoi il collabore de manière étroite avec ses collègues infirmiers. Dans le cadre de cette prise en charge de la douleur, l'infirmière anesthésiste, au-delà de la technique pure, prend en compte la dimension individuelle et psychosociale de la douleur et en cela dispense des soins relationnels.* (25) »

Les compétences techniques et les connaissances théoriques de l'IADE sont reconnues au-delà de la SSPI. En 1994, la SFAR publie des recommandations concernant les relations entre les MAR et les autres professionnels de santé, ces dernières seront remises à jour en 2010 et établissent : « *Outre leurs activités au bloc opératoire, la compétence technique et les connaissances des IADE leur permettent d'intervenir en salle de réveil, d'assurer le transport des patients anesthésiés ou réanimés à l'intérieur de l'établissement, d'exercer dans les secteurs de soins intensifs et de réanimation chirurgicale. Dans tous les cas, l'IADE est sous la responsabilité médicale d'un anesthésiste-réanimateur.*(26) »

Avec le développement de l'ALR dans l'analgésie multimodale, le rôle IADE en post-opératoire semble pertinent car cette technique nécessite une surveillance rigoureuse et quotidienne dans les services. C'est un professionnel qui connaît la pharmacologie associée aux ALR et l'anatomie en lien avec les blocs effectués par les MAR. L'IADE est également sensibilisé aux douleurs chroniques post-opératoires et aux douleurs neuropathiques, permettant un dépistage des patients à risque. Concernant les dispositifs médicaux, il est qualifié pour donner de plus amples explications et est en capacité de former les IDE et les patients.

L'IADE apparaît être un élément de liaison potentiel entre le patient, les infirmières du service, le MAR et si besoin le chirurgien.

4.4 DES VOLONTES LOCALES

Le service d'anesthésie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, a créé en 2015 une Equipe Mobile Douleur Aiguë composée d'IADE formés à la douleur. Cette équipe réalise des consultations auprès de patients bénéficiant de cathéters périduraux, de cathéters périnerveux, utilisant des PCA (Patient Controlled Analgesia) ou d'autres techniques d'infiltration (cathéters péri-cicatriciels, cathéters paravertébraux). Cette consultation quotidienne s'effectue sur prescription du MAR. Elle consiste en un interrogatoire et un examen clinique, suivi d'une retranscription au MAR pour décider d'actions correctrices potentielles.

Cela leur permet de détecter rapidement des problèmes d'analgésie comme une latéralisation ou un niveau insuffisant d'une péridurale ou bien un bloc sensitif insuffisant en regard d'un cathéter péri nerveux. Cette consultation quotidienne, permet également de modifier les programmations de PCA ou de PCEA si besoin (sur prescription du MAR) ou de gérer les problèmes techniques qui leurs sont liés. La consultation permet également l'adaptation des traitements antalgiques et de titrer une analgésie (après prescription du MAR). Et si cela est nécessaire, il est possible de transférer les patients en SSPI pour un examen clinique complet nécessitant l'expertise du MAR.

« Ainsi, l'IADE devient un acteur à part entière de la sécurité du patient en réalisant une veille particulière sur les dispositifs d'ALR dans les services. » (27)

Pour conclure cette partie de contextualisation, nous avons donc établi l'importance de la prise en soins de la douleur par les établissements sanitaires et l'ensemble des politiques qui lui ont été dédiées. Nous avons ensuite revu en quoi consistait l'optimisation péri-opératoire concernant l'analgésie du patient, puis les acteurs dans cette prise en charge.

Concernant mon questionnaire, la qualité professionnelle de l'IADE, sa polyvalence ainsi que ses compétences dans différents domaines sont donc reconnues. Cette reconnaissance s'accompagne toujours d'une complémentarité avec le MAR, il n'est pas question ici d'une substitution de tâches professionnelles. Il s'agit plutôt d'utiliser à bon escient des compétences établies et une reconnaissance de ces dernières par les MAR et les institutions.

Dans une volonté de faire face aux évolutions du système de santé tels que l'organisation de la prise en soins du patient chirurgicale, la démographie médicale, le développement des IPA et le dynamisme de la profession infirmière, il est nécessaire d'établir la place de l'IADE dans ces changements. Pour garder nos champs d'activités et de compétences, pour que notre reconnaissance professionnelle soit maintenue, il serait judicieux de les légiférer.

L'IADE travaille déjà sous la responsabilité du MAR en per-opératoire mais également en post-opératoire immédiat. Il est précisé dans le décret de 2002 la compétence de gérer l'analgésie et la douleur post-opératoire.

Il serait donc intéressant de continuer cette collaboration et permettre à l'IADE d'être acteur dans la continuité des soins post-opératoires non immédiats sous délégation du MAR et dans notre cadre réglementaire. Permettant ainsi une meilleure répartition des tâches entre MAR et IADE en post-opératoire, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins du patient.

5 Cadre conceptuel

Nous sommes tous anatomiquement équipés pour ressentir la douleur et ce dès la 25^{ème} semaine de vie intra-utérine. Sa fonction première est de garantir l'intégrité de notre organisme par le signal d'alerte qu'elle représente lors d'une lésion. Que cette douleur soit à gérer en per ou en post-opératoire, il me paraît pertinent de rappeler l'anatomie et la physiologie de la douleur.

Le terme « anesthésie » est issu du Grec, il se définit comme une insensibilité d'un organisme, une paralysie des sens, une absence de sensation. Cela englobe toutes les sensibilités périphériques tactiles, kinesthésiques, douloureuses et thermiques. Une anesthésie permet donc une narcose (perte de conscience) et une analgésie (absence de douleur) tout en assurant une protection neurovégétative par un ensemble de surveillances, de suppléances et de traitements destinés à maintenir l'homéostasie du patient, nécessaire à l'acte chirurgical.

Je détaillerai ensuite plus particulièrement la douleur post-opératoire et sa prise en charge analgésique au bloc opératoire. Et je finirai par développer rapidement la douleur chronique.

5.1 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

5.1.1 Les composantes de la douleur

La douleur est un phénomène multidimensionnel qui a de nombreuses composantes :

Composante sensori-discriminative : mécanisme neurophysiologique qui aboutit au décodage de la douleur. Elle permet de préciser la localisation et les caractéristiques qualitatives et quantitatives de la douleur (qualité, intensité, durée et évolution).

Composante affective : confère à la douleur sa tonalité désagréable voire insupportable. Définit la coloration émotionnelle de sa sensation (anxiété, tristesse, ...).

Composante comportementale : ensemble des manifestations verbales ou motrices, conscientes ou non. Régées par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial, la culture et les standards sociaux.

Composante cognitive : processus mentaux et interprétations qui accompagnent une lésion et qui participe à la sensation finale. Ils dépendent de facteurs socio-culturels, de l'éducation, de l'histoire personnelle et familiale du patient.

La douleur est donc une expérience personnelle influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les individus apprennent le concept de la douleur tout au long de leur vie par leurs expériences personnelles. Chaque personne a donc un rapport différent avec la douleur.

5.1.2 Anatomie

La stimulation nociceptive provoque l'apparition d'une zone lésée, entraînant une réaction inflammatoire avec libération de nombreuses substances chimiques algogènes. Celles-ci vont se fixer sur les nocicepteurs pour créer l'influx nerveux qui sera ensuite propagé via les fibres afférentes jusque dans la corne postérieure de la moelle épinière. Cet influx nerveux sera ensuite envoyé et traité par les centres supérieurs cérébraux permettant la localisation et la caractérisation de la stimulation nociceptive, aboutissant à la mise en place d'une réaction adaptée (28).

5.1.2.1 Les nocicepteurs

Ce sont des neurones afférents primaires, dédiés uniquement à la transmission du message douloureux. Ils ont une fonction de transduction (excitation) et de codage, ainsi que de transmission de cette information codée aux structures du système nerveux central. Une stimulation des nocicepteurs peut être de nature mécanique, chimique ou thermique et entraîne la création d'un potentiel d'action. Il est ensuite relayé par les différentes fibres afférentes :

- **Fibre A δ myélinisée** : mécano-nocicepteur avec un seuil d'activation élevé qui répond aux stimuli mécaniques (piqûre, pincement). Elle est capable de sensibilisation (responsable d'hyperalgésie et d'allodynie) et conduit l'influx nerveux rapidement. Elle véhicule la première douleur aiguë et localisée.

- **Fibre C fine et amyélinisée** : récepteurs polymodaux présents dans la peau, les viscères, les muscles et les articulations, qui répondent aux stimuli de nature mécaniques d'origine thermiques et chimiques des substances algogènes, provoquant des sensations durables et moins précises. Elle a une vitesse de conduction lente et véhicule la seconde douleur plus sourde et diffuse.

5.1.2.2 La soupe inflammatoire

C'est une cascade de sécrétion chimique qui émane du tissu lésé à partir des vaisseaux sanguins, des fibres sympathiques et des nocicepteurs. Les substances algogènes comme la bradykinine, la sérotonine, l'histamine, les ions hydrogène et le potassium vont stimuler les nocicepteurs. Les prostaglandines, la substance P et les neurokinines, vont-elles sensibiliser les récepteurs.

La sécrétion de ces substances par les fibres nerveuses en direction du tissu lésé, est responsable d'une inflammation neurogène qui participe au phénomène d'hyperalgésie qui s'étend progressivement aux tissus sains adjacents.

5.1.2.3 Premier relais neuronal dans la corne postérieure de la moelle épinière

Le corps cellulaire des neurones sensitifs est situé dans le ganglion spinal, dans la racine postérieure de la moelle épinière. C'est le lieu du premier relai neuronal avec les fibres C et A δ . Elles entrent en contact avec :

- **Les neurones nociceptifs spécifiques**, qui ne répondent qu'à des stimuli nociceptifs.
- **Les neurones nociceptifs non spécifiques ou neurones à convergences**, qui reçoivent des informations de natures et de territoires différents (mais provenant d'un même dermatome). Ce qui est responsable des douleurs projetées, qui sont la résultante d'une interprétation erronée au niveau cérébral de l'origine de l'information.

Au niveau de la synapse, les potentiels d'action provoquent la libération de neurotransmetteurs de la douleur : la substance P et le glutamate.

Après cette synapse, le neurone sensitif se divise en deux. La première synapse fait le lien entre le neurone sensitif et le neurone postsynaptique médullaire. La seconde synapse communique avec un interneurone inhibiteur qui sécrète les endomorphines, ce qui permet de freiner le message post synaptique.

La corne postérieure de la moelle épinière est aussi le siège des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) impliqué dans les phénomènes de sensibilisation neuronale. Ils sont fixés par le glutamate, qui est un acide aminé exciteur du système nerveux. Ce dernier va amplifier et prolonger la sensation douloureuse (c'est le lieu d'action de la Kétamine).

5.1.2.4 Les voies ascendantes, le deuxième neurone

Après le relais dans la corne postérieure de la moelle épinière, le neurone postsynaptique médullaire va emprunter les voies ascendantes antéro-latérales spinothalamiques et progresser le long de la moelle épinière.

5.1.2.5 Intégration corticale du signal douloureux

Les neurones nociceptifs des voies ascendantes antéro-latérales vont activer de nombreux centres cérébraux qui vont ensuite pouvoir agir sur les fonctions végétatives.

A partir du mésencéphale les neurones transportent l'information douloureuse et la projette sur la formation réticulée, qui a un rôle de régulation dans l'alternance veille/sommeil.

Puis un relais thalamique avec une projection sur :

- Le système limbique : amygdale, hypothalamus, hippocampe, qui sont à l'origine des réactions émotionnelles et végétatives.
- Cortex préfrontal
- Cortex cingulaire antérieur
- Cortex somatosensoriel et insulaire

A partir du thalamus, il y a plusieurs projections corticales où différentes régions du cerveau vont être activées. Le message douloureux devient alors nociceptif.

5.1.3 Modulation de la sensation douloureuse

La douleur est un symptôme que l'organisme essaie en permanence de contrôler. Il possède donc divers moyens de la moduler (27).

5.1.3.1 Les contrôles inhibiteurs spinaux « Gate control »

La corne postérieure est un relais synaptique important par la convergence de nombreux neurones et interneurones. Elle est le lieu d'une première régulation appelée « Gate Control ». C'est un système de contrôle en périphérie.

Les afférences véhiculant le tact et la sensibilité superficielle (fibres A α et A β) bloquent les informations nociceptives des fibres A δ et C à leur entrée dans la moelle épinière via un interneurone et leur « ferment la porte ».

Exemple : réflexe de se frotter une partie du corps douloureuse. C'est en fait une stimulation des grosses fibres myélinisées du tact, ce qui inhibe le message douloureux dans la corne dorsale de la moelle épinière pour limiter son intensité et sa durée.

5.1.3.2 Les contrôles inhibiteurs supra spinaux descendants

Il existe un système régulateur inhibiteur descendant issu du tronc cérébral, créant un tonus inhibiteur permanent qui s'exerce sur la moelle épinière à partir du mésencéphale et du thalamus.

Les contrôles inhibiteurs produits par la SGPA (Substance Grise Péri Aqueducale) sont extrêmement puissants. Ils sécrètent des neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la noradrénaline lors d'une sensation douloureuse qui vont renforcer ce tonus inhibiteur.

5.1.3.3 Les contrôles inhibiteurs diffus de la nociception (CIDN)

Une stimulation douloureuse appliquée sur une région du corps entraîne une inhibition des sensations douloureuses dans les autres régions, c'est la hiérarchisation des douleurs.

5.1.3.4 Les endomorphines

Sécrétées par l'hypothalamus lors de « situations plaisir », elles interviennent comme inhibitrices de la sécrétion de la substance P. Ces molécules imitent l'action de la morphine, car leurs structures sont partiellement semblables. Elles se fixent sur les récepteurs opioïdes du neurone sensitif au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, pour une régulation du message douloureux. Elles permettent une analgésie de courte durée.

5.1.4 La sensibilisation

Les nocicepteurs sont capables de sensibilisation. C'est-à-dire qu'une stimulation nociceptive répétée va entraîner un abaissement du seuil d'activation des nocicepteurs, une activité spontanée accrue et la production de molécules pro-inflammatoires. Cette sensibilisation est responsable d'allodynie (diminution du seuil nociceptif) et d'hyperalgésie (perception douloureuse plus intense).

Il y a la sensibilisation périphérique, où le seuil d'activation du nocicepteur est abaissé et donc il y a une sensibilité plus importante à la douleur c'est-à-dire une hyperalgésie. Suite à une lésion tissulaire les fibres nerveuses libèrent des peptides algogènes (exemple de la substance P, CGRP) dans le milieu extra cellulaire provoquant une inflammation neurogénique responsable d'une extravasation et d'une accumulation de cellules sanguines qui vont libérer : bradykinines, facteurs de croissances (NGF : Nerve Growth Factor), cytokines, interleukines, prostaglandines et former la soupe inflammatoire. Ces molécules agissent sur les récepteurs membranaires et déclenchent une modulation de la transcription génique des noyaux des neurones ganglionnaires(29).

Il existe également la sensibilisation centrale : une augmentation de l'activité spontanée des neurones nociceptifs du système nerveux centrale à des influx afférents normaux ou inférieurs au seuil d'activation. Elle est dû à des modifications structurales et fonctionnelles du système nerveux central comme l'amplification et l'activation prolongée des récepteurs NMDA via le glutamate et l'activation des cellules gliales qui libèrent des cytokines pro inflammatoires augmentant l'excitabilité des neurones (30).

5.2 DES DOULEURS DISTINCTES

5.2.1 Par mécanisme physiologique

5.2.1.1 La douleur par excès de nociception

C'est une douleur générée par la stimulation des fibres nociceptives dû à :

- Des facteurs physiques : compression, étirement ou stimulation thermique.
- Une inflammation : Prostaglandine, cytokine, histamine, bradykinine.
- Une lésion tissulaire : ion hydrogène H⁺, ATP (Adénosine TriPhosphate).
- Un neuromédiateur : substance P, CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide). Qui induisent une inflammation neurogène (vasodilatation, œdème, dégranulation mastocyte sans véritable inflammation).

Ce type de douleur est localisée au foyer lésionnel, on la retrouve dans la majorité des situations cliniques. L'examen clinique du patient peut reproduire la douleur par la palpation ou la mobilisation de l'organe douloureux. La sensibilité est normale.

5.2.1.2 La douleur neurogène

Elle résulte d'un dysfonctionnement des voies nociceptives dû à la lésion d'un de ces constituants. Elle peut résulter d'une lésion du système nerveux périphérique ou centrale et persister alors même que la lésion aura disparu. La plupart des douleurs neuropathiques auront une allure chronique et seront ressenties dans le territoire du nerf concerné.

Ce type de douleur se dépiste grâce au questionnaire DN4 et son traitement est difficile. Ce sont des douleurs rebelles qui nécessitent la prescription d'antiépileptiques, antidépresseurs, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator) et d'un accompagnement professionnel complet : médecins, IDE, psychologue, kinésithérapeute, ...

Exemple du zona, neuropathie diabétique, douleur du membre fantôme, ...

5.2.1.3 La douleur nociplastique

Selon l'IASP, c'est « *une douleur liée à une altération de la nociception malgré l'absence de preuve d'une lésion tissulaire activant les nocicepteurs ou d'une maladie ou lésion affectant le système somato-sensoriel* ».

Exemple de la fibromyalgie ou du côlon irritable.

5.2.1.4 La douleur psychogène

C'est une douleur née d'un dysfonctionnement psychique faisant intervenir des facteurs somatiques et psychosociaux.

Exemples des névroses d'angoisse, des conversions hystériques et de la dépression.

5.2.2 Par durée d'évolution

5.2.2.1 La douleur aiguë

C'est une souffrance intense, qui révèle un dégât tissulaire. C'est un signal d'alarme, un symptôme qui a pour finalité biologique, la préservation de l'intégrité de l'organisme. Réagir face à une douleur aiguë est une urgence. C'est une constante vitale au même titre que la température, la tension artérielle, le rythme cardiaque ou encore la saturation en oxygène.

Ce type de douleur provoque une stimulation adrénergique qui peut se caractériser par une hypertension, une tachycardie, des troubles du rythme, des nausées, ... Elle provoque également une sécrétion du cortisol responsable d'une hyperglycémie et peut aussi entraîner une stimulation du système parasympathique responsable de malaise vagal.

Elle aura pour conséquence une augmentation de la consommation en oxygène et majorera le risque d'infarctus du myocarde. Elle peut également être responsable de troubles du comportement.

5.2.2.2 La douleur chronique

C'est une douleur persistante depuis plus de trois mois. C'est un ensemble de manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie de départ, comme une maladie en soi plutôt que le signe d'un désordre physiopathologique. Elle altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle.

Elle est généralement sourde, diffuse et souvent mal exprimée par les patients. Elle est rebelle aux traitements classiques et nécessite une prise en charge multimodale avec une approche pluridisciplinaire.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa « finalité » de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle. Elle est fréquemment associée à des facteurs de renforcement qui participent à son entretien comme :

- Des manifestations psychopathologiques : altération des capacités à penser et agir, perception de soi différente, isolement social et professionnel.
- Une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à le soulager.
- Une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

5.3 LA DOULEUR POST-OPERATOIRE

C'est une douleur prévisible et transitoire. C'est un excès de nociception après un acte chirurgical par une stimulation directe des terminaisons nerveuses et par libération de substances algogènes en lien avec les lésions tissulaires et nerveuses créées, avec un caractère inflammatoire marqué (31).

C'est un phénomène aigu de forte intensité d'emblée (12-24h), qui décroît progressivement sur une durée brève de 2 à 4 jours.

Ces douleurs dégradent l'expérience du patient, compromettent sa réhabilitation et l'expose à l'usage plus marqué d'opioïdes. Quand elles sont intenses et non contrôlées, elles créent un traumatisme physique et psychologique qui peut être à l'origine de douleurs chroniques postchirurgicales permanentes et invalidantes.

Un traitement rapide et efficace de ces douleurs post-opératoires a un impact immédiat en participant au confort du patient et en réduisant les morbidités péri-opératoires et péri-traumatiques.

L'analgésie post-opératoire est donc indissociable de la sécurité des patients. Outre l'inconfort, la douleur augmente le risque de morbidité et de mortalité notamment cardio-vasculaire.

5.3.1 Anatomie

La douleur post-opératoire est une combinaison de réponses inflammatoires et de lésions nerveuses liées à l'acte chirurgical. Elle est composée d'une partie nociceptive, due à des phénomènes inflammatoires associées à des contractures musculaires réflexes et d'une composante neuropathique due à la section des fibres nerveuses.

Mais aussi, d'une composante somatique cutanée due à l'incision, par libération de substances algogènes et d'une composante somatique profonde secondaire due aux lésions nerveuses, des aponévroses, des muscles, de la plèvre ou du péritoine.

Il y a également une composante viscérale, conséquence des traumatismes chirurgicaux caractérisés par une douleur au niveau du foyer opératoire.

5.3.2 Facteurs influençant

L'état psychologique pré-opératoire du patient comme l'anxiété, la dépression ou l'angoisse peut majorer et chroniciser les douleurs post-opératoires. Il y a donc une nécessité à fournir des explications et des informations claires et précises avant l'opération, avec une préparation psychologique et pharmacologique de qualité lors de la consultation pré-anesthésique.

L'état physiologique pré-opératoire du patient comme des douleurs pré-opératoire existantes, ou une notion de prise en charge en urgence peuvent amener à amplifier les douleurs post-opératoires. Concernant la chirurgie, le type d'incision, la durée d'intervention, le site opératoire (thoracique, sus ombilicale, orthopédique, anorectale, rénale, sous ombilicale) ont un réel impact sur les futures douleurs post-opératoires.

Le protocole d'analgésie per-opératoire (anesthésie générale, ALR, quantité de morphinique reçue per-opératoire, anticipation de l'administration des antalgiques) va conditionner les douleurs post-opératoires, leurs intensités et leurs impacts.

La qualité des soins per et post-opératoire comme la prévention des hallucinations, des nausées et vomissements, une installation optimale sur la table d'opération, limiter les maux de gorge liées à l'intubation, sont tout autant de critères qui peuvent minorer les douleurs post-opératoires. A l'inverse, toute présence en post-opératoire de sonde (gastrique, urinaire,) ou redons pourra majorer celle-ci.

5.3.3 Conséquences

Respiratoire : diminution de la capacité vitale, contractures des muscles thoraciques, inhibition de la toux, limitation des mouvements diaphragmatique, augmentation du risque de pneumopathies.

Perturbations circulatoires : augmentation de la consommation d'oxygène, augmentation du débit cardiaque et de la pression artérielle, augmentation du risque thrombophlébite.

Modification gastro-intestinale : iléus, constipation, rétention urinaire, nausée, vomissement.

Altération du métabolisme due au stress : hyperglycémie

Altération de la mobilité et de la rééducation

Humeur et comportement : état d'agitation, agressivité, modification du rythme nyctéméral. Création de séquelles psychiques pouvant agir sur la mémoire et le comportement si la durée et l'intensité de la douleur ont été importantes.

Augmentation de la morbi-mortalité.

5.3.4 Prévention

En pré-opératoire il est nécessaire d'évaluer l'état psychologique du patient (anxiété, stress, ...) et de lui fournir des informations précises et détaillées de la phase post-opératoire (drains, cathéters, protocole d'analgésie, ...). Dans la mesure du possible, il faut créer un environnement calme et rassurant (limiter les bruits, la lumière forte et le froid) dès l'accueil du patient jusqu'à la fin de l'induction, poursuivis en SSPI pour un réveil optimal. Il faut également mettre en place une analgésie multimodale per-opératoire le plus tôt possible.

Concernant la chirurgie, il est attendu un geste chirurgical de qualité, avec une hémostase soignée, un choix de la voie d'abord et de l'incision (chirurgie mini invasive, percutanée) le moins pourvoyeur de douleur post-opératoire.

Et en post-opératoire pendant 48 premières heures minimum, il est recommandé de mettre en place une analgésie préventive et systématique avec un relais per-os débuté le plus tôt possible. Si possible, on aura recours à une analgésie multimodale avec des anesthésies locorégionales (péridural ou rachianesthésie) ou périphériques (cathéter périphérique ou cicatriciel, infiltration, bloc simple).

5.4 LA PRISE EN CHARGE ANALGESIQUE AU BLOC OPERATOIRE

5.4.1 Pré-opératoire

Lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire, il est primordial de déceler les éléments favorisant le développement d'une DCPC (Douleur Chronique Post Chirurgicale). C'est en effet un moment privilégié pour recueillir les éléments concernant l'existence d'une douleur préopératoire (intensité, durée, localisation), la présence d'une douleur neuropathique ou d'antécédents de syndrome douloureux, ainsi que la consommation d'opiacés et d'antalgiques qui y est associée. Effectivement la présence d'une douleur pré-opératoire, au niveau du site chirurgical ou à distance de la zone opérée influence la douleur post-opératoire en augmentant son intensité et sa durée, elle favorise ainsi le développement d'une DCPC.

Ce temps permet d'expliquer la prise en charge anesthésique per-opératoire mais également les suites de la chirurgie avec le protocole analgésique défini. Ceci dans le but de limiter le stress et calmer les angoisses face à la future chirurgie. Il peut également permettre de dépister les états de vulnérabilité psychique (dépression, anxiété, stress) et de proposer des accompagnements professionnels adéquats.

Actuellement, un moment d'échanges IADE / patient en pré-opératoire n'est pas développé. Il est donc nécessaire le jour de l'intervention, d'être vigilant à cette consultation médicale et aux éléments en lien avec la douleur qui peuvent en ressortir. Il faudra également s'assurer de la prise des traitements antalgiques dans le cas de pathologies chroniques, y compris le jour de l'intervention. Pour un résultat optimal, une prémédication avec du paracétamol per os pourra être administré avant le bloc opératoire (32), ainsi qu'une évaluation du niveau d'anxiété et de stress du patient. Il est nécessaire de prendre un temps pour répondre aux questions, interrogations ou peurs s'il y en a.

5.4.2 Per-opératoire

Dans un premier temps, il est nécessaire de s'assurer du confort d'installation du patient, de vérifier les points d'appuis, de débiter rapidement un réchauffement actif et de créer un environnement calme avec une luminosité adaptée. Concernant la modulation des facteurs psychologiques, nous pouvons proposer des outils non médicamenteux à type de musicothérapie, hypnose conversationnelle ainsi que de la sophrologie.

La prise en charge optimale de la douleur nécessite une analgésie multimodale afin de multiplier les sites d'actions et de rechercher une synergie d'actions (32). Elle repose sur l'utilisation :

- **D'anti-inflammatoires non stéroïdiens** afin de réduire la sensibilisation périphérique.
- **D'anesthésie locale et locorégionale** afin de bloquer les stimulus nociceptifs en per et post-opératoire immédiat. La pose d'un cathéter est indiquée dans les chirurgies douloureuses (péri nerveux, péridural, cicatriciel), permettant une épargne morphinique.
- **De la kétamine** : agent analgésique, anti-inflammatoire et anti-hyperalgésique, antagoniste des récepteurs NMDA. Elle permet une épargne morphinique, une prévention des phénomènes d'hyperalgésie post-opératoire associée à une réduction modérée des nausées-vomissements, surtout dans les chirurgies majeures douloureuses (33).
- **De l'association d'antalgiques** en synergie (Opioïde + AINS + Néfopam par exemple), tels que les anti-hyperalgésiques, les modulateurs, les antinociceptifs, les mixtes. Une administration avant l'incision est à privilégier.
- **De lidocaïne** pour ses effets analgésiques, anti hyperalgésiques et anti-inflammatoires permettant une épargne morphinique post-opératoire. Elle permet également de diminuer l'iléus post-opératoire. Ses effets ont essentiellement été démontrés pour la chirurgie abdominale.

- **De la Clonidine et la Dexmédétomidine** : ils permettent le maintien de la stabilité hémodynamique, la réduction du frisson, une sédation, un effet anti-nauséeux et des effets analgésiques. Il est mis en avant des effets d'épargne morphinique et de réduction de la douleur importants.
- **De la gestion des nausées et vomissements post-opératoires.**
- **De l'application de chaud/froid.**
- **De l'immobilisation d'un membre.**

Cette analgésie multimodale a pour but de réduire l'utilisation d'opioïdes en per-opératoire (34). En effet les opioïdes favorisent l'activation des récepteurs NMDA et des cellules gliales responsable d'hyperalgésie induite par les morphiniques, ce qui entraîne des scores de douleur post-opératoires plus élevés, une plus grande consommation d'opioïdes post-opératoire et une hyperalgésie aiguë. Une diminution des opioïdes entraîne donc une réduction de leurs effets indésirables (nausées, vomissements, confusion, sédation). Cette analgésie a pour but de réduire les répercussions métaboliques de la douleur sur l'organisme, de diminuer les complications cardiovasculaires induites par une douleur aiguë non soulagée, d'améliorer la qualité du sommeil du patient et de favoriser ainsi sa rééducation pour une diminution de temps de convalescence et d'hospitalisation et pour améliorer sa satisfaction.

5.4.3 Post-opératoire

A sa sortie du bloc opératoire, le patient sera dirigé vers la SSPI où il recevra des soins visant à contrôler les effets résiduels et les complications de l'anesthésie, en tenant compte de son état de santé et en surveillant les complications liées à l'intervention chirurgicale. La prise en charge de l'analgésie est un des critères de sortie de SSPI. Il est nécessaire de dépister les signaux d'alerte afin de traiter précocement la douleur, tel qu'une trajectoire douloureuse élevée en post-opératoire, une durée prolongée de douleur intense ou des caractéristiques de douleur neuropathique. Il convient de prendre en charge le patient dans un endroit calme et rassurant.

L'IDE ou l'IADE en SSPI propose des traitements antalgiques adaptés, évalue et réévalue la douleur. Il applique les prescriptions médicales, il peut être amené à faire des titrations IV et mettre en place le relais d'antalgiques, tout en prenant en compte les traitements administrés en per-opératoire et en surveillant les effets secondaires associées aux traitements donnés.

Si le patient est douloureux chronique et prend des opioïdes en pré-opératoire, il faudra adapter les doses de morphiniques, qui seront plus élevées.

