

## Quelle place pour l'IADE en post-opératoire ?

Karine LENOIR<sup>1</sup>, Marina BIS<sup>2</sup>, Lydie MERCIER<sup>2</sup>, Liliane FERNANDEZ<sup>3</sup>, Fabrice LEDOUX<sup>4</sup>, Docteur Laetitia FRANCK<sup>5</sup>, Professeur Julien BORDES<sup>6</sup>

Equipe Mobile Douleur Aigue, Service d'anesthésie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne, 2 Boulevard Sainte-Anne, BP 600, 83800 TOULON Cedex 9

<sup>1</sup> IADE, Référent Douleur du Service d'Anesthésie de l'HIA Sainte ANNE

<sup>2</sup> IADE(s) de l'Equipe Mobile Douleur Aigue de l'HIA Sainte ANNE

<sup>3</sup> IDE de l'Equipe Mobile Douleur Aigue de l'HIA Sainte ANNE

<sup>4</sup> IADE Cadre Supérieur de Santé de la Fédération d'anesthésie réanimation, et coordinateur des activités transversales de l'HIA Sainte ANNE

<sup>5</sup> Médecin Anesthésiste Réanimateur Algologue de l'HIA Sainte ANNE

<sup>6</sup> Médecin Anesthésiste Réanimateur Chef du Service d'Anesthésie de L'HIA Sainte ANNE

Auteur correspondant : Karine LENOIR  
Email : karine1.lenoir@intradef.gouv.fr

Conflits d'intérêts : aucun

### Points Essentiels

- L'augmentation de la proportion de chirurgie réalisée en ambulatoire explique une augmentation de la charge en soins dans les secteurs chirurgicaux d'hospitalisation conventionnelle où se concentrent les patients « lourds ».
- La prise en charge de la douleur aiguë postopératoire représente un enjeu important pour les établissements de santé.
- La prise en charge de la douleur postopératoire doit répondre à des critères d'efficacité, de limitation de l'utilisation des morphiniques, et de limitation du risque de chronicisation.
- Le dépistage des patients à risque de douleur chronique post-chirurgicale peut être réalisé dès la période postopératoire, pendant l'hospitalisation.
- La création d'une Equipe Mobile Douleur Aiguë permet d'évaluer l'efficacité des stratégies analgésiques, d'instaurer une dynamique d'amélioration des pratiques, et de favoriser la communication entre les services de chirurgie et les services d'anesthésie.

## **Introduction**

En 2012, Jacques Fusciardi et Jean-Etienne Bazin [1] posaient la question de la possibilité de l'IADE en dehors de l'anesthésie, étant sous-entendu en dehors du bloc opératoire. Le domaine de la douleur était déjà cité comme un champ d'expertise possible.

Le Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 [2] précise les champs de compétence de l'IADE, notamment dans le domaine de la prise en charge de la douleur. Il y est souligné que l'IADE peut intervenir sous le contrôle exclusif d'un MAR (Médecin Anesthésiste-Réanimateur), en vue de la prise en charge de la DPO (Douleur Post-opératoire). La SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation) a interprété ce décret ainsi : « la possibilité pour l'IADE d'intervenir, sous le contrôle exclusif d'un anesthésiste-réanimateur en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire. L'idée est de laisser la possibilité de la gestion de la douleur périopératoire, en particulier avec des techniques invasives comme les cathéters d'anesthésie locorégionale aux IADE. Clairement, si on a une équipe mobile douleur postopératoire, c'est la compétence des IADE qui est demandée. » [3]

La refonte du programme de la formation initiale [4] et l'obligation de la formation continue convergent dans ce sens. La HAS (Haute Autorité de Santé) précise les objectifs du DPC (Développement Personnel Continu) comme : « le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice. » [5] Le DPC réglementé par l'Arrêté du 8 décembre 2015 [6] fixe que pour les IADEs l'orientation des formations doit être la douleur. Il apparaît ainsi que la prise en charge de la DPO est le domaine d'intervention privilégié de l'IADE en dehors de bloc opératoire.