5.5 LA DOULEUR CHRONIQUE POST-OPERATOIRE

Elle est définie par l'IASP comme « une douleur qui dure plus de trois mois après l'intervention chirurgicale sans autres causes de douleur telles qu'une infection ou une douleur due à une affection chronique précédant la chirurgie. »

C'est un problème de santé publique qui a un fort impact sur l'évolution de l'état de santé des patients, sur leurs qualités de vie et sur leurs besoins de réadaptation fonctionnelle qui s'accompagne de conséquences médico-économiques.

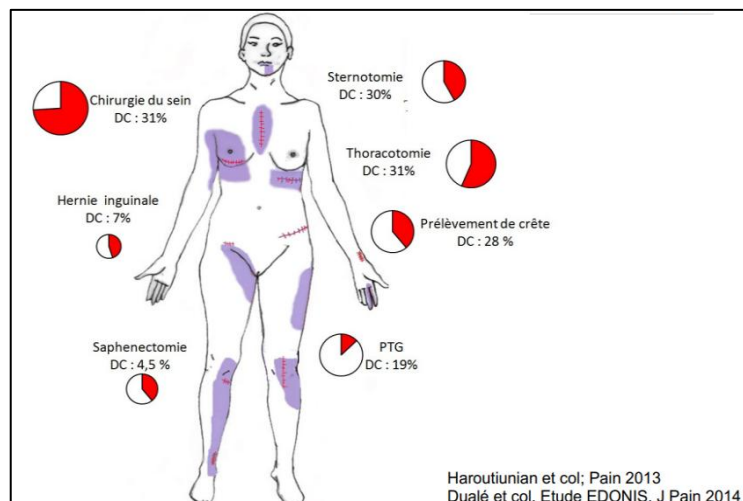
5.5.1 Anatomie

Les influx nociceptifs dus à la chirurgie produisent des changements moléculaires locaux tels que l'augmentation de la libération du facteur de croissance des nerfs (NGF) et de cytokines pro-inflammatoires dans les neurones sensoriels primaires des ganglions dorso-rachidiens.

Ces changements sont responsables de la sensibilisation à la douleur périphérique qui influence ensuite l'activité neuronale au niveau de la moelle épinière responsable d'une sensibilisation centrale à la douleur. Cette dernière dépend en partie de l'expression accrue de l'AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid), de la libération du facteur neurotrophique BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) et semblerait être exagérée et maintenue dans le temps par l'activation microgliale et astrocytaire. La résultante étant une augmentation de la perception douloureuse après la chirurgie (hyperalgésie) qui favoriserait l'apparition de la DCPO.

5.5.2 Facteurs prédictifs

- La nature de l'intervention chirurgicale.
- La méthode d'anesthésie.
- L'existence de douleur post-opératoire d'intensité sévère au-delà des 24 premières heures.



- Facteurs génétiques ou épigénétiques : état inflammatoire péri-opératoire, douleurs pré-opératoires en rapport ou non avec la pathologie conduisant à la chirurgie.
- La technique chirurgicale et la durée de l'intervention.

- L'ampleur des dégâts tissulaires et des lésions nerveuses.
- La consommation d'opioïdes en pré, per et post-opératoire de façon prolongée : favorise l'apparition d'une sensibilisation et d'une hyperalgésie induite par les morphiniques.
- Un niveau d'anxiété pré-opératoire élevé et la dépression peuvent provoquer une exacerbation de l'intensité de la douleur ressentie, avec une tendance à la dramatisation émotionnelle appelé catastrophisme et neuroticisme. Il est possible en pré-opératoire de calculer le score APAIS évaluant le besoin d'information et l'anxiété du patient, d'autant plus utilisé dans ces situations.
- Facteur génétique influence la modulation de la douleur et l'évolution vers une douleur chronique après un traumatisme tissulaire. Des facteurs génétiques liés au polymorphisme des canaux sodiques, calciques ou potassiques prédisposeraient à la douleur neuropathique en modifiant la neurotransmission.

« Environ 10 millions d'actes chirurgicaux sont pratiqués chaque année en France. Parmi eux, près de 60% des opérés subissent une douleur postopératoire d'intensité modérée à sévère. Plus l'intensité de cette douleur est sévère et plus longue est la durée des douleurs postopératoires, plus élevée est l'incidence de douleurs postchirurgicales persistantes et selon la localisation et la nature de la chirurgie, 10 à 56% des patients développeront une douleur chronique. » (5)

5.5.3 Conséquences de la douleur chronique post-opératoire

- Retard de rétablissement
- Consommation accrue d'opiacés
- Consommation de soins accrus
- Isolement social
- Déclin cognitif et décès prématuré chez la population âgée (5)

Empêcher les patients de développer des DCPO est donc une priorité en anesthésie et en médecine péri-opératoire.

6 Problématique de recherche

Après avoir déterminé la place qu'occupait la prise en charge de la douleur sur le plan de la politique institutionnelle et la manière dont elle avait été optimisée dans les établissements de santé grâce notamment à la mise en place de la certification, j'ai continué mes recherches sur l'essor de la chirurgie ambulatoire qui a obligé les établissements de soins à repenser le circuit patient dans un souci de sécurité et d'économie.

Il en a découlé une évolution de nos prises en soins chirurgicaux, notamment grâce à la RAAC (notion de parcours patient avec une optimisation et une information relative à la douleur) et aux sociétés savantes qui éditent des recommandations pour optimiser la prise en charge des patients chirurgicaux. Ces dernières mettent en avant la nécessité d'une optimisation de l'analgésie péri-opératoire comme pilier majeur de la prise en soins.

Ceci m'a conforté dans le fait que les connaissances IADE concernant la douleur et sa gestion péri-opératoire faisait de l'IADE un professionnel apte à intervenir en péri-opératoire. J'ai pu établir une liste (non exhaustive) des professionnels gravitant autour du patient en péri-opératoire, en faisant le lien avec notre législation professionnelle. Et j'ai également décrit via mon cadre conceptuel l'anatomie de la douleur, et plus particulièrement la douleur post-opératoire avec ses complications possibles. J'ai développé ensuite la prise en charge analgésique faite au bloc opératoire.

Ce qui m'a amené à me questionner sur ma position de future professionnelle IADE dans ce contexte. Au cours de mes recherches, je n'ai pas compris pourquoi notre profession était restreinte au per-opératoire alors que nos connaissances englobent le péri-opératoire. Bien que nous ayons des connaissances et compétences reconnues par le cursus LMD et qu'il est établi que l'optimisation de l'analgésie est primordiale en post-opératoire, pourquoi ne pas assurer une présence IADE en post-opératoire non immédiat ? Quels sont les freins à développer notre champ d'actions ? Est-ce un problème de volonté des IADE ? Est-ce que les professionnels souhaitent rester travailler au bloc opératoire pour pratiquer leur cœur de métier qu'est l'anesthésie ? Ne serait-ce pas une plus-value pour le professionnel, pour le patient ou pour l'établissement de santé d'avoir des consultations douleur post-opératoire IADE ?

Tout au long de ce travail de recherche nous essaierons de mieux comprendre la position des IADE face à ce sujet. Nous tenterons de déterminer si leur présence en post-opératoire non immédiat apporterait une plus-value pour nos pratiques professionnelles mais également pour une amélioration de la qualité des soins. L'ensemble de ces recherches m'a mené à ma question de recherche développé ci-dessous.

6.1 QUESTION DE RECHERCHE

L'inclusion des IADE en post-opératoire non immédiat présente-t-elle un intérêt pour optimiser la prise en charge de l'analgésie du patient en péri-opératoire ?

Cette question s'inscrit dans une problématique actuelle de continuité des soins et permet de valoriser l'expertise IADE, tout en interrogeant les perspectives d'évolution de notre profession.

6.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE

Afin de nous guider dans notre réflexion et pour répondre à cette question de recherche, nous avons émis trois hypothèses.

Hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.

Cette hypothèse se focalise sur la motivation des IADE concernant leur inclusion dans cette prise en charge. Elle permet d'explorer la dimension professionnelle et motivationnelle du métier. Il nous paraît nécessaire de déterminer si le sujet est avant tout un centre d'intérêt d'évolution professionnel pour les IADE.

Hypothèse 2 : De par leur présence en per-opératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.

Cette hypothèse porte sur la valeur ajoutée que pourrait représenter la présence d'un IADE dans l'optimisation de la prise en charge de l'analgésie en post-opératoire. Il serait intéressant d'analyser la manière dont les professionnels se positionnent vis-à-vis des éléments de leurs pratiques, ainsi que d'identifier les freins potentiels.

Hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.

Cette hypothèse nous permet d'élargir notre réflexion en s'intéressant à l'impact d'une telle implication IADE en termes de formation continue, de professionnalisation, d'évolution et d'amélioration des pratiques.

7 Méthodologie

7.1 POPULATION

Dans un premier temps, avec mon directeur de mémoire, nous nous sommes concentrés sur la population IADE. Nous souhaitions recueillir leurs avis concernant l'élargissement des compétences IADE, en post-opératoire non immédiat, notamment en ce qui concerne la gestion de l'analgésie des patients.

Nous avons souhaité inclure des IADE ayant une activité de bloc opératoire quel que soit la spécialité, l'âge, le genre, l'expérience et provenant de structures privées ou publiques. Concernant la délimitation géographique, nous avons fixé la France métropolitaine comme lieu d'étude.

Il a été décidé de ne pas inclure les EIADE, car dans notre étude la notion d'expertise et d'investissement nécessite une expérience professionnelle.

Après un temps de réflexion et d'échanges, nous nous sommes accordés sur l'importance d'élargir notre attention à d'autres professionnels concernés par ce sujet, pour enrichir notre étude. C'est pourquoi nous avons réfléchi aux collaborateurs directs de l'IADE, qui avaient à cœur les intérêts du patient et qui occupaient des postes transversaux. Le MAR, binôme professionnel de l'IADE au bloc opératoire nous a semblé être un choix pertinent. Nous avons souhaité cibler des MAR investis dans la prise en charge péri-opératoire du patient pour pouvoir avoir des réponses de professionnels déjà engagés en post-opératoire. Nous avons également voulu inclure des cadres de santé ainsi qu'un cadre supérieur de santé pour recueillir des données provenant de professionnels participant à la gestion des ressources humaines du soin.

Concernant l'écriture du mémoire, une aide numérique via des outils d'intelligence artificielle a été utilisée ponctuellement pour la reformulation et l'orthographe, sans altérer l'analyse personnelle menée.

7.2 CHOIX DES OUTILS

Ainsi, c'est le questionnaire qui a été choisi en tant qu'outil afin de mener une étude quantitative multicentrique auprès des IADE. Celui-ci nous permettait de :

- Recueillir des données quantitatives en nombres importants permettant d'être le plus représentatif possible de la population IADE française.
- Garantir l'anonymat permettant des réponses sincères et fidèles à la réalité.
- Diffuser mon enquête au niveau national (France métropolitaine).
- Collecter et exploiter efficacement des données via un google Forms.
- Faciliter l'approche des professionnels grâce au support et la rapidité de son traitement. (10 min)

Concernant le deuxième groupe de professionnels, l'objectif était de recueillir leurs avis pour permettre de développer une vision administrative et organisationnelle. Mais également l'avis de MAR déjà investis dans la prise en charge péri-opératoire des patients car c'est un corps de métier qui travaille déjà en binôme avec l'IADE et qui connaît ses compétences et qualités professionnelles.

Au regard des données recherchées, nous avons trouvé qu'il était plus adapté auprès de cette population de mener une étude qualitative grâce à des entretiens semi-directifs permettant l'échange et le développement des opinions tout en garantissant un cadre formalisé grâce à une grille d'entretien. Néanmoins, face au temps restreint et à la charge de travail soutenu, nous avons décidé de mener cette étude quantitative dans un seul établissement de santé.

7.3 QUESTIONNAIRE

Nous avons souhaité utiliser un questionnaire auprès des IADE pour une large diffusion nous permettant de recueillir leur avis concernant leur implication et leur intérêt concernant une présence IADE en post-opératoire non immédiat pour la gestion de l'analgésie, aboutissant à une analyse quantitative.

7.3.1 Procédure

7.3.1.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été conçu avec Google Forms pour sa simplicité d'utilisation et sa facilité de diffusion.

Il contient dix-huit questions :

- Deux questions ouvertes.
- Deux questions à choix multiples, avec une case « autres » permettant de donner d'autres informations
- Quatorze questions fermées, dont cinq nécessitent une justification (réponse libre).

J'ai choisi ce format pour faciliter le traitement des données. Le questionnaire est divisé en quatre parties :

- 1^{ère} partie: présentation du sujet du mémoire, de la population à interroger, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et la garantie d'anonymat. Les premières questions permettent de décrire les caractéristiques socio-démographiques de la population (âge, sexe, année de diplôme, ...), le secteur d'activité et la localisation, ce qui nous permettra de savoir si nos données sont représentatives au moment du traitement des données. Cette partie contient six questions.
- 2^{ème} partie : questions relatives à l'hypothèse 1, nous cherchons à connaître l'implication des IADE en post-opératoire non immédiat. Cette partie est composée de quatre questions.
- 3^{ème} partie : questions relatives à l'hypothèse 2, le but est de déterminer s'il existe une plus-value à la présence IADE en post-opératoire non immédiat concernant la gestion de l'analgésie. Cette partie est composée de cinq questions.
- 4^{ème} partie : questions relatives à l'hypothèse 3, nous nous interrogeons sur l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette partie est composée de trois questions.

7.3.1.2 Test du questionnaire

Après avoir présenté la maquette du questionnaire à mon directeur de mémoire, il est apparu nécessaire de stipuler la notion de « non immédiat / au-delà de la SSPI » concernant la période post-opératoire. Le risque étant que les professionnels ne comprennent pas que notre intérêt se porte sur le suivi analgésique en service et ne concerne pas à la prise en charge en SSPI.

Une fois validée par mon directeur de mémoire, nous avons demandé à deux EIADE et trois IADE de remplir le questionnaire et de nous faire un retour sur les axes d'amélioration, ainsi que sur le temps nécessaire pour répondre. Ce qui nous a permis d'apporter quelques modifications. Le questionnaire final a été finalisé début janvier 2025 (Annexe III).

7.3.2 Diffusion

Nous avons établi une liste de 357 établissements ayant un bloc opératoire. Les difficultés ont été de réussir à trouver les coordonnées des directions pour une demande de diffusion, notamment en ce qui concerne les CHU et les établissements privés.

- 66 CHU (dont APHP)
- 265 Centres Hospitalier
- 6 hôpitaux d'instruction des armées
- 12 hôpitaux privées
- 8 Centres de Lutte Contre le Cancer

Début janvier : envoi d'un courriel aux directions des établissements sanitaires pour une demande de diffusion du questionnaire auprès des IADE du bloc opératoire. Il contenait une présentation du questionnaire, la garantie de l'anonymat, le lien vers le questionnaire Google Forms et son format PDF en pièce jointe.

Après avoir reçu leurs accords, nous avons contacté les cadres de proximité pour leur demander de transférer le questionnaire aux IADE de leur structure.

Dans un dossier Excel était noté : les établissements de santé, leur adresse mail, la région, le département, leur réponse au courriel et à chaque réponse, était validé le statut de la demande de courriel, me permettant ainsi de suivre l'avancée de la diffusion du questionnaire.

Début février : courriel de relance envoyé aux établissements qui n'avaient pas fournis de réponse. Au total nous avons reçu 102 accords de direction et 10 refus dont les raisons évoquées étaient :

- Taille de la structure trop petite ou pas assez de personnel.
- Les IADE ne restaient qu'au bloc opératoire et donc ne correspond pas au sujet du mémoire.
- Pas d'explication.

Soit un taux de 31% de réponses la demande de diffusion du questionnaire. A noter que certaines régions n'ont pas répondu à mon courriel de demande de diffusion, mais que dans Google Forms apparaissait des réponses de ces même régions. Nous pensons donc que le questionnaire a été transféré aux cadres de proximité sans qu'un courriel de confirmation ne nous soit transmis.

Début mars : clôture du questionnaire avec 440 participants et début du traitement des données.

7.3.3 Analyse des données

Une fois le questionnaire clôturé, les données ont été transférées vers un tableau Excel. Une première lecture des données (question par question) a été effectuée et nous a permis d'exclure deux questionnaires qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion définis par mon cadre de recherche.

Concernant les données qualitatives, elles ont été lissées et mise sous forme de tableau selon le verbatim, pour ensuite les comptabiliser. Chaque professionnel pouvait apporter de nombreux éléments de réponses aux questions ouvertes, les tableaux sont donc établis avec l'ensemble de ces idées (n= nombre totale d'idées transmises).

Au sujet des données quantitatives, elles ont été présentées sous formes de graphiques réalisés à l'aide du logiciel Excel. Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé le logiciel Jamovi afin de réaliser des tests statistiques de χ^2 , permettant d'évaluer l'indépendance entre différentes variables et de les représenter sous forme de tableaux de contingences. Ces données nous seront utiles notamment pour l'interprétation et la discussion des résultats.

7.4 ENTRETIEN

Avec mon directeur de mémoire, nous avons définis la population à interroger ainsi que le nombre d'entretiens que nous souhaitons mener. Nous sommes tombés d'accords sur cinq entretiens : deux cadres de bloc opératoire, deux MAR, et un cadre supérieur de santé.

Menant déjà un questionnaire, tout en continuant mes cours, l'écriture du mémoire, mes stages et les partiels, j'ai restreint le nombre d'entretiens ainsi que son secteur géographique, j'ai donc décidé de mener une étude monocentrique pour ces entretiens.

7.4.1 Procédure

Nous avons créé une grille d'entretien pour diriger ces échanges (annexe I). Au préalable nous présentations le thème du mémoire, puis la démarche de l'entretien, nous assurons l'anonymat lors de la retranscription et nous validions une demande d'autorisation d'enregistrement de l'entretien.

L'entretien semi-directif nous permettait d'avoir un cadre formalisé tout en laissant une liberté de parole aux professionnels. Le guide d'entretien contient au total six questions.

La première question permettant de savoir comment le professionnel se représentait l'organisation de la prise en charge de la douleur en post-opératoire dans son établissement. Les questions posées lors des entretiens étaient en lien avec celles du questionnaire et étaient organisées par thématiques selon les hypothèses. La dernière question permettait l'expression de points supplémentaires si le professionnel le souhaitait.

Nous avons décidé d'interroger un collègue EIADE pour tester cette grille et nous assurer de la compréhension des questions. Ce test nous a permis de juger du temps nécessaire à dédier à l'entretien. Une fois les retouches faites et validées par le directeur de mémoire, nous avons envoyé une demande d'autorisation au service de direction des soins par courriel pour mener des entretiens auprès des professionnels dans leur établissement.

Concernant la sélection de la population, nous avons réalisé un échantillonnage non probabiliste de disponibilité pour faire face à la contrainte de temps, en ayant conscience de l'incertitude concernant la représentativité de notre échantillon.

Une fois les autorisations accordées, nous avons contacté par courriel 5 MAR investis dans la période péri-opératoire de l'établissement pour savoir s'ils acceptaient de participer à ces entretiens, en leur garantissant l'anonymat et un créneau de trente minutes. Et concernant les postes transversaux, une demande a été envoyée aux cadres de bloc et aux cadres supérieurs de santé de l'établissement, 4 au total.

Les entretiens ont été menés sur la période de janvier à mars 2025 selon les disponibilités de chacun. Chaque entretien a été mené en présentiel, dans un bureau de l'établissement sanitaire. Le jour de l'entretien a été utilisé un dictaphone pour l'enregistrement vocal et aider à la retranscription. J'ai procédé à l'anonymisation en retranscrivant la profession associée à un chiffre, et j'ai veillé à respecter le vocabulaire de chacun, en notant les temps de pause par « ... ».

7.4.2 Analyse

Nous avons créé un tableau de retranscription permettant d'analyser les résultats (Annexe II). Pour chaque question et personne interrogée, étaient extraites des phrases ainsi que leurs idées principales. Nous avons ensuite analysé les résultats afin de mettre en évidence les accords et les divergences, permettant de faire une synthèse finale pour chaque question posée durant l'entretien. Cette phase a demandé de nombreuses relectures, et un esprit de synthèse important.

8 Analyse des résultats

Concernant le questionnaire et ses 440 réponses, nous avons dû exclure :

- Questionnaire n°94 remplis par un MAR.
- Questionnaire n° 80 car plus d'activité de bloc opératoire, seulement de l'endoscopie.

8.1 Analyse descriptive

Nous allons vous présenter les résultats obtenus grâce aux questionnaires et aux entretiens. Concernant les questionnaires et plus précisément les réponses aux questions ouvertes, les résultats seront présentés sous forme de tableau mettant en avant les résultats principaux (supérieur à 4% du total des réponses) dans un souci de lisibilité. Les tableaux entiers seront mis en annexe IV. Concernant les entretiens, nous exposerons les grandes idées qui ressortent de leurs analyses.

L'analyse sera faite par hypothèses, en distinguant celle des questionnaires et des entretiens.

8.1.1 Données socio-démographiques

8.1.1.1 Questionnaire

Grâce à la formule ci-dessous, nous avons pu vérifier que la taille de notre échantillon était suffisante pour que les résultats soient statistiquement fiables.

n = taille de l'échantillon (438)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

N = taille de la population totale (11756 IADE en France en 2021 selon la DREES)

Z = valeur de la loi normale pour un niveau de confiance donné (95%)

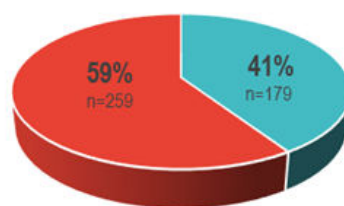
p = proportion estimée de la caractéristique étudiée (0,5)

e = marge d'erreur tolérée (5%)

Dans notre étude et au regard du calcul ci-dessus, la taille de notre échantillon doit être égale ou supérieure à 373 individus pour être statistiquement significatif. Notre échantillon final contient 438 IADE, soit 3,72% de la population IADE en France.

Question 1 : le genre

Répartition des participants selon leur genre



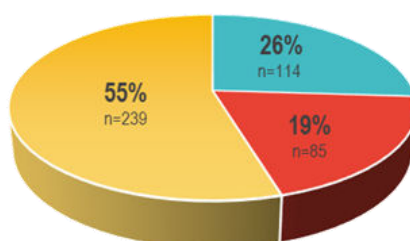
■ Homme ■ Femme

Graphique 1 : Genre des participants

41% de notre échantillon sont des hommes. Ce qui est représentatif de la population IADE qui a tendance à se masculiniser avec une prédominance de la part féminine.

Question 2 : L'ancienneté de diplôme

Répartition des participants selon leur ancienneté en tant qu'IADE



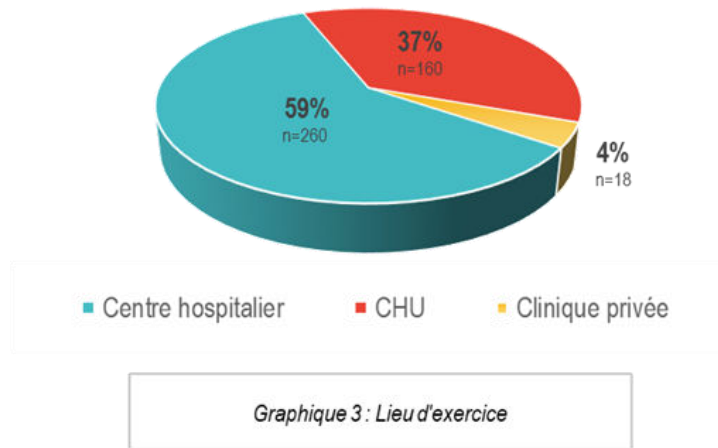
■ Moins de 5 ans ■ Entre 5 et 10 ans ■ Plus de 10 ans

Graphique 2 : Ancienneté en tant qu'IADE

55% des répondants ont plus de 10 ans d'ancienneté. Le SNIA a publié son enquête nationale QVT 2023-2024 (35) qui décrit notamment la répartition de la population IADE selon l'ancienneté de diplôme et notre échantillon se répartit dans les mêmes proportions que cette enquête.

Question 3 : Le lieu d'exercice

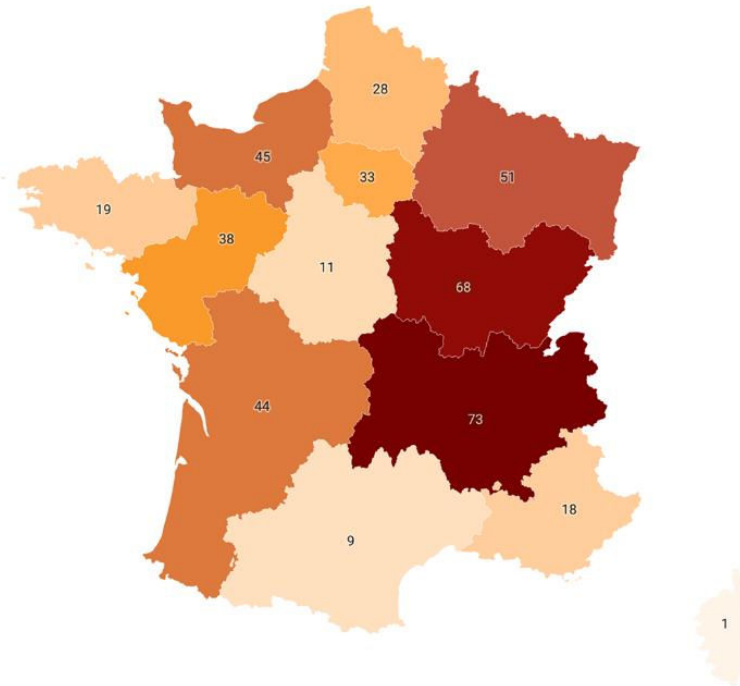
Répartition des participants selon leur lieu d'exercice



La majorité de notre échantillon travail en CH 59% et nous remarquons une sous-représentation des professionnels travaillant dans le secteur privé avec seulement 18 professionnels.

Question 4 : La répartition des réponses au questionnaire selon la carte de France

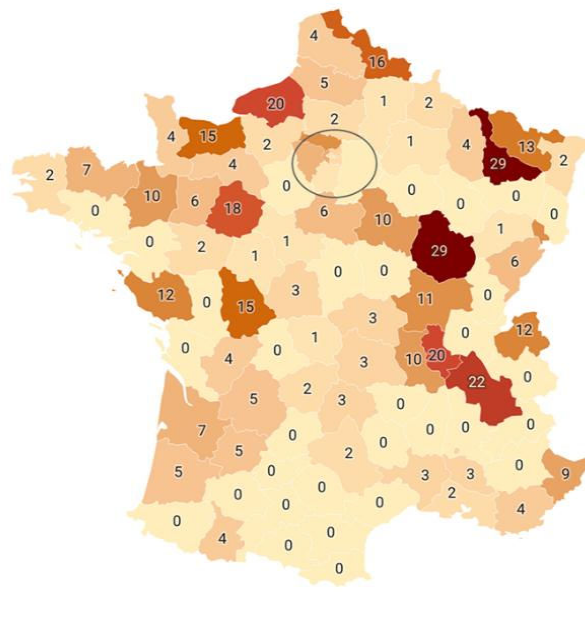
Nombre de participant(es) par région



Carte conçue par Estelle MINCKE - Source Etude de l'impact d'une présence IADE durant la période post-opératoire non immédiate - Mai 2025
Créé avec Datavrapper

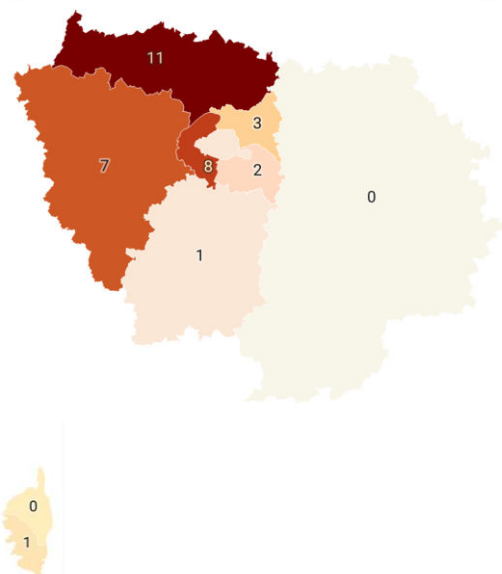
Graphique 4.2 : Région d'exercice

Nombre de participant(es) par département



Carte conçue par Estelle MINCKE - Source Etude de l'impact d'une présence IADE durant la période post-opératoire non immédiate - Mai 2025
Créé avec Datavrapper

Nombre de participant(es) en Île de France

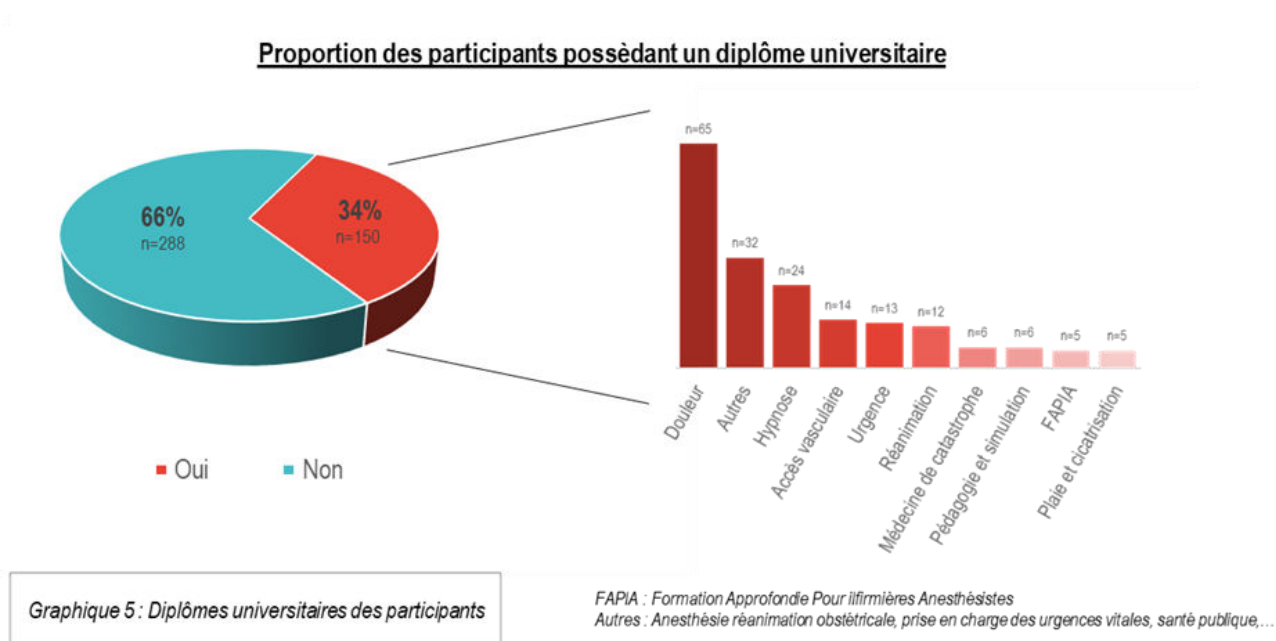


Graphique 4.1 : Département d'exercice

Nous avons contacté au total 357 établissements de santé sur un total de 981 possédants des bloc opératoires (données de la DRESS 2018 (36)), soit 36% des établissements contactés.