### **1. Caractéristiques de la douleur postopératoire**

La durée et l'intensité de la DPO varient en fonction des interventions (cf Tableau 1) [7].

Dans le cadre de la modernisation de la politique de notre système de santé, la chirurgie ambulatoire a connu un essor important ces dernières années. Le taux global de cette modalité de prise en charge (séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours) est passé de 47,9 % en 2013 à 55,9 % en 2017 [8]. Le développement de cette activité a comme conséquence une concentration des patients « lourds » dans les secteurs chirurgicaux, ceux pour lesquels la

chirurgie ne peut être réalisée en ambulatoire et/ou ceux dont le terrain ne permet pas cette modalité de prise en charge. L'autre conséquence est une augmentation de la charge en soins de ces secteurs, avec parfois une moindre disponibilité des équipes paramédicales pour la prise en charge spécifique de la douleur. Ce constat justifie l'intervention d'équipes spécialisées venant « épauler » les infirmières des services. C'est le cas de l'équipe mobile douleur postopératoire.

Ce besoin est d'autant plus nécessaire que la douleur est un symptôme dont l'absence d'optimisation de prise en charge optimale influence la morbi-mortalité postopératoire. Prenons l'exemple d'un patient opéré d'une chirurgie abdominale sus-mésocolique par laparotomie. Il est bien montré que la douleur inhibe l'arc réflexe diaphragmatique, et limite la capacité de toux, favorisant la formation d'atélectasies et le risque de surinfection pulmonaire [9]. C'est dire l'importance du choix de la stratégie analgésique : c'est le rôle du MAR. Mais aussi l'importance de s'assurer que cette stratégie est efficace en post-opératoire : cela peut être le rôle de l'IADE.

Rappelons que la DPO se caractérise par l'imbrication de plusieurs composantes :

- Nociceptive, résultant de l'activation des nocicepteurs périphériques par des stimuli mécaniques, chimiques, thermiques qui signalent la présence, le siège, l'intensité, la durée du stimulus = hyperalgésie primaire.
- Inflammatoire, qui survient en réponse à la lésion tissulaire. Elle résulte de la libération des médiateurs de l'inflammation et entraîne une réduction du seuil des nocicepteurs = sensibilisation périphérique. Elle provoque une augmentation de la sensibilité des neurones centraux = sensibilisation centrale. Elle perdure plusieurs jours après la lésion initiale, elle provoque la douleur aiguë jusqu'à cicatrisation = hyperalgésie secondaire :
- Neuropathique, qui survient après une lésion nerveuse et/ou du système de transmission médullaires ou cérébraux. Elle provoque des anomalies des fonctions neurales centrales et peut être associée à des déficits sensoriels (hypoesthésie) ou à une hypersensibilité paradoxale (douleurs spontanées, dysesthésies, allodynie, hyperalgésie).

Par ailleurs, si la DPO est constante, son intensité est plus ou moins prévisible. Elle est liée à la fois à l'importance de « l'agression » chirurgicale (cf Tableau 1), le terrain sur lequel elle survient [10], comme de la stratégie mise en place. En 2019, cette stratégie doit avoir comme objectif à la fois d'être efficace sur la douleur aiguë, en limitant la consommation de morphinique, tout comme le risque de chronicisation.

Ainsi, la complexité physiologique de la DPO, tout comme l'ambition des objectifs de sa prise en charge, justifient l'intervention d'une équipe spécialisée avec des compétences répondant à la formation actuelle de l'IADE. Celui-ci (ou celle-ci) devient un ambassadeur de l'équipe d'anesthésie dont le rôle ne se limite pas qu'à l'évaluation de la DPO, mais à l'accompagnement des équipes des services chirurgicaux dans l'utilisation des techniques d'analgésie postopératoire et dans l'adaptation des protocoles.

Il peut conseiller, former et répondre à certaines problématiques rencontrées par les infirmiers des services. Lui-même formé à la douleur (DU ou DIU), il se positionne en première ligne d'intervention dans un rôle collaborant avec un MAR référent [11].

## **2. Exemple d'intervention de l'IADE en post-opératoire**

L'hôpital Sainte Anne est un établissement hospitalier militaire médico-chirurgical pluridisciplinaire de 360 lits, participant au service public hospitalier. Depuis 2014, une équipe d'IADE y assure le suivi des opérés bénéficiant d'un dispositif spécifique d'analgésie (PCA, PCEA ou cathéters périmerveux), de J1 à J3 et plus si nécessaire. Il s'agit de l'équipe EMDA : Equipe Mobile Douleur Aiguë. Les objectifs de ce suivi sont la surveillance de l'efficacité de la technique, le dépistage des effets secondaires et des complications, ainsi que l'optimisation des posologies des analgésiques en collaboration avec un MAR référent de l'activité périopératoire.

L'équipe est composée de 20 IADEs au sein d'un service de 44 IADEs. Un MAR spécialisé dans la prise en charge de la douleur en est le référent scientifique. En pratique, ces personnels assurent une activité clinique (cf Figure 1) comprenant :

- la surveillance et l'efficacité des dispositifs d'analgésie,
- la consultation journalière postopératoire des opérés pendant 3 jours ou plus si nécessaire,
- le dépistage des patients à risque de DCPO,
- à la demande la visite de patients « non chirurgicaux » présentant des problèmes de douleur aiguë. Ce peut être le cas de patients présentant des douleurs rebelles dans le cadre de néoplasie, pour lesquels des dispositifs d'ALR peuvent être nécessaires.

De plus, ils participent aux actions de formations de l'établissement :

- en animant des ateliers pratiques de manipulation du matériel d'analgésie (pompe d'analgésie contrôlée par le patient) lors des sessions de formation trimestrielle organisée par le CLUD, qui ont lieu trois ou quatre fois par an,
- en diffusant l'information nécessaire à destination des IDE des services de chirurgie.

Enfin, ils encadrent les étudiants IADE en stage « douleur » : trois à quatre étudiants par an. Ce stage de deux semaines s'articule autour d'activités dédiées à la prise en charge de la douleur : consultation d'anesthésie, consultation de « DCPO », consultation douleur des neurochirurgiens participant à l'implantation des pompes analgésiques intrathécales, suivi des patients dans les services et activités en SSPI.

Le référent paramédical de cette équipe la représente aux réunions du CLUD et aux diverses instances de réseau (inter CLUD du GHT et du réseau douleur PACA Ouest où l'hôpital est affilié).

L'activité de prise en charge de la douleur aiguë en post-opératoire apparaît comme un modèle de champ d'expertise de l'IADE en dehors du bloc opératoire. Les bénéfices sont multiples : satisfaction du patient, satisfaction des IADEs participant à une activité qui leur permet de diversifier leur exercice, satisfaction des services chirurgicaux.

Par ailleurs, cette thématique n'est pas qu'un champ d'exercice clinique, puisque les IADEs y participant ont aussi un rôle de :

- veille documentaire et scientifique, afin de diffuser les nouveautés en termes de prise en charge,
- de recherche clinique en proposant des projets de recherche orientés sur la thématique,
- participation à une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles et de promotion de la culture de la sécurité, en assurant une veille des événements indésirables.