Nous remarquons un faible retour de réponses dans la région Occitanie et les IADE de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont les plus représentés dans notre échantillon.

Question 5 : La part de DU dans l'échantillon et le type



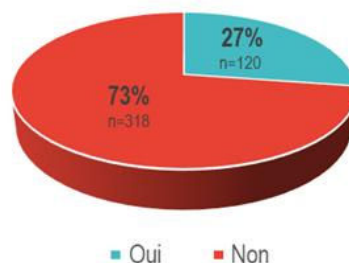
*Annexe IV

34% des IADE interrogés ont un DU, celui qui est le plus représenté est le DU douleur suivi par le DU d'hypnose et d'accès vasculaire.

Notre échantillon se répartit donc de manière homogène et nous semble représentatif de notre population cible (IADE du territoire français).

Question 6 : L'état des lieux de l'implication des IADE en post-opératoire de l'échantillon

Dans l'établissement : Présence d'IADE impliqués dans la prise en charge de la douleur post-opératoire non immédiate



Graphique 6.1 : IADE impliqués dans la prise en charge

Type d'implication des IADE dans l'établissement concernant la prise en charge de la douleur post-opératoire non immédiat		
	n= 92	%
Implication dans une équipe / un centre douleur, référent douleur	42	45,7%
Surveillance et suivi des cathéters d'ALR et de péridurale	11	12,0%
Suivi post-opératoire effectué par l'IADE	10	10,9%
PCA : gestion, préparation, pose	9	9,8%
Administratif : participe aux instances (exemple CLUD)	4	4,3%
Déplacement à la demande des services pour gestion de l'analgésie	4	4,3%
Formation personnel PCA et PCEA	3	3,3%
Hypnose	3	3,3%
Maternité	3	3,3%
Suivi RAAC	3	3,3%

Tableau 6.2 : Type d'implication au sein des établissements

Annexe IV*

Concernant la présence des IADE en période post-opératoire non immédiate pour la gestion de l'analgésie, ce graphique met en évidence que 27 % de l'échantillon reconnaissent l'implication d'IADE dans leur établissement de santé. Cette implication se traduit majoritairement par une participation au sein d'une équipe douleur ou par la fonction de référent douleur. Elle est également représentée par un suivi post-opératoire assurée par un IADE et par un suivi et la surveillance des cathéters d'ALR.

8.1.1.2 Entretien

Cadre 1 : cadre de santé IADE en poste depuis quelques années.

Cadre 2 : faisant fonction de cadre depuis peu de temps.

MAR 1 : expérience professionnelle confirmée, investit dans le post-opératoire avec une visite des patients chirurgicaux.

MAR 2 : médecin assistant, investit dans le post-opératoire avec un suivi des patients en service avec une péridural.

Cadre supérieur IADE : en poste depuis plus de dix ans.

Question N°1 : Pouvez-vous m'expliquer, comment dans votre établissement est organisé le suivi et la gestion de la douleur post-opératoire en dehors de la SSPI ?

Accords :

- Chaque professionnel s'accorde sur la primo prescription du MAR pour la gestion de l'analgésie post-opératoire.
- L'IDE a une place majeure dans l'application de la prescription et l'évaluation de la douleur du patient.
- Présence du SAPO en soutien en cas de douleur majeure ou réfractaire.

Divergences :

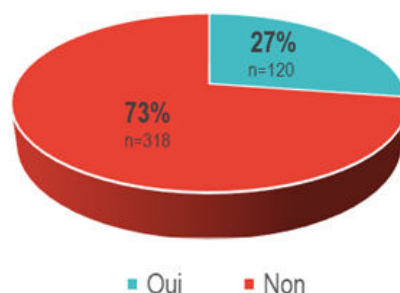
- Certains services ont des MAR investis dans une visite post-opératoire et d'autre non et nécessite la demande du chirurgien pour avoir un avis MAR concernant l'analgésie.
- MAR 1 et Cadre Sup veulent une implication plus grande des IADE en post-opératoire. Le cadre sup dit « *L'idée ça serait d'avoir un véritable projet avec des IADE qui puissent intervenir dans les services en postopératoire* ». MAR 1 qui est investi dans une visite post-opératoire souhaite une présence et un compagnonnage avec les IADE.
- CADRE 2 met en avant qu'un IADE peut se déplacer en post-opératoire s'il y a un problème en lien avec une ALR par exemple, sur demande médicale. Toutefois cela nécessite de détacher du temps de bloc opératoire.
- Un manque d'hétérogénéité dans le suivi des patients selon les services et un manque de coordination entre les acteurs investis (MAR/SAPO/IDE).
- MAR 1 et Cadre sup mettent en avant l'intérêt de la formation des professionnels.
- Seul Cadre sup parle de la présence d'un CLUD dans l'établissement.

8.1.2 Résultats concernant l'hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.

8.1.2.1 Questionnaire

Question 7 : Avez-vous déjà été impliqué(e) dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI ?

Répartition des participants impliqués dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI



Graphique 7.1 : Part des IADE impliqués dans la gestion de l'analgésie postopératoire en dehors de la SSPI

Rôle des participants lors de leur implication dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI		
	n=353	%
PCA (installation, préparation et changement des poches, gestion du matériel)	102	28,9%
ALR, péridurale, cathéter périnerveux : aide à la pose, contrôle, réinjection, évaluation, gestion pompe, vérification, surveillance, ablation, obstruction)	49	13,9%
Services de soins (chirurgie, réanimation)	46	13,0%
Analgésie : évaluation de la douleur et gestion des traitements antalgiques	34	9,6%
Maternité, obstétrique, salle de naissance	24	6,8%
PCEA (installation, préparation et changement des poches, gestion matériel)	23	6,5%
Titration	22	6,2%
Formation IDE, Sage-femme, Patient	16	4,5%

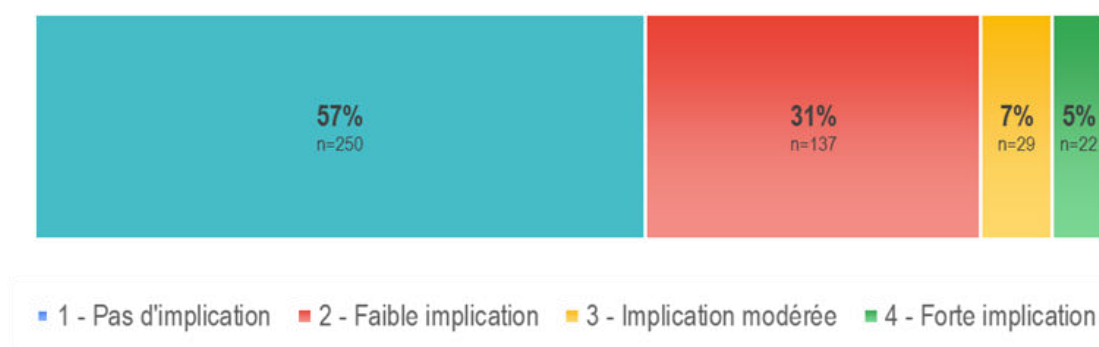
*Annexe IV

Tableau 7.2 : Type d'implication au sein des établissements

Ce graphique met en évidence que 27% des IADE interrogés se sont déjà personnellement impliqués au moins une fois dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI. Cette implication concerne essentiellement la gestion des PCA et de l'ALR (péridurale, cathéter périnerveux, PCEA) dans les services de soins tel que la chirurgie, la réanimation et la maternité. On retrouve également une implication concernant l'évaluation de l'analgésie et la gestion des traitements antalgiques, ainsi qu'une présence en salle de naissance.

Question 8 : Sur une échelle de 1 à 4, évaluez votre niveau d'implication actuel dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI.

Niveau d'implication des participants dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI

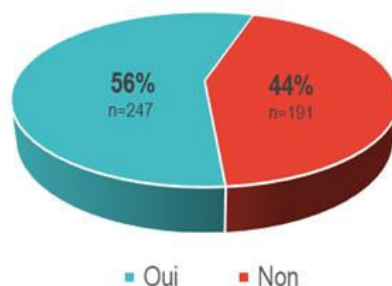


Graphique 8 : Niveau d'implication

Nous remarquons grâce à ce graphique que 88% des IADE interrogés se définissent actuellement comme n'étant pas ou peu impliqués dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI. Et seulement 5% se disent fortement impliqués.

Question 9 : Souhaiteriez-vous être davantage impliqué(e) dans cette prise en charge ?

Part des participants souhaitant être davantage impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI



Graphique 9.1 : Souhait d'implication

Raisons pour lesquelles les participants souhaitent être davantage impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI

	n= 329	%
Rôle propre, compétences et connaissances IADE	45	13,7%
Suivi des patients en post opératoire	39	11,9%
Améliorer l'analgésie +/- post-opératoire	26	7,9%
Plus-value pour les patients et leur confort	23	7,0%
Améliorer la qualité des soins et de la prise en charge du patient	18	5,5%
Possède les connaissances : antalgiques, analgésie multimodale, chirurgies, techniques non médicamenteuse, la période per-opératoire, état psychologique du patient en pré-opératoire	15	4,6%
Feedback sur les prises en charges per-opératoires	14	4,3%
Formation IDE, conseils et soutien	14	4,3%

Tableau 9.2 : Raisons de volonté d'implication

***Annexe IV**

Ce graphique met en évidence que 56% de l'échantillon souhaitent être davantage impliqués dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI. La raison la plus citée est la légitimité professionnelle, il est mis en évidence que cette gestion fait partie du rôle propre de la profession, les IADE possédant les compétences et les connaissances nécessaires.

Il en ressort aussi une volonté d'améliorer le suivi patient entre les périodes per et post-opératoire pour une optimisation de l'analgésie et donc une plus-value pour le patient et son confort.

Il est aussi relevé qu'un retour d'expérience concernant les prises en charges per-opératoires, permet une démarche réflexive menant à une amélioration des pratiques professionnelles et des prises en soins.

Raisons pour lesquelles les participants ne souhaitent pas être davantage impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI		
	n= 220	%
Manque de temps	28	12,7%
Equipe dédiée existante	23	10,5%
Charge de travail importante	19	8,6%
Rôle du MAR (prescription, ALR, posologie, antalgique, ...)	16	7,3%
Manque de ressources humaines	14	6,4%
Pas / peu d'intérêt pour le sujet	13	5,9%
Limites institutionnelles, organisationnelles	12	5,5%
Rôle IDE	10	4,5%
Nécessite un temps dédié	10	4,5%
Pas de nécessité d'une présence IADE en post-opératoire	9	4,1%

Tableau 9.3 : Raisons de non volonté d'implication

*Annexe IV

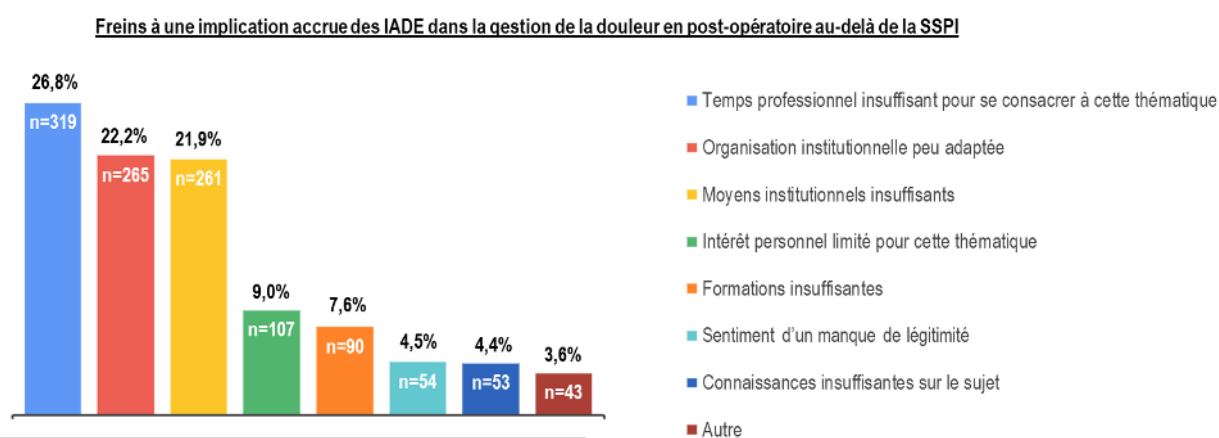
Ce tableau met également en évidence que 44% de l'échantillon ne souhaitent pas être davantage impliqués dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI.

La raison la plus citée est le manque de temps, la nécessité d'un temps dédié pour ce thème et la charge de travail importante, accentués par un manque de ressource humaine.

Il est aussi mis en avant l'existence d'une équipe dédiée répondant à cette mission et qu'il revient au corps médical de gérer l'analgésie post-opératoire non immédiat ainsi qu'aux infirmières, ce qui remet en question la nécessité d'une présence IADE sur cette période. Il est aussi souligné l'existence de limites institutionnelles ou organisationnelle.

Une partie des répondants avance un non-intérêt pour le sujet (réponse citée 13 fois).

Question 10 : Quelles sont, selon vous les freins à une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI ? (Question à choix multiples)



Graphique 10.1 : Freins à l'implication accrue des IADE

Ce tableau met en évidence les obstacles identifiés par les IADE pour s'engager davantage dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI. Le temps professionnel insuffisant pour cette thématique est la raison qui ressort le plus dans le choix des professionnels (n=319), suivie par une organisation institutionnelle peu adaptée (n=265) et des moyens institutionnels insuffisants (n=261). Les freins concernant l'IADE et ses compétences professionnelles (formation, légitimité, connaissances) sont en dernière position et l'intérêt personnel limité pour cette thématique est une raison qui a été peu choisie (n=107).

Autres freins identifiés à l'implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 43	%
Refus des MAR, frein médical	9	20,9%
Exclusivité médicale	7	16,3%
Manque effectifs IADE	5	11,6%
Volonté institutionnelle	4	9,3%
Mal perçu par les équipes de soins paramédicaux	3	7,0%
Nécessité de prescription	2	4,7%
Meilleure gestion par les IDE	2	4,7%
Compétences IADE non utiles à ce niveau	2	4,7%

Annexe IV*

Tableau 10.2 : Autres freins à l'implication accrue des IADE

8.1.2.2 Entretien

Question N° 3 : Quelles sont, selon vous les freins à une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI ?

Accords :

- Pas de notion d'incompatibilité sur les compétences IADE ou leurs volontés à s'impliquer dans la prise en charge de la douleur post-opératoire. Cadre 1 & 2 et Cadre sup sont d'accord sur la motivation des IADE. Cadre 2 dit « *Tout IADE à une appétence pour la gestion de la douleur, car ça fait partie de notre cœur de métier de prévenir la douleur et la gérer* »
- Le premier frein est administratif. Question de productivité et de répondre à la demande du bloc opératoire qui est le cœur de métier pour Cadre 1 et 2
- Manque de ressources humaines : pas assez de temps médical et manque d'effectif IADE pour Cadre 1 et 2, MAR 1 et Cadre sup.

Divergences :

- Pour MAR 2, l'absence de présence médicale post-opératoire immédiate est le principal frein car l'IADE n'a pas le droit de prescription. « *Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier* »
- Pour Cadre sup, il serait nécessaire d'approfondir les connaissances pour intervenir en post-opératoire pour prendre en charge l'analgésie des patients. Avec la formation continue, l'apports de connaissances sur le péri-opératoire et sur les techniques de soins complémentaires.
- La non-intégration au système IPA par les IADE est une occasion manquée d'acquérir de l'autonomie concernant l'analgésie, selon Cadre Sup.
- Pour Cadre sup, un frein possible est la volonté médicale de ne pas vouloir laisser une place plus importante dans la gestion de l'analgésie post-opératoire.

8.1.3 Résultats concernant l'hypothèse 2 : De par leur présence en per-opérateur, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opérateur.

8.1.3.1 Questionnaire

Question 11 : Quels avantages identifiez-vous à la présence des IADE pour la gestion de la douleur en post-opérateur au-delà de la SSPI ? (Question ouverte)

Avantages identifiés à l'implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opérateur au-delà de la SSPI		
	n=722	%
Connaissances : physiologie, pharmacologie, analgésie, évaluation, chirurgie, per-opérateur, matériel, ALR	139	19,3%
Meilleure prise en charge de l'analgésie post-opérateur	48	6,6%
Compétence IADE (gestion de la douleur) et légitimité	42	5,8%
Expertise IADE	35	4,8%
Aucun ou très peu	33	4,6%

Tableau 11 : Avantages identifiés à l'implication accrue des IADE

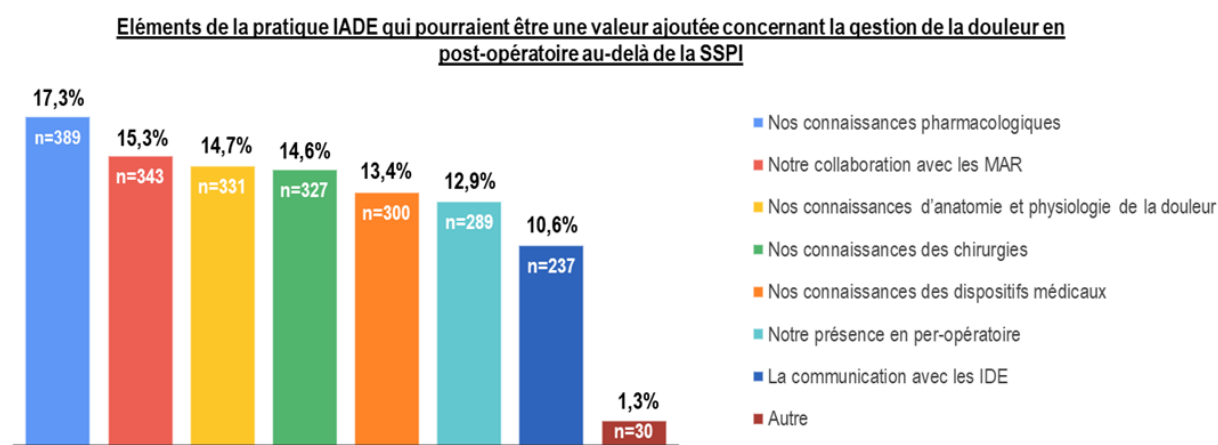
Annexe IV*

Ce tableau met en évidence les avantages cités par l'échantillon concernant une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opérateur au-delà de la SSPI. La raison la plus citée (n=139) est que les IADE possèdent les connaissances nécessaires, tant sur le plan physiologique et anatomique de la douleur, que sur la pharmacologie, l'ALR, les moments chirurgicaux et le per-opérateur.

La seconde raison la plus citée est qu'une présence IADE permettrait une meilleure prise en charge de l'analgésie post-opérateur (n=48), venant ensuite les notions de compétences, de légitimité et d'expertise IADE (n=35).

Sur l'ensemble des raisons citées, il a été écrit 33 fois (= 4,6% des réponses) qu'il n'y avait pas ou peu d'avantage à une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opérateur au-delà de la SSPI.

Question 12 : Quels éléments de la pratique IADE pourraient être une valeur ajoutée concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI ?



Graphique 12.1 : Valeurs ajoutées de la pratique IADE concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI

Concernant les éléments de la pratique IADE, il a été demandé aux professionnels lesquels pourraient être une valeur ajoutée concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI. Les connaissances pharmacologiques, la collaboration avec les MAR et nos connaissances concernant l'anatomie, la physiologie de la douleur ainsi que les chirurgies ont chacune été choisies par au moins 300 personnes.

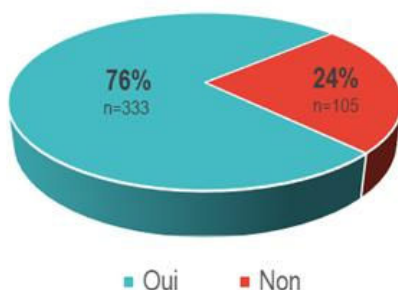
Autres valeurs ajoutées de la pratique IADE concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 30	%
Pratique des techniques complémentaires	5	16,7%
Aucune	4	13,3%
Diplôme IADE	3	10,0%
Notre approche relationnelle du patient	3	10,0%
Collaboration médicale	2	6,7%
Concerne toutes les professions	2	6,7%
Ne sait pas	2	6,7%
Prise en charge péri-opératoire	2	6,7%

Tableau 12.2 : Autres valeurs ajoutées de la pratique IADE concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI

Annexe IV*

Question 13 : Pensez-vous que la présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI permette une meilleure continuité des soins ?

Perception des participants concernant le lien entre la présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI et l'amélioration de la continuité des soins

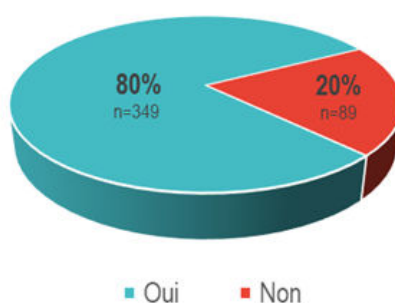


Graphique 13 : Lien entre présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI et l'amélioration de la continuité des soins

Ce graphique met en évidence que 76% des IADE interrogés, estiment qu'une présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI permettrait une amélioration de la continuité des soins.

Question 14 : Pensez-vous que la présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées ?

Perception des participants concernant le lien entre la présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI et la réduction des risques de douleurs mal contrôlées

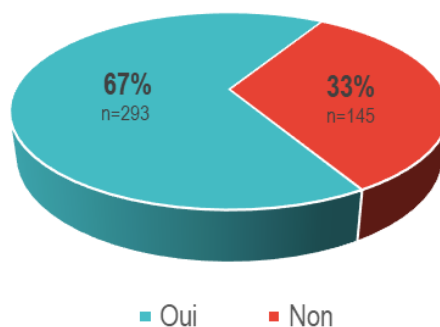


Graphique 14 : Lien entre présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI et la réduction des risques de douleurs mal contrôlées

Ce graphique met en évidence que 80% des professionnels interrogés, estiment qu'une présence IADE en post-opérateur au-delà de la SSPI permettrait de réduire le risque de douleurs mal contrôlées.

Question 15 : Estimez-vous qu'une implication des IADE en post-opératoire au-delà de la SSPI devrait justifier de formations complémentaires ?

Avis des participants concernant la nécessité d'une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE en post-opératoire



Graphique 15.1 : Nécessité d'une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE en post-opératoire

Raisons pour lesquelles les participants estiment qu'une formation complémentaire est nécessaire pour la gestion de la douleur en prise en charge post-opératoire au-delà de la SSPI

	n= 319	%
Connaissances à approfondir : douleur post-opératoire, chronique, aiguë, prévention chronicisation, traitements spécifiques, pharmacologie, physiologie	60	18,8%
DU douleur : nécessité, supériorité, plus-value	45	14,1%
Actualisation des connaissances	44	13,8%
Formation initiale IADE à approfondir pour une nouvelle fonction	29	9,1%
Pratique non médicamenteuse formation : Hypnose, RESC	16	5,0%
Analgsie post-opératoire différente du per-opératoire	14	4,4%
Meilleure prise en charge	13	4,1%

Tableau 15.2 : Raisons d'une nécessité d'une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE en post-opératoire

Annexe IV*

Le graphique met en évidence que 67% des professionnels interrogés, estiment nécessaire une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE pour la gestion de l'analgésie en post-opératoire au-delà de la SSPI.

Ils justifient leurs réponses par la nécessité d'approfondir leurs connaissances (raison la plus citée n=60), notamment en ce qui concerne les spécificités de la douleur post-opératoire et les douleurs chroniques ainsi que leurs traitements spécifiques. Pour d'autres il s'agit plutôt de réactualiser nos connaissances (n=44).

L'obtention d'un DU douleur (citée 45 fois) est pour certains une nécessité et pour d'autres une plus-value importante pour cette prise en charge.

Les IADE de notre échantillon estiment également qu'une nouvelle fonction nécessite un approfondissement de la formation initiale ou l'apprentissage de techniques de prises en charge non médicamenteuses.

Raisons pour lesquelles les participants estiment qu'une formation complémentaire n'est pas nécessaire pour la gestion de la douleur en prise en charge post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 147	%
Formation IADE initiale suffisante	65	44,2%
Connaissances et compétences acquises	28	19,0%
Expérience professionnelle	8	5,4%
Pas d'intérêt, pas d'utilité, pas de nécessité	6	4,1%

Tableau 15.3 : Raisons d'une non nécessité d'une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE en post-opératoire

Annexe IV*

Le graphique met en évidence que 33 % des professionnels interrogés, estiment qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une formation complémentaire dans le cadre d'un élargissement des compétences IADE pour la gestion de l'analgésie en post-opératoire au-delà de la SSPI.

Ils justifient leurs réponses en avançant que la formation IADE initiale est suffisante (représente 44% des raisons citées), idem pour les connaissances et compétences déjà acquises (19% des raisons citées).

Les IADE de notre échantillon estiment également dans une moindre proportion (n=6) qu'il n'y a pas de nécessité ou d'utilité à une formation complémentaire pour cette gestion.

8.1.3.2 Entretien

Question N° 2 : Dans quel mesure l'IADE pourrait-il jouer un rôle pertinent dans l'optimisation et la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate, aux côtés des autres acteurs déjà impliqués ?

Accords :

- Toutes les personnes interrogées sont d'accord sur les compétences en anesthésie et analgésie de l'IADE et de leur expertise. Ils sont tous d'accords pour dire qu'une présence IADE en post-opératoire serait une amélioration : conseils, communication et formation, sensibiliser à la prise en charge analgésique dans les services, connaissance de l'ALR, faire le lien entre les équipes du bloc et les services.

« Les infirmières anesthésistes elles ont les deux côtés, à la fois le bloc, l'ALR et bien connaître toutes ces techniques. Et à la fois être dans les services, et du coup c'est plus facile pour les infirmières des services de poser des questions ou d'avoir un suivi et de partager » MAR 1 ligne 45.

- En aucun cas un rôle de prescription ou de substitution des médecins pour Cadre 2, MAR 2 et Cadre sup.

« Les IADE ont toute leur place pour accompagner mais pas se substituer. Accompagner et aussi former ! ça c'est sûr mais pas se substituer » Cadre sup ligne 58.

- Nombreux IADE formées aux techniques de soins complémentaires et DU douleur : CADRE 1, Cadre sup et MAR 2

Divergences :

- Pour MAR 2 il est avant tout nécessaire d'une présence médicale en post-opératoire : *« Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier »*. Afin de permettre la création d'un binôme MAR/IADE en post-opératoire, mais ne souhaite pas de travail IADE en autonomie.
- MAR 1 et Cadre sup sont pour une création de poste IADE en post-opératoire et même une consultation IADE pré et post-opératoire pour Cadre sup.

Question N° 5 : Existe-il selon vous un intérêt médico-économique et institutionnelle à faire cette visite d'évaluation analgésique par un IADE plutôt qu'un autre professionnel ?

Peu d'harmonie dans les réponses des personnes interrogées concernant l'intérêt médico-économique :

- Cadre 1 ne se prononce pas.
- Pour Cadre 2 et MAR 2, il n'y a pas d'intérêt économique car le passage de l'IADE en post-opératoire ne se soustraira pas à un passage médical. Création d'une activité avec un coût supplémentaire.
- Possible économie financière par une meilleure gestion de l'analgésie et donc diminution de la consommation de morphinique, une meilleure rentabilité du temps médical, avec un médecin qui ne se déplace qu'en cas de réel besoin et une possible diminution de la durée moyenne de séjour pour Cadre 2 et Cadre sup.
- Intérêt financier pour valider les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui sont des incitations financières à la qualité.
- Au niveau médical, MAR 1 pense que cela peut dégager du temps médical, mais MAR 1, MAR 2 et Cadre 2 reconnaissent qu'une validation médicale et une prescription est nécessaire.

Cadre sup : *« Donc la qualité c'est évidemment ça a un coût, mais ça a aussi des bénéfices secondaires » « il y a vraiment un intérêt financier pour l'établissement de bien prendre en charge les douleurs. Mais c'est difficile de l'évaluer aujourd'hui. »*

Au niveau institutionnel :

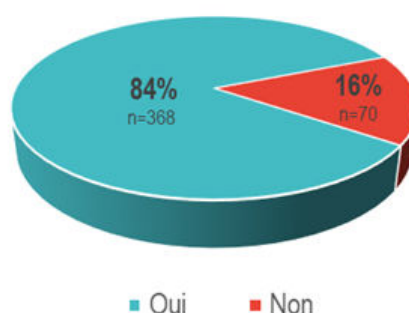
- Cadre sup met en avant l'avantage d'une meilleure prise en charge analgésique des patients en post-opératoire concernant la validation de la certification et des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Selon Cadre 2, une amélioration de la sécurité des soins grâce aux IADE par la gestion des dispositifs médicaux dans les services, une formation des professionnels soignants et une meilleure communication.

8.1.4 Résultats concernant l'hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.

8.1.4.1 Questionnaire

Question 16 : Vous arrive-t-il de vous informer sur l'état post-opératoire des patients que vous avez pris en charge en per-opératoire ?

Part des participants s'informant de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire



Graphique 16.1 : Participants s'informant de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire

Raisons pour lesquelles les participants s'informant de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire

	n= 458	%
Evaluer les pratiques et les prises en charge per-opératoire (analgésie suffisante, qualité d'anesthésie, efficacité des thérapeutiques)	101	22,1%
Selon contexte : chirurgie lourde, patient compliqué, complications per ou post-opératoire, cas atypique ou grave, hyperalgésie	94	20,5%
Connaitre le devenir du patient, suivi du patient	58	12,7%
Amélioration des pratiques professionnelles	36	7,9%
Curiosité intellectuelle et/ou professionnelle	28	6,1%
Intérêt personnel et/ou professionnel	23	5,0%

Tableau 16.2 : Raisons pour lesquelles les participants s'informent de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire

Ce graphique met en évidence que 84% de l'échantillon IADE reconnaît s'informer de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire.

La motivation la plus citée est d'évaluer leurs pratiques professionnelles et leurs prises en charges per-opératoires (22%). Cet intérêt est pour une part importante dépendante du contexte clinique (chirurgie lourde, patient compliqué, complications per ou post-opératoires, cas atypique ou grave, hyperalgésie) et représente 20% des raisons citées. Ensuite nous avons dans une moindre proportion, la volonté de connaître le devenir du patient et d'assurer un suivi, la volonté d'améliorer les pratiques professionnelles, la curiosité et l'intérêt professionnel.

Raisons pour lesquelles les participants ne s'informent pas de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire		
	n= 82	%
Manque de temps	36	43,9%
Turn-over important	6	7,3%
Pas d'accès aux dossiers patients	6	7,3%
Peu d'intérêt	5	6,1%
En dehors de mon champ d'action, pas de légitimité	4	4,9%

Tableau 16.3 : Raisons pour lesquelles les participants ne s'informent pas de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire

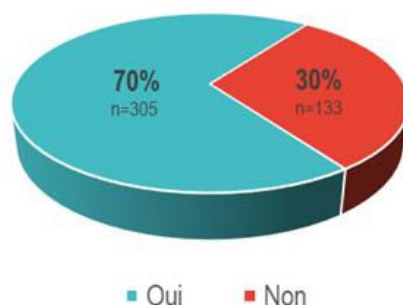
Annexe IV*

Ce graphique met également en évidence que seulement 16% de l'échantillon IADE ne s'informe pas de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire. Ils justifient leurs choix par un manque de temps (44%), un turn-over des patients importants (7%) et un accès limité aux dossiers patients (7%).

Cinq personnes ont cité qu'il n'y avait pas d'intérêts à cette recherche et quatre autres pensent que cela concerne une recherche en dehors du champ d'action professionnel.

Question 17 : Pensez-vous qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer vos pratiques per-opératoires concernant l'analgésie ?

Part des participants pensant qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie



Graphique 17.1 : Participants pensant qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie

	n= 326	%
Remise en cause / réajustement / Amélioration de la pratique professionnelle per-opératoire	60	18,4%
Meilleure adaptation des thérapeutiques per-opératoire	54	16,6%
Evaluer / Analyser nos prises en charge per-opératoire, nos pratiques	38	11,7%
Feedback, retour d'expérience des prises en charges per opératoire	26	8,0%
Meilleure anticipation de l'analgésie	19	5,8%
Meilleure gestion de la prise en charge analgésique péri-opératoire	17	5,2%
Optimiser / Améliorer / Adapter les prises en charges per-opératoire	17	5,2%

Tableau 17.2 : Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires

Annexe IV*

Ce graphique met en évidence que 70% de l'échantillon IADE, pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie.

Ils justifient leurs réponses en expliquant que ce suivi leur permettrait de réajuster et d'améliorer leurs pratiques per-opératoires (18% des raisons citées) et de mieux adapter les thérapeutiques en per-opératoire (17%). Certains évoquent aussi la possibilité d'analyser et d'évaluer leurs pratiques et leurs prises en charge (12%). La notion de retour d'expérience est mise en avant (8%) ainsi qu'une meilleure anticipation de l'analgésie (6%) et de la prise en charge analgésique péri-opératoire (5%). Et pour certains, ce suivi pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie car cela leur permettrait d'améliorer et d'optimiser leurs prises en charge per-opératoire (5%).

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI ne pourrait pas influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie		
	n= 144	%
Analgésie per-opératoire réalisée de manière optimale et personnalisée	28	19,4%
Pas de justification apportée	23	16,0%
Relève de la gestion médicale, IADE sous tutelle médicale	17	11,8%
Estime faire le maximum, tout ce qui est en son pouvoir en per-opératoire pour le confort du patient	16	11,1%
Existence de protocole d'anesthésie et d'analgésie décidé par le MAR	7	4,9%
Analgésie multimodale adaptée au bloc	6	4,2%
La prise en charge serait identique	6	4,2%

Tableau 17.3 : Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI ne pourrait pas influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie

Annexe IV*

Ce graphique met également en évidence que 30% de l'échantillon IADE, pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI n'influencerait pas leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie.

Ils justifient leurs réponses en expliquant que l'analgésie per-opératoire qu'ils réalisent est faite de manière optimale et personnalisée (19% des raisons citées) et qu'ils estiment faire déjà le maximum de ce qui leur est possible en per-opératoire pour le confort du patient (11% des raisons citées). Pour certains, l'analgésie per-opératoire relève de la gestion médicale (12% des raisons citées) et que les protocoles d'anesthésie et d'analgésie sont décidés par le MAR (5%).

23 professionnels n'apportent pas de précisions à leurs réponses.

Question 18 : Selon vous, comment la double implication (périodes per-opératoire et post-opératoire) pourrait-elle enrichir vos pratiques professionnelles ? (Question ouverte)

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'une double implication (Périodes per-opératoire et post-opératoire) enrichie ou non leurs pratiques professionnelles		
	n=578	%
Prise en charge globale et optimale	45	7,8%
Suivi patient	41	7,1%
Evaluation / Remise en question des pratiques professionnelles	37	6,4%
Amélioration et évolution des pratiques professionnelles	35	6,1%
Ne sais pas	27	4,7%
Compétences et connaissances améliorées	26	4,5%
Améliorer la qualité de la prise en charge : analgésie, globale, ...	25	4,3%
Continuité des soins et des prises en charge	25	4,3%
Meilleure gestion des thérapeutiques	24	4,2%

Tableau 18 : Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'une double implication (périodes per-opératoire et post-opératoire) enrichie ou non leurs pratiques professionnelles

Annexe IV*

Ce tableau présente les réponses de notre échantillon IADE concernant l'enrichissement des pratiques professionnelles grâce à une double implication en per et post-opératoire. Les IADE de notre échantillon pensent qu'une double implication en période per et post-opératoire permettrait d'enrichir nos pratiques professionnelles car cela contribuerait à une prise en charge globale et optimale (8% des raisons citées), à un suivi du patient (8%) et qui permettrait une évaluation des pratiques professionnelles (6%) menant à leur amélioration (6%). Cet enrichissement passe également par une amélioration des connaissances et des compétences (5%), permettant d'améliorer la qualité des prises en charge (4%), grâce également à une continuité des soins (4%) et une meilleure gestion des thérapeutiques (4%).

8.1.4.2 Entretien

Question N° 4 : Comment une double implication durant les périodes per-opératoires et post-opératoires pourrait-elle enrichir les pratiques professionnelles de l'IADE ?

Accords :

- Les professionnels interrogés (Cadre 1, MAR 1, MAR 2 et Cadre sup) sont d'accord pour dire qu'une prise en charge analgésique post-opératoire permettrait d'améliorer et d'affiner nos choix d'analgésie per-opératoire.
- Cela permettrait une meilleure anticipation de l'analgésie et une adaptation des protocoles anesthésiques proposés, MAR 1, MAR 2 et Cadre sup.
- Ajustement des pratiques Cadre 1, MAR 2 et Cadre sup
- Satisfaction personnelle et professionnelle :
 - Cadre 1 « *il y a aussi tout ce côté confiance, retour d'expérience, effectivement mais aussi ... clôturer un acte* »
 - MAR 1 « *Je pense que pour la qualité de vie, pour se sentir bien et avoir l'impression de faire quelque chose d'utile, de voir le post-opératoire c'est important* », « *c'est une satisfaction personnelle de voir le résultat de son travail* »
- Selon MAR 2, un investissement professionnel plus fort : « *On se sentirait probablement plus investi en per-opératoire si on savait que derrière on n'allait suivre nos patients* »

Divergences :

- Pour Cadre 2, il serait plus intéressant de se positionner en pré-opératoire pour évaluer les patients en amont de la chirurgie, la consultation IADE qui a été également soulevée par Cadre sup. Cela permettrait un regard paramédical pur, une consultation qui serait en complément de la consultation d'anesthésie. Permettrait de diminuer l'angoisse et donc la douleur, proposer des techniques de soins complémentaires, ...
- Pour Cadre Sup, il est souhaitable pour les IADE d'être impliqué dans d'autres domaines comme la douleur, la formation ou le SMUR pour permettre de donner du sens à son travail.

Question N° 6 : Souhaitez-vous aborder un autre point qui vous semble pertinent ?

- ⇒ Cadre 1 et Cadre sup mettent en avant la priorité de former et de sensibiliser le personnel dans les services (IDE et médecins) concernant l'analgésie.
- ⇒ Cadre 2 et Cadre sup mettent en avant l'intérêt de mettre en place une consultation IADE pré-opératoire.

8.2 Analyse statistique

Pour compléter notre enquête, nous avons effectué des tests statistiques pour déterminer la présence d'un lien entre différentes variables. Nous mettrons en avant les tables de contingence du test Khi2 et nous présenterons également les tests effectués n'ayant pas été statistiquement significatifs. Ces tableaux de contingence seront ensuite schématisés et utilisés dans la partie 9. Interprétation et discussion.

8.2.1 Hypothèse 1 : Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire.

Tables de contingence

Ancienneté de diplôme		Volonté d'implication accrue dans cette prise en charge		
		Non	Oui	Total
Moins de 5 ans	Observé	42	72	114
	% par ligne	36.8 %	63.2 %	100.0 %
	% par colonne	22.0 %	29.1 %	26.0 %
Entre 5 et 10 ans	Observé	28	57	85
	% par ligne	32.9 %	67.1 %	100.0 %
	% par colonne	14.7 %	23.1 %	19.4 %
Plus de 10 ans	Observé	121	118	239
	% par ligne	50.6 %	49.4 %	100.0 %
	% par colonne	63.4 %	47.8 %	54.6 %
Total	Observé	191	247	438
	% par ligne	43.6 %	56.4 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	10.8	2	0.004
N	438		

Tableau 19 : Liens entre l'ancienneté du diplôme IADE et la volonté d'implication accrue dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat

Concernant l'association entre l'ancienneté de diplôme et la volonté des IADE de s'impliquer de manière plus importante dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat, les résultats ont été significatifs avec un $p < 0,05$. Ainsi, les professionnels ayant une ancienneté inférieure à dix ans ont une volonté plus importante de s'investir dans cette gestion.

Ci-dessous, sont présentés le croisement des données effectués avec un p non significatif ($> 0,05$) qui nous permet de conclure que ces données ne sont pas liées. Les professionnels souhaitant être davantage impliqués dans cette prise en charge (question 9), en lien avec :

- Le genre
- Le type de structure dans laquelle ils travaillaient
- La possession d'un DU complémentaire
- Les professionnels ayant déjà été impliqués dans cette gestion
- Le niveau actuel d'implication dans cette gestion

8.2.2 Hypothèse 2 : De par leur présence en per-opératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.

Tables de contingence

Professionnels ayant déjà été impliqués		Réduction des douleurs mal contrôlées		
		Non	Oui	Total
Non	Observé	55	175	230
	% par ligne	23.9 %	76.1 %	100.0 %
	% par colonne	61.8 %	50.1 %	52.5 %
Oui	Observé	34	174	208
	% par ligne	16.3 %	83.7 %	100.0 %
	% par colonne	38.2 %	49.9 %	47.5 %
Total	Observé	89	349	438
	% par ligne	20.3 %	79.7 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	3.86	1	0.049
N	438		

Tableau 20 : Liens entre les IADE pensant qu'une présence en post-opératoire non immédiat permettrait de réduire les douleurs mal contrôlées et les professionnels ayant déjà été impliqués dans cette prise en charge

Concernant l'association entre les professionnels ayant (ou non) déjà été impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI (question 7) et ceux pensants (ou non) que la présence IADE durant cette période permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées (question 14), les résultats ont été significatifs avec un $p < 0,05$.

Tables de contingence

Diplôme universitaire complémentaire		Réduction des douleurs mal contrôlées		
		Non	Oui	Total
Non	Observé	67	221	288
	% par ligne	23.3 %	76.7 %	100.0 %
	% par colonne	75.3 %	63.3 %	65.8 %
Oui	Observé	22	128	150
	% par ligne	14.7 %	85.3 %	100.0 %
	% par colonne	24.7 %	36.7 %	34.2 %
Total	Observé	89	349	438
	% par ligne	20.3 %	79.7 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	4.50	1	0.034
N	438		

Tableau 21 : Liens entre les IADE pensant qu'une présence en post-opératoire non immédiat permettrait de réduire les douleurs mal contrôlées et les professionnels ayant un DU

Concernant l'association entre les professionnels pensants (ou non) que la présence IADE durant la période post-opératoire non immédiat permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées (question 14) et ceux possédants (ou non) un DU, les résultats ont été significatifs avec un $p < 0,05$.

Volonté d'implication accrue dans cette prise en charge	nécessité de formations complémentaires pour cette implication			Total
		Non	Oui	
Non	Observé	83	108	191
	% par ligne	43.5 %	56.5 %	100.0 %
	% par colonne	57.2 %	36.9 %	43.6 %
Oui	Observé	62	185	247
	% par ligne	25.1 %	74.9 %	100.0 %
	% par colonne	42.8 %	63.1 %	56.4 %
Total	Observé	145	293	438
	% par ligne	33.1 %	66.9 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	16.4	1	< .001
N	438		

Tableau 22 : Liens entre les IADE souhaitant s'impliquer plus fortement dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate et la nécessité de formations complémentaires

Concernant l'association entre les professionnels pensants (ou non) qu'il est nécessaire d'avoir des formations complémentaires pour une gestion de l'analgésie en post-opératoire non immédiat (question 15) et ceux souhaitant (ou non) être davantage impliqué dans cette prise en charge (question 9), les résultats ont été significatifs avec un $p < 0,05$.

Ci-dessous, sont présentés les croisements de données effectués avec un p non significatif ($> 0,05$) qui nous permet de conclure que ces deux données ne sont pas liées :

Les professionnels pensants (ou non) qu'une présence IADE en post-opératoire non immédiate permettrait une meilleure continuité des soins avec (question 13) en lien avec :

- Le genre
- Le type de structure dans laquelle ils travaillaient
- L'ancienneté professionnelle
- La possession d'un DU complémentaire

Les professionnels pensants (ou non) que la présence IADE en post-opératoire au-delà de la SSPI permet de réduire le risque de douleurs mal contrôlées (question 14) en lien avec :

- Le genre
- Le type de structure dans laquelle ils travaillaient
- L'ancienneté professionnelle

Les professionnels pensant (ou non) qu'une implication des IADE concernant l'analgésie en post-opératoire non immédiat devrait justifier de formations complémentaires (question 15) en lien avec :

- Le genre
- Le type de structure dans laquelle ils travaillaient
- L'ancienneté professionnelle
- Possession d'un DU complémentaire
- Les professionnels ayant déjà été impliqués dans cette gestion

8.2.3 Hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire.

Tables de contingence

Ancienneté de diplôme		un suivi postopératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer vos pratiques peropératoires concernant l'analgésie		
		Non	Oui	Total
Moins de 5 ans	Observé	23	91	114
	% par ligne	20.2 %	79.8 %	100.0 %
	% par colonne	17.3 %	29.8 %	26.0 %
Entre 5 et 10 ans	Observé	23	62	85
	% par ligne	27.1 %	72.9 %	100.0 %
	% par colonne	17.3 %	20.3 %	19.4 %
Plus de 10 ans	Observé	87	152	239
	% par ligne	36.4 %	63.6 %	100.0 %
	% par colonne	65.4 %	49.8 %	54.6 %
Total	Observé	133	305	438
	% par ligne	30.4 %	69.6 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	10.2	2	0.006
N	438		

Tableau 23 : Liens entre l'ancienneté professionnelle et l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie

Concernant l'association entre l'ancienneté professionnelle et l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoires concernant l'analgésie (question 17), les résultats ont été significatifs avec un $p < 0,05$.

Tables de contingence

Réduction des douleurs mal contrôlées		un suivi postopératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer vos pratiques peropératoires concernant l'analgésie		Total
		Non	Oui	
Non	Observé	45	44	89
	% par ligne	50.6 %	49.4 %	100.0 %
	% par colonne	33.8 %	14.4 %	20.3 %
Oui	Observé	88	261	349
	% par ligne	25.2 %	74.8 %	100.0 %
	% par colonne	66.2 %	85.6 %	79.7 %
Total	Observé	133	305	438
	% par ligne	30.4 %	69.6 %	100.0 %
	% par colonne	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tests χ^2	Valeur	ddl	p
χ^2	21.5	1	< .001
N	438		

Tableau 24 : Liens entre l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie et les professionnels pensants (ou non) que la présence IADE durant la période post-opératoire non immédiat permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées

Concernant l'association entre l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie (question 17) et les professionnels pensants (ou non) que la présence IADE durant la période post-opératoire non immédiat permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées (question 14), les résultats ont été fortement significatifs avec un $p < 0,05$.

Nous avons également vérifié l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie avait un lien statistique avec :

- Le genre
- Le type de structure dans laquelle ils travaillaient
- La possession d'un DU complémentaire

Le p était non significatif ($> 0,05$), ce qui nous a permis de conclure que ces deux données ne sont pas liées statistiquement.

9 BIAIS ET LIMITES DU TRAVAIL

Concernant les difficultés générales rencontrées lors de la réalisation de ce travail, une fois l'analyse des données terminée nous pouvons porter un avis plus critique concernant notre travail. Nous remarquons que la question de recherche s'intéresse à l'optimisation de la prise en charge de l'analgésie en péri-opératoire. Or, les hypothèses de travail se sont focalisées sur les périodes per et post-opératoire, laissant la période pré-opératoire peu explorée.

Au sujet de l'hypothèse 1 « Dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire. », nous nous focalisons davantage sur la motivation des IADE que sur l'impact réel de leur inclusion dans la prise en charge. Néanmoins, cette étape semblait nécessaire pour comprendre les fondements de leur engagement, préalable à toute évaluation de leur effet sur la qualité de la prise en charge.

Ci-dessous, une synthèse des biais et des limites concernant les outils utilisés lors de ce travail de recherche :

Concernant les entretiens :

- Novice dans le domaine de la recherche, la réalisation des entretiens professionnels a été une source de stress susceptible d'influencer la qualité des échanges.
- L'ajout des entretiens qualitatifs nous a permis de connaître les sentiments des professionnels et de découvrir certaines données non dévoilées par le questionnaire, tout en ayant la possibilité de pouvoir relancer ou demander de plus amples explications. Cela laisse moins de place à l'interprétation lors de l'analyse des données que pour des réponses ouvertes d'un questionnaire par exemple.
- L'étude monocentrique pouvant induire des biais de réponses influencées par le fonctionnement d'un seul système hospitalier.
- Biais de sélection des professionnels, certains entretiens ont été réalisés par facilité organisationnelle par l'intermédiaire de nos connaissances personnelles ce qui a pu influencer leurs discours.
- Nombres restreints d'entretiens (cinq), limitant la représentativité des résultats, mais ils permettent malgré tout un éclairage qualitatif sur les émotions et les ressentis des professionnels.

Il serait nécessaire de mener ces entretiens à plus grande échelle et sur plusieurs établissements pour recueillir des résultats plus significatifs.

- La création du guide d'entretien aurait nécessité une meilleure réflexion. Certaines questions ont été positionnées face à des hypothèses qui ne leurs correspondaient pas. Lors de l'analyse nous nous sommes rendu compte que les réponses correspondaient plutôt à une autre hypothèse que celle à laquelle nous l'avions liée à la base (question 3 analysée dans hypothèse 1, question 5 dans hypothèse 2). Ce cadre a été malgré tout extrêmement aidant lors des entretiens, en nous permettant d'avoir un fil conducteur.
- Certains entretiens ont été coupés par des appels ou interrompus par des personnes extérieures, effectivement les entretiens se déroulaient pendant leurs temps de travail dans leurs bureaux professionnels.
- L'analyse des verbatims a nécessité plusieurs relectures en raison de la densité des données. Ce travail d'analyse et de synthèse a été long et fastidieux et au moment d'utiliser les données, nous n'étions pas satisfaits du rendu trop peu précis. Nous pensons que la méthodologie utilisée n'était pas assez rigoureuse. Nous avons donc relu chaque réponse de chaque question au moment de l'intégrer dans la discussion.

Concernant le questionnaire :

- Etude multicentrique permettant de questionner une grande partie de la population IADE et donc de recueillir une grande diversité d'avis. Au regard du nombre de participants, notre échantillon est représentatif, toutefois la faible participation des professionnels travaillant en secteur privé, fausse quelque peu la représentativité de notre échantillon.
- Le manque de représentativité de notre échantillon limite la portée des croisements de données. En effet, selon mon expérience d'étudiante et les échanges que j'ai pu avoir avec des professionnelles exerçant dans le secteur privé, leurs positions relatives à ce thème semblent peu représentées dans l'analyse de nos résultats. Une participation plus large de ce secteur aurait probablement permis d'enrichir l'analyse et de dégager d'autres pistes de réflexion.
- La création de l'outil nous a semblé plutôt facile grâce au format GoogleForms. Cependant la création de la liste des hôpitaux à contacter a été long et fastidieux (37), notamment pour les CHU et les cliniques privées. Ensuite, il y a eu une perte des demandes de transmissions de notre questionnaire car notre courriel devait passer par plusieurs interlocuteurs avant d'être transféré aux IADE : direction des soins, DRH, cadre sup, cadre de santé, ...

- L'ajout de champs qualitatifs à certaines questions fermées a généré des réponses difficilement exploitables dans un cadre statistique (compréhension parfois limitée lors du lissage des données). La nature qualitative des données étant plus difficile à déterminer avec un outil quantitatif. Cette étape a été extrêmement chronophage et demande de nombreuses relectures et de la minutie.
- Les questions à choix multiples ont été choisies pour faciliter le dépouillement, mais il est possible qu'elles créent un biais en induisant un choix de réponse au détriment d'une réflexion personnelle.
- Le traitement des données via les logiciels Excel et Jamovi pour la partie statistique a été rendu difficile par un manque de maîtrise des outils informatiques. Nous avons dû nous faire de nombreuses recherches pour comprendre leurs fonctionnements.
- Au terme du lissage des données du questionnaire, il apparaît une redondance des questions (11-12 et 17-18) et la question 18 est difficilement exploitable (réponses trop variées, difficulté de comptabiliser les verbatims identiques).

10 Interprétation et discussion des résultats

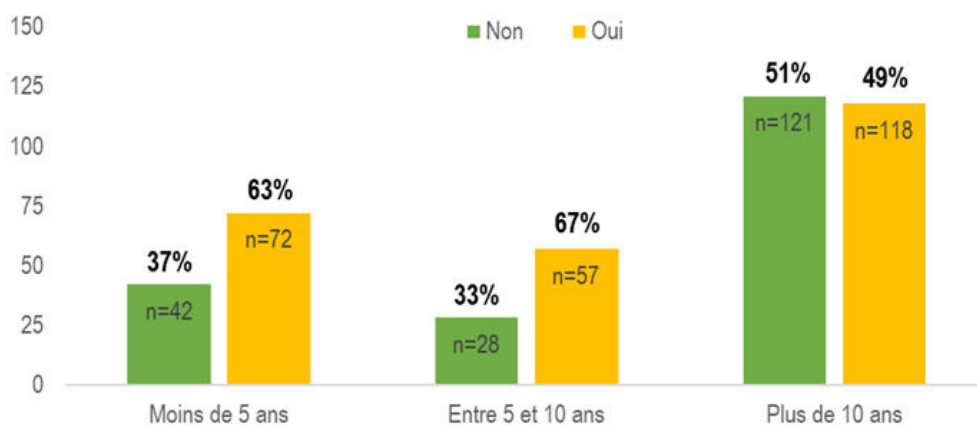
Commençons par rappeler notre question de recherche « **L'inclusion des IADE en post-opératoire non immédiat présente-t-elle un intérêt pour optimiser la prise en charge de l'analgésie du patient en péri-opératoire ?** ». Cette question s'inscrit dans une problématique actuelle qui est la continuité et l'optimisation de la prise en charge de la douleur qui permet également de valoriser l'expertise IADE. Elle s'interroge sur la plus-value professionnelle et pour l'organisation des soins, mais aussi sur l'évolution professionnelle. Nous allons maintenant vous présenter notre interprétation des résultats selon chaque hypothèse.

10.1 HYPOTHESE 1 : DANS LE DOMAINE DE L'ANALGESIE, LES IADE ASPIRENT A METTRE LEUR EXPERTISE AU SERVICE DE L'OPTIMISATION DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE.

L'analyse des données permet de mettre en avant qu'actuellement la présence IADE dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat reste marginale avec 27% des IADE de l'échantillon impliqués dans cette gestion (graphique 7.1).

Concernant la volonté de la profession d'investir cette thématique, le résultat est clivant avec 56% de notre échantillon souhaitant davantage s'impliquer contre 44% qui ne le souhaite pas (graphique 9.1). Toutefois, nous nous rendons compte grâce au diagramme ci-dessous (issus du tableau 19), que les professionnels ayant une ancienneté inférieure à dix ans ont une volonté plus importante de s'investir dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat.

Tableau présentant la volonté accrue d'implication des IADE concernant la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate selon l'ancienneté professionnelle



Graphique 25 : Liens entre les IADE souhaitant s'impliquer plus fortement dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate et l'ancienneté professionnelle

Notre échantillon étant composé majoritairement d'IADE ayant plus de dix d'ancienneté (graphique 2), cela pourrait participer à expliquer les 44% des professionnels (graphique 9.1) qui ne souhaitent pas s'investir dans la prise en charge de l'analgésie post opératoire non immédiat.

Concernant les entretiens individuels, les professionnels de la direction sont eux, certains de la volonté d'investissement des IADE pour cette thématique :

Cadre 2 : « tout IADE à une appétence pour la gestion de la douleur, car ça fait partie de notre cœur de métier de prévenir la douleur et la gérer » ligne 77.

Cadre 1 : « ce n'est pas tant leur implication. Parce que leur implication c'est sûr, la motivation, c'est de l'envie et la plupart des infirmiers anesthésistes aiment évaluer » ligne 80.

Cadre sup : « eux, ils sont intéressés ! » ligne 124.

Effectivement, l'absence d'intérêt pour ce sujet ne représente que 6% des raisons citées au sein de l'échantillon IADE dans le tableau 9.3.

Nous avons également tenté de déterminer si une volonté plus importante des IADE de s'investir dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat était liée au genre, au type de structure dans laquelle les IADE travaillaient, à la possession d'un DU ou une implication actuelle dans cette thématique. Il s'est avéré qu'aucun de ces résultats n'étaient statistiquement significatifs.

A propos des freins à l'implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur au-delà de la SSPI (graphique 10.1), ils sont selon notre échantillon IADE, majoritairement organisationnels et structurels (temps professionnel insuffisant, organisation et moyens institutionnels limités) que personnels (connaissances et formations insuffisantes, légitimité).

Ce constat est à mettre en relation avec les raisons énoncées par les IADE ne souhaitant être davantage impliqués dans cette gestion (tableau 9.3). Effectivement les raisons les plus citées sont le manque de moyens : temps (n=28), charge de travail (n=19) et ressources humaines (n=14).

Lors des entretiens individuels, le constat est identique, le manque de ressources humaines et les freins administratifs (manque de temps dédié, absence de valorisation du temps hors bloc, productivité per-opératoire à atteindre) sont désignés comme étant les principaux obstacles à une implication accrue des IADE en post-opératoire non immédiat.

S'y ajoutent également la non-présence des MAR durant cette période, le non droit de prescription des IADE ainsi qu'une réticence de ces derniers à laisser une place plus importante aux IADE pour cette gestion.

Cadre 1 : « *Je pense que c'est plus des freins administratifs tout simplement. C'est que déjà ...on demande une certaine productivité à l'IADE en per-opératoire* » ligne 85, « *frein organisationnel, il me semble le plus important en fait. C'est qu'ils n'ont pas de temps dédié pour cette ... pour cette prise en charge post-opératoire et ça reste un frein qui est difficile parce que ça demande des équivalents temps plein supplémentaires pour pouvoir permettre ces choses-là.* » ligne 90.

Cadre 2 : « *Pour moi le premier vraiment gros, gros frein c'est le problème RH. Donc c'est la ressource humaine. C'est-à-dire qu'on n'a pas assez d'IADE pour faire tourner des blocs* » ligne 65.

MAR 1 : « *Cette activité d'étage n'est pas valorisée. On ne peut pas justifier d'occuper les IADE à faire autre chose. Il faut valoriser Cette activité de visite, d'efficacité sur la douleur* » ligne 81.

MAR 2 : « *Le plus gros frein c'est le fait que nous, on ne soit pas présent suffisamment* » ligne 85, « *Après, ils sont limités par le fait de ne pas avoir le droit de prescription. Donc de toute façon l'antalgie ça passe quand même beaucoup par ça, je pense* » ligne 90.

Cadre sup : « *C'est un problème d'effectif.* » ligne 124, « *Ça veut dire qu'il faut des créations de postes, qu'il faut des moyens supplémentaires* » ligne 126, « *c'est aussi peut-être la place qu'on veut leur laisser aussi dans les services de soins. Je ne suis pas non plus certaine que tous les MAR soient prêts à leur laisser une place plus importante dans la prise en charge de la douleur* » ligne 128.

Cela suggère que des solutions institutionnelles tels que le dégagement d'un temps hors bloc dédié à cette thématique, la reconnaissance du rôle des IADE par l'administration et les médecins, le renforcement des moyens (humains, financiers, ...) ainsi qu'un soutien institutionnel sont nécessaires pour favoriser l'engagement des IADE dans ce domaine essentiel du parcours post-opératoire.