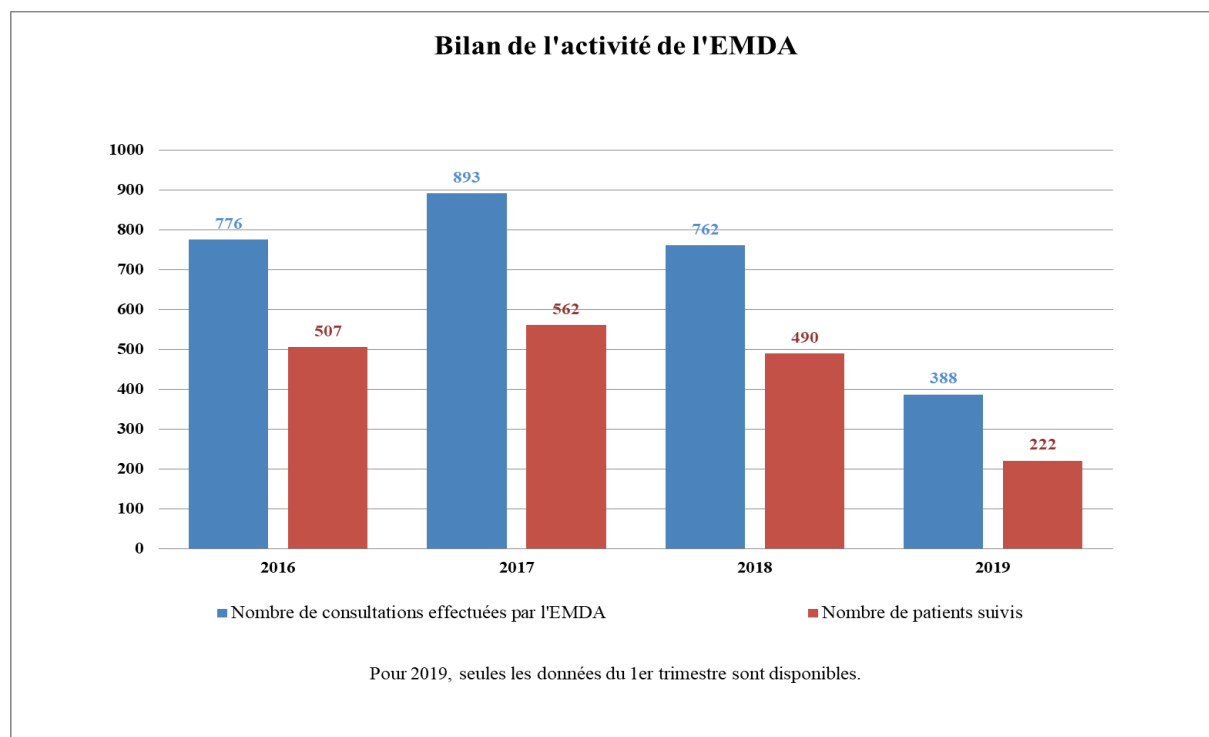
La création de cette équipe a répondu à un enjeu majeur pour notre établissement : améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire des patients. Elle a offert l'opportunité à certains IADEs de se révéler et de trouver une autre forme d'épanouissement professionnel en dehors du bloc opératoire. Elle a permis de « décroiser » notre spécialité et d'améliorer la communication entre les personnels paramédicaux des services d'hospitalisation conventionnelle et d'anesthésie.

Tableau 1 : Intensité et durée de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie

(Extrait de la conférence de consensus de 1997)

	Durée inférieure à 48 heures	Durée supérieure à 48 heures
Douleur forte	Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne	Chirurgie abdominale sus- et sous-mésocolique Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie
Douleur modérée	Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Çéloscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale Thyroidectomie Neurochirurgie	Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (larynx, pharynx)
Douleur faible	Cholécystectomie cœlioscopique Prostate (résection transurétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/curetage Chirurgie ophtalmologique	

Figure 1 : Bilan de l'activité de l'EMDA depuis 3 ans.



## Références bibliographiques

- [1] Fusciardi J. et Bazin JE. : L'IADE en dehors de l'anesthésie : est-ce encore possible ? Congrès SFAR 2012
- [2] Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat : Art. R. 4311-12
- [3] Bonnet F., Arnaud CM., Ecoffey C. : A propos de la mise à jour du décret de compétence des IADE – SFAR Mai 2017
- [4] Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste
- [5] [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc). Mis en ligne le 29/03/2019
- [6] Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031632884>
- [7] Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Conférence de consensus. SFAR 1997
- [8] <https://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire>. Mise à jour le 21/06/2018
- [9] Paugam-Burtz C. Complications respiratoires postopératoires. Congrès SFAR 2009
- [10] Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. Anesth Reanim. 2016; 2: 421–430
- [11] Belbachir A., Oliver M., Estebe JP. Prise en charge du douloureux chronique en périopératoire. EMC – Anesth-réa 2018 ; 15(3) :1-11[article 36-030-A-10]