L'analyse des entretiens des professionnels de direction et des MAR permet de faire émerger la notion de prescription, qui est une limite clairement identifiée à cet élargissement du champ de compétences IADE. Ils soulignent néanmoins l'intérêt de cette gestion IADE, s'inscrivant dans le continuum du binôme MAR / IADE.

Pour MAR 2, l'absence de présence médicale post-opératoire immédiate est le principal frein « *Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier* » ligne 55.

Cadre 2 : « *Pour moi il n'a pas un rôle de prescripteur* » ligne 52, « *il ne faut pas non plus se penser prescripteur. Il faut vraiment qu'on ait un rôle de conseils et à la rigueur de contrôle* » ligne 104.

Pour Cadre sup : « *Les IADE ont toute leur place pour accompagner mais pas se substituer. Accompagner et aussi former ! ça c'est sûr mais pas se substituer* » ligne 58, « *leurs rôles avant tout est un rôle de conseil et de formation* » ligne 64.

Autre élément relevé grâce aux entretiens individuels, la notion de consultation IADE. En effet, Cadre sup soulève l'idée d'un bénéfice pour le patient de la mise en place d'une consultation IADE pré-opératoire. « *Ce qui serait intéressant c'est de mettre en place une consultation par exemple IADE qui permettrait d'aborder tous ces sujets y compris la douleur post-opératoire. Quand il y a moins d'anxiété ... il y a moins de douleurs en post-opératoire* » ligne 99, « *qui ne se substitueraient pas aux consultations d'anesthésie. Mais qui serait en complément. Et quand on anticipe la douleur, quand il y a moins d'anxiété il y a moins de douleur.* » ligne 103.

Cadre 2 : « *vous faites une consultation IADE pré-op, vous avez en fait un ...vous avez toute votre anesthésie qui serait screenée par un professionnel du terrain qui connaît nos habitudes qui connaît nos limites et qui permet d'être plus simple, plus exhaustif. Ça ne se... ça ne se soustrait pas à une ... visite médicale mais ça permet de d'apporter d'autres critères et puis un regard paramédical pur* »
ligne 109.

Au sujet des IADE ne souhaitant pas être davantage impliqués dans cette gestion (tableau 9.3), une des raisons qui est la plus citée (n=23) est qu'il existe déjà dans leur structure une équipe dédiée. Il serait donc intéressant d'en connaître la composition et son fonctionnement : est-ce une équipe intervenant à la demande des services ou est-ce une visite journalière d'un professionnel et de quel professionnel exactement.

Pour conclure, cette hypothèse se focalise sur la motivation des IADE concernant leur inclusion dans cette prise en charge. Elle permet d'explorer la dimension professionnelle et motivationnelle du métier. L'analyse des résultats met en évidence que, bien que la participation actuelle des IADE à la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate reste marginale (27 %), un dynamisme est présent chez les professionnels ayant le moins d'ancienneté professionnelle.

Les IADE souhaitant investir cette thématique représente 56% de notre échantillon (graphique 9.1), cela révèle une aspiration à valoriser l'expertise IADE au service de l'optimisation de la prise en charge de la douleur. Mais ce résultat reste clivant car 44% de notre échantillon IADE ne le souhaite pas (graphique 9.1).

Les freins identifiés ne relèvent pas d'un désintérêt professionnel, mais sont essentiellement des contraintes structurelles et organisationnelles : temps dédié insuffisant, charge de travail élevé, déficit en ressources humaines et absence de reconnaissance institutionnelle.

Les entretiens soulignent une perception positive de l'implication des IADE par les cadres et les MAR, tout en définissant des limites liées au droit de prescription et à la place laissée par les anesthésistes.

Ainsi, malgré une motivation exprimée par une majorité, il n'est pas possible de valider notre hypothèse selon laquelle dans le domaine de l'analgésie, les IADE aspirent à mettre leur expertise au service de l'optimisation de la douleur post-opératoire. En effet, le cadre institutionnel est encore peu favorable au développement de cet élargissement de leur champ d'action.

Parmi les pistes d'évolution envisagées, la mise en place de consultations IADE pré-opératoires en complément de la consultation anesthésique, apparaît pertinent avec une présence IADE en post-opératoire non immédiat. Il nous semble nécessaire de poser comme conditions qu'elles soient réalisées sur la base du volontariat et pendant un temps dédié par l'institution, afin de ne pas alourdir la charge de travail existante, permettant ainsi de favoriser la volonté de participation des IADE en leurs garantissant un soutien organisationnel adapté.

Enfin, au-delà de la seule gestion de la douleur, ces consultations pourraient permettre d'aborder d'autres dimensions du suivi post-opératoire, telles que le vécu de la période per-opératoire par le patient ou l'évaluation des effets secondaires (nausées, vomissements, troubles du transit, etc.), inscrivant ainsi l'IADE dans une logique de prise en charge globale et continue du patient aux côtés du MAR.

10.2 HYPOTHESE 2 : DE PAR LEUR PRESENCE EN PER-OPERATOIRE, LEURS CONNAISSANCES THEORIQUES ET LEUR EXPERTISE, LES IADE APPORTENT UNE REELLE PLUS-VALUE DANS LA GESTION DE LA DOULEUR EN POST-OPERATOIRE.

Près de la moitié de notre échantillon IADE (n=216) considère que leurs connaissances (n=139), leurs compétences (n=42), ainsi que leur expertise professionnelle (n=35) sont des atouts concernant une présence IADE dans la gestion de la douleur au-delà de la SSPI. Ils estiment également que cette implication permettrait d'améliorer la qualité de l'analgésie post-opératoire (n=48), comme en témoigne le tableau 11. Seule une minorité (n=33) des idées exprimées, relate du peu d'intérêt à l'implication des IADE dans cette phase du parcours de soins.

Lors des entretiens Cadre 2 dit : « *tout IADE a une appétence pour la gestion de la douleur, car ça fait partie de notre cœur de métier de prévenir la douleur et la gérer* » ligne 77.

MAR 1 dit : « *elles ont les deux côtés, à la fois le bloc, l'ALR et bien connaître toutes ces techniques* » ligne 46.

Concernant les éléments de la pratique professionnelle identifiés par notre échantillon IADE comme étant une valeur ajoutée dans la gestion de la douleur post-opératoire non immédiate, les connaissances (pharmacologiques, anatomo-physiologiques de la douleur, des dispositifs médicaux, des techniques chirurgicales) et la collaboration étroite IADE/MAR sont perçues comme facilitatrices de cette prise en charge (graphique 12.1).

Concernant les entretiens individuels, il en ressort que Cadre 2 est également de cet avis : « *On a un arsenal thérapeutique et une culture contre la douleur qui est gigantesque* » ligne 80.

MAR 1 : « *l'IADE de par sa compétence sur la pharmacocinétique et sur tous les médicaments, peut aider les infirmières pour l'administration, le suivi et donner des conseils aussi pour la prescription.* » ligne 67.

MAR 2 : « *Après je pense qu'avec un IADE ça peut être bien parce qu'il y a aussi une vision de l'ALR, sur l'antalgie je pense que vous êtes pas mal rodés* » ligne 98.

Les professionnels de la direction et les MAR mettent également en avant l'avantage des techniques de soins complémentaires auxquelles de nombreux IADE sont formés, comme un ajout qualitatif pour ces prises en charges.

Cadre sup « *On a beaucoup d'IADE qui sont formés aux techniques de soins complémentaires* » ligne 90.

MAR 2 : « *je vous trouve assez nombreux à avoir des formations approfondies dans l'hypnose et dans d'autres domaines* » ligne 99.

Toujours en lien avec les éléments de la pratique IADE pouvant être une valeur ajoutée concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI (graphique 12.1), nous remarquons également que la notion de présence en per-opératoire n'est pas un des éléments les plus choisis par notre échantillon IADE (13% des éléments cités), mais représente malgré tout 289 réponses soit plus de la moitié de notre échantillon. Ce constat est conforté par les entretiens individuels qui n'en font pas mention.

A propos de ce même questionnaire (graphique 12.1), nous constatons que la communication IADE/IDE représente seulement 10% des choix de l'échantillon comme étant une plus-value professionnelle pour la prise en charge de l'analgésie post-opératoire non immédiate. Concernant les entretiens individuels des professions de direction et des MAR, seul MAR 2 met en avant cet élément comme étant une valeur ajoutée : « *Il y a beaucoup de questions des infirmières qui ne passent pas par nous car elles posent leurs questions plutôt aux IADE* » ligne 77.

A l'inverse pour Cadre 1, il nous fait part d'une expérience professionnelle où les IADE étaient investis dans cette gestion et voici ce qu'il en ressort : « *au lieu de devenir une aide pour le service, ça devenait un petit peu un Une inspection. Donc il a fallu faire un petit peu rétro-pédalage, parce que ce côté un peu inquisiteur ne plaisait plus du tout dans le service. Ça a été la contrebalance finalement du bénéfique qu'il y avait au départ d'aider les services. Ça a été après, vécu comme une inspection des services* » ligne 61.

A propos de l'intérêt médico-économique et institutionnel d'un suivi post-opératoire par un IADE (plutôt qu'un autre professionnel) concernant l'analgésie, nous avons demandé l'avis des professionnels de direction et aux MAR lors des entretiens individuels (question 5). L'analyse des entretiens met en évidence des perceptions plutôt nuancées.

Du point de vue médico-économique les avis sont partagés, en effet cette organisation pourrait permettre des économies sur le temps médical plus onéreux qu'un poste IADE, mais également d'optimiser les traitements antalgiques et permettant de réduire certains coûts indirects (durée moyenne de séjour, ré-hospitalisation évitable). Toutefois cette démarche nécessiterait un investissement financier initial qui pourrait être amorti grâce aux IFAQ par exemple (incitations financières à la qualité de la part de l'Etat), en s'inscrivant dans un projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

MAR 1 : « *Un IADE ça coute moins cher qu'un docteur. Donc du coup ça pourrait être intéressant.* »
ligne 106

Cadre 1 : « *un intérêt médico-économique puisque justement on va savoir évaluer quel médicament on fait, quel médicament on ne fait pas. Eviter les effets secondaires, [...] qui vont repousser une sortie de patient.* » ligne 129

Cadre sup : « *Il y a quand même un intérêt économique secondaire, c'est que quand on a un indicateur qualité et sécurité des soins, il n'y a pas que ça, il y a aussi la certification. Vous savez que maintenant il y a les incitations financières à la qualité, quand on n'est pas bon et bien on a moins d'argent. Donc il y a quand même un intérêt financier indirectement. Et à l'avenir il va y avoir des pénalités, quand on fait de la non-qualité.* » ligne 227

Toutefois, pour certains professionnels il s'agirait plutôt d'un coût financier supplémentaire car la dépendance au médecin pour les prescriptions médicales limite l'autonomie de l'IADE.

Cadre 2 : « *si on fait une étude médico-économique on sera trop cher. Parce qu'on ne pourra jamais se soustraire à l'avis d'un médecin. Donc en fait votre ETP médecin il sera facturé. Vous allez créer une activité où en fait on va facturer du temps IADE* » ligne 120.

MAR 2 : « *tu ne peux pas juste envoyer un IADE dans les étages, et toi ne pas monter et avoir son retour et prescrire à distance, pour moi ça ne va pas marcher.* » ligne 122

MAR 1 : « *Après comme ils ne peuvent pas prescrire, c'est un petit peu difficile à juger.* » ligne 107

Une majorité s'accorde sur la nécessité de mener des études fines et rigoureuses permettant de quantifier l'impact d'une telle organisation, sur le plan financier, humain et qualitatif (satisfaction patient, diminution des événements et des effets indésirables, sécurité et continuité des soins).

MAR 1 : « *Il faudrait pouvoir quantifier la satisfaction du patient* » ligne 107, « *il faudrait réussir à montrer que le fait de passer régulièrement aide à améliorer la confiance du personnel, améliorer les échanges, diminuer certains évènements indésirables* » ligne 120

Cadre sup : « *Mais il faudrait pouvoir faire des études plus fines pour démontrer que quand on prend correctement en charge la douleur, et bien il y a un bénéfice bien sûr pour le patient mais au-delà de ça il y a un bénéfice financier* » ligne 217

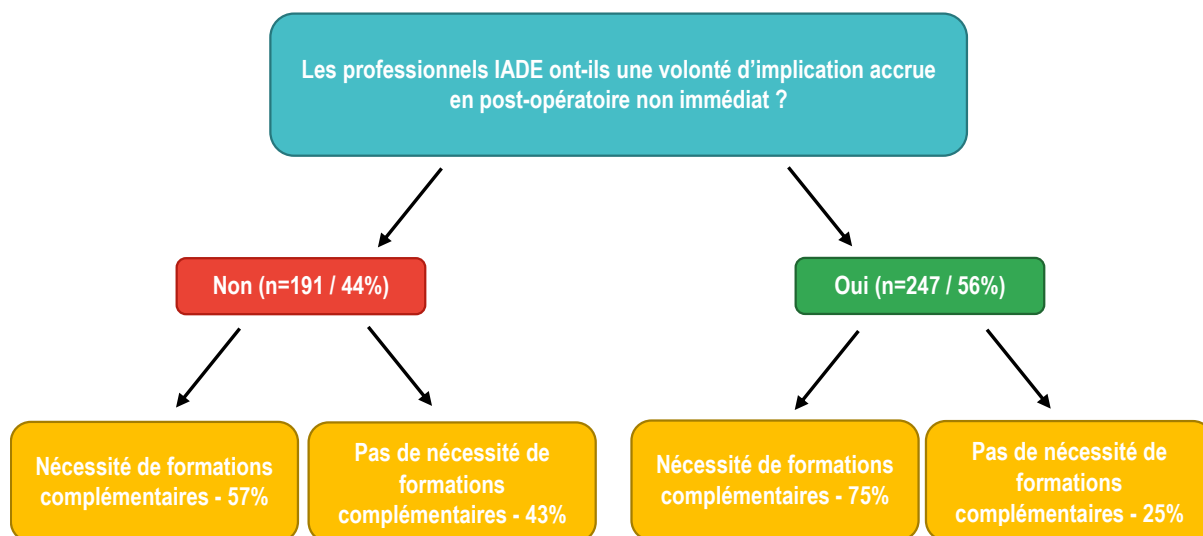
Cadre 2 : « *est-ce qu'on rapporte de l'argent ? là par contre, faudrait regarder. Est-ce que le fait de faire une visite post-opératoire pour évaluer la douleur, est-ce que j'ai un impact sur la diminution de consommation de morphinique ?* » ligne 123, « *D'un point de vue patient on gagne. Parce qu'en fait, on gagne un acteur qui dialogue, un acteur de terrain. Sécurité, on gagne encore une fois en sécurité sur tout. Relire les prescriptions, voir si les posologies ont bien été faites* » ligne 139

Sur le plan institutionnel, cette activité pourrait également contribuer à la valorisation des établissements, en répondant aux exigences de la certification concernant la douleur (arguments avancés par MAR 1 et Cadre sup).

Ainsi, si l'intérêt institutionnel et qualitatif d'une telle organisation est largement reconnu, son bénéfice médico-économique reste à démontrer. La démarche doit s'accompagner d'études rigoureuses avec des indicateurs pertinents permettant d'évaluer les bénéfices humains, financiers et organisationnels.

Malgré une véritable reconnaissance de leurs compétences, comme démontré au début de cette analyse, une part importante de l'échantillon IADE (67% du graphique 15) exprime le besoin d'une formation complémentaire pour s'intégrer dans la gestion de l'analgésie au-delà de la SSPI. Ils identifient la nécessité d'approfondir et d'actualiser certaines connaissances spécifiques à la douleur post-opératoire, chronique ou aiguë, à la prévention de sa chronicisation, aux traitements spécifiques, ainsi qu'en pharmacologie et physiologie.

Il nous a semblé intéressant de vérifier l'existence d'un lien entre la volonté d'implication accrue en post-opératoire non immédiat des IADE et cette nécessité de formation complémentaire pour participer à la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiat.



Graphique 26 : Lien entre la volonté d'implication des IADE concernant l'analgésie post-opératoire non immédiate et une nécessité de formations complémentaires

Le schéma ci-dessus (issus du tableau 22) nous permet de visualiser qu'une majorité relative des IADE (56 %) exprime une volonté d'implication accrue dans ce champ d'activité. Parmi les IADE souhaitant s'impliquer davantage, 75% identifient un besoin de formations complémentaires, ce qui témoigne d'une volonté d'acquisition de compétences spécifiques à cette prise en charge.

Nous relevons aussi que parmi les IADE ne souhaitant pas s'impliquer plus fortement dans cette prise en charge, 57% estiment qu'une formation complémentaire serait nécessaire. Ce manque de formation pourrait donc être désigné comme un frein à l'engagement IADE pour cette thématique.

Le besoin de formation identifié par la majorité, y compris chez ceux qui ne souhaitent pas s'impliquer davantage, suggère que le renforcement des compétences constitue un moyen potentiel d'évolution des pratiques. Ainsi, volonté d'implication et nécessité de formation apparaissent liées.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre l'opinion des professionnels concernant la nécessité de formations complémentaires pour l'implication des IADE dans l'analgésie en post-opératoire non immédiat et les variables telles que le genre, le type de structure d'exercice, l'ancienneté professionnelle, la possession d'un DU complémentaire ou une expérience préalable dans la gestion de cette prise en charge.

Pour faire le lien avec cette nécessité de formation mise en avant par l'échantillon IADE, le tableau 15.2 nous permet d'avancer que le DU Douleur est perçu comme une véritable valeur ajoutée dans ce contexte et représente 14% des raisons citées soit 45 personnes de notre échantillon.

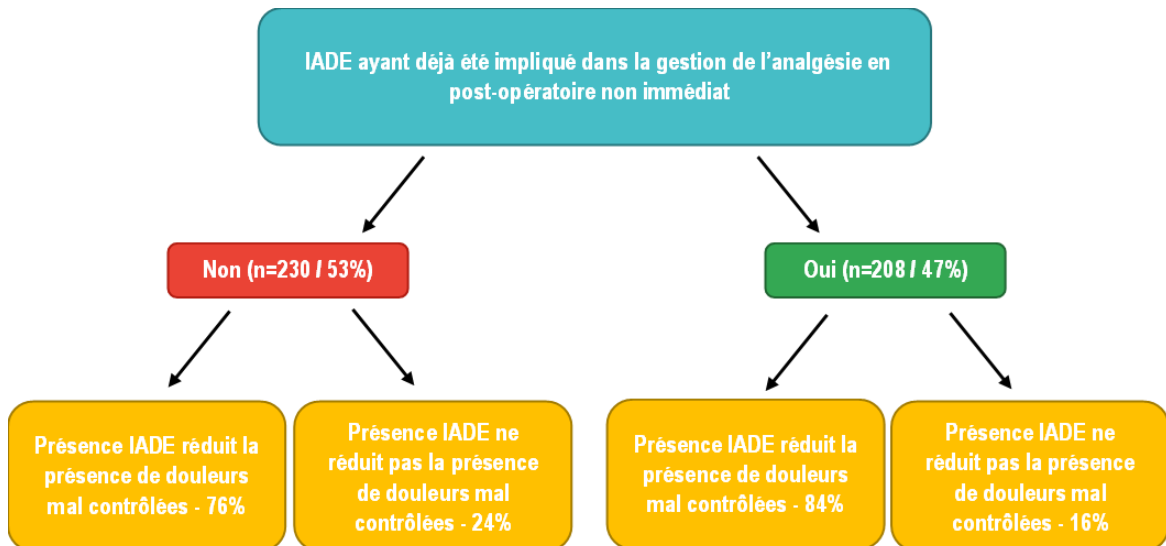
Ce constat est identique pour Cadre 1 lors de notre entretien individuel : « *Je pense que c'est vraiment un plus en fait. Parce qu'il y a dans le post-opératoire, non seulement il y a tout ce qui est douleur aiguë qui est vraiment traité au niveau de l'école d'IADE et après ça s'imbrique souvent de la douleur chronique* » ligne 69.

« *Parce que finalement la plupart du temps sur des patients qui ne souffrent pas de douleurs chroniques, la douleur aiguë reste assez standardisée à prendre en charge alors que tous ces patients chroniques, c'est là où il faut avoir peut-être un peu plus d'apport théorique pour pouvoir aider à ces prises en charge douloureuses.* » ligne 74.

À l'inverse, seulement 33 % des répondants au questionnaire estiment qu'une formation complémentaire n'est pas nécessaire, considérant que leur formation initiale d'IADE est suffisante (n=65) et que leur expérience professionnelle leur confère déjà les connaissances et compétences requises pour assurer cette prise en charge.

Enfin, concernant les avantages d'une présence IADE durant la phase post-opératoire non immédiate, 76 % des IADE interrogés par questionnaire estiment qu'elle favoriserait une meilleure continuité des soins (graphique 13). Nous avons tenté de croiser les données et il en résulte qu'aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'idée qu'une présence IADE durant la phase post-opératoire non immédiate favoriserait une meilleure continuité des soins et les variables telles que le genre, le type de structure d'exercice, l'ancienneté professionnelle ou la possession d'un DU complémentaire.

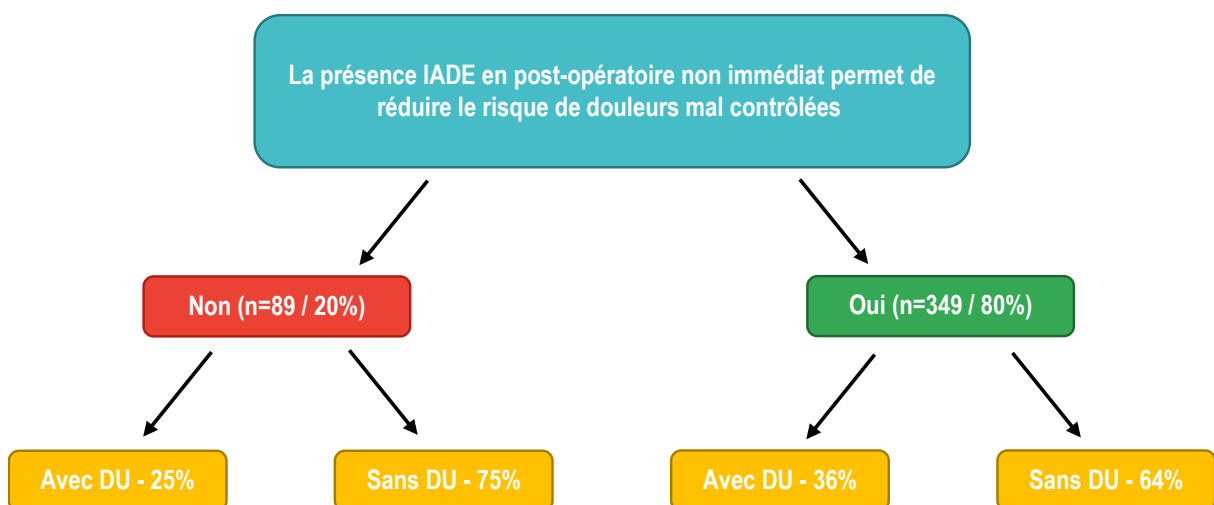
Autre avantage identifié à la présence IADE durant la phase post-opératoire non immédiate, 80 % pensent qu'elle contribuerait à réduire le risque de douleurs mal contrôlées (graphique 14). Au regard de ces résultats, il nous a semblé intéressant de vérifier le lien entre les IADE ayant déjà été impliqués dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI et l'intérêt d'une présence IADE concernant une réduction du risque de douleurs mal contrôlées.



Graphique 27 : Lien entre les IADE souhaitant s'impliquer plus fortement dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate et la nécessité de formations complémentaires

Le schéma ci-dessus (issus du tableau 20) nous permet de visualiser que les IADE ayant une expérience de cette prise en charge se montrent davantage convaincus de son efficacité (84 % contre 76 %), ce qui suggère que la mise en pratique contribue à renforcer (modérément) cette perception positive. En effet, en l'absence d'expérience préalable, nous remarquons une proportion significative d'IADE (76 %) qui estime que leur présence est utile pour réduire le risque de douleurs mal contrôlées.

Il nous a ensuite semblé intéressant de vérifier le lien entre la possession d'un DU complémentaire à notre formation IADE et l'importance de la présence IADE en post-opératoire non immédiat pour réduire le risque de douleurs mal contrôlées.



Graphique 28 : Lien entre une réduction du risque de douleurs mal contrôlées grâce à une présence IADE en post-opératoire non immédiat et la possession d'un DU

Le schéma ci-dessus (issus du tableau 21) nous permet de visualiser que la possession d'un DU semble légèrement corrélée à la perception de l'efficacité IADE dans ce domaine (36 contre 25 %), la majorité des répondants positifs ne possède pas de DU, suggérant que cette conviction repose plus sur l'expérience professionnelle que sur une spécialisation universitaire.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'opinion des professionnels sur l'avantage d'une présence IADE en post-opératoire non immédiat pour réduire le risque de douleurs mal contrôlées et les variables telles que le genre, le type de structure d'exercice ou l'ancienneté professionnelle.

Les professionnels interrogés lors des entretiens individuels sont tous d'accords pour dire qu'une présence IADE en post-opératoire non immédiat permettrait une amélioration de la qualité de la prise en charge analgésique du patient. Les rôles de conseils, de communication et de pédagogie ont souvent été relevés. Une présence IADE durant cette période permettrait de sensibiliser à la prise en charge analgésique dans les services.

MAR 1 dit : *« l'IADE de par sa compétence sur la pharmacocinétique et sur tous les médicaments, peut aider les infirmières pour l'administration, le suivi et donner des conseils aussi pour la prescription. Et est aussi capable d'appeler l'anesthésiste. De faire un premier débrouillage »* ligne 67.

Cadre 2 : *« pour moi il est plutôt conseils et technique »* ligne 59, *« De par nos connaissances et nos techniques... de justement, soutenir les équipes soignantes »* ligne 101

MAR 2 : *« le rôle principal de l'IADE dans les services serait d'aider les paramédicaux qui seraient moins à l'aise avec les morphiniques, avec la gestion des PCA, des choses comme ça. Pour tout ça, ou pour dépister les patients qui pourraient avoir besoin d'ALR, mais ils auraient surtout un rôle de dépistage du patient douloureux pour orienter et suggérer des choses »* ligne 86.

Cadre sup : *« je pense qu'il y a une expertise IADE, qui fait qu'ils ont toute leur place dans la prise en charge de la douleur en péri-opératoire »* ligne 50.

Pour conclure, cette hypothèse s'intéresse à la valeur ajoutée d'une présence IADE pour une optimisation de l'analgésie post-opératoire. L'analyse des résultats met en évidence que près de la moitié des IADE interrogés mettent en avant leurs connaissances, compétences et expertise comme atouts majeurs pour la prise en charge de l'analgésie post-opératoire non immédiat. Une large majorité (80 %) estime que leur présence contribuerait à réduire le risque de douleurs mal contrôlées et qu'elle favoriserait une meilleure continuité des soins en post-opératoire non immédiat (76 %).

Concernant les entretiens individuels des professionnels de direction et des MAR, ils confirment cette perception en soulignant l'expertise IADE et la plus-value que leur présence apporterait pour cette gestion, notamment grâce à leurs connaissances pharmacologiques, leur maîtrise des techniques d'analgésie tel que l'ALR, les PCA et la titration, leur rôle de conseils auprès des équipes et leurs connaissances des techniques de soins complémentaires.

Nous avons également pu mettre en avant que l'expérience pratique renforce la perception positive de l'efficacité IADE dans ce domaine et que la collaboration IADE/MAR est identifiée comme étant un facilitateur important concernant la prise en charge de l'analgésie par les IADE en période post-opératoire.

Cependant des nuances sont nécessaires à apporter. La présence en per-opératoire bien qu'évoquée, n'est pas identifiée comme étant un élément primordial de la valeur ajoutée IADE dans cette thématique et grâce au feedback de professionnels de la direction nous relevons qu'il est nécessaire d'adapter le positionnement professionnel IADE pour éviter toute perception intrusive par les équipes soignantes.

Si la formation initiale et l'expérience professionnelle sont reconnues par les IADE, des nuances sont nécessaires. Une majorité significative (67 %) exprime le besoin de formations complémentaires pour s'impliquer davantage dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate. Ce besoin concerne aussi bien ceux qui souhaitent s'investir davantage que ceux qui ne le souhaitent pas, suggérant ainsi que le renforcement des compétences est un élément essentiel pour l'évolution des pratiques. Le DU Douleur est d'ailleurs perçu comme une véritable valeur ajoutée, notamment pour la prise en charge des douleurs chroniques ou complexes.

Cette constatation est aussi faite dans la littérature, l'article « la douleur postopératoire en orthopédie » met en avant que depuis la mise à jour du décret les IADE ont la possibilité d'intervenir sous le contrôle exclusif d'un MAR en vue de la prise en charge de la douleur post-opératoire. Un IADE formé spécifiquement à la douleur pourrait donc assurer une visite post-opératoire pour « *conseiller les équipes sur la prise en charge des patients les plus lourds, assurer la surveillance des cathéters d'infiltration, de même que dépister les patients présentant ou à risque de développer une douleur chronique* » (38). Également dans l'article « Place de l'IADE dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire » l'auteur écrit : « *L'implication de l'IADE référent douleur est d'assurer la formation du personnel soignant, le but étant de créer le lien entre les différents acteurs de soins. Former, informer et sensibiliser sont élémentaires pour une bonne prise en charge de la DPO.* »(39)

L'analyse des entretiens met en lumière des perceptions contrastées concernant la pertinence médico-économique de ce suivi. Pour certains un tel dispositif permettrait des économies indirectes (réduction de la durée moyenne de séjour, limiter les ré-hospitalisations, optimisation des traitements) et permettrait de percevoir certaines subventions (IFAQ) en augmentant la qualité et la sécurité des soins, ainsi que valider certains critères impératifs de la certification. Et pour d'autres, les limites induites par l'absence de droit de prescription des IADE, rendent leur autonomie relative et leur intervention plus coûteuse si elle doit s'accompagner d'un acte médical complémentaire. Ces réserves rappellent la nécessité de structurer cette activité dans un cadre clair. Cette démarche devrait s'accompagner d'études rigoureuses avec la définition d'indicateurs pertinents permettant d'évaluer les bénéfices humains, financiers et organisationnels. Concernant l'intérêt institutionnel et qualitatif, l'accord est plutôt unanime chez les professionnels.

En définitive, l'ensemble des éléments exposés ci-dessus nous permet donc de valider notre hypothèse. En effet, les connaissances, les compétences et l'expertise IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire non immédiat. Une présence IADE serait donc pertinente mais aussi envisageable. Cette plus-value est reconnue tant par les IADE eux-mêmes que par les autres professionnels de santé, à conditions d'accompagner cette évolution par une proposition de formations complémentaires, un positionnement clair de chaque professionnel avec la continuité du travail en collaboration MAR/IADE. L'aspect médico-économique gagnerait en pertinence s'il pouvait être quantifier grâce à des indicateurs précis. La contribution des IADE à l'amélioration de la qualité des soins et au soutien des équipes renforce la légitimité d'envisager une évolution des pratiques dans ce domaine.

10.3 HYPOTHESE 3 : L'IMPLICATION DES IADE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANALGESIE POST-OPERATOIRE CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PERIODE PER-OPERATOIRE.

Selon notre étude, 84% de l'échantillon IADE reconnaît s'informer de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire (graphique 16.1). Cet intérêt pour l'évolution des patients (tableau 16.2) est expliqué en premier lieu par une volonté d'évaluer les pratiques et les prises en charge per-opératoires : analgésie suffisante, qualité de l'anesthésie, efficacité des thérapeutiques (22% des raisons citées). Il est également guidé par le contexte clinique (20% des raisons citées). En effet, les informations sont souvent recherchées en cas de chirurgie lourde, de prise en charge de patients complexes, atypiques ou graves et en cas de complications per ou post-opératoires.

Concernant les professionnels qui ne s'informent pas de l'évolution de l'état de santé des patients en post-opératoire, ils ne concernent qu'une faible part de notre échantillon IADE (16% graphique 16.1). Leurs arguments (tableau 16.3) sont axés principalement autour des limites organisationnelles et institutionnelles : manque de temps (20% des raisons données), rotation importante des patients (7%) et pas d'accès aux dossiers patients (7%).

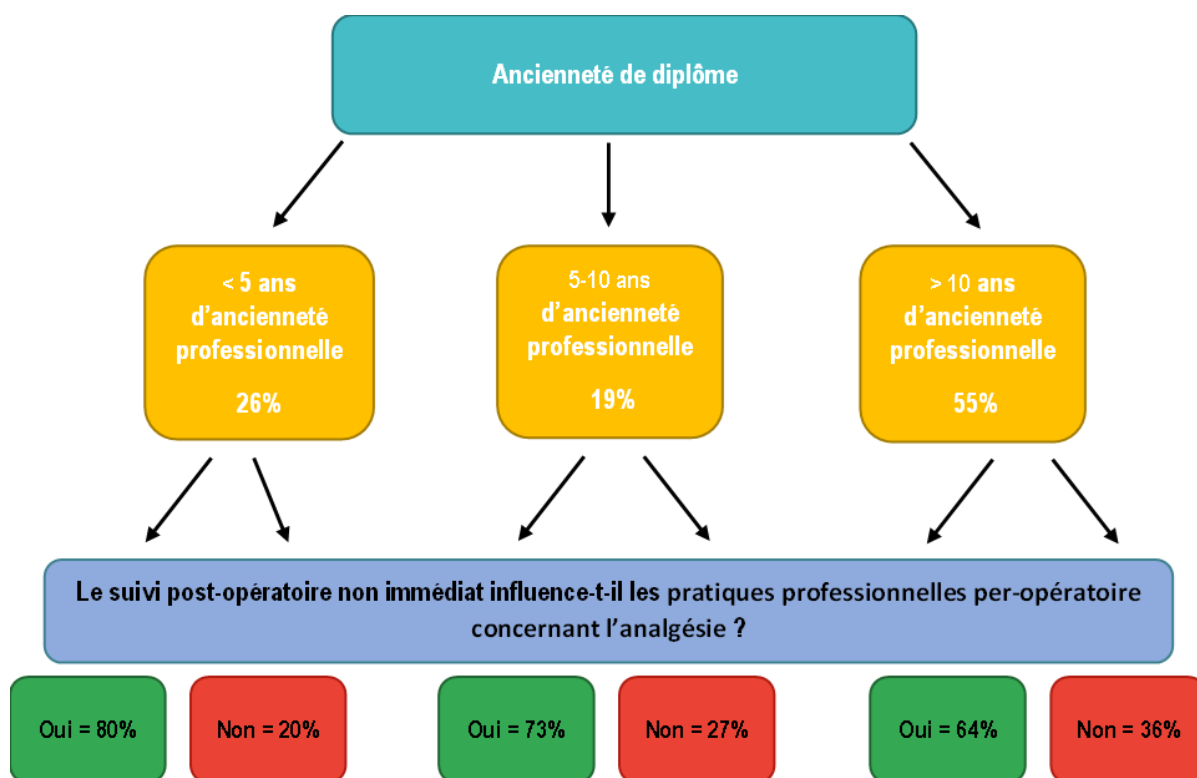
Il existe donc un réel intérêt des professionnels pour le devenir des patients, une volonté de suivi et une curiosité professionnelle. Ce qui peut s'expliquer par une volonté d'optimiser les prises en charge et d'améliorer les pratiques professionnelles, permettant un enrichissement professionnel et contribuant à la sécurité du patient. Cependant cet intérêt peut être limité par une organisation institutionnelle qui ne laisse ni le temps ni l'accès à ces informations.

Grâce à l'analyse des données, nous savons qu'une nette majorité (70%) de l'échantillon IADE, estime qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie (graphique 17.1) et par conséquent modifier leurs pratiques professionnelles.

Ils justifient leurs réponses (tableau 17.2) en expliquant que ce suivi permettrait l'évaluation et l'analyse de leurs pratiques professionnelles ainsi que des prises en charge en per-opératoire. Cela favoriserait un réajustement et une amélioration de celles-ci, contribuant ainsi à leur évolution et optimisation. La notion de feedbacks apparaît parmi les raisons citées, de même que la possibilité, grâce à ce suivi, favoriser une adaptation plus pertinente des thérapeutiques per-opératoires et l'anticipation de l'analgésie.

Au contraire 30% de notre échantillon pense qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI ne pourrait pas influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie (graphique 17.1). La raison la plus évoquée par ces professionnels (tableau 17.3) est que leur prise en charge analgésique est selon eux, déjà optimisée et personnalisée, estimant fournir les meilleurs soins possibles dans le cadre de leurs compétences. Cela laisse supposer une certaine confiance dans la qualité de leur travail. Leurs choix sont aussi justifiés par une marge de manœuvre limitée par la place du MAR concernant cette gestion de l'analgésie (protocoles établis par le MAR, gestion médicale, IADE sous tutelle).

Il nous a semblé intéressant de vérifier l'existence d'un lien entre l'ancienneté professionnelle et l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie.



Graphique 29 : Lien entre l'ancienneté professionnelle et l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoires concernant l'analgésie

Le schéma ci-dessus (issus du tableau 23) nous permet de visualiser que moins l'ancienneté est élevée, plus les professionnels sont enclins à penser qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie. Ainsi la part des professionnels enclins diminue avec l'ancienneté.

Les professionnels récemment diplômés sont donc plus ouverts à l'idée que le suivi post-opératoire puisse modifier les pratiques professionnelles concernant l'analgésie, tandis que ceux ayant plus d'expérience semblent plus réservés quant à l'influence de cette prise en charge.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoire concernant l'analgésie et les variables telles que le genre, le type de structure d'exercice ou la possession d'un DU complémentaire.

La majorité des professionnels interrogés reconnaît donc l'intérêt d'un suivi post-opératoire pour améliorer leurs pratiques d'analgésie per-opératoire, mettant en avant une vraie culture professionnelle d'auto-évaluation dans le but d'améliorer les soins et les pratiques professionnelles. Toutefois une part non négligeable de l'échantillon reste attaché aux pratiques actuelles, par confiance ou par contrainte institutionnelle.

Concernant les entretiens individuels, les avis des professionnels (MAR et cadres) interrogés vont dans le même sens. Pour eux, le suivi post-opératoire est perçu comme un élément essentiel pour la satisfaction professionnelle et personnelle, renforçant le sentiment d'utilité et contribuant au bien-être au travail. Ils expriment également l'idée qu'un suivi IADE post-opératoire permettrait l'amélioration des pratiques péri-opératoire et l'anticipation de l'analgésie en permettant d'ajuster les choix thérapeutiques, contribuant ainsi à l'optimisation de la prise en charge des patients. Cette démarche favoriserait également une implication plus forte des professionnels dans la gestion de l'analgésie, dans le parcours de soins grâce aux retours d'expérience des patients et la collaboration entre tous les professionnels dans un parcours de soins.

MAR 1 « *Quand on voit le post-opératoire, c'est une satisfaction personnelle de voir le résultat de son travail. Et ça je pense que pour la qualité de vie, pour se sentir bien et avoir l'impression de faire quelque chose d'utile, de voir le post-opératoire c'est important* » ligne 90, « *pour le bien-être au travail c'est important* » ligne 93, « *ça va aider à prendre conscience que la douleur post-opératoire ça s'anticipe en per-opératoire. Ça s'anticipe aussi avant avec la consultation* » ligne 94.

MAR 2 « *Probablement qu'il y aurait pleins de choses qu'on ferait différemment dans nos anesthésies, si on les suivait en post-opératoire* » ligne 108, « *On se sentirait probablement plus investi en per-opératoire si on savait que derrière on n'allait suivre nos patients un, deux ou trois jours* » ligne 115.

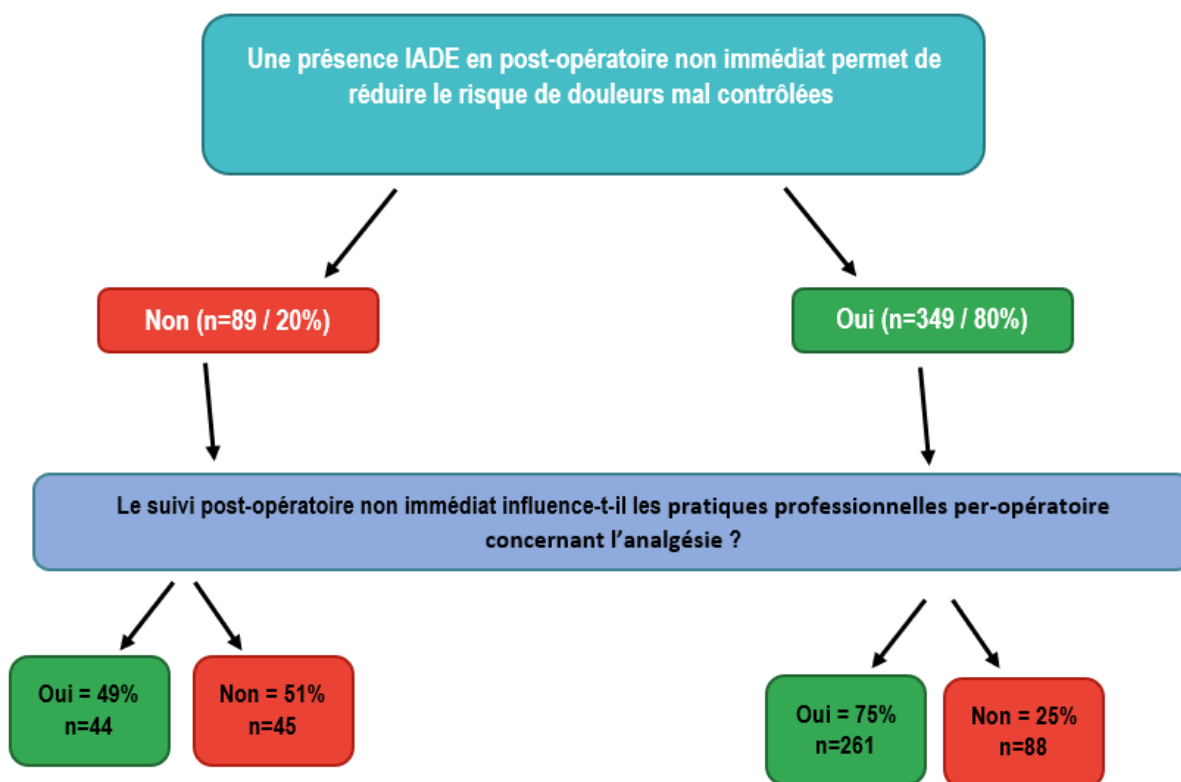
Cadre 1 « *se rendre compte de ... de l'effet de certains médicaments à trois, quatre, cinq, six heures post-opératoires, ça nous permettrait peut-être de choisir plus finement l'analgésie suivant le patient et suivant un peu les effets secondaires.* » ligne 97

Cadre Sup « *je pense que ça pourrait modifier les pratiques et d'avantage anticiper la levée du bloc par exemple.* » ligne 171, « *l'IADE doit, d'ailleurs tous les professionnels, doivent s'inscrire dans un parcours de soins patient* » ligne 184, « *les IADE rencontrent des patients et qui puissent leur faire part de leur expérience et du coup ça permet d'améliorer les pratiques.* » ligne 192, « *Ça permet d'anticiper aussi toutes les problématiques et puis aussi de s'adapter aux patients.* » ligne 198.

Les résultats de notre analyse (tableau 18) mettent également en avant que l'échantillon IADE à une perception plutôt positive d'une double implication (en per et post-opératoire) concernant l'enrichissement des pratiques professionnelles. En effet, les notions de prise en charge globale et optimale (8% des raisons citées), de suivis du patient (8%), de continuité des soins (4%) sont fréquemment évoquées. Cela traduit donc une volonté d'assurer une continuité, une qualité, une sécurité et une cohérence dans le parcours de soins du patient, grâce notamment à une prise en charge IADE péri-opératoire.

L'évaluation (6%) et l'amélioration des pratiques (6%) montrent que les professionnels voient dans cette double implication une opportunité de formation continue. Le développement de compétences et de connaissances (4%) est aussi perçu comme un bénéfice direct, favorisant l'expertise des IADE dans des domaines spécialisés comme la douleur post-opératoire.

Il nous a semblé intéressant de vérifier l'existence d'un lien entre un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoires concernant l'analgésie et la réduction des risques de douleurs mal contrôlées.



Graphique 30 : Lien entre l'ancienneté professionnelle et l'influence possible d'un suivi IADE en post-opératoire non immédiat sur les pratiques professionnelles per-opératoires concernant l'analgésie

Le schéma ci-dessus (issu du tableau 24) montre que les professionnels convaincus de l'intérêt d'une présence IADE en post-opératoire pour la gestion des douleurs mal contrôlées sont, pour la majorité, également d'avis que cette implication influence leurs pratiques per-opératoires en matière d'analgésie.

Ils sont donc une majorité (n=261 soit 60%) à trouver un double intérêt d'une présence IADE concernant l'analgésie, durant les périodes post-opératoires non immédiat et per-opératoires. Et à l'inverse, ils sont une minorité de l'échantillon (n=45 soit 10%) à penser qu'une présence IADE en post opératoire non immédiat ne présente pas d'intérêt que ce soit en per ou en post-opératoire non immédiat concernant l'analgésie.

Pour conclure, cette hypothèse nous permet d'élargir notre réflexion en nous intéressant à l'impact d'une telle implication IADE en termes de formation continue, de professionnalisation, d'évolution et d'amélioration des pratiques.

L'analyse des données permet d'affirmer qu'une majorité de notre échantillon IADE (84 %) déclare déjà s'informer de l'évolution de l'état de santé des patients après l'intervention, principalement dans un objectif d'évaluation et d'optimisation des prises en charge per-opératoires.

Par ailleurs, 70 % des IADE de notre échantillon estiment qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI influencerait positivement leurs pratiques d'analgésie per-opératoire. Ce suivi est perçu comme un moyen d'auto-évaluation, de formation continue, et d'ajustement thérapeutique. Ce constat est particulièrement marqué chez les professionnels les plus jeunes, traduisant une tendance plus marquée à la remise en question et à l'évaluation des pratiques professionnelles. Cela laisse supposer une évolution des mentalités professionnelles, possiblement liée à une formation initiale davantage tournée vers l'auto-évaluation, la transversalité et l'approche globale du patient.

Les entretiens avec les professionnels de la direction et les MAR confirment cette dynamique : la possibilité de suivre les patients en post-opératoire renforce la satisfaction professionnelle, le sentiment d'utilité et le bien-être au travail, tout en contribuant à l'anticipation et la personnalisation de la prise en charge antalgique.

La perception d'un double bénéfice, à la fois en per- et en post-opératoire est largement partagée dans l'échantillon (60 %) et s'inscrit dans une logique de prise en charge globale, continue et sécurisée du patient. Ce suivi permettrait de renforcer la culture de l'évaluation, d'amélioration des pratiques professionnelles et de développer l'expertise IADE dans des domaines spécifiques tels que la douleur post-opératoire.

Cependant, des obstacles organisationnels subsistent comme le manque de temps et freinent parfois cette dynamique. En outre, une partie des professionnels, notamment les plus expérimentés estiment déjà leurs pratiques optimales ou signalent une marge d'action limitée du fait des protocoles sous responsabilité médicale.

En définitive, nous pouvons valider notre hypothèse : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période per-opératoire. Cette dynamique s'inscrit dans une logique de continuité et de qualité des soins, au bénéfice du patient, de parcours de soins coordonnés renforçant la collaboration IADE/MAR et contribuant à l'efficacité du système de soins. Toutefois, elle nécessite d'être soutenue par une organisation institutionnelle adaptée pour permettre aux IADE d'exercer pleinement cette nouvelle fonction.

11 Conclusion

L'élaboration de ce mémoire repose sur le constat que la gestion de la douleur constitue une compétence acquise au cours de la formation initiale IADE. Ces professionnels assurent des soins de haute technicité en collaboration étroite avec le MAR, avec qui, il forme un binôme opérant sous la responsabilité de ce dernier durant la période per-opératoire. Or, il apparaît qu'en dehors du bloc opératoire, le suivi et la gestion de l'analgésie concerne peu les IADE.

Depuis les années 1970, la prise en charge de la douleur s'est progressivement imposée comme une priorité de santé publique. Dans un contexte de réorganisation des parcours de soins, l'optimisation de l'analgésie s'inscrit au cœur des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'objectif de ce travail est donc d'explorer les avantages potentiels d'une implication accrue des IADE dans la gestion de l'analgésie au cours de la période post-opératoire non immédiate.

Notre question de recherche était : L'inclusion des IADE en post-opératoire non immédiat présente-t-elle un intérêt pour optimiser la prise en charge de l'analgésie du patient en péri-opératoire ?

Nous avons grâce à la contribution des IADE à ce mémoire, découvert un réel intérêt de leur part pour le suivi de l'évolution des patients en post-opératoire. Il existe un souhait mitigé de s'impliquer davantage dans la gestion de l'analgésie en post-opératoire non immédiat, expliqué par des contraintes d'ordre structurelles et organisationnelles. Nous avons pu également découvrir que les connaissances, les compétences et l'expertise IADE sont des éléments reconnus tant par les IADE eux même que par d'autres professionnels, pour apporter une plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire non immédiat. Néanmoins, cette évolution serait vraisemblablement plus légitime si elle était accompagnée de formations complémentaires et d'un positionnement clair de chacun avec la continuité du travail en collaboration MAR/IADE. L'intervention des IADE en post-opératoire non immédiat concernant la gestion de l'analgésie pourrait renforcer la qualité du parcours patient, faciliter la gestion de l'ALR, fluidifier les échanges interprofessionnels et favoriser une meilleure satisfaction des soignants et des patients. Cela représente donc une plus-value tant pour les patients que pour les équipes. Elle favoriserait également une dynamique d'auto-évaluation et de formation continue des professionnels, pour une amélioration constante de leurs pratiques. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la responsabilité du MAR mais d'envisager l'IADE comme collaborateur actif dans un champ de compétences déjà maîtrisé, dans le respect du cadre réglementaire actuel et toujours sous la responsabilité médicale.

Son intérêt concernant l'optimisation de la prise en charge analgésique du patient a été démontré pour les périodes per et post-opératoire. La période pré-opératoire quant à elle, a été rapidement évoquée grâce à la consultation IADE qui nous semble être un atout dans l'optimisation de la gestion analgésique péri-opératoire. Malheureusement cette dernière, peu développer dans notre travail mériterait des recherches approfondies.

Au regard des résultats obtenus, plusieurs pistes mériteraient également d'être approfondies. Il nous semble intéressant de mener une étude évaluant les effets d'un tel suivi IADE sur les scores de douleur, de satisfaction des patients et d'indicateurs médico-économiques. Une réflexion institutionnelle impliquant les directions d'établissement, les MAR et les IADE serait indispensable pour envisager la faisabilité, la reconnaissance et la structuration d'un tel rôle.

Ainsi, cette recherche, au-delà de sa portée scientifique, ouvre la voie à une réévaluation du champ de compétences des IADE dans une perspective d'évolution coordonnée, au service du patient et de la qualité des soins.

12 Bibliographie

1. Espérance de vie à divers âges | Insee [Internet]. [cité 19 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#graphique-figure1>
2. AAS22-Fiche 11 - Les personnes âgées et leurs ressources.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2011%20-%20Les%20personnes%20C3%A2g%C3%A9es%20et%20leurs%20ressources.pdf>
3. Marchand S. Le phénomène de la douleur: comprendre pour soigner. Paris: Masson; 1998.
4. Lenoir K, Bis M, Mercier L, Fernandez L, Franck DL, Bordes PJ. 5 Quelle place pour l'IADE en post-opératoire ? 2019;
5. Maurice-Szamburski A, Martinez V. La douleur postopératoire et sa chronicisation. Disponible sur: https://sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2022/sfar_livre_blanc_de_la_douleur_2022_interactive_file.pdf
6. Française A. douleur | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D3157>
7. IASP Announces Revised Definition of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [cité 20 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
8. Douleurs: compétences et rôle infirmiers. Paris: Med-line éd; 2006. (IFSI Med-line).
9. Article L1112-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049391666
10. Charte de la personne hospitalisée [Internet]. [cité 23 nov 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
11. Programme_lutte_douleur_2002-05.pdf [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
12. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
13. Manuel_2024.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf
14. Bulletin Officiel n°2002-21 [Internet]. [cité 22 janv 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212062.htm>
15. Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>

16. Chirurgie ambulatoire [Internet]. [cité 25 janv 2025]. Disponible sur: <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/2114-chirurgie-ambulatoire.html>
17. Programmes de RAAC : état des lieux et perspectives PDF [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf
18. Programme-doptimisation-perioperatoire-du-patient-adulte.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/programme-doptimisation-perioperatoire-du-patient-adulte/?wpdmdl=37889&refresh=679531ff4a1ca1737830911>
19. Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets) - Légifrance [Internet]. [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549818/>
20. Pontone S, Dahmani S, Brouard N. La démographie des anesthésistes réanimateurs en 2022 : En progrès mais toujours pas l'équilibre! Disponible sur: <https://sfar-lecongres.com/wp-content/uploads/2023/resumes-decoupees/189.pdf>
21. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Légifrance [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000001456173>
22. DGOS_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 2 févr 2025]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/cooperations-interprofessionnelles/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
23. Santé B. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-07/ste_20120007_0100_0024.pdf
24. Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat. 2017-316 mars 10, 2017.
25. Nicolet M. L'infirmier anesthésiste. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2003. (Collection pour les infirmiers).
26. Recommandations concernant les relations entre AR et autres spécialités ou professionnels de santé - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2002 [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://dev.sfar.org/recommandations-concernant-les-relations-entre-ar-et-autres-specialites-ou-professionnels-de-sante/>
27. Mercier L, Lenoir K, Ledoux F, Millot-Karkowski I, Bordes J. Place de l'IADE dans la surveillance des ALR en post-opératoire : retour d'expérience d'une équipe mobile douleur. Une réelle plus-value ? Anesthésie & Réanimation. mars 2023;9(2):213-7.
28. Anatomie et physiologie humaines. 11e édition. Montréal (Québec): Éditions du Renouveau pédagogique-Pearson education; 2019.
29. Calvino B. Physiologie moléculaire de la douleur. Montrouge: Doin; 2019.

30. Pardo NP. Le rôle de la cyclin-dépendant kinase 5 (Cdk5) dans la sensibilisation centrale de la corne dorsale à l'origine de l'allodynie mécanique, dépend de la nature de la lésion périphérique, inflammatoire ou neuropathique [Internet] [phdthesis]. Université Clermont Auvergne; 2021 [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-04497388>
31. Langlade A, Serrie A, Thurel C. Le dictionnaire de la douleur. Paris: Phase 5; 2001. (Le Dictionnaire).
32. Müller C, Chevillotte J. Guide de l'IADE-infirmier anesthésiste: toutes les connaissances théoriques et pratiques en anesthésie-réanimation et urgences. 3e éd. entièrement relue et mise à jour. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.
33. MAPAR-Bicêtre, éditeur. Protocoles d'anesthésie-réanimation. 16e éd. Le Kremlin-Bicêtre: MAPAR éditions; 2022.
34. AUBRUN. Approche multimodale de l'analgésie [Internet]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Approche_multimodale_de_l_analgésie.pdf
35. QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL des INFIRMIERS-ANESTHÉSISTES D.E. Disponible sur: https://qvt.snia.net/wp-content/uploads/2024/06/20240627_E_ENQUETE_SNIA_QVT_2023_2024.pdf
36. Fiche 22 - Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie .pdf [Internet]. [cité 31 mai 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2022%20-%20Les%20%C3%A9quipements%20chirurgicaux%20et%20d%E2%80%99anesth%C3%A9sie%20.pdf?utm_source=chatgpt.com
37. Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/>
38. Roussat MO, Vincent F. La douleur postopératoire en orthopédie. Oxymag. janv 2024;37(194):18-23.
39. Peuvrel F, Bernemann DT. Place de l'IADE dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Place_de_l_IADE_dans_la_prise_en_charge_de_la_douleur_aiguë_postoperatoire.pdf

13 Annexes

13.1 ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Bonjour

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre présence et pour le temps que vous m'accordez pour cet entretien. Je suis pour rappel Estelle Mincke, étudiante IADE en 2ème année à l'école de Dijon. Nous sommes aujourd'hui en entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui a pour thème la présence IADE en service à J1-J2 post opératoire, en tant que professionnel dédié à l'analgésie.

La retranscription de notre échange sera anonymisée et les réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Etes-vous d'accord pour que notre conversation soit enregistrée dans le but de faciliter sa retranscription ?

Pouvez-vous s'il vous plait nommer votre fonction et votre lieu de travail s'il vous plait ?

Après avoir mené des recherches documentaires et des entretiens exploratoires pour comprendre mon sujet, j'ai remarqué qu'il existait des initiatives mais que celle-ci était inégales sur le territoire. Que cette prise en soin ne concernait donc pas tous les IADE et pas tous les établissements de santé.

Un questionnaire a été transmis aux IADE afin de connaître leurs positions sur cette thématique. Je souhaite également recueillir l'avis d'autres professionnels ayant un impact sur cette prise en soin, tel que les cadres de santé et les MAR.

Nous allons commencer par la première question : **Pouvez-vous m'expliquer, comment dans votre établissement est organisé le suivi et la gestion de la douleur post opératoire en dehors de la SSPI ?**

Nommé les acteurs : chirurgiens, MAR, IDE, Kiné, etc. .Et le rôle de chacun

Hypothèse 2 : De par leur présence en peropératoire, leurs connaissances théoriques et leur expertise, les IADE apportent une réelle plus-value dans la gestion de la douleur en post-opératoire.

2/ Dans quel mesure l'IADE pourrait-il jouer un rôle pertinent dans l'optimisation et la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate, aux côtés des autres acteurs déjà impliqués ?

Réponse à développer : nommer les raisons et les expliquer

Idées de relances et de thèmes à aborder :

Éléments de la pratique IADE pouvant être une valeur ajoutée concernant la gestion de la douleur en post opératoire au-delà de la SSPI

Connaissances professionnelles pouvant permettre une meilleure continuité des soins et une amélioration de l'analgésie

3/ Quelles sont, selon vous les freins à une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en postopératoire au-delà de la SSPI ?

Hypothèse 3 : L'implication des IADE dans la prise en charge de l'analgésie post-opératoire contribue à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles en période peropératoire.

4/ Comment une double implication durant les périodes per-opératoires et post-opératoires pourrait-elle enrichir les pratiques professionnelles de l'IADE ?

5/ Existe-il selon vous un intérêt médico-économique et institutionnelle à faire cette visite d'évaluation analgésique par un IADE plutôt qu'un autre professionnel ?

Certification par exemple, Y a-t-il un intérêt en dehors du bénéfice pour le IADE et le patient que ce soit un IADE qui fasse cette visite ?

6/ Avant de terminer notre entretien, souhaitez-vous aborder un autre point qui vous semble pertinent ?

Ne pas arrêter trop tôt l'enregistrement

Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.

13.1 ANNEXE II : TABLEAU RECAPITULATIF DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

<p>Question N°1 : Pouvez-vous m'expliquer, comment dans votre établissement est organisé le suivi et la gestion de la douleur post-opératoire en dehors de la SSPI ?</p>
<p>CADRE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant de sortir de la SSPI, application des antalgiques et sortie selon le score d'Aldrete qui nécessite une EVA basse. - Après l'opération, les patients remontent en service avec une prescription d'antalgique faite par le MAR ou l'interne. Cette prescription est appliquée par les IDE, elles évaluent la douleur ce qui permet un réajustement médical si besoin. - Un service de recours post opératoire, qui permet de contacter une IADE ou IDE spécialisé dans la douleur aigue et chronique pour les prises en charges plus complexes.
<p>CADRE 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription faite par le MAR ou par le chirurgien en dehors de la salle de réveil - C'est avant tout de la prescription médicale qui suis le patient dans les services - Certains patient screener en amont, proposition de pose de péridurale - Projet de pose de péridurale en dehors des services de réanimations. Les patients sont revus ensuite par les internes ou par les MAR, exceptionnellement par IADE formés quand il y a un problème sur la péridurale. - Équipe de SAPO de douleur qui se déplace dans les services sur demande. - L'IADE est en poste au bloc opératoire et est détachée si elle est disponible en cas de besoin et sur demande médicale. - Les IADE ne font pas de consultation douleur
<p>MAR 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le secteur orthopédie (traumatologie, prothèse, cathéter ALR), organisation d'une visite quotidienne par un MAR pour évaluer la douleur et adapter les traitements antalgiques. Difficile en journalier, besoin d'une activité plus régulière. - Un service de douleur, le SAPO Service d'Analgesie péri opératoire qui sur appel des services vont voir les patients particulièrement douloureux. - Manque de coordination entre les MAR et le SAPO - Souhait d'un compagnonnage : avoir des IADE au bloc et en post opératoire dans les services, qui sont plus au fait de techniques d'analgesie pour pouvoir suivre les patients et formations régulières des IDE, meilleure communication avec les IDE - Les MAR font des formations aux IDE en orthopédie sur l'ALR
<p>MAR 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les MAR font les prescriptions en sortie de SSPI et les chirurgiens les adaptent, demande des chirurgiens possibles pour un complément d'analgesie si besoin. - Grande disparité pour le suivi des patients en post opératoire. Pour les patients de maxillofaciale/orthopédie il y a un passage médical en post opératoire, pour les autres spécialités il n'y a venu d'un MAR que sur demande du chirurgien - Suivi analgésique des patients avec une péridurale - Equipe du SAPO sur demande
<p>CADRE SUP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription faite par MAR en sortie de SSPI sur dossier informatisé patient, administration par IDE des services - Un service d'analgesie péri-opératoire mais le temp IDE est financé par le CETD qui est prioritaire sur le temps de service, et qui intervient pour tous type de douleur et non pas que le postopératoire - Quelques initiatives ponctuelles durant des périodes d'activités plus calme, avec des IADE et MAR présent en postopératoire - Un CLUD, un bureau douleur existe dans la structure. - Formation du personnel <p><i>« L'idée ça serait d'avoir un véritable projet avec des IADE qui puissent intervenir dans les services en postopératoire »</i></p>

Accords :

- Chaque professionnel s'accorde sur la primo prescription du MAR pour la gestion de l'analgésie post-opératoire.
- L'IDE a une place majeure dans l'application de la prescription et l'évaluation de la douleur du patient.
- Présence du SAPO en soutien en cas de douleur majeure ou réfractaire.

Divergences :

- Certains services ont des MAR investi dans une visite post opératoire et d'autre non et nécessite la demande du chirurgien pour avoir un avis MAR concernant l'analgésie.
 - MAR 1 et Cadre Sup veulent une implication plus grande des IADE en post opératoire. La cadre sup dit « *L'idée ça serait d'avoir un véritable projet avec des IADE qui puissent intervenir dans les services en postopératoire* ». MAR 1 qui est investi dans une visite post-opératoire souhaite une présence et un compagnonnage avec les IADE.
 - CADRE 2 met en avant qu'une IADE peut se déplacer en postopératoire s'il y a un problème en lien avec une ALR par exemple, sur demande médicale. Mais que cela nécessite de détacher du temps de bloc opératoire.
 - Un manque d'hétérogénéité dans le suivi des patients selon les services et un manque de coordination entre les acteurs investies (MAR/SAPO/IDE)
 - MAR 1 et Cadre sup mettent en avant l'intérêt de la formation des professionnels.
 - Seul Cadre sup parle de la présence d'un CLUD dans l'établissement.
- ⇒ La structure de la prise en charge de la douleur au niveau de l'établissement est assez bien connue de chaque personnes interrogés, mise en avant d'une différence de suivi des patients par les MAR selon leurs services, et pas d'accord sur une place IADE en postopératoire.

Question N° 2 : Dans quel mesure l'IADE pourrait-il jouer un rôle pertinent dans l'optimisation et la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate, aux côtés des autres acteurs déjà impliqués ?

CADRE 1 :

- Explication sur son ancien poste : existence d'une permanence IADE avec un numéro d'appel dédié à la gestions péri-opératoire de la douleur, surtout en post opératoire. Permettait de mettre en valeur le DU douleur des IADE, apporte aide et soutien dans la gestion de l'analgésie dans les services. Mais sentiment « d'inspection/inquisition » pour les IDE des services. Donc arrêt de cette permanence.
- DU douleur, utile pour faire cette permanence car douleur aigue post opératoire est facile à gérer mais difficulté pour la douleur chronique.

CADRE 2 :

- Pas un rôle de prescripteur, n'y d'évaluation.
- Un rôle de conseil pour des techniques déjà en place et les dispositifs médicaux associés (biberon Naropéine, cathéter infiltration)
- Rôle technique majeur dans l'accès vasculaire difficile pour ne pas retarder l'analgésie.

MAR 1 :

- Compétences pharmacologiques
- Aide, conseil et formations des IDE
- Les IADE sont plus au fait de techniques d'analgésie pour pouvoir suivre les patients et formations régulières des IDE, meilleure communication avec les IDE
- Première évaluation du patient, compte rendu au MAR qui décide de la suite de la prise en charge.
- Création d'un poste pour évaluer les patients quand le MAR est au bloc

« Les infirmières anesthésistes elles ont les deux côtés, à la fois le bloc, l'ALR et bien connaitre toutes ces techniques. Et à la fois être dans les services, et du coup c'est plus facile pour les infirmières des services de poser des questions ou d'avoir un suivi et de partager »

MAR 2 :

- Pour le suivi des patients, repérer les patients à risques, faire un retour au MAR
- Peut-être est-ce la place du MAR d'être en post opératoire, ils n'ont pas d'information sur l'analgésie post opératoire ou sur la consommation de morphinique.
- Pas de rôle de prescription
- IADE en post opératoire nécessite un MAR en post opératoire avant tout pour pratiquer de la médecine péri-opératoire. Le travail en binôme au-delà du bloc opératoire.
- Pour les péridurales, il y a un rôle de l'IADE pour la formation et la communication facilité avec les IDE.
- Aide aux paramédicaux pour la titration morphinique, gestion des PCA
- Dépistage des patients douloureux et force de suggestion (ALR par exemple)
- Dépistage des problèmes relatifs à l'ALR
- Nombreux IADE ont des formations hypnose

« Mais peut être que c'est aussi au MAR de monter {...} Parce ce que nous, on ne le sait pas. On ne reprend pas les dossiers à posteriori. » « Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier »

CADRE SUP :

- Les IADE ne sont pas médecins
- Intérêt de l'IADE pour accompagner et former, mais pas se substituer aux autres professionnels comme les IDE ou les médecins.
- Nécessité de sensibiliser et former les personnels en service à la prise en charge de la douleur, d'apporter des conseils et de répondre aux questions. Sur les échelles de douleurs adaptés par exemples.
- IADE est une population professionnelle souvent formée en complément avec des DU sur les techniques de soins complémentaires... comme l'hypnosédation, l'hypnoanalgésie, la manupuncture.

- Force de proposition sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux.
 - Existence d'une expertise IADE
 - Permet d'améliorer le partage d'information.
 - Proposition de mettre en place des consultations IADE « *qui ne se substitueraient pas aux consultations d'anesthésie. Mais qui seraient en complément. Et quand on anticipe la douleur, quand il y a moins d'anxiété il y a moins de douleur.* » Présence IADE nécessaire en pré, per et postopératoire car la douleur s'anticipe en amont.
- « *Les IADE ont toute leur place pour accompagner mais pas se substituer. Accompagner et aussi former ! ça c'est sûr mais pas se substituer* »

Accords :

- Toutes les personnes interrogées sont d'accord sur les compétences en anesthésie et analgésie de l'IADE, de leur expertise. Ils sont tous d'accords pour dire qu'une présence IADE en post-opératoire serait une amélioration : conseils, communication et formation. Sensibiliser à la prise en charge analgésique dans les services. Connaissance de l'ALR. Faire le lien entre les équipes du bloc et les services.

« *Les infirmières anesthésistes elles ont les deux côtés, à la fois le bloc, l'ALR et bien connaître toutes ces techniques. Et à la fois être dans les services, et du coup c'est plus facile pour les infirmières des services de poser des questions ou d'avoir un suivi et de partager* » MAR 1

- En aucun cas un rôle de prescription ou de substitution des médecins pour Cadre 2, MAR 2 et Cadre sup.

« *Les IADE ont toute leur place pour accompagner mais pas se substituer. Accompagner et aussi former ! ça c'est sûr mais pas se substituer* » Cadre sup .

- Nombreux IADE formée aux techniques de soins complémentaires, DU douleur : CADRE 1, Cadre sup et MAR 2.

Divergences :

- Pour MAR 2 il est avant tout nécessaire d'une présence MAR en post-opératoire : « *Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier* ». Pour permettre de créer le binôme MAR/IADE en post-opératoire, mais ne souhaite pas de travail IADE en autonomie.
- MAR 1 et Cadre sup sont pour une création de poste IADE en post-opératoire et même une consultation IADE pré et post-opératoire pour Cadre sup.

⇒ Pertinence d'une présence IADE en post-opératoire, avec une continuité du binôme MAR/IADE car pas de rôle de prescription. Un rôle de pédagogie et d'expertise concernant l'analgésie (les dispositifs médicaux, la titration morphinique, l'ALR, ...) pour une sensibilisation de tous les acteurs à la prise en charge analgésique dans les services post-opératoires.

Question N° 3 : Quelles sont, selon vous les freins à une implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI ?

CADRE 1 :

- Volonté d'implication et motivation présente chez les IADE ce n'est pas un frein de leur part.
- Frein administratif, avec une productivité à atteindre pour les IADE face aux besoins chirurgicaux, à qui on ne laisse pas de temps hors bloc pour faire autres choses.

« C'est qu'ils n'ont pas de temps dédié pour cette ... pour cette prise en charge postopératoire et ça reste un frein qui est difficile parce que ça demande des équivalents temps plein supplémentaires pour pouvoir permettre ces choses-là. »

CADRE 2 :

- Problème de ressource humaine, pas assez d'IADE dans les blocs opératoires donc pas de possibilités d'avoir des activités annexes
- Garde la mission primaire de l'IADE, le cœur du métier au bloc opératoire
- Ce n'est pas une question de volonté, formation professionnelle de qualité et centrée sur l'analgésie

« Tout IADE à une appétence pour la gestion de la douleur, car ça fait partie de notre cœur de métier de prévenir la douleur et la gérer » « ce n'est pas un problème de volonté. Je pense que si là je regarde mon effectif, j'en ai 20 qui serait volontaire »

MAR 1 :

- Manque de moyens humain et de temps médical dédiée à l'analgésie post-opératoire. Temps non valorisé sur le point administratif.
- La grande activité de bloc opératoire avec le besoin des IADE en salle
- Un manque de reconnaissance, de valorisation de cette activité de visite post-opératoire dédiée à l'analgésie

« Le temps médical manque... Parce que d'un point de vue administratif il n'est pas valorisé »

« Cette activité d'étage n'est pas valorisée. On ne peut pas justifier d'occuper les IADE à faire autre chose. Il faut valoriser Cette activité de visite, d'efficacité sur la douleur »

MAR 2 :

- La non-présence médical en post-opératoire non immédiat car IADE n'a pas le droit de prescription

CADRE SUP :

- Manque de moyens humain et financier.
- Volonté des IADE existe
- Problème d'effectif, de moyens supplémentaires. *« On ne va pas pouvoir mettre des IADE partout dans les services »*
- Nécessité de monter des dossiers et faire des demandes de création de postes.
- La place que l'on veut laisser au IADE dans les services. *« Je ne suis pas non plus certaine que tous les MAR soient prêts à leur laisser une place plus importante dans la prise en charge de la douleur. »*
- Concernant la formation des IADE, elle concerne surtout le per-opératoire et peu le péri-opératoire. Nécessiterai peut-être un approfondissement des connaissances, un apport sur les techniques de soins complémentaires via la formation continue et les appétences de chaque professionnel.
- Les IADE ont raté une occasion de reconnaissance dans ce domaine avec leur oppositions au mouvement IPA. Il y aurait pu avoir un rôle important et une autonomie plus grande concernant la prise en charge de la douleur. *« Les IADE aujourd'hui ont moins d'autonomie que les IPA du coup ».*

Accords :

- Pas de notions d'incompatibilité sur les compétences IADE ou leurs volontés à s'impliquer dans la prise en charge de la douleur post-opératoire. Cadre 1 & 2 et Cadre sup, sont d'accord sur la motivation des IADE. Cadre 2 dit « *Tout IADE à une appétence pour la gestion de la douleur, car ça fait partie de notre cœur de métier de prévenir la douleur et la gérer* »
- Le premier frein est administratif. Question de productivité et de répondre à la demande du bloc opératoire qui est le cœur de métier pour Cadre1 et 2.
- Manque de ressources humaines : pas assez de temps médical et manque d'effectif IADE pour Cadre 1&2, pour MAR 1 et Cadre sup.

Divergences :

- Pour MAR 2, l'absence de présence médicale post-opératoire immédiate est le principal frein car l'IADE n'a pas le droit de prescription. « *Pour moi ce n'est pas la bonne solution que d'envoyer une équipe IADE sans nous et sans nous en soucier* »
 - Pour la cadre sup, il serait nécessaire d'approfondir les connaissances pour intervenir en postopératoire pour prendre en charge l'analgésie des patients. Avec la formation continue, l'apports de connaissance sur le périopératoire et sur les techniques de soins complémentaires.
 - La non-intégration au système IPA par les IADE est une occasion manquée d'acquérir de l'autonomie concernant l'analgésie, selon Cadre Sup.
 - Pour Cadre sup, un frein possible est la volonté médicale de ne pas vouloir laisser une place plus importante dans la gestion de l'analgésie post opératoire.
- ⇒ Le manque de ressources humaines et l'absence de valorisation du temps hors bloc opératoire sont les principaux obstacles à une implication accrue des IADE en post-opératoire.

Question N° 4 : Comment une double implication durant les périodes per-opératoires et post-opératoires pourrait-elle enrichir les pratiques professionnelles de l'IADE ?

CADRE 1 :

- Permettre de réaliser l'impact des prises en soins per-opératoire sur le post-opératoire.
- Un choix plus fin de l'analgésie selon le patient et les effets secondaires.
- Modifier les pratiques professionnelles.
- Améliorer la communication avec les patients.

« Savoir si leurs choix peropératoires ont été pertinents par rapport à l'analgésie » « il y a aussi tout ce côté confiance, retour d'expérience, effectivement mais aussi ... clôturer un acte »

CADRE 2 :

- Une présence pré-opératoire plus que post-opératoire serait utile pour évaluer les patients et connaître leurs antécédents. Pouvoir proposer des adaptations pour le per-opératoire.
- Intérêt d'une consultation préopératoire IADE pour un regard paramédical pur.

MAR 1 :

- Bien être professionnel
- Satisfaction personnelle
- Permet de prendre conscience de l'intérêt d'anticiper l'analgésie per-opératoire pour optimiser le post-opératoire
- Meilleure jonction avec les services

« Je pense que pour la qualité de vie, pour se sentir bien et avoir l'impression de faire quelque chose d'utilité, de voir le post opératoire c'est important », « c'est une satisfaction personnelle de voir le résultat de son travail »

MAR 2 :

- Oui, il y aurait une modification de nos anesthésies, sur les ALR proposés.
- Plus grande vigilance sur nos pratique per-opératoire.

« On se sentirait probablement plus investie en peropératoire si on savait que derrière on n'allait suivre nos patients »

CADRE SUP :

- Une présence IADE en post-opératoire, permettrait de modifier les pratiques et d'avantage anticiper l'analgésie. Permettrais de se rendre compte du levé des bloc et de la douleur des patients selon les prises en charge anesthésique.
- Retour d'expérience : se rendre compte de la satisfaction patient et de la qualité des soins fournies pour le bien être du patient.
- Importance de la diversification de l'activité en douleur, au CESU, au centre de simulation, en SMUR. Permet de donner du sens à son travail. *« Parce que le fait de diversifier ça donne aussi du sens à son travail, ça donne des ouvertures. »*
- Permettre d'anticiper les problématiques et de s'adapter aux patients

Accords :

- Les personnes interrogées sont d'accord pour dire qu'une prise en charge analgésique post-opératoire permettrait ensuite d'améliorer et d'affiner nos choix d'analgésie per-opératoire. Cadre1, MAR 1 et 2, Cadre sup.
- Permettrait une meilleure anticipation de l'analgésie et une adaptation des protocoles anesthésiques proposés, MAR1 et2, cadre sup.
- Ajustement des pratiques cadre 1, MAR2, Cadre sup.

- Satisfaction personnelle et professionnelle :
 - Cadre 1 « *il y a aussi tout ce côté confiance, retour d'expérience, effectivement mais aussi ... clôturer un acte* »
 - MAR 1 « *Je pense que pour la qualité de vie, pour se sentir bien et avoir l'impression de faire quelque chose d'utilité, de voir le post opératoire c'est important* », « *c'est une satisfaction personnelle de voir le résultat de son travail* »
- Selon MAR 2, un investissement professionnel plus fort : « *On se sentirait probablement plus investie en peropératoire si on savait que derrière on n'allait suivre nos patients* »

Divergences :

- Pour Cadre2, il serait plus intéressant de se positionner en pré-opératoire pour évaluer les patients en amonts de la chirurgie. Consultation IADE qui a été également soulevé par Cadre sup, cela permettrait un regard paramédicale pur, consultation qui serait en complément de la consultation d'anesthésie. Permettre de diminuer l'angoisse et donc la douleur, proposer des techniques de soins complémentaires, ...
 - Pour Cadre Sup, il est nécessaire pour les IADE d'être impliqué dans d'autres domaines comme la douleur, la formation ou le SMUR pour permettre de donner du sens à son travail.
- ⇒ Une double implication per-opératoire et post-opératoire permettrait aux IADE d'optimiser leurs pratiques professionnelles anesthésiques, d'améliorer la gestion de la douleur per et postopératoire et de renforcer leur implication professionnelle, ce qui permettrait un meilleur épanouissement tant professionnel que personnel. En plus de cela, il est discuté de l'intérêt certain d'une consultation IADE préopératoire pour mieux anticiper les prises en charges selon les besoins des patients.

Question N° 5 : Existe-il selon vous un intérêt médico-économique et institutionnelle à faire cette visite d'évaluation analgésique par un IADE plutôt qu'un autre professionnel ?

CADRE 1 :

- N'a pas de certitude, ne peut pas répondre à la question.

CADRE 2 :

- Economique : Non car le passage d'un IADE en post-opératoire ne se soustrait pas à l'avais médical. Facturation du temps médical et création d'une activité avec facturation du temps IADE surajouté.
- Activité qui ramène de l'argent peut être : visite post-opératoire pour évaluer la douleur permet une diminution de la consommation de morphinique
- Limite les déplacements médicaux pour des taches adaptés aux IADE : formations des IDE concernant les dispositifs médicaux
- Plus-value dans la qualité et la sécurité des soins. Un acteur en plus dédié au patient, une double vérification des dispositifs médicaux et leurs programmations.

« Dans une logique médico-économique à mon avis on n'est pas rentable » « Je pense qu'on a une plus-value dans la qualité et la sécurité, ça c'est indéniable »

MAR 1 :

- IADE coute moins cher qu'un MAR mais pas de prescription possible
- Nécessite de quantifier la satisfaction du patient

MAR 2 :

- N'est pas certain. Dégagement de temps médical mais intervention IADE et dans tous les cas au final intervention médicale.

CADRE SUP :

- Sur le plan financier, mettre un IADE sur un poste hors bloc va couter de l'argent. Mais une mauvaise gestion de l'analgésie peut conduire à une ré-hospitalisation ou à un prolongement d'hospitalisation, eux aussi responsable d'un cout financier. Nécessite une étude fine pour calculer le bénéfice financier de cette prise en soin, le calcul de la durée moyenne de séjour.
- D'un point de vue humain la question ne se pose même pas il est évident que c'est un bénéfice.
- Intérêt financier avec l'existence d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui sont des incitations financières à la qualité et qui permettent aux établissements d'avoir de l'argent en plus si ces indicateurs sont validé.
- Intérêt pour la validation de la certification des établissements de santé, la douleur reste un élément de critère principal.

« Donc la qualité c'est évidemment ça a un coût, mais ça a aussi des bénéfices secondaire » « il y a vraiment un intérêt financier pour l'établissement de bien prendre en charge les douleurs. Mais c'est difficile de l'évaluer aujourd'hui. »

Peu d'harmonie dans les réponses des personnes interrogées concernant l'intérêt médico-économique :

- Cadre 1 et MAR 2 ne sont pas certain
- Pour Cadre 2 et MAR 2, il n'y a pas d'intérêt économique car le passage de l'IADE en post-opératoire ne se soustraira pas à un passage médical. Création d'une activité avec un coût surajouté.
- Possible économie financière par une meilleure gestion de l'analgésie et donc diminution de la consommation de morphinique, une meilleure rentabilité du temps médical qui ne se déplace qu'en cas de réel besoin et une possible diminution de la durée moyenne de séjour pour Cadre 2 et Cadre sup.
- Intérêt financier pour valider les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui sont des incitations financières à la qualité.
- Au niveau médical, MAR 1 pense que cela peut dégager du temps médical, mais MAR 1 et 2 et Cadre 2 reconnaît qu'une validation médicale et une prescription est nécessaire.

Cadre sup : « *Donc la qualité c'est évidemment ça a un coût, mais ça a aussi des bénéfices secondaire* » « *il y a vraiment un intérêt financier pour l'établissement de bien prendre en charge les douleurs. Mais c'est difficile de l'évaluer aujourd'hui.* »

Au niveau institutionnel :

- Cadre sup met en avant l'avantage d'une meilleure prise en charge analgésique des patients en postopératoire concernant la validation de la certification et la validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
 - Selon Cadre 2, une amélioration de la sécurité des soins via les IADE pour la gestion des dispositifs médicaux dans les services et une formation des IADE et une meilleure communication.
- ⇒ Le bénéfice humain pour le patient est reconnu, ainsi que l'amélioration institutionnel qui gagne un professionnel expert dans le parcours de soins patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Mais l'intérêt d'une visite postopératoire IADE n'est pas clairement établie, il n'y a pas de rentabilité immédiate mais peut être un profit économique sur le long terme est-il envisageable, grâce à une meilleure sécurité et qualité des soins, une diminution des temps de séjours hospitalier une validation des indicateurs qualité. Nécessite des études précises et fines.

Question N° 6 : souhaitez-vous aborder un autre point qui vous semble pertinent ?
<p>CADRE 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La priorité serait plutôt de former le personnel concernant l'analgésie pour promouvoir et améliorer la prise en charge de la douleur. <p>« <i>La formation du personnel de terrain sur la douleur est prioritaire par rapport à tout ce qui est besoin justement de prise en charge</i> »</p>
<p>CADRE 2 :</p> <p>« <i>Je pense que ce travail s'inscrit dans un travail plus global qui est la visite ... les consultations paramédicales</i> »</p> <p>« <i>savoir est-ce que on a une place en dehors des blocs ?</i> »</p>
<p>MAR 1 : pas de commentaires</p>
<p>MAR 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travailler en binôme en postopératoire est un plus, « <i>On n'apporte pas les mêmes choses je pense</i> »
<p>CADRE SUP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>Il faut à mon avis que les infirmiers et les médecins aussi soient sensibilisés et formés à la prise en charge de la douleur.</i> » - L'opposition aux IPA a fait perdre des opportunités à la profession - Intérêt de mettre en place une consultation IADE préopératoire

- ⇒ Cadre 1 et Cadre sup, mettent en avant la priorité de former et de sensibiliser le personnel dans les services (IDE et médecins) concernant l'analgésie.
- ⇒ Cadre 2 et Cadre sup, mettent en avant l'intérêt de mettre en place une consultation IADE préopératoire.

13.2 ANNEXE III : QUESTIONNAIRE GOOGLE FORMS

Etude de l'impact d'une présence IADE durant la période post-opératoire non immédiate

Bonjour,

Je suis étudiante IADE en 2ème année à l'école de Dijon.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je me suis intéressée à la place de l'IADE durant la période post opératoire non immédiat (au-delà de la SSPI) dans une volonté d'optimiser la gestion de l'analgésie des patients.

Tout au long de cette étude, nous nous questionnerons sur la période post opératoire. Il s'agit ici de la période au-delà de la SSPI, en effet la présence IADE en post opératoire immédiat y est déjà reconnue. Mon intérêt se porte sur l'intérêt de l'IADE en service à J1-J2 post opératoire, en tant que professionnel dédié à l'analgésie.

Ce questionnaire est adressé aux IADE, il est anonyme, confidentiel et prendra 10 min de votre temps. Vos réponses seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire.

Vous trouverez des questions avec des choix multiples et des questions ouvertes, je vous invite à écrire par mots clés si vous le désirez.

Merci de votre participation.

Pour toutes questions, contactez moi par mail : estelle.mincke@gmail.com

Estelle MINCKE

Indique une question obligatoire

1. Vous êtes *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

2. Depuis combien de temps êtes-vous IADE ? *

Une seule réponse possible.

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 10 ans

3. Vous travaillez dans *

Une seule réponse possible.

Un centre hospitalier

Un CHU

Une clinique privée

4. Quel est votre département ? (01 à 95) *

5. Avez-vous un diplôme universitaire complémentaire ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Si oui, précisez :

6. Dans votre établissement, les IADE sont-ils impliqués dans la prise en charge *
de la douleur postopératoire non immédiat ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Si oui, précisez :

L'implication IADE en post opératoire non immédiat

7. Avez-vous déjà été impliqué(e) dans la gestion de l'analgésie postopératoire *
en dehors de la SSPI (ex : ajustement de PCA, administration d'antalgiques,
évaluation de cathéter de péridural,...) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Si oui, précisez votre rôle :

8. Sur une échelle de 1 à 4, évaluez votre niveau d'implication actuel dans la *
gestion de la douleur en postopératoire au-delà de la SSPI.

Une seule réponse possible.

- 1 - Pas d'implication
 2 - Faible implication
 3 - Implication modérée
 4 - Forte implication
 Option 5

9. Souhaiteriez-vous être davantage impliqué(e) dans cette prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Pour quelle(s) raison(s) ? *

- i. 10. Quelles sont, selon vous les freins à une implication accrue des IADE dans * la gestion de la douleur en postopératoire au-delà de la SSPI ?

Plusieurs réponses possibles.

- Intérêt personnel limité pour cette thématique
- Temps professionnel insuffisant pour se consacrer à cette thématique
- Moyens institutionnels insuffisants
- Organisation institutionnelle peu adapté
- Connaissances insuffisantes sur le sujet
- Formations insuffisantes
- Sentiment d'un manque de légitimité
- Autre : _____

La plus value IADE en post opératoire non immédiat

- j. 11. Quels avantages identifiez-vous à la présence des IADE pour la gestion de * la douleur en postopératoire au-delà de la SSPI ?

Mots clés attendus

- k. 12. Quels éléments de la pratique IADE pourraient être une valeur ajoutée * concernant la gestion de la douleur en post opératoire au-delà de la SSPI ?

Plusieurs réponses possibles.

- Notre présence en per opératoire
- Nos connaissances pharmacologiques
- Nos connaissances d'anatomie et physiologie de la douleur
- Nos connaissances des chirurgies
- Nos connaissances des dispositifs médicaux
- La communication avec les IDE
- Notre collaboration avec les MAR
- Autre : _____

- l. 13. Pensez-vous que la présence IADE en post opératoire au-delà de la SSPI * permette une meilleure continuité des soins ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- m. 14. Pensez-vous que la présence IADE en post opératoire au-delà de la SSPI * permette de réduire le risque de douleurs mal contrôlées ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- n. 15. Estimez-vous qu'une implication des IADE en postopératoire au-delà de la * SSPI devrait justifier de formations complémentaires ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- o. Pour quelle(s) raison(s) ? *

L'amélioration des pratiques

16. Vous arrive-t-il de vous informer sur l'état postopératoire des patients que vous avez pris en charge en peropératoire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Pour quelle(s) raison(s) ? *

17. Pensez-vous qu'un suivi postopératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer vos pratiques peropératoires concernant l'analgésie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Argumentez votre réponse *

18. Selon vous, comment la double implication (périodes peropératoire et postopératoire) pourrait-elle enrichir vos pratiques professionnelles ?
Mots clés attendus *

Je vous remercie pour votre participation et vous souhaite une agréable journée.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

13.3 ANNEXE IV : TABLEAUX DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

13.3.1 Tableau question 5

Type de diplômes universitaire des participants dans la catégorie autre	
	n=32
Anesthésie réanimation obstétrical	3
Prise en charge des urgences vitales	3
Sante publique	3
Oxyologie	2
Phytothérapie et aromathérapie	2
Rapatriement sanitaire	2
CEC	1
Développement durable en santé	1
Désastre sanitaire	1
Droit paramédical	1
EER	1
Evacuation aérienne	1
Hygiène	1
Médecine tropicale	1
PHTLS (Pré Hospital Tauma Life Support)	1
Prise en charge du traumatise grave	1
Relationnel patient soignant conscient et inconscient	1
Sante au travail	1
Service de santé et de secours médical	1
Soins intensifs	1
Statistique	1
SSPI	1
Transport aérien	1

13.3.2 Tableau question 6

Type d'implication des IADE dans l'établissement concernant la prise en charge de la douleur post-opératoire non immédiat		
	n= 92	%
Implication dans une équipe / un centre douleur, référent douleur	42	45,7%
Surveillance et suivi des cathéters d'ALR et de péridurale	11	12,0%
Suivi post-opératoire effectué par l'IADE	10	10,9%
PCA : gestion, préparation, pose	9	9,8%
Administratif : participe aux instances (exemple CLUD)	4	4,3%
Déplacement à la demande des services pour gestion de l'analgésie	4	4,3%
Formation personnel PCA et PCEA	3	3,3%
Hypnose	3	3,3%
Maternité	3	3,3%
Suivi RAAC	3	3,3%

13.3.3 Tableau question 7

Rôle des participants lors de leur implication dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI		
	n= 353	%
PCA (installation, préparation et changement des poches, gestion du matériel)	102	28,9%
ALR, péridurale, cathéter périnerveux : aide à la pose, contrôle, réinjection, évaluation, gestion pompe, vérification, surveillance, ablation, obstruction)	49	13,9%
Services de soins (chirurgie, réanimation)	46	13,0%
Analgésie : évaluation de la douleur et gestion des traitements antalgiques	34	9,6%
Maternité, obstétrique, salle de naissance	24	6,8%
PCEA (installation, préparation et changement des poches, gestion matériel)	23	6,5%
Titration	22	6,2%
Formation IDE, Sage-femme, Patient	16	4,5%
Equipe / Unité / Référent douleur	10	2,8%
Avis, conseils, aide	6	1,7%
Demande ajustement des prescriptions aux MAR	5	1,4%
Accès veineux pour antalgie (midline et vvp)	4	1,1%
Hypnose	3	0,8%
SSPI pour améliorer l'analgésie	3	0,8%
Création protocole antalgique	2	0,6%
Dépistage douleur neuropathique	1	0,3%
MEOPA	1	0,3%
Soins palliatifs	1	0,3%
Pédiatrie	1	0,3%

13.3.4 Tableaux question 9

Raisons pour lesquelles les participants souhaitent être davantage impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI		
	n= 329	%
Rôle propre, compétences et connaissances IADE	45	13,7%
Suivi des patients en post opératoire	39	11,9%
Améliorer l'analgésie +/- post-opératoire	26	7,9%
Plus-value pour les patients et leur confort	23	7,0%
Améliorer la qualité des soins et de la prise en charge du patient	18	5,5%
Possède les connaissances : antalgiques, analgésie multimodale, chirurgies, techniques non médicamenteuse, la période per-opératoire, état psychologique du patient en pré-opératoire	15	4,6%
Feedback sur les prises en charges per-opératoires	14	4,3%
Formation IDE, conseils et soutien	14	4,3%
Continuité des soins et de la prise en charge	12	3,6%
Améliorer les pratiques per-opératoire	11	3,3%
Questionner nos pratiques professionnelles et repenser nos prises en charge	11	3,3%
Prise en charge globale, parcours de soins	10	3,0%
Diversification des pratiques, stimulation professionnelle	10	3,0%
Expertise	9	2,7%
Acquisition de compétences supplémentaires	8	2,4%
Expertise IADE prise en charge de douleur aiguë et chronique	6	1,8%
Transversale : rôle pivot / coordination entre bloc opératoire et service	6	1,8%
Valorisation professionnelle	6	1,8%
Intérêt professionnel	5	1,5%
Améliorer la prévention de la chronicisation des douleurs	4	1,2%
Meilleure évaluation de la douleur	4	1,2%
Education thérapeutique du patient	3	0,9%
Limite durée hospitalisation	3	0,9%
Etendre rôle IADE péri-opératoire	3	0,9%
Utiliser le DU douleur	3	0,9%
RAAC	3	0,9%
Manque de suivi et d'évaluation de la douleur	3	0,9%
Manque de connaissances IDE	2	0,6%
Gestion analgésie post-opératoire par les chirurgiens non optimale	2	0,6%
Feedback patient sur la période per et post-opératoire immédiate	1	0,3%
Utilisation antalgique palier 2 et 3 facilement	1	0,3%
Implication dans la période post-opératoire	1	0,3%
Relationnel patient	1	0,3%
Détection précoce des complications	1	0,3%

Plus-value pour les services de soins	1	0,3%
Manque de personnel dans les services de soins	1	0,3%
Permet d'évaluer les protocoles	1	0,3%
MAR non présent en post-opératoire : pas d'évaluation analgésie	1	0,3%
Manque de reconnaissance professionnelle par les MAR	1	0,3%
Manque d'actualisation des connaissances des MAR concernant la gestion de la douleur post-opératoire	1	0,3%

Raisons pour lesquelles les participants ne souhaitent pas être davantage impliqué dans la gestion de l'analgésie post-opératoire en dehors de la SSPI

	n= 220	%
Manque de temps	28	12,7%
Equipe dédiée existante	23	10,5%
Charge de travail importante	19	8,6%
Rôle du MAR (prescription, ALR, posologie, antalgique, ...)	16	7,3%
Manque de ressources humaines	14	6,4%
Pas / peu d'intérêt pour le sujet	13	5,9%
Limites institutionnelles, organisationnelles	12	5,5%
Rôle IDE	10	4,5%
Nécessite un temps dédié	10	4,5%
Pas de nécessité d'une présence IADE en post-opératoire	9	4,1%
Autres intérêts / investissements professionnels	8	3,6%
IDE dans les services formées et compétentes	8	3,6%
Pas de volonté d'investissement	6	2,7%
Gestion par les services suffisant	6	2,7%
Souhait de rester dans le bloc opératoire	5	2,3%
Le MAR effectue le suivi post-opératoire	5	2,3%
Manque de formation, connaissances, compétences	4	1,8%
Marge de manœuvre faible en post-opératoire non immédiat	4	1,8%
Chronophage	3	1,4%
Essor de la chirurgie ambulatoire	2	0,9%
Appel des services si besoin, aide ponctuelle	2	0,9%
Risque déresponsabilisation des IDE concernant la prise en charge de l'analgésie	2	0,9%
Nécessite un DU douleur	2	0,9%
Concerne le chirurgien	2	0,9%
Ne pas faire partie d'une équipe douleur	1	0,5%
Pas de projection professionnelle	1	0,5%
Interruption de tâches	1	0,5%
Déjà beaucoup de responsabilités	1	0,5%
Perfectionner per-opératoire avant	1	0,5%
Mauvaise collaboration avec les MAR	1	0,5%
Pas d'intérêt pour le patient	1	0,5%

13.3.5 Tableau question 10

Autres freins identifiés à l'implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 43	%
Refus des MAR, frein médical	9	20,9%
Exclusivité médicale	7	16,3%
Manque effectifs IADE	5	11,6%
Volonté institutionnelle	4	9,3%
Mal perçu par les équipes de soins paramédicaux	3	7,0%
Nécessité de prescription	2	4,7%
Meilleure gestion par les IDE	2	4,7%
Compétences IADE non utiles à ce niveau	2	4,7%
Nécessité création de temps dédié	1	2,3%
Désintérêt des MAR pour cette période	1	2,3%
Conflits avec médecin	1	2,3%
Manque de rentabilité	1	2,3%
Pas de protocole dédié créé	1	2,3%
Sectoriser l'activité	1	2,3%
Cadre réglementaire limitant	1	2,3%
Manque d'intérêt des IADE pour le post-opératoire	1	2,3%
Nécessite un DU douleur pour participer à cette gestion	1	2,3%

13.3.6 Tableau question 11

Avantages identifiés à l'implication accrue des IADE dans la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n=722	%
Connaissances : physiologie, pharmacologie, analgésie, évaluation, chirurgie, per-opératoire, matériel, ALR	139	19,3%
Meilleure prise en charge de l'analgésie post-opératoire	48	6,6%
Compétence IADE (gestion de la douleur) et légitimité	42	5,8%
Expertise IADE	35	4,8%
Aucun ou très peu	33	4,6%
Suivi patient	26	3,6%
Satisfaction du patient : réassurance, confort, qualité	22	3,0%
Formation des soignants, conseils	21	2,9%
Continuité des soins	20	2,8%
Formation IADE spécialisée	19	2,6%
Evaluation et amélioration de nos pratiques per et post-opératoire	18	2,5%
Optimiser la prise en charge globale du patient et de sa douleur	18	2,5%
Temps dédié à cette thématique	17	2,4%
Ecoute, aide	16	2,2%
Disponibilité	15	2,1%
Connaissance et mise en pratique de thérapies complémentaires non médicamenteuses : hypnose, RESC	15	2,1%
Liens avec le bloc, les services, les MAR	14	1,9%
Rapidité d'action, réactivité	14	1,9%
Adaptabilité	12	1,7%
Adaptation des thérapeutiques	12	1,7%
Libérer du temps médical	12	1,7%
Qualité	11	1,5%
RACC : retour domicile plus rapide, limite temps hospitalisation	11	1,5%
Efficacité / Efficience	9	1,2%
Expérience	9	1,2%
Valorisation professionnelle	9	1,2%
Prise en charge adaptée et personnalisée	8	1,1%
Sécurité	8	1,1%
Analgésie multimodale	7	1,0%
Approche paramédicale	7	1,0%
Implications	7	1,0%
Technicité	7	1,0%
Autonomie	6	0,8%
Optimisation	6	0,8%

Anticiper	4	0,6%
Education patient	4	0,6%
Prévenir, repérer, diminuer les douleur chroniques	4	0,6%
Prise en charge pluridisciplinaire	4	0,6%
Soulager charge de travail des IDE	4	0,6%
Ne sais pas	4	0,6%
Développer des compétences	3	0,4%
Polyvalence	3	0,4%
Sensibilisation, prévention à la douleur	3	0,4%
Collaboration	2	0,3%
Maitrise	2	0,3%
Mise en application du DU douleur	2	0,3%
Stimulation professionnelle	2	0,3%
Surveillance adaptée	2	0,3%
Désinvestissement IDE - perte d'analyse et d'expertise	2	0,3%
Economie (temps IADE moins couteux)	1	0,1%
Meilleure gestion des cathéters d'analgésie	1	0,1%
Pas de recul sur le sujet	1	0,1%
Fait par MAR	1	0,1%

13.3.7 Tableau question 12

Autres valeurs ajoutées de la pratique IADE concernant la gestion de la douleur en post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 30	%
Pratique des techniques complémentaires	5	16,7%
Aucune	4	13,3%
Diplôme IADE	3	10,0%
Notre approche relationnelle du patient	3	10,0%
Collaboration médicale	2	6,7%
Concerne toutes les professions	2	6,7%
Ne sait pas	2	6,7%
Prise en charge péri-opératoire	2	6,7%
Autonomie	1	3,3%
Capacité d'adaptation	1	3,3%
Esprit d'initiative	1	3,3%
Gestion des risques	1	3,3%
Réactivité	1	3,3%
Réponse non interprétable	1	3,3%
Sensibilité de soignant	1	3,3%

13.3.8 Tableaux question 15

Raisons pour lesquelles les participants estiment qu'une formation complémentaire est nécessaire pour la gestion de la douleur en prise en charge post-opératoire au-delà de la SSPI		
	n= 319	%
Connaissances à approfondir : douleur post-opératoire, chronique, aiguë, prévention chronicisation, traitements spécifiques, pharmacologie, physiologie	60	18,8%
DU douleur : nécessité, supériorité, plus-value	45	14,1%
Actualisation des connaissances	44	13,8%
Formation initiale IADE à approfondir pour une nouvelle fonction	29	9,1%
Pratique non médicamenteuse formation : Hypnose, RESC	16	5,0%
Analgesie post-opératoire différente du per-opératoire	14	4,4%
Meilleure prise en charge	13	4,1%
Réactualisation des dernières recommandations, technique, molécule	12	3,8%
Formation continue nécessaire	11	3,4%
Améliorer les compétences et pratiques	10	3,1%
Communication	9	2,8%
Légitimer nos interventions	6	1,9%
Expertise	5	1,6%
Uniformiser les savoirs et les pratiques, reproductibilité	5	1,6%
Protocole de prescription, de coopération	4	1,3%
Améliorer la prise en charge ALR	2	0,6%
Autonomie professionnelle	2	0,6%
La douleur est un sujet complexe	2	0,6%
Droit légal de prescription	2	0,6%
Manque de connaissance	2	0,6%
Meilleur suivi	2	0,6%
Mise en place et actualisation de protocole antalgique	2	0,6%
Optimiser analgésie péri-opératoire	2	0,6%
Pratique avancée pour une autonomie de gestion des antalgiques	2	0,6%
Reconnaissance	2	0,6%
Analgésie multimodale à mettre en place	1	0,3%
Analyse et retours d'expérience	1	0,3%
Approche multi-disciplinaires	1	0,3%
Connaitre l'organisation et missions attendues	1	0,3%
Délégation de compétences pour le droit de prescription	1	0,3%
Diplôme pour reconnaissance et autonomie professionnelle	1	0,3%
Formation des IDE	1	0,3%

IADE non prescripteur	1	0,3%
Lien avec CLUD	1	0,3%
Ne sait pas	1	0,3%
Pédagogie	1	0,3%
Perte de connaissance sans pratique	1	0,3%
Plus grande implication	1	0,3%
Sécurité	1	0,3%
Collaboration MAR	1	0,3%
Nécessite un médecin	1	0,3%

Raisons pour lesquelles les participants estiment qu'une formation complémentaire n'est pas nécessaire pour la gestion de la douleur en prise en charge post-opératoire au-delà de la SSPI

	n= 147	%
Formation IADE initiale suffisante	65	44,2%
Connaissances et compétences acquises	28	19,0%
Expérience professionnelle	8	5,4%
Pas d'intérêt, pas d'utilité, pas de nécessité	6	4,1%
Connaissances IDE suffisantes	4	2,7%
Pas d'avis	4	2,7%
Plus pertinent de former : Interne, IDE, AS	3	2,0%
Rôle médical	3	2,0%
Pas d'intérêt d'avoir un IADE post-opératoire	3	2,0%
Equipe douleur ou consultation douleur plus pertinente	2	1,4%
Travail sur prescription et sous responsabilité du MAR	2	1,4%
Organisation institutionnelle compliquée	2	1,4%
Temps dédié plus nécessaire que formation	2	1,4%
Possibilité de formation si souhait	2	1,4%
Etude IADE assez longue	1	0,7%
Facilité de communication avec MAR	1	0,7%
Pratique : Gestion de la douleur acquise	1	0,7%
Pas de pouvoir de prescription	1	0,7%
Nécessité médicale pour soulager l'analgésie	1	0,7%
Hors rôle IADE	1	0,7%
Communication pluridisciplinaire nécessaire	1	0,7%
Evaluation selon les besoins de formations de chacun	1	0,7%
On ne réinvente pas la gestion péri-opératoire	1	0,7%
Autres professionnels avec un DU douleur plus efficace qu'IADE non impliqué volontairement	1	0,7%
DU douleur intégré dans certaines formations	1	0,7%
Assez de champs d'actions à défendre	1	0,7%
Problème réglementaire	1	0,7%

13.3.9 Tableaux question 16

Raisons pour lesquelles les participants s'informent de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire		
	n= 458	%
Evaluer les pratiques et les prises en charge per-opératoire (analgésie suffisante, qualité d'anesthésie, efficacité des thérapeutiques)	101	22,1%
Selon contexte : chirurgie lourde, patient compliqué, complications per ou post-opératoire, cas atypique ou grave, hyperalgésie	94	20,5%
Connaitre le devenir du patient, suivi du patient	58	12,7%
Amélioration des pratiques professionnelles	36	7,9%
Curiosité intellectuelle et/ou professionnelle	28	6,1%
Intérêt personnel et/ou professionnel	23	5,0%
Conscience et responsabilité professionnelle	14	3,1%
Evaluer la satisfaction et le confort des patients	14	3,1%
Empathie, compassion	13	2,8%
Connaitre les suites opératoire et complications chirurgicales	12	2,6%
Soucis de continuité des soins / de prise en charge	12	2,6%
Satisfaction professionnelle et/ou personnelle	9	2,0%
Qualité de prise en charge, personnalisation	6	1,3%
Implication	4	0,9%
Prise en charge en globalité	4	0,9%
Retour d'informations concernant les situations compliquées	4	0,9%
Retour d'expérience sur le per et post-opératoire	3	0,7%
SSPI uniquement	3	0,7%
Finaliser la prise en charge	2	0,4%
Impact du pré et du per-opératoire sur le post-opératoire	2	0,4%
Evaluer les nouvelles techniques : OFA, chirurgie robotique	2	0,4%
Rare	2	0,4%
Réajuster	2	0,4%
Suivi RAAC	2	0,4%
Suivi péridurale, ALR	2	0,4%
Aide à la gestion de la douleur avec moyens non pharmacologiques : hypnose	2	0,4%
Reflet de la qualité du travail per-opératoire	1	0,2%
Débriefing avec le MAR	1	0,2%
Facilité institutionnelle	1	0,2%
Habitude professionnelle	1	0,2%

Raisons pour lesquelles les participants ne s'informent pas de l'évolution de l'état des patients en post-opératoire

	n= 82	%
Manque de temps	36	43,9%
Turn-over important	6	7,3%
Pas d'accès aux dossiers patients	6	7,3%
Peu d'intérêt	5	6,1%
En dehors de mon champ d'action, pas de légitimité	4	4,9%
Pas de suivi des patients	3	3,7%
Continuité des soins par le service et personnel formé	3	3,7%
Pas de communication avec les services ou les médecins	3	3,7%
Cloisonnement	2	2,4%
Pas d'apport pour le patient	2	2,4%
Ne sais pas	2	2,4%
Pas de continuité dans les soins	1	1,2%
Pas concernant la douleur	1	1,2%
Beaucoup d'ambulatoire	1	1,2%
Moyen de protection	1	1,2%
En dehors de la légalité	1	1,2%
Organisation non adaptée	1	1,2%
Nécessité d'une consultation organisée	1	1,2%
Voyeurisme	1	1,2%
Pas de possibilité	1	1,2%
Manque de personnel	1	1,2%

13.3.10 Tableaux question 17

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI pourrait influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie		
	n= 326	%
Remise en cause / réajustement / Amélioration de la pratique professionnelle per-opératoire	60	18,4%
Meilleure adaptation des thérapeutiques per-opératoire	54	16,6%
Evaluer / Analyser nos prises en charge per-opératoire, nos pratiques	38	11,7%
Feedback, retour d'expérience des prises en charges per opératoire	26	8,0%
Meilleure anticipation de l'analgésie	19	5,8%
Meilleure gestion de la prise en charge analgésique péri-opératoire	17	5,2%
Optimiser / Améliorer / Adapter les prises en charges per-opératoire	17	5,2%
Concernant l'ALR	12	3,7%
Réajustement des protocoles	9	2,8%
Découverte d'éléments méconnus du post-opératoire (sommolence, nausée, douleur)	8	2,5%
Impact du pré et per-opératoire sur le post-opératoire	8	2,5%
Sensibilisation à la prise en charge de la douleur	8	2,5%
Force de proposition thérapeutique	7	2,1%
Meilleur suivi	6	1,8%
Connaissance des effets antalgique à long terme	5	1,5%
Identifier les douleurs post-opératoire	5	1,5%
Expérience	4	1,2%
Implication	4	1,2%
Logique	3	0,9%
Sensibilisation aux douleurs neuropathiques, risque de chronicisation	3	0,9%
Continuité	2	0,6%
Evaluer impact de l'OFA	2	0,6%
Meilleure compréhension de l'organisation et des problématiques de service	2	0,6%
Plus attentif aux prescriptions post-opératoires	2	0,6%
Connaissance du post-opératoire immédiat seulement	1	0,3%
Effet secondaire de l'hyperalgésie	1	0,3%
Motivation	1	0,3%
Prise en charge holistique	1	0,3%
Réflexivité	1	0,3%

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'un suivi post-opératoire au-delà de la SSPI ne pourrait pas influencer leurs pratiques per-opératoires concernant l'analgésie

	n= 144	%
Analgésie per-opératoire réalisée de manière optimale et personnalisée	28	19,4%
Pas de justification apportée	23	16,0%
Relève de la gestion médicale, IADE sous tutelle médicale	17	11,8%
Estime faire le maximum, tout ce qui est en son pouvoir en per-opératoire pour le confort du patient	16	11,1%
Existence de protocole d'anesthésie et d'analgésie décidé par le MAR	7	4,9%
Analgésie multimodale adaptée au bloc	6	4,2%
La prise en charge serait identique	6	4,2%
Analgésie per-opératoire classique et commune	5	3,5%
Difficulté de communication avec les MAR	5	3,5%
Douleur post SSPI est gérable par les services	4	2,8%
Evaluation des pratiques par le feedback des services et médecins	4	2,8%
Analgésie n'est pas une science exacte, différente pour chaque patient	2	1,4%
Concerne l'équipe douleur	2	1,4%
Deux prises en charges différentes	2	1,4%
L'évaluation en SSPI suffit	2	1,4%
IADE non prescripteur	2	1,4%
Nécessite plutôt une gestion pré et per-opératoire	2	1,4%
Prise en charge ciblée de l'analgésie en per-opératoire	2	1,4%
Les périodes post-opératoire et per-opératoire ne s'influencent pas	2	1,4%
Action non menée donc réponse incertaine	1	0,7%
Au-delà de 48h plus d'actions des produits utilisés en per-opératoire	1	0,7%
Gestion compliquée	1	0,7%
L'objectif du per-opératoire est le confort	1	0,7%
Tout ne s'anticipe pas en per-opératoire	1	0,7%
Trop d'autres facteurs influençant	1	0,7%
Utopique	1	0,7%

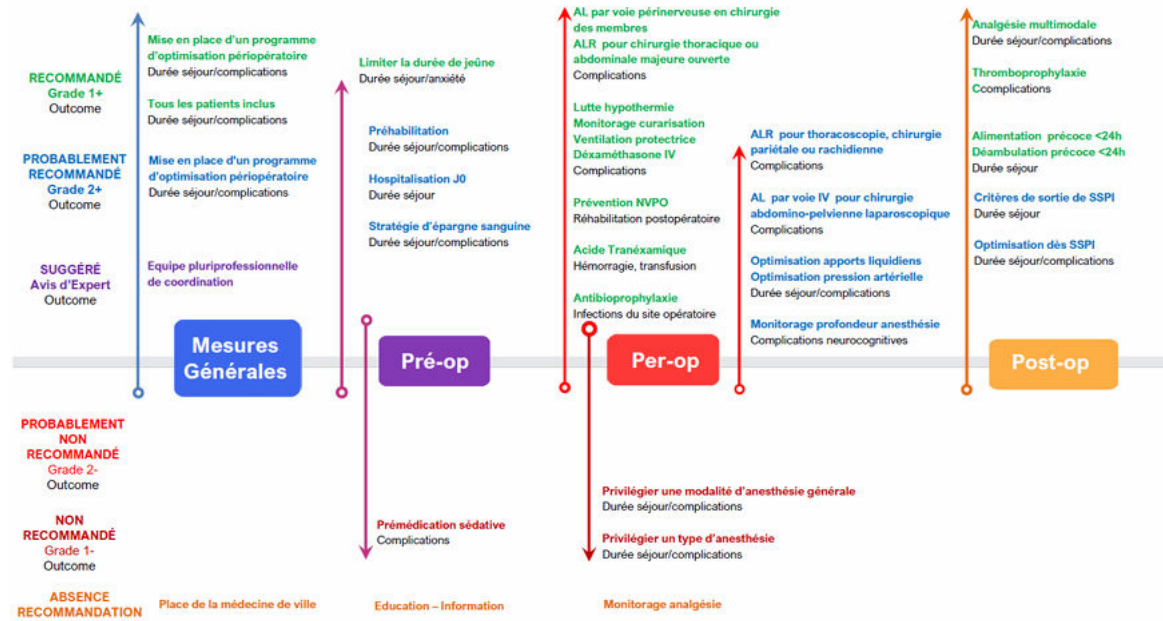
13.3.11 Tableau question 18

Raisons pour lesquelles les participants pensent qu'une double implication (Périodes per-opératoire et post-opératoire) enrichie ou non leurs pratiques professionnelles		
	n= 578	%
Prise en charge globale et optimale	45	7,8%
Suivi patient	41	7,1%
Evaluation/ Remise en question des pratiques professionnelles	37	6,4%
Amélioration et évolution des pratiques professionnelles	35	6,1%
Ne sais pas	27	4,7%
Compétences et connaissances améliorées	26	4,5%
Améliorer la qualité de la prise en charge : analgésie, globale, ...	25	4,3%
Continuité des soins et des prises en charge	25	4,3%
Meilleure gestion des thérapeutiques	24	4,2%
Peu ou pas du tout d'intérêt professionnel	16	2,8%
Retours d'expériences sur nos pratiques per-opératoire	15	2,6%
Adaptation	14	2,4%
Améliorer les liens avec les services, travail d'équipe	13	2,2%
Enrichissement professionnel	13	2,2%
Champ de compétences élargies	10	1,7%
Connaissance douleur post-opératoire	10	1,7%
Redondance de la question	10	1,7%
Anticipation	9	1,6%
Implication plus importante	9	1,6%
Reconnaissance professionnelle	9	1,6%
Question non comprise	9	1,6%
Confort, satisfaction et bien être patient	8	1,4%
Expérience	8	1,4%
Formation	8	1,4%
Satisfaction	8	1,4%
Valorisation professionnelle	8	1,4%
Acteurs dans le parcours de soins patient, RAAC	7	1,2%
Protocoles adaptés, réactualisés	7	1,2%
Qualité des soins	7	1,2%
Communication professionnelle améliorée	6	1,0%
Diversification, polyvalence	6	1,0%
Expertise	6	1,0%
Efficacité	5	0,9%

Accomplissement du travail, boucle fermée	4	0,7%
Diminution / prévention de l'hyperalgésie et des douleurs chroniques	4	0,7%
Holistique	4	0,7%
Relationnel avec les patients	4	0,7%
Evolution professionnelle	3	0,5%
Humanisé nos soins	3	0,5%
Impact de la prise en charge per-opératoire sur le post-opératoire	3	0,5%
Personnes ressources, référent douleur	3	0,5%
Sortir du bloc	3	0,5%
Transversalité	3	0,5%
Apprentissage en continue	2	0,3%
Approche pluriprofessionnelle	2	0,3%
Complémentaire	2	0,3%
Epanouissement professionnel	2	0,3%
Gestion péri-opératoire de la douleur et du stress	2	0,3%
Logique	2	0,3%
Prise en charge de la douleur plus rapide	2	0,3%
Réflexivité	2	0,3%
Renforcer rôle IADE dans les services de soins	2	0,3%
Sensibilisation	2	0,3%
Gestion suffisante par les services	2	0,3%
Actualisation des connaissances	1	0,2%
ALR	1	0,2%
Autonomie	1	0,2%
Collaboration	1	0,2%
Curiosité intellectuelle	1	0,2%
Légitimité	1	0,2%
Meilleure accompagnement psychologique, réassurance	1	0,2%
Moins de pertes d'informations lors des transmissions	1	0,2%
Pas de routine de travail	1	0,2%
Prescription	1	0,2%
Salaire	1	0,2%
Sécurité des soins	1	0,2%
Variété professionnelle	1	0,2%
Utile pour travailler en réanimation	1	0,2%
Théorie seulement	1	0,2%
Impossible à réaliser : institution, fonctionnement	1	0,2%

RFE Programme d'Optimisation Périopératoire – Socle Commun

Critères d'évaluation: durée de séjour / réduction des complications



(18)

Mémoire présenté par : Mincke Estelle, Promotion 2023-2025

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Infirmier Anesthésiste grade Master

Optimisation de l'analgésie péri-opératoire : quelle place pour l'IADE en post-opératoire non immédiat ?

Introduction : La gestion de l'analgésie per-opératoire repose sur le binôme Médecin anesthésiste Réanimateur/ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat. Pourquoi ne pas prolonger celle-ci en post-opératoire non immédiat afin d'optimiser la gestion de la douleur ? Quels freins limitent l'élargissement du champ d'actions des IADE ? Une consultation IADE post-opératoire dédiée à l'analgésie représenterait-elle une plus-value pour le patient, le professionnel de santé et l'établissement ?

Méthodes : Une enquête quantitative nationale par questionnaires (440 réponses IADE) et une enquête qualitative monocentrique (cinq entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé et MAR) ont été menées entre janvier et mars 2025.

Résultats : L'implication des IADE dans la gestion de l'analgésie post-opératoire non immédiate demeure marginale. Seul 56% d'entre eux souhaitent s'investir davantage dans cette gestion, une volonté freinée principalement par des contraintes structurelles et organisationnelles.

Leurs connaissances et compétences sont reconnues comme des atouts pour cette prise en charge par les cadres, les MAR et les IADE. Leur expertise permettrait une meilleure continuité des soins, une diminution des douleurs mal contrôlées et une amélioration qualitative du parcours patient.

Ce suivi renforcerait également la culture d'auto-évaluation, l'amélioration des pratiques professionnelles et le développement de l'expertise des IADE dans des domaines spécifiques telle que la douleur. Il pourrait aussi renforcer la qualité du parcours patient, fluidifier les échanges interprofessionnels et favoriser une meilleure satisfaction des soignants comme des patients.

Son intérêt institutionnel et qualitatif est confirmé mais une évaluation reste nécessaire concernant sa pertinence médico-économique.

Conclusion : Une évolution des pratiques, incluant les IADE en péri-opératoire contribuerait à l'amélioration de la qualité des soins et améliorer la gestion de l'analgésie. Pour ce faire, il semble nécessaire de recevoir un soutien institutionnel, des formations et un temps dédié pour permettre une continuité de la collaboration MAR/IADE péri-opératoire au service de l'optimisation de l'analgésie.

Mots-clés : Analgésie, Post-opératoire, IADE, Optimisation.

Optimizing perioperative analgesia: what role the anesthetist nurse can play in non-immediate postoperative care?

Introduction: The management of intraoperative analgesia relies on the anesthesiologist/anesthetist nurse partnership. Why not extend this to the non-immediate postoperative period to optimize pain management? What are the obstacles to extend the scope of anesthetist nurse's activities? Would a postoperative consultation with an anesthetist nurse dedicated to analgesia represent an opportunity for the patient, the healthcare professional and the establishment?

Methods: A national quantitative survey, carried by questionnaires (440 responses from anesthetist nurses) and a single-center qualitative survey (five semi-structured interviews with health executives and anesthesiologists) were conducted between January and March 2025.

Results: Anesthetist nurses involvement in the management of non-immediate postoperative analgesia remains marginal. Only 56% of them would like to become more involved in this area, a desire hindered mainly by structural and organizational constraints.

Their knowledge and skills are recognized as assets in this area by health executives, anesthesiologist and anesthetist nurses. Their expertise would enable better continuity of care, a reduction in poorly controlled pain and a qualitative improvement in the patient care.

This follow-up would also reinforce the culture of self-assessment, the improvement of professional practices and the development of anesthetist nurses expertise in specific areas such as pain management.

It could also enhance the quality of patient care, facilitate inter-professional exchanges and promote greater satisfaction of healthcare professionals and patients.

Its institutional and qualitative value is confirmed, but its medico-economic relevance needs to be assessed.

Conclusion: A change in practices, including perioperative anesthetist nurses, would contribute to improving the quality of care and the management of analgesia. To achieve this, it is necessary to receive institutional support, trainings and dedicated time to enable continuity in perioperative anesthesiologist/anesthetist nurse collaboration to optimize analgesia.

Key words: Analgesia, Post-operative, anesthetist nurse, Optimization